

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



EXODONCIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N
MARIA MARTHA IZAGUIRRE MORA
NORMA MARICELA RUIZ MONROY



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 esta 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.

Recibido
C. D. Gilberto Sorely B.

Barrios

A nuestros Padres:

Sr. Enrique Izaguirre Rodríguez
Sra. Petra Mora de Izaguirre

y

Sr. Rodolfo Ruiz Rodríguez
Sra. Josefina Monroy de Ruiz.

A nuestros hermanos, hermanos
políticos y sobrinos.

*Al C.D. Gilberto González Becerra,
Asesor de este trabajo, cuya valio
sa y desinteresada colaboración me
permite dar este importante paso.*

*A mi Escuela
Facultad de Odontología, con
eterna gratitud por la luz -
que ha dado a mi existencia.*

A nuestros Maestros:
a los que agradecemos
sus enseñanzas y paciencia.

Al Honorable Jurado,

rogando su dispensa a nuestro
trabajo y agradeciendo sus fi
nezas.

"Nunca afirme el médico: este mal es incurable. Pues al admitirlo niega a Dios nuestro Creador, y duda de la Naturaleza pródiga en misterios y en esotéricos poderes".

Paracelso.

I N D I C E

	PAGS.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I DEFINICION E HISTORIA	2
HISTORIA CLINICA	5
CAPITULO II RADIOLOGIA	9
CAPITULO III ANESTESIA	13
CAPITULO IV EXTRACCION	43
CAPITULO V ACCIDENTES	54
CAPITULO VI COMPLICACIONES	61
CONCLUSIONES	72
BIBLIOGRAFIA	73

INTRODUCCION

EL CONTENIDO DE ESTE TRABAJO, TIENE LA FINALIDAD DE --
HACER UN ESTUDIO COMPLETO Y ACTUALIZADO DE LA IMPORTANCIA--
QUE TIENE LA EXODONCIA, DENTRO DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA
DIARIA.

TENIENDO LA INTENCION DE ENTENDER Y COMPRENDER MAS --
CLARAMENTE LOS PRINCIPIOS BASICOS, LA TECNICA, INDICACIO--
NES Y CONTRAINDICACIONES, ACCIDENTES Y COMPLICACIONES QUE
PUEDEN PRESENTARSE DURANTE LA REALIZACION DE UNA EXTRACCION.

ASI TAMBIEN COMO SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

ESPERANDO QUE EL SUMARIO DEL MISMO PUEDA SERVIR DE --
GUIA POSTERIORMENTE Y PERMITA TENER UN CONOCIMIENTO MAS --
CLARO Y EXACTO DE LA EXODONCIA.

CAPITULO I.

I. DEFINICION E HISTORIA.

EXODONCIA DERIVA DEL PREFIJO EXO-FUERA Y DEL GRIEGO - ODONTOS-DIENTE E IA-ACCION.

ES UNA RAMA DE LA ODONTOLOGIA QUE SE ENCARGA DE LA EXTRACCION DE LOS DIENTES QUE HAN PERDIDO SU FUNCIONAMIENTO; POR PROCESOS CARIOSOS, INFECCIONES PULPARES Y CUANDO POR - FUNCIONES DE ESTETICA QUE LA ORTODONCIA LO REQUIERA.

LA EXODONCIA ES EL ACTO QUIRURGICO QUE SE REALIZA PARA LA AVULSION O EXTRACCION DE UN DIENTE DE SU ALVEOLO. ESTE ACTO QUIRURGICO ESTA REGIDO POR PRINCIPIOS SIEMPRE AC--TUALES, TECNICAS OPERATORIAS, ASEPSIA Y ANTISEPSIA ADECUA--DAS.

LA EXODONCIA SE INICIA EN EL SIGLO XIII A.C. EN GRE--CIA, CON ESCULAPIO QUE DA ORIGEN A LA CIRUGIA DENTAL, IN--VENTANDO EL PRIMER INSTRUMENTO FABRICADO DE PLOMO, QUE UTLIZO PARA HACER EXTRACCIONES Y AL QUE LLAMO ODONTAGOGON.

HIPOCRATES (560 AÑOS A.C.) DECIA QUE LA EXTRACCION --ERA UNA OPERACION MUY SENCILLA.

ARISTOTELES (284 AÑOS A.C.) DECIA QUE EL HOMBRE TIENE MAYOR NUMERO DE DIENTES QUE LA MUJER, LO CUAL ES CONCEPTO-ERRONEO, ADEMAS DESCRIBE LOS FORCEPS DENTALES A LOS QUE EL LLAMA ODONTAGRA QUE ESTA FORMADO DE DOS PALANCAS QUE ACTUAN EN SENTIDO CONTRARIO, MOVILIZANDO AL DIENTE PARA QUE DESPUES FACILMENTE SEA EXTRAIDO CON LA MANO.

CORNELIO CELSUS A PRINCIPIOS DE NUESTRA ERA DESCRIBE LA SINDESMOTOMIA O DEBRIDACION Y DICE, QUE DEBE HACERSE --PREVIAMENTE A LA EXTRACCION Y ACONSEJA RELLENAR LAS CAVIDADES DEL DIENTE CON PLOMO PARA QUE NO SE FRACTURE LA CORONA DEL MISMO.

GALENO (130 AÑOS A.C.) PIENSA QUE LA EXTRACCION ES DIFICIL Y DOLOROSA, POR LO QUE PREFIERE DESTRUIR AL DIENTE --POR OTROS MEDIOS.

ARCVLANUS EN EL AÑO DE 1484, DA TRES INDICACIONES PARA REALIZAR LA EXTRACCION:

1. CUANDO EL DOLOR NO PUEDE SER COMBATIDO POR OTROS MEDIOS.
2. CUANDO HAY PELIGRO DE QUE LA ENFERMEDAD DEL DIENTE AUMENTE O AMENACE LA SALUD DE LOS DIENTES VECINOS.
3. CUANDO MOLESTE POR HABLAR O MASTICAR.

AMBROSIO PARE EN 1550, DICE QUE CUANDO EL DIENTE ESTA BIEN IMPLANTADO ES PREFERIBLE ROMPER SU CORONA Y CAUTERIZAR SU NERVIYO Y, ES QUIEN DESCRIBE LOS PELICANOS (FORCEPS-DENTALES QUE RECIBEN ESTE NOMBRE POR SU SEMEJANZA CON EL PICO DE DICHO ANIMAL). LOS CUALES SE USARON POR MAS DE 200 AÑOS Y, TAMBIEN DESCRIBE EL POUSSOIR (ESPECIE DE ELEVADOR).

PIERRE FAUCHARD, INGLES (1690); ES CONSIDERADO EL PADRE DE LA ODONTOLOGIA Y EN SU LIBRO "LE CHIRUGIEN DENTISTE" HABLA DE LA EXTRACCION Y DICE, QUE AUNQUE LOS DIENTES DE LECHE ESTEN DESTINADOS A CAER NO SE DEBEN EXTRAER, SINO EN CASO DE EXTREMA NECESIDAD, AL IGUAL QUE LOS PERMANENTES SOLAMENTE QUE NO PUEDAN SALVARSE POR OTROS MEDIOS; ADEMAS NOS DICE QUE PUEDEN HACERSE EXTRACCIONES DURANTE LA LACTANCIA Y EL EMBARAZO.

EL DENTISTA TOMES Y EL MECANICO EVRARD EN 1854, HACEN FORCEPS ESPECIALES QUE SE ADAPTAN AL CUELLO DE LOS DIENTES Y NO DEPENDER DE LAS CORONAS CLINICAS EN EL ACTO QUIRURGICO.

II. HISTORIA CLINICA.

LA HISTORIA CLINICA ES MUY IMPORTANTE EN EL DIAGNOSTICO ODONTOLOGICO, LA CUAL ES REALIZADA CON EL OBJETO DE TENER UNA VISION CLARA DEL ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE.

ESTAS NORMAS PARA LA EXPLORACION CLINICA SE HACEN POR MEDIO DE UN INTERROGATORIO YA SEA INDIRECTO O POR TECNICA-DIRECTA.

DEL INTERROGATORIO VAMOS A OBTENER LOS SINTOMAS Y LOS DATOS GENERALES COMO SON:

1. NOMBRE
EDAD
DIRECCION
OCUPACION
SEXO
ESTADO CIVIL
LUGAR DE NACIMIENTO.
2. MOTIVO DE LA CONSULTA
3. INTERROGATORIO:

- A) ANTECEDENTES PERSONALES
 - B) ANTECEDENTES FAMILIARES.
4. EXAMEN CLINICO: EXTRA ORAL Y ENDO BUCAL

A) EXAMEN ORAL:

COLORACION DE LA PIEL
ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR
BUEN FUNCIONAMIENTO DE OIDOS
ESTETICA FACIAL
PERFIL DE LOS TEJIDOS BLANDOS
SIMETRIA GLANDULAR (AGRANDAMIENTO DE PAROTIDA)

B) ENDO BUCAL

DIENTES
CARRILLOS (MORDEDURA DE CARRILLO)
PISO DE BOCA
LENGUA
ANQUILOSIS
FRENILLOS
CAMBIOS DE COLORACION

EN EL EXAMEN CLINICO NOS AYUDAMOS POR MEDIO DE RADIO-
GRAFIAS.

5. ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS.

- A) APARATO CARDIOVASCULAR
FIEBRE REUMATICA
HIPERTENSION ARTERIAL.
- B) APARATO RESPIRATORIO
ASMA BRONQUIAL
BRONQUITIS CRONICA

- C) SISTEMA NERVIOSO
 - EPILEPSIA
- D) APARATO RENAL
 - POLIGURIA (EXCESIVA ORINA)
 - NICTURIA (NO HAY CONTROL)
 - HEMATURIA (ORINA SANGRE)
- E) APARATO DIGESTIVO
 - ANOREXIA (FALTA DE APETITO)
 - ERUCTOS
 - GASTRITIS
- F) ESTADOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER
 - MENSTRUACION
 - EMBARAZO
 - LACTANCIA
 - MENOPAUSIA

SI SE TIENE DUDA DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE, NO-
SE DEBE HACER LA EXTRACCION HASTA CERCIORARSE DEL MISMO, -
ORDENANDO PRUEBAS DE LABORATORIO COMO SON:

ANALISIS DE SANGRE.- TENIENDO EN CUENTA LA CANTIDAD -
DE HEMATIES, LEUCOCITOS, UREA, GLUCOSA, TIEMPO DE SANGRADO
Y TIEMPO DE COAGULACION.

COMO REFERENCIA ANOTAMOS A CONTINUACION LAS CANTIDA--
DES NORMALES:

HEMATIES O ERITROCITOS.- 4 000 000 A 5 500 000 POR --
MM³; UNA CIFRA MENOR ES INDICATIVA DE ANEMIA.

LEUCOCITOS.- 5 000 A 10 000 CELULAS POR MM^3 ; SU AUMENTO INDICA UNA POSIBLE INFECCION.

UREA.- ES UN SUERO SANGUINEO QUE NORMALMENTE ES DE --
1-4 MG/100 CC.

GLUCOSA.- CIFRAS NORMALES 80 - 120 MG/100 CC.

TIEMPO DE SANGRADO.- ES DETERMINADO POR LOS AGENTES -
TROMBOPLASTICOS DE LOS TEJIDOS Y LAS PLAQUETAS, NORMALMENTE ES DE 2 A 4 MINUTOS.

TIEMPO DE COAGULACION.- ES DE 2 A 8 MINUTOS.

6. PLAN DE TRATAMIENTO:

PORQUE SE VA A HACER Y QUE SE VA A HACER Y PASOS QUE SE VAN A SEGUIR.

7. EPICRISIS:

ES LA EVOLUCION DEL ENFERMO.

CAPITULO II

R A D I O L O G I A

SU IMPORTANCIA DENTRO DE LA PRACTICA EXODONTICA RADICA EN LA CAPACIDAD QUE TIENE DE PERMITIR APRECIAR DETALLES O PATOLOGICOS EN LA ZONA A TRATAR:

DETALLES ANATOMICOS:

1. DIRECCION DE RAICES
2. NUMERO DE LAS MISMAS.

DETALLES PATOLOGICOS:

1. ABSORCION OSEA
2. RESTOS RADICULARES
3. ESTADO DE LA PULPA
4. ESTADOS DE LA MEMBRANA PARODONTAL
5. ESTADO DE LA LAMINA DURA
6. ALVEOLOS
7. APICES
8. ESTRUCTURAS ADYACENTES A DIENTES NO ERUPCIONADOS
9. ESTRUCTURAS OSEAS MODIFICADAS POR UNA OCLUSION - TRAUMATICA.
10. QUISTES
11. ODONTOMAS.

DEBEMOS RECORDAR QUE PARA LOS FINES ANTES MENCIONADOS, CONTAMOS CON DOS TIPOS DE RADIOGRAFIAS.

1. INTRAORALES:

A) PERIAPICALES.- TANTO EN LAS RADIOGRAFIAS SUPERIORES COMO INFERIORES, LA PELICULA ES SOSTENIDA POR EL PACIENTE YA SEA CON EL DEDO INDICE O EL PULGAR DE LA MANO CONTRARIA A LA ZONA RADIADA, SEGUN SEA LA POSICION; PARA LAS PELICULAS SUPERIORES USAMOS EL DEDO PULGAR Y PARA LAS INFERIORES EL DEDO INDICE; EL KILOVOLTAJE ESTA DADO POR EL APARATO COMO TAMBIEN EL MILIAMPERAJE Y TIEMPO DE EXPOSICION.

PERO TENEMOS QUE RECORDAR LA POSICION DE LA PELICULA Y LA ANGULACION DEL CONO.

EN ESTE TIPO DE RADIOGRAFIAS SE OBSERVA:

1. ABSORCION PERIAPICAL.
2. ABSORCION APICAL ALVEOLAR
3. RAICES FRACTURADAS
4. APICECTOMIA
5. PERFORACIONES DE LA RAIZ
6. EXOSTOSIS
7. FRACTURA ALVEOLAR
8. ESTADO DE LA LAMINA DURA
9. ESTADOS DE LA MEMBRANA PARODONTAL
10. DIENTES NO ERUPCIONADOS
11. DIENTES SUPERNUMERARIOS
12. RESTOS RADICULARES
13. QUISTES... ETC.

B) INTERPROXIMALES.- SE TOMA CON UNA PELICULA IGUAL A LA ANTERIOR, SOLO QUE VARIA PORQUE LLEVA UNA ALETA DE PAPEL EN LA PARTE MEDIA, ESTA PELICULA RECIBE EL NOMBRE DE BITE WING. ESTA RADIOGRAFIA NOS DA LA CORONA DE TODOS LOS DIENTES.

SE COLOCA AL PACIENTE COMO SI SE LE FUERA A TOMAR UNA RADIOGRAFIA PERIAPICAL SUPERIOR (TRAGUS AL ALA DE LA NARIZ, ANGULACION VERTICAL DE MAS DE 8°. Y LA PUNTA DEL CONO DIRIGIDA AL PLANO OCLUSAL).

EN ESTE ESTUDIO VEMOS:

1. CARIES INTERPROXIMAL
2. PROBLEMAS DEL CUELLO DENTARIO
3. PROFUNDIDAD DE CARIES
4. ANODONCIA PARCIAL
5. ABSORCION ALVEOLAR DE LOS TABIQUES INTERDENTARIOS.

C) OCLUSALES.- EL TIPO DE ESTAS PELICULAS ES MUY ESPECIAL LLAMADO OCLUSAL Y MIDE 2 1/2 PULGADAS DE LARGO POR 3- DE ANCHO.

SE EMPLEA PARA OBSERVAR:

1. DIENTES INCLUIDOS
2. QUISTES MUY GRANDES
3. FRACTURA EN LOS MAXILARES
4. CALCULOS SALIVALES DEL CONDUCTO DE WARTON.

2. LAS EXTRAORALES:

SE EMPLEAN RARA VEZ, SOLO CUANDO LA INTRAORAL NO ALCAN

ZA O CUANDO NO ES POSIBLE COLOCARLA.

LAS RADIOGRAFIAS DE PERFIL SE EMPLEAN EN ORTODONCIA-
PERTENECEN A ESTE GRUPO Y TAMBIEN SON POCO USUALES.

DEBEMOS RECORDAR QUE SE DEBE PROTEGER AL PACIENTE Y-
AL OPERADOR DE LA EXPOSICION A LAS RADIACIONES:

1. PARA EL PACIENTE:

- A) TENIENDO CONOCIMIENTO DEL TIEMPO DE EXPOSICION -
SUFICIENTE PARA LA PELICULA Y PARA NO CAUSAR UN
ERITEMA A LA ZONA EXPUESTA.
- B) PREGUNTANDO AL PACIENTE CUANDO FUE LA ULTIMA RA-
DIOGRAFIA O SI HA SIDO TRATADO CON ESTOS RAYOS.

2. PARA EL OPERADOR:

- A) DEBE QUEDAR POR DETRAS DE LA ABERTURA DEL CONO O
SEA FUERA DE LA SALIDA DE LOS RAYOS, ESTO ELIMI-
NA EL USO DE LA PANTALLA DE PLOMO.
- B) DEBE ESTAR TAN LEJOS DEL TUBO COMO LE PERMITA EL
CORDON DEL CONMUTADOR DE TIEMPO.
- C) NUNCA DEBE SOSTENER LA PELICULA O PLACA EN LA BO
CA DEL PACIENTE DURANTE LA EXPOSICION.

CAPITULO III.

ANESTESIA

LA PALABRA ANESTESIA PROVIENE DEL GRIEGO A-SIN Y -
AISTHESIS- SENTIDO, O SEA, PUEDE DECIRSE QUE ES LA FALTA O
PRIVACION GENERAL O PARCIAL DE LA SENSIBILIDAD.

SE DIVIDE EN:

1. ANESTESIA GENERAL
2. ANESTESIA LOCAL.

1. ANESTESIA GENERAL.

SE INICIA EN UN PERIODO MUY REMOTO NO PUDIENDO PRECI
SAR SU INICIO.

LA ANESTESIA GENERAL SE REALIZABA POR MEDIO DE VEGE-
TALES QUE PRODUCIAN LA PERDIDA DE LA CONCIENCIA.

SU UNION A LA MEDICINA ES HASTA LA CUARTA O QUINTA -
DECADA DEL SIGLO XIX CON CUATRO DESCUBRIDORES (WELLS, MOR-
TON, JACKSON Y LONG).

DESPUES SIMPSON DESCUBRE EL CLOROFORMO, Y POSTERIOR-
MENTE LISTER LA ASEPSIA, DANDO CON ESTO UN GRAN PASO A LA-
CIRUGIA.

LA ANESTESIA GENERAL ES LA PARALISIS CONTROLADA, IRREGULAR REVERSIBLE, DE LAS CELULAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL; DEBIDA A FACTORES QUIMICOS, ELECTRICOS, TERMICOS O FISICOS, USANDO MAS FRECUENTEMENTE EL FACTOR QUIMICO. TAMBIEN SE LE CONOCE A LA ANESTESIA GENERAL CON EL NOMBRE DE NARCOSIS, SE LLEVA A CABO POR:

- A) INHALACION
- B) ENEMA (VIA RECTAL)
- C) INYECCION ENDOVENOSA
- D) INTUBACION: NASOFARINGEA Y OROFARINGEA

A) ANESTESIA GENERAL POR INHALACION.- PRESENTA TRES PERIODOS:

1. DE INDUCCION: SE PRESENTA CON UN SUEÑO SIN ALTERACION.
2. SUPERFICIAL: SE LLEGA AL RELAJAMIENTO TOTAL Y SE COMPRUEBA POR LA FIJEZA DE LOS GLOBOS OCULARES.
3. ANESTESIA PROFUNDA.- EN ESTE PERIODO SE TRABAJA.

PRESENTA TRES FORMAS DE APLICACION:

1. GOTA ABIERTA.- CON UNA MASCARILLA ADECUADA O UNA GASA POR MEDIO DE LA CUAL SE ASPIRA EL ANESTESICO.
2. GOTA SEMIABIERTA.- ES MUY PARECIDA A LA ANTERIOR SOLO QUE SE RESTRINGE AL AIRE ATMOSFERICO.
3. METODO CERRADO.- SE RESPIRA EN UN CIRCUITO CERRADO QUE CONSTA DE UN COMPUESTO QUIMICO (COMO LA CALSODICA) QUE ABSORBE EL DIOXIDO DE CARBONO EXHALADO, IMPIDIENDO LA INTOXICACION DEL PACIENTE.

B) ANESTESIA GENERAL POR ENEMA (VIA RECTAL).- SE HACE POR MEDIO DE UN EMBUDO Y UN CATETER QUE SE INTRODUCE AL -- RECTO MAS O MENOS 12 CM. Y SE INYECTA EL ANESTESICO CON -- UNA JERINGA AL TEJIDO MUSCULAR DE DONDE SE ABSORBE A LA -- SANGRE. COMO NO PUEDE CONTROLARSE BIEN SE USA MAS FRECUENTE TEMENTE COMO PREMEDICACION.

C) ANESTESIA GENERAL POR VIA ENDOVENOSA.- EN CONSULTORIO DEBE ACOMODARSE AL PACIENTE EN POSICION SEMIRECLINADA (SILLON A 45. APROXIMADAMENTE), SE ELEVA EL MENTON PARA FACILITAR LA RESPIRACION, LA PUNCION VENOSA SE HACE GENERALMENTE EN EL BRAZO IZQUIERDO COLOCANDOLO EN UN APOYO LATERAL, SE COLOCA EL TORNIQUETE Y SE ESPERA DE 35 A 45 SEGUNDOS Y SE HACE LA PUNCION VENOSA CON EL BISEL DE LA AGUJA HACIA ARRIBA Y CON UN ANGULO DE 35° A 40° SE INTRODUCE A LA LUZ DEL VASO Y SE COLOCA PARALELA A LA VENA SE FIJA, SE COLOCA EL ABREBOCA Y SE SOSTIENE JUNTO CON EL MENTON, PROCEDIENDO A INTERVENIR, AL TERMINAR SE RETIRA TODO Y SE HACE PRESION EN EL PUNTO DE LA PUNCION CON UN ALGODON.

LA ANESTESIA GENERAL ENDOVENOSA SE HACE CON TIOPENTAL SODICO (PENTOTAL) PERO SI FUERA NECESARIO PROLONGAR EL TIEMPO PARA LA INTERVENCION SE USA EL SISTEMA DE BALON O - SEA POR MEDIO DE INHALACIONES DE ETER O PROTOXIDO DE AZOE (GAS HILARANTE).

D) ANESTESIA GENERAL POR INTUBACION:

NASOFARINGEA.- SE EMPLEA MAS FRECUENTEMENTE EN ODONTOLOGIA PORQUE NO OBSTRUYE EL CAMPO OPERATORIO, SE HACE CON UNA SONDA DE CAUCHO DE TAMAÑO APROXIMADO DE LA NARIZ - AL OIDO, YA HECHA LA INTUBACION SE RECURRE AL METODO POR INHALACION.

OROFARINGEA.- SE EMPLEA UN APARATO CURVO DE METAL, - PLASTICO O CAUCHO QUE MANTIENE LA LENGUA HACIA ADELANTE Y PERMITE QUE EL -- GAS ENTRE A LA GLOTIS.

LA ANESTESIA GENERAL POR INTUBACION PRESENTA VARIAS -
DESVENTAJAS:

1. A VECES ES TRAUMATIZANTE
2. PROVOCA HEMORRAGIA NASAL Y FARINGEA
3. A VECES PROVOCA EDEMA DE LA FARINGE
4. DOLOR EN LA MUSCULATURA ESQUELETICA
5. EL PERIODO DE RECUPERACION ES MAS LARGO.

LAS VENTAJAS SON LAS SIGUIENTES:

1. CONTROL MAS POSITIVO DE LAS VIAS AEREAS, QUE EN EL METODO INTRAVENOSO.
2. RESPIRACION CONTROLADA.
3. PODER TRATAR AL PACIENTE INTRATABLE BAJO ANESTESIA LIGERA.

LA ANESTESIA GENERAL ES INNECESARIA EN OPERACIONES - DE LA CAVIDAD BUCAL, EXCEPTO EN INFECCIONES AGUDAS DE LA - BOCA O DE LOS DIENTES Y EN PACIENTES APRENSIVOS.

LOS AGENTES ANESTESICOS GENERALES PUEDEN SER CLASIFICADOS EN: VOLATILES, GASEOSOS, ENDOVENOSOS Y RECTALES.

AGENTES VOLATILES.- PUEDEN EMPLEARSE EN ANESTESIA PARA CIRUGIA DENTAL Y ORAL Y SON:

CLORURO DE ETILO:

FUE DESCUBIERTO POR GLAUBER EN 1648, ES UN GAS A LA TEMPERATURA ORDINARIA Y FACILMENTE COMPRESIBLE, POR LO QUE SE CONVIERTE EN LIQUIDO, TIENE OLOR DULCE Y ES LIGERAMENTE-IRRITANTE A LA MUCOSA Y A LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, ES INFLAMABLE Y EXPLOSIVO A ALTAS TEMPERATURAS; SE DESCOMPONE POR EFECTO DE LA LUZ O DEL AIRE, SU VAPORIZACION REDUCE LAS TEMPERATURAS POR DEBAJO DE LA CONGELACION PERMITIENDO QUE PRODUZCA ANESTESIA POR REFRIGERACION; ES 100% POTENTE PERO SOLO SE USA PARA LA INDUCCION PRELIMINAR AL ETHER, SU DURACION ES DE DOS MINUTOS O MENOS, Y A VECES OCASIONA PARO RESPIRATORIO Y CARDIACO.

SE ELIMINA POR EXHALACION Y PEQUEÑAS CANTIDADES POR ORINA Y TRANSPIRACION.

CLOROFORMO:

LIQUIDO INCOLORO, VOLATIL, DE OLOR PENETRANTE Y SABOR DULZON, COMPUESTO DE CARBONO, HIDROGENO Y CLORO, QUE SE DESCOMPONE POR LA ACCION DE LA LUZ, DEL AIRE Y DEL CALOR PROLONGADO, MUY EMPLEADO EN MEDICINA COMO ANESTESICO; INHALADO

EN PEQUEÑAS CANTIDADES CALMA EL DOLOR, Y EN DOSIS MAS ELEVADAS PRODUCE ANESTESIA GENERAL, SIN DETERMINAR UN ESTADO DE INCONCIENCIA TAN PROFUNDO COMO EL ETHER, NI PRODUCIR SUS DESAGRADABLES EFECTOS CUANDO EL ENFERMO YA SE ENCUENTRA LIBRE DE SU ACCION SOPORIFERA. LOS MEDICOS LO EMPLEAN CON MUCHA FRECUENCIA Y CAUTELA PUES SU APLICACION ESTA CONTRAINDICADA EN LAS ENFERMEDADES DEL HIGADO, CORAZON, BAJA DE LA PRESION ARTERIAL.

FUE DESCUBIERTO EN 1831, MERCED A LOS TRABAJOS QUE REALIZARON INDEPENDIENTEMENTE EL FRANCES SOUBERAIN, EL ALEMAN LIEBIG Y EL NORTEAMERICANO GUTHRIE. EL PRIMERO EN PRESENTAR PUBLICAMENTE SUS PROPIEDADES ANESTESICAS FUE EL GINECOLOGO ESCOCES JACOBO SIMPSON EN 1847.

SE OBTIENE INDUSTRIALMENTE POR CALENTAMIENTO HASTA 45-50 °C DEL CLORURO DE CALCIO CON ALCOHOL SEGUIDO DE DESTILACION. SE RECOMIENDA SU USO EN PACIENTES ENFERMOS DE LASVIAS RESPIRATORIAS.

ETHER DIETILICO (ETHER):

EL PRIMER INFORME DEL USO DEL ETHER ES DE WILLIAM T. GREEN MORTON EN 1846.

ES UN LIQUIDO VOLATIL, INCOLORO, QUE PRODUCE UN VA--POR IRRITANTE, ES INFLAMABLE Y EXPLOSIVO AL MEZCLARSE CON AIRE Y OXIGENO.

COMO ANESTESICO ES 100% POTENTE Y PUEDE ADMINISTRARSE POR INHALACION O VIA RECTAL. EN ODONTOLOGIA ES MAS INDICADO POR INHALACION PUDIENDO PRODUCIR IRRITACION EN LA MUCOSA DEL TRACTO RESPIRATORIO Y EL ARBOL TRAQUEOBRANQUIAL EN ALTAS CONCENTRACIONES Y SU ELIMINACION SE LLEVA INTACTA POR LOS PULMONES, PIEL Y ORINA. SE RECOMIENDA SU USO EN PACIENTES CARDIACOS.

DEBEN SER PUROS AL EMPLEARSE EN ANESTESIA GENERAL.

PROTOXIDO DE AZOE (GAS HILARANTE).

SU INHALACION PUEDE PRODUCIR ASFIXIA, CASI NO SE PRESENTA EL PERIODO DE EXCITACION, NO HAY NAUSEAS NI VOMITO, SU PRINCIPAL INCONVENIENTE ES EL MIEDO DEL PACIENTE; ES EL MAS INOFENSIVO DE LOS ANESTESICOS QUE SE OCUPAN EN ANESTESIA GENERAL POR INHALACION.

AGENTES GASEOSOS.

OXIDO NITROSO:

FUE COMPROBADO COMO ANESTESICO EN LA EXTRACCION DE UN DIENTE POR HORACE WELLS EN 1844, ES UN GAS INCOLORO, INSIPIDO, POCO DULCE, NO ES INFLAMABLE, TIENE UNA EFECTIVIDAD DEL 15%, NO ES IRRITANTE, ES EL MAS DEBIL DE LOS ANESTESICOS, SU PRINCIPAL PELIGRO ES LA HIPOXIA O ANOXIA CUANDO SE AUMENTA EL OXIDO NITROSO; SE OBTIENE LA ANESTESIA A LOS 3 O 4 MINUTOS DE SU ADMINISTRACION. SE ELIMINA POR --

PULMONES NO AFECTA EL CORAZON, HIGADO O RIÑONES, CUANDO SE-ADMINISTRA CON OXIGENO, SI SE MEZCLA AL 50% ELEVA EL UMBRAL DE DOLOR A 15 MG. DE MORFINA.

ETILENO (GAS DE OLEFIANT).

DESCUBIERTO POR INGENHOUSZ EN 1779, ES UN GAS INCOLO-RO, INSIPIDO, NO IRRITANTE Y DE OLOR CARACTERISTICO, ES SU-MAMENTE INFLAMABLE Y EXPLOSIVO, SU IMPUREZA MAS PELIGROSA -ERA EL MONOXIDO DE CARBONO QUE SE HA ELIMINADO, TIENE UN PO-DER ANESTESICO DE 25% Y ES 10% MAS POTENTE QUE EL OXIDO NI-TROSO. ES ELIMINADO POR EXHALACION, NO AFECTA AL CORAZON,-HIGADO O RIÑONES; CUANDO SE ADMINISTRA CON OXIGENO METABOLICO, SU AUMENTO PRODUCE ESPASMOS Y RIGIDEZ MUSCULAR; ES EL -IDEAL PARA CIRUGIA DENTAL Y ORAL.*

AGENTES ENDOVENOSOS.

CASI TODOS SON DERIVADOS BARBITURICOS, LA ANESTESIA -ES MEJOR CONTROLADA, DEBEN SER METABOLIZADOS Y ELIMINADOS Y LOS INHALADOS SON ELIMINADOS INTACTOS POR PULMONES. LOS-BARBITURICOS ENDOVENOSOS SE ELIMINAN DEL PLASMA SANGUINEO -POR DIFUNDIRSE RAPIDAMENTE EN LOS TEJIDOS, EL MAS USADO ES;

TIOPENTAL SODICO (PENTOTAL).

FUE PRESENTADO CLINICAMENTE POR LUNDY EN 1933, ES UN-POLVO AMARGO, AMARILLO, HIGROSCOPICO, DE OLOR CARACTERISTI-

CO, SE ADMINISTRA POR GOTEO CONTINUO O RECTALMENTE EN NIÑOS, SI SE ADMINISTRA RAPIDAMENTE PUEDE PRODUCIR DEPRESION RESPIRATORIA MODERADA O GRAVE. LAS GLANDULAS SALIVALES NO SON ESTIMULADAS Y NO HAY PRODUCCION EXCESIVA DE MUCUS, EL CENTRO DEL VOMITO ES DEPRIMIDO Y RARA VEZ HAY VOMITO O NAUSEAS, EL TIOPENTAL SODICO ES DESINTOXICADO EN EL HIGADO, - DOSIS MAYORES PUEDE IR A TEJIDOS ADIPOSOS Y OTROS NO SENSIBLES, DE LOS CUALES LA DROGA SE DIFUNDE A LA CIRCULACION; - LAS DOSIS MENORES SE ELIMINAN RAPIDAMENTE POR LA CIRCULACION SANGUINEA.

EL OXIDO NITROSO Y OXIGENO DEBEN USARSE COMO PREMEDIACION CONTROLADA.

AGENTES RECTALES.

SON TRES: TIOPENTAL SODICO (PENTOTAL), TRIBROMOETANOL (AVERTINA) Y EL METODO DE GWATHMEY.

TIOPENTAL SODICO (PENTOTAL)

POR ESTA VIA SE USA MAS FRECUENTEMENTE EN NIÑOS.

SE DESCRIBE EN LOS AGENTES ENDOVENOSOS.

TRIBROMOETANOL (AVERTINA).

USADO POR PRIMERA VEZ POR F. EICHOLTZ EN 1926, ES UN COMPUESTO BLANCO, CRISTALINO, DE OLOR ETEREO, LA SOLUCION SE ABSORBE DEL COLON, UN 95% EN MEDIA HORA, NO ES IRRITAN-

TE A LA MUCOSA RECTAL, SE DESINTEGRA EN HIGADO Y SE EXCRETA POR LOS RIÑONES.

SU EFECTO DURA DE 2 A 4 HORAS, ES RECOMENDABLE EN PA
CIENTÉS APRENSIVOS.

METODO DE GWATHMEY:

SE EFECTUA CON DOS PARTES DE ETER POR UNA DE ACEITE-
DE OLIVA.

2. ANESTESIA LOCAL.

EL METODO MAS ANTIGUO PARA PRODUCIR ANESTESIA LOCAL--
ES PROBABLEMENTE LA COMPRESION, QUE FUE USADA POR LOS ASI-
RIOS Y LOS EGIPCIOS 2000 AÑOS ANTES DE CRISTO.

EL PRINCIPIO DE LA ANESTESIA POR COMPRESION FUE APLI-
CADA POR AMBROSIO PARE EN EL SIGLO XVI Y EN 1784 POR JAMES-
MOORE, QUIEN POR MEDIO DE LA COMPRESION INTERRUMPIA LA CIR-
CULACION SANGUINEA Y EMBOTABA LA SENSIBILIDAD DE LA REGION-
DONDE IBA A OPERAR.

A THOMAS BARTHOLINES SE LE ATRIBUYE LA PRIMACIA EN LA
INTRODUCCION DEL HIELO.

EN 1873 ALEXANDER BENNETT DE ESCOCIA DESCUBRIO LAS --
PROPIEDADES ANESTESICAS DE LA COCAINA.

VON ANREP EN 1879 DEMOSTRO QUE PRODUCIA BUENOS RESULT-

TADOS ANESTESICOS POR MEDIO DE LA INYECCION.

EN 1884 EL PROFESOR KOLLER DE VIENA REALIZA SUS EXPERIMENTOS CON COCAINA, HASTA ESE TIEMPO EL VALOR DE LA ANESTESIA LOCAL HABIA SIDO MUY INCIERTA.

EN 1885 HOLSTED LOGRA LA INSENSIBILIDAD DEL MAXILAR - INFERIOR COLOCANDO UNA SOLUCION AL 4% DE COCAINA EN LA ESPINA DE SPIX.

EN 1887 LOS EXPERIMENTOS DE CRILE FUERON DADOS A CONOCER, FUE QUIEN INVESTIGO LOS EFECTOS DE LA COCAINA SOBRE LOS TRONCOS NERVIOSOS DE LOS ANIMALES DE LABORATORIO.

EN 1897, EL NORTEAMERICANO JHON ABEL DESCUBRIO LA EPINEFRINA Y EN EL MISMO AÑO, HEINRICH BRAUN DE ORIGEN ALEMAN PRECONIZO SU USO CON LA SOLUCION DE COCAINA CON EL OBJETO DE DISMINUIR EL GRADO DE ABSORCION DE ESTA ULTIMA Y AUMENTAR LA DURACION DE LA ANESTESIA.

LA ANESTESIA ES INTRODUCIDA A LA CIRUGIA POR HORACE WELLS INHALANDO EL MISMO PROTOXIDO DE AZOE Y ES COMPROBADA POR WILLIAM T. GREEN MORTON.

EN 1904, EINHORN OBTIENE POR SINTESIS OTRO ALCALOIDE "NOVOCAINA" QUE TIENE MENOR TOXICIDAD Y MAYOR PODER ANESTESICO QUE LA COCAINA.

ANESTESIA LOCAL ES AQUELLA QUE AL APLICARLA AL TEJIDO

NERVIOSO CAUSA UN BLOQUEO IRREVERSIBLE LOCAL DE LOS IMPULSOS EN CUALQUIER PARTE DEL ORGANISMO SUPRIMIENDO EL DOLOR SIN PERDIDA DEL CONOCIMIENTO Y SON SUBSTANCIAS QUIMICAS DE SINTESIS, LAS CUALES POR SU ESTRUCTURA MOLECULAR TIENEN CARACTERISTICAS Y PROPIEDADES PARTICULARES QUE LOS HACEN DIFERIR UNOS DE OTROS Y GRACIAS A LO CUAL EL ODONTOLOGO PODRA HACER UNA SELECCION.

PARA TENER EXITO EL ANESTESICO LOCAL DEBE TENER UNA CAPACIDAD DE DIFUSION A TRAVES DE LOS TEJIDOS.

LOS ANESTESICOS LOCALES SE USAN EN COMBINACION CON SOLUCIONES DE VASOCONSTRICTORES O SIN VASO CONSTRICTOR EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES, UNA DE LAS RAZONES POR LA QUE SE USAN COMBINADOS ES PARA PROLONGAR LA DURACION DE LA ANESTESIA Y HACER MAS PROFUNDA LA ANALGESIA.

UN ANESTESICO LOCAL DEBE PERMANECER ESTABLE DESPUES DE UN PERIODO PROLONGADO, AUN EN CIRCUNSTANCIAS EXTREMAS, DE TAL MANERA QUE CONSERVE SU EFICIENCIA COMPLETA; NO TIENE UNA ACCION VASOCONSTRICTORA POR SI MISMO, CON EXCEPCION DE LA COCAINA, NO AUMENTA LA ACCION HEMOSTATICA DE LOS VASOCONSTRICTORES.

CON LA ADOPCION DE LA ANESTESIA LOCAL, EL OPERADOR APRENDE A RESPETAR LOS TEJIDOS TENIENDO COMO RESULTADO QUE EL TRAUMA OPERATORIO Y EL DOLOR POSTOPERATORIO SE REDUCE -

AL MINIMO. SE EMPLEA CON MAYOR AMPLITUD POR SU FACIL APLICACION, MENOR RIESGO Y CUIDADO.

PARA OBTENER LA ANESTESIA LOCAL HAY TRES METODOS:

- A) PARALIZANTE
- B) COMPRESORES DE LOS NERVIOS
- C) REFRIGERACION.

A) PARALIZANTE.- DESDE LA COCAINA HASTA EL DESCUBRIMIENTO DE LA NOVOCAINA O PROCAINA.

B) COMPRESORES DE LOS NERVIOS.- CASI HA SIDO DESCARTADA DEBIDO A LOS ADELANTOS DE LOS ANESTESICOS ACTUALES; SOLO SE USA PARA SUPRIMIR EL DOLOR DE LA PUNCION DE LA AGUJA AL INYECTAR, LA COMPRESION SE REALIZA CON ENERGIA DURANTE 4 O 5 MINUTOS PARA QUE NO HAYA IRRIGACION SANGUINEA.

C) REFRIGERACION.- DESDE EL HIELO HASTA EL ETHER, CLORURO DE ETILO Y PROMURO DE ETILO...ETC.

ACTUALMENTE SE USA EL CLORURO DE ETILO, QUE AL PULVERIZARSE SOBRE LA PIEL O MUCOSA PROVOCA UNA ANESTESIA LOCAL.

UNA DE LAS VENTAJAS QUE CONSTITUYE LA ANESTESIA LOCAL ES LA SEGURIDAD EN CUANTO AL RIESGO, Y PORQUE PUEDEN APLICARSE RAPIDAMENTE Y NO REQUIEREN UNA PREPARACION DILATADA - NI POR PARTE DEL PACIENTE NI DEL PROFESIONAL.

LOS ANESTESICOS LOCALES ESTAN INDICADOS PARA ENFERMOS QUE LLEGAN DE URGENCIA, YA QUE NO SE LES PUEDE ADMINISTRAR-

UN ANESTESICO GENERAL POR LOS ALIMENTOS INGERIDOS.

EN LA ANESTESIA LOCAL ES PRECISO DISTINGUIR TRES FORMAS DE APLICACION:

A) ANESTESIA SUPERFICIAL.- DONDE EL FARMACO SE DEPOSITA SOBRE LA SUPERFICIE Y DIFUNDE HACIA LOS RECEPTORES SENSITIVOS Y HACIA LAS RAMIFICACIONES FINAS DE LOS NERVIOS SENSITIVOS.

B) ANESTESIA POR INFILTRACION, TERMINAL O PERIFERICA. EL ANESTESICO SE INYECTA EN EL TEJIDO, CON LO CUAL SE DISTRIBUYE POR EL MISMO Y ALCANZA LOS ORGANOS TERMINALES SENSITIVOS Y LAS RAMIFICACIONES FINAS DE LOS NERVIOS AFERENTES.

C) ANESTESIA POR BLOQUEO O CONDUCCION.- ACTUA SOBRE EL TRONCO NERVIOSO Y BLOQUEA LA CONDUCCION EN EL CURSO DEL NERVIIO AFERENTE.

LOS ANESTESICOS LOCALES SE DEBEN DE UTILIZAR A CONCENTRACIONES QUE NO SUPEREN A LAS NECESARIAS PARA PROVOCAR LA PARALISIS DE LAS FIBRAS AFERENTES.

PRINCIPALES TECNICAS DE ANESTESIA LOCAL:

INYECCION DEL NERVIIO ALVEOLAR SUPERIOR POSTERIOR DE LA TUBEROSIDAD O INYECCION CIGOMATICA.

PRODUCE LA ANESTESIA DEL SEGUNDO Y TERCER MOLAR Y EN ALGUNOS CASOS PRODUCE LA ANESTESIA DEL PRIMER MOLAR, CUANDO SE PRACTICA LA INYECCION CIGOMATICA ES NECESARIO CONSIDERAR

LA EDAD DEL PACIENTE PARA FIJAR ADECUADAMENTE EL SITIO DE LA INYECCION.

LA INYECCION DE LA TUBEROSIDAD AL BLOQUEAR EL NERVIO-ALVEOLAR POSTEROSUPERIOR, PRODUCE FRECUENTEMENTE ANESTESIA-EFECTIVA PARA CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DENTAL QUE ACTUE SOBRE LOS TRES MOLARES SUPERIORES SIN AFECTAR EL HUESO PALATINO ALVEOLAR NI LA MEMBRANA MUCOSA.

PARA PRACTICAR LA INYECCION DEBEN TOMARSE COMO GUIAS-LOS DOS ULTIMOS MOLARES DEL MAXILAR, EL SITIO DE LA INYECCION ES SOBRE LA RAIZ DISTOBUCAL DEL SEGUNDO MOLAR, SI LOS TRES MOLARES HAN BROTADO YA, EN LOS NIÑOS SE DEBE TOMAR COMO GUIA UN SITIO INMEDIATAMENTE ANTERIOR AL PRIMER MOLAR DE FINITIVO.

INYECCION DEL NERVIO ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO.

ES UNA RAMA DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR, INTERVIENE EN LA FORMACION DEL PLEXO ALVEOLAR SUPERIOR.

PARA LA TECNICA NO HAY VIA DIRECTA A EL DEBIDO A QUE-CORRE EN EL INTERIOR DEL CONDUCTO SUBORBITARIO POR LO QUE SE BLOQUEA CON DIFICULTAD, PERO EN OCASIONES SE PRODUCE UN-BLOQUEO POR MEDIO DE UNA INYECCION ALTA EN EL NERVIO ALVEOLAR ANTERIOR.

INYECCION DEL NERVI^U ALVEOLAR SUPERIOR ANTERIOR O INYECCION SUBORBITARIA.

ES UNA CONTINUACION DEL NERVI^U MAXILAR SUPERIOR O SEGUNDA RAMA DEL TRIGEMINO, SU OBJETO ES ANESTESIAR LAS RAMAS DENTARIAS ANTERIORES Y LAS TERMINALES DE ESTE NERVI^U.

LAS REFERENCIAS PARA PRACTICAR ESTA INYECCION SON EL AGUJERO MENTONIANO Y LA ESCOTADURA SUBORBITARIA EN EL BORDE SUBORBITARIO.

ESTA TECNICA NECESITA DEL BLOQUEO DEL NERVI^U NASOPALATINO PARA EVITAR LA SENSIBILIDAD DEL LADO MENCIONADO.

INYECCION DEL NERVI^U PALATINO ANTERIOR.

EL NERVI^U PALATINO ANTERIOR ES UNA RAMA TERMINAL DEL NERVI^U ESFENOPALATINO.

LA TECNICA ES QUE EL PACIENTE SE COLOCA EN POSICION SEMIRECLINADA, SE INTRODUCE LA AGUJA EN UN PUNTO SITUADO A LA MITAD DE LA DISTANCIA QUE SEPARA LA LINEA MEDIA Y EL MARGEN PALATINO GINGIVAL DEL TERCER MOLAR SUPERIOR. EN CASO DE QUE SE TENGA DUDA DEL AGUJERO, SE TIENE QUE INYECTAR MAS ANTERIORMENTE QUE POSTERIORMENTE A FIN DE EVITAR LA ANESTESIA DE LA UVULA Y DEL PALADAR BLANDO.

INYECCION DEL NERVI0 NASOPALATINO EN EL AGUJERO PALATINO ANTERIOR.

EL NERVI0 NASOPALATINO ES UNA RAMA TERMINAL DEL NERVIO ESFENOPALATINO.

EN ESTA INYECCION SE INYECTAN UNAS GOTAS DE SOLUCION-AL LADO EXTERNO DE LA PAPILA INCISVA, CON EL OBJETO DE EVITAR DOLOR INNECESARIO, DESPUES DE UN MINUTO DE ESPERA SE PUEDE DIRIGIR LA AGUJA HACIA EL AGUJERO PALATINO ANTERIOR SIN PRODUCIR DOLOR.

BLOQUEO DEL NERVI0 MAXILAR SUPERIOR O SEGUNDA RAMA DEL TRIGEMINO.

EL DR. ARTHUR E. SMITH, FUE EL PRIMERO QUE PERFECCIONO EL METODO INTRABUCAL PARA BLOQUEAR LA SEGUNDA RAMA DEL NERVI0 TRIGEMINO (QUINTO PAR CRANEAL).

LA TECNICA DE ARTHUR SMITH ES LA MAS SENCILLA Y SEGURA PUESTO QUE LA AGUJA QUEDA ANTERIOR A LA ARTERIA MAXILAR.

EN ESTE BLOQUEO SE EMPLEA UNA AGUJA RECTA O ENCORVADA EN UN ADAPTADOR ENCORVADO; LA AGUJA SE INSERTA EN EL PUNTO MAS ALTO DEL VESTIBULO, GENERALMENTE ARRIBA DEL ULTIMO MOLAR Y A CIERTA DISTANCIA DE LA MUCOSA ALVEOLAR, DIRIGIENDOLA ARRIBA, ADENTRO Y HACIA ATRAS.

ESTE METODO HACE QUE LA INYECCION SEA INDOLORA Y SIN SENSACION PROPIOCEPTIVA.

BLOQUEO DEL NERVIIO MANDIBULAR Y DE SUS RAMAS:

BLOQUEO DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR, LINGUAL Y BUCAL.

EL BLOQUEO DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR SE CONSIDERA-COMO EL BLOQUEO NERVIOSO MAS IMPORTANTE UTILIZADO EN ODONTOLOGIA. SIMPLEMENTE PORQUE NO HAY OTRO METODO SEGURO QUE --PUEDA PROPORCIONAR UNA ANESTESIA TOTAL PARA LOS DIENTES POS-TERIORES INFERIORES Y ALGUNOS ANTERIORES.

LA ZONA ANESTESIADA COMPRENDE LOS DIENTES DE UNA DE -LAS MITADES DEL MAXILAR INFERIOR, UNA DE LAS PARTES DE LA -ENCIA BUCAL, LA PIEL, LA MUCOSA DEL LABIO INFERIOR Y DE LA -BARBILLA.

LA ANESTESIA DE LA ENCIA LINGUAL Y DE LA MUCOSA ADYA-CENTE ASI COMO LA DE LA ENCIA BUCAL ADYACENTE AL SEGUNDO --PREMOLAR Y PRIMER MOLAR DEL MAXILAR INFERIOR, SUELE REALI--ZARSE SIMULTANEAMENTE POR MEDIO DE LOS BLOQUEOS LINGUAL Y -BUCAL RESPECTIVAMENTE.

EN LA TECNICA PRIMERO SE DETERMINA EL PUNTO EN QUE SE VA A INTRODUCIR LA AGUJA Y EL TRAYECTO QUE VA A RECORRER; -DESPUES DE APLICAR AL AREA EN QUE SE VA A INYECTAR UNA SOLU-CION ANTISEPTICA Y ANALGESICA, DEBE ADVERTIRSE AL PACIENTE-QUE NO DEBE CERRAR LA BOCA O MOJAR EL AREA CON SALIVA; LA -BOCA DEBE MANTENERSE AMPLIAMENTE ABIERTA.

EL CIRUJANO SEPARA EL CARRILLO DE MANERA QUE LOS TEJI

DOS ESTEN FIRMES Y LOS LIMITES OSEOS APAREZCAN CLARAMENTE, LA LINEA OBLICUA SE PALPA CON EL DEDO INDICE.

EL CUERPO DE LA JERINGA DEBE DESCANSAR SOBRE EL CANINO O ENTRE EL CANINO Y PRIMER MOLAR DEL LADO OPUESTO DE LA BOCA AL SITIO DE LA INYECCION. PERO DEBEMOS TENER EN CUENTA QUE SIEMPRE EL BISEL DE LA AGUJA DEBE ESTAR VUELTO HACIA HUESO.

BLOQUEO DEL NERVIO LINGUAL.

GENERALMENTE AL BLOQUEAR EL NERVIO ALVEOLAR SE PRODUCE EL BLOQUEO LINGUAL.

EXISTEN DOS METODOS PARA REALIZAR ESTA INYECCION: EL DIRECTO Y EL INDIRECTO.

EL MAS USADO ES EL DIRECTO EN EL CUAL LA AGUJA DEBE DIRIGIRSE A UN PUNTO FIJADO DE ANTEMANO DENTRO DE LA LINEA OBLICUA, SIGUIENDO LOS PASOS DE LA TECNICA PARA ANESTESIAS EL DENTARIO INFERIOR.

PRODUCE ANESTESIA DE LA MUCOSA, DEL TEJIDO CONJUNTIVO, DEL SUELO DE LA BOCA, DEL TEJIDO GINGIVAL, DEL PERIOSTIO SITUADO EN EL LADO LINGUAL DE LOS MOLARES, PREMOLARES Y CANINO INFERIORES Y EN OCASIONES DE LOS INCISIVOS LATERALES Y DE LOS DOS TERCIOS ANTERIORES DE LA LENGUA.

EL PRIMER SIGNO ES UNA SENSACION DE HORMIGUEO Y CA--

LOR EN LOS DOS TERCIOS ANTERIORES, CARA LATERAL Y PUNTA DE LA LENGUA.

BLOQUEO DEL NERVIU BUCAL LARGO.

EN LA MAYORIA DE LOS CASOS ES NECESARIO BLOQUEAR EL NERVIU BUCINADOR O BUCAL LARGO CUANDO SE QUIERE HACER EXTRACCION DE DIENTES MANDIBULARES, GENERALMENTE SE LE INFILTRA CON UNA INYECCION EN EL CARRILLO O BIEN POR UNA INYECCION EN EL VESTIBULO FRENTE AL SEGUNDO MOLAR INFERIOR, SOBRE SU TRAYECTO O DISTRIBUCION DEBE INYECTARSE APROXIMADAMENTE 0.5 C.C. DE LA SOLUCION ANESTESICA.

GENERALMENTE ES MEJOR INYECTAR ESTE NERVIU DESPUES QUE SE HAN HECHO PATENTES LOS SINTOMAS DEL BLOQUEO MANDIBULAR, YA QUE EN ESTA FORMA ES MAS FACIL DISTINGUIR LOS SIGNOS DE LA ANESTESIA.

LA ANESTESIA PUEDE OCURRIR EN FORMA SEPARADA EN CUALQUIERA DE LAS TRES RAMAS DEL NERVIU MANDIBULAR: NERVIU DENTARIO INFERIOR, LINGUAL Y BUCCINADOR O BUCAL LARGO, DEPENDIENDO DE LA INYECCION.

HAY SENSACION DE HORMIGUEO Y EMBOTAMIENTO DE LA SENSIBILIDAD, DEBIDO AL EFECTO SOBRE LA MUCOSA.

BLOQUEO DEL NERVIU MENTONIANO.

SE ORIGINA EN EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR A PARTIR-

DEL NERVIIO DENTARIO INFERIOR Y SALE A TRAVES DEL AGUJERO -
MENTONIANO A LA ALTURA DEL SEGUNDO PREMOLAR DISTALMENTE.

CON EL DEDO INDICE SE PALPA EL PAQUETE VASCULONERVIO-
SO A SU SALIDA DEL AGUJERO MENTONIANO. EL DEDO SE DEJA --
AHI EJERCIENDO UNA PRESION MODERADA MIENTRAS LA AGUJA SE -
INTRODUCE HACIA DICHO PUNTO HASTA QUE ESTE EN LA CERCANIA-
INMEDIATA DEL PAQUETE VASCULONERVIOSO LA PUNTA Y AHI SE IN-
YECTA.

ASI SE EVITA PRODUCIR LESIONES VASCULARES, EL INTRO-
DUCIR LA AGUJA DENTRO DEL PROPIO AGUJERO MENTONIANO PARA -
OBTENER MEJOR ANESTESIA NO ES RECOMENDABLE, DEBIDO AL RIES-
GO QUE SE CORRE DE PRODUCIR LESIONES NERVIOSAS CON TRASTOR-
NOS DE LA SENSIBILIDAD DEL LABIO INFERIOR COMO CONSECUEN-
CIA (PARESTESIAS).

EN ESTA INYECCION SE BLOQUEAN: PREMOLARES, DIENTES -
ANTERIORES, Y LABIO INFERIOR, DESDE EL AGUJERO MENTONIANO-
HASTA LA LINEA MEDIA, EL TIEMPO EN QUE SE PRODUCE LA ANES-
TESIA ES VARIABLE.

BLOQUEO DE LA FOSA INCISIVA.

EL BLOQUEO COMPLETO SE LOGRA POR INYECCION BILATERAL
QUE PRODUCE ANESTESIA EN LOS INCISIVOS CENTRAL Y LATERAL, -
APOFISIS ALVEOLAR, PARTE DEL HUESO MANDIBULAR, ENCIA DE LA
REGION ANTERIOR, PERIOSTIO Y MUCOSA ANEXA A LOS DIENTES --
MENCIONADOS.

EN ESTE BLOQUEO, LA PUNCIÓN SE HACE EN EL REPLIEGUE-LABIOGINGIVAL CERCA DE LA LINEA MEDIA, HACIA ABAJO, AFUERA Y ATRAS HASTA EL SUELO DE LA FOSA INCISIVA; EL BISEL DEBE-IR DIRIGIDO A HUESO.

SOLUCIONES ANESTESICAS:

COCAINA:

ES UN ALCALOIDE QUE SE EXTRAE DE LAS HOJAS DE LA CO-CA, SE EMPLEA COMO ANESTESICO LOCAL TOTAL, PARA LO CUAL SE INYECTA RESPECTIVAMENTE EN EL TRONCO DE UN NERVI--PAL O EN LA MEDULA ESPINAL. SU SAL MAS IMPORTANTE ES EL -CLORHIDRATO DE COCAINA, QUE ADEMAS DE EMPLEARSE COMO INYEC--TABLE SE UTILIZA EN FORMA TOPICA Y HASTA EN SU USO INTERNO CONTRA LAS NAUSEAS Y DOLORES DE ESTOMAGO; LA COCAINA ES --TAMBIEN UN ESTUPEFACIENTE PELIGROSO QUE FORMA HABITO Y PRO--DUCE ESTADOS MORBOSOS.

NOVOCAINA:

TAMBIEN SE CONOCE CON EL NOMBRE DE PROCAINA, FUE IN--TRODUCIDA EN LA PRACTICA PROFESIONAL POR EL PROFESOR H. --BRAWN EN 1905, PREPARADA POR EINHORN EN 1904. QUIMICAMENTE SE CONOCE CON EL NOMBRE DE MONOCLOR-HIDRATO DE P-AMIDA-BEN--CIL-DIETIL-ETANOL, ES UN PRODUCTO QUIMICO SINTETICO, ES DE COLOR BLANCO CRISTALINO.

LA NOVOCAINA ES EL ANESTESICO LOCAL MAS RECOMENDADO - HASTA LA FECHA, TANTO POR LA ANESTESIA POR INFILTRACION COMO POR LA DE CONDUCCION, SU BAJA TOXICIDAD PERMITE EMPLEAR-GRAN DOSIS SIN PELIGRO PARA EL PACIENTE. NO ES IRRITANTE - NO CAUSA NINGUNA VASODILATACION LOCAL, CUANDO SE INYECTA HIPODERMICAMENTE Y SE COMBINA CON LA ADRENALINA QUE ES VASO--CONSTRUCTOR.

SE USA LA SOLUCION AL 2% CON EPINEFRINA AL 1:50,000 O AL 1:100,000; EN CASOS ESPECIALES SE USA AL 4%.

XILOCAINA:

EL NOMBRE REGISTRADO ES LIDOCAINA, FUE DESCUBIERTA POR EL QUIMICO SUECO LOFGREN, QUIMICAMENTE SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE CLORHIDRATO DE DIETILAMINO-2,6-DIMETIL-ACETANILIDA.

LAS CARACTERISTICAS DE ESTA SOLUCION BLOQUEADORA SON: RAPIDEZ DE ACCION, BAJA TOXICIDAD, BUENA DIFUSION Y CAREN--CIA DE EFECTOS ALERGICOS.

TIENE UN PODER DE DIFUSION TRES VECES MAYOR QUE LA --PROCAINA SIENDO MAS FUERTE POR MAYOR PODER DE DIFUSION, ES--MAS TOXICA Y UNA Y MEDIA VECES MAS SU DURACION.

CITANEST OCTOPRESIN:.

SU NOMBRE GENERICO ES PRILOCAINA, PERO TAMBIEN SE LE--CONOCE COMO PROPILOCAINA. QUIMICAMENTE SE LE CONOCE COMO -CLORHIDRATO DE O-METIL-PROPILOCUINO-PROPIOVILIDA.

LAS BASES SON POCO SOLUBLES EN AGUA, POR LO QUE SE PRESENTA EN FORMA DE CLORHIDRATO QUE SI LO ES.

EL CITANEST ES UNA AMINA SECUNDARIA CON LAS CARACTERISTICAS DE UN EXCELENTE BLOQUEADOR, DE TOXICIDAD AGUDA -- MUY BAJA, MENOR ACCION VASODILATADORA QUE OTROS ANESTESICOS, LATENCIA CORTA Y CON DURACION SATISFACTORIA.

ES UN ANESTESICO LOCAL SEGURO QUE LLENA LOS SIGUIENTES REQUISITOS CLINICOS: ALTA FRECUENCIA DE ANESTESIA SATISFACTORIA, CORTO PERIODO DE LATENCIA, BUEN PODER DE DIFUSION, DURACION SUFICIENTE PARA LA EJECUCION DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DENTALES.

CARBOCAINA:

SE LE CONOCE COMO CLORHIDRATO DE MEPIVACAINA, SU NOMBRE QUIMICO ES CLORHIDRATO DE 1 METIL PIPERIDIN CARBONICO-2-6 DIMETIL ANILINA.

ES SEMEJANTE A LA LIDOCAINA EN POTENCIA Y TOXICIDAD, PERO SU ACCION ES MAS PROLONGADA AL INYECTARSE, SE UTILIZA PARA PROVOCAR ANESTESIA DE CONDUCCION E INFILTRACION. GENERALMENTE SE PUEDE RENUNCIAR A LA COMBINACION CON SUBSTANCIAS VASOCONSTRICTORAS POR LO TANTO LA MEPIVACAINA SE HAYA INDICADA EN TODOS LOS CASOS EN QUE LA ADMINISTRACION DE -- ADRENALINA PUEDA CONSTITUIR UN PELIGRO.

ES MENOS EFECTIVA QUE LA XILOCAINA AL EMPLEARSE TOPI-
CAMENTE SE EMPLEA EN SOLUCION AL 2%.

LOS VASOCONSTRICTORES SON:

ADRENALINA:

TAMBIEN RECIBE EL NOMBRE DE SUPRARRANINA, EPINEFRINA-
O PERINEFRINA. ES UNA SUBSTANCIA CONTENIDA EN LAS GLANDU--
LAS SUPRARRENALES, ES ESTERILIZABLE A 120 ° , PUEDE OXIDARSE
POR CALOR, LUZ, AIRE; ES VASOCONSTRICTOR, (TONICO CARDIACO);
TAMBIEN ES UN HEMOSTATICO POTENTE POR SER VASOCONSTRICTOR, -
POR LO QUE UNIDA A LAS SUBSTANCIAS ANESTESICAS PREVIENE LA-
HEMORRAGIA.

SIENDO EL MAS EFECTIVO DE TODOS, ES CAPAZ DE DESPER--
TAR REACCIONES TOXICAS SISTEMATICAS POR LO CUAL SE DEBE DE
USAR MAS DE LAS CONCENTRACIONES MINIMAS. SE EMPLEA EN COM-
BINACION CON LA COCAINA Y LA XILOCAINA.

VASOPRESINA:

ES UNA HORMONA NATURAL DEL LOBULO POSTERIOR DE LA HI-
POFISIS, RETARDA MAS QUE NINGUNA SUSTANCIA LA ABSORCION DE
LA NOVOCAINA, NO PRESENTA TOXICIDAD PERO AUMENTA LA PRESION
SANGUINEA SIN LLEGAR A SER PELIGROSA. SE USA EN COMBINA- -
CION CON LA NOVOCAINA.

• OCTAPRESIN:

ES UNA HORMONA SINTETICA SEMEJANTE AL VASOPRESIN, QUI-

MICAMENTE ES UN POLIPEPTIDO; FENILALANINA 2 SISIN.

TIENE PROPIEDADES VASOCONSTRICORAS Y PRESORAS.

SU ACCION LOCAL ES SEMEJANTE A LA ADRENALINA, AUNQUE-
CON MENOR EFECTO ISQUEMICO, PERO AL SER ABSORBIDO, NO PRODU
CE LAS RESPUESTAS CARDIOVASCULARES DE LA MAYORIA DE LAS AMI
NAS. POR LO QUE SU EMPLEO ES DE GRAN SEGURIDAD.

TIENE UNA MUY BAJA TOXICIDAD, SE UNE CON EL CITANEST.

ACCIDENTES MAS FRECUENTES DE LA ANESTESIA.

LIPOTOMIA O DESMAYO:

ES OCASIONADO POR EL STREES GENERALMENTE EN UN PERIODO DE INCONCIENCIA DE VIDA; ESTO ES FRECUENTE AL APLICAR EL ANESTESICO LOCAL.

SINTOMAS CLINICOS.- SON MUY PARECIDOS A LOS DEL SHOCK; EL PACIENTE PALIDECE EN OCASIONES HAY SUDORACION FRIA, PULSO RAPIDO Y LA PRESION ARTERIAL DISMINUIDA TRANSITORIAMENTE.

LA LIPOTIMIA ES DE LOS TRATAMIENTOS MAS SENCILLOS, -- CONSISTE EN COLOCAR AL PACIENTE EN POSICION TRENDELEMBURG, -- SE ADMINISTRAN SALES AMONIACALES LAS CUALES SE LES CONOCE -- COMO SALES AROMATICAS.

SHOCK:

ESTA REACCION ES MUCHO MAS INTENSA QUE LA LIPOTIMIA, -- DESCIEDE SUBITAMENTE LA PRESION ARTERIAL Y EL VOLUMEN DE -- SANGRE CIRCULANTE, SE PIERDE LA CONCIENCIA Y EL PULSO SE HA-- CE RAPIDO Y DEBIL, ESTO ES OCASIONADO POR LA INYECCION IN-- TRAVASCULAR DEL ANESTESICO.

.EL TRATAMIENTO REQUIERE DE URGENCIA, LA MISMA POSI-- CION TRENDELEMBURG, SE ADMINISTRA UN ESTIMULANTE CARDIACO -- COMO LA ADRENALINA 1/500,000 1 CM³ Y 1/100,000 2 CM³ INTRA-- VENOSA, O SINO CLORHIDRATO DE FENILEFRINA; GENERALMENTE EL--

PACIENTE VA A PRESENTAR PERIODOS DE INTENSO FRIO, LO CUBRIMOS Y VAMOS A ADMINISTRAR OXIGENO.

COLAPSO:

SE CARACTERIZA POR UNA CLAUDICACION REPENTINA DEL APARATO CIRCULATORIO Y DEL SISTEMA NERVIOSO.

LOS ESTADOS SE OBSERVAN EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA - DEPENDEN GENERALMENTE DE UN ESTADO DE DEBILIDAD AGUDA EN EL SITIO DE LOS PEQUEÑOS VASOS Y DE LOS CAPILARES; TAMBIEN PUEDE PRODUCIRSE UN COLAPSO VASCULAR DE NATURALEZA TOXICA DURANTE LA NARCOSIS Y A VECES A CAUSA DE LA ANESTESIA LOCAL O REGIONAL.

EL CUADRO CLINICO SE CARACTERIZA POR UN DESFALLECIMIENTO REPENTINO DEL ENFERMO, PULSO FRECUENTE PEQUEÑO Y BLANDO, LA PRESION SANGUINEA ESTA MUY DISMINUIDA, PIEL PALIDA Y - - FRIA, OJOS HUNDIDOS EN LAS ORBITAS Y RODEADOS DE OJERAS, SE PRODUCE UNA ABUNDANTE SECRECION SUDORAL, UN DESCENSO DE LA TEMPERATURA ORGANICA Y ALTERACIONES DEL RITMO RESPIRATORIO - QUE ES SUPERFICIAL.

TRATAMIENTO.- MEDIOS FISICOS: ESTIMULO DE LA PIEL, DIFERENTES MEDIOS: MASAJES CARDIACO, RESPIRATORIO Y ARTERIAL, - BEBIDAS CALIENTES.

HEMATOMA:

ESTA CONDICION ES EL RESULTADO DE UNA INYECCION DENTARIA POSTEROSUPERIOR INDEBIDA, EN QUE LOS TEJIDOS BLANDOS NO SE HAN RETRAIDO LO SUFICIENTE Y POR CONSIGUIENTE LA AGUJA - HA LLEVADO A CABO LA PUNCION DE LOS VASOS PEQUEÑOS, ESTO DARA POR RESULTADO LA EXTRAVASACION DE SANGRE EN LOS INTERSTICIOS DE LOS TEJIDOS, CON LA CONSIGUIENTE TUMEFACCION.

EL MEJOR TRATAMIENTO CONSISTE EN NO INTERVENIR Y TRANQUILIZAR AL PACIENTE EXPLICANDOLE QUE EL RESTABLECIMIENTO - DE LA NORMALIDAD SERA RAPIDO.

ISQUEMIA:

SE OBSERVA POR LO GENERAL EN LAS INYECCIONES PALATINAS, POR LO QUE NOS PROVOCA NECROSIS DEL TEJIDO POR BAJA -- CIRCULACION, SE PRESENTA DESPUES DE APLICADO EL ANESTESICO.

TRATAMIENTO: RASPADO DE LAS PAREDES DEL ALVEOLO, LAVADO CON SUERO FISIOLOGICO, POSTERIORMENTE APLICAR WANDER PAK CON CUALQUIER POMADA Y SE COLOCA DENTRO DEL ALVEOLO.

DOLOR AGUDO DE LA REGION RENAL:

ESTO OCURRE GENERALMENTE DESPUES DEL ANESTESICO, ES - ORIGINADO POR LA POSICION DEL PACIENTE Y EL STRES NERVIOSO. ES DEBIDO A UNA CONTRACTURA GENERAL DE LA REGION LUMBAR, BASTA CON CAMBIAR DE POSICION AL PACIENTE Y EVITAR LA TENSION-NERVÍOSA, SI ESTA CONTRACTURA CONTINUA, ADMINISTRAR POR VIA INTRAMUSCULAR RODAXIL DURANTE DOS DIAS CUATRO AMPOYETAS.

CONVULSIONES:

ESTE TRASTORNO COMIENZA DESDE ANTES DE LA INYECCION O DESPUES DE ELLA, SE CARACTERIZA POR CONTRACCIONES BRUSCAS - DEL CUERPO, ESTE TIPO DE CONVULSIONES SE DEBE AL STREES NERVIOSO.

TRATAMIENTO.- CONSISTE EN SUJETAR AL PACIENTE Y ADMINISTRAR OXIGENO.

VESICULAS:

SON PEQUEÑAS AMPULAS QUE SE PRESENTAN DENTRO DEL LABIO Y TODA LA MUCOSA YUGAL ESPECIALMENTE DESPUES DE ANESTESIAS.

SON ULCERAS INDOLORAS DE COLOR BLANCO SON OCASIONADAS POR EL ANESTESICO.

CAPITULO IV

E X T R A C C I O N

EL ACTO DE LA EXTRACCION DE LOS DIENTES REQUIERE HABILIDAD, JUICIO Y EXPERIENCIA, A LA VEZ QUE EL EXACTO CONOCIMIENTO DE LA ANATOMIA DENTAL.

ES UN ERROR CONSIDERAR LA EXTRACCION COMO UNA OPERACION QUE PUEDE LLEVARSE A CABO RAPIDAMENTE PORQUE ESTA CONSIDERADA DESDE EL MISMO PUNTO DE VISTA DE CUALQUIER OTRA OPERACION EN CIRUGIA.

ANTES DE EMPRENDER LA EXTRACCION DE UN DIENTE, DEBE EL ODONTOLOGO HACER UNA MINUCIOSA VALORACION DEL PROBLEMA, RECORDANDO QUE LA EXTRACCION COMPRENDE LOS TRES SIGUIENTES PASOS:

1. ADAPTACION DE LOS BOCADOS DEL FORCEPS AL DIENTE.
2. LUXACION DENTAL.
3. EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.

LA ADAPTACION DE LOS BOCADOS DEL FORCEPS AL DIENTE PUEDEN DIVIDIRSE EN:

- A) INTRODUCCION DEL BOCADO DEL FORCEPS EN EL CUELLO

DEL DIENTE, TENIENDO ESPECIAL CUIDADO DE QUE QUEDEN PARALELOS AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE.

- B) EMPUJANDOLOS LO MAS POSIBLE PARA LOGRAR SU MAYOR PENETRACION.
- C) SU PRENSION DEBE SER FIRME AL DIENTE.

LA LUXACION DENTAL SE REALIZA MEDIANTE CUATRO MOVIMIENTOS:

- A) LA TRACCION O FUERZA IMPELENTE QUE ES LA QUE SOSTIENE AL DIENTE DENTRO DE SU ALVEOLO, EN POSICION DENTRO DE LA BOCA.
- B) LA TRACCION O FUERZA EXPELENTE.
- C) MOVIMIENTO DE LATERALIDAD QUE SE UTILIZA MAS FRECUENTEMENTE EN LOS DIENTES.
- D) MOVIMIENTO DE TORSION O ROTACION SE OCUPA EN LOS DIENTES DE UNA SOLA RAIZ.

EL MOVIMIENTO EMPLEADO DEPENDERA DE LA FORMA DE LA RAIZ Y DE LA RESISTENCIA OSEA. SIENDO IMPORTANTE RECORDAR QUE NO ES SOLO UN MOVIMIENTO SINO LA COMBINACION DE VARIOS DE ELLOS, LOS CUALES PERMITEN REALIZAR LA EXTRACCION.

1. INSTRUMENTOS EMPLEADOS:

ELEVADORES:

RECIBE TAMBIEN EL NOMBRE DE BOTADORES, SON INSTRUMENTOS QUE TIENE APLICACION EN EXODONCIA, CON EL OBJETO DE MOVILIZAR O EXTRAER DIENTES O RAICES DENTALES.

CONSTA DE TRES PARTES:

- A) MANGO
- B) TALLO
- C) HOJA

COMO PALANCA DEBE CONSIDERARSE EN EL ELEVADOR TRES --
FACTORES:

- A) PUNTO DE APOYO
- B) POTENCIA
- C) RESISTENCIA

EN EXODONCIA EL PUNTO DE APOYO ESTA DADO POR DOS ELEMENTOS: EL HUESO MAXILAR Y LOS DIENTES VECINOS.

LA POTENCIA ES LA FUERZA DESTINADA A VOTAR UN DIENTE, VARIA CON EL GRADO DE IMPLANTACION Y RESISTENCIA QUE PRESENTA EL DIENTE AL EXTRAER.

LA RESISTENCIA, ESTA REPRESENTADA POR EL DIENTE A EXTRAER.

EL ELEVADOR PUEDE GUIARSE CON LA MANO IZQUIERDA PARAQUE AL ESTAR DEBRIDANDO NO SE ZAFE Y LESIONE LOS TEJIDOS VECINOS.

LOS ELEVADORES ESTAN INDICADOS EN LOS SIGUIENTES CASOS:

1. CUANDO LOS DIENTES NO TIENEN CORONAS Y ESTAN MUY - DESTRUIDOS, POR LO QUE ES IMPOSIBLE LA EXTRACCION- CON EL FORCEPS.
2. EN PIEZAS SUPERNUMERARIAS U ECTOPICAS.
3. CUANDO AL HACER LA EXTRACCION SE FRACTURAN LAS -- RAICES.

FORCEPS:

SON INSTRUMENTOS QUE SE EMPLEAN EN UNA EXTRACCION, --

LOS CUALES TIENEN SUS BOCADOS DE ACUERDO A LA FORMA ANATOMICA DE LA CORONA DEL DIENTE, CON EL FIN DE QUE LA SUJETE FIRMEMENTE SIN LASTIMARLA PARA PODER REALIZAR LA EXTRACCION.

SE CLASIFICAN EN DOS GRUPOS PRINCIPALES:

1. PARA DIENTES SUPERIORES QUE SON EN TRES FORMAS: RECTOS, EN FORMA DE BAYONETA, Y EN FORMA DE SITALICA.
2. PARA DIENTES INFERIORES.- PRESENTAN LAS RAMAS PARALELAS Y SUS BOCADOS EN FORMA DE ANGULO.

PARA SU EMPLEO SE SIGUEN TRES PASOS:

PUNTO DE APLICACION.- EL CUELLO DEL DIENTE.

METODO DE APLICACION.- SE REALIZA COLOCANDO AL MISMO-NIVEL LOS BOCADOS EN EL CUELLO DEL DIENTE Y CON SUFICIENTE-FUERZA PARA SOSTENER EL DIENTE SIN FRACTURARLO.

DIRECCION DE LAS RAMAS DEL FORCEPS.- EL BOCADO DEL -- FORCEPS DEBE SER PARALELO AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE PARA QUE SE HAGA LA FUERZA EN TODA LA LONGITUD DEL DIENTE HASTA LLEGAR AL APICE Y PERMITIR SEGURIDAD A LOS DIENTES CONTIGUOS.

2. POSICION DEL DIENTE.

ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE EL PACIENTE ESTE SENTADO - COMODAMENTE PARA QUE NO SE SIENTA MUY MOLESTO Y EVITAR ASI- QUE SE MUEVA Y OCURRA ALGUN ACCIDENTE O COMPLICACION DURANTE LA EXTRACCION.

LA POSICION DEL PACIENTE PARA LA REALIZACION DE UNA -
EXTRACCION DE DIENTES DEL MAXILAR SUPERIOR SERA:

LA CABEZA DEBERA ESTAR APOYADA POR DEBAJO DE LA PROTU
BERANCIA OCCIPITAL EXTERNA Y SOBRE EL CABEZAL CON UNA INCLI
NACION QUE AL ABRIR EL PACIENTE LA BOCA, EL BORDE INFERIOR-
DE LA MANDIBULA SEA PARALELO AL PISO Y EL RESPALDO TENDRA -
UNA INCLINACION MAS O MENOS DE 15 CON EL BORDE SUPERIOR -
DEL MISMO, ALGO POR DEBAJO DE LA LINEA DE LOS HOMBROS.

EL SILLON DEBERA ESTAR A UNA ALTURA TAL QUE LA PARTE-
SUPERIOR DE LA CABEZA DEL PACIENTE, SE ENCUENTRE A LA ALTU-
RA DE LA PARTE SUPERIOR DEL TORAX DEL OPERADOR.

POSICION PARA DIENTES DE LA MANDIBULA:

MOLARES, PREMOLARES, CANINO E INCISIVOS DERECHOS E IN-
CISIVOS Y CANINO IZQUIERDO. SE DEBE INCLINAR EL RESPALDO -
UN POCO HACIA ADELANTE PARA QUE EL CAMPO SE ENCUENTRE MEJOR
ILUMINADO.

MOLARES Y PREMOLARES DERECHOS. LA INCLINACION DEL --
RESPALDO ES MAYOR, PUDIENDO LLEGAR A 30° CON RESPECTO A LA-
VERTICAL PARA QUE EL CAMPO OPERATORIO SEA MAS ACCESIBLE.

EL SILLON ESTARA A LA ALTURA DEL OPERADOR SIN QUE ES-
TE DEBA LEVANTAR DEMASIADO LOS BRAZOS O DOBLAR EXAGERADAME
TE EL TORSO.

3.- POSICION DEL CIRUJANO DENTISTA.

CUANDO SE REQUIERA EFECTUAR UNA EXTRACCION DEBERA RECORDARSE QUE:

NUNCA DEBERA EL OPERADOR ESTAR SENTADO PORQUE NO SE TIENE EL APOYO REQUERIDO.

LA MANO QUE SE TENGA LIBRE DEBE SOSTENER LA MANDIBULA DEL PACIENTE PARA EVITAR UNA SUBLUXACION, LUXACION O FRACTURA DE LA MISMA.

DEBE DE TENER LIBERTAD PARA REALIZAR SUS MOVIMIENTOS.

DEBERA ACOSTUMBRARSE A HACER SUS EXTRACCIONES EN CUALQUIER POSICION EN QUE SE ENCUENTRE ACOMODADO EL PACIENTE -- (YA SEA VERTICAL U HORIZONTALMENTE).

DEBERA TENER UNA VISTA CLARA DEL CAMPO OPERATORIO.

CON LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA SE AYUDARA SEPARANDO LOS LABIOS, LAS MEJILLAS, LA LENGUA, ETC. SIEMPRE Y CUANDO QUE EL OPERADOR SOSTENGA EL FORCEPS CON LA MANO DERECHA.

TANTO PARA EXTRAER LOS DIENTES DEL MAXILAR SUPERIOR -- COMO PARA MOLARES, PREMOLARES, CANINOS E INCISIVOS INFERIORES IZQUIERDOS E INCISIVOS Y CANINOS INFERIORES DERECHOS, -- EL CIRUJANO DENTISTA DEBERA COLOCARSE ENFRETE Y A LA DERECHA DEL PACIENTE.

PARA LAS EXTRACCIONES DE MOLARES Y PREMOLARES INFERIO

RES DERECHOS, EL DENTISTA SE COLOCARA DETRAS DEL PACIENTE Y MIRANDO EN LA MISMA DIRECCION QUE EL.

4.- INDICACIONES DE LA EXTRACCION.

LA EXTRACCION DENTARIA ESTA INDICADA EN TODOS LOS CASOS DE INFECCIONES DENTALES, ALVEOLARES O GINGIVALES EN QUE LA CONSERVACION DEL DIENTE SERIA IMPOSIBLE O PONDRIA EN PELIGRO LA SALUD GENERAL.

1.- DIENTES CARIADOS CUYA FUNCION NO ES RESTAURABLE - POR PROCEDIMIENTOS DE CLINICA OPERATORIA.

2.- DIENTES FRACTURADOS, LUXADOS O SEMILUXADOS POR LA LESION TRAUMATICA.

3.- DIENTES ECTOPICOS CUYO ALINEAMIENTO POR MEDIO DE ORTODONCIA NO ES POSIBLE.

4.- CUANDO LA REABSORCION ALVEOLAR ES TAN GRANDE QUE EL PACIENTE TIENE QUE TOLERAR LA MASTICACION NORMAL.

5.- DIENTES CON CORONAS ANATOMICAS ALTAS Y RAICES CORTAS HAN PERDIDO GRAN PARTE DE SU SOSTEN ALVEOLAR.

6.- DIENTES SITUADOS EN ZONAS PATOLOGICAS TALES COMO: NECROSIS, QUISTES, NEOPLASIAS.

7.- CUANDO LOS DIENTES DEBIDO A SU ESTRUCTURA ALVEOLAR Y A LA CARACTERISTICA OCLUSAL EXPERIMENTAN REABSORCION EN SUS APICES.

8.- DIENTES RETENIDOS O INCLUIDOS IMPACTADOS.

9.- DIENTES QUE TRAUMATIZAN LOS TEJIDOS BLANDOS SINOHAY OTRO PROCEDIMIENTO PARA EVITAR EL TRAUMA.

10.- RAICES Y FRAGMENTOS DENTARIOS.

11.- DIENTES SANOS PERO AISLADOS EN DISTINTAS REGIONES DE LA BOCA QUE CONSTITUYEN IMPEDIMENTO PARA LA RESTAURACION-PROTESICA.

12.- DIENTES QUE CONSTITUYEN FOCOS DE INFECCION POR -- TRASTORNOS NERVIOSOS.

13.- DIENTES PRIMARIOS PERSISTENTES CUANDO EL SECUNDARIO SE ENCUENTRA EN POSICION CORRECTA PARA HACER ERUPCION.

14.- DIENTES APIÑADOS HASTA EL EXTREMO DE DIFICULTAR - SU FUNCIONAMIENTO.

15.- DIENTES AFECTADOS POR PERIODONTITIS CRONICA, NO - SUSCEPTIBLE AL TRATAMIENTO.

16.- LOS TERCEROS MOLARES CON FRECUENCIA ESTA INDICADA LA EXTRACCION POR FALTA DE ESPACIO EN EL ARCO MANDIBULAR O - POR DESVIACION DE DIRECCION O FORMA.

5.- CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION.

PODEMOS DECIR QUE NO HAY NINGUNA CONTRAINDICACION ABSOLUTA PARA LA EXTRACCION DE UN DIENTE; PERO SIN EMBARGO HAY - ESTADOS PATOLOGICOS O FISIOLÓGICOS QUE OBLIGAN A DIFERIRLAS - PARA PREPARAR AL PACIENTE PARA LA INTERVENCION. LOS CUALES - SON: LOCALES Y GENERALES.

A) LOCALES:

NEOPLASIAS.- SE OBSERVAN CLINICAMENTE POR EL AFLOJAMIENTO DE LOS DIENTES QUE SE ENCUENTRAN SITUADOS EN TEJIDOS - BLANDOS ANORMALES DEBIENDO TENER CUIDADO YA QUE LA EXTRACCION CON EL UNICO FIN DE ELIMINAR EL DOLOR PUEDE DAR LUGAR A LA METASTASIS.

FLEMON DENTARIO.- ES UNA INFECCION QUE PUEDE O NO TENER PUS, LO MAS INDICADO ES ELIMINAR LA INFECCION EMPLEANDO MEDICAMENTOS Y DESPUES HACER LA EXTRACCION.

ANGINA DE VICENT.- SE MANIFIESTA POR DOLOR LOCALIZADO EN EL BORDE GINGIVAL Y AL AVANZAR PRESENTA ULCERACIONES DE COLOR GRIS DESIGUALES Y A VECES SE DESTRUYE PARTE DEL ALVEOLO, LOS DIENTES ESTAN DOLOROSOS Y FLOJOS, SE ASOCIA A INFARTOS DE GANGLIOS LINFATICOS SIENDO OCASIONADA POR EL ESPIRILLO DE VICENT; LA EXTRACCION SE POSPONE HASTA RECOBRAR LA SALUD.

ESTOMATITIS ULCEROSA.- ES LA ULCERACION DE LA ENCIA, PALADAR Y ZONAS VESTIBULARES DE LA BOCA, SE ESPERA CURAR LA ENFERMEDAD PARA HACER LA EXTRACCION.

B) GENERALES:

MENSTRUACION.- SIN CONSTITUIR UNA CONTRAINDICACION PUEDE EN LOS CASOS EN QUE LA EXTRACCION NO SEA DE URGENCIA HACER ESPERAR HASTA QUE TERMINE EL PERIODO MENSTRUAL PARA REALIZARLA.

GRAVIDEZ O GESTACION.- NO HEMOS OBSERVADO JAMAS UN ACCIDENTE EN UNA MUJER EMBARAZADA, PERO EN PERSONAS MUY PUSILANIMES QUE TENGAN MUCHO TEMOR A LA EXTRACCION ES PREFERIBLE NO REALIZARLA DURANTE LOS TRES PRIMEROS MESES DEL EMBARAZO, SIEMPRE POR SUPUESTO QUE EL DOLOR O PELIGRO DE INFECCION NO ACONSEJE LA INTERVENCION INMEDIATA, TOMANDO EN ESTE CASO LAS

DEBIDAS PRECAUCIONES.

LACTANCIA.- ES MAS RECOMENDABLE USAR LA ANESTESIA LOCAL POR SU MAYOR GRADO DE ELIMINACION Y PORQUE PUEDE SUFRIR ALTERACIONES EN LA LECHE.

ENTRE LOS ESTADOS PATOLOGICOS QUE PUEDEN Oponerse A LA EXTRACCION DENTARIA DEBEMOS MENCIONAR TODAS LAS ENFERMEDADES DE LA SANGRE:

PURPURA SANGUINEA.- ES UNA DISCRACIA SANGUINEA, QUE PUEDE OBSERVARSE EN PERIODOS TERMINALES DE NEFRITIS CRONICA, CIRROSIS HEPATICA, ANEMIA PERNICIOSA Y ANEMIA APLASTICA, CRONICA, LEUCEMIA, TUMORES DE LA MEDULA OSEA Y ANEMIA ESPLENICA.

SE CARACTERIZA POR LA DISMINUCION DE LAS PLAQUETAS SANGUINEAS QUE OCASIONAN LA FALTA DE COAGULACION.

HEMOFILIA.- NO HAY COAGULACION POR FALTA DE UNA SUBSTANCIA QUE FORMA PARTE DE LAS PLAQUETAS. ES UNA ENFERMEDAD-HEREDITARIA QUE SE TRANSMITE POR LAS MUJERES, PERO QUE SOLO-PADECEN LOS HOMBRES.

DIABETES.- PUEDE OCASIONAR PROBLEMAS AL REALIZAR LA EXTRACCION POR DOS FACTORES:

- A) PORQUE SE TIENE POCA RESISTENCIA A LA INFECCION.
- B) POR LA TARDIA CICATRIZACION DE LOS TEJIDOS.

TAMBIEN PUEDE CONSIDERARSE COMO CONTRAINDICACION DE LA

EXTRACCION DENTARIA A CIERTAS AFECCIONES CARDIACAS Y HEPATICAS, SIN EMBARGO CON UNA PREPARACION PREVIA PODRA REALIZARSE SIN NINGUN PELIGRO.

CARDIACAS.- CONVIENE CONOCER EL GRADO DE EMOTIVIDAD, YA QUE SIENDO UNA PERSONA TRANQUILA, ES CASI SEGURO QUE NO SE PRODUCIRA NINGUN TRASTORNO, ELIGIENDO Y CUIDANDO POR SUEPUESTO LA ANESTESIA.

HIPERTENSION ARTERIAL DE LA ARTERIOESCLEROSIS.- AL IGUAL QUE LA ANTERIOR, EL RIESGO PRINCIPAL ESTIBA EN EL NERVIOSISMO DEL PACIENTE Y EL ANESTESICO SE ELIGIRA DE ACUERDO A EL, YA SEA LOCAL SI TIENE MIEDO A LA ANESTESIA GENERAL O A LA SEGUNDA SI TIENE MIEDO A PRESENCIAR LA EXTRACCION.

CAPITULO V
A C C I D E N T E S

TRISMUS.

SE DESIGNA COMO TRISMUS A LA INFLAMACION DE LA REGION MASETERINA Y PTERIGOIDEA QUE OCASIONA PARCIAL O COMPLETAMENTE LA CONTRACCION DE LOS MAXILARES.

GENERALMENTE ES DEBIDO A LA MALA POSICION DE TERCEROS MOLARES SE AYUDA CON LA ANESTESIA Y SI LA BOCA SE ABRE MAS-SERA MEJOR PARA PODER HACER LA EXTRACCION.

CONMOCION DE LOS DIENTES VECINOS.

AL HACER UNA EXTRACCION PUEDE DESARTICULARSE O MOVERSE UN DIENTE CONTIGUO, POR LO QUE SE TOMA EL DIENTE CONTIGUO CON EL INDICE Y EL PULGAR DE LA MANO IZQUIERDA PARA PODER EFECTUAR CON SEGURIDAD LA EXTRACCION.

SI SE EXTRAE COMPLETAMENTE POR ACCIDENTE SE REIMPLANTARA DENTRO DEL ALVEOLO, PRESIONANDO UN POCO A ESTE, PORQUE PUEDE ESTAR UNIDO AUN POR SUS LIGAMENTOS, Y LA PULPA PUEDE-ESTAR EXPUESTA A INFLAMACION Y MUERTE.

AL HACER UNA EXTRACCION TEMPORAL, SE DEBE TENER CUIDA

DO DE NO HACER LA EXTRACCION DE ORGANOS DENTARIOS PERMANENTES Y DE NO CONFUNDIR UN DIENTE PERMANENTE CON UNA RAIZ TEMPORAL.

ANQUILOSIS ALVEOLAR.

ES FRECUENTE Y A VECES INEVITABLE LA EXTRACCION, LA PORCION FRACTURADA CON FRECUENCIA SE NECROSA, SE EXPULSA Y SI ESTA UNIDA AL HUESO SE SOLDA, DEPENDIENDO DEL TRAUMATISMO Y DE LA RESISTENCIA DE LOS TEJIDOS.

SI ESTA TOTALMENTE DESPRENDIDO DEBE EXTIRPARSE INMEDIATAMENTE, PORQUE SI SE LLEGA A DEJAR PRESENTE ALGUNAS VECES PERIODOS SUBAGUDOS CON SUPURACION PURULENTO POR EL ALVEOLO O POR UNA FISTULA.

DISLACERACION DE LOS TEJIDOS BLANDOS.

OCURRE POR UN DESCUIDO AL APRISIONAR UNA PARTE DE LA LENGUA CON EL BOCADO DEL FORCEPS AL HACER UNA EXTRACCION, O AL EMPLEAR EL BOTADOR Y QUE ESTE SE ZAFE, OCURRE CON MAYOR FRECUENCIA AL EMPLEAR ANESTESIA GENERAL. AUNQUE TAMBIEN PUEDE OCURRIR EN MUCOSA GINGIVAL, LENGUA O CARRILLOS, ETC.

SI EL DESGARRE ES CONSIDERABLE PUEDE SOSTENERSE CON PUNTOS DE SUTURA.

LESION DEL NERVIO LINGUAL.

ESTA LESION OCASIONA PERDIDA DE SENSIBILIDAD DE 3/4 -

PARTES ANTERIORES DE LA LENGUA Y PISO DE BOCA, TAMBIEN CARA--
INTERNA DE LA MANDIBULA CON PARALISIS DE LAS GLANDULAS SUB--
MAXILARES Y SUBLINGUALES CON ESCASA SECRECION, TAMBIEN OCA--
SIONA PERDIDA O ALTERACION DEL GUSTO, EN LA PORCION CORRES--
PONDIENTE DE LA LENGUA.

LESION DE LOS LABIOS.

CASI SIEMPRE PUEDE EVITARSE, PRESTANDO ATENCION EN EL--
MOMENTO DE LA EXTRACCION YA QUE SUELE OCURRIR AL EMPLEAR EL--
ABREBOCAS, AL COLOCAR LOS BOCADOS DEL FORCEPS, CON EL SEPARA--
DOR DE CARRILLOS, CON EL BOTADOR, ETC. POR LO QUE ES REAL--
MENTE RECOMENDABLE SEPARAR SUFICIENTEMENTE LOS TEJIDOS CON -
LA MANO QUE SE TIENE LIBRE. CUANDO SE LLEGA A LESIONAR EL -
LABIO OCASIONA UN DOLOR POSTOPERATORIO ACENTUADO.

UNA LESION EN LA COMISURA PUEDE COMPLICARSE CON HER--
PES.

PENETRACION DEL SENO MAXILAR.

DENTRO DE LA ODONTOLOGIA LA IMPORTANCIA RADICA EN EL--
HECHO DE QUE CON FRECUENCIA ES INVADIDA AL REALIZAR UNA EX--
TRACCION, PROVOCANDO SU PENETRACION O APERTURA, POR EJEMPLO:

- A) CUANDO LAS RAICES ESTAN PROXIMAS AL SUELO DEL AN--
TRO SOLO DIVIDIDAS POR UNA FINA LAMINILLA DE HUE--
SO.

- B) POR UN TRAUMATISMO O POR EL USO INADECUADO DEL --
INSTRUMENTAL O PRESION EXCESIVA DEL MISMO BOTADOR.
- C) A CAUSA DE ALGUN PROCESO PATOLOGICO ENTRE LAS RAIU
CES.
- D) POR PRESION DE CUERPOS EXTRAÑOS.
- E) OCASIONADO POR LA FRACTURA DEL MAXILAR.

A MENUDO AL PENETRAR EL SENOS HAY HEMORRAGIA NASAL Y --
SANGRE ESPUMOSA EN EL ALVEOLO.

EL TRATAMIENTO ES LIMPIAR EL ALVEOLO PERFECTAMENTE Y SE
TAPONA CON GASA YODOFORMADA HASTA LA MITAD DE PROFUNDIDAD, -
SE CAMBIA CADA 24 HORAS Y APROXIMADAMENTE A LOS 10 DIAS QUE-
DA OBLITERADO POR EL TEJIDO CICATRIZAL.

SI LA HEMORRAGIA ES MUY FUERTE SE HACEN VARIOS LAVADOS
CON UNA SOLUCION SALINA Y SE TAPONA; EN CASO DE QUE NO HAYA-
MOLESTIAS NI SANGRADO NO SE HACE NINGUN TRATAMIENTO.

SI SE INFECTA SE HACE UN RASPADO CON UNA CUCHARILLA PAU
RA REMOVER EL TEJIDO PATOLOGICO EXISTENTE.

SI UN FRAGMENTO DE RAIZ SE INTRODUCE AL SENOS, SE QUITA
EL TABIQUE OSEO INTERRADICULAR CON FRESA, SE LIMPIA CON UNA-
CUCHARILLA Y SE EXTRAE ESTE.

FRACTURA DE LA MANDIBULA.

LAS FRACTURAS DE LA MANDIBULA PUEDEN OCURRIR CUANDO SE APLICA FUERZA INDEBIDA AL TRATAR DE EXTRAER UN DIENTE, RARA-VEZ SE PRESENTA PERO CUANDO OCURRE ES MAS FRECUENTE AL EX--TRAER TERCEROS MOLARES Y POR DIVERSAS CAUSAS COMO:

- A) FRAGILIDAD SENIL DEL HUESO
- B) DEGENERACION DEBIDA A LA OSTEOMALACIA
- C) FRAGILIDAD OSEA POR PROCESOS PATOLOGICOS LOCALES
- D) QUISTES O NEOPLASIAS
- E) NECROSIS.

EN EL TRATAMIENTO DEBE PROCEDERSE CON MAYOR CUIDADO.

LOS METODOS EMPLEADOS DEPENDEN EN GRAN PARTE DE LA RE- GION DE LA FRACTURA, COMO TAMBIEN DE LA PROPORCION DE LA DE- FORMIDAD QUE OCASIONA.

SI LA FRACTURA OCURRE EN EL MAXILAR INFERIOR DURANTE - LA EXTRACCION DE UN DIENTE EN LA PARTE ANTERIOR DE UN DIENTE Y EXISTEN DIENTES EN AMBOS LADOS DE LA FRACTURA PUEDE EM- - PLEARSE UNA SIMPLE FERULA DE ARCO, EN CASO DE QUE LA FRACTU- RA HAYA PRODUCIDO UNA DEFORMIDAD CONSIDERABLE, O TAMBIEN EN- LOS CASOS QUE OCURRA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA BOCA DEBE - APLICARSE UN APARATO INTERDENTARIO, UTILIZANDO EL MAXILAR SU PERIOR COMO FERULA A LA QUE SE ADHIERE LA MANDIBULA Y ASI SE REDUCE LA DEFORMIDAD.

. ESTA FRACTURA PUEDE EVITARSE SI NOS AYUDAMOS RADIOGRA- FICAMENTE Y CON EXPLORACIONES CLINICAS.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.

ALGUNAS VECES ES INEVITABLE Y VARIA DE ACUERDO AL TEJIDO QUE SE INTERESA, GENERALMENTE SE FRACTURA DIAGONAL HACIA-ATRAS Y POR ENCIMA DEL ALVEOLO Y, SI NO SE DESPRENDE EL HUESO DEL MUCOPERIOSTIO EL HUESO SE ADHIERE. SI EL MUCOPERIOSTIO SE DESGARRA (VESTIBULAR Y PALATINAMENTE) Y LA FRACTURA - HACE UN PENDULO, SE MANTIENE CON PUNTOS DE SUTURA; SI SE DESPRENDE CON EL DIENTE, SE ACOMODAN LOS TEJIDOS BLANDOS PARA - LA CICATRIZACION.

SI EN LA FRACTURA HAY UN DIENTE QUE SE DEBE CONSERVAR, CASI SIEMPRE SE INVOLUCRA EL SENO MAXILAR Y EL DIENTE DEBE - OBSERVARSE DURANTE ALGUN TIEMPO A FIN DE CONSERVAR SU VITALI- DAD.

LUXACION DE LA MANDIBULA.

LA LUXACION DE LA MANDIBULA, SEA BILATERAL O UNILATE-- RAL, PUEDE PRESENTARSE A CAUSA DE UNA ACCION ESPASMODICA DE- LOS MUSCULOS CUANDO LA BOCA SE ABRE EN DEMASIA.

CASI SIEMPRE ES SIMPLE, BILATERAL Y TRAUMATICA, QUEDAN- DO FIJO EL CONDILO AL DESLIZARSE SOBRE LA EMINENCIA ARTICULAR.

OCURRE CON MAYOR FRECUENCIA CUANDO SE REALIZAN EXTRAC- CIONES CON ANESTESIA GENERAL, AL APLICAR EL ABREBOCAS, O AL- HACER MUCHA FUERZA AL EXTRAER DIENTES INFERIORES.

LAS MANIFESTACIONES CLINICAS SON: LOS DIENTES NO OCLUYEN Y LA BOCA PERMANECE ABIERTA CON EL MAXILAR HACIA ADELANTE Y LOS MUSCULOS MASETEROS DISTENDIDOS Y MUY DOLOROSOS.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN ENVOLVER AMBOS PULGARES CON GASA Y HACER PRESION SOBRE LAS SUPERFICIES OCLUSALES DE LOS-ULTIMOS MOLARES INFERIORES HACIA ABAJO, ADELANTE, Y HACIA -- ATRAS Y ARRIBA; ES MUY DOLOROSO PERO DE ESTE MODO EL CONDILO LUXADO RESBALA A SU DEBIDA POSICION RAPIDAMENTE.

CAPITULO VI

COMPLICACIONES

INFECCION.- ES LA COMPLICACION MAS MOLESTA DESPUES DE LA EXTRACCION DENTARIA, PUEDE LOCALIZARSE EN EL ALVEOLO O EXTENDERSE AL CUERPO DE LOS MAXILARES O A LAS PARTES BLANDAS VECINAS.

PERICORONITIS.

LA PALABRA PERICORONITIS DERIVA DEL PREFIJO PERI ALREDEDOR Y CORONA. SE PUEDE DEFINIR COMO UNA INFECCION ALREDEDOR DE LA CORONA DENTARIA, SE PUEDE PRESENTAR EN CUALQUIER DIENTE EN ERUPCION INCOMPLETA.

PUEDE SER AGUDA Y CRONICA; LA AGUDA ES CUANDO EL DOLOR Y LA RUBICUNDEZ SE PRESENTAN CONSTANTEMENTE CON EL TRISMUS Y LA TUMEFACCION QUE NO FALTA NUNCA. LA CRONICA ES LA FALTA DE DOLOR Y EL EDEMA O TRISMUS NO EXISTE O SON POCO PRONUNCIADOS, SE PUEDE ENCONTRAR EN UN DIENTE COMPLETAMENTE INCLUIDO MIENTRAS QUE LA INFECCION PERICORONARIA AGUDA SE PRESENTA EN LOS CASOS EN QUE LA CORONA HA BROTADO PARCIALMENTE, ESTANDO RETARDADA SU COMPLETA ERUPCION POR LOS TEJI-

DOS BLANDOS. LAS RADIOGRAFICAS SON UTILES EN CASO DE PERICORONITIS AGUDA.

LOS SINTOMAS PUEDEN SER OBJETIVOS Y SUBJETIVOS:

A) OBJETIVOS.- EXISTE UN AREA SUPURANTE, ULCERADA Y -- SENSIBLE EXTREMADAMENTE, PUEDE EXISTIR TUMEFACCION EN LA SUPERFICIE.

B) SUBJETIVOS.- DISFAGIA, DOLOR, ALIENTO FETIDO Y, SEGUNDA INFECCION COMO TRASTORNOS GENERALES.

TRATAMIENTO.- EL METODO MAS SEGURO CONSISTE EN LA EXTRACCION DEL DIENTE Y ESTABLECER EL DESAGUE DEL AREA CORRESPONDIENTE.

ALVEOLITIS.

LA ALVEOLITIS ES UNA OSTEITIS LOCALIZADA, AUTO LIMITADA QUE SE PRESENTA DESPUES DE UNA EXTRACCION Y PARA ALGUNOS AUTORES ES UNA OSTEOMIELITIS FOCAL.

SE CONOCE COMO ALVEOLITIS SICCA DOLOROSA, ALVEOLITIS SEPTICA ALVEOLO SECO, DOLOROSO O DOLORIDO, ALVEOLO NECROSADO O NECROTICO, ALVEOLALGIA LOCALIZADA, CAVIDAD SECA, OSTEITIS-ALVEOLAR, DEGENERACION DEL COAGULO SANGUINEO, OSTEOMIELITIS-FOCAL Y SINDROME OSTIOMIELITICO POSTEXTRACCION.

ES DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA PERO SE ATRIBUYE A CAUSAS-GENERALES COMO DEBILIDAD Y A CAUSAS LOCALES QUE SE DIVIDEN -

EN: FISICAS, MECANICAS, QUIMICAS Y BIOLOGICAS.

FISICAS.- TRAUMA DURANTE LA INTERVENCION.

MECANICAS.- ELIMINACION DEL COAGULO POR LA PRESION NEGATIVA DE LA SALIVA O ENJUAGUE VIGOROSO POSTEXTRACCION.

QUIMICAS.- COMPONENTES DE LOS BLOQUEADORES.

BIOLOGICAS.- MICROORGANISMOS ANAEROBIOS, HONGOS, PERDIDA DE LA MEMBRANA PERIODONTAL, PULPITIS, ETC.

EL ALVEOLO SE PRESENTA VACIO SIN TEJIDO DE GRANULACION, ES DE COLOR CAFE ROJIZO O GRISACEO CON DENTRITUS ALIMENTICIOS QUE OCASIONAN OLOR FETIDO QUE CONDUCE A LA HALITOSIS; HAY INFLAMACION, TUMEFACCION Y EDEMA.

SU PRINCIPAL SINTOMA ES EL DOLOR LOCALIZADO EN EL ALVEOLO E IRRADIADO A LAS RAMAS DEL TRIGEMINO. GENERALMENTE SE PRESENTA DEL SEGUNDO AL QUINTO DIA DE LA EXTRACCION Y DURA DE 7 A 14 DIAS EN LO QUE SE LLENA DE TEJIDO DE GRANULACION Y CURA RAPIDAMENTE.

SE PRESENTA CON MAYOR FRECUENCIA COMO COMPLICACION DE EXTRACCIONES AISLADAS; ES MAS FRECUENTE ENTRE LOS 30-34 AÑOS EN MUJERES QUE EN HOMBRES CON UNA FRECUENCIA DE 3:2, EN DIABETES, DEFICIENCIA DE VITAMINA D, DEFICIENCIA DE PROTEINAS, EN ENFERMOS CON FIEBRE, TAMBIEN EN PACIENTES TRATADOS CON ANTICOAGULANTES O RADIACIONES. Y ES MENOS FRECUENTE CUANDO LA EXTRACCION SE REALIZA CON CUIDADO.

TRATAMIENTO: SINTOMATICO Y PALIATIVO.

SE COLOCA UN APOSITO SEDANTE Y ANTISEPTICO Y A VECES -
DEBE MANDARSE ANALGESICOS POR VIA SISTEMICA.

- A) LAVADO DE LA CAVIDAD CON SUERO FISIOLÓGICO TIBIO.
- B) AISLADO DEL CAMPO OPERATORIO.
- C) SECADO DE LA CAVIDAD CON GASA ESTERILIZADA).
- D) COLOCACION DEL APOSITO (CEMENTO QUIRURGICO), SE DEJE
JA 24 HORAS.

EN CURAS SUCESIVAS SE VA ESPACIANDO EL TIEMPO ENTRE CA
DA CURACION, HASTA QUE EL ALVEOLO EMPIECE A EPITELIZAR.

ADENTITIS.

ES LA INFLAMACION DE LOS GANGLIOS SUBMAXILARES, SU PRE-
SENCIA SIGNIFICA LA EXISTENCIA DE UN PROCESO INFECCIOSO EN EL
TERRITORIO IRRIGADO POR LOS VASOS AFERENTES.

NO ESTA INDICADO NINGUN TRATAMIENTO LOCAL SOBRE EL GAN-
GLIO MISMO.

EDEMA.

EN OCASIONES DESPUES DE EXTRAIDO UN DIENTE Y SIN PREVIO
AVISO NI REACCION GANGLIONAR SE INFLAMA EN FORMA ALARMANTE, -
LA PIEL SE PONE BRILLANTE Y TENSA, PERO SE EDEMATIZA EL PARPA
DO INFERIOR Y DESPUES EL SUPERIOR HAY CASOS EN QUE SUCEDE LO-
MISMO CON EL DEL LADO OPUESTO.

ESTE PROCESO SE RESUELVE A MENUDO EN UN PERIODO DE 48- A 72 HORAS.

TRATAMIENTO LOCAL.- UNA BOLSA DE HIELO O UN PAÑO EMPAPADO DE AGUA HELADA SOBRE LA PARTE EXTERNA EDEMATOSA COLOCADA DURANTE 15 MINUTOS EN UN DESCANSO DE UNA HORA, TAMBIEN BUCHES DE AGUA CON UN DEBIL ANTISEPTICO O FOMENTOS APLICADOS - SOBRE LA ENCIA DEL DIENTE EXTRAIDO, UTILIZANDO ROLLOS DE ALGODON.

FLEMON.

SI DESPUES DE LAS 72 HORAS EL EDEMA NO CEDE ES EVIDENTE QUE HAY UNA VERDADERA INFLAMACION DEL TEJIDO CELULAR Y EN ESTE CASO, DEBE REEMPLAZARSE LAS CURACIONES FRIAS POR LAS CALIENTES, APLICADAS DENTRO Y FUERA DE LA BOCA.

LA APLICACION DEL CALOR SE PUEDE HACER POR VARIOS PROCEDIMIENTOS:

- A) COMPRESAS SECAS
- B) COMPRESAS HUMEDAS
- C) BOLSAS DE GOMA CON AGUA CALIENTE
- D) SUBSTANCIAS QUE CONSERVAN EL CALOR
- E) IRRADIACIONES LUMINOSAS.

SI EL PROCESO NO CEDE EN HORAS Y EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE NO MEJORA, SE DEBE CONSULTAR CON UN CIRUJANO GENERAL.

ABSCESO.

ES UNA INFLAMACION QUE SE PRODUCE EN LA RAIZ DEL DIENTE Y QUE GENERALMENTE PRODUCE UN DOLOR IMPRECISO Y PULSANTE. SU PRIMERA SEÑAL ES DADA CUANDO EL DIENTE ENFERMO ACUSA DOLOR. EN LAS ETAPAS INICIALES EL DOLOR PUEDE SER MITIGADO -- CON UNA FUERTE PRESION EN LOS DIENTES PERO A LOS POCOS DIAS-- SE TORNA SENSIBLE. ENTONCES, LA INFLAMACION SE PRODUCE JUNTO AL DIENTE INFECTADO. EL ABSCESO NO ES MAS QUE UNA CONCENTRACION DE PUS. PROVOCA SENSACION DE CALOR, HINCHAZON GENERAL, ENROJECIMIENTO LOCAL Y A VECES DOLOR PUNZANTE; CON EL - TIEMPO VA AUMENTANDO DE VOLUMEN Y TERMINA ROMPIENDOSE, ENTONCES, LA TEMPERATURA VUELVE A LA NORMALIDAD Y EL DOLOR DESAPARECE.

CUANDO LA HINCHAZON ES MUY GRANDE Y EL DOLOR INSOPORTABLE, HABRA QUE EFECTUAR UNA INCISION QUIRURGICA ENTRE LA ENCIA Y EL CARRILLO, PARA DRENAR EL PUS. LA RAPIDEZ DEL TRATAMIENTO ES ESENCIAL EN ESTE CASO, PORQUE SI LA PIEL DEL ROSTRO SE MUESTRA MUY ROJA, ES SEÑAL DE QUE EL ABSCESO ESTA A PUNTO DE ESTALLAR HACIA EL EXTERIOR Y ESO DEJARA UNA CICATRIZ INDELEBLE EN LA CARA DEL ENFERMO.

NEURALGIA.

ES UN PADECIMIENTO CARACTERIZADO POR EL SINDROME DE ACESOS DE DOLOR, EL CUADRO ES MUY IMPRESIONANTE EN OCASIONES-- CUANDO SE PRESENTA EL PACIENTE NO QUIERE NI HABLAR TEMEROSO--

A QUE SOBREVenga ALGUN DOLOR.

LA NEURALGIA SE DIVIDE EN MAYOR Y MENOR DE ACUERDO AL TIEMPO DE INTERVALOS ENTRE CADA DOLOR. EN LA NEURALGIA MAYOR VAMOS A OBSERVAR QUE EL INTERVALO ENTRE CADA ACCESO DOLOROSO ES DE MAS O MENOS CINCO MINUTOS. MIENTRAS QUE EN LA NEURALGIA MENOR EL DOLOR SE PRESENTA CON MENOS INTERVALO DE TIEMPO.

EN LA PRIMERA DE HECHO VAMOS A DESCONOCER SU ETIOLOGIA, EN LA SEGUNDA CON NUESTRO DIAGNOSTICO PODEMOS PRECISAR LA ETIOLOGIA.

EN LA ETIOLOGIA TENEMOS CAUSAS: FISICAS, QUIMICAS Y BIOLÓGICAS.

ENTRE LAS FISICAS TENEMOS:

- A) TRAUMATISMO EN EL TRAYECTO DE UN TRONCO NERVIOSO.
- B) LA PRESENCIA DE TUMORES HACIENDO PRESION EN ALGUNAS PARTES DEL TRIGEMINO.

CAUSAS QUIMICAS: INTOXICACION CON CUALQUIER DROGA, COMO PUEDE SER: OXIDO DE BISMUTO, MERCURIO, ETC.

ENTRE LAS BIOLÓGICAS TENEMOS: PADECIMIENTOS DE ORIGEN VIRAL GRIPE, SARAMPION, VARICELA, TAMBIEN PUEDE OCASIONAR PADECIMIENTOS COMO DIABETES Y PRINCIPALMENTE PROBLEMAS DE NUTRICION.

CUANDO PODEMOS COMPROBAR LA ETIOLOGIA EN NUESTRO DIAGNOSTICO VAMOS A TRATAR DE ELIMINAR LA CAUSA PARA TERMINAR -- CON EL PADECIMIENTO, EN CAMBIO SI LA ETIOLOGIA NO PODEMOS -- UBICARLA Y NO LA IDENTIFICAMOS DEBEMOS TRATAR EL PADECIMIENTO YA SEA CON PRODUCTOS MEDICOS O QUIRURGICAMENTE.

EN EL TRATAMIENTO MEDICO TENEMOS APLICACION DE AGUA BI DESTILADA A LA TEMPERATURA DE EBULLICION POR MEDIO DE INYECCIONES EN EL TRONCO NERVIOSO O LA VINOTERAPIA A BASE DE VITAMINA B₁, B₂, B₃, POR VIA ENDOVENOSA, INTRAMUSCULAR, ORAL, COMO APLICADAS TAMBIEN EN EL TRONCO NERVIOSO; SE COMBINA ESTE TRATAMIENTO CON ANALGESICOS Y ANTIBIOTICOS. CUANDO LA CAUSA ES CONOCIDA LA CURAMOS PARA ACABAR CON EL PADECIMIENTO. SI EL TRATAMIENTO MEDICO NO DA LOS RESULTADOS DESEADOS SE PROCEDE A HACER LA RESECCION DEL TRONCO NERVIOSO AFECTADO.

ANESTESIA PROLONGADA.

PUEDE PERSISTIR DIAS, SEMANAS, MESES; ESTE ESTADO PROLONGADO SE DEBE A LESION O DESGARRAMIENTO.

ES MAS FRECUENTE EN EL MAXILAR INFERIOR, EXPERIMENTA ANESTESIA MAS O MENOS FRECUENTE QUE COMPRENDE EL LABIO O LA MUCOSA.

EL TRATAMIENTO ESTA LIBRADO A LA OBRA DEL TIEMPO, DEBEMOS EVITAR EL ACCIDENTE QUE LO PRODUJO Y UNA VEZ SUCEDIDA -- ELIMINAR LOS CUERPOS EXTRAÑOS QUE PUEDAN COMPRIMIR EL NERVIOS.

PARESTESIA.

SUELE APARECER DOLOR, ANESTESIA Y MOLESTIAS DE TODO -
ORDEN QUE CONFUNDEN AL PACIENTE PROVOCANDOLE VERDADERA DE--
SESPERACION.

SU TRATAMIENTO ES EL MISMO DEL ANTERIOR, SE DEBE DE -
INFORMAR AL PACIENTE QUE SU ESTADO ES DOLOROSO PERO QUE SIN
IMPORTANCIA, QUE PASARA EN UN PLAZO.

ACCIDENTES SOBRE EL SIMPATICO.

DESPUES DE LA EXTRACCION PUEDEN APARECER TRASTORNOS -
EN LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS O EN EL ORGANISMO GENERAL DE
CIERTAS PERSONAS PREDISPONENTES.

HEMORRAGIA.

ES LA SALIDA DE SANGRE DE LA ABERTURA DE UNO O VARIOS
VASOS LA PODEMOS CLASIFICAR EN: ARTERIAL, VENOSA Y POR CAPI
LARES.

CUANDO LA HEMORRAGIA ES EN UN VASO ARTERIAL VAMOS A -
ENCONTRAR LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS: LA RUPTURA VA A -
OCASIONAR DOS CABOS; UNO PERIFERICO Y OTRO CENTRAL, ESTE UL
TIMO MAS CERCA DEL CORAZON EN EL CABO CENTRAL VAMOS A OSBR
VAR LA SALIDA DE LA SANGRE DE ACUERDO CON LOS MOVIMIENTOS -
DE DIASTOLE Y SISTOLE QUE SE PRODUCEN EN EL CORAZON.

EN EL EXTREMO PERIFERICO LA SALIDA DE SANGRE ES CONTI

NUA Y CONSTANTE DEBIDO A QUE SE HA PERDIDO LA PRESION EJERCIDA POR EL CORAZON.

CUANDO HAY UNA HEMORRAGIA VENOSA LA SALIDA DE LA SANGRE ES CON MAYOR ENERGIA SIN PRESENTARSE MOVIMIENTOS DE DIASTOLE Y SISTOLE AQUI EN EL CABO PERIFERICO SALE CON MAYOR ENERGIA QUE EN EL CENTRAL.

LA SANGRE ARTERIAL TIENE COLOR ROJO VIVO Y LA VENOSA UN TONO AZULOSO.

CUANDO LA HEMORRAGIA ES EN CAPILARES, ES UNA HEMORRAGIA CONSTANTE EJEMPLO: CUANDO SE HACE UNA EXTRACCION O SEA EN UN ALVEOLO.

SE CLASIFICAN EN:

PRIMARIA O INMEDIATA.- ES CUANDO LA HEMORRAGIA ES CONSTANTE Y NO SE PRODUCE UN COAGULO.

SECUNDARIA.- SE PRESENTA DENTRO DE LAS 24 HORAS DE LA INTERVENCION.

SU ETIOLOGIA PUEDE SER POR PADECIMIENTOS HEPATICOS, POR HIPERTENSION O POR ENFERMEDADES PROPIAS DE LA SANGRE COMO: LEUCEMIA, PURPURA Y HEMOFILIA.

- DENTRO DE LOS CUIDADOS PREOPERATORIOS ES NECESARIO CONOCER DE ANTEMANO EL PACIENTE Y SUS PADECIMIENTOS.

TRATAMIENTO: POR MEDIOS MECANICOS, FISICOS, QUIMICOS,-

BIOLOGICOS.

MEDIOS MECANICOS.- TAPONAMIENTO Y LIGADURA DEL VASO.

EL TAPONAMIENTO ES EL PROCEDIMIENTO MAS SIMPLE PARA DE TENER LA HEMORRAGIA, PERO ANTES QUE NADA PODEMOS PROBAR COMPRESION FUERTE VALIENDONOS DE UNA GASA.

PARA EL TAPONAMIENTO SE HACE LO SIGUIENTE:

- A) LIMPIEZA DE LA CAVIDAD
- B) RETIRAR EL COAGULO DEFICIENTE
- C) RETIRAR LAS ESQUIRLAS OSEAS QUE PUDIERAN EXISTIR
- D) LAVADO DE LA CAVIDAD CON SOLUCION SALINA
- E) EL TAPONAMIENTO DEBE HACERSE CON GASA ESTERIL O - YODOFORMADA.

MEDIOS FISICOS.- ALTAS TEMPERATURAS (TERMOCAUTERIO), - BAJAS TEMPERATURAS (HIELO).

MEDIOS QUIMICOS.- ADRENALINA, LA ESPUMA DE FIBRINA CON TROMBINA, SE USAN TAMBIEN EL OXICEL, NOVOCEL, GELFOAM.

MEDIOS BIOLOGICOS.- GELATINA, APLICACION DE SANGRE Y- PLASMA.

CONCLUSIONES

VAMOS A ENCONTRAR QUE LA EXODONCIA OCUPA UN LUGAR ESPECIAL, LA CUAL REQUIERE PARA PODER DOMINARLA UNA EXPERIENCIA PRACTICA DIRECTA SOBRE EL PACIENTE, PUES VAMOS A ENCONTRAR QUE UN INDIVIDUO ES SIEMPRE DIFERENTE A OTRO, ASI COMO UNA BOCA ES DISTINTA A OTRA, ENCONTRANDONOS POR LO TANTO -- CON QUE UNA EXTRACCION ES DIFERENTE A OTRA AUN DENTRO DE -- UNA MISMA PERSONA, Y AUNQUE TENEMOS TECNICAS EN GENERAL PARA EFECTUAR LA EXTRACCION, NECESITAMOS LA PRACTICA CONSTANTE, PORQUE HABRA CASOS ANORMALES EN LOS CUALES SE APLICARA LA EXPERIENCIA MAS QUE UNA TECNICA DEFINIDA; ASI COMO TAMBIEN DEBEMOS TENER EN CUENTA EL MEDIO DEL EJERCICIO PROFESIONAL.

BIBLIOGRAFIA

1. ANESTESIA GENERAL EN LA PRACTICA DENTAL.
LEONARDO M. MONHEIN.
2. ANESTESIA ODONTOLOGICA.
NIELS BJORN JORGENSEN
JESS HAYDEN, JR.
3. CIRUGIA BUCAL
RIES CENTENO, GUILLERMO S.
4. CIRUGIA BUCAL
S. V. MEAD.
PRIMERA PARTE.
5. CIRUGIA ODONTO MAXILAR
CIRO DURANTE AVELLANAL.
6. DICCIONARIO ODONTOLOGICO
CIRO DURANTE AVELLANAL.
7. ENCICLOPEDIA ILUSTRADA CUMBRE
TOMO III.
8. EXODONCIA
A. BERGER.
9. FARMACOLOGIA, MANUAL DE
G. KUSCHINSKY
H. LÜLLMANN.

10. LA ANESTESIA EN CIRUGIA DENTAL
S. V. MEAD.
11. LA EXTRACCION DENTARIA
DR. ANGEL P. ALVAREZ.
12. 'LOS RAYOS X EN LA PRACTICA DENTAL.
G. H. HEPPLER.
13. MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA
ASTRA.
14. MANUAL DE EXTRACCIONES DENTARIAS
F. COLEMAN.
15. MEDICINA BUCAL
BURKET.
16. TRATADO DE EXODONCIA
WINTER LEO.