

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"EXTRACCION DENTAL CON HIPERCEMENTOSIS"

T E S I N A
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA:
MIRNA ELVA MORENO GUEVARA

SEMINARIO DE EXODONCIA
TITUTAR: C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MEXICO D. F.

JUNIO 1991





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE CAPITULO 1 .- A) DEFINICION B) ETIOLOGIA CAPITULO 2.- METODOS AUXILIARES PARA LA EXCOONCIA CON HIPERCEMENTOSIB A) ASPECTO CLINICO B) ASPECTO RADIOLOGICO C) ASPECTO HISTOLOGICO D) ASPECTO PATOLOGICO CAPITULO 3.-EXTRACCION DE DIENTES CON HIPERCEMENTOSIS A) EXTRACCION TRANSALVEDLAR B) SUTURA C) CUIDADOS POSTERIORES CAPITULO 4.- COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION DENTAL A) OPERATORIAS B) POSTOPERATORIAS CAPITULO 5.-SUNARIO

R 0

D .

C

El unico proposito de esta tesina es eyudar a adquirir conocimientos fundamentales en la extracción de dientes con hipercementosis y las posibles complica ciones que el cirujano dentista pueda tener al realizar o efectuar la extracción

La extracción dental ideal es la extirpación total del diente sin dolor , o de la raiz dental con el minimo daño a los tejidos circundantes, para que laherida cicatrice sin complicaciones y no crear así un problema mayor.

Basicamente solo existen dos metodos de extracción. El primer metodos se utiliza en la meyoria de los casos y es llemado "extraccion por forceps" yconsiste en la remoción del diente o raiz mediante el uso de forceps, elevadores o ambos. Los bocados de estos instrumentos son forzados apicalmante hasta la membrana periodontal, entre diente raiz y a pared alveolar. El otro metodo de extracción es la diseccion del diente o de la raiz de sus inserciones

Esta separación es llevada a cabo mediante la remoción de cierta parte dal hueso que recubre las raices, las cuales se eliminan mediante el uso de eleva dores, forceps ode ambos. Esta tecnica es comunmente llamada el metodo duirurgico, empoye el nombre mas adecuado serie el de extracción transalveolar.

Aunque muchas veces no nos es posible reqlizar la extraccion ideal por causas ajenas, si podemos evitarnos problemas realizando una buena evaluación
preoperatoria de las dificultades que pueden hallarse o las complicaciones que
pueden ocurrir.

Los antacedentes de enfermedad general, nerviosiamo, resistencia a anesteaico o dificultad con extracciones previas y el metodo de extraccion del diente.

En ocasiones una estimación preoperatoria completa solo se logra si el —
examen clínico se acompaña de una radiografía preextracción, es importante to —
marla si se presenta cualquiera de las siguientes indicaciones; Historia de —
extracciones dificiles o ya intentadas, Un diente con resistencia anormal a la
extracción con forceps. Si despues de un examen clínico se ha decidido — —
remover un diente por disección.

Cualquier diente o raiz con cercania al seno maxilar o nervio dentario infe rior o mentoniano.

Todos los terceros molares inferiores, premolares retenidos o caninos en mal ossición. El patron radicular de estos dientes generalmente es anormal.

En dientes ampliamente restaurados o despulpados. Estos dientes casi siempre son muy fragiles.

Cualquier diente afectado por una enfermedad periodontal acompañado de - esclerosis del hueso de soporte. Dichos dientes generalmente presentan hiper-cementosis y fragilidad.

Cualquier diente que haya estado sujeto a algun trauma, pueden presentarse fracturas de las raices y hueso alveolar.

Un molar superior aislado, especialmente si no tiene entagonista y esta sobreerupcionado. El soporte oseo de dicho diente generalmente esta debilita
do por la extension del seno maxilar. Esto puede predisponer ya sea a la creación de una comunicaci-on buccantral o fractura de la tuberosidad del -maxilar.

Cualquier diente cuya corona anormal o erupción retardada puede indicarla posibilidad de dialaceración, geminación u odontoma dilatado.

Cualquier padecimiento que predisponga anormalidad dentaria o alveolar por ejemplo; Osteitis deformante en donde las raices presenten hipercementosis y hay predisposicion a osteomilitis cronica; Disostosis cleidocraneal,
porque en este trastorno ocurren seudoanodoncias y raices en forme de gancho.

C I

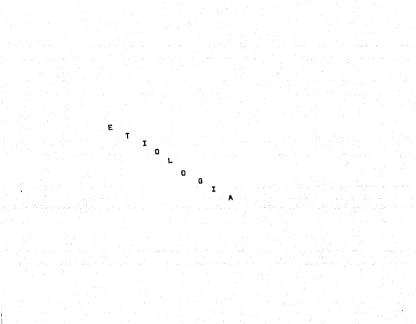
La Hipercementosis (hiperplasia del cemento)

La hipercementosis es un estado observado con relativa frecuencia; probablemente lo causan diversos factores etiologicos.

Generalmente se describe como un abultamiento del extremo de la raiz, la lamina dura y el espacio periodontal se hayan casi siempre intactos y algunas veces se observa el contorno dol diente dentro de la masa .

Los dientes con hipercementosis son a menudo vitales, pero se pueden complicar por algun otro cambio patologico.

Tambien se define como un cambio regresivo de los dientes que esta caracterizado por las deposiciones de cantidades excesivas de cemento sobre las - superficies radiculares.



Le hipercementosis se debe a diversas causas. Sin embargo, cuando ocurre junto con periodontitis apical cronica, se considera como una respuesta repara dora. Puede encontrarse hipercementosis de cierta intensidad en la raiz de
cualquier dienta que muestre periodontitis periepical cronica, pero solo se reconoce como hipercementosis cuando se produce una cantidad excesiva de - cemento. La resorción osea asociada, la causa probablemente el tejido de
granulación de la inflamación cronica mas bien que la misma hipercementosis circumdante.

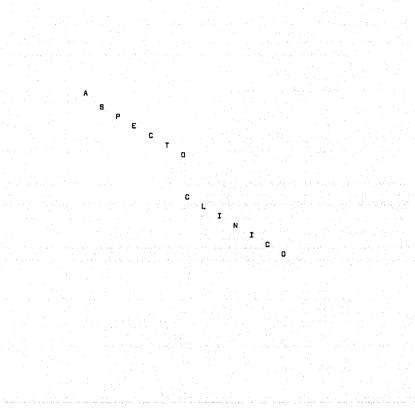
Entre las otras causas que pueden favorecer la deposición de cantidades— - excesivas de cemento son;

La perdida de un antegonista se acompaña por la hiperplasia del cemento - - aparentemente como la forma de mantener el ancho normal del ligamento parodon- - tal. Esta hiperplasia es mas excesiva en el epice de la raiz aunque la deposición de cemento secundario afecta por lo regular toda la raiz, teniendouun - - proson que es mas grande en la base y que disminuye hacia la porción cervical de un diente.

Como medio de reparacion de algún trauma oclusal que cause resorción radi cular leve por ejemplo el bruxismo o fracturas radiculares tambien se repara por
deposición del cemento entre los fragmantos de la raiz así como en la periferia

La inflamación que se presenta en el apice de una raíz dental, que por loregular es resultado de una infección púlpar. Esto no se presenta en el apice de la raíz adyacente al area do inflamación, debido que los comentoblastos y sus precursores directos en esta area se han perdido por el proceso —
inflamatorio. En su lugar el cemento descansa en la superficie radicular a
alguna distancia por arriba del apice.

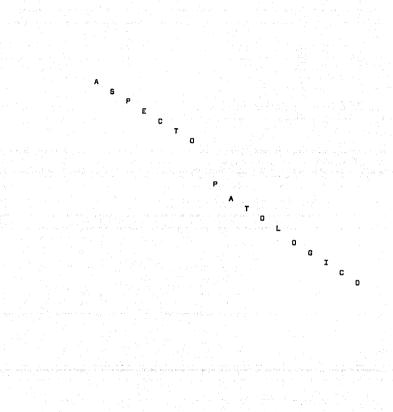
La osteitis deformante o enfermedad de Paget ,es una enfermedad esqueletica y generalizada que se caracteriza por deposición de cantidades excesivas de —— cemento secundario en las raices de los dientes y por la aparente desaparición de la lamine dura de los dientes, así como otros aspectos relacionados con el — propio hueso.



La hipercementosis no produce signos o sintomas clinicos importantes que indiquen dicha alteración, no existe un aumento o una disminución en la sensi bilidad dental, no hay senibilidad a la percución a menos que se presente inflamación periapical y no aparecen in situ cambios visibles importantes.

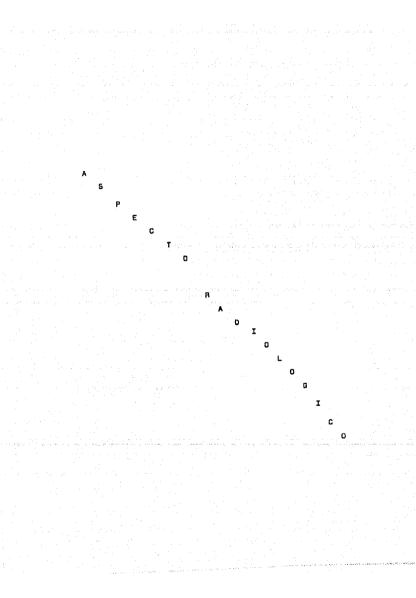
En las extracciones de dientes con hipercementosis se nota un diametro - mayor que lo normal y present*an ep*icos redondos.

Existe una frecuencia en dientes afectados de hipercementosia y estos son los premolares.



En el aspecto patologico, el cemento excosivo es un cemento secundario o - celular y puede estar formado por capas o ser bastante irregular con inclusiones vasculares.

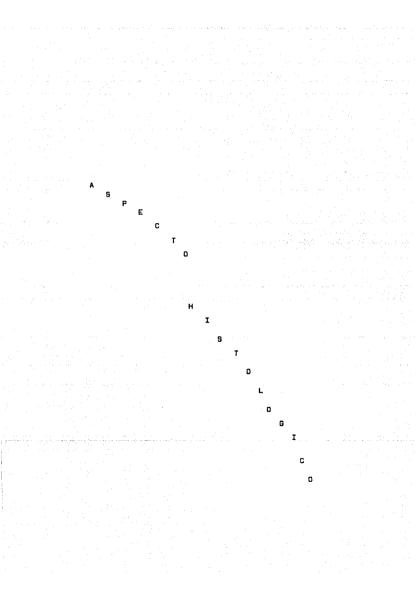
En algunas ocasiones, apareco una imagen que recuerda a los sistemas havermianos.



Radiograficamente, se observan uno o varios nodulos, mas o menos regulares y redondos, sobre el apice de la raiz. Estos nodulos tienen la radiopacidad del cemento normal y aveces estan separados del hueso por un espacio periodontal lideramente engrosado o guardan relación con una zona de resorción osea.

Una buena radiografía es desperdiciada si no se interpreta cuidadosamente, el uso de lupas y negatoscopios ayudan enormemente a la interpretación y facil manejo de los siguientes factores causantes de la dificultad soan detectados - como son la hipercementosis redicular que es el tema a tratar, así como otros - factores:

- 1.- Número apormal de raices
- 2.~ Forme anormal de raices
- 3.- Fractura o resorción radicular
- 4.- Anguilosis
- 5.- Geminaciones
- 6.- Dientes impactados
- 7.- Esclerosis osea y patologia etc.



La raiz anatomica, esta cubierta de un tejido conectivo calcificado espe cial denominado cemento. Hay dos tipos histologicos de cemento.

El que cubre la mitad o el tercio coronal de la raiz caroce de celulas en la matriz; por lo tanto, recibe el nombre de cemento acelular.

El resto del cemento se llama celular porque contiene celulas (cementocitos dentro de sus legunas; estas ultimas, como las de los huesos, tienen canaliculos que van de una actra.

Sin embargo no hay sistemas haversianos en el cemento; normalmente no es vascular como los demas tejidos dentales duros. La unión entre la corona y la
raiz del diente recibe el nombre de cuello, y la linoa visible de unión entre el
esmalte y el cemento recibe el nombre de linea de cervical.

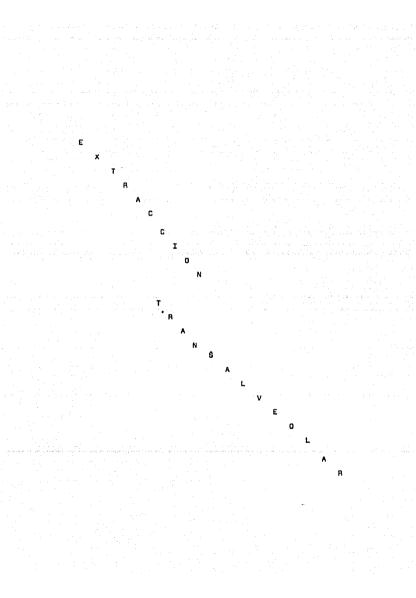
En daterminadas circunstancias el cemento puede ser resorbido, aunque esto no ocurre con igual facilidad o frocuencia que en el hueso, el hecho se utiliza clinicamente durante el proceso de cambiar lentamente los dientes de posición,

La presión sobre un diente, si es suficientemente sostenida, origina resorción de hueso por delante del diente que se esta desplazando y deposito del mismo por detras.

El cemento en tales circunstancias no es resorbido, el cemento como el hueso solo puede aumentar en cantidad por adiciones asu superfície.

En caso de hipercementosia microscopicamente es de tipo caracteristico en la cual se encuentra una cantidad excesiva de cemento secundario o calular depositada en forma directa sobre capa delgada caracterizada de camento acelular primerio.

El area efectada puede ser toda la raiz o solo una porción de esta por lo regular en la región apical. El osteocemento esta ordenado en capas concentricas alrededor de la raiz.



Este metodo de extracción comprende la disección del diente o reiz de sus inserciones oseas. A menudo es llamado el metodo "abierto o quirurgico".

No obstante como todas las extracciones realizadas son procedimientos quirurgicos, un nombre mas adecuado es el de extracción transalveolar yeste metodo debe amplearse cuando alguna de las siguientes indicaciones este presente.

- -Cualquier diente que resista a los intentos de extracción intraalveoler reacto es empleada una fuerza moderada.
- 2.- Raices retenidas que no pueden ser sujetadas con el forceps o liberadas con botador, especialmente aquellos en relación con el seno maxilar.
- 3.- Antecedentes de extracciones dificiles ode intentos de extracción.
- 4.- Cualquiar diente con restauraciones amplias, especialmente con endodoncia o sin culpa.
- 51- Dientes con hipercementosis o anguilosados
- 6.- Dientes geminados o dislacerados
- 7.- Diențes que muestren radiograficamente tener formas radiculares y raices con lineasidesfavorables o conflictivas en las guias de extracción.
- 8.- Cuando se desee colocar una dentadura, ya sea inmediatamente o poco des pues de la extraccion. El metodo facilita cualquier recorte juicioso que se requiere en el hueso alveoler para permitir la inserción de la protesis.

Una vez que se ha decidido emplear el metodo transalveolar para remover un diente o raiz, debe decidirse el tipo de anostesia que se va a emplear y el plan de tratamiento para sobrellevar las dificultades y evitar o tratar las posibles complicaciones.

Componentes importantes de dicho plan son el diseño del colgajo mucoperiostico, el metodo que se utilice para liberar el diente o raices del alveolo y la remocion del hueso requerido para facilitar esto.

COLGAJOS MUCOPERIOSTICOS

Estos son levantados para proveer un campo operatorio visiblemente claro y accesible y su diseño debe ser tal que permita una vision y acceso mecanicos - adecaados. La base de dicho colgajo debe ser mas amplia que su borde libre y debe tener un riego sanguineo completo.

Le cicatrización de primera intención no ocurre si las lineas de autura son colocadas sobre el coagulo sanguineo, el cual es el medio de cultivo perfecto — los microorganismos que provean la lisis de las heridas. Los intentos para — promover la cicatrización deben ser mediante la aproximacion certera de los tejidos blandos sin tensión despues de realizada la operación y diseñando las inci — aiones de tal manera que las lineas de sutura sean sostenidas por hueso.

No deben producirse dificultades para los procesos tales como la oblitera ción del fondo de saco bucal durante el levantamiento de los colgajos,

La incision se debe realizar con una presion firme y un bisturi filoso atravesando las capas de mucosa y periostio de la encia hasta llegar al hueso.

.El.histuri debe emplearse como pluma y no como cuchillo y los tejidos — blandos debeo ser cortados en angulos rectos a la superficie del hueso advacente

Las incisiones de longitud adecuada deben hacerse en une sola intención ya que las extensiones y segundos cortes generalmente dejan los margenes de los — colgajos irregulares y retrasan la cicatrización. Cuando el margen gingival — de un diente esta involucrado en el colgajo debe ser incidido verticalmente, — como se muestra en las figuras, entes de levantar el colgajo con un elevador de periostio.

Algunas veces es necesario recortar el mucóperiostio del diente adyacente que no se va extraer. Si las incisiones son regulares y los tejidos son reamplazados adecuadamente la profundidad de la bolsa gingival del diente no extraí do sera clinicamente inalterada cuando cicatrice.

El colgajo mucoperiostico se levanta del hueso insertando la punta filosa del elevador de periostio debajo de la orilla anterior del colgajo a unos - - cuantos milimetros del margen gingival. El hueso compacto sera expuesto si la incision se ha llevado a cabo a traves de ambas capas de la encia.

Si la incision no es suficientemente profunda, el colgajo no podra ser elevado y el hueso estara cubierto por astillas de periostio fioroso, el cual debera ser dividido con el bisturi antes de realizar otros intentos para levantar el colgajo. Si la incisión tiene una profundidad inadecuada, los capas de mucosa y periostio del mucoperiostio seran separadas cuendo se realize la elevación del colgajo haciendo imposible la reposición adecuada de los tejidos blandos al terminar la operación y retrasando consecuentemente la cicatrización.

Ventajas de Colgajos grandes.- Siempre es tuena practica crear colgajos - grandes en el plano horizontal en lugar de pequeños colgajos. Un colgajo que es largo en su dimension anteroposterior proporciona vision y acceso mecanico - adecuado sin necesidad de estirar o jalar los tejidos blandos.

La cicatrización, no cas dentro de una mala vascularización ni en defectos oseos creados durante la operación y las lineas de sutura yacen sobre una base — de hueso firme y no sobre el coagulo.

Hey varias ventajas pero también desvantajas en la sobreextension del colgajo en direccion vertical, si el colgajo se extiende ala reflexión de la membra
na mucosa la insercion alveolar del musculo buccinador es desinsertada del hueso
y se produce un pequeño hematoma. Esto produce un aumento en la hinchazon extrabucal postoperatorio y una reorganización del coagulo sanguineo con una fibrosis resultante puede tener por consequencia una pordida de la profundidad del fondo de saco vestibular. Los nervios y vasos que pesan por el agujero men
toniano pueden ser dañados durante la elevacion de los colgajos mucoperiosticos
en la región premolar mandibular, especialmente si la diseccion del tejido bland
se extiende abajo del nivel de reflexion de la membrana mucosa,

La elevación del colgajo puede ser complicado por fibrosis que resulta de una inflamacion cronica o una cicatriz debido. Adentaduras mal ajustadas

Remoción Osea.— La superficie del hueso alveolar que recubre al diente o raices a extraer es expuesta cuando se levanta el colgajo mucoperiostico y en la mayoria de los casos sera necesario eliminar parte de este hueso.

El hueso alveolar no debe ser sacrificado innecesariamente y su eliminación debe ser limitada a lo que se requiera para lograr ciertos objetivos.

Antes de la liberación del diente o raiz, el hueso debe ser incidido para exponer cualquiera de estos ultimos y proveer un punto para la aplicacion del forceps o elevador y crear un espacio dentro del cual el diente o raiz pueda ser desplazado. Despues de liberar el diente o raiz ae deben remover todas las crillas filosas y proyecciones oseas. En algunas ocasiones estara indica da una mayor excision de hueso ya sea para reducir el tamaño del coagulo median te la dieminucion del tamaño del alveolo, o bien para eliminar algún obstaculo para el exito de la protesia postoperatoria.

El hueso generalmente es eliminado con una fresa dental o por medio del uso de un cincel, gubia o martillo con presión manual. Por lo general la remo
ción de hueso hecho correctemente con un cincel filoso es mas rapida y limpia que la remoción con una fresa la cual, sin embargo es mas adecuada para la extra
ción del hueso denso mandibular bajo anestesia local. La meyoria de los ciru janos dentistas mangian mas frecuente y eficientemente la fresa que el cincel.

Los estectomos son instrumentos valiceos para recertar los bordes esces — despues de la extracción del diente ede la raiz. El operador debera escegar — el metodo de extracción esea de acuardo a su habilidad y a las facilidades disponibles para el.

Extirpacion del hueso con fresas.— para este proposito, las fresas redondas o de bola cortan con mas eficiencia, no se atascan ten facilmente y son mas faciles de controlar que las fresas de fisura plana, siendo estas ultimas mas utiles para remover hueso alrededor de la membrana periodontal. Ya que no cortan dentr de la sustancia dentaria tan facilmente. Las fresas quirurgicas de Ash son — excelentes para cortar el hueso mandibular mas denso de una manera rapida y — aficiente.

El colgajo mucoperiostico debera extraerse del lugar donde se va a utili - zar la fresa con un retractor plano. Los colgajos grandes facilitan este procedimiento. De esta manera se evita el accidente común de que la fresa se en - tierre en los teidos blendos.

No debe permitirse el sobrecalentamiento de la fresa durante la remoción — del hueso, y para prevenir esto, deben emplear lavados constantes o por lo menos fracuentes de solución salina esteril, esto tambien con el fin de remover asti—llas y evitar el atascamiento de la fresa.

El hueso puede ser extirpado con fresa, ya sea simplemente cortandolo por medio de una fresa redonda o fisura plana o mediante el metodo de estampilla postal. Esta tecnica consiste en hacer una hilera de pequeños agujeros con una
fresa cecueña y unirlos descues.

Cuando se estan cortando las raices de premolares inferiores, la remoción — de hueso debera ser maxima mesialmente al primer premolar y distal al segundo — premolar. Este procedimiento minimiza el riesgo de daños a los nervios y vasos que atraviesan el foremen mentoniano.

División del diente.— Es obvio que les reices de algunos dientes multiradiculares ae antagonizan y en estos casos ya sea el forceps o la aplicación vest<u>i</u> bular de un elevador, retirara el diente sí es que el hueso alveolar sede y es suficientemente elastico y las reices no estan extendidas. Si estas medidas no son suficientemente eficeces se tendra que seccionar la masa radicular y retirar cada reiz por separado siguiendo su via de retira.

La masa radicular debe ser seccionado, ya sea con fresa quirurgica, esta tec nica permite que el corte se realice adapundamente y crea un especio entre las raices separadas lo que ayuda a su remoción.

Antes de hacer esto, el operador debe proveer puntos de aplicación para facilitar la eliminación de las raices.

Cuando se va a dividir la masa radicular de un molar infarior se debe exponer la bifurcación y separar las raices de abajo hacia arriba con una fresa. Cuando se utiliza este metodo el operador sabe cuando las raices estan —
completamente divididas mientras que es dificil estar seguros si corta hacia —
abajo , hacia la bifurcacion. Las raices separadas son liberadas con elevadores pequeños utilizando los punto de aplicación determinados por sus lineas
individuales de extraccion.

El seccionar un diente con fresa toma tiempo por lo que el cirujano con experiencia puede preferir el uso de un asteomo. Se debe advertir que este procedimiento aparentemente simple no es tan facil como parece a simple vista.

No es secesaria una fuerza excesiva si los principios indicados son segu<u>i</u>
dos y si la sujeción de ellos es correcta, si un diente o raiz se resiste el elevador debe ser descartado y la causa vista y remediada.

LIMPIEZA DEL ALVEDLO.- La operacion no termina con la remocion del diente, sino que el progreso de la cicatrización y la cantidad de dolor posterior songrandemente influenciados por los cuidados que se tengan con la limpieza posterior del alveolo.

Les prominencias oseas no deseadas deben ser removidas ya sea con osteoto mos , cinceles freess y los bordes agudos deben ser suavisados con limas de hueso. Las limas de hueso son dentades para cortar solo en direccion unica , y no son tan utiles en cirugia dental. Los osteotomos deben emplearse como — tijeras de hueso y no con torsion.

La remoción juiciosa del hueso va a acelerar la cicatrización por la disminución de la cantidad de hueso por resorberse y remodelarse y el volumen de coagulo sanguineo que llena el alveolo.

Cuando la extirpación de hueso es complete²y los bordes alisados, la herida debe ser irrigada con la solución salina tibia y todos los restos oseos y el tejido granulomatoso infectado deben ser eliminados ya sea mediante el alisador o.con una legra.

El colgajo mucoperiostico se reposiciona y se decide si es necesario o no suturar.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

SUTURA

Toda sutura es un cuerpo extraño y solo debe ser insertada en los tejidos unicamente si existe una indicación positiva para su uso. Durante la operació
se puede colocar una sutura para retraer un colgajo mucoperiostico del sitio de
operación. Al terminar una intervención quirurgica bucal se colocan las suturas para aproximar los bordes cortados de los tejidos blandos, para promover la
cicatrización por primera intención, para acercar los tejidos blandos minimizando la contaminación de la herida con restos alimenticios, o para detener la homo
rragia.

Si el colgajo yace bien ajustado en posición y el sangrado es controlado no hay necesidad de suturar. Cuando esta indicada la inserción de suturas la seda esteril simple negra es el material de elección y una sutura simple interrumpida o una sutura harizontal interrumpida de colchonero estara indicada.

Tecnica de sutura. La eguja es sostenida en el portasgujas. Nunca debe sostenerso del ojo o de la punta. La zona por suturar debe secarse con el aspirador o con una gasa para que los bordes cortados se puedan ver claramente.

La aguja generalmente se pasa primero por el colgajo mas movil. Las pinzac de diseccion dentadas se utilizan para detener el colgajo y la aguja debe ser - insertada cerca de la punta de los picos y por lo menos a 3 mm de cualquier - - borde. La sutura debe ser colocada mas cerca del borde libre que de la basedel colgajo. Esto controla la parte mas movil del colgajo y asegura que la - sutura este en tejido firme.

Las auturas siempre deben ir flojas para permitir cualquier inflamación pequeña de los tejidos blandos y los nudga deben ir aun lado de la linea de in
cisión.

Cuando se coloca una sutura en el mucoperiostio lingual mandibular la -- aguja siempre dobe pasarse en una dirección linguavestibular lojos de la lengua la punta de la aguja no dobo ser introducida al hueso o se romperia.

CUIDADOS POSTERIORES

El deber del cirujano dentista hacia su paciente no termina con la colocación de un empaque o de la ultima sutura. Debe asegurarse de que el periodo postoperatorio del paciente sea lo mas indoloro y tranquilo posiblo. Se debe prescribir un analgesico adecuado.

Se debe instruir al paciente para que evite enjuegues bucales vigorosos, ejercicio violento, estimulantes o comida o bebidas muy calientes por el resto
del dia para minimizar el riesgo de hemorragia postextracción antes de despedir
al paciente se le debe enseñar como colocar un empaque de gasa doblado sobre el
alveolo y morderlo firmemente para eliminar cualquier hemorragia que pueda —
presentarse.

La herida de la extracción debe ser limpiada por medio de un enjuegue bucal con aplución salina tibia inmediatamente antes de acostarse en el día de la operación. La cicatrización se puede ayudar por medio de la utilización de enjuegues bucales con solución salina caliente frecuentes durante los siguientes dos o tres días. La solución se prepara disolviendo media cucharadita de sal en un vaso con agua caliente, pero no hirviendo. Abundantes cantidades deben ser frecuentemente tomadas dentro de la boca para llevarla al sitio de la extracción tanto como sea posible. Uso inmediato de enjuegues bucales despues de las comides ayuda particularmente.

Siempre que sea posible las instrucciones verbales postextración deben ser complementadas dando al paciente instrucciones escritas.

Las auturas generalmente deben permanecer in situ hasta por siete dias, se aflojan en los tejidos y despues deben sen retiradas deteniendo el nudo y cortan do la seda en el lugar donde entre a los tejidos. Se retira la sutura. Si esta se corta a distancia del punto de entrada a los tejidos el material de sutura contaminado sera arrastrado dentro de la herida en cicatrización, infectandola.

Las suturas insertadas para controlar las hemorragias pueden ser retiradas a las ocho horas postoperacion, mientras que las suturas empleadas para reparar una comunicación se dejan hasta 10 días a menos que se infecten.

POSTOPERATORIO

- A)Prescribir analgesico que sean requeridos
- B) Dar instrucciones acerca de;

Higiene bucal incluyendo enjuegue bucal con solución salina caliente

Hemorregia, dolor e inflamacion el el postoperatorio

Indicaciones para tratamiento de urgencia y arreglos adecuados para el mismo
C)Dar proxima cita,

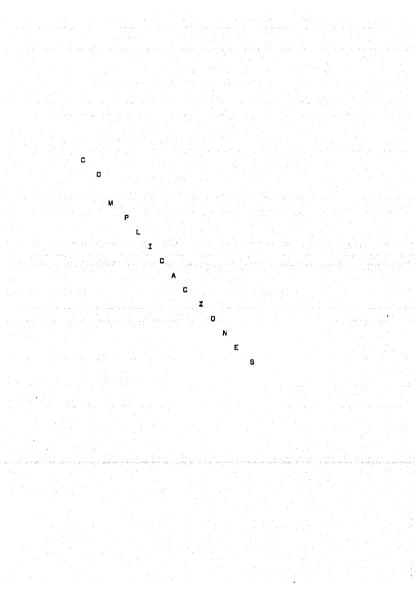
SUMARIO

El empleo de un plan de ataque sistematico permite al dentista escoger un metodo correcto para la extracción dentaria, resolver dificultades y evitarias y
tratar adecuadamente las posibles complicaciones.

Diagnostico y plan de tratamiento. - Toma cuidadosa de historia y examen - clinico, complementadas con metodos especiales de examen cuando esten indicados, permiten valorar las dificultades potenciales, considerar las posibles complicaciones y escoger correctamente la tecnica de extracción quese va a efectuar.

Decisiones que deben tomerse entes de la cirquia.

- A)Paciente ambulatorio o interno determinado por:
- 1.-condicion madica general del paciente
- 2.-probable duracion de la operación
- 3.-tipo de anestesia indicada
- B) Se requiere arreglos especiales?
- 1.-instrucciones al paciente(sj. no manejas automovil, sise deben o no tomar alimentos, periodo probable de incapacidad si se debe o no ser acompañado, etc.
- 2.-presedicación conveniente
- 3.-cualquier indicacion para proteccion con antibioticos
- 4.-cualquier necesidad de otras formas de tratamiento medico (anticonvulsinantes , insulina, anticoagulantes o terapeutica esteroides etc)
- En la operacion
- A)asegurarse de que todos los instrumentos que se necesiten esten disponibles y esterilizados
- B)Colocar los instrumentos en orden sobre una chaçola o la cubierta de un carro esteril.
- C) Cuendo se van a utilizar los instrumentos de una sola punta, solo deben to -cares los mangos.
- D) otros requerimientos; luz adecuada, asistentes experimentados, radiogaafias de la region operatoria, anestesia efectiva y un plan de tratemiento designado a manejar las dificultades y evitar complicaciones.



Las complicaciones de la extraccion dental son muchas y muy variadas y algunas pueden ocurrir aun cuando se emplee mucho cuidado. Otras se pueden evitar si el plan de tratamiento diseñado para tratar con las dificultades diagnosticas, durante un cuidadoso examen preoperatorio, es llevado a cabo por un operador que se apegue a principios quirurgicos correctos durante la
extracción.

Fracaso en:

Asegurar la anestesia

Extraer el diente, ya sea con forceps o elevadores.

Fractura de :

Corona del diente al ser extraida*

Reices del diente al ser extraidas

Hueso alveolar

Tuberosidad del maxilar

Dientes advacentes u opuestos

Mandibula.

Dislocacion de;

Dientos advacentes

Articulacion Temporomandibular

Desplazamiento de una raiz.

Dentro de los tejidos blandos*

Dentro del seno maxilar

Bajo anestesia general en el sillon dental

Hemorragia excesiva

Durante la extraccion dentaria

Al terminar la extraccion

Postoperatoria

Daño a; Encias, labios, Nervio Dentario Inferior o cualquier rama, Nervio lingua Lengua y piso de la boca. DOLOR POSTOPERATORIO DEBIDO A:

Daño a los tejidos duros o tlendos

Alveolo seco

Osteomilitis agudas de la mandibula

Artritis traumatica de la articulazion temporomandibular

HINCHAZON POSTOPERATORIA DEBIDA A:

Edema

Formacion de hematoma

Infeccion

Trismo

La creacion de una comunicación buccantral

Sincope

Paro respiratorio

Paro cardiaco

Urgencias anestesicas.

0

A ...

Se puede presentar hipercementosis de etiologia desconocida ya sea genelizada, afectando a todos los dientes o localizada que afecta a un diente.

La función dental parece favorecer la deposición de camento en la superficie radicular.

De hecho los estudios que se han realizado indican que el grosor del cemento aumenta en los dientes que no funcionan incluyendo los impactados o incrustados.

El estimulo en estos casos se desconoce.

BIBLIOGRAFIA

1.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL

W.G. SHAFER

ED. INTERAMERICANA

2.- EXTRACCION DENTAL

GEOFREY L. HOWE

ED. EL MANUAL MODERNO S.A. DE. C.V.

3.- CIRUGIA BUCAL

ARCHER

4.- CIRUGIA BUCAL

GUILLERMO A . RIES CENTENO

ED. EL ATENEO

5.- TRATADO DE HISTOLOGIA

ARTHUB W. HAM

EDITORIAL INTERAMERICANA

6.- RADIOLOGIA DENTAL

A.H. WUETHMANN

SALVAT