



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLINICA.
INSTRUMENTAL Y
TECNICAS DE ANESTESIA

T E S I S A

Para obtener el Titulo de
Cirujano Dentista

presenta

JORGE BLANDO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION.

Esta tesis, tiene como propósito el de describir y analizar los pasos para la elaboración de una historia clínica, que nos puede llevar a dar un diagnóstico, un pronóstico y el tratamiento, que satisfaga el interés de la enfermedad del paciente como la ética profesional de nosotros.

En nuestra profesión, es necesario el tener los conocimientos suficientemente amplios sobre el instrumental -- que ha diario utilizamos en nuestra consultoría, motivo por el cual tratare de describirlo, sólo en parte describire el instrumental para tejidos blandos y tejidos duros, esperando que sirva de guía para las nuevas generaciones.

Las técnicas de anestesia, más usadas en nuestra profesión son por infiltración, Regional 5 Truncular, Supraperiosteica y de la nuca, dirigidas el dentario inferior, dentario superior y la nuca, en ésta tesis las dare a conocer para afianzar los conocimientos al respecto.

HISTORIA CLINICA.

La historia clínica, es muy importante, tanto que sin ella, no podemos dar un buen diagnóstico que satisfaga nuestra ética profesional, y si podríamos tener problemas en nuestro tratamiento, por lo tanto, todo cirujano dentista tiene la obligación de elaborarla para bien del paciente y de uno mismo.

Si el paciente ya tiene una historia clínica elaborada, lo que se debe de hacer, es ponerla al día, ya que el paciente puede haber adquirido alguna enfermedad posterior al tratamiento que le hayamos practicado.

Toda historia clínica, deberá de ser elaborada mediante un interrogatorio detallado por aparatos y sistemas, para llegar a dar un diagnóstico y un pronóstico, los cuales posteriormente nos van a dar la pauta para elegir el tratamiento más adecuado y satisfactorio tanto para el paciente como para el cirujano dentista.

El interrogatorio, dependiendo de la situación cultural del paciente, tiene que ser con palabras simples que puede entender fácilmente, sólo así podremos obtener las respuestas que necesitamos.

En Odontología, el estudio radiológico, es de gran importancia para el cirujano dentista, ya que por medio de las radiografías, observaremos si hay alteraciones tales como: Hipercementosis, Raíces leceradas, Quistes Odontogénicos, Granulomas, Dientes Incluidos, Etc.

PASOS A SEGUIR PARA LA ELABORACION DE LA HISTORIA CLINICA :

1.- DATOS GENERALES :

Nombre, Edad, Sexo, Edo. Civil, Ocupación, Lugar de Nacimiento, Dirección y Núm. Telefónico.

2.- ANTECEDENTES :

Aquí se estudiará el estado real del paciente, del padecimiento actual, como los padecimientos personales y familiares, los cuales son la biografía de la patología, y nos van a facilitar el diagnóstico y proveer la evolución y respuesta del tratamiento que se — le va a practicar.

a).- ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES :

Por ejemplo : Diabetes Mellitus, Enfermedades del Corazón, — Pulmones, etc.

b).- ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS :

Hábitos de nutrición.— Cuántas veces come al día, que come, si su alimentación es variada ó repetitiva, si toma ó fuma.

Higiene.— Baño diario, Lavado de manos antes de tomar sus alimentos, cambio de ropa interior, etc.

Habitación.— De que está construida, cuántas recámaras y — cuántas personas duermen en cada una, si cuenta con buena ventilación.

Control de Excretas.— Al aire libre, si cuenta con fosa séptica ó tiene drenaje.

En el caso de que el paciente sea mujer, se le hacen pregun

tar sobre los antecedentes gineco obstetricos, como por ejemplo:

¿ Cuántos hijos ha tenido ? si han sido normales ó con la ayuda de fórceps ó cesarea, si ha tenido abortos.

Así como tambien sus estados fisiológicos:

Menstruación, Embarazo, Lactancia y Menopausia.

3.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS :

Enfermedades padecidas tales como: Intervenciones Quirúrgicas, Sensibilidad ó alergias a alimentos ó Antibióticos, Fracturas, Cardiopatías, Diabetes y Enfermedades Crónicas.

4.- PADECIMIENTO ACTUAL :

Con el padecimiento actual, es de tipo Odontológico haberse la exploración en la cavidad bucal.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS :

1.- APARATO DIGESTIVO :

Si hay deglución satisfactoria, si sufre de dolor en el epigástrico, si padece nauseas, vómito, crecimiento anormal del abdomen, anorexia, dolor ó pesadez en el cuadrante inferior derecho (Hígado) e inferior izquierdo (Vase), diarreas, estreñimiento molestias rectales: ó sangrado en heces fecales.

2.- APARATO CARDIOVASCULAR :

Todos los procedimientos de exploración clínica, son aplicables para conocer el estado en el que se encuentra el corazón. La repercusión de los padecimientos del corazón sobre el aspecto general de los enfermos es semejante a la que producen los

transitar por respiratorias, al ocuparme de la exploración del aparato cardiovascular, mencionaré únicamente la confirmación, estas son seriamente modificadas, cuando los enfermos se encuentran en un estado de anarco (Edema Centralizado), en los casos de insuficiencia cardíaca.

La insuficiencia aórtica, la palidez (Facies aórtica) es característica, y en este mismo padecimiento los movimientos rítmicos de la cabeza (Signo de Musser) y la expansión muy acentuada de las arterias del cuello (Beile arterial ó Danza de las arterias), son muy notables, por medio del interrogatorio podremos saber si existen: Taquicardia, Disnea, Precordiolgias, Tos, Hemorragias, Sensaciones de Pare-Córdaco, Cianosis, Edema, Síncopa Córdaca, presión ó algunas variaciones de tensión abdominal y de dolor en el Hipocóndrio derecho, oliguria cardío-renal, dolores precedidos que son síntomas de gran valor en cardiopatías, pudiendo ser, Angina de pecho, Infarto al Miocardio ó Insuficiencia Coronaria.

Pueden presentarse dolores Pleuropericardíacos, pudiendo irrigerse al hombro izquierdo, la investigación de estos dolores puede en condiciones de presumir lesiones orgánicas muy graves que pueden ser contraindicaciones para intervenciones ó para la anestesia, por lo tanto, se enviara al enfermo con un médico especialista, que nos indique la manera de actuar.

El tratamiento de un enfermo cardiópata nos indica que-

se consideren varias factores de importancia, en la etiología de los trastornos ó accidentes frecuentes durante su tratamiento, - puesto que pueden presentarse diversos accidentes antes, durante y después de la intervención en un paciente de ésta naturaleza y pueda deberse a un factor tóxico presentado por la anestesia ó un factor traumático presentado por la intervención ó devida a - la cardiopatía misma.

Las enfermedades del corazón y del aparato respiratorio requieren una consulta del dentista con el médico del paciente.

El riesgo de la práctica de cualquier operación aumenta considerablemente en los pacientes cardíacos, y la elección de la anestesia ofrece también serios problemas.

Son peligrosas las operaciones en sujetos que tienen - antecedentes de trombosis coronaria, de fiebre reumática, de - angina de pecho, de degeneración adiposa del corazón, sepsis ó arteroesclerosis.

4.- APARATO RESPIRATORIO :

Los padecimientos del aparato respiratorio, repercuten de tal manera en el estado general de los pacientes, es de utilidad revisar aunque sea brevemente por las alteraciones que pueden ser ocasionadas por dichos padecimientos.

La constitución de los enfermos es siempre alterada y la conformation es modificada en los padecimientos crónicos (- Raquitismo, Eficema Pulmonar, etc.).

Por medio del interrogatorio nos daremos cuenta si padece con tos seca ó fleumosa, si se presenta en accesos cortos o prolongados y las características que tienen estos y la duración o el tiempo que tienen y cuando comienzan, evolución que ha tenido, si presenta sensación de opresión, o presión, dificultad para respirar, dolor en el tórax, fiebre, (que tipo), sudores — vespertinos, etc..

En la disnea, la dificultad se encuentra en la expulsión del aire haciéndose más larga y pausada durante la respiración. Las dos causas más comunes entre la disnea son: El asma Bronquial y el Eñema Pulmonar generalizado. La disnea puede ser durante pequeños, medianos y grandes esfuerzos.

El aparato respiratorio tiene gran importancia por ser la vía de introducción de algunos anestésicos.

Ciertas enfermedades como: bronquitis, Pulmonitis, infecciones de las vías respiratorias, neumonías, e insuficiencia respiratoria, etc. estas pueden provocar cierre a nivel de la faring.

En la tuberculosis pulmonar es frecuente la caries dental, Goldscheider, considera como estigma tuberculoso la caries del cuello de los incisivos y la transparencia de los incisivos centrales.

Rey, admite que la palmaritis alveolodentaria (Pírrica alveolar), y la tuberculosis pulmonar son procesos distroficos.

5.- APARATO GENITOURINARIO :

Exisencias de orina y número de ellas, dificultad en la micción, coexistencia de la orina, si presenta sangre.

En la mujer: menstruación, ritmo normal y cuantos días ha estado menstruando, si hay presencia de coágulos, poliuria.

6.- SISTEMA ENDOCRINO :

Hipertireoidismo, diarreas, temblor digital, hiperhidrosis, bocio cretácico, hipotireoidismo, mixeдемa, intolerancia al frío, bradilisia, insuficiencia suprarrenal, se presenta con anorexia, diarrea, vómitos, estomatitis, pérdida de peso.

7.- SISTEMA HEMATOPOYETICO :

Si el paciente presenta polidex, se pide al laboratorio una biometría hemática, anemia, palpitaciones, si existe sangrado normal, epistaxis, equimosis y el traumatismo, sangrado prolongado de heridas, etc..

8.- SISTEMA NERVIOSO :

Si existen mareos, insomnio, cuales son las causas, si sufre cambios de carácter con frecuencia, hemíspasmos, calambres, trastornos en la sensibilidad, si oye bien, si ve bien, si se pierde las ideas, si sufre cefaleas, vértigos, temblores, y se ha perdido la memoria, coordinación en sus movimientos.

9.- TRATAMIENTO :

De acuerdo a nuestro diagnóstico y pronóstico daremos el tratamiento más adecuado a nuestro paciente, (Si el paciente está tomando algún medicamento lo tendremos muy en cuenta).

Para complementar la historia clínica, haremos la exploración bucal, en que veremos :

Color de la mucosa, forma del paladar, encía, frenillos, labios, glándulas salivales, clase oclusión: modida abierta, cruzada, cerrada, si el paciente es prognata, retrognata, si tiene anodoncia, si faltan piezas, le preguntamos cuando las perdió si fue por caries o por traumatismo, si a sido tratado por el dentista, si lo visita periódicamente, que técnica de dentado lleva a cabo, - si tiene sarro, si hay esfoliación de dientes, etc.

TOMA II

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS Y TEJIDOS DURES.

Toda intervención quirúrgica, requiere de instrumental adecuada de acuerdo al acto quirúrgico que vamos a realizar, en consecuencia practicamos tanto la cirugía de terceros molares, caninos, érgenes dentales implantados, quistes odontogénicos, granuloma, regu larización de procesos y epiceptomias, como la extracción de órganos dentarios, restos radiculares que son nocivos para la salud del paciente.

Hago mención de estos problemas bucales, para que tengamos en cuenta que tanto en cirugía como en la extracción, requerimos del instrumental para tejidos blandos y tejidos duros, a continuación mencionare parte del instrumental que más utilizamos en cirugía, y posteriormente mencionare el instrumental para tejidos duros:

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS.

Hoja de bisturí de los números 11, 12 y 15, de las cuales, utilizamos más la número 15 por sus características, las cuales consisten, en la curvatura de la hoja en forma de hoz, con sus dos bordes presentando filo, con este bisturí podemos realizar incisiones en sitios poco accesibles.

Manejo para bisturí del número 3, por ser liviano y se ajusta fácilmente, forma de tenerlo, hagamos de cuenta que tomamos un lápiz firmemente y sin basilar ya que el movimiento, será de una vez.

Dejala y manipulaciones, así usamos en cirugía para separar huesos y pericardio, después de haber realizado la incisión, para preparar los colgajos y tener un campo operatorio visible.

Pinzas de Hecher, las usamos en cirugía bucal, como portadores de colgajos, para tomar piezas quirúrgicas, trozos de hueso ó de dientes, del interior de una cavidad, tejidos patológicos ó sangrantes, actuando como hemostáticos.

Pinzas Rectas ó Curvas, Se utilizan para seccionar trozos de colgajo y para cortar sutura.

Pinzas de Curación, hay de dos tipos, dientes de ratón - en las cuales observamos tres dientes que engranan entre sí, - las utilizamos para sostener firmemente el colgajo, y las dentadas, estas las usamos conjuntamente con gasa ó algodón para llevar la parte tratada y para sostener ó retirar fragmentos de hueso.

Separadores, los empleamos en cirugía para mantener separados los colgajos sin que estos sean heridos ó traumatizados.

Sutura con Aguja Atraumática,

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS DURES.

Espejo y Martillo, en la actualidad los usamos muy poco por ser muy traumáticos para el paciente.

Se utilizan para efectuar la Osteotomía, (Sección que cubre el objeto de la intervención) ó sea la tabla externa del maxilar ó la mandíbula, en cirugía de terceros molares, caninos y dientes retenidos, por lo general, la tabla ósea vestibular, y también para eliminar quistes diversos enrollados en los maxilares, y los podemos utilizar para seccionar dientes, (Odontosección).

Presas Quirúrgicas de Coburo, del número 5 u 8 en forma de bolas; De figura del No. 560, en la actualidad son las que utilizamos para efectuar Osteotomías y la Odontosección.

Limas y Escofinas para hueso, Los utilizamos para alisar
bordes y para eliminar puntas óseas.

Básicamente hay dos tipos de instrumental que se emplean
para las extracciones: Elevadores ó Retadores y Fórceps.

Elevadores Rectos, Delgados y Gruesos, de media caña y
plenas con punta, sirven para realizar el debridamiento de los te-
jidos gingivales, extracción de restos radiculares y muchas de --
las veces son usados para extraer órganos dentarios, los Elevado-
res de banders derechos e izquierdas, son utilizados para extraer
raíces de molares.

Forma de tomar los elevadores: palmidigitalmente.

Fórceps.- Esta clase de instrumental nos sirve para la
extracción de órganos dentarios, raíces (restos radiculares).

Los fórceps son instrumentos basados en el principio de
la palanca de primer grado, con los cuales tomaremos el órgano --
dentario a extraer realizando movimientos indicados como son de -
vestibular a lingual ó de vestibular a palatina, estos movimien-
tos son con el fin de luxar ó se parar al órgano dentario de su -
alveolo.El

El fórceps consta de dos partes; una activa y otra pasiva
unidas entre sí por una articulación ó chernela.

Cabe hacer la observación que existen dos clases de fór-
ceps, para extraer dientes del maxilar superior y fórceps para la

extracción en dientes de la mandíbula y también cabe señalar que existen forceps universales.

Los forceps del maxilar tienen las partes activa y pasiva en líneas, mientras que los forceps de la mandíbula tienen ambas partes en ángulo recto.

De lo antes mencionado describiremos que estas partes tienen función distinta en el acto quirúrgico.

La parte pasiva.- Es el mango del forceps, consta de dos ramas paralelas y según el modelo están labradas en su cara externa, lo que permite un mejor adosseamiento a la mano, evitando con esto el deslizamiento.

La parte activa.- Se adapta a la corona anatómica del diente, sus caras externas son lisas y las internas tienen estrías y son cóncavas.

Los bordes ó mordientes del forceps, siguen la modalidad de las coronas anatómicas del diente, los mordientes difieren según el modelo.

Los que se aplican al cuello de los molares presentan bordes ó mordientes en forma de ángulo diedro, para adentrarse a las bifurcaciones de las raíces de estos órganos dentarios.

A continuación mencionaré los forceps para la extracción de dientes superiores e inferiores.

ALVEOLOTOMOS.

No. 1a Se puede utilizar en cualquier parte de la boca para hacer una alveolotomía y para extraer perforales pequeños de raíces y para regularización de arcos.

No. 2a Se utiliza para el 1^{er} premolar Inf., y en casos especiales para 3^{er} molares superiores.

Inspector.— Tiene forma de cisnel, fue muy utilizado en los principios de la Odontología, en la actualidad no se usa.

Para darnos una mejor idea, para conocer los forcepts, los veremos ilustrados.

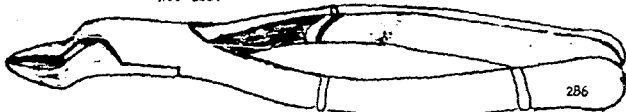
FORCEPTS SUPERIORES .

No. 65.



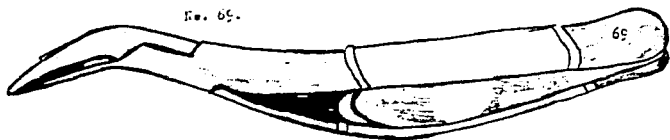
Sirve para extraer órganos dentales de a dent Incisivos y raíces.

No. 286.



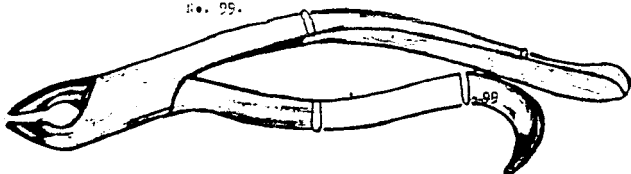
Sirve para la extracción del Premolar incisivos y raíces.

No. 65.



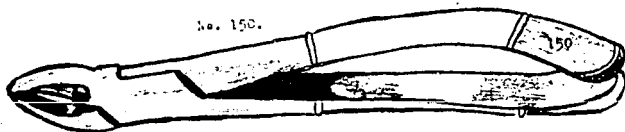
Los fórceps 65, sirven para la extracción de raíces radiculares en un fórceps Universal.

No. 99.

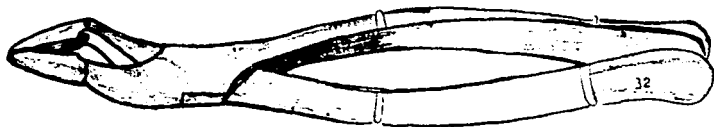


Sirve para extraer incisivos y pre-molares.

No. 150.



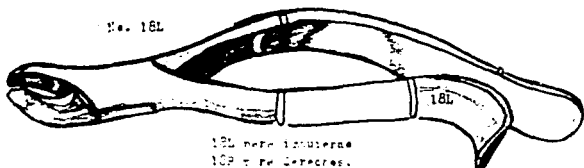
Sirve para extraer, incisivos, pre-molares y raíces.



Sirve para extraer, caninos, pre-molares y molares.

(1.)

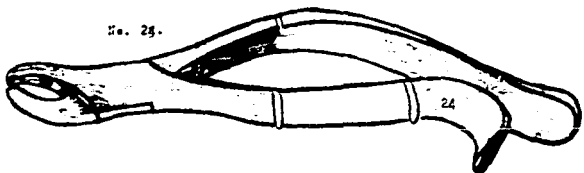
No. 18L



18L para izquierdas
18R para derechas.

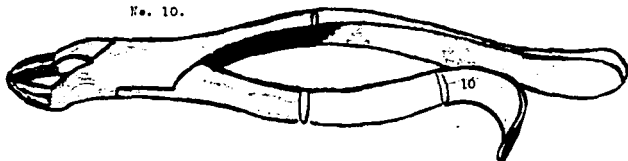
Sirven para extraer 1^{ta} y 2^{da} molares superiores.

No. 24.



Sirve para extraer molares superiores.

No. 10.



Sirve para extraer molares es universal. (Superiores ϕ).

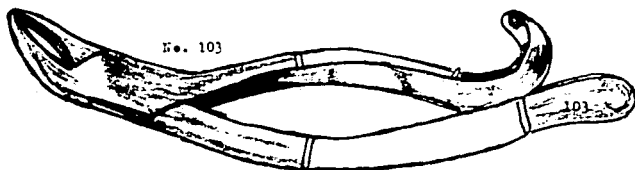
No. 53R



53L para izquierdas
53R para derechas.

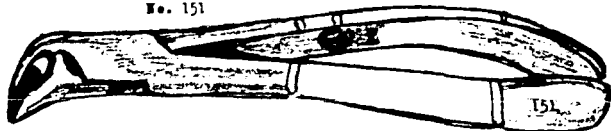
Sirve para extraer, 1^{ta} y 2^{da} molares superiores.

FORCEPS INFERIORES.



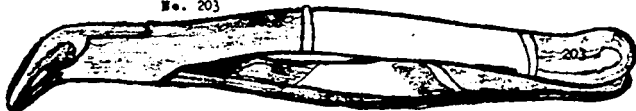
Sirve para extraer incisivos, premolares, caninas y raíces inferiores es un forceps Universal.

No. 151



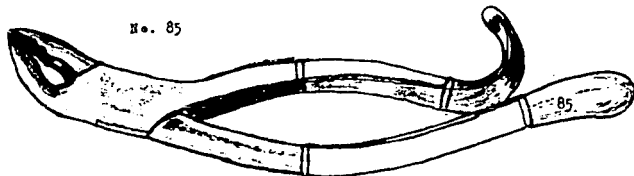
Sirve para extraer, premolares, incisivos, caninas y raíces inferiores, es un forceps Universal.

No. 203



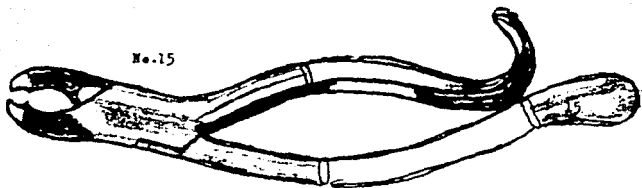
Sirve para extraer, Premolares, incisivos, caninas y raíces inferiores, es un forceps universal, es ideal para dentistas que trabajan con la mano izquierda.

No. 85



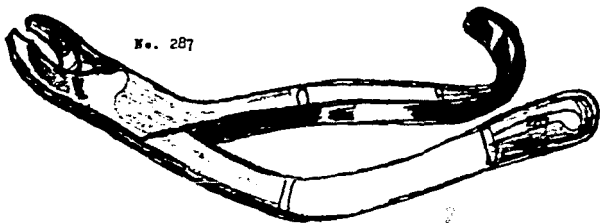
Sirve para extraer, caninas, premolares y molares inferiores.

No. 15



Sirve para extraer 1^{er} y 2^{er} molares inferiores en un forceps Universal.

No. 287



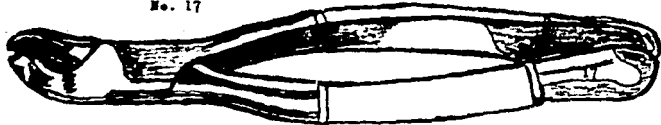
Sirve para extraer, 1^{er} y 2^{er} molares inferiores en un forceps universal.

No. 16



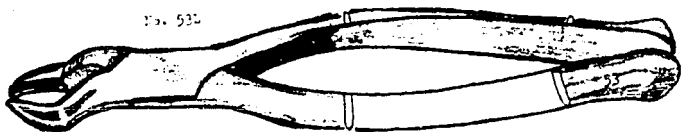
Sirve para extraer, 1^{er} y 2^{er} molares inferiores, tambien en la canina con el nombre de Pico de cuernar de vaca.

No. 17



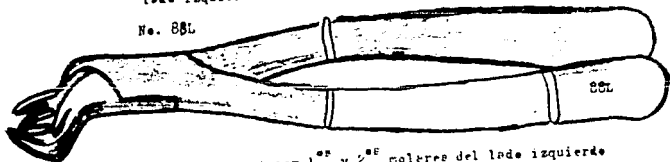
Sirve para extraer, 1^{er} y 2^{er} molares inferiores.

No. 53L



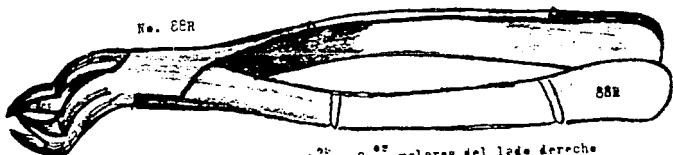
Sirve para extraer, 1^{er} y 2^{er} molares superiores del lado izquierdo.

No. 88L



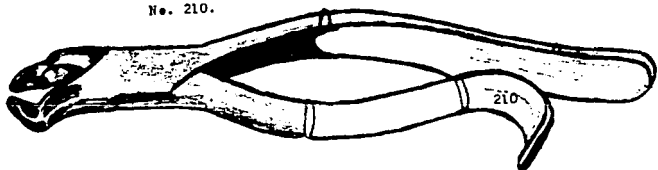
Sirve para extraer 1^{er} y 2^{er} molares del lado izquierdo (Superiores).

No. 88R



Sirve para extraer 1^{er} y 2^{er} molares del lado derecho (Superiores).

No. 210.



Sirve para extraer 3^{er} molar superior del lado

INDICACIONES DE ASEPSIA DE LA CAVIDAD BUCAL ANTES DE APLICAR LA ANESTESIA.

Todo cirujano dentista, sabe que en la cavidad bucal -- tenemos gran cantidad de organismos aprofitos, debido a diversos factores como pueden ser: mala higiene del paciente, acumulaci3n de sarro en el cuello de los dientes y regi3n gingival.

Despu3s de ajustar el sill3n en posici3n intermedia colocamos al paciente, estudiamos la topograf3a de las estructuras que vayamos a anest3sizar, palpamos y observamos, limpiamos la zona en donde vamos a anest3sizar con una gasa est3ril y colocamos un antis3ptico (merthiolate), volvemos a limpiar, y si el paciente segrega saliva colocamos rollos de algod3n o gasa est3ril y si es necesario haremos un tratamiento profil3ctico, as3 y s3lo as3 podemos estar seguros que nuestra zona a tratar estara libre de toda impureza, logrando con ello un tratamiento sin complicaciones.

TECNICA REGIONAL O TRONCULAR.

El bloqueo del nervio dental inferior es el más importante en odontología, ya que no existe otro método seguro que pueda proporcionar anestesia total para los dientes inferiores posteriores.

La zona anestesiada incluye los dientes de una mitad de la mandíbula, encía, la piel y mucosa del labio y la piel del mentón.

La anestesia de la encía lingual, mucosa adyacente y de la encía bucal adyacente al segundo premolar y al primer molar de la mandíbula, se logra en forma coordinada mediante los bloqueos lingual y bucal.

Preparación de los tejidos para la inyección: Se limpia la zona con gaza esteril, aplicamos merthiolate y colocamos rollos de algodón para evitar que la saliva invada nuestra zona, una vez hecha la asepsia procedemos y llevamos a cabo nuestra técnica de la siguiente manera:

Colocamos el dedo índice sobre la escotadura cereneides, colocamos un anestésico tópico para evitar que el paciente sienta el pinchazo de la aguja, localizamos el tendón profundo del músculo temporal, enyesamos la jeringa sobre los premolares del lado opuesto y puncionamos la mucosa con la aguja, a la introducimos y antes de taper con hueso depositamos un cuarto de solución (del cartucho), movemos con suavidad la aguja lateralmente hasta que quede paralela a la línea occlusal e introducimos la aguja hasta llegar a la espina de Spix, la adelantamos un poco más y depositamos nuestra solución.

precursado que quede aproximadamente un cuarto de cartucho, el cual iremos depositando al retirar la aguja, como refuerzo podemos aplicar un cuarto de cartucho en el agujero mentoniano.

A la vez que anestésicamos el nervio dentario inferior, anestésicamos el nervio lingual y el bucal.

El éxito de la técnica empleada dependerá de la habilidad del cirujano dentista así como de los conocimientos que tenga de la anatomía de la mandíbula.

El bloqueo del nervio bucal.- podemos anestésicarlo mediante la aplicación de la inyección aproximadamente a 1 cm por encima del plano oclusal, y a pocos milímetros por dentro del borde anterior de la mandíbula, por donde pasa el nervio bucal dirigiéndose hacia abajo, adelante y afuera, después de haber salido entre las depresiones del músculo pterigoideo externo, la inyección es submucosa y se aplica a 1 cm por debajo del conducto pterigoideo, al ir inyectando pasamos lentamente la aguja en dirección distal. Así bloquearemos las ramas terminales del nervio bucal, esta técnica es válida cuando se empleamos cuando el vestibulo bucal o el área retromolar están inflamados e infectados.

Bloqueo de los nervios mentoniano e incisivo.- El conducto mentoniano se localiza entre los ápices de los premolares inferiores, más claramente entre el primero y segundo premolar, jalamos el labio y observamos una depresión, colocamos la aguja y la introducimos lentamente hacia el agujero, inyectamos un cuarto de cartucho o sea 0.5 ml; con esto lograremos la anestesia de los dientes situa-

dos por delante de los molares, así como las estructuras faciales blandas correspondientes. En ocasiones inexplicablemente se anestésian las estructuras blandas linguales.

Bloqueo de la Fosa Incisiva.- Después de haber hecho la asepsia, dirigimos la aguja en dirección de la fosa, depositamos 1 ml de solución anestésica lentamente en esta región y obtendremos anestesia pulpar y quirúrgica de los incisivos. Si hay necesidad de anestésicar la mucosa lingual, inyectemos una pequeña cantidad de la solución en la mucosa dura.

Debemos de tomar precauciones, nunca aplicaremos inyecciones en el fondo de saco, el cual se encuentra situado en la cara posterior de la mandíbula y la cara inferior de la lengua, ya que podemos lesionar la glándula sublingual y provocar infección.

La técnica de anestesia local, debe basarse en el conocimiento profundo de la anatomía del maxilar superior en este caso, si se considera y practica como un arte y una ciencia.

La estructura ósea, esponjosa y cortical situada al rededor de los ápices de las raíces, determina el éxito o el fracaso de la inyección más simple de todas la supraparióstica.

Una inyección supraparióstica, en las áreas completamente desnudas producirá sin duda anestesia por infiltración.

Y a la vez ninguna cantidad de solución depositada junto al hueso producirá anestesia de los plexos nerviosos dentales.

Para llevar a cabo la inyección supraparióstica, nos valdremos de dos líneas que trazaremos de la siguiente forma:

Se traza una línea horizontal de 2 cm paralela al borde inferior del maxilar, que se hace cruzar con el extremo superior de otra línea de 2 cm paralela a la cara anterior de la apófisis coronoides del maxilar inferior. Se unen las dos líneas así trazadas para formar un triángulo. El vértice del triángulo es el sitio en donde haremos la punción para la introducción de la aguja número 21 de 2 cm con bisel corto, la punta de la aguja se introduce a lo largo de la tuberosidad hasta que se detiene con el ala externa de la apófisis pterigoides, depositamos nuestra solución y esperamos de 1 a 5 minutos, hasta que el nervio dentario posterior se encuentre totalmente bloqueado.

La técnica y aplicación de la inyección se hace de la siguiente manera: Se sujeta el labio y la mejilla entre los dedos pulgar e índice, estirandolos hacia afuera en forma tal que pueda distinguirse la línea limitante entre la mucosa alveolar móvil y la mucosa gingival firme y fija. Se inserta la aguja a través de la mucosa alveolar (fondo de saco), se dirige la aguja hacia la región apical del diente por anestesiarse, la dirección de la aguja deberá de ser siempre en ángulo obtuso, posteriormente se deposita la solución lentamente con el objeto de que no se forme un depósito en el tejido. Cabe mencionar que usaremos una solución que contenga una mínima cantidad de epinefrina, para evitar dolor posterior o espasmo por inquietud. Mediante este método generalmente, anestesiaremos en forma separada la región palatina como veremos a continuación.

Cuando se producen traumatismos en las estructuras blandas del lado palatino de los dientes superiores, deben bloquearse los nervios palatino anterior o esfenopalatino interno dependiendo de la extensión de la operación o los procedimientos quirúrgicos.

Técnica de los nervios palatinos anteriores.- Se coloca el bisel de la aguja en sentido plano contra la mucosa a un cm. del margen gingival o sea en posición intermedia entre el margen de la encía y el techo de la boca, en donde se localiza el agujero anterior por donde salen los nervios palatinos anteriores, introduciendo la aguja aproximadamente medio cm e inyectamos no mas de -

0.5 ml de la solución, la solución se difundirá fácilmente en dirección distal, cabe mencionar que en estos métodos no anestesia-
mos los nervios palatino medio y posterior.

Bloqueo del nervio esfenopalatino interno.- Se coloca el bisel de la aguja en una posición plana sobre la mucosa y a nivel de la parte lateral de la papila incisiva, se presiona contra la mucosa, se hace avanzar la aguja sólo lo suficiente para no atravesar el epitelio e inyectamos una gota de solución, posteriormente la dirigimos por debajo de la papila e inyectamos de 0.25 a 0.5 ml de solución, en este momento, la punta de la aguja estará por debajo de la papila y a nivel de la entrada del agujero. - se efectúan tanto el nervio esfenopalatino interno derecho como el izquierdo, en casos de procedimientos prolongados debemos de in-
yectar la solución al interior del conducto.

ACCIDENTES QUE SE PUEDEN PRESENTAR AL APLICAR LA ANESTESIA.

Una dosis demasiado elevada de anestésia local es una de las causas principales de la reacción tóxica de la droga.

Sin embargo en Odontología, no es frecuente que esto ocurra, porque el volumen de la solución que se emplea en procedimientos dentales es poca.

En algunos pacientes dentro de su idiosincrasia pueden presentar una reacción tóxica a cantidades muy pequeñas de la droga, por ello estos pacientes pueden reaccionar negativamente a una dosis pequeña, y otros no presentar reacciones ni tóxicas ni anestésicas a aplicaciones más elevadas.

Las reacciones alérgicas a anestésicos locales son extraordinariamente raras, es más probable que el cirujano dentista encuentre en el consultorio pacientes con alérgias que se manifiestan como hipersensibilidad a medicamentos como la aspirina, antibióticos y yodo.

En algunos casos la reacción se presenta como véricular o ulceraciones de la piel y en la membrana mucosa, también como erupción, urticaria, edema angioneurótico o rinitis.

Cuando la alérgia es grave, el paciente presenta un ataque asmático, y los rinitos pueden ser rápidos y ser molestos y la situación se complica por el miedo, aún por la histeria que presenta el paciente.

El tratamiento inmediato a reacciones alérgicas graves-

es la aplicación de 0.2 a 0.3 mgs de adrenalina en inyección I.v.
o por vía I.V. muy lenta.

Conjuntamente puede administrarse 1 mg de difenhidramina (Benadril) de 50 mg por ml, ya que no tiene sólo un efecto anti histamínico, sino que produce sedación, la que sirve para mitigar la tensión del paciente, cabe mencionar que el benadril no es un sustituto de la adrenalina, sólo cuando la reacción es grave esta droga es la indicada. (Si el paciente no responde a la primera administración de adrenalina al minuto o dos, se puede repetir la misma dosis.

Lipotimia, es el periodo de inconciencia debida a la anoxia cerebral, siendo esta una de las complicaciones más comunes al emplear la anestesia local.

La sintomatología clínica se parece a la del shock; el paciente palidece, piel fría y sudorosa, pulso rápido, la tensión arterial baja un poco transitoriamente, la lipotimia responde rápidamente a tratamientos sencillos.

Pasos para su tratamiento; Se coloca al paciente en posición de tren de Lenburg, para facilitar el riego sanguíneo al cerebro, damos una inhalación de amoníaco y aplicamos compresas frías en la cara. debemos aflojar todo lo que pueda causar presión al organismo.

Pasos a seguir para evitar un síncope:

- 1.- Inyectar la solución lentamente.
- 2.- Observar el color del paciente durante la inyección.

3.- Aplicando anestesia t6pica.

4.- Empleando bajas concentraciones de epinefrina oca un vasoconstrictor tolerable.

4.- Administrando medicaci6n previa.

5.- Trabajando adecuadamente al paciente.

Shock.- Es similar al s6ncope en su reacci6n, pero es m6s intenso, con descenso s6bito de la presi6n arterial y del volumen de sangre circulante, se pierde la conciencia y el pulso es r6pido y d6bil, se parece al shock operatorio primario debido a la inyecci6n de anestesia, este tipo de problemas requiere de medidas de urgencia.

Tratamiento: colocamos al paciente en posici6n supina con la cabeza baja, se le administra un estimulante card6aco y respiratorio.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES .

Se ha descrito ampliamente sobre métodos mediante los cuales se llega a tener una historia clínica completa, así como sus preposiciones fundamentales, los cuales son conocer ampliamente el estado patológico-funcional del paciente a tratar.

También se ha hecho un estudio breve, de los instrumentos quirúrgicos que se utilizan en nuestra práctica diaria en la Rama de Odontología, pero principalmente en Cirugía y Exodoncia, los cuales tienen como función, la de hacernos más fácil el trabajo a realizar.

Hácese un estudio sumado de las técnicas; Regional é Transcortical y Supraperiférica, las cuales son las más empleadas en la práctica diaria de nuestra profesión. El tener los conocimientos necesarios de las sales mencionadas nos dan el éxito esperado después de haberlos aplicado.

B I B L I O G R A F I A S 1

I.- Cirugía Bucal.
Dr. Ruiz Centeno.

II.-Anestésia Odontológica.
Jorgensen Niels Bjorn.

III.- Apuntes.

IV.- Catálogo de forceps.
S.S. White

V.- Práctica Odontológica.
Volumen 10 1989.