



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Matemáticas

INTRODUCCIÓN BÁSICA PARA LA
EXTRACCIÓN DE PIEZAS TEMPORALES

T E S I S

CARMEN FUENTES TAPIA

México, D. F.

Agosto 1990



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

(BIEN)

INTRODUCCION.

1.- E X O D O N C I A :

- a) Definición de Exodoncia.
- b) Definición de Extracción Dental.

2.- HISTORIA DE LA EXODONCIA :

(Referencias Aplicas hasta nuestros días)

3.- PREPARACION PREOPERATORIA DE LOS PADRES Y DEL NIÑO.

4.- MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL.

5.- TECNICAS EMPLEADAS PARA RECONDICIONAR LAS ACTITUDES DEL NIÑO HACIA LA ODONTOLOGIA.

6.- HISTORIA CLINICA :

E X A M E N :

- 1.- Información general.
- 2.- Historia de los padres.
- 3.- Historia prenatal y natal.
- 4.- Historia posnatal y de lactancia.

EXAMEN CLINICO :

- 7.- OBSERVACION GENERAL DEL PACIENTE :
- 8.- ELEMENTOS QUE SE DEBERAN TOMAR EN CUENTA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES TEMPORALES.

9.- INDICACIONES :

10.- CONTRAINDICACIONES :

- Contraindicaciones locales.
- Contraindicaciones generales.

11.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA :

- Asepsia.
- Aseptico.
- Antibiasia.
- Antiseptico.
- Limpieza.
- Desinfección.
- Esterilización.

PROCEDIMIENTO :

L I M P I E Z A :

- El lavado de manos.
- El cepillado de instrumentales.
 - A) Cepillado a mano.
 - B) Limpiador Ultrasonico.

11.- SEDACION Y TRANQUILIZACION.

11.1.- SEDACION Y TRANQUILIZACION.

11.1.1.- ANÁLISIS

- Calor Seco.

12.- FREMEDICACIÓN NARCÓTICA.

- REGLAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

12.1.- ANÁLISIS

- Analgésicos.
- Analgésicos narcóticos.
- Analgésicos no narcóticos.
- AGENTES FARMACOLÓGICOS QUE MODIFICAN LA ANSIEDAD Y EL MIEDO.

12.2.- SEDANTES

12.3.- TRANQUILIZANTES

13.- ANESTESIA.

- Anestesia general.
- Anestesia local.
- Medicos Preoperatorias

13.1.- TÉCNICA DE INYECCIÓN

- ANESTESIA LOCAL.
- Tipos y localización de la inyección.

- Complicaciones.

- ANESTESIA GENERAL.

- Indicaciones para anestesia general.

14.- ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PRIMARIOS.

15.- RELACIONES ANATOMICAS QUE SE TENDRAN QUE TOMAR EN CUENTA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PRIMARIOS.

- DIENTES SUPERIORES :

- Anteriores.

- Posteriores.

- DIENTES INFERIORES :

- Anteriores.

- Posteriores.

16.- EXUDANCIA EN ODONTOLOGIA INFANTIL.

17.- TECNICA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES TEMPORALES.

- Técnica para la extracción de dientes primarios superiores.

- Movimientos básicos para la extracción de dientes primarios.

- Técnica de extracción de los molares superiores.

- Técnica de extracción de dientes temporales.

les referidos.

- Extracción de molares por odontosección.
- Extracción de raíces de dientes temporales.

18.- POSICIONES DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR.

- Para operar en el maxilar superior e inferior, derecho e izquierdo.
- Actividades destinadas a las manos del operador.

19.- I N E T S U M E R T a U .

20.- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

- HEMORRAGIAS.
 - Tratamiento.
- ALVEOLITIS.
 - Tratamiento.
- OTRAS COMPLICACIONES.

C O N C L U S I O N E S .

B I B L I O G R A F I A .

INTRODUCCION

El presente trabajo, es una recopilación de datos sobre la "Exodoncia en Niños", tema que se considera de suma importancia para el Cirujano Dentista, pues cuando éste asume la responsabilidad de trabajar con niños, debe preveer que la tarea le resultará algo difícil, y que tendrá que requerir de la utilización de amplios conocimientos odontológicos, tanto teóricos como prácticos para enfrentarse a toda clase de problemas que se pudieran presentar en los niños durante la extracción dental, así como, estar identificado con la zona a tratar.

Con lo anterior, se pretende indicar al Cirujano Dentista, que un tratamiento poco adecuado e insatisfactorio realizado en la niñez, puede dañar permanentemente el aparato masticatorio, dejando al pequeño con problemas dentales, que hoy en día es tan común en la población adulta.

Se debe tener presente que se va a tratar con organismos en periodo de desarrollo, por lo tanto, esté en constante cambio, y que, un tratamiento odontológico inadecuado puede alterar el patrón de crecimiento; por lo anterior el odontólogo debe tener presente, que en sus manos está el ayudar a que en el futuro existan estructuras bucales más perfectas, esto es, desde el punto de vista metabólico, funcional y estético.

Trabajar con niños es una de las experiencias más satisfactorias, y se otorga a la Odontología Preventiva más interés que nunca; pues haciendo incapié en la prevención de enfermedad dental en niños, se ayudara a cumplir el fin establecido.

E X O D O N C I A

(DEFINICION DE EXODONCIA Y EXTRACCION DENTAL)

EXODONCIA: Rama de la Odontología y de la -----
Cirugía Bucal, que se encarga de la --
extracción y avulsión de las piezas --
dentarias, cuando por alguna causa han
perdido su función, ya sea por proce-
sos cariosos, enfermedad parodontal, -
tratamientos ortodóncicos, protésicos,
tratamientos endodónticos que han fra-
casado o bien por fracturas; casos en
los cuales resulta imposible salvar la
pieza con ningún tratamiento odontoló-
gico.

EXTRACCION DENTAL : Acto quirúrgico que se encarga de la -
avulsión o extracción de pieza o pie-
zas dentarias, previa anestesia.
Acto que queda regido a técnicas exo-
dóncicas así como de asepsia y anti-
sepsia actualizadas; ya que se consi-
dera como un acto quirúrgico delicado,
en el cual se puede poner en peligro
la salud y aún la vida del paciente.

HISTORIA DE LA EXODONCIA.

(DIFERENTES EPOCAS HASTA NUESTROS DIAS)

La evolución que ha sufrido la exodoncia a través de los tiempos; desde la antigua Grecia, de donde se tienen los primeros vestigios de la materia hasta nuestros días.

Antiguamente su práctica estaba exclusivamente en manos de charlatanes, "Secamuelas callejeros" y peluqueros.

Posteriormente se ennobleció, aunque todavía se efectuaba bajo un aspecto pseudo-científico, situación que aprovecharon los dibujantes de la época para ridiculizar a los elegantes dentistas y a los pacientes que se sometían a ellos, ya sea para vender sus piezas sanas para los transplantes en vivo, por coquetería, vanidad o estética facial.

SIGLO I A.C.

HIPOCRATES .- Nació en la Isla de Cos, -- 460 A.C., fué el primero que estudió la anatomía patológica y terapéutica de la boca.

Considera la extracción dental como un remedio heróico, el cual se debe llevar a cabo cuando ya todos los métodos de cura han fracasado.

Como sedantes para las odontálgias recomienda los gargarismos o colutorios de pimienta y castoreo.

EL ARTE DENTAL DURANTE EL IMPERIO ROMANO (SIGLO II Y III A.C.)

HORACIO.- Hace una pintoresca evolución de las calles de Roma, con su policroma mezcla de herboristas, mendigos, muchachas flautistas, payasos, charlatanes y curanderos, entre los que no podían faltar aquellos típicos sacamuelas y vendedores de dentífricos, cosméticos, unguentos y panaceas con la pretensión de curar todos los males.

En Letrán se ha encontrado una lápida funeraria en la que también se hallan grabados algunos instrumentos odontológicos y en Pompeya un original forceps, para extraer dientes rotos.

Habla de la costumbre de atar con hilos de seda o de oro los dientes que presentan movilidad.

DIOCLES DE CARISTO.- Discípulo de Hipócrates, tampoco era partidario de la extracción dental.

Recomienda colutorios de cedro y azafrán para el dolor de muelas.

ERASISTRATO DE COS.- Nieto de Aristóteles, nació en Grecia 100 años A.C.

Fundo la escuela de Alejandría. Creía que los dientes han de ser conservados mientras sea posible y que las extracciones deben constituir tan sólo un último recurso.

SIGLO XIII A.C.

EUSCULAPIO.- Considerado y adorado como un dios, por su gran habilidad en el arte de curar a los enfermos, fué el primero en aconsejar las extracciones dentarias cuando el dolor se hace insoportable. Y según Cicerón, fué Eusculapio el inventor del odontagagum, para dichas extracciones.

Entre los primitivos griegos se usaron también los dentis-calpium o mondadientes de metal, madera o pluma; en Crimea se encontraron unos de oro con precioso labrado en filigrana.

Según Daneffe, las intervenciones dentales debían de ser frecuentes en la antigua Grecia, pues en muchas tumbas griegas se han encontrado dientes orificados y empastados.

SIGLO I DE NUESTRA ERA

MARCIAL.- Nació en el año 43, en Bibilis hoy Calatayud, hace mención en su obra de un dentista del Aventino que lo mismo restablecía los dientes enfermos que practicaba su extracción.

También dice de célebres médicos romanos que sabían practicar extracciones y colocar dientes postizos.

PLINIO EL VIEJO.- Nació aproximadamente en el año 23 de nuestra era, fué uno de los pocos autores romanos que escribieron sobre materias científicas; pero como escribía aceptando como cierto todo cuanto leía y oía sin probar su veracidad, en sus obras abundan los errores fundamentales, los empirismos infundados y las ridículas supersticiones.

Al recoger los conocimientos de medicina

Popular de sus tiempos, se ocupa en lo relativo a higiene y patología dental y recomienda remedios absurdos de los que él es el primero en burlarse.

Por ejemplo : Para evitar el dolor de muela dice que hay que comer una rata cuando menos una vez al mes. También que para mitigar los dolores de dientes y muelas es bueno cortar las encías con huesecillos de dragón marino. Así como pinchar el diente dolorido con un hueso puntiagudo como una aguja que se encuentra en la liebre.

Los amuletos no podían quedar relegados en tiempo de Plinio, quien aseguraba que los excrementos de gorrión y de cuervo llevados en un saquito atado al cuello, curan el mal de dientes.

Tan sólo en caso de fracasar los remedios antes mencionados se procede a la extracción del diente enfermo.

Una curiosa medida disciplinaria muy usada entonces para los que cometían algún atropello de ciudadanía, consistía en la avulsión violenta de piezas dentarias con un utensilio denominado "dentaria": los delincuentes quedaban así estigmatizados de un modo indeleble hasta el extremo de que si alguien se veía obligado a arrancarse piezas de su dentadura por accidente, causas fortuitas o enfermedad, se extendía un certificado, especie de salvoconducto que acreditaba su honradez.

CLAUDIO GALENO.- Nació en Pergamo, en el año 131, en sus obras imita a Hipócrates y Aristóteles y amplía con su propia experiencia los conocimientos de anatomía, patología y terapéutica bucal, pues asegura haber padecido mucho de la boca.

Clasifica los dientes en incisivos, caninos y molares.

Habia de los nervios dentarios, admite que la verdadera inflamación asienta en el diente que duele y aconseja las aplicaciones calientes, sea directamente sobre la parte interna, sea en forma de cataplasma de harina de linaza o de cebolla aplicada sobre la mejilla.

Si persiste el dolor debe perforarse el diente con un pequeño trépano y por el orificio así obtenido introducir los remedios apropiados mediante una sonda. Si esto también fracasa, se hace necesaria la extracción del diente, operación que requiere antes la aplicación de una mezcla de vitreolo azul y vinagre fuerte sobre el diente afectado previa preservación de los dientes vecinos con una capa de cera.

Después de una hora el diente está tan móvil que se puede extraer fácilmente con pinzas o hasta con los dedos, pues Galeno, como todos los médicos de su tiempo, no fué partidario del uso del forceps para las extracciones dentarias.

Durante los primeros siglos de la era cristiana, la Odontología como la medicina y la cirugía en general, evolucionaron muy poco, al extremo que al sonar la hora de la decadencia del imperio romano no había ningún médico destacado: el ejercicio de la profesión estaba casi absolutamente relegado a los esclavos, sangradores, barberos y gente vulgar, personas faltas de estudio que se concretaban a recomendar los más absurdos remedios empíricos; y en sus manos el arte dental se reducía al trabajo manual de las extracciones y a la construcción de rudimentarios aparatos protésicos.

DESDE LOS CALIFAS AL RENACIMIENTO

ABU-ALI-HUSAIN IBN ABDALLAH IBN SINA O

AVICENA.- Entre los arabes, el autor más conocido, cuyas obras se refieren a la medicina dental; nació en Persia en el año 980.

A pesar de que consideraba a la cirugía como una rama inferior de la medicina y completamente desligada de ella, en su "Cannon" de sus obras, la más completa, hace una detallada descripción de anatomía y fisiología dental, recomienda las extracciones, sangrarias, purgas, infusiones, gargarismos, sanguijuelas y cauterio.

En el capítulo "Del régimen de extracción de dientes" Avicena da atinados consejos para que se evite el error de extraer el uno por el otro ó para abstenerse de la extracción cuando la causa está en la encía ó en la médula; hacer las extracciones con cuidado para evitar la fractura del maxilar; detener la propagación del pus, pues puede producir dolor de ojos y fiebre; no actuar con violencia cuando la extracción es difícil cita también un nuevo procedimiento para mover el diente con el forceps sin llevar a extraerlo, a fin de calmar el dolor y conservar la pieza dentaria.

ALBUCAZIS.- Famoso médico nacido en Azzahara, en el año 1050, en su libro de Extractione doloris dentium, aconseja que debe curarse al dolor del diente y que se debe extraer tan sólo cuando se hayan agotado todos los medios, pues nada haya que pueda suplir al diente una vez extraído, y que es una substancia sublime. Y que es necesario se tenga la seguridad de estar tratando en el diente malo, pues el dolor a veces engaña al paciente y se comete el error de extraer un diente sano.

El también inventa varios instrumentos para extraer raíces y esquirlas.

SIGLO XI Y XIII

En un código atribuido a Rolando de Parma, que se encuentra en la real biblioteca Casanatense de Roma, hay un curioso grabado en el que se ve a una mujer aplicando un pañuelo alrededor de la cara de una pobre paciente, no se sabe si porque padezca dolor de muelas o porque tiene luxado el maxilar inferior, pues la operadora a fin de tirar mejor del vendaje, apoya sus pies sobre los hombros de la víctima mientras la asistente lleva la toalla y el agua para los enjuagues.

En otro grabado del mismo código la paciente es sostenida por su acompañante, que mira horrorizada y con ojos desorbitados las tenazas con que la operadora va a sacarle quizá algún molar enfermo: instrumento que por su tamaño parece más bien de tortura que un inofensivo forceps.

Durante años la Odontología siguió con sus absurdos, sus empirismos, parecía ser la máxima cumbre a que debía aspirar el hombre medieval; ya que este siente el retorno a Dios con una intensidad creciente y en Dios confía no sólo su alma, sino su cuerpo. No hay enfermedad hasta entonces conocida que no tenga en la gloria un santo intercesor; y como era creencia tradicional de que a Santa Apolonia le extrajeron todos sus dientes antes de arrojarla a la hoguera, en su martirio, a Santa Apolonia se invocó como patrona contra los males de la boca y a Santa Apolonia invocan todavía hoy muchos de nuestros contemporáneos, y con razón cuando es tradición que la Santa, después de haber soportado la tremenda mutilación de sus dientes y antes de sufrir el martirio de la hoguera, arrodillóse y formuló la siguiente promesa: "Que aquellos que hagan memoria con devoción de la intensidad del dolor que ahora

sufren no sientan más los dolores de dientes."

La tradición indica que acto seguido de haber pronunciado estas palabras se apareció un deslumbrante Ángel que dijo a Santa Apolonia "Apolonia, hermana mía, tu ruego será atendido".

En el museo provincial de Sevilla, se conserva un retrato gótico del siglo XV, con la imagen de la Santa llevando en manos la muela y las tenazas, consideradas entonces como instrumento de martirio.

SIGLO XVI

En España durante el reinado de los reyes católicos, en el año de 1500 fué promulgada en Segovia una Ley exigiendo a los barberos un examen previo de capacitación profesional para ejercer legalmente el arte de sacar dientes y muelas.

AMBROSIO PARE.- Exbarbero y sacamuelas, que experiencia le sobraba en la práctica odontológica, fué el primero que introdujo la implantación y reimplantación de dientes in vivo, además inventó instrumentos para tal fin, tales como el abre bocas, el gatillo y el pelicano para las extracciones.

Muchos eran los barberos y sangradores que después de haber pasado el correspondiente examen, tenían licencia especial para sacar muelas y dientes.

A pesar de los adelantos conseguidos en la práctica del arte dental continuaban ejerciéndola casi exclusivamente los dentistas ambulantes, constante tema para la sátira de los artistas de este siglo .

SIGLO XVII

A principios del siglo XVII, la Cirugía Dental, ya señala un marcado progreso hacia la evolución conservadora que tan poco aprecio le daban los dentistas callejeros del siglo XVI, y a medida que avanzaba el siglo XVII la Odontología va separándose de la Medicina General y las publicaciones referentes a la especialidad se contaban por centenares.

A continuación algunos de los instrumentos que se utilizaban para la Exodoncia a mediados del siglo XVII, que son :

- El gatillo, para las muelas grandes que no estén muy podridas.
- La gatilla, para premolares y caninos que no estén muy destruidos y de tamaño pequeño.
- El descarnador, para descarnar los colmillos.
- La dentuza, para los dientes de adelante y colmillos.
- Los alicates, para sacar las raíces que no estén asidas más que de las encías y para los dientes que están fuera de la quijada y se andan mucho.

En los países bajos eran muy abundantes los dentistas que actuaban por los pueblos, seguramente con más éxito que los profesionales de la Ciudad, que ya ejercían en primitivos gabinetes, instalados casi siempre en la rebotica o tras la tienda del barbero.

SIGLO XVIII

EL GRAN TOMAS.- El más popular de todos los charlatanes y sacamuelas del Puente Nuevo en el Río Sena en París: de quien escribe Mercier; se reconocía de lejos por su talla gigantesca y la amplitud de sus vestidos, montado sobre su carro de acero, su cabeza elevada y cubierta con un penacho deslumbrante, semejaba la cabeza real de Enrique IV, su voz potente se hacía oír en los dos extremos del Puente Sena. La multitud apretujada de sus admiradores no podría dejar de contemplarlo en sus labores, e imploraba sus remedios; también se veía huir a lo largo de las calles a los médicos consternados y celosos de sus éxitos.

EL DR. EISENBART.- El más célebre de los sacamuelas alemanes, nació en Viechtach cerca de Regensburg, era uno de los mejores cirujanos, pues lo mismo sacaba las uuelas, que extraía los pólipos, curaba heridas u operaba cataratas.

Viajaba con una verdadera corte de titiriteros, pavaos, encantadores de serpientes, músicos ambulantes, que entre gran algarabía atraían a la gente y el se presentaba al público como un bienhechor de la humanidad.

El último libro sobre Odontología que se escribió en el siglo XVIII; publicado en 1799 por el Cirujano Hermista de los Reales Hospitales de la Corte, Félix Pérez Arcoy; al tratar de los accidentes de la extracción, dice: "Estos pueden ser las fracturas y dislocaciones de los alvéolos y de las encías, hemorragias, fluxiones, inflamaciones, etc."

"Cuando suceda que algunas de las porciones de las paredes huesosas del alvéolo se hayan separado o sufrido una dislocación total, se deberán extraer de los alveolos: porque éstas porciones absolutamente ya desunidas, no pueden ya jamás volverse a juntar: y en éste caso, es menester mirarlas como un cuerpo extraño que puede ser en adelante perjudicial".

Termina con el estudio del trasplante dental y de algunas reglas para efectuarlo; se declara partidario de estas intervenciones estéticas, que pueden emplearse, incluso cuando hay dolor muy intenso en un diente, el cual puede arrancarse, colocarlo de nuevo en su sitio y ligarlo; recomienda, en fin, el mismo procedimiento en el caso de equivocarse al hacer alguna extracción.

SIGLO XIX

En España, al advenimiento del siglo XIX, la Odontología sufrió una notable evolución progresiva, siguiendo las nuevas orientaciones de las escuelas odontológicas francesas, alemanas e inglesas.

Pero pese a que la terapéutica científica trataba de imponerse, el empirismo y la charlatanería seguían imperando y los sacamuelas no cesaban en su empeño.

COLLOMBAR.- Satiriza con pluma ágil el miedo que producía el presenciar una dolorosa extracción dentaria cuando no existía aún la anestesia.

En Francia, en un gracioso dibujo del año 1837 se ve al paciente que enseña desolado su bo-

ca al dentista, Roberto Macaire y le dice : ---
"Saperblue, señor dentista, me habéis arrancado
dos dientes buenos y habéis dejado los dos malos"
y el dentista le contesta "Disablo, sin duda tenía
mis motivos; estamos siempre a tiempo de arrancar
los malos; y en cuanto a los otros, habrían aca-
bado por gastarse y por hacernos daño. Una dentar-
dura postiza no os hará sufrir jamás y es un gé-
nero mucho mejor; no se lleva más que ésto".

Incidentalmente en uno de los mejores ---
aguafuertes de Goya, titulado "A la caza de diente-
tes", el inmortal artista reproduce la figura de
una joven mujer temblorosa que, tapándose la cara
pretende arrancar los dientes de un ahorcado.

La joven que Goya satiriza, debe de bus-
car unos dientes para hacer con ellos un amuleto,
tal vez por el convencimiento tan arraigado entre
la gente humilde de que el diente de un ahorcado
trae bienestar a quien lo posee; aunque también
podría invocarse una superstición del Renacimiento,
según la cual basta frotar el diente enfermo
con el diente de un muerto para detener la caries
dental o para que se calmen los dolores.

En el imperio Austro-Húngaro, sobresalio
por sus estudios Carabelli, quién en el año 1889
fundó un notable museo con una completa colección
de anomalías dentales y además descubrió que a
veces se presenta un tubérculo en los primeros
molares, tubérculo llamado de Carabelli, en su
honor.

El físico Colton, en Connecticut, efectua-
ba unas demostraciones de Física y Química re-
creativas en presencia de otros profesionales y
curiosos que existían al acto : Consistía en pro-
vocar la risa con el empleo de lo que él llamaba

gas hilarante, que hacía inhalar a los voluntarios que se prestaban para ello.

El industrial Cooley, después de ser sometido a los efectos del misterioso producto, al bajar del estrado sufrió una aparatosa caída a consecuencia de la cual se hirió seriamente en la pierna; pero notó con asombro que la herida no le producía dolor alguno.

Un día Wells, reunió a varios amigos e hizo que Colton le aplicara el nuevo gas, para que el dentista Rings le extrajera una muela que tenía enferma.

Al poco tiempo de haberla extraído la muela, Wells volvió en sí, sin haber notado dolor ni molestia alguna y entusiasmado dijo a los que habían presenciado la operación: "Una nueva era se abre para la orifেশión dental y médica; No he sentido nada!".

Posteriormente Morton, encontró también efectos anestésicos en el éter clorhídrico.

La divulgación de los nuevos procedimientos de anestesia abrió en todos los países una era de verdadero esplendor para el arte dental; el sólo hecho y a la razón trascendental, de suprimir el dolor en las extracciones dentarias fué causa suficiente para que el público más instruido y menos atemorizado acudiese prontamente al gabinete del dentista para remediar sus males. --- extraer las piezas inútiles y dolorosas o simplemente para el cuidado y el mejoramiento estético de su boca.

SIGLO XX.

El tipo sacamuelas, charlatan y embau-

cador, en lo que va del siglo XX ha ido desapareciendo paulatinamente.

En los conocimientos de este siglo, la Odontología ya era considerada como una de las más importantes ramas de la medicina.

Aunque en muchos países primitivos o más atrasados siguen aún practicándose las más estrambóticas supersticiones para conseguir la curación, alivio o embellecimiento de los órganos que forman la cavidad bucal y especialmente de los dientes. A lo largo del curso del Nilo hasta sus fuentes, en una estrecha zona africana hacia el curso inferior del Congo, en el Norte de África Occidental alemana y al sur del Lago Tchad, es de ritual el arrancamiento de los dientes inferiores.

Por suerte entre nosotros, estas prácticas supersticiosas y avulsiones rituales no se practican en absoluto en los países civilizados.

Los progresos del arte dental, con sus complicadas y laboriosas intervenciones exodóncicas y la perfección de la anestesia fueron cada vez mayores.

Ahora ya no veremos aquellas tristes artesalas de los dentistas llenas de clientes con bocas desdentadas, carrillos hinchados, pañuelos atados en la cabeza y es que el público se ha percatado ya de que para ir al Dentista no es necesario padecer crueles dolores, peligrosos flemones ó profundas caries .

Claro, el humorismo, que no se resigna fácilmente a perder un tema de tanta ruenta le proporciona en todas las épocas, no se ensaña ya con el tipo embaucador y sacamuelas callejero, sino que, nos representa al dentista después de

sus vacaciones y en épocas más modernas, con un confortable sillón de operaciones y demás accesorios de un consultorio dental más actualizado, testimonio irrefutable del adelanto de la ciencia.

Ahora la Exodoncia como rama integrante de la Odontología moderna, ocupa ya el lugar que le corresponde. Colaboradora eficaz de la --- Cirugía, complemento indispensable de la Clínica Integral Odontológica y el pan de cada día del Cirujano Dentista, muchas veces es la primera relación médico-paciente de la cual va a depender el éxito o fracaso de que el paciente siga atendiéndose en otro tratamiento de otra especialidad de la Odontología.

La Exodoncia y Cirugía Bucal, ayudan eficazmente al progreso de la humanidad.

Lo anterior sirvió para que naciera una Exodoncia práctica, aséptica y de un alto índice de seguridad tanto para el paciente, como para el profesional (transmisión de enfermedades contagiosas), ya que se cuenta en la actualidad con el equipo e instrumental adecuado y técnicas exodónicas altamente desarrolladas.

PREPARACION PREOPERATORIA DE LOS PADRES Y DEL NIÑO

La preparación emocional de los niños hacia la Odontología, al igual que hacia otras experiencias, se forman primordialmente bajo guía paterna y el Odontólogo puede ayudar, asegurándose de que los padres están totalmente informados y educados sobre las bases más necesarias de psicología infantil.

El Odontólogo debe contar con la cooperación total de los padres del niño, para realizar trabajos dentales satisfactorios en su paciente infantil; también, debe considerar que está vinculado emocionalmente a sus pacientes, por lo tanto debe conocer los factores psicológicos y sociológicos que han formado las actitudes y modelos de comportamiento de su paciente hacia la Odontología.

Es necesario tener diplomacia y tacto para transmitir información a los padres, de manera profesional y adecuada, para que su aceptación sea completa y satisfactoria.

Hay que tomar en cuenta que las actitudes de los padres pueden determinar que un niño sea amigable u hostil, cooperador o rebelde; pero si los padres son emocionalmente maduros y viven una vida coordinada y feliz, el niño generalmente llegará a ser emocionalmente maduro.

En la mayoría de los casos, el comportamiento del niño en el consultorio dental es un excelente indicador de las actitudes que tienen sus padres hacia él. A menudo los padres comentan con sus hijos las experiencias desfavorables y

sus temores hacia la Odontología; por eso es necesario advertir a los padres que dejen al propio niño la oportunidad de experimentar su tratamiento dental, sin infundirle miedo.

El niño debe ser informado por los padres de que el Odontólogo le revisará los dientes y que tal vez, algunos tratamientos le producirán un poco de dolor; de lo contrario el niño se sentirá engañado si los padres le dicen que el dentista solo le revisará los dientes y le tomará fotografías, y el Odontólogo durante la consulta, le aplica una inyección bucal y le restaura una pieza.

En particular las madres tienden a entrar a la sala de operaciones con el niño, sobre todo en la primer consulta. En cuanto a ésto, hay cierto desacuerdo, pues en términos generales el Odontólogo puede manipular al niño de manera mas favorable si los padres se quedan en la zona de recepción, esto permite al niño experimentar la Odontología por si mismo y a la vez dá al Odontólogo la oportunidad de establecer un ambiente cordial con el paciente, ya que, la conversación será dirigida al pequeño. Si se encuentra uno de los padres, el niño tenderá a desviar la atención desde el Odontólogo hacia aquél y quizá no acepte con facilidad al Dentista como figura con autoridad.

MANEJO DEL NIÑO EN EL CONSULTORIO DENTAL

La mayoría de los niños que llegan al consultorio dental, presentan miedo, esto puede ser el resultado de experiencias clínicas anteriores, y seguramente desagradables; por lo tanto, el primer objetivo que deberá alcanzar el Odontólogo para infundir confianza al niño y una manera eficaz de inspirar confianza es tener una sala de espera en el consultorio dental cómoda, cálida y que dé la sensación de que los niños frecuentan ese lugar y con esto al paciente infantil se dará cuenta de que no es el único que pasa por esa experiencia.

Es conveniente acortar un rincón de la sala, especialmente para ellos, se puede tener una pequeña biblioteca con libros para todas las edades o conservar en la sala algunos juguetes sencillos y resaca res para los muy pequeños.

A los niños les agrada los colores brillantes y la decoración alegre; es conveniente incluir algunas imágenes y carteles de las personalidades actuales de las caricaturas, en las paredes de la zona infantil.

Los niños manifiestan un gran disgusto por los ambientes, los olores y los colores desagradables, y los uniformes blancos los relacionan muy frecuentemente con algunas experiencias desagradables que pueden haber sufrido anteriormente; al respecto, los uniformes de color han sido de gran ayuda al Odontólogo, pero también algunos prefieren los uniformes de ningún color.

La música agradable es aceptable para los niños, lo mismo que para los pacientes adultos, ya que, ocupan la mente y ocultan los ruidos del consultorio.

Se debe evitar que los pacientes infantiles vean sangre, o a pacientes adultos con dolor, pues, los niños actúan por impulsos el miedo, el dolor y lo lógico, se basa totalmente en sus sentimientos.

Si se maneja el niño adecuadamente, es muy raro que no se pueda obtener cooperación.

Mucho depende de como impresiono al Odontólogo al niño, como va a ganar su confianza -- una vez que se ha establecido, deberán realizarse los trabajos sin retardos.

Se debe evitar hacer preguntas confusas; las preguntas deben ser positivas y específicas.

Evitar decir Me harías el favor de hacer ahora Marquitos? o? no te gustaría sentarte en nuestro gran sillón?, con este tipo de instrucciones el niño recibe la oportunidad de elegir y decidir entre quedarse con mamá o complacer al dentista.

El conservar al niño como centro de atención, favorece mucho en la cooperación del paciente. Se sugieren temas, como la hora que vive el niño, cuentos populares, programas de T.V., favoritos. Pero alguna vez, nos podemos encontrar con pacientes parlanchinos, que puedan aprovechar la conversación y con esto retardar el tratamiento. en este caso, se le pide parar un alto, inmediatamente señalando que es tiempo de empezar a trabajar y que cuando termine el tratamiento podrá hacer las preguntas que quiere; y puede suceder que al terminar el tratamiento el niño ya no tenga más preguntas que hacer.

Mostrar actitudes de envidia y sarcásticas con el niño para que por venganza se porte bien en el consultorio no es conveniente, ya que al

niño lo que desea, les generar la aprobación del Odontólogo cuando se le habla a los niños durante la cita, hay que ofrecer alabanzas de conducta positivas, por ejemplo: "¡Genial! ¡Genial! ¡lo puedes abrir mucho la boca", y al terminar la cita se le puede dar un "repelido" al pequeño, esta debe ser de acuerdo a su edad.

Es muy importante la hora y duración de la visita, ambas pueden afectar el comportamiento del pequeño, las citas no deben tener más de una hora, los pacientes infantiles, aún los cooperadores, se cansan con visitas demasiado largas.

A los niños que son no van a la escuela, no se les debe dar la cita en la que normalmente esta dedicada a la siesta, pues los niños que vienen acostumbrados e irritables son difíciles de manejar y liberar con facilidad; se puede cambiar su actividad si la cita se les da a otra hora.

TECNICAS EMPLEADAS PARA REACONDICIONAR LAS ACTITUDES DEL NIÑO HACIA LA ODONTOLOGIA

El primer paso, es saber si el niño teme excesivamente al Odontólogo y porque?. Esto se puede saber preguntando a los padres del niño sus sentimientos personales hacia la Odontología.

El siguiente paso es familiarizar al niño con la Sala de Trabajo, con todo el equipo dental sin que produzca alarma excesiva; así se ganará la confianza del niño y el miedo que pudiera tener se volverá curiosidad y el Odontólogo podrá obtener cooperación por parte del paciente.

El Odontólogo puede trabajar con los padres en la Sala de Operaciones; generalmente se invitan a la primer visita para que puedan comprender el papel tan importante que tiene la adquisición de hábitos de higiene de su hijo y el control dietético para prevenir enfermedades dentales.

Se deberá explicar al paciente, como funciona cada pieza, de manera que el niño se familiarice con los sonidos y acciones de cada accesorio, se puede hacer rodar el motor de baja velocidad, para que el niño pueda apreciar la inofensividad de una copa de hule pulidora, se pueden hacer demostraciones con la jeringa triple, se le explicará su funcionamiento y también se le dirá que el motor de baja no trabaja solo y que lo controlamos con el pedal, para que así cuando sea necesario lo detendremos .

A todos los niños les encantan los instrumentos nuevos, cualquier tipo o mecanismo y que mejor lugar que la sala de tratamiento para

encontrar instrumentos que estimulen el interés del niño. Se puede disminuir el miedo del niño si se le permite que pruebe cada pieza del equipo.

Es importante recordar que los niños temen a los uniformes blancos, por la relación que tienen con experiencias médicas y dentales previas, que no les fueron muy agradables. Los uniformes de color han ayudado a eliminar esta relación; de igual manera los niños prefieren a las personas limpias y atractivas, les desagradan las personas con olores corporales o de mal aliento y a menudo lo dicen. No puede descuidarse la atención en la higiene personal por el hecho de estar tratando únicamente niños.

Ha llegado el momento de empezar el tratamiento dental, en este momento el niño estará generalmente receptivo para su primer consulta dental.

Es conveniente pasar de operaciones más sencillas a las más complicadas, a menos que sea tratamiento de urgencia.

Desafortunadamente, los niños llegan con frecuencia para su primer visita, sufriendo dolores y con necesidad de tratamientos más extensos, en esta situación, la veracidad del Odontólogo es esencial, de igual manera, la franqueza y la honestidad serán indispensables en el tratamiento; esta sinceridad deberá permanecer constante a través de todas las visitas dentales futuras.

HISTORIA CLINICA

La Historia Clinica es un documento que nos sirve para saber en forma detallada, completa y clara el proceso de enfermedad de un paciente, relatando en forma ordenada, desde sus antecedentes hereditarios (padres, abuelos) hasta el momento en que nos consulta.

En la Historia Clinica se consignan tambien todos los datos obtenidos por medio de la exploración fisica, análisis, radiografias, tratamientos realizados y resultados obtenidos.

Es de suma importancia lograr un acercamiento cordial y amistoso por parte del Odontólogo; pues al hacerse amigo del paciente y de sus padres, se logra una integración que permitirá un mejor interrogatorio.

E X A M E N

1.- INFORMACION GENERAL :

NOMBRE
DIMINUTIVO
EDAD
FECHA DE NACIMIENTO
LUGAR DE NACIMIENTO
DIRECCION
TELEFONO
GRADO ESCOLAR
NOMBRE DE LOS PADRES O ACOMPAÑANTES
MEDICO ACTUAL DEL NIÑO
QUIEN RECOMENDO AL NIÑO ?
MOLESTIA PRINCIPAL
QUE HIZO TRAER AL NIÑO AL DENTISTA ?

2.- HISTORIA DE LOS PADRES :

Por medio de éste, tenemos una idea del desarrollo hereditario del paciente y nos informe también del interés que tienen los padres del paciente, por sus propios dientes, pues la actitud de ellos hacia la Odontología puede reflejarse en el niño.

3.- HISTORIA PRENATAL Y NATAL:

Proporciona indicaciones sobre el origen del color, forma y estructura anormal de piezas caducas y permanentes.

El Odontólogo observa los efectos de las drogas y trastornos metabólicos que ocurrieron durante la formación de los dientes.

4.- HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA :

Revisa los sistemas vitales del paciente. Registra información, tal como; tratamientos preventivos de caries dental; trastornos del desarrollo con importancia dental, alergias y costumbres nerviosas.

Es importante que los padres puedan terminar de contestar este cuestionario en la sala de espera durante la primer visita.

EXAMEN CLINICO

En este tipo de exámenes no hay procedimientos rutinarios o modelos fijos; las circunstancias del momento y la cooperación del niño de-

terminan el curso a seguir. Los procedimientos clínicos para el examen de mantenimiento de la salud incluyen radiografías y modelos de estudio.

HISTORIA DEL NIÑO

Estadísticas vitales

Fecha _____

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento del niño _____

Raza _____ Sexo _____

Nombre de la persona que proporciona la información de este historial _____

Relación: Madre _____ Padre _____

Otra _____

Ocupación del padre _____

Ocupación de la madre _____

Dirección del niño _____

Con quién vive el niño? _____

Médico actual del niño _____

Quién recomendó al niño? _____

Queja principal _____

Que le hizo traer a su hijo al dentista? _____

HISTORIA DE LOS PADRES

Si No

Lleva Usted dentaduras postizas? _____

Lleva su cónyuge dentaduras postizas? _____

Si contestó afirmativamente a las anteriores,
a qué edad le extrajeron sus dientes? _____

Y los de su cónyuge? _____

Por qué le extrajeron los dientes ?_____

Por qué le extrajeron los dientes a su cónyuge?
ge?_____

Si No

Son o han sido sus dientes o los de su
----- cónyuge grisáceos, amarillentos o
----- parduscos ?

En caso afirmativo explique _____

Se desgastaron sus dientes excesivamente?_____

Se desgastaron los de su cónyuge? _____

Tiene usted o su cónyuge miedo a una
visita al dentista ? _____

HISTORIA PRENATAL

Ha tenido usted alguna enfermedad _____
durante este embarazo ?

En caso afirmativo, de qué tipo y cuándo

Estuvo bajo terapéutica medicamentosa
durante el embarazo? -----

Tomó antibióticos durante el embarazo? -----

En caso afirmativo, enumere qué medica-
mentos. -----

Cuánto tiempo y con qué frecuencia tomó
esto? -----

Tuvo alguna dieta de alto valor vitamí-
nico o calcio durante el embarazo? -----

Existe incompatibilidad sanguínea entre
usted y su cónyuge? -----

Le ha dicho su médico que es usted Rh-
negativa? -----

Tomó usted tabletas de fluoruro o exis-
tia fluoruro en el agua que bebía duran-
te su embarazo? -----

HISTORIA NATAL

Fue prematuro su hijo? -----

Tenía escorbuto al nacer ? -----

Le hicieron transfusiones de sangre ? -----

Fue un bebé "azul" ? -----

HISTORIA POSNATAL Y DE LACTANCIA

Tuvo convulsiones durante la lactancia ? -----

Fue amamantado ? -----

Durante cuánto tiempo ? -----

Se le alimentó con biberón ? -----

Durante cuánto tiempo ? -----

Le administraron suplementos de fluoruro en el agua de beber, vitaminas, calcio, hierro u otros minerales ? -----

En caso afirmativo, explique -----

Se le administraron vitaminas en forma de jarabe o gotas ? -----

Durante cuánto tiempo se le administra
rón ? _____

Con que frecuencia ? _____

Chupó chupetes de azúcar ? _____

Tuvo su hijo enfermedades infantiles
durante la lactancia ? _____

En caso afirmativo, enumérelas _____

Sufrió fiebres neumáticas (su hijo) ? _____

Sufrió dolores en las articulaciones ?
(Dolores del crecimiento) _____

Ha tenido diabetes ? _____

Ha tenido afecciones renales ? _____

Ha tenido afecciones del corazón ? _____

Le dijo algún médico que su hijo esta
ba anémico ? _____

Recibió su hijo antibióticos ? _____

En caso afirmativo, a que edad ? _____

En caso afirmativo, durante cuánto tiempo ? -----

Que antibiotico se le administró ? _____

Tuvo su hijo dificultades para aprender a caminar ? -----

Sufrió alguna operación en la lactancia? -----

En caso afirmativo, por que razón ? _____

Se ha roto su hijo algún hueso ? -----

En caso afirmativo, cómo ocurrió ? _____

En caso afirmativo, con qué frecuencia? _____

Sufre frecuentemente accidentes menores y heridas ? -----

Existe en su hijo algo que se salga de lo corriente ? -----

En caso afirmativo, explique _____

Considera usted a su hijo enfermizo ? _____

Por qué ? _____

Suda su hijo cuando hace calor ? _____

Tiene alguna incapacidad o enfermedad física o mental ? _____

En caso afirmativo, explique _____

Toma su hijo golosinas entre las comidas ? _____

En caso afirmativo, qué tipo de golosina ? _____

Sufre frecuentemente dolores de dientes? _____

Sangran sus encías con facilidad ? _____

Ha dañado alguna vez sus dientes delanteros ? _____

Le salen erupciones fácilmente ? _____

Es alérgico a algún tipo de comida, anestésicos locales, penicilina u otras drogas ? _____

Sufre asma ?

Tiene dificultad para detener el
sangrado cuando se corta ?

Le salen fácilmente moretones ?

Le ha dicho algún médico que su hijo es
hemofílico ?

Se chupa constantemente el pulgar o el
dedo del pie ?

En caso afirmativo, cuando hace esto ?

Tiene problemas para hacer amigos ?

No se lleva bien con otros niños ?

Prefiere jugar dentro de casa que al
aire libre ?

Tiene hermanos o hermanas ?

En caso afirmativo, cuáles son sus
edades ?

Tiene problemas para estar a la par de
su clase ?

feme al dentista ? -----

En caso afirmativo, sabe usted por que ?

Ha ido anteriormente al dentista ? -----

OBSERVACION GENERAL DEL PACIENTE

En el momento en que entra el paciente, se observará su estatura, la cual puede compararse con la de otros niños de su edad, se observará si la estatura actual es normal o si es un cambio de crecimiento que ocurrió en un punto definido del desarrollo del niño.

También se observará la forma de caminar del niño, de ahí se detectarán algunas enfermedades como la poliomielitis, pie plano, etc.

La primera relación entre el niño y el dentista es por medio del lenguaje, por lo tanto es muy necesario conocer algunas de las características del lenguaje de los pequeños.

Para que el dentista pueda apreciar el desarrollo atípico, anormal o desviado, deberá primero familiarizarse con las etapas de desarrollo, fundamentalmente pertinentes, como el desarrollo y crecimiento siguen un orden establecido, un niño de cierta edad deberá realizar ciertas funciones ya estandarizadas dentro de lo normal.

Observando las manos del paciente, podemos darnos cuenta de la presencia de máculas, pápulas, úlceras, costras o escamas; muchas de éstas causadas por enfermedades anteriores o presentes.

Al tomar las manos de los niños entre las nuestras, sentiremos frío, calor, sudor; lo que nos indicará el estado emocional del niño; las uñas pueden estar mordidas (síntomas de nerviosismo y ansiedad); pueden estar quebradizas, manchadas o escamosas, etc., lo que puede indicar alguna enfermedad o deficiencia nutricional.

Si se sospecha que el niño no tiene el crecimiento adecuado a su edad, puede tomarse una radiografía de su mano izquierda y comparar los índices carpales medios para determinar su edad ósea.

Otro aspecto que se debe observar detenidamente es la cabeza y cuello del niño; el tamaño puede ser normal, demasiado grande o pequeño; las formas anormales pueden ser por causa de un cierre prematuro de las suturas, interferencias del crecimiento de los huesos craneales o presiones anormales dentro del cráneo.

En la cara se pueden detectar señales de enfermedades, ya que en ella el niño refleja su salud general, también podremos observar asimetría que puede ser fisiológica o patológica. Esta última, se puede producir por presiones intrauterinas anormales, parálisis de nervios craneales, displasia fibrosa y trastornos del desarrollo familiar; las infecciones son en general las causas principales de inflamación facial en los niños.

Siempre se debe tomar la frecuencia y pulso, la frecuencia normal es de 75/min., un paciente con frecuencia mayor de 130, (aún teniendo presente la tensión que supone la estancia en el cubículo de Odontología), deberá permanecer tranquilo, para que el pulso vuelva a su nivel normal antes de iniciar su tratamiento; si después de éste continúa alta la frecuencia, deberá pedirse un estudio de taquicardia, pues puede existir un trastorno grave de arterias coronarias o enfermedad del miocardio.

Debe notarse que en caso de fiebre, la frecuencia del pulso aumenta de 10 a 20 latidos por minuto, con cada grado de temperatura.

En los pacientes con enfermedad cardíaca conocida y pulso muy irregular, es prudente consultar al médico que atiende su caso, para saber si aconseja tomar precauciones especiales antes del tratamiento a seguir.

La frecuencia de la respiración rápida, corta o disnea, pueden indicar la presencia de enfermedad pulmonar, cardíaca o anemia.

Se debe conocer la presión arterial del paciente, pues las intervenciones frecuentes suponen un stress y esta puede elevarse aún más con el estímulo de la inyección o del mismo tratamiento odontológico, aunque la causa principal de la hipertensión es siempre la secreción de epinefrina endógena.

Los enfermos con antecedentes de enfermedad cardíaca, suelen presentar una elevación de la presión sanguínea después de cualquier estímulo nocivo.

El Odontólogo siempre deberá asegurarse que su paciente tenga la presión bien controlada: en el caso de pacientes hipertensos es conveniente tomar la presión antes de cualquier intervención.

ELEMENTOS QUE SE DEBERAN TOMAR EN CUENTA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES TEMPORALES.

Es importante tomar en cuenta que estamos tratando con niños, y que por lo tanto es un organismo en pleno desarrollo, tanto en sus aspectos físicos y fisiológicos.

Debemos considerar que como ya lo mencionamos, la mandíbula está en proceso de desarrollo y por consiguiente la dentadura está en continua transformación, con erupción y resorción de piezas primarias y erupción de piezas permanentes en forma simultánea.

En estos casos, cualquier interferencia en los centros de crecimiento de los maxilares o la extracción prematura de las piezas temporales, pueden llevar a malformaciones de los maxilares, de piezas permanentes o de ambas.

La estructura ósea del niño, contiene un porcentaje más alto de material orgánico que la vuelve más flexible a diferencia de los adultos y por lo tanto menos propensa a las fracturas, por tal motivo debemos tener cuidado al hacer el tratamiento; tratar de tomar una posición adecuada que nos facilite el tratamiento, pues sabemos que la cavidad bucal es pequeña y presenta mayores dificultades para lograr el acceso al campo operatorio.

El tratamiento conservador de los dientes temporales evitará mutilaciones que pueden ser prevenidas, y la secuela de las malposiciones dentarias que a consecuencia de la extracción se pueda ocasionar.

Aún con lo anterior, la necesidad de ha-

cer la extracción de estos dientes fuera de la época normal de su caída espontánea es muy frecuente, pero se debe hacer todo lo posible por demorar la extracción hasta acercarse la época en que cronológicamente deben ser reemplazados.

INDICACIONES

Al considerar si se deben extraer piezas primarias deberá siempre tener presente la edad, por si sola no es criterio aceptable para determinar si es necesario extraer una pieza primaria y, menos aún si se encuentra firme o intacta en el arco, a menos que se haya realizado una evaluación completa, tanto clínica como radiográfica de la boca y especialmente del área particular de trabajo, oclusión, tamaño de la pieza, cantidad de raíz, resorción de las piezas afectadas y de las piezas adyacentes, presencia o ausencia de infección.

Todos los factores mencionados anteriormente, deberán tomarse en cuenta para determinar cuando deberá extraerse una pieza primaria.

La extracción de los dientes primarios, está regida por los mismos principios que la de los permanentes e impuestas por parecidas indicaciones.

Por consiguiente, las indicaciones para la extracción de dientes temporales estará dada por las siguientes razones:

- 1.- En el caso de que las piezas estén destruidas por cualquier circunstancia, a tal grado que sea imposible restaurarlas por los procedimientos conservadores.
- 2.- Los dientes desvitalizados, negativos radiográficamente.
- 3.- Si se ha producido infección del área periapical o interradicular y no se

pueda eliminar por otros medios.

- 4.- En caso de absceso dentoalveolar agudo con presencia de celulitis.
- 5.- Complicaciones inflamatorias de las caries de cuarto grado.
- 6.- Un diente imposible de restaurar con procedimientos periodontales, puede clasificarse en esta categoría, ---- incluso cuando no presente patologías pulpar alguna.
- 7.- Si la pieza temporal está interfiriendo en la erupción del permanente, cuando por la edad del paciente y el examen radiográfico se comprueba la existencia de este.
- 8.- En caso de piezas sumergidas.
- 9.- Los dientes supernumerarios frecuentemente no toman su lugar en la línea oclusión. Esto condena a dicho diente a la extracción.
- 10.- Los efectos de traumatismos sobre --- dientes o alvéolo a veces van más --- allá de cualquier posible restaura--- ción .
- 11.- En el caso de dientes que se encuentran en la línea de fractura del ma-

xilar, se tendrá que extraer para poder tratar el hueso fracturado.

12.- Las consideraciones estéticas a veces son más importantes que los factores funcionales . Indicando la extracción.

13.- Puede existir patología en el hueso circundante que incluya al diente, también el tratamiento de la patología puede requerir la extracción del diente . Ejemplo de patologías : (quistes, osteomielitis, tumores y necrosis ósea).

14.- Condiciones ortodóncicas pueden requerir la extracción de dientes totalmente erupcionados, dientes en erupción y dientes caducos retenidos mucho tiempo .

Cabe mencionar que las raíces de los dientes temporales, si no son extraídas a tiempo su persistencia provoca desviaciones de los dientes permanentes, mal oclusión y caries en los mismos; y que, el diastema común entre los premolares inferiores es debido al retardo en la extracción del primer molar temporal; ya que este diente actúa a modo de cuña y los premolares se deslizan sobre su cara mesial y distal.

C O N T R A I N D I C A C I O N E S

Fofoas, afecciones, con contraindicaciones absolutas para la extracción de dientes, se han extraído dientes en presencia de todo tipo de complicaciones, por necesidad. En estos casos, es necesario hacer una preparación minuciosa del paciente para evitar lesión o muerte, o bien para lograr una pronta curación de la herida local.

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

- 2.- No se debe extraer un diente temporal antes de la época de su caída normal.

CONTRAIUDICACIONES LOCALES

Las contraindicaciones locales se asocian principalmente a infección, y en menor grado a tumores malignos que son tumeraciones nodulares unilaterales de duración relativamente larga (semanas o meses), cracidimando rápido, fijación de tejido circundante, es como ulceración de piel o mucosas suprayacentes, dolor y parálisis facial asociados con tumores de la parótida puede haber ganglios cervicales palpables. en tumores de parótida, radiolucencias y aflojamiento de dientes. Ejem. Sarcoma Osteogénico, Osteoblástico Sarcoma de Ewing.

1.- La enfermedad maligna alterada por la extracción de un diente incluido en el tumor, reaccionará con exacerbación del tumor y falta de curación de la herida local, favoreciendo con esto la velocidad del crecimiento y extensión del mismo.

2.- Las infecciones sistémicas agudas contraindican las extracciones electivas para los niños, a causa de la menor resistencia del cuerpo y la posibilidad de infección secundaria.

3.- La estomatitis infecciosa aguda es una enfermedad febril, debilitante y dolorosa, complicada por exudancia.

También tenemos la infección de Virus Coxsacke aguda o la estomatitis herpética y lesiones similares que deberán ser eliminadas antes de considerar la extracción.

4.- Los maxilares radiados pueden desarrollar radiostomatitis aguda después de la extracción por falta de aporte sanguíneo. La afección es muy dolorosa y puede terminar en gangrena.

Las piezas que han permanecido en una formación ósea irradiada deberán extraerse solo como último recurso.

5.- La infección aguda con celulitis no controlada, debe tratarse de manera que no se extienda aún más, pues esto puede traer consecuencias durante la extracción.

En este caso, el diente que causa la infección es de importancia secundaria; sin embargo, a veces para controlar mejor la infección, se extraerá el diente, siempre y cuando esta extracción no ponga en peligro la vida del paciente.

CONTRAINDICACIONES GENERALES

Toda enfermedad o mal función generalizada puede complicar la extracción o ser complicada por ella.

Estos padecimientos son demasiado numerosos; entre ellos tenemos:

- 1.- La fiebre de origen desconocido se cura rara vez y frecuentemente se agrava con una extracción.

Una posibilidad seria es una endocarditis bacteriana subaguda no diagnosticada, padecimiento que se complicaría considerablemente con la extracción.

- 2.- Las enfermedades reumáticas de cualquier tipo hacen que el paciente esté bajo alto riesgo si hay traumas ulteriores.

- 3.- Las cardiopatías, como arterioesclerosis coronarias, hipertensión y descompensación cardíaca, pueden complicar la exodoncia. El manejo pueda requerir la ayuda de un médico.

4.- La sensibilidad es una contraindicación relativa que requiere mayor cuidado para superar una reacción fisiológica deficiente a la cirugía y un equilibrio negativo de nitrógeno prolongado.

5.- La diabetes secarina no controlada se caracteriza por infección de la herida y porque no hay curación normal; por lo tanto plantea una contraindicación relativa.

6.- Las pericarditis reumáticas agudas o crónicas y las enfermedades renales requieren protección antibiótica adecuada antes de una extracción.

7.- Las discrasias sanguíneas incluyen anemias simples y graves enfermedades hemorrágicas como hemofilia y leucemias.

La preparación de la extracción varía considerablemente según los factores subyacentes. Se debe considerar que en estos casos la enfermedad vuelve al paciente propenso a hemorragia y a infección postoperatoria.

8.- La psicosis y neurosis reflejan inestabilidad nerviosa en el paciente y esto complica la exodoncia.

9.- La enfermedad de Addison o cualquier

deficiencia de esteroides es extremadamente peligrosa. El paciente que haya sido tratado con cualquier enfermedad con terapéutica de esteroides, incluso si la enfermedad ha sido vencida y el paciente no ha tomado esteroides durante un año, puede no poder tener suficiente secreción de cortiza suprarrenal para afrontar la situación de esfuerzos de una vez sin tomar esteroides adicionales.

- 10.- La nefritis que requiere tratamiento, puede crear un problema serio al preparar al paciente para la amputación.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Antes de entrar de lleno en el tema, daremos algunos conceptos para comprender mejor la finalidad de los diversos procesos, así como, los términos científicos que utilizaremos :

ASEPSIA : Método preventivo que tiene por objeto impedir la llegada de microorganismos a las áreas anatómicas que se van a intervenir quirúrgicamente; así como también el instrumental quirúrgico.

ANTISEPTICO : Que no tiene microorganismos patógenos, que participa de las condiciones de la asepsia.

ANTISEPSIA : Conjunto de los métodos terapéuticos que destruyen los microbios por medio de agentes químicos variados; en la boca, previo a la extracción dental, se puede aplicar mercurochrome, tinctura de yodo.

ANTISEPTICO : agente químico que previene o detiene la putrefacción y la infección, además destruye los microorganismos.

LIMPIEZA :

Eliminación física de los residuos y los microorganismos que hay en la superficie de un objeto.

DESINFECCION :

Método de higiene general que tiene por objeto destruir los agentes patógenos en todos los puntos en que se encuentran.

ESTERILIZACION :

Es el método de que nos valemos para destruir todos los microorganismos contenidos en un objeto, por medio de aparatos especiales (autoclava, estufa, esterilizador, etc.).

P R O C E D I M I E N T O

Sabemos que las enfermedades pueden ser transmitidas de una persona a otra por contacto directo e indirecto; los instrumentos dentales que se encuentran contaminados y las manos del equipo quirúrgico son dos fuentes comunes de transferencia indirecta de microorganismos de un paciente hacia otro.

Existen tres maneras básicas para reducir la transmisión de microorganismos entre pacientes: Limpieza, Desinfección y Esterilización :

LA MANO DEL CIRUJANO

EL LAVADO DE MANOS : Es importante y el Odontólogo debe ser lo más meticuloso que sea posible en este procedimiento: Existen jabones desinfectantes para fomentar la eliminación de microorganismos de la piel.

El lavado consta de tres tiempos :

En el primero se llega a dedos arriba del pliegue del codo; en el segundo al pliegue y en el tercero a los dos tercios distales del antebrazo. Una vez que se ha terminado de lavar el cirujano, esta debe mantener sus manos y antebrazos hacia arriba con el propósito de que el agua escurra hacia los codos y no se contaminen las áreas lavadas.

El secado se hace con toalla y se hará de la mano hacia el antebrazo, igual que el lavado; se utiliza una toalla pequeña para cada miembro, desechándose al finalizar.

EL CEPILLADO DE INSTRUMENTOS : La limpieza de los instrumentos quirúrgicos en todos los métodos de esterilización o desinfección, su objetivo es destruir los agentes patógenos en todos los puntos en que se encuentran. De no llevarse a cabo este procedimiento, se inhibiría cualquier intento de destruir los microorganismos albergados en los instrumentos y equipo quirúrgico.

La primera etapa para la preparación de los instrumentos, ya sea para esterilizar o desinfectar, es eliminar los desechos de sangre, placa dental, tejido carioso, cemento, tártaro, etc.

Esto puede ser por medio de :

A) CEPILLADO A MANO : Consiste simplemente en cepillar los instrumentos con un cepillo -- para uñas bajo agua corriente.

B) LIMPIADOR ULTRASONICO : Este aparato es un baño abierto de solución de limpieza que vibra a frecuencia muy alta y la acción de la solución que vibra sacude virtualmente todos los desechos de la superficie de los instrumentos quirúrgicos.

Este limpiador tiene un reloj, que gobierna de manera automática al aparato al terminar el ciclo; además se dispone de soluciones desinfectantes para eliminar cemento, yeso y manchas de los vaciados de oro y de las prótesis dentales.

D E S I N F E C C I O N

Proceso para destruir la mayoría de los microorganismos infecciosos, ya que algunos tipos de bacterias son muy resistentes como la que produce la tuberculosis y de igual manera el virus de la hepatitis y los esporos del tétanos que pueden sobrevivir a la desinfección.

La desinfección se lleva a cabo por procesos físicos y químicos.

Las sustancias químicas pueden actuar en dos formas :

A) Como bactericidas : destruyendo a los microorganismos.

B) Como bacteriostáticos : impidiendo su crecimiento.

Estas sustancias las clasificamos en :

a) Inorgánicos : sales, nitratos, peróxidos, tencocativos, etc.

b) Orgánicos : Fenoles, alcoholes, éteres, aldehídos, y halogenados.

Entre los físicos encontramos al calor que puede ser seco o húmedo.

A causa de la superioridad de la esterilización por calor sobre la desinfección química para destruir los virus, las esporas y las bacterias resistentes, solo se desinfectaran de manera química los instrumentos que no pueden ser esterilizados por calor.

El método más común que se usa para desinfectar los instrumentos es la inmersión de los mismos en un baño de solución germicida.

El equipo voluminoso se puede desinfectar mediante frotación de toda la superficie con compresas de gasa mojada en germicida.

La eficacia de estas soluciones depende de la limpieza que se da al instrumento, la lisura de su superficie, la concentración de la solución y el tiempo que los microorganismos son expuestos a la sustancia química. Esto requiere por lo tanto, limpieza previa de los instrumentos, mezcla adecuada de la solución germicida dar tiempo suficiente de inmersión de los instrumentos en el baño.

Hay diversas sustancias químicas que se pueden usar como desinfectantes. Como son : Hexa clorofeno, Staphene, Zephrin y alcohol para frotación.

LOS JABONES DE MANO DE HEXACLOROFENO . - Mejoran la eficacia del lavado de manos al añadir

un elemento de desinfección al proceso de limpieza, esta sustancia se queda en la superficie de la piel y por lo tanto prolonga el tiempo de exposición de los microorganismos al desinfectante, lo que ayuda a su destrucción.

STAPHENE : Es el desinfectante de elección para frotar el equipo quirúrgico que se ha contaminado durante cualquier procedimiento dental. No se evapora con facilidad, por lo que permite una exposición más prolongada de los microorganismos a su acción germicida.

La mayoría de los desinfectantes requieren una exposición de los instrumentos de 10 a 30 minutos en la solución para que la desinfección sea máxima.

EL ALCOHOL .- De fricción (Alcohol isopropílico), es un agente germicida que se encuentra en soluciones concentradas de 70 a 75 . Se usa con frecuencia para frotar la piel y los instrumentos quirúrgicos . No es tan eficaz como los agentes de fricción comparado con el Staphene, porque se evapora con rapidez, por lo tanto, se disminuye el tiempo de exposición de los microorganismos a su acción germicida.

Al proceso de superficie de los instrumentos en estas sustancias químicas, se les ha aplicado el término de "Esterilización Fría", término mal aplicado porque, solo ocurre desinfección, más no esterilización; esto es, que las sustancias químicas no pueden destruir todos los virus y esporas como ya se mencionó en párrafos anteriores, por esto solo deben ser consideradas como germicidas o desinfectantes.

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

Entre los agentes físicos, encontramos que el método más práctico para lograr la esterilización verdadera de los instrumentos quirúrgicos dentales, es el calor.

Los microorganismos tienen un límite superior de temperatura aceptable para su supervivencia; cuando se sobrepasa este límite superior, ocurre esterilización.

Dos formas comunes para lograr la esterilización mediante temperaturas elevadas son por calor húmedo y seco.

A U T O C L A V E : Aparato de esterilización por calor húmedo, es sin duda el medio por el cual se obtienen mejores resultados para obtener una esterilización verdadera.

Este es el único método por medio del cual se destruye toda clase de microorganismos.

La Autoclava, es una cámara de vapor en la que se colocan los instrumentos que se van a esterilizar.

Durante el ciclo de esterilización, el agua hacia la cámara que se calentó hasta el punto de ebullición para que se forme vapor (100 grados centígrados). Como la cámara está sellada, la presión aumenta aproximadamente a 1.055 kg/cm². Este aumento de presión hace que el calor del vapor aumente desde 100, hasta aproximadamente 120 grados centígrados.

Quando los instrumentos son expuestos a este vapor supercalentado, ocurre esterilización. Por lo general, se requieren unos 15 minutos a

esta temperatura para que se destruyan las bacterias de forma vegetativa, virus muy resistentes y esporas.

Por desgracia, el vapor tiene un efecto corrosivo en los instrumentos de metal, siendo cuidados con bastante rapidez cuando son expuestos al vapor y los bordes cortantes de los instrumentos afilados son embotados por este procedimiento corrosivo.

Por lo anterior, todos los instrumentos, especialmente los de acero ordinario deben secarse muy bien inmediatamente después de la esterilización.

Algunos dentistas secan los instrumentos enjugándolos con una tela aséptica; lo que es una cuena costumbre, siempre que se secaron muy bien e inmediatamente después de esterilizarlos.

Todos los instrumentos de acero endurecidos, como fórceps, tijeras, pinzas, etc., deben lubricarse en las articulaciones con aceite perfumado para máquinas después de la esterilización.

CALOR SECO

Método usado con mucha frecuencia para destruir los microorganismos de los instrumentos dentales, o bien quirúrgicos.

Es en esencia, un proceso de horneado de los instrumentos a temperaturas que varían entre 160 y 175 grados centígrados.

Con este método de calor seco, no hay peligro de corrosión de los instrumentos. Los instrumentos que se van a tratar por los métodos de

calor seco, se deben limpiar y secar antes de colocarlos en el horno.

Se pueden usar bandejas metálicas cubiertas previamente en el horno, de modo que se utilicen los equipos o el instrumental directamente el contenido hasta que se use.

No se requiere cubierto de vidrio para los instrumentos cuando se utiliza este método.

El horno de calor seco puede ser un esterilizador de estilo de contactase elaborado por diversos fabricantes de equipo médico. Puede tener un cronómetro y un termómetro integrado para controlar la temperatura.

Algunos odontólogos usan el horno de cocina ordinario con los mismos objetivos.

Este método requiere un poco más de tiempo que el autoclave, con un tiempo de calentamiento de 15 minutos aproximadamente a 150 grados centígrados; para estar seguros de que ha ocurrido esterilización, se requiere un tiempo de 45 minutos de exposición, para una carga ligera e incluso de una hora para las cargas más grandes.

PREMEDICACION NARCOTICA.

Mediante fármacos de acción sedante y analgésica se mejora la situación psíquica del paciente que se halla frente a una operación. Asimismo, mediante una premedicación adecuada se pueden suprimir numerosas acciones colaterales de los narcóticos.

Una premedicación adecuada, es imprescindible en la anestesia moderna, pues reduce el peligro a que es sometido el paciente, al permitir disminuir la cantidad necesaria de anestésico.

La administración de diazepam (sedante e hipnótico), y de sustancias semejantes modifican la sensibilidad del paciente frente a los relajadores musculares.

Las dosis requeridas de los analgésicos, sedantes y tranquilizantes usados comúnmente, son mayores con el aumento del tamaño del cuerpo del niño y de su edad, así como de su peso, actividad y vivacidad.

Un estómago lleno reduce o retrasa la absorción de medicación administrada bucalmente. Los pacientes que están debilitados necesitan --- dosis más pequeñas.

REGLAS PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

- 1.- Un adulto deberá acompañar al paciente.
- 2.- Deberá hacerse una supervisión estricta en el consultorio.

- 3.- Esperar un tiempo razonable después de la administración.
- 4.- Los padres deben supervisar a sus hijos de cerca, después de administrar la droga.
- 5.- Es esencial un medio ambiente tranquilo.
- 6.- Los reflejos vitales no deberán ser abolidos.
- 7.- No usar nunca anestesia durante alguna enfermedad aguda.
- 8.- Haber que explicarse a los padres las reglas posoperatorias.
- 9.- El dentista debe conocer los efectos de la droga y sus efectos secundarios.
- 10.- Debe haber disponible medicación de urgencia.
- 11.- Conocer el estado físico del paciente y su reacción a las drogas.

A N A L G É S I C O S

ANALGÉSICOS : Los agentes para reducir el dolor sin afectar a la conciencia son llamados analgésicos.

**ANALGÉSICOS
NARCÓTICOS :** El único de los alcaloides del opio que se usa en cierta medida en Odontología infantil es el fosfato de codeína. Esta es 20 veces menos eficaz que la morfina. Generalmente la morfina de gran potencia y capaz de producir

adicción se reserva para dolores intolerables, que ocurren muy raras veces en los niños.

La meperidina, que es un opiáceo sintético, su uso es más amplio, al igual que la morfina es un depresor del sistema nervioso y presenta peligro de adicción como estimulación cerebral, taquicardia, desorientación, espasmo muscular y depresión respiratoria.

ANALGESICOS

NO

NARCOTICOS

La aspirina y la popular combinación de aspirinas, fenacetina y cafeína, conocida como APC, son muy eficaces para analgesia bucal.

El propofano, que está disponible solo en dosis de 50 y 90 mg., es algo más eficaz que la aspirina cuando se usa en una combinación de 50 mg., con aspirinas, fenacetina y cafeína.

Todas estas drogas son eficaces pre y postoperatoriamente para control del dolor.

AGENCIAS FARMACOLOGICAS QUE MODIFICAN LA ANSIEDAD Y EL MIEDO.

C O N T E N I D O

Existen varias drogas con efecto sedante. Los barbitúricos y el hidrato de cloral comúnmente se usan para sedar niños. Incluyen un sueño tranquilo del cual despiertan fácilmente.

El fenobarbital (Luminal), el amobarbital (Amytal), pentobarbital sódico (Nembutal sódico), el secobarbital (Seconal) y el tiopental sódico (Pental sódico) son los que se usan más frecuentemente, asimismo la perhidrocepana, valium.

Los barbitúricos tienen muchos usos y pocos efectos secundarios que generalmente se producen con altas dosis.

Se usan comúnmente para preparar a niños poco manejables. Los halotánidos tienen un amplio margen de seguridad por lo que son excelentes para sedar a pacientes ambulatorios.

Los barbitúricos de acción corta como seobarbital, pentobarbital y amobarbital, son los preferidos, aunque también es común el fenobarbital. Estas drogas tienen la ventaja adicional de ser muy económicas.

El Hidrato de cloral, al igual que los barbitúricos, es una droga que tiene amplio margen de seguridad. Se usa más a menudo en dosis hipnóticas de menos de 1.0 gr. para niños de edad preescolar. Produce menor efecto en dosis seguras para niños mayores que necesitan sedación para tratamiento dental.

Tienen sabor desagradable.

T R A N Q U I L I Z A N T E S

Los diversos efectos de estas drogas no puedan explicarse con sencillez. Se cree que pueden actuar por inhibición de enzimas para evitar la destrucción de transmisores químicos del cerebro, o pueden provocar cambios metabólicos bioquímicos a niveles subcelulares. Algunas de ellas también cambian la actividad eléctrica de regiones específicas del cerebro.

Un grupo de estas drogas, a las que se las llama fenotíedinas, incluye tres de los tranquilizantes que han sido usados con éxito en niños pacientes dentales. Son la clorpromazina, proclorperazina y la promazina.

Dos de los tranquilizantes mayores que se usan comúnmente en la profesión dental, son los derivados de los difenilmetanos: La hidrocloridina y una benzodiazepina. El diazepam se utiliza principalmente en casos de ansiedad y angustia, también es eficaz en pacientes ambulatorios pero, es preciso evitar la aparición de efectos secundarios desagradables sobre el sistema nervioso central.

En caso de susceptibilidad elevada o con dosis superiores a las habituales, se pueden observar una serie de acciones colaterales como son: Cansancio y ataxia * (ante todo en combinación con alcohol o hipnóticos), manifestaciones cefálicas, vértigo, constipación, disminución de la libido, aumento de apetito con fuerte aumento de peso y también se pueden presentar casos de alucinaciones.

* Ataxia.- Irregularidad en las funciones del sistema nervioso .

ANESTESIA

El concepto de anestesia no se puede definir exactamente, pero el cuadro clínico de una narcosis se puede describir y caracterizar con precisión.

Diferentes tipos de sustancias, que con motivo de su acción típica son designadas como anestésicos o narcóticos, dan lugar en el sistema nervioso central a modificaciones de carácter reversible que, mediante supresión de la conciencia colocan al organismo en un estado en el cual se pueden ejecutar intervenciones quirúrgicas sin sensación de dolor ni reacciones defensivas.

ANESTESIA GENERAL

Tiene su lugar propio en el tratamiento dental de los niños.

Generalmente una buena anestesia debe cumplir las siguientes exigencias:

- Pérdida de la conciencia del paciente.
- Analgesia completa y abolición de los reflejos al dolor.
- Relajación muscular.

Cabe mencionar, que cualquier O.D., que desee prestar estos servicios deberá obtener entrenamiento especial; y se considera que este método, se usa como último recurso; cuando todas las alternativas de efectuar la extracción bajo anestesia local sean ineficaces.

ANESTESIA LOCAL

Es el medio usado más comúnmente para controlar el dolor en odontología. Aunque se puede lograr anestesia por presión o por frío e incluso se asegura que por métodos eléctricos; el medio más popular y eficaz sigue siendo la inyección de una solución de anestésico bucal a lo largo de un tronco nervioso para bloquear la conducción o periféricamente en la zona a intervenir.

MEDIDAS PREOPERATORIAS

En algunos estados tienen leyes que hacen obligatorio obtener la autorización del padre o tutor del niño, antes de aplicar cualquier tipo de anestesia al menor. Este consentimiento deberá concederse por escrito y además, incluir el tipo de anestesia que se va a usar y la operación a realizar.

En casos urgentes, bastará una llamada telefónica, pero deberá ser confirmada por escrito a la mayor brevedad posible.

Los niños parecen tolerar mejor la anestesia local después de ingerir algún alimento, aproximadamente dos horas antes de la operación.

Si se estima que deberá tratarse al niño con anestesia general, se tendrá que instruir a los padres del niño, para que este no ingiera alimentos líquidos ni sólidos por lo menos en las seis horas que precedan a la operación.

De ser posible, deberán programarse las

visitas cuando el niño este descansado y no ha tenido tiempo de estar preocupándose por la operación durante horas.

Para poder seleccionar el agente y técnica de anestesia a usar, el Cirujano Dentista, debe primero valorar en las visitas preoperatorias el estado general del paciente, considerando debidamente la seguridad del mismo.

El hecho de que la operación se realice con el paciente bajo anestesia local o general, depende de muchos factores, incluyendo el hábito, entrenamiento y equipo del dentista, los deseos y el estado físico del paciente, la presencia de una periodontitis o pulpitis aguda, que puedan dificultar la anestesia local, de infección en los tejidos mucoperiosteales y la magnitud del procedimiento.

Algunos operadores usan anestesia local para todo tipo de procedimientos, con bloqueos anestésicos importantes y premedicación para mejorar los casos difíciles. Otros usan anestesia general para todos y en ocasiones es triste encontrar casos de pequeños bajo anestesia general, cuando ni siquiera se intentó realizar la extracción bajo anestesia local.

Se ha encontrado que muchos niños pueden ser tratados bajo anestesia local, con un manejo adecuado, siempre y cuando los padres cooperen y no existan otras contraindicaciones.

Gran porcentaje de los niños, incluso de los mas difíciles y asustados, pueden ser persuadidos para aceptar algún anestésico local. El resto generalmente deberán ser tratados bajo los efectos de anestesia general.

TECNICA DE INYECCION (Anestesia Local)

Algunos operadores clínicos aconsejan el uso de anestésicos tópicos antes de inyectar. Es difícil determinar hasta que grado son eficaces, indudablemente poseen un gran valor psicológico, pero no son substituidos de una buena técnica de inyección.

- 1.- Deberá secarse la membrana mucosa para evitar la dilución de la solución del anestésico tópico.
- 2.- Deberá mantenerse el anestésico tópico en contacto con la superficie a tratar por lo menos dos minutos, concediendo otro minuto para que entre en acción.

Uno de los errores cometidos al utilizar anestésicos tópicos, por parte del operador, es no conceder tiempo suficiente para que el agente tópico actúe antes de inyectar.

- 3.- Deberá seleccionarse un anestésico tópico que no cause necrosis local, en el lugar de la aplicación.

No se ha observado irritación producida por el uso de pomada de Nilocaina (Lidocaina).

- 4.- Deberá utilizarse una aguja afilada, con bisel, relativamente corta, unida a una jeringa que trabaje perfectamente.

Se consideran adecuadas las agujas desechables, ya que siempre están afiladas y estériles, su uso elimina la posibilidad de transferir infección de un paciente a otro, por medio de agujas contaminadas.

- 5.- Si los tejidos están algo flojos, deberán estirarse como ocurre en el pliegue mucobucal; comprimirse si están densamente ligados como en el paladar duro.

Usar tensión o presión ayuda a producir cierto grado de anestesia y de esta manera disminuye el dolor asociado con la introducción de la aguja.

Si el tejido está flojo, es preferible estirarlo sobre la aguja a medida que se avanza.

- 6.- Si se utiliza técnica de infiltración, la solución anestésica deberá ser depositada lentamente.

Las inyecciones rápidas tienden a acentuar el dolor. Si hay que anestesiar más de una pieza en el maxilar superior, el operador puede introducir la aguja en el área anestesiada y cambiando su dirección a una posición más horizontal, puede hacer avanzar gradualmente la aguja y depositar la solución anestésica.

El ledo palatino puede anesthesiarse inyectando unas gotas en anterior al agujero palatino mayor, que puede encontrarse en una línea que conecta los últimos molares erupcionados.

Quando la anestesia es necesaria en la región incisiva del maxilar superior, hemos encontrado preferible, administrar el anestésico primero en labial y después pasar la aguja desde esta área anestesiada, a través de la papila interdental, entre los centrales y gradualmente depositar la solución anestésica a medida que avanza la aguja. Esta técnica parece causar menos dolor que si se inserta -

la aguja en o alrededor de la papila incisiva.

- 7.- El vasoconstrictor deberá mantenerse a la menor concentración posible, por ejemplo:

Con Xilocaína de 2 por 100, no deberá usarse más de 1:100 000 de epinefrina.

- 8.- Después deberán explicarse al niño los síntomas de la anestesia:

Sentir hormigueo, entumecimiento o inflamación. Estos síntomas podrían asustar al niño que no haya sido advertido de antemano.

- 9.- Deberá dejarse transcurrir suficiente tiempo (5 minutos) antes de empezar cualquier operación.

Si no se siente hormigueo y entumecimiento en los 5 minutos que siguen a un bloqueo dental, deberá considerarse como un fracaso la inyección y se tendrá que repetir el procedimiento.

- 10.- Deberán utilizarse jeringas de aspiración -- para evitar la inyección intravascular de la solución anestésica y reducir a un grado mínimo las reacciones tóxicas, alérgicas e hipersensibles.

TIPOS Y LOCALIZACION DE LA INYECCION

En el maxilar superior en la parte palatina se anestesia inyectando unas gotas en el agujero palatino mayor; el bloqueo de éste generalmente causa sensación de ahogo.

Quando la anestesia es necesaria en la región incisal del maxilar superior el anestésico se administra en labial y después se pasa la aguja a través de la papila interdientaria.

En la infiltración marginal, la punción se hace en el pliegue mucobucal, ligeramente gingival al punto más profundo, y la aguja penetra hacia el hueso en dirección del apice de la pieza particular.

Deberá considerarse la longitud de la raíz de cada pieza particular, como se ve en la radiografía.

En el maxilar superior se pueden anestesiar todas las piezas, incluso los molares permanentes, por infiltración terminal en el pliegue labial. La anestesia por infiltración lingual es deseable para todas las piezas maxilares.

En el maxilar inferior se pueden extraer las seis piezas anteriores bajo infiltración terminal.

La mucosa lingual puede anesthesiarse pasando la aguja a través de las papilas interdientales.

Quando se aplica una inyección del bloqueo dental inferior, hay que tener presente que la rama ascendente en el niño es más corta y estrecha anteroposteriormente que en el adulto.

Bloqueo alveolar inferior: el agujero mandibular está encima del plano de oclusión en adultos.

Esta debajo del plano de oclusión en niños.

El nervio lingual puede anesthesiarse durante la retracción de la aguja después de haber

depositado el anestésico en el nervio dental inferior.

C O M P L I C A C I O N E S

Una de las complicaciones frecuentes son las náuseas o vómitos, que pueden deberse a razones psicológicas o tóxicas.

Entre las complicaciones posanestésicas son la formación de una úlcera en el labio inferior, debido a la mordedura de esta estructura anestesiada.

También aparecen lesiones herpéticas en labio, lengua o encía, que pueden explicarse por el trastorno de la inervación trófica.

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

Al emplear un anestésico general siempre se incurre en riesgo de vómito, espasmos y apnea (Detención voluntaria o no, de la respiración); por lo tanto podrán preverse medidas más suaves.

La reacción del niño, especialmente si esta bajo premedicación, es generalmente de cooperación, siempre que el Odontólogo sea paciente y comprensivo.

I N D I C A C I O N E S P A R A A N E S T E S I A G E N E R A L .

Los niños que pertenezcan a alguna de las siguientes categorías, necesitarán usualmente anestesia general :

- 1.- El niño no cooperativo que se resista al tratamiento, a pesar de haberse intentado todos los procedimientos de manejo comunes.
- 2.- El niño con trastornos de la hemostasia que requiera tratamiento dental extenso.
- 3.- El niño retardado mental, cuyo impedimento -- sea tan grave que dificulte toda comunicación entre Odontólogo y paciente.
- 4.- El niño afectado de trastornos del sistema nervioso central que se manifieste por movimientos involuntarios y extremos.
- 5.- El niño con grave cardiopatía congénita, considerado incapaz de tolerar la excitación y cansancio provocado por el extenso tratamiento dental.

Emplear anestesia general en el consultorio dental es aceptable, siempre y cuando, exista en él todo el equipo necesario y esté presente un anestesiólogo calificado. Sin embargo, el Hospital es, sin lugar a duda, el sitio más seguro para tratar dentalmente a un paciente bajo anestesia general.

El médico familiar, a quien deberá consultarse respecto a los procedimientos de hospitalización, deberá examinar al niño, y enviar confirmación escrita, afirmando la ausencia de contraindicaciones a la anestesia general.

ELABORACION DEL PLAN DE TRATAMIENTO PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PRIMARIOS

Aún antes de la extracción de un diente primario, el dentista deberá considerar algunas normas generales sobre como incorporar la extracción de dientes primarios a su plan de tratamiento en general. El dentista que proyecta su tratamiento por cuadrantes deberá planear sus procedimientos restaurativos o la colocación de mantenedores de espacio, junto con la extracción de dientes.

Deberá evitarse la programación de una extracción para la primer visita del niño, ya que éste, constituye una forma negativa de introducirlo a la Odontología; salvo que exista infección aguda u odontalgia, el diente no deberá ser extraído en la primer cita, especialmente en niños muy pequeños o agresivos con dificultad para acostumbrarse al consultorio dental.

Para el niño aprensivo que necesite la extracción de dientes anteriores y posteriores, el dentista deberá considerar la zona anterosuperior, al hacer su tratamiento como cuadrante, separado de la zona postero superior.

Esta precaución reducirá el número de veces que se requiera administrar un anestésico local en la cita, sin embargo cuando los dientes anteriores y posteriores inferiores se encuentran en el mismo cuadrante, podrán ser extraídos en la misma visita.

Cuando es necesario extraer dientes posteriores de un solo lado, en el maxilar superior y en maxilar inferior, el diente inferior deberá ser extraído primero: de otra forma el sangrado

de los alveólos superiores puede obstruir la visión del operador durante la extracción del molar inferior.

Cuando se piense extraer un diente primario en un cuadrante en el que están indicados otros procedimientos debemos considerar qué procedimientos deberán realizarse primero.

RELACIONES ANATOMICAS QUE SE TENDRAN QUE TOMAR EN CUENTA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PRIMARIOS DEL MAXILAR SUPERIOR.

(UNIRRADICULARES Y MULTIRRADICULARES)

La anatomia del Incisivo Central, Lateral y Canino, es semejante a la forma de los dientes permanentes homónimos; los temporales tienen una raiz cónica, aplastada en sentido mesiodistal, las dimensiones de la raiz varían en medida que el paciente aumenta de edad, por los procesos naturales de descalcificación radicular.

Las condiciones en que se encuentre la raiz de las piezas dentarias, deben tenerse presente en el acto de su extracción.

Anatomia de los alvéolos del Incisivo Central, Lateral y Canino: Tienen la misma forma de la raiz del diente que alojan.

La relación mas importante de los alvéolos de los dientes anteriores, se refiere a la porción apical, donde el diente temporal esta próximo a la corona de los dientes permanentes, separado de estos por el saco dentario de los 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 deberán recordarse para no dañar el germen del permanente en el curso de la extracción de un diente temporal.

El examen radiográfico: de igual manera que para los dientes permanentes, es indispensable para el tratamiento en los dientes temporales, pues nos indica la forma de su porción radicular, tamaño, grado de resorción de la raiz, la relación que presentan entre si, la existencia,

espesor y forma del tabique óseo que los separa de los permanentes.

MOLARES TEMPORALES SUPERIORES

Anatomía del Primer y Segundo Molar Superior: Poseen tres raíces homologas a las de los molares permanentes; pero en vez de abrirse en abanico, son convergentes.

La raíz mesial es más fuerte: las tres se inclinan hacia dentro describiendo una circunferencia, en la cual se encuentre inscrito el germén del permanente.

Anatomía de los Alvéolos del Primer 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 temporal se pone en contacto con el alvéolo del primer molar permanente; (parte coronaria o radicular según la edad del paciente).

Exámen Radiográfico: Se comprueba la forma de las raíces y sobre todo el grado de relación de ellas con los dientes permanentes.

Es de suma importancia esta relación, sobre todo en la extracción de las raíces de los dientes temporales, para no lesionar los permanentes con esta intervención.

RELACIONES ANATOMICAS QUE SE TENDRAN QUE TOMAR EN CUENTA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PRIMARIOS DEL MAXILAR INFERIOR.

Anatomía de los Incisivos y Caninos inferiores temporales: en su raíz se asemejan a la de los permanentes; difieren por su tamaño. Están aplastados en sentido mesiodistal.

Anatomía de los alvéolos de los dientes anteriores: Presentan la misma forma que las raíces de las piezas que alojan, los alvéolos se relacionan entre si y con los dientes permanentes que 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.

Exámen radiográfico: Indica la forma radicular, grado de resorción y proximidad de los dientes permanentes.

EMERGENCIA EN ODONTOLOGIA INFANTIL

Existen varias técnicas para la extracción de dientes primarios, sin embargo, no han sido incluidos los conceptos de Odontología Integral basados en el tratamiento por cuadrante, ni las instrucciones preoperatorias y posoperatorias que se dan tanto a los padres como a los niños.

Se entiende que existen radiografías preoperatorias y una historia clínica completa para evitar pasar por alto condiciones que podrían ser complicadas por una extracción dental.

Debido a que la mayoría de los dentistas utilizan anestésico local para la extracción de dientes primarios, el dentista deberá adoptar -- una técnica que aproveche la cooperación del niño.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES TEMPORALES

Las radiografías dentales y el minucioso estudio de ellas son factores esenciales antes de extraer cualquier diente y aún más, antes de extraer dientes primarios flojos o sostenidos con firmeza en los procesos alveolares. Se puede apreciar la relación entre la corona del diente permanente parcialmente formado y su folículo con las raíces de los dientes primarios.

Como las raíces de las piezas primarias encierran la corona del diente permanente es necesario seccionar la corona del molar primario y remover las raíces individualmente. Esto se faci-

lita cortando la corona del diente primario por la mitad con un disco o piedra de lentea y después, se separan ambas partes de la corona mediante el uso de un elevador fino, recto, ubicándolo en el surco.

Tanto en molares superiores como inferiores, las raíces son divergentes; en consecuencia es preciso dilatar y comprimir la apófisis alveolar de soporte, para permitir que la remoción de la pieza dentaria se realice en una sola pieza.

Con mucha frecuencia, se fracturan una o más raíces, mismas que deben ser extraídas sin ocasionar daño al germen del premolar parcialmente formado, que está contenido en el hueso alveolar entre las raíces del molar primario.

Hay que eliminar las raíces de los dientes primarios que se han fracturado, por las mismas razones que se extraen las raíces de los dientes permanentes. Existe aun otra razón y consiste en que puede rotar o desviar la erupción del diente permanente, a veces estas raíces son núcleos para la formación de quistes que desplazan el diente permanente adyacente.

Como ya se mencionó anteriormente, si se ha producido suficiente resorción radicular, las extracciones pueden ser muy sencillas. Por el contrario, en una pieza, particularmente un molar, tiene que ser extraído prematuramente, las raíces pueden haber sufrido poca resorción radicular, o bien resorción irregular; situación que volverá muy difícil la extracción.

Debe tenerse presente que la corona de la pieza sucedánea está situada en relación cercana a las raíces de la pieza primaria, y estas rodean las coronas de las piezas permanentes y podemos extraer la pieza en formación si no se tiene cuidado durante la extracción.

Cuando se desplaza un gérmen de pieza permanente durante una extracción, deberá ser empujado cuidadosamente hasta llegar a su posición original y deberá cerrarse el alveolo con uno o dos puntos de sutura.

Habiéndose extraído con error un gérmen de pieza permanente, deberá ser reinsertado inmediatamente como ya se indicó, sin tocar el folículo dental o las papilas dentinarias.

La extracción de piezas anteriores primarias es sencilla, generalmente requiere una rotación constante en una dirección, lo que desaloja la pieza de su ligadura.

Las lesiones periapicales crónicas y los tractos sinusoidales no deberán tratarse con raspado ya que sanan después de la extracción de la pieza infectada y el raspado del alveolo pueda dañar el folículo dental y causar trastornos en la calcificación del esmalte de la corona.

La pinza para extracción "Cuerno de Vaca" está contraindicada para la extracción de molares primarios, por la gran posibilidad de lesionar el gérmen del diente permanente que se haya debajo de las raíces que caducan.

TECNICA PARA LA EXTRACCION DE DIENTES PRIMARIOS CON PINZAS.

La pinza para extracciones llamada "Universal" No. 150, puede ser usada para extraer dientes primarios superiores y la No. 151 para extraer dientes inferiores, la pinza No. 300 para extracciones de dientes primarios superiores, la No. 301 para extracciones de dientes primarios inferiores; estas son de menor tamaño y pueden

cubríase con la mano para no asustar al niño.

MOVIMIENTOS BÁSICOS PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES PRIMARIOS.

Para los seis dientes anteriores superiores e inferiores: los movimientos deben ser de lateralidad vestibulo-palatina y rotación mesio-distal, siguiendo al eje longitudinal de la raíz.

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

LUXACIÓN : Movimientos de lateralidad vestibulo-palatina y rotación. Estos movimientos son lógicamente condicionados por la integridad y grado de calcificación de la raíz.

En el periodo de expulsión basta a veces, la sola presión de la pinza para extraer el diente.

TRACCIÓN : Este movimiento se realiza hacia afuera y abajo y sin pausa del movimiento rotatorio.

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE LOS MOLARES SUPERIORES

PRENSIÓN: Se toma el molar por su cuello anatómico.

LUXACIÓN : Generalmente es suficiente el movimiento hacia vestibular.

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.

TECNICA DE EXTRACCION DE DIENTES TEMPORALES INFERIORES

- PRENSION : Se toma al diente a la altura de su cuello anatómico.
- LUNACION : Los movimientos son hacia afuera y en rotación.
- TRACCION : La rotación es continua, los movimientos mencionados se hacen dirigiendo al diente hacia arriba y adelante.

EXTRACCION DE LOS MOLARES POR ODONTOSECCION

Los molares temporales cariados se fracturan con suma facilidad al presionarlos con las pinzas para extracción; tal accidente suele ser de difícil solución; para evitar este inconveniente, se indica la sección de su corona, separando los bloques radiculares. Tal acción se realiza con piedras de carburo en forma de lenteja y con fresas de figura.

Se separan las raíces siguiendo la anatomía del molar a extraer; para los molares inferiores el corte es en dos segmentos; para los molares superiores en forma de "V".

EXTRACCION DE RAICES DE DIENTES TEMPORALES.

Separadas las raices por la manobra citada o por el proceso de caries que ha destruido su corona, el instrumento indicado para la extracción de las raices de los dientes temporales es la palanca.

Cualquier instrumento de operatoria dental puede servir para tal efecto; se emplea con una hoja arqueada y robusta permite su uso sin temor a fracturarla. Estas cucharillas se usan para el maxilar superior o para el inferior.

Si se emplea aplicando la cara cóncava contra las caras proximales de las raices a extraer. Girando el mango del instrumento y apoyándose en el tabique interdentario o en la cara proximal del molar vecino, se eleva la raíz de su alvéolo y así se extrae.

POSICIONES DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR

La ubicación del operador al lado del paciente, varía según el diente a extraer.

El paciente debe estar confortablemente sentado en el sillón dental, su espalda apoyada en el respaldo del sillón y su cabeza colocada comodamente en el cabezal que descansa sobre el occipital.

La altura a que debe colocarse el sillón varía según se realicen las intervenciones en el maxilar superior o en el inferior.

POSICIONES DEL PACIENTE

PARA OPERAR EN EL MAXILAR SUPERIOR.

Es más accesible cuando se coloca el sillón relativamente arriba y se inclina hacia atrás la cabeza del paciente, de modo que el plano oclusal de la arcada superior forme un ángulo de 90 grados con el eje del tronco. La arcada superior debe encontrarse a la altura de los hombros del operador, de esta forma la visión será más perfecta, las maniobras más sencillas, el esfuerzo y el trabajo realizado más útil.

POSICIONES DEL OPERADOR

PARA OPERAR EN EL MAXILAR SUPERIOR

Para la extracción de todas las piezas dentales del maxilar superior, el operador debe colocarse a la derecha del sillón dental y ligeramente adelante del paciente, dándole el frente.

POSICION DEL PACIENTE

PARA OPERAR EN LA MANDIBULA DEL LADO IZQUIERDO

El respaldo del sillón formará un ángulo recto con el asiento, incluso hasta de 120 grados, la cabeza del paciente en el mismo eje del tronco y a la altura de los codos del operador.

POSICION DEL OPERADOR

PARA OPERAR EN LA MANDIBULA DEL LADO IZQUIERDO

Se situará a la derecha y delante y un poco más cerca del eje medio del paciente, para poder dominar el campo operatorio y no interferir con la iluminación, una vez colocados perfectamente los bocados del forceps sobre la pieza a extraer, se colocará atrás del paciente. Previamente con la palma de la mano izquierda se va hacer presión en el mentón para tener bien fija la articulación temporomandibular y así tener mayor margen de seguridad para evitar las luxaciones del cóndilo de la mandíbula o en remoto caso de fracturas del cuello del cóndilo.

POSICION DEL PACIENTE

PARA OPERAR EN LA MANDIBULA DEL LADO DERECHO

El respaldo del sillón debe colocarse en el ángulo de 120 grados con relación al asiento, para permitir las maniobras que el operador ha de realizar, estando situado detrás del paciente, por lo tanto debe de colocarse el sillón en su

POSICION INFERIOR.

POSICION DEL OPERADOR

PARA OPERAR EN EL MAXILAR INFERIOR DERECHO

El operador alcanza su mayor eficiencia ubicándose detras del paciente, debiendo dominar el campo operatorio, inclinando su cuerpo por arriba de la cabeza del paciente.

Teniendo la misma precaución que en las piezas inferiores del lado izquierdo, debiendo sujetar el mentón para evitar cualquier luxación o fractura del cóndilo o del cuello del mismo.

ACTIVIDAD DESTINADA A LAS MANOS DEL OPERADOR.

La mano derecha está destinada al manejo de los instrumentos quirúrgicos. La mano izquierda debe ser su colaboradora, ya sea, sosteniendo el maxilar, separando los labios, lengua o las mejillas.

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

En la práctica de la exodoncia es muy importante tener a la mano el material e instrumental necesario, para cualquier extracción de las diferentes piezas dentales, considerando si se trata de una pieza superior o inferior, si es anterior o posterior, si la pieza a extraer esta -- completa o fracturada, si está demasiado des---truida por caries o bien si se trata de un resto-radicular, y en cada uno de éstos casos conside-rar su posición y volumen.

Asimismo, se debe tener lo necesario para el caso de que se presentara alguna complicación.

Para la extracción de los dientes temporales, se puede usar el mismo instrumental que para los permanentes, aunque también hay instrum-ental destinado para ellos, de menor tamaño y de distintas formas para adaptarse a su anatomía.

Aunque algunos Odontólogos con algunos - años de experiencia pueden hacer extracciones con solo dos pinzas o forceps; se aconseja a quienes empiezan a trabajar, que se familiaricen con el instrumental básico y con su uso durante unos años, para que en base a dicha práctica pueda de-cidir, seguir trabajando con el mismo instrum-ental o bien, inclinarse a usar solo dos pinzas -- para las extracciones.

El instrumental que ha probado ser satis-factorio y completo para las extracciones denta-les sería el siguiente:

- Espejo
- Porta agujas
- Pinzas de Curación
- Agujas para sutura

- Cucharillas
- Jeringas
- Agujas
- Elevadores :
- Rectos y de
- Bandera.
- Sutura
- Tijeras
- Forceps, tanto para
- piezas superiores e
- inferiores de los
- diferentes grupos
- dentales.
- Lima para hueso.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

HEMORRAGIAS

Ocurren en pacientes patológicos, cuándo por un estudio insuficiente del caso no se ha realizado un preoperatorio adecuado.

En los pacientes normales, las hemorragias ocurren por los siguientes motivos :

A) DURANTE EL ACTO OPERATORIO O INMEDIATAMENTE DESPUES DE ESTE: Por lo general se debe a una incorrecta técnica quirúrgica o a lesión vascular.

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

SI FUERA CAPILAR : Se intentará primero con presión manual o mediante presión masticatoria con una gasa embebida en suero fisiológico tibio, manteniéndolo por encima del tiempo de coagulación.

Si esta maniobra no fuera eficaz, se debe recurrir al taponamiento oclusivo cavitario, utilizando gasa iodoformada a la que puede agregarse vasoconstrictores o sustancias tromboelásticas, esta permanecerá en el alveolo y se retirará después de 48 horas paulativamente.

EN CASO DE HEMORRAGIA VASCULAR : Se debe intentar primero con la presión del vaso contra el lecho óseo, golpeando el punto sangrante con un instrumento romo.

En caso de que el vaso sangrante pertenezca a

los tejidos blandos se puede acudir a las pinzas hemostáticas, la ligadura vascular o la electrocoagulación.

- B) HORAS DESPUES : Se produce por movilización del coágulo. El examen demuestra que la hemorragia persiste y el interrogatorio revela que el paciente ha realizado colutorios violentos, comidas demasiado abundantes, esfuerzos físicos, traumatismos del coágulo mediante succión o con los dedos.

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

Consiste en la remoción del coágulo desbordado, mediante lavados a presión de suero fisiológico o agua bidestilada, eventualmente con gasa embebida en agua oxigenada. Inmediatamente se forma el coágulo que cohibirá definitivamente la hemorragia.

- C) DIAS DESPUES : se debe a infección del coágulo, que será removido y se hará el tratamiento antes indicado; además se seguirá una terapia antibiótica local, espolvoreando en el alvéolo el contenido de una capsula o pulverizando un comprimido para prevenir la infección y controlando la formación del nuevo coágulo.

A L V E O L I T I S

Afortunadamente los alvéolos secos constituyen un caso muy raro en los niños. Cuando un niño de menos de diez años desarrolla un alvéolo seco, deberá considerarse inmediatamente la existencia de alguna complicación de trastorno sistémico (anemia, trastorno nutricional, etc.).

TRATAMIENTO PREVENTIVO :

Cuando del estudio clínico del enfermo surgen evidencias de instalación habitual de alveolitis, se elevarán las defensas orgánicas mediante la administración de vacunas antiptógenas polivalentes o de gamma globulina, previamente al acto quirúrgico.

TRATAMIENTO CURATIVO :

Como primera medida se realizará lavado a presión con suero fisiológico tibio. Luego con una gasa impregnada de agua oxigenada se procederá a la asepsia del alvéolo. A continuación se efectuará el relleno de la cavidad alveolar con cemento quirúrgico y se retirará después de 48 horas paulatinamente a medida que se vaya formando tejido de granulación y consecuentemente la cicatrización alveolar.

OTRAS COMPLICACIONES

Puede producirse aspiración o deglución de piezas o raícas, especialmente bajo anestesia general, cuando la boca se mantiene abierta por la fuerza. Si es posible, deberán extraerse la mayoría de las piezas sueltas antes de iniciar la anestesia general y antes de introducir bucalmente el tubo endotraqueal, así mismo, puede ocurrir durante extracciones forzadas, una pieza puede verse súbitamente liberada del hueso y debido a su forma, a la acción de curva ejercida por el forceps, puede escaparse de los bocados de éste y ser aspirada y tragada. Este accidente se puede evitar a menudo, por la presión controlada de los mangos del forceps y con una esponja de 4x4 pulgadas (10 X 10) que actúe como cortina bajo la pieza que se va a extraer.

Si durante o despues de la operaci3n no se encuentra una pieza o parte de ella, deber3n realizarse inmediatamente ex3menes radiograficos de la caja tor3xica y del abdomen.

La ausencia de tos no prueba que la pieza haya sido aspirada o no, una pieza o parte de ella alojada en el 3rbol bronquial deber3 ser extraida cuanto antes por broncoscopia para evitar complicaciones mayores.

Si la pieza u otro cuerpo extraño est3 alojada en el canal alimentario, debe asegurarse su eliminaci3n, examinando las heces en busca de la pieza. Si est3 no es recuperada y se observa sntomas abdominales deber3 obtenerse la consulta de un m3dico.

Los accidentes y complicaciones no difieren demasiado de los que ocurren en los adultos, una se3al relativamente frecuente de estimulaci3n central son los v3mitos, que pueden deberse a razones psicol3gicas o t3xicas.

Entre las complicaciones postanest3ticas, las observadas con mayor frecuencia son la formaci3n de una 3lcera en el labio inferior, debido a mordeduras de esta estructura anestesiada.

En ocasiones aparecen lesiones herp3ticas en labio, lengua o encia, que pueden explicarse por el trastorno de la inervaci3n tr3fica. Se debe hacer la indicaci3n a los padres de vigilar a su hijo, cuidadosamente despues de inyecciones de bloqueo dental inferior, hasta volver a la sensaci3n normal para evitar que el ni3o se muerda los labios.

Asimismo, tener cuidado de no darle al ni3o alimentos demasiado calientes hasta que recupere sus sensaciones normales, para evitar que se produzcan graves quemaduras.

CONCLUSIONES

De lo antes expuesto, se concluye que la extracción de toda pieza dental, esta expuesta a complicaciones, durante o después de la misma, y que como prevención debemos hacer un buen examen, tanto clínico, como radiográfico, para tener la seguridad de conseguir un resultado satisfactorio.

Asimismo, se hace incapie en el apoyo que los padres nos den, al dar a sus hijos una educación dental favorable, cuidando los hábitos dentales, y llevarlos periódicamente al dentista, pues será de gran ayuda para que exista entre el niño y el Odontólogo un ambiente pleno de cordialidad, y cooperación del paciente para recibir el tratamiento.

También se considera que la Odontología, cada vez adquiere mayor importancia y que con la superación profesional de los Odontólogos se podrá lograr que en el futuro existan estructuras dentales más estéticas y sanas funcionalmente.

D I B L I O G R A F I A

ROMERO, González José de Jesús,
Exodoncia
México. U.N.A.M.
1981
P. 423.

SIDNEY, E. Finn,
Odontología Pediátrica
4a. Edición
Edit. Interamericana
México
1978.

KRUGER, O. Gustavo,
Tratado de Cirugía Bucal
4a. Edición
Edit. Interamericana
México
1978.

RIES, Centeno G.
Cirugía Bucal
7a. Edición
Edit. Antena
México
1973.

MAC, Donald Ralph,
Odontología Para el Niño y el Adolescente
2a. Edición
Edit. Mundi
1975.

ALVIN, L. Morris.
Las Especialidades Odontológicas en la Práctica
General
2a. Edición
Edit. Labor

BENGT, O. Magnusson,
Odontopediatría
Edit. Salvat
México

CAWSON, R.A.
Cirugía y Patología Odontológicas
3a. Edición
Edit. El Manual Moderno. S.A. de C.V.

BENNIER, J.L.
Medidas Preventivas Para Mejorar la Práctica Dent
tal
3a. Edición
Edit. Mundi. S.A.K.Y.F.

CHASTEEN, E. Joseph,
Principios de Clínica Odontológica
Edit. Manual Moderno
México.

KUSCHINSKY, Gustav,
Manual de Farmacología
5a. Edición
Edit. Mayín
México

MADDEN L. John,
Atlas de Técnicas en Cirugía
2a. Edición
Edit. Interamericana