

72
2e



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

EXODONCIA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

CARLOS CHIMAL GONZAGA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





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.

TEMARIO

	Pág.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
HISTORIA DE LA EXODONCIA	2
CAPITULO II	
HISTORIA CLINICA	6
CAPITULO III	
INDICACIONES DE LA EXTRACCION	10
CAPITULO IV	
CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION	12
CAPITULO V	
INSTRUMENTAL	14
CAPITULO VI	
TECNICAS DE ANESTESIA	21

CAPITULO VII

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES 27

CONCLUSIONES 30

BIBLIOGRAFIA 32

INTRODUCCION

Esta tesina, elaborada sobre "extracción dental" sus fundamentos y aplicaciones ha surgido la consideración de que esta parte de la cirugía bucal, rama de la odontología es una parte importante en el cirujano dentista de práctica general.

Por ello he recopilado conocimientos e investigaciones que como estudiante del area, han sido requeridas para llevar a feliz termino mi labor odontologica.

En el campo de la extracción dental que hoy ocupa considero que siempre que tengamos ante nosotros a un paciente al cual realizaremos una extracción debemos de tratar de llevar a cabo la "extracción ideal" sin dolor, con el minimo de daño a los tejidos circundantes y no ocasionar un problema postoperatorio.

No hay paciente mas agradecido que aquel cuyo dolor ha sido aliviado.

CAPITULO I

HISTORIA DE LA EXODONCIA.

Desde la pre-historia encontramos ya la caries dental. En Otawa Canada, existen restos de un dinosaurio de la época Cretasea (10.000.000 A.C.) en los cuales se puede constatar piezas dentales afectandas por caries.

En el hombre cuaternario (2500 a 4000 A.C.) en sus restos no hay caries pero faltan 2 piezas que no se sabe como fueron extraidas.

En el año 1100 A.C. en Nvo México aparecen lesiones provocadas en piezas dentarias.

Historia Antigua. Amurabi Rey de Babilonia (2000A.C.). Escribio el primer código sobre leyes de Odontología, en donde nos narra como los sacerdotes actuaban como médicos en Egipto (1700 y 1050 A.C.) se escribieron papiros donde se describen las enfermedades de los dientes y las encias.

Los Hebreos tanto en la Biblia como en el TALMUD, describieron el uso de la prótesis en oro y plata y en el génesis la raza semitica (3000, 4000 A.C.) conocieron la reducción de fracturas.

Los chinos 27 siglos A.C. en el libro Wuel-King hablan de enfermedades de los dientes y encías describiendo las causas de una Odontología.

En la INDIA en el segundo período Brahamanico (200 A.C.) encontramos descripciones sobre defridamento de abscesos y describen tenazos para las extracciones dentales.

En Grecia en el siglo IV ASKLEPIOS (Esculapio) que se considera el creador de la cirugía dental, utilizó la idea de como hacer forceps, además creo el ODONTAGOGO y el REIZAGRE, el primero para dientes enteros y el segundo para raíces dentorias.

En Roma en las ruinas de Pompeya se encuentran forceps para raíces y se habla de dientes flojos sostenidos con hilos de oro en una de las Tablas de la Ley.

En Fracnia en 1400 D.C. los barberos participan - la cirugía en pequeño entendiendose como tal, songrias y extracones dentales.

En la época moderna encontramos alrededor del año 1750 que un dentista realizó el intercambio de un diente entre María Antonieta y Luis XVI.

Desde Estado Unidos hasta Argentina se han encontrado restos con mutilaciones dentorias consideradas decorativos. En México se considera que en todo el territorio hay antecedentes de que se practicaban extracciones, esto lo encontramos en el Código Badiano.

Gran cambio se realiza en México a partir de 1880, año en el cual empiezan a ejercer dentistas extranjeros en este país.

En 1886 se reunen medicos como el Dr. Ricardo Crombe y Carlos Yaun y forman el "Consultorio de enseñanza Dental".

Anexo a facultad de Medicina, en el cual la exodoncia tuvo mucha importancia.

A partir de 1914 esta rama de la odontología cobro nuevos bríos al formarse clinicas para su enseñanza y práctica y transformarse en "Escuela Nacional de Odontología" cuya ubicación estaba en la calle Guatemala.

Porteriormente se translada a la Ciudad Universitaria, gracias a las investigaciones de técnicas, implantación de Posgrado y Maestría y la gran importancia que se presta a la formación de clinicas periféricas.

En 1973 se transforma en la "Facultad de Odontología", grandes servicios en materia de Exodoncia se prestran a poblaciones abiertas tanto en la Facultad como en las clinicas perifericas diariamente.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA

En la practica odontologica del Cirujano Dentista debe realizar una Historia Clinica adecuada para cada uno de sus pacientes y no solamente de la cavidad bucal, si no que debe ser general porque debemos estar al tanto de cualquier alteracion ya sea Cardiologica, hematopogetica y sistematica en general.

En la elevación de la Historia Clinica se deben tomar en cuenta dos aspectos importantes que son:

- a) Interrogatorio.
- b) Exploración.

El cuestionario de salud que elaboremos debe ser una guía bien hecha, tratando siempre de que el paciente responda a ella tranquilo.

Tratandolo con amabilidad y comprensión.

Hay que tratar de ganar su confianza y así no nos da datos falsos.

Si es necesario debemos explicar alguna pregunta que no sea perceptible o entendible para el.

La Historia Clinica que se presenta a continuación es bastante util y para cualquier tipo de paciente y para cualquier edad.

HISTORIA CLINICA GENERAL

- A). El interrogatorio.
- B) La exploración.

INTERROGATORIO:

1. Datos personales.
2. Historia Padecimiento Actual.
- 3 Antecedentes Odontologicos.
- 4 Antecedentes Heredo-Familiares.
5. Antecedentes Medicos.
 - a). Enfermedades graves o importantes
 - b). Hospitalizaciones.
 - c). Antecedentes hemorragicos.
 - d). Alergias
 - e). Tratamiento medicamentoso.

- B). LA EXPLORACION (POR ZONAS)
Examen Dental.

- a). Caries.
- b). Restauraciones.
- c). Alteraciones Dentarias.
- d). Alteraciones Pulpares
- e). Dientes primarios.
- f). Dientes Ausentes.
- g). Movilidad dentaria.
- h). Raices dentarias.
- i). Prótesis fijas y Removibles.

- a). Lengua.
- b). Frenillos.
- c). Encías.
- d). Piso de la boca.
- e). Región Yugal.
- f). Paladar.
- g). Labios
- h). Glándulas salivales.
- i). Mucosa bucal.

- a). Sarro
 - Supragingival
 - Infragingival.
- b). Gingivitis.
- c). Bolsa parodontales.
- d). Abscesos parodontales.

a). Examen de la Oclusión
Clase I, II - III.

Sobremordida	Mordida cruzada
Mordida abierta.	Anterior.
Apinamiento anterior	Mordida cruzada
Observaciones.	Posterior.

a). higiene Oral

Buena	Regular	Mala
Métodos y Frecuencias		

a). Examen Radiografico.

Se anotaran las apreciaciones encontradas.

b). Examen de Laboratorio.

Indicaremos que examen se practico.

CAPITULO III

INDICACIONES DE LA EXTRACCION

- 1.- Dientes cariados, cuya función no es restaurable con procedimientos de la clinica operatoria o endodoncia.
- 2.- Dientes fracturados, destrucción desde la corona hasta la raiz.
- 3.- Dientes afectados por enfermedades diabeticas. Parodontilios no suseptibles a tratamiento
 - a) Perdida osea.
 - b) Movilidad.
- 4.- Dientes supernumerarios.
- 5.- Dientes que han perdido su antagonista y que lesionan la encia antagonista.
- 6.- Dientes primarios persistentes.
- 7.- Dientes que debe tratarse la pulpa y que por su morfología nodular no es posible el tratamiento endodontico.

- 8.- Dientes retenidos o incluidos.
- 9.- Dientes que estan en línea de fractura osea.
- 10.-Raices y Fragmentos dentarios.
- 11.-Dientes aislados en distintas regiones de la boca y que constituyen un impedimento para la restauración protesica aunque se encuentren sanos.
- 12.-Dientes que constituyen focos de infección o por transtornos nerviosos.
- 13.-Dientes situados en zonas patologicas como quistes.
- 14.-Dientes que traumatizan los téjidos blando.
- 15.-De acuerdo con ciertos procedimientos para efectuar el tratamiento.

CAPITULO IV

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION

- a) Causas Generales.
- b) Causas locales.

CAUSAS GENERALES.

- a) Diabetes. Cuando no es controlada la cicatrización es prolongada y es predisponible a cualquier infección.
- b) Cardiopatías. Los anestésicos pueden reaccionar entre si dependiendo de control que lleven derivados del digital, diuréticos y tranquilizantes.
- c) Tratamiento con corticoesteroides.
Los pacientes con este tratamiento no responden a situaciones de tensión.
- d) Discrasias Sanguíneas.
 - Anemia
 - Leucemia
 - Hemofilia
 - Purpura hemorrágica

e) Enfermedades alérgicas.

Estos pacientes presentan antecedentes de fiebre del heno, asma, angioedema, ronchas, etc.

Hay antecedentes familiares de hipersensibilidad.

Son muy sensibles a los antígenos y pueden presentar reacciones anafilácticas graves y morir, debido a pequeñas cantidades de alérgenos.

f) Pacientes con trastornos nerviosos y que toman drogas o que simplemente los ingieren para elevar su estado de ánimo y que al combinarse los fenotélicos con los anestésicos locales pueden ocasionarles choques desagradables.

g) Cuando el paciente está débil por enfermedades prolongadas.

B) CONTRAINDICACIONES LOCALES.

a) Pericoronitis, que se presenta por lo regular en casos de terceros molares parcialmente erupcionados.

b) Infecciones gingivales Agudas, que suelen ser producidos por estreptococos.

c) En los casos de sinusitis maxilar aguda se contraindica la extracción de: molares, pre-molares y corinos.

CAPITULO V

INSTRUMENTAL

FORCEPS.

Los instrumentos mas empleados en la extracción dental son los forceps. El uso de este instrumento hace posible para el operador sujetar la porción radicular del diente y deslucarlo de su alveolo ejerciendo presión sobre el.

El modelo más simple y efectivo de forceps dental en el superior recto y ellos como otros forceps tienen unidos los bocados y el mango mediante una articulación.

La longitud de los mangos debe ser tal que el forceps se adapte a la mano del operador porque entre mayor sea la distancia entre la articulación de bisagra y la mano del operador mayor es el movimiento del forceps dentro de la misma.

Los forceps son designados para sujetar la raíz ó cuerpo radicular de los dientes y no la corona. Hay que tener mucho cuidado para seleccionar un par de forceps con bocadas que no toquen la corona cuando sean sujetadas.

ELEVADORES

Los elevadores se utilizan con el principio de palanca para forzar el diente o raíz a lo largo de la línea de extracción.

El punto de aplicación de un elevador o sea el sitio en la raíz sobre el cual debe aplicarse la fuerza para liberarlo (punto de apoyo) esta determinado en el hueso y diente que vamos a extraer.

Esta indicado efectuar el uso de los elevadores cuando no se pueden utilizar el forceps es decir que los bocados no pueden penetrar en unas zonas como en dientes que estan fuera de oclusión dientes retenidos donde no es posible efectuar la extracción con forceps.

USO DE FRESAS.

El Hueso puede ser extirpado con fresas lo mismo nos sirven para seccionar un diente, utilizaremos las fresas de Ash, quirúrgicas o fresas standar, redondos ó de fisura.

Cada cirujano tiene sus instrumentos y esto resulta de gran variedad de uno de los disponibles para su uso.

NUMERACION DE FORCEPS.

Para la extracción de raíces superiores tanto anteriores como posteriores.

1. Forceps N.65. Esta en forma de bayoneta con los bocados rectos.
2. Forceps N. 32A. También es forma de bayoneta pero con los bocados rectos mas cortos.
- 3.- Forceps N.69. Sus bocados son largos, en angulo en forma de "S" itálica.

Para la extracción de dientes superiores tanto anteriores como posteriores:

- 1.- Forceps N. 150. Para la extracción de dientes anteriores superiores de segundo premolar derecho a segundo premolar izquierdo.

Caract. bocado angosto concavos los dos en parte interna y estriados.

- 2.- Forceps N. 18R. Este forceps se utilizo para la extracción de primero y segundo molar derecho. Presenta un bocado con una bisurcación para la aprehensión de las raíces vestibulares tanto mesial como distal.

Y el otro bocado lo presenta estriado y concavo para la prehensión de la raíz palatina.

3. Forceps N. 181. Se utiliza en la extracción de primero y segundo molar izquierdo superiores y por lo tanto presenta las mismas características e indicaciones que el anterior.

4. Forceps 88 R-2. Lamado también "tricornio" de primero y segundo molares derechos.
Su forma es muy singular, ya que presenta forma de bayoneta con un bocado en forma de asta de cuerno, cual penetra en las raíces vestibulares tanto mesial como distal el otro bocado tiene dos estas separados en la parte media y son mas cortos que el anterior, las cuales penetran en la raíz palatina.

5. Forceps 82 L-2. Tambien llamados "tricornio" se utiliza para extracción de primero y segundo molares izquierdos superiores.
Presenta las mismas características y las mismas indicaciones que el anterior.

6. Forceps 210. Se utilizan para la extracción de terceros molares superiores, tanto derechos como izquierdos.

NUMERACION DE FORCEPS

Características.- Sus bocados son anchos cortos en forma de bayoneta y a la vez concavos y esfriados.

Para la extracción de dientes inferiores tanto anteriores como posteriores.

1. Forceps N. 151 para dientes anteriores inferiores del segundo premolar derecho al segundo premolar izquierdo.

Características.- Bocados largos, concavos los dos, estriados.

2. Forceps N. 17. Para la extracción del primero y segundo molar derechos como izquierdo, llamado "Forceps Universal".

Características.- Bocados son iguales, presentando cada uno de ellos una bifurcación y forma de angulo diedro, el cual penetra en las bifurcaciones misial y distal.

3. Forceps No. 23. Tambien llamados "Cuerno de Vaca" sirve para la extracción del primero y segundo molar derecho o izquierdo, pero principalmente este forceps lo vamos a utilizar en piezas cuya corona esta completamente destruidas.

Sus bocados son iguales que el cuerno de asta.

4. Forceps 222. Se utiliza para la extracción de tercero molares tanto derecho como izquierdo.

Sus bocados cortos, anchos y estriados.

ELEVADORES.

Modelos rectos de media caña Nos. 301 y 304.

Elevadores de bandera. Derecho o Izquierdo.

Elevadores aplicables .

Modelo de Lindo Levin. Grande, mediano y chico finos.

Elevador Cruer No. 12.

Elevador 3 - A

Instrumentos Quirurgicos Auxiliares,

Geringa Carpule.

Porta agujas.

Fresas quirurgicas de Ash.

Osteotomo.

Alveolotomo.

Pinza gubias.

Hilo dental de seda 000.

Agujas de sutura atraumaticas.

Legras.

Espejo dental.

Retractor dental.

Martillo Head No. 1632.

Escofina, lima para hueso.

Bisturi de Vallaend 1806.

Hojas de Bisturi Nos. 300/110 1500/112.

Pinza de curación.

CAPITULO VI

TECNICAS DE ANESTESIA

Los terminos anestesia y analgesia son empleados a menudo como si fueran sinonimos.

Analgesia.- Es la pérdida de sensación de dolor sin la pérdida de otras formas de sensación (ej. temperatura y presión).

Anestesia.- Es la pérdida de todas las formas de sensación va acompañada por pérdida de función motora.

DIFERENTES TECNICAS DE BLOQUEO.

1.- Bloqueo Supraperiostica

Se hace especialmente en el maxilar superior, cuyo hueso siendo particularmente esponjoso puede se facilmente alcanzado por el líquido anestésico.

El bloqueo se obtiene inyectando la solución anestésica a través e la membrana mucosa o sea en el fondo del surco vestibular depositando la solución sobre el periostio por encima de los apices dentarios, el anestésico penetra hasta

las fibras nerviosas bloqueando la trasmisión del dolor.

2.- Bloqueo Infraorbitario.

Consiste en el bloqueo del nervio infraorbitario rama el maxilar superior.

Este bloqueo lo usamos cuando vamos a anestésiar los incisivos superiores, canino y premolares, o bien cuando existe alguna contraindicación para usar la inyección supra-periostica de alguna de estas piezas.

Para efectuar el bloqueo tomaremos como referencia el agujero extraorbitario, el cual localizaremos por palpación a un centímetro afuera del ala de la nariz y a nivel de la pupila.

La punción se hace en el pliegue de la mucosa a nivel del segundo premolar o entre los incisivos central y lateral, la aguja se introduce hacia arriba hasta que el dedo índice palpa la aguja a nivel del agujero infraorbitario

3. Bloqueo Maxilar o Cigomatica.

Con este bloqueo se podra conseguir la anestesia de los molar superiores.

La función se efectuará sobre la mitad mesial del segundo molar, se introduce la aguja a través del pliegue mucobucal en la región apical, con dirección hacia arriba y una angulación de 45 grados, depositando ahí el líquido.

Este bloqueo se puede utilizara en combinación con el bloqueo pelatino cuando se quieren efectuar extracciones de molares superiores.

4.- Bloqueo Nervio Nasopalatino.

Este nervio da sensibilidad a la parte anterior del paladar.

Esta indicada para anestesiar de camino a camino superior y se emplea en extracciones como anestesia complementaria cuando la inyección supraperiostica resulta insuficiente.

El lugar de punción se efectuará un poco por fuera de la papila incisiva.

La aguja se dirigira hacia arriba y hacia la linea medida en dirección al agujero platino anterior, donde se depositará la solución anestésica.

Este bloqueo esta indicado cuando se desea anestesiar los 2 tercios posteriores de la mucosa paulatina del lado inyectado.

El punto de referencia para efectuar la pensión se tomará del segundo molar superior, la aguja se introduce a través del pliegue mucobal un centimetro por delante de la región del segundo molar llevando la aguja a una dirección ligeramente lateral y hacia arriba, se oprimira lentamente el embolo de la jeringa para que el anestesico se deposite de igual forma.

6. BLOQUEO MANDIBULAR

Con este bloquo vamos a anestesiar el nervio alveolar inferior, produciendo anestesia a todos los dientes del lado bloqueado con excepción de los incisivos centrales laterales pues estos reciben inervación de las fibras del lado opuesto.

Con el dedo indice se palpara la fosa retromolar y se colocara el dedo sobre la línea milohiodes, el lugar donde se efectuara la punción sera el vertice del triángulo pterigomandibular, la aguja se introduce palalela al plano oclusal de los dientes de la mandibula en dirección de la rama de la mandibula y el dedo indice en el cuerpo de la jeringa descansara sobre los premolares del lado opuesto.

La aguja se introduce entre el hueso, muscular y ligamentos, posteriormente al sentir que la punta toca pared posterior del surco mandibular se deposita el líquido muy lentamente.

7. BLOQUEO MENTONIANO

Los nervios mentoniano e incisivo son ramas terminales de la porción dental del nervio alveolar inferior.

Cuando se bloquea este nervio tendremos bloqueo parcial de la mandíbula y la podremos utilizar cuando necesitemos anestésicar el premolar canino e incisivos de una lado.

La punción se realizara entre ambos premolares a 10 mm. del plano; bucal de la mandíbula dirigiremos la aguja hacia abajo y adentro orientandolos hacia el apice de la raíz del segundo premolar.

8. BLOQUEO BUCAL

El nervio anestesiado en este tipo de bloqueo es el buccinador (bucal) y por lo regular se usa como un complemento de la anestesia regional en la extracción de molares.

El lugar de la punción se hara en el pliegue mucobucal un inmediatamente por detras del molar que se dese anestesiar.

9. BLOQUEO LINGUAL

El nervio que se anestesia en este bloqueo sera el lingual. Este bloqueo lo usaremos como anestesia complementaria en la extracción dental de premolares, caninos en incisivos de la mandibula cuando la inyección mentoniana y a veces la mandibular no producen anestesia en los tejidos blandos de la superficie lingual de la mandibula.

El lugar de punción se hara en el mucoperiostio a nivel del tercio medio de la raiz del diente que se desee anestesiar, dejando en este sitio la solución anestésico lentamente.

CAPITULO VII

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

La extracción dental exige en su desarrollo una cuidadosa aplicación de las técnicas quirúrgicas especializadas que permiten la prevención de accidentes y complicaciones que pueden poner en peligro la vida de un paciente u ocasionarle malestares leves o críticos.

La importancia de conocer o prevenir las principales complicaciones depende de los conocimientos y aptitudes del cirujano dentista.

1. Fracaso en:

Extraer el diente, ya sea con forceps ó elevadores.

2. Fractura de:

- a) Corona del diente al ser extraído.
- b) Raíces del diente al ser extraído.
- c) Hueso alveolar.
- d) Tuberosidad del Maxilar.
- e) Dientes adyacentes u opuestos.
- f) Mandíbula.

3. Dislocación de:

- a) Articulación temporo mandibular
- b) Movilidad de dientes adyacentes

4. Desplazamiento de una raíz.

- a) Dentro de los tejidos blandos.
- b) Dentro del seno Maxilar.
- c) Canal Mibhfoideo

5. Hemorragia

- a) Durante la extracción dentaria.
- b) Al terminar la extracción.
- c) Postoperatoria.

6. Daño a:

- a) Encias
- b) Labios
- c) Nervio Dentario inferior o cualquiera de sus ramas.
- d) Nervio Lingual
- e) Lengua y piso de la boca.

7. Dolor Postoperatorio debido a:

- a) Daño a los tejidos duros y blandos.

- b) Alveolo seco
- c) Osteomielitis agudas a la mandíbula

8. Inflamación postoperatoria debido a:

- a) Edema
- b) Formación de hematoma
- c) Infección
- d) Trismus
- e) La creación de una comunicación buco antral.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

Una buena Historia Clínica es la base para decidir el momento y la necesidad de una extracción dental, así como la aplicación de la técnica adecuada en cada caso y la atención de un buen postoperatorio.

La extracción dental no es el último recurso a emplear por el cirujano dentista, se recurrirá a ello siempre y cuando cubra alguna de las diez y seis indicaciones mencionadas en el capítulo III.

El paciente debe ser informado del tratamiento que se le va a practicar para obtener ayuda por parte de él, en el momento de la cirugía y los cuidados posteriores.

De esto se deduce que el conjunto que podemos formar con:

La Historia Clínica y su correcta interpretación el examen detallado de los dientes.

La finalidad del Cirujano Dentista es conservar el mayor número de dientes en cada uno de los pacientes y esto lo logrará si se les indica los pasos a seguir en prevención y atención periódica y oportuna, de cualquier problema

dental que se presenta, con el fin de evitar en el futuro
mas extracciones.

BIBLIOGRAFIA

1. ANESTESIA. Clínicas Odontología de Norteamérica, Vol. I. 1973. Edit. Nueva Interamericana.
2. Archer Harry. CIRUGIA BUCAL. Edit. Mundi Buenos Aires. Argentina.
3. Bravo, J.M. EXODONCIA. apuntes escolares, 1972.
- 4.. Espinoza R. José EXODONCIA. TESIS. Facultad de Odontología U.N.A.M. 1978.
5. Kruguer O. Gustav. CIRUGIA BUCO MAXILOFACIAL Edit. Médica Panamericana.