

879522

22
rej



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

INCORPORADA A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**TECNICA Y PROCEDIMIENTO EN LA EXTRACCION
DE PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES
SUPERIORES PERMANENTES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

LUIS MANUEL SALAZAR RENOVA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



CHIHUAHUA, CHIH.,

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN+++++	6
CAPÍTULO I	
HISTORIA+++++	8
CAPÍTULO II	
ANATOMOFISIOLOGÍA DEL PARODONTO+++++	17
CAPÍTULO III	
GENERALIDADES DE ANATOMÍA DENTAL DE PRIMEROS Y SE-- GUNDOS MOLARES SUPERIORES PERMANENTES+++++	32
CAPÍTULO IV	
INDICACIONES Y CONTRAINDI CACIONES+++++	37
CAPÍTULO V	
EVALUACIÓN+++++	42
CAPÍTULO VI	
ASEPSIA Y ANTISEPSIA+++++	55
CAPÍTULO VII	
INSTRUMENTAL UTILIZADO EN LA EXTRACCIÓN DE PRIMEROS Y SE- GUNDOS MOLARES SUPERIORES -- PERMANENTES+++++	62

CAPÍTULO	VIII	TÉCNICAS DE ANESTESIA EN LA EXTRACCIÓN DE - PRIMEROS Y SEGUNDOS - MOLARES SUPERIORES+++++	72
CAPÍTULO	IX	PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES PERMANENTES+++++	77
CAPÍTULO	X	ACCIDENTES Y COMPLICACIONES+++++	99
CAPÍTULO	XI	FARMACOLOGÍA EN EXODONCIA+++++	114
CAPÍTULO	XII	INDICACIONES POST-OPERATORIAS AL PACIENTE+++++	119
CONCLUSIONES+++++			121
BIBLIOGRAFÍA+++++			124

I N T R O D U C C I Ó N

EL OBJETIVO CENTRAL DE LA PRESENTACIÓN DE ESTA TESIS ES DAR A CONOCER AL ESTUDIANTE DE ODONTOLOGÍA Y AL MISMO PROFESIONAL, LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUE UTILIZAMOS EN EXODONCIA PARA REALIZAR UNA EXTRACCIÓN DE LAS PIEZAS QUE ESTUDIAREMOS A CONTINUACIÓN, QUE SON LOS MOLARES SUPERIORES.

ES IMPORTANTE QUE EL DENTISTA TENGA CONOCIMIENTO DE ESTOS PRINCIPIOS BÁSICOS PARA QUE LA REALIZACIÓN DE LA EXTRACCIÓN SEA TODO UN ÉXITO; ESTO ES PORQUE LA EXODONCIA, AÚN SIENDO UNA TAREA MUY ANTIGUA, COMO LO VEREMOS EN UNO DE NUESTROS CAPÍTULOS, REQUIERE DE TÉCNICAS ESPECIALIZADAS, QUE EL DENTISTA DEBE CONOCER.

CONOCEREMOS LOS PROCEDIMIENTOS PRE-OPERATORIOS, OPERATORIOS Y POST-OPERATORIOS, ASÍ COMO LA IMPORTANCIA DE CONOCER LOS POSIBLES ACCIDENTES QUE PUEDEN OCURRIR EN UNA EXTRACCIÓN, Y LO MÁS IMPORTANTE, COMO EVITARLOS.

NO DEBEMOS OLVIDAR, DE CUALQUIER MANERA, QUE-
RECURRIREMOS A LA EXTRACCIÓN SIEMPRE COMO ÚLTIMO -
RECURSO.

EN RESUMEN, VEREMOS LA IMPORTANCIA DE TODOS -
LOS PORMENORES DE LA EXTRACCIÓN, PORQUE, AUNQUE PA
REZCAN INSIGNIFICANTES ALGUNAS COSAS, SON MUY IM--
PORTANTES PARA REDUCIR A UN MÍNIMO LAS POSIBILIDA-
DES DE FRACASO.

CAPÍTULO I

HISTORIA

EN EL SIGLO XII A.C., ESCAULAPIO ERA CONSIDERADO COMO UN DIOS CASI LEGENDARIO POR SUS ACCIONES CASI MILAGROSAS PARA DEVOLVER LA SALUD; FUE EL INVENTOR DEL ODONTOGAGUM (INSTRUMENTO DE PLUMA UTILIZADO EN EXTRACCIONES). SIN EMBARGO, HIPÓCRATES FUE EL PRIMERO EN ESTUDIAR LA PATOLOGÍA, ANATOMÍA Y TERAPÉUTICA DE LA BOCA; DESCRIBIÓ LA ETIOLOGÍA Y PATOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL; PARA CALMAR LAS ODONTALGIAS RECOMIENDA PRINCIPALMENTE LOS GARGARISMOS O COLUTORIOS DE PIMIENTA Y CASTOREO; HABLA DE LA COSTUMBRE DE ATAR CON HILOS DE ORO O DE SEDA LOS DIENTES-MOVEDIZOS; CONSIDERABA A LA EXTRACCIÓN COMO ÚLTIMO-RECURSO; UTILIZABA EL CAUTERIO PARA DESECAR LOS DIENTES QUE DUELEN.

DIOCLES DE CARISTO, DISCÍPULO DE HIPÓCRATES, -

NO ERA PARTIDARIO DE LA EXTRACCIÓN.

OTRO QUE CONSIDERABA EL TEMA COMO ÚLTIMO RECURSO ERA ERASÍSTRATO DE COS, NIETO DE ARISTÓTELES Y - NACIDO EN GRECIA UNOS 100 AÑOS A.C., FUNDÓ LA ESCUELA DE ALEJANDRÍA DE LA ÉPOCA HIPOCRÁTICA.

LOS PRIMITIVOS GRIEGOS UTILIZABAN EL "DENTIS--CALPIUM" O MONDADIENTES DE METAL, MADERA O PLUMA EN SU HIGIENE BUCAL.

EL ARTE DENTAL DURANTE EL IMPERIO ROMANO.

EN AQUELLA ÉPOCA, LOS BARBEROS ACTUABAN COMO - DENTISTAS.

ARISTÓTELES PENSABA QUE LA LONGEVIDAD DE UNA-- PERSONA ESTABA EN RELACIÓN DIRECTA CON EL ESTADO DE SU DENTADURA.

CATÓN, EL VIEJO (SIGLO III, A.C.), RECOMIENDA-- COMBATIR EL DOLOR DE MUELAS CON UNA MIXTURA HECHA - CON COL RIZADA.

EL ARTE DENTAL LLEGÓ A UN ESTADO FLORECIENTE--
EN ROMA MUCHOS AÑOS A.C. EN POMPEYA SE DESCUBRIÓ--
UN ORIGINAL FÓRCEPS PARA EXTRAER DIENTES ROTOS.

MARCIAL (SIGLO I DE NUESTRA ERA) NOS HABLA DE
QUE LOS MÉDICOS ROMANOS PRACTICABAN EXTRACCIONES Y
COLOCABAN DIENTES CONSTRUIDOS CON HUESO DE BUEY Y--
ASEGURADOS CON GANCHOS DE ORO.

CAYO PILINIO EL VIEJO (23 A.C.) RECOMIENDA RE
MEDIOS ABSURDOS, DE LOS CUALES ÉL ERA EL PRIMERO -
EN BURLARSE. TAMBIÉN RECOMENDABA AMULETOS IGUAL--
MENTE INÚTILES Y RÍDICULOS.

CELSO INVENTÓ LA RIZAGRA PARA LA EXTRACCIÓN--
DENTAL Y UN ÚTIL ESPEJO DE BOCA, MÁS NO CONSIDERA--
BA LA EXTRACCIÓN COMO ÚLTIMA OPCIÓN.

CLAUDIO GALENO (PÉRGAMO 131) EXTRAÍA LAS PIE--
ZAS DENTALES COLOCANDO EN ELLAS UNA MEZCLA DE VI--
TREOLO AZUL Y VINAGRE FUERTE, CON LO CUAL DESPUÉS--
DE UNA HORA SE AFLOJABAN LO SUFICIENTE; NO ERA PAR
TIDIARIO DEL USO DE LOS FORCEPS.

DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE LA ERA CRISTIANA,--
LA ODONTOLOGÍA Y LA MEDICINA EN GENERAL ESTABAN EN--
FRANCA DECADENCIA.

LA ODONTOLOGÍA DESDE LOS CALIFAS AL RENACIMIENTO.

AVICENA, UN ÁRABE NACIDO EN PERSIA EN 980 CITA--
UN PROCEDIMIENTO PARA MOVER EL DIENTE CON EL FORCEPS
SIN EXTRAERLO, PARA CALMAR EL DOLOR.

ALBUCASIS (CORDOBA 1050) CONSIDERABA A LA EX---
TRACCIÓN COMO ÚLTIMO RECURSO Y HABLABA DE COMO COHI--
BIR LAS HEMORRAGIAS POST-OPERATORIAS; IDEA INSTRUMEN--
TOS PARA EXTRAER RAÍCES O ESQUIRLAS.

EL HOMBRE MEDIEVAL ESTABA OCUPADO EN PROBLEMAS--
DEMASIADO IMPORTANTES COMO PARA PREOCUPARSE DE SU --
DENTADURA, POR LO TANTO, NO HUBO PROGRESO EN ESA ÉPO--
CA.

EN EL INICIO DEL RENACIMIENTO, LA ODONTOLOGÍA --
SEGUÍA EN TOTAL ABANDONO, LLENA DE SUPERSTICIONES RÍ--
DICULAS DE TAL MANERA QUE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS DEL SI--
GLO XV CONTINUABAN LOS MISMOS PROCEDIMIENTOS EMPÍRI--
COS DE LAS PRIMITIVAS ÉPOCAS DEL CRISTIANISMO.

DENTISTAS DEL SIGLO XV.

EN 1500, ERA TAL EL ABUSO DE LOS "SACAMUELAS", -
QUE SE PROMULGÓ EN SEGOVIA UNA LEY QUE EXIGÍA A ES--
TAS PERSONAS APROBAR UN EXAMEN PREVIO DE CAPACITA---
CIÓN.

AMBROSIO PARÉ INTRODUJO LA IMPLANTACIÓN DE DIEN
TES EN VIVO, TRATÓ LA CARIES A BASE DE CURACIONES Y-
ENRIQUECIÓ EL INSTRUMENTAL CON ÚTILES DE SU INVEN---
CIÓN (ABREBOCAS, GATILLO Y PELÍCANO); TOMABA A LA EX
TRACCIÓN COMO ÚLTIMO RECURSO.

ANDRÉS VESALIO, CON SU "HUMANI CORPORIS FÁBRICA"
(IMPRESO EN 1568), DICE QUE LA ERUPCIÓN TARDÍA DEL -
ÚLTIMO MOLAR ACARREA TREMENDOS DOLORES.

PETER FORCEST (HOLANDÉS) APOYA A AVICENA EN SU-
PROCEDIMIENTO PARA EVITAR EL DOLOR MOVILIZANDO EL --
DIENTE CON AYUDA DEL FÓRCEPS SIN EXTRAERLO.

HACIA MEDIADOS DEL SIGLO XVI LOS MÉDICOS Y CIRU
JANOS ERAN CONOCIDOS COMO TRABAJADORES AMBULANTES EN
LAS CALLES DE LAS CIUDADES.

EL LIBRO MÁS ANTIGUO QUE SE CONOCE EN MATERIA DE ODONTOLOGÍA ES EL "ZENE ARTZNEI DIE GUT NUN GESUNDT -- ZUBEHALTEN" PUBLICADO POR JUAN DAUBMAN EN 1509.

EN 1557 DURANTE EL REINADO DE FELIPE II, FRANCISCO MARTÍNEZ ESCRIBIÓ EL LIBRO "LA MATERIA DE LA DENTADURA Y LA MARAVILLOSA OBRA DE LA BOCA", EN LA QUE HABLA DE LA EXTRACCIÓN COMO ÚLTIMO RECURSO.

CONTINUABAN EJERCIENDO LA PRÁCTICA DENTISTA AMBULANTES, CONSTANTE Y RENOVADO TEMA DE SÁTIRA PARA LOS ARTISTAS DE LA ÉPOCA.

UNA OBRA DEL PADRE JESUITA A. LOPEZ DE HINOJOSA - FUE EL ÚLTIMO INTENTO DE ELEVAR EL NIVEL MORAL DEL ARTE DENTAL EN XVI.

LOS FLEBOTIMIANOS, BARBEROS Y DENTISTAS DEL SIGLO XVII

EN EL SIGLO XVII, SE VA SEPARANDO LA ODONTOLOGÍA DE LA MEDICINA GENERAL; SE CUENTAN POR CIENTOS LAS PUBLICACIONES DE LA MATERIA.

EN 1633, EL FRANCÉS DUPONT HABLA DE LA REIM--
PLANTACIÓN DENTAL.

LOS DENTISTAS AMBULANTES CONTINUABAN EXTRAYEN--
DO MUELAS POR CALLES Y PLAZAS, SORPRENDIENDO A LA--
GENTE. PARA ESTOS EFECTOS, UTILIZABAN: GATILLO,--
GATILLA, DESCARNADOR, DENTUZA Y ALICATES.

DENTISTAS Y "SACAMUELAS" DEL SIGLO XVIII.

LOS "SACAMUELAS" DE PARÍS E ITALIA HACÍAN RUI--
DOSA COMPETENCIA A LOS PROFESIONALES DE ESA ÉPOCA.

EN 1756, EN ALEMANIA, RECOMENDABA LA ELECTRICI--
DAD COMO CALMENTE Y KAERIC UTILIZÓ EL IMÁN PARA DI--
CHO FIN CON ÉXITO EN 130 CASOS.

GARENCEOT, EN 1740 INVENTÓ LA "LLAVE INGLESA"--
PARA LAS EXTRACCIONES.

FÉLIX PÉREZ ARROYO EN 1799 PUBLICA UN LIBRO EN
EL QUE DESCRIBE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN EXO--
DONCIA: DESCARNADOR (SINDESHÓTOMO), PUJADORES (BOTA
DORES), DAVIER O GATILLO (PARA MOLARES), PINCETA O-

DENTUZA (PARA ANTERIORES), RIZACRÁN O TIRARRAÍZ ---
(RAÍCES PROFUNDAS), PELLICAN, MEDIA CAÑA (INCISIVOS
SUPERIORES E INFERIORES), LLAVE INGLESA (MOLARES --
MUY DESCARNADOS).

PROCESOS DEL ARTE DENTAL EN EL SIGLO XIX.

AÚN CON EL AVANCE DE LA TERAPÉUTICA CIENTÍFICA
LOS SACAMUELAS NO CEJABAN EN SU EMPEÑO.

EL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA FUE MANANTIAL -
INAGOTABLE PARA LOS HUMORISTAS EN EL SIGLO XIX.

EN ESTE SIGLO, EL DENTISTA POCO A POCO DEJA DE
SER YA EL AMBULANTE SACAMUELAS PARA CONVERTIRSE EN-
UN PROFESIONAL CON SU GABINETE PROVISTO DE VARIADO-
ARSENAL QUIRÚRGICO.

CARABELLI, EN 1889 DESCUBRIÓ EL TUBÉRCULO QUE-
LLEVA SU NOMBRE Y SE ENCUENTRA EN LOS PRIMEROS MOLA
RES.

HASTA MEDIADOS DEL SIGLO XIX, LAS NUEVAS DOC--
TRINAS DE PASTEUR SOBRE ASEPSIA Y ANTISEPSIA NO ---

ERAN CONOCIDAS Y LA ANESTESIA ERA UN MITO.

HORACIO WELLS, EN 1844 USÓ EL ÓXIDO DE NITRÓGENO COMO ANESTÉSICO, EN UN PRINCIPIO CON ÉXITO, - SIN EMBARGO CUANDO LO QUISO MOSTRAR ANTE UN GRUPO DE CIENTÍFICOS, FRACASÓ ROTUNDAMENTE, SIENDO ESTE, TAL VEZ, EL MOTIVO POR EL QUE AL POCO TIEMPO SE -- SUICIDÓ.

MÁS TARDE, MORTON Y JAKSON ENCONTRARON EFECTOS ANESTÉSICOS EN UN ÉTER CLORHÍDRICO.

EN 1859, EL DR. EDWARD MEJORÓ NOTABLEMENTE LA CONSTRUCCIÓN DE FÓRCEPS DENTALES.

CON LA APARICIÓN DE LA ANESTESIA, VIERON LLEGAR A SU FIN LAS HORRIBLES ESCENAS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ODONTOLÓGICAS QUE INSPIRABAN A PINTORES Y DIBUJANTES.

EN 1869, EN ESPAÑA, SE UTILIZABA EXITOSAMENTE EL PERÓXIDO DE AZOE COMO ANESTÉSICO.

CAPÍTULO II

ANATOMOFISIOLOGÍA DEL PARODONTO

EL PARODONTO ES UN CONJUNTO FUNCIONAL DE TEJIDOS QUE TIENEN INDEPENDENCIA FISIOLÓGICA Y QUE AL ACTUAR JUNTOS LE DAN SOPORTE AL DIENTE DENTRO DE LA CAVIDAD ORAL Y LE PERMITEN DESEMPEÑAR SUS FUNCIONES.

SE COMPONE DE: ENCÍA, LIGAMENTO PARODONTAL, HUESO ALVEOLAR Y CEMENTO DENTARIO.

ENCÍA:

CARACTERÍSTICAS:

ES COLOR ROSA PÁLIDO, CONOCIDO COMO CORAL, EN ALGUNOS INDIVIDUOS DE NUESTRO PUEBLO PRESENTA PORCIONES OSCURAS, POR MELANINA. SU CONSISTENCIA ES FIRME Y RESILENTE. ES DELGADA Y SIGUE EL CONTORNO DEL HUESO. PRESENTA UNA SERIE DE DEPRESIONES-

QUE LE DAN EL PUNTEADO CARACTERÍSTICO LLAMADO "CÁSCARA DE NARANJA".

SE DIVIDE EN: ENCÍA LIBRE, ENCÍA ADHERIDA Y PA
PILA INTERDENTAL.

a) ENCÍA LIBRE:

ES LA PARTE DE LA ENCÍA QUE SE ENCUENTRA ADYACENTE AL DIENTE, RODEÁNDOLO EN FORMA DE COLLAR, SIN ESTAR INSERTADA EN ÉL, POR LO QUE PUEDE SER RECHAZADA. SE SEPARA DEL RESTO DE LA ENCÍA POR UNA DEPRESIÓN EN FORMA DE MEDIA LUNA LLAMADA SURCO MARGINAL. SE SEPARA DEL DIENTE POR UNA CAVIDAD VIRTUAL QUE RO
DEA A LA PIEZA DENTARIA Y SE CONOCE COMO: HENDIDURA GINGIVAL, SURCO GINGIVAL, CRÉVICE O CREVÍCULO, CUYA PROFUNDIDAD VARÍA DESDE 0 mm. (CONSIDERADO EL IDEAL POR GOTTLIEB) HASTA 2 mm.

EL EPITELIO DE LA ENCÍA LIBRE CONSTA DE 8 CAPAS DE CÉLULAS Y NO PRESENTA PAPILAS DE CONJUNTO.

SERRES (1817) Y BLACK (1920) HABLABAN DE UN --
FLUIDO QUE SE ORIGINABA EN EL SURCO GINGIVAL, Y AHO

RA SE CONSIDERA EXUDADO INFLAMATORIO.

b) ENCÍA ADHERIDA O INSERTADA:

ES LA PORCIÓN DE LA ENCÍA QUE SE CONTINÚA CON--
LA ENCÍA LIBRE POR UN LADO Y CON LA MUCOSA AREOLAR--
POR EL OTRO Y ESTÁ FIRMEAMENTE UNIDA AL CEMENTO Y AL
HUESO ALVEOLAR.

PRESENTA PUNTEADO EN "CÁSCARA DE NARANJA", QUE--
DESAPARECE EN INFLAMACIONES GINGIVALES. SE SEPARA--
DE LA MUCOSA AREOLAR POR UNA LÍNEA LLAMADA LÍNEA MU-
CO-GINGIVAL, LA CUAL SE HACE MÁS CERVICAL EN LOS FRE-
NILLOS QUE SON BANDAS DE TEJIDO FIBROSO QUE LIMITAN--
MOVIMIENTOS DE LABIOS Y CARRILLOS.

LA CONSISTENCIA DE LA ENCÍA ADHERIDA DEBE RESIS-
TIR LAS FUERZAS DE LA MASTICACIÓN, LO CUAL MANTIENE--
LOS TEJIDOS SALUDABLES.

c) PAPILA INTERDENTAL:

ES LA PORCIÓN DE LA ENCÍA QUE SE UNE A LAS OTRAS
DOS PORCIONES Y OCUPA DEL ESPACIO COMPRENDIDO ENTRE--
DOS PIEZAS DENTARIAS, LLEGANDO POR DEBAJO DEL PUNTO-

DE CONTACTO. PRESENTA UNA PAPILA VESTIBULAR Y UNA-
LINGUAL.

LA ENCÍA ESTÁ FORMADA POR DOS TEJIDOS: EPITE---
LIAL Y CONJUNTIVO. EL TEJIDO EPITELIAL ES DE TIPO-
POLIESTRATIFICADO Y SE UNE AL DIENTE POR MEDIO DE LA
ADHERENCIA EPITELIAL.

EL TEJIDO CONJUNTIVO TIENE GRAN CANTIDAD DE FI-
BRAS DE COLÁGENO QUE MANTIENEN A LA ENCÍA EN SU LU--
GAR. SON 4: GÍNGIVO-DENTALES, TRANSEPTALES, CIRCU-
LARES, GÍNGIVO-ÓSEAS.

APORTE SANGUÍNEO:

MACROSCÓPICAMENTE LA MACROCIRCULACIÓN DE LA EN-
CÍA TIENE 3 VÍAS:

- 1) VASOS SUPRAPERIÓSTICOS.
- 2) VASOS QUE PROCEDEN DEL LIGAMENTO-
PARODONTAL.
- 3) VASOS PROCEDENTES DEL HUESO ALVEO
LAR.

LA MACROCIRCULACIÓN SE REPRESENTA POR UNA ARTERIOLA QUE LLEGA A CADA PAPILA DE TEJIDO CONJUNTIVO, HABIENDO EN CADA UNA DE ESTAS PAPILAS UN ASA CAPILAR Y UNA VÉNULA TAMBIÉN. SE DICE QUE SOLO 1/50 DE LA RED CAPILAR SE USA NORMALMENTE, ESTANDO EL RESTO DE RESERVA.

INERVACIÓN: RECIBE INERVACIÓN DE LOS NERVIOS PALATINO, BUCAL Y LABIAL.

LIGAMENTO PARODONTAL.

UNE AL CEMENTO CON EL HUESO ALVEOLAR, ABSORBIENDO LOS ESFUERZOS DE LA MASTICACIÓN. CONTIENE FIBRAS DE COLÁGENA, VASOS Y NERVIOS.

ES MÁS DELGADO EN MESIAL QUE EN DISTAL POR LA MIGRACIÓN MESIAL DEL DIENTE. SE ADELGAZA EN LA UNIÓN DEL TERCIO MEDIO CON EL TERCIO APICAL POR LA MOVILIDAD NORMAL DEL DIENTE DENTRO DE SU ALVÉOLO.

EL LIGAMENTO PARODONTAL SE ADELGAZA SI HAY HIPOFUNCIÓN Y SE ENGROSA EN HIPERFUNCIÓN; CON CARGAS OCCLUSIONALES EXAGERADAS SUS ELEMENTOS SE DESTRUYEN Y AU

UMENTA LA MOVILIDAD.

CUANDO LA PRESIÓN AUMENTA, POR EJEMPLO EN EL CASO DE UNA INCRUSTACIÓN ALTA, HAY HEMORRAGIA DEL LIGAMENTO PARODONTAL, NECROSIS ÓSEA, RUPTURA DE FIBRAS-- PRINCIPALES Y POSTERIORMENTE OSTEOCLASIA.

CUANDO HAY UNA REPENTINA HIPERFUNCIÓN, LUEGO DE LARGA HIPOFUNCIÓN, HABRÁ DOLOR EN LA PIEZA, MOVILIDAD Y MIGRACIÓN DENTARIA.

FIBRAS:

- 1) TRANSEPTALES: UNEN AL DIENTE CON SU VECINO.
- 2) DE LA CRESTA ALVEOLAR: VAN DEL CEMENTO-- OBLICUAMENTE HASTA LA CRESTA ALVEOLAR. SOPORTA CARGAS LATERALES.
- 3) HORIZONTALES: SE EXTIENDEN PERPENDICULARMENTE A LA SUPERFICIE DENTARIA. SOPORTA CARGAS LATERALES.
- 4) OBLICUAS: VAN OBLICUAMENTE HACIA EL ÁPICE, DEL HUESO AL CEMENTO. SOPORTAN -- CARGAS LONGITUDINALES.
- 5) APICALES: VAN EN FORMA IRRADIADA DEL --

ÁPICE AL HUESO. PROTEGE AL HUESO DEL-
ÁPICE.

FIBROBLASTOS:

PRODUCEN FIBRAS COLÁGENAS.

CEMENTOBLASTOS:
PRODUCEN CEMENTO.

OSTEOBLASTOS:
PRODUCEN HUESO.

OSTEOCLASTOS:

ABSORBEN HUESO, CEMENTO Y DENTINA AL AUMENTAR -
LA PRESIÓN.

ESTRUCTURAS EPITELIALES:

SE ENCUENTRAN INACTIVAS. SON LOS RESTOS EPITE
LIALES DE MALASSEZ. EN CONDICIONES PATOLÓGICAS ORI
GINAN QUISTES O TUMORES.

VASOS SANGUÍNEOS:
NUTREN AL LIGAMENTO PARODONTAL.

NERVIOS:
RAMAS DE LOS NERVIOS ALVEOLARES.

VASOS LINFÁTICOS:
DRENAN EL LIGAMENTO PARODONTAL HACIA EL --
HUESO ALVEOLAR Y HACIA NODULOS LINFATICOS.

ESPACIOS RESTATES:

TEJIDO CONJUNTIVO FORMADO POR HISTIOCIDIOS, CÉLULAS
LAS MESENCIMATOSAS INDIFERENCIADAS Y LINFOCITOS.

FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL:

1) FUNCIÓN FORMATIVA:

OSTEOBLASTOS, CEMENTOBLASTOS Y OSTEOCLASTOS, SE
ENCARGAN TANTO DE ABSORBER COMO DE DEPOSITAR NUEVO -
HUESO Y CEMENTO. LOS FIBROBLASTOS FORMAN FIBRAS CO
LÁGENAS.

2) FUNCIÓN DE SOPORTE:

SOSTIENE AL DIENTE EN SU ALVÉOLO Y ABSORBE PRE-
SIONES POR MEDIO DE FIBRAS PARODONTALES.

3) FUNCIÓN NUTRITIVA:

NUTRE CEMENTO, HUESO Y A VECES ENCÍA.

4) FUNCIÓN SENSORIAL:

REGISTRA MAGNITUD DE PRESIONES. ES RICO EN---
PROPIOCEPTORES.

CEMENTO:

CUBRE LA RAÍZ ANATÓMICA DEL DIENTE, SU PRINCI--
PAL FUNCIÓN ES SOPORTAR LAS FIBRAS DE COLÁGENO DEL--
LIGAMENTO PARODONTAL, CON LO QUE SE ASEGURA LA INSE--
CIÓN DEL DIENTE AL HUESO ALVEOLAR.

ES DE LOS TEJIDOS CALCIFICADOS DEL DIENTE, EL --
MÁS BLANDO Y CON MENOR PROPORCIÓN DE SALES MINERALES
ES MÁS OSCURO QUE EL ESMALTE DENTARIO Y CASI DEL MIS--
MO COLOR DE LA DENTINA. AUMENTA SU GROSOR TODA LA--
VIDA.

ES MÁS GRUESO A NIVEL DEL ÁPICE Y SE VA ADELGA--
ZANDO HACIA EL CUELLO.

UNIONES DE CEMENTO Y ESMALTE:

- | | |
|--------------------------------|-----|
| 1) EL CEMENTO CUBRE AL ESMALTE | 60% |
| 2) SE ENCUENTRAN EN UN PUNTO | 30% |
| 3) EL ESMALTE CUBRE AL CEMENTO | 5% |

LOS CEMENTOBLASTOS DEPOSITAN CEMENTO EN LA RAÍZ Y AL TERMINAR DE HACERLO, QUEDAN EMBEBIDOS EN ÉL, -- LLAMÁNDOSE CEMENTOCITOS, ENTONCES TENEMOS CEMENTO CE LULAR Y ACELULAR LOS CUALES SON IDÉNTICOS EN COMPOSI CI ON QUÍMICA. EN EL ÁREA APICAL TENEMOS SOLO CEMEN T O CELULAR. EL ACELULAR ES EL MÁS ADYACENTE A LA-- DENTINA. ES MÁS DIFÍCIL DE SER REABSORBIDO QUE EL-- HUESO, A ESO SE DEBE QUE SEAN POSIBLES LOS MOVIMIEN-- TOS DE ORTODONCIA.

FUNCIONES:

- 1) FAVORECE LA UNIÓN DE LAS FIBRAS PARODONTALES AL DIENTE.
- 2) COMPENSA LA PÉRDIDA DE SUSTANCIA DENTARIA DE BIDO AL DESGASTE OCLUSAL, AL HACER QUE CREZ-- CA EL ÁPICE DEL DIENTE EN LA ERUPCIÓN CONTI-- NUA.
- 3) PERMITE, POR DEPOSICIÓN CONTINUA, LA ERUP--- CIÓN VERTICAL Y MIGRACIÓN MESIAL DEL DIENTE.
- 4) REPARA FRACTURAS HORIZONTALES DE LA RAÍZ, -- CREANDO UNA BANDA DE CEMENTO ENTRE LOS DOS - FRAGMENTOS.

- 5) POR SU APOSICIÓN PUEDE AISLAR Y SELLAR LOS CONDUCTOS RADICULARES EN DIENTES TRATADOS EN DODÓNTICAMENTE Y EN ALGUNOS CASOS DE DIENTES CON PULPAS NO VITALES.
- 6) REGULA, JUNTO CON EL HUESO ALVEOLAR, EL GROSOR DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

A VECES, AL ELIMINAR EL SARRO DEL CEMENTO, CAE ALGO DE ÉSTE, DEJANDO DENTINA RADICULAR EXPUESTA.

HUESO ALVEOLAR.

ES LA PORCIÓN DE LOS MAXILARES EN DONDE SE ENCUENTRAN LOS ALVÉOLOS DENTARIOS.

EL HUESO ES UN TEJIDO CONJUNTIVO ALTAMENTE ESPECIALIZADO CUYA SUSTANCIA INTERSTICIAL ES RICA EN DEPÓSITOS DE SALES DE CALCIO.

LA CÉLULA RESPONSABLE DE LA PRODUCCIÓN DE HUESO ES EL OSTEOLASTO QUE A SU VEZ ORIGINA EL OSTEOCITO.

CUANDO LOS OSTEOLASTOS, AL ESTAR FORMANDO HUESO QUEDAN DENTRO DE ÉSTE, SE LLAMAN OSTEOCITOS. UN

ÓSTEOCITO JOVEN ES FUSIFORME Y CON NUMEROSOS PROCESOS. UNO VIEJO ES MÁS REDONDEADO Y CON MENOS PROCESOS.

CUANDO HAY MUCHA PRESIÓN EL HUESO SE REABSORBE GRACIAS AL OSTEOCLASTO.

EL REMODELADO DEL HUESO TANTO COMPACTO COMO ESPONJOSO ES CONSTANTE.

EL HUESO COMPACTO SE ENCUENTRA EN LA CORTEZA DE LOS HUESOS Y EN LOS ALVÉOLOS DENTARIOS, Y EL ESPONJOSO, EN LA PARTE MEDULAR.

EL HUESO, EN SU PORCIÓN EXTERNA, SIGUE LA FORMA QUE LE MARCA LA COLOCACIÓN DE LAS RAÍCES DENTARIAS, CON PROTUBERANCIAS SOBRE ELLAS Y DEPRESIONES EN LAS ÁREAS INTERRADICULARES.

EL HUESO AYUDA A MANTENER LOS NIVELES DE CALCIO EN SANGRE.

PARTES DEL HUESO ALVEOLAR:

- 1) HUESO ALVEOLAR PROPIAMENTE DICHO: TAMBIÉN SE

CONOCE COMO LÁMINA DURA O CRIBOSA, ES LA PARED DEL ALVÉOLO DENTARIO. ES UNA PORCIÓN-- DELGADA DE HUESO COMPACTO ATRAVESADA POR CONDUCTOS POR DONDE PASAN VASOS Y NERVIOS QUE - LO CONECTAN CON EL LIGAMENTO PARODONTAL. TIENE FIBRAS DE COLÁGENO (SHARPEY) QUE SON - EL ANCLAJE DE LAS FIBRAS PARODONTALES. SE-ENGROSA O RESORBE SEGÚN LAS PRESIONES.

- 2) LÁMINA CORTICAL DEL PROCESO ALVEOLAR: POR---CIÓN DELGADA DE HUESO COMPACTO MÁS DELGADA - EN MAXILAR QUE EN MANDÍBULA. ES LA SUPERFI- CIE INTERNA Y EXTERNA DE LOS MAXILARES.
- 3) HUESO DE SOPORTE, O HUESO ESPONJOSO: SE EN--CUENTRA ENTRE LOS DOS ANTERIORES. TIENE ES- PACIOS MEDULARES QUE CONSTITUYEN LA MÉDULA--ÓSEA.

ES MAYOR EN LA PORCIÓN LINGUAL QUE EN LA BUCAL- DE LOS ALVÉOLOS. EN LOS ESPACIOS MEDULARES HAY MÉ- DULA GRASA AMARILLA Y MÉDULA ROJA; EN CASOS PATOLÓGI

COS LA MÉDULA GRASA AMARILLA SE TRANSFORMA EN MÉDULA ROJA Y EN CASOS EXTREMOS AUMENTAN LOS ESPACIOS MEDULARES PARA DAR CABIDA A MÁS MÉDULA ROJA.

EN LA REGIÓN VESTIBULAR DE LAS PIEZAS ANTEROSUPERIORES ES TAN DELGADO QUE SE FUSIONA CON LA LÁMINA CORTICAL CON LA LÁMINA DURA, HABIENDO DEHICENCIAS Y FENESTRACIONES, ESTAS ÚLTIMAS SON DESTRUCCIONES LOCALIZADAS DE HUESO RODEADAS DE HUESO NORMAL, Y LAS --- DEHICENCIAS SON DESTRUCCIONES DE HUESO QUE DEJAN SIN SOPORTE ÓSEO A LA RAÍZ. A PARTIR DE LAS FENESTRACIONES, LA RAÍZ ENTRA EN CONTACTO CON LA ENCÍA.

APORTE SANGUÍNEO:

LOS VASOS DENTALES SE DIRIGEN HACIA EL ALVÉOLO, PERO ANTES DE ENTRAR AL FORAMEN APICAL DAN PEQUEÑAS RAMAS QUE IRRIGAN EL ÁREA INMEDIATA DEL FORAMEN Y LA PORCIÓN APICAL DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

LOS VASOS INTERALVEOLARES PENETRAN EN EL SÉPTUM ÓSEO SITUADO ENTRE LOS ALVÉOLOS, RECORRIÉNDOLO LONGITUDINALMENTE Y SALEN DE LA CRESTA ALVEOLAR.

POR ESTA RICA VASCULARIZACIÓN HAY REABSORCIÓN Y APOSICIÓN QUE PERMITEN LOS MOVIMIENTOS DE ORTODONCIA

CUANDO AUMENTAN LAS FUERZAS OCLUSALES, EL TRABE CULADO ÓSEO AUMENTA EN GROSOR Y EN NÚMERO Y DISMINUYE ESTO AL DISMINUIR LAS FUERZAS. LA LÁMINA SIEMPRE ESTARÁ PRESENTE, MIENTRAS HAYA DIENTE.

CAPÍTULO III

GENERALIDADES DE ANATOMIA DENTAL DE PRIM EROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES PER MANENTES

PRIMER MOLAR SUPERIOR.

LA MORFOLOGÍA EXTERNA DE LA CORONA PRESENTA 4--
LÓBULOS, DOS BUCALES Y DOS LINGUALES (MESIOBUCAL, --
DISTOBUCAL, MESIOLINGUAL Y DISTOLINGUAL). CADA LÓ-
BULO ESTÁ CORONADO OCLUSALMENTE POR UNA CÚSPIDE, QUE
LLEVA EL MISMO NOMBRE DEL LÓBULO CORRESPONDIENTE.

EL DIÁMETRO MESIODISTAL MÁS ANCHO DE LA CORONA-
SE ENCUENTRA EN LA UNIÓN DE LOS TERCIOS OCLUSAL Y ME
DIO, Y EL DIÁMETRO BUCOLINGUAL MÁS ANCHO ESTÁ EN LA-
UNIÓN DE LOS TERCIOS CERVICAL Y MEDIO.

EL CONTORNO PERIFÉRICO DE LA CARA OCLUSAL SUELE

TENER FORMA ROMBOIDAL. LAS SUPERFICIES PROXIMALES--
SON CASI PARALELAS, ASÍ COMO LAS CARAS BUCAL Y LIN--
GUAL.

LA ALTURA DE LAS CÚSPIDES DE ESTAS PIEZAS CO---
RRESPONDE A LA CUARTA PARTE DE LA ALTURA TOTAL DE LA
CORONA. LAS CÚSPIDES BUCALES SON MÁS ALTAS QUE LAS
LINGUALES.

CARA BUCAL:

ES UNA CUARTA PARTE MÁS ANCHA EN SU DIÁMETRO ME--
SIODISTAL QUE EN EL CÉRVICO-OCCLUSAL. EN DIRECCIÓN--
CERVICO-OCCLUSAL, ESTA CARA ES CONVEXA.

CARA MESIAL:

ES CONVEXA EN DIRECCIÓN CÉRVICO-OCCLUSAL. EL--
DIÁMETRO BUCO-LINGUAL ES MAYOR EN LA PARTE OCCLUSAL--
QUE EN LAS REGIONES CERVICAL Y MEDIA. EN DIRECCIÓN
BUCO-LINGUAL ES MUY RECTA.

CARA DISTAL:

ES CONVEXA TANTO EN DIRECCIÓN BUCO-LINGUAL COMO

CÉRVICO-OCCLUSAL. ES MÁS PEQUEÑA CÉRVICO-OCCLUSALMEN
TE Y MÁS ANGOSTA BUCOLINGUALMENTE QUE LA MESIAL.

CARA LINGUAL:

EN SU DIRECCIÓN CÉRVICO-OCCLUSAL, ES RECTA EN --
SUS TERCIOS MEDIO Y CERVICAL, PERO CONVERGE REPENTI-
NAMENTE HACIA BUCAL EN SU TERCIO OCCLUSAL. EN SUS--
TERCIOS OCCLUSAL Y MEDIO ESTÁ DIVIDIDA EN DOS PARTES-
POR LA PARTE LINGUAL DE LA LÍNEA SEGMENTAL LINGUO---
OCCLUSAL. EL 50% DE LOS PRIMEROS MOLARES PERMANEN--
TES DE LOS EUROPEOS MODERNOS DE SANGRE MEZCLADA CARE
CEN DE LA ELEVACIÓN O TUBÉRCULO MESIO-LINGUAL O QUIN
TA CÚSPIDE O TUBÉRCULO DE CARABELLI. ES MÁS COMÚN-
EN PUEBLOS PRIMITIVOS.

RAÍCES:

POSEE TRES RAÍCES: MESIOBUCAL, DISTOBUCAL Y LIN
GUAL. LA RAÍZ LINGUAL ES LA MAYOR; TIENE FORMA CÓ-
NICA Y ÁPICE REDONDEADO; ES UNA VEZ Y MEDIA MÁS LAR-
GA QUE LA CORONA.

LAS DOS RAÍCES BUCALES SON MÁS PEQUEÑAS Y MÁS--
CORTAS; LA MESIOBUCAL ES MAYOR QUE LA DISTOBUCAL Y --
POSEE UN ÁPICE DELGADO; LA DISTOBUCAL ES LA MÁS PE--
QUEÑA DE LAS TRES, ES CÓNICA Y DELGADA.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR.

SU ANATOMÍA ES MUY SEMEJANTE A LA DEL PRIMER MO
LAR SUPERIOR, ASÍ QUE SOLO HABLAREMOS DE SUS DIFEREN
CIAS:

- 1) LA CORONA ES MÁS PEQUEÑA EN TODAS DIREC
CIONES.
- 2) EL DIÁMETRO BUCOLINGUAL ES MAYOR QUE EL
MESIODISTAL.
- 3) LA CÚSPIDE DISTOLINGUAL ES MÁS PEQUEÑA-
QUE LAS OTRAS CÚSPIDES.
- 4) EL TUBÉRCULO LINGUAL, QUE RARA VEZ EXIS
TE, SUELE SER UNILATERAL Y NUNCA TAN --
GRANDE.

- 5) TIENE UN TUBÉRCULO EN LA REGIÓN MESIAL-
DE SU CARA BUCAL.

RAÍCES (DIFERENCIAS):

- 1) SON MENOS DIVERGENTES QUE LAS DEL PRI--
MER MOLAR.
- 2) LAS RAÍCES BUCALES TIENEN MUY POCA SEPA
RACIÓN.
- 3) SON UN POCO MÁS LARGAS EN RELACIÓN CON-
LA LONGITUD DE LA CORONA.

CAPÍTULO IV

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

I.- INDICACIONES.

AFECCIONES DENTARIAS:

- a) AFECCIONES PULPARES EN LAS QUE NO RESULTE EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO CONSERVADOR.
- b) DIENTES DESTRUIDOS POR CARIES DE CUARTO GRADO QUE NO PUEDAN SER TRATADOS O TRAUMATISMOS EN QUE LOS ESFUERZOS PARA UN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO CONSERVADOR NO GUARDAN PROPORCIÓN-RAZONABLE CON SU VALOR FUNCIONAL MENOSCABADO Y CUANDO TAMPOCO SU RAÍZ PUEDA SER YA CONSIDERADA APTA PARA UN SUSTITUTO ARTIFICIAL.
- c) COMPLICACIONES DE DICHAS CARIES.

AFECIONES DEL PARODONTO.

PARODONTOSIS QUE NO PUEDAN TRATARSE.

RAZONES PROTÉSICAS, ESTÉTICAS Y ORTODÓNICAS.

DIENTES TEMPORALES RETENIDOS, DIENTES SUPERNUMERARIOS Y DIENTES PERMANENTES POR RAZONES PROTÉSICAS-
U ORTODÓNICAS. LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS Y ECTÓ-
PICOS QUE CAUSAN MOLESTIAS ESTÉTICAS O FUNCIONALES -
DEBEN EXTRAERSE.

ANOMALÍAS DE SITIO (RETENCIONES O SEMIRETENCIONES SIN
TRATAMIENTO ORTODÓNICICO).

LOS DIENTES RETENIDOS EN CASOS EN QUE LA TÉCNICA
ORTODÓNICICA NO LOGRE UBICARLOS EN SU SITIO NORMAL
DE IMPLANTACIÓN. SON UN PROBLEMA EN POTENCIA, PU-
DIENDO PRODUCIR ACCIDENTES NERVIOSOS, INFLAMATORIOS,
O TUMORALES.

ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES.

LOS ACCIDENTES DE ERUPCIÓN INDICAN ELIMINACIÓN-
EXODÓNTICA DEL DIENTE CAUSANTE (PERICORONITIS A REPE

CIÓN, ACCIDENTES INFLAMATORIOS, NERVIOSOS O TUMORALES).

CUANDO LAS MALPOSICIONES DENTARIAS SON CAUSADAS POR FALTA DE CRECIMIENTO DE LOS HUESOS BASALES HABRÁ QUE HACER EXTRACCIONES CON EL OBJETO DE QUE SE ACOMODEN LAS PIEZAS EN EL ESPACIO EXISTENTE.

II.- CONTRAINDICACIONES.

AFECCIONES QUE DEPENDEN DEL ESTADO DE LA REGIÓN DEL-DIENTE A EXTRAER.

SE HA ESTABLECIDO UNA VERDADERA POLÉMICA CON -- RESPECTO A QUE SI ESTÁ CONTRAINDICADA O NO LA EXTRACCIÓN EN CASOS DE AFECCIONES AGUDAS. SIN EMBARGO, - LA UNICA CONTRAINDICACIÓN SERIA EN ESTOS CASOS ES LA PRESENCIA EN LA ZONA A INTERVENIR O EN TODA LA ARCA-DA ALVEOLAR DE UNA ESTOMATITIS O GINGIVITIS ÚLCERO--MEMBRANOSA; LA VIRULENCIA MICROBIANA SE INCREMENTA-- EN TALES CONDICIONES Y NO SON RARAS LAS NECROSIS Y - PROPAGACIONES INFECCIOSAS CUANDO SE INTERVIENE EN TA LES CIRCUNSTANCIAS.

OTRO CASO ES CUANDO LA URGENCIA DE LA OPERACIÓN NO LO EXIGE, COMO EN EL CASO DEL TRATAMIENTO DE LAS-COMPLICACIONES DE LA ERUPCIÓN DEL TERCER MOLAR.

AFECCIONES QUE DEPENDEN DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

a) ESTADOS FISIOLÓGICOS:

1) MENSTRUACIÓN:

NO ESTÁ CONTRAINDICADA LA EXODONCIA EN TAL ESTADO, SALVO QUE TAL ESTADO CREA EN EL PACIENTE PARTICULARES PROBLEMAS.

2) EMBARAZO:

SALVO CASOS PARTICULARES, NO ES CONTRAINDICACIÓN. LOS MAYORES INCONVENIENTES SON EL DOLOR Y LAS COMPLICACIONES DE ORIGEN DENTARIO, MÁS QUE LA EXTRACCIÓN DENTARIA EN SÍ. CUANTO MÁS ADELANTADA ESTÉ LA GESTACIÓN, MENOS INCONVENIENTES SUFRE LA MADRE, AUNQUE ESTOS INCONVENIENTES TIENEN QUE VER MÁS CON EL SHOCK PSÍQUICO QUE CON EL ACTO QUIRÚRGICO.

LA PSICOTERAPIA, LA SEDACIÓN QUIRÚRGICA Y LA --
ANESTESIA GENERAL PERMITEN SOLUCIONAR CON ÉXITO PRO-
BLEMAS EN LAS EMBARAZADAS.

b) ESTADOS PATOLÓGICOS.

HEMOFILIA; AFECCIÓN AGUDA DEL DIENTE; DIABETES-
NO CONTROLADA; ESTOMATITIS, ANGINA GANGRENOSA.

CAPÍTULO V

EVALUACIÓN

EL DIAGNÓSTICO ES LA DISTINCIÓN QUE SE HACE DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS DIVERSOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA ENFERMEDAD.

PROCEDIMIENTOS DE UN DIAGNÓSTICO:

- 1) EXAMEN BUCAL.
- 2) EXAMEN DENTAL.
- 3) RECABAR DATOS DE HISTORIA CLÍNICA.
- 4) EN LO POSIBLE, ETIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO.
- 4) EN LO POSIBLE, ETIOLOGÍA DEL PADECIMIENTO.
- 5) DIFERENCIACIÓN DEL ESTADO PATOLÓGICO COMO SÍNTOMA LOCAL DE ALGUNA ENFERMEDAD--ORGÁNICA GENERAL.
- 6) INVESTIGACIÓN DE TRATAMIENTOS MÉDICOS O

DENTALES ANTERIORES.

- 7) INVESTIGACIÓN DEL TRATAMIENTO GENERAL--
AL QUE SE SOMETIÓ EL PACIENTE ANTES DE-
VENIR A CONSULTA.
- 8) DETERMINACIÓN DE OTRAS ENFERMEDADES SIS
TÉMICAS.

EXISTEN TAMBIÉN EL PROCEDIMIENTO CLÍNICO, PROCE
DIMIENTO DE LABORATORIO Y ESTUDIO RADIOLÓGICO.

ESTUDIO FÍSICO:

ES PARA SABER LOS RIESGOS A QUE SE SOMETE UN PA
CIENTE EN LA OPERACIÓN. EJEMPLO: EN PRESENCIA DE -
DIABETES Y CARDIOPATÍAS ESTÁ CONTRAINDICADA LA EX---
TRACCIÓN.

EXAMEN DE LABORATORIO:

SE OBTIENEN ESTUDIOS BACTERIOLÓGICOS E HISTOPA-
TOLÓGICOS. EJEMPLO: SÍFILIS, TUBERCULOSIS DE LA BO
CA, NEOPLASIAS, QUISTES, ETC.

DATOS IMPORTANTES EN LA HISTORIA CLÍNICA.

SE ANALIZARÁ LA EXISTENCIA DE DIENTES DE HUT---

CHINSON Y MOLARES EN MORA QUE NOS INDICARÁ SÍFILIS.

EN PRESENCIA DE CIANOSIS, HABRÁ INSUFICIENCIA -
CARDÍACA; LA ESCLERÓTICA AMARILLA NOS INDICARÁ INSU-
FICIENCIA HEPÁTICA.

DOLOR DENTAL PULSÁTIL PODRÁ INDICAR ALGUNA ALTE-
RACIÓN PARODONTAL, SI ES INTENSO Y CIRCUNSCRITO, ES-
POSIBLE ALGUNA ENFERMEDAD PULPAR.

EN LA CARA DEL PACIENTE PODREMOS DETECTAR PARÁ-
LISIS FACIAL, DEFORMIDADES, ACTINOMICOSIS; EN SUS LA-
BIOS, LABIO LEPORINO O FISURA CONGÉNITA.

SU MEMBRANA MUCOSA PUEDE PRESENTAR NEOPLASIAS O
ÚLCERAS.

LA OBSERVACIÓN DE SU LENGUA NOS PUEDE INDICAR -
GLOSITIS, LENGUA GEOGRÁFICA, ETC.

EN EL PALADAR PODEMOS OBSERVAR LESIONES SIFILÍ-
TICAS, PERFORACIONES, NEOPLASIAS, ETC.

ESPACIO SUBLINGUAL; RÁNULAS, CELULITIS CRÓNICA,
CARCINOMAS.

FARINGE: INFECCIONES AMIGDALINAS, ANGINA DE --
VINCENT, ABSCESOS.

ARTICULACIÓN TÉMPORO-MANDIBULAR: ANQUILOSIS, --
LUXACIÓN, FRACTURAS.

SI LA HIGIENE DEL PACIENTE ES DEFICIENTE, PUEDE
HABER UNA INFECCIÓN BUCAL.

EN EL EXAMEN DENTAL SE OBSERVARÁ: CARIES DE ---
CUARTO GRADO, RESTOS RADICULARES, MOVILIDAD DE TER--
CER GRADO, FALTA DE SOSTÉN ÓSEO, MOVIMIENTOS ORTODÓN
CICOS.

ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO CARDIOVASCULAR:

SE LE PREGUNTA SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ---
ARRITMIAS, TAQUICARDIA, BRADICARDIA, SOPLOS, SI HA -
SUFRIDO EMBOLIA (CONTROLADA O NO).

APARATO RENAL:

ESTO ES IMPORTANTE PORQUE POR EL RIÑÓN SE DESA-
LOJAN LOS BLOQUEADORES. POLIURIA NOS INDICARÁ DIA-

BETES; SE PREGUNTARÁ POR NICTURIA (MICCIÓN NOCTURNA-
INVOLUNTARIA), HEMATURIA (SANGRE EN LA ORINA), OLIGU
RIA (SECRECIÓN INSUFICIENTE). GLUCOSURIA (AZÚCAR EN-
LA SANGRE) DIFICULTAD AL ORINAR, COLOR, OLO, CISTI-
TIS, NEFRITIS, HINCHAZÓN DE TOBILLOS Y PÁRPADOS.

SISTEMA NERVIOSO:

SE LE PREGUNTARÁ SI ES APRENSIVO, PARA TRATARLO
CON TRANQUILIZANTES, SI ES EPILÉPTICO, EMOCIONALMEN-
TE TENSO O DEPRESIVO.

APARATO DIGESTIVO:

FALTA DE APETITO (ANOREXIA), ERUPTOS, GASTRITIS
DISPEPSIAS, DIARREAS, HEMORRAGIAS GÁSTRICAS, HEMATE-
MESIS (VÓMITO DE SANGRE), PÉRDIDA O AUMENTO DE PESO-
RECIENTE, ÚLCERAS, ESTREÑIMIENTO, HEPATITIS, ICTERI-
CIA, COLITIS, AGRURAS, ETC.

APARATO RESPIRATORIO:

EPISTAXIS (HEMORRAGIA NASAL), HEMORRAGIA BUCAL,
HEMOPTISIS (HEMORRAGIA NASAL PROVENIENTE DE LAS VÍAS

RESPIRATORIAS), RESFRIADOS FRECUENTES, FLEMAS CON -- SANGRE, ACCESOS FRECUENTES DE TOS, FATIGA, DISNEA, - SINUSITIS, ASMA, ETC.

ESTADOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER:

MENSTRUACIÓN:

NO HAY CONTRAINDICACIÓN, SIMPLEMENTE SE ADMINIS TRARÁ ALGÚN TRANQUILIZANTE.

EMBARAZO:

NO HAY CONTRAINDICACIÓN. SE PREGUNTARÁ CUÁN-- TOS HIJOS TIENE, SI ES PROPENSA A ABORTOS (EN ESTE - CASO SE INTERVENDRÁ SOLO CON LA AUTORIZACIÓN DEL GI- NECÓLOGO). EN LOS PRIMEROS TRES MESES, EL FETO NO- ESTÁ LO SUFICIENTEMENTE FIJADO EN EL ÚTERO Y CON LA- ANESTESIA HABRÍA CONTRACCIÓN BRUSCA QUE DESALOJARÍA- EL PRODUCTO; EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, CON LA ANES- TESIA PUEDE HABER UN RELAJAMIENTO DEL CUELLO UTERINO Y DESALOJAR EL PRODUCTO PORQUE SU PESO ES MAYOR.

LACTANCIA:

NO HAY CONTRAINDICACIÓN. BAJO TENSIÓN NERVIOSA SE PRODUCE UNA SUSTANCIA LLAMADA "MAGRO" QUE COMBINADA CON LA LECHE PROVOCARÁ DIARREA EN EL NIÑO. ENTONCES SE DARÁN PLACEBOS EN VEZ DE TRANQUILIZANTES Y NO SE AMAMANTARÁ EN 2 DÍAS.

MENOPAUSIA:

NO HAY CONTRAINDICACIONES, SIN EMBARGO SE DARÁN-TRANQUILIZANTES.

PRUEBAS DE LABORATORIO:

- a) BIOMETRÍA HEMÁTICA.
- b) TIEMPO DE SANGRADO.
- c) TIEMPO DE COAGULACIÓN.
- d) TIEMPO DE PROTROMBINA.
- e) VDRL.
- f) MANTOUX.
- g) GENERAL DE ORINA.
- h) QUÍMICA SANGUÍNEA.

ESTUDIO RADIOLÓGICO:

RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES, OCLUSALES, ALETA DE -
MORDIDA, EXTRAORALES.

ANALGESIA INDICADA:

SE ELEGIRÁ DE ACUERDO A LA CANTIDAD DE VASO CONS-
TRICTOR QUE CONTIENE. TENEMOS: CITANEST, OCTAPRESIN
CITANEST 30, XILOCAÍNA AL 2% CON O SIN EPINEFRINA, --
CARBOCAÍNA (PARA CARDÍACOS) GLAVICAÍNA (NO MUY RECO--
MENDADA POR PELIGRO DE SHOCK ANAFILÁCTICO).

TÉCNICA DE ANESTESIA:

TENEMOS LOCAL, SUPRAPERIÓSTICA O INFILTRATIVA.

REGIONAL SUPERIOR:

SUPERIOR CIGOMÁTICA, INFRAORBITARIA, LA DEL NER-
VIO DENTARIO INFERIOR O TRONCULAR.

SERÁ IMPORTANTE LA LOCALIZACIÓN DE RESTOS RADICU-
LARES CUBIERTOS POR TEJIDO BLANDO EN LAS RADIOGRAFÍAS
PERIAPICALES Y OCLUSALES.

ANÁLISIS DE LAS RADIOGRAFÍAS:

- a) PIEZA A EXTRAER.
- b) HUESO DE SOSTÉN.
- c) DIENTES VECINOS.
- d) RELACIONES CON ESTRUCTURAS VECINAS.
- e) LESIONES PATOLÓGICAS (O ANORMALIDADES): LESIONES PERIAPICALES, HIPERCEMENTOSIS, FRACTURAS DENTARIAS, ET.

PIEZA AEXTRAER:

SE ESTUDIARÁ EL TAMAÑO DE LA CORONA CON EL OBJETO DE EVALUAR SU RESISTENCIA A LA INSTRUMENTACIÓN. CUANDO EN DIENTES MULTIRRADICULARES, EL PISO DE LA CÁMARA PULPAR SE HALLA MUY DESTRUIDO, SE HARÁ ODONTOSECCIÓN. SE OBSERVARÁN RAÍCES FUSIONADAS. RAÍZ GRANDE DIFICULTARÁ LA OPERACIÓN. SE OBSERVARÁ LA FORMA DE LAS RAÍCES (RECTAS, CÓNICAS, CURVAS O CON DILACERACIONES DE TROMPETA, BAYONETA O ÁNGULO RECTO); SE OBSERVARÁN CEMENTOSIS APICALES EN FORMA DE ESFERA.

HUESO DE SOSTÉN:

MAYOR ALTURA SIGNIFICA MAYOR RESISTENCIA A VENCER. SE OBSERVARÁ LA CALIDAD DEL HUESO RADIOPACO O-

RADIOLÚCIDO). SE OBSERVARÁN LAS CORTICALES (INTEGRIDAD Y ESPESOR) QUE INDICARÁN GRADO DE IMPLANTACIÓN. EL LIGAMENTO ALVEOLAR DENTARIO ANCHO FACILITA LA PROFUNDIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS, DELGADO NOS HABLA DE FIRME IMPLANTACIÓN Y AUSENTE SIGNIFICA ANQUILOSIS. LOS TABIQUES INTRAALVEOLARES PUEDEN CARECER DE CRESTA LO QUE FACILITARÁ LA PRESENTACIÓN VESTIBULAR DE LOS - BOTADORES, SI SON MUY GRUESOS, SE ELIMINARÁN CON FRE-SA.

SE OBSERVARÁN GRANULOMAS, QUISTES Y ABSCESOS. SI EL DIÁMETRO DE LOS PROCESOS PROLIFERATIVOS ES EQUIVALENTE AL DEL ALVÉOLO, DEBE SER ELIMINADO CON CURETAGE.

LOS DIENTES VECINOS: SE OBSERVARÁ SU RESISTENCIA PARA NO SER AFECTADOS Y LA DIRECCIÓN DE LAS RAÍCES DE LA PIEZA EN CUESTIÓN PARA QUE NO LOS IMPACTEMOS.

RELACIONES CON LAS ESTRUCTURAS VECINAS:

- 1) FOSA PTERIGOMAXILAR: SI LA PARED DISTAL DEL - ALVÉOLO DEL TERCER MOLAR SUPERIOR ES UNA LÁMINA ÓSEA DELGADA SE CUIDARÁ DE NO ROMPERLA Y -

Y PROVOCAR PROYECCIÓN DENTARIA HACIA LA FOSA.

2) SENOS MAXILARES: DEBEREMOS EVALUAR EL ESPESOR --
DEL TABIQUE INTER-ÁPICO-SINUSAL PARA PREVENIR
LA PROYECCIÓN E INTRODUCCIÓN AL SENOS DE LOS--
ELEMENTOS CUYA EXTIRPACIÓN SE INTENTA.

A VECES SOLO DELGADAS CAPAS ÓSEAS NOS SEPARAN --
DEL SENOS, EN ESE CASO SE MANEJA COMO SI LOS ÁPICES --
MISMOS SE ENCONTRARAN HACIENDO EMINENCIA EN LA CAVI--
DAD SINUSAL.

SE PUEDEN CONFUNDIR ESTRUCTURAS ANATÓMICAS, CON-
LESIONES PERIAPICALES, POR EJEMPLO: EL SENOS MAXILAR--
CON UN QUISTE (LÍMITE RADIOPACO Y DENSIDAD RADIOLÚCI-
DA, FORMA OVOIDAL Y RELATIVAMENTE GRANDE) O EL ABSCE-
SO CON EL AGUJERO MENTONIANO (LÍMITES DIFUSOS, DENSI-
DAD RADIOLÚCIDA Y RELATIVAMENTE PEQUEÑO) O LAS FOSAS-
NASALES POR SU DENSIDAD Y CONTORNO PERIFÉRICO, O EN -
REGIÓN DE MOLARES SUPERIORES CON EL CONJUNTO DE LA --
APÓFISIS CIGOMÁTICA, POR SU DENSIDAD RAIOPACA SE PUE-
DE CONFUNDIR CON UN GERME DENTARIO.

FRECUENTEMENTE SE HA ENCONTRADO, AL PRACTICAR EL
TRATAMIENTO RADICAL, QUE EN LOS CASOS DE SINUSITIS,--

UNA RAÍZ SE ENCONTRABA DENTRO DE LA CAVIDAD SINUSAL, A VECES SOLO UN ÁPICE Y A VECES 2/3 DE LA RAÍZ (PALATINA CASI SIEMPRE). EN SINUSITIS MAXILAR DEBE CONSIDERARSE DEHICENCIA DEL HUESO INTER-ÁPICO-SINUSAL.

3) CONDUCTO DENTARIO INFERIOR: SE DEBERÁN SIEMPRE ESTUDIAR LAS RELACIONES ANATÓMICAS QUE GUARDE EL CONDUCTO CON RESPECTO A LAS RAÍCES CASI SIEMPRE DEL TERCER MOLAR INFERIOR, PUES SE PUEDEN LESIONAR LOS ELEMENTOS QUE FORMAN EL PAQUETE (NERVIO, ARTERIA, VENA) CONBOTADOR O LA CURETA (LAS RAÍCES ABRAZAN AL CONDUCTO).

4) AGUJERO MENTONIANO: LA LESIÓN DEL NERVIO MENTONIANO ES DIFÍCIL EN EXTRACCIONES EN GENERAL, PERO SU HERIDA O SECCIÓN PUEDE PRODUCIRSE AL PRACTICAR UN COLGAJO SIN PRESTAR ATENCIÓN A LA PRESENCIA DEL NERVIO EN EL CAMINO DEL BISTURÍ, POR LO TANTO SE LE DEBE UBICAR-CORRECTAMENTE Y PREVENIR EL ACCIDENTE CADA VEZ QUE SE-INTERVENGA EN LA ZONA.

5) LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA: LA RELACIÓN DE LA RAMA ASCENDENTE CON EL TERCER MOLAR INFERIOR DEBE SER EVALUADA. DIENTES APARENTEMENTE SIN --

OBSTÁCULOS, BIEN ERUPCIONADOS, PUEDEN ENCONTRAR SU E
VACIÓN IMPEDIDA POR ESTE ELEMENTO. FRECUENTEMENTE --
OCURRE POR DILACERACIÓN RADICULAR QUE IMPONE ELEVACIÓN
HACIA DISTAL. SI EL OPERADOR NO ADVIERTE EL OBSTÁCU-
LO, PUEDE LOGRAR LA LUXACIÓN DEL SEGUNDO MOLAR, LA ---
FRACTURA CORONARIA DEL TERCERO O LO PEOR, LA FRACTURA-
DEL ÁNGULO DEL MAXILAR INFERIOR.

CAPÍTULO VI

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

ANTES DE ENTRAR DE LLENO EN EL TEMA, SERÁ IMPORTANTE ACLARAR ALGUNOS CONCEPTOS:

ASEPSIA:

PROCESO CON EL QUE SE IMPIDE LA LLEGADA DE MICROORGANISMOS A LAS ÁREAS ANATÓMICAS QUE SE VAN A INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE. USAMOS AGUA ESTERILIZADA Y JABÓN.

ASEPTICO:

QUE NO TIENE MICROORGANISMOS PATÓGENOS. EJEMPLOS: AGUA ESTÉRIL, JABÓN.

ANTISEPSIA:

DESTRUCCIÓN DE MICROORGANISMOS POR MEDIO DE AGENTES QUÍMICOS VARIADOS. EN BOCA, PREVIO A LA EXTRACCIÓN, PODEMOS APLICAR MERTHIOLATE, TINTURA DE YODO, ETC.

ANTISEPTICO:

PRODUCTO QUÍMICO QUE DETIENE LA PUTREFACCIÓN Y LA -

INFECCIÓN Y DESTRUYE LOS MICROORGANISMOS.

DESINFECCIÓN:

MÉTODO DE HIGIENE GENERAL QUE TIENE POR OBJETO -
DESTRUIR LOS AGENTES PATÓGENOS EN TODOS LOS PUNTOS EN
QUE SE ENCUENTREN (MATERIAS FECALES, ORINAS, ESCAMAS,
INSECTOS, PARÁSITOS, ROPAS DE CAMA, VESTIDOS, MOBILIA
RIOS, HABITACIONES).

DESINFECTANTE:

AGENTE FÍSICO Y QUÍMICO DESTINADO A DESTRUIR GÉR
MENES PATÓGENOS EXISTENTES SOBRE LOS OBJETOS SOMETI--
DOS A DESINFECCIÓN.

ESTERILIZACIÓN:

MÉTODO CON EL QUE DESTRUIMOS TODOS LOS MICROORGA
NISMOS CONTENIDOS EN UN OBJETO (GASA, INSTRUMENTOS, -
ETC.) POR MEDIO DE APARATOS ESPECIALES (AUTOCLAVE, ES
TUFA, ESTERILIZADOR).

ESTERILIDAD:

AUSENCIA TOTAL DE MICROORGANISMOS.

ANALIZAREMOS A CONTINUACIÓN LAS FORMAS DE LLEVAR A CABO LOS CONCEPTOS ANTERIORES.

LA DESINFECCIÓN SE LLEVA A CABO POR PROCESOS FÍSICOS Y QUÍMICOS.

LAS SUSTANCIAS QUÍMICAS ACTÚAN COMO BACTERICIDAS - (DESTRUYENDO MICROORGANISMOS) Y COMO BACTERIOSTÁTICOS - (IMPIDIENDO SU CRECIMIENTO).

ENTRE LOS PROCESOS FÍSICOS, TENEMOS EL CALOR SECO O HÚMEDO:

CALOR SECO:

ES CUANDO SE APLICA AL FUEGO DIRECTAMENTE EL OBJETO POR DESINFECTAR, EL MATERIAL TIENE QUE SER RESISTENTE A ALTAS TEMPERATURAS COMO VIDRIO, TAMBIÉN EL USO DE AIRE CALIENTE COMO EN EL CASO DE LA ROPA O EL INSTRUMENTAL USADO EN EXODONCIA, COMO EN LOS FÓRCEPS QUE SE COLOCAN EN ESTERILIZADORES CON RESISTENCIA ELÉCTRICA QUE DEBE SER A 120°C. DURANTE 20 MINUTOS.

CALOR HÚMEDO:

EL AUTOCLAVE ES EL APARATO CON EL QUE OBTENEMOS ME

JORES RESULTADOS, DESTRUYE INCLUSO ESPORAS; ES VAPOR A PRESIÓN A 160°C., VARIANDO DE ACUERDO AL MATERIAL QUE SE ESTERILICE. EL INSTRUMENTAL CORTANTE NO SE DEBE SOMETER A ESTE TRATAMIENTO, SINO CON SUSTANCIAS QUÍMICAS DE ALTO PODER BACTERICIDA Y BACTERIOSTÁTICO.

TAMBIÉN TENEMOS LA ELECTRICIDAD, LA LUZ ULTRAVIOLETA Y LAS VIBRACIONES.

MANEJO DEL EQUIPO ESTÉRIL:

EL EQUIPO ESTÉRIL VIENE PROTEGIDO CON UNA CUBIERTA O COMPRESA DE TELA Y SE RETIRARÁ EMPEZANDO POR LA PUNTA VISIBLE QUE SE EXTIENDE EN SENTIDO CONTRARIO A DONDE ESTAMOS NOSOTROS, DESPUÉS SEGUIREMOS CON LAS PUNTAS DE LOS BORDES LATERALES Y POR ÚLTIMO LA CUARTA PUNTA LA EXTENDEREMOS HACIA DONDE ESTAMOS NOSOTROS, SIEMPRE CUIDANDO DE NO ROZAR LOS BORDES NI EL INTERIOR DEL BULTO PORQUE CONTAMINARÍAMOS EL EQUIPO.

EN LOS PAQUETES PEQUEÑOS SE PROCEDE DE IGUAL MANERA RETIRANDO PRIMERO EL PAPEL TESTIGO. AQUÍ, LA CUBIERTA ES DE PAPEL COMO EN EL CASO DE LAS GASAS Y TORUNDAS Y TANTO PROTEGE AL MATERIAL COMO CUBRE LA MANO-

AL ABRIR EL PAQUETE Y ENTREGARLAS.

LAS CAJAS EN LAS QUE SE ENCUENTRA EL INSTRUMENTAL EN SOLUCIÓN ANTISÉPTICA SERÁ DADO POR EL AYUDANTE AL-- OPERADOR, QUIEN LO TOMARÁ CON LAS PINZAS SIN TOCAR LOS BORDES.

LAVADO DEL OPERADOR:

SE HUMEDECEN LOS BRAZOS Y SE APLICA BASTANTE JABON Y SE EMPIEZAN A CEPILLAR LAS UÑAS, CORTADAS AL RAS DESPUÉS LAS CARAS LATERALES DE LOS DEDOS Y POR ÚLTIMO-- LA CARA DORSAL Y LAS PALMAS DE LOS MISMOS. DE AHÍ SE SEGUIRÁ CON EL RESTO DEL BRAZO CON MOVIMIENTOS ENÉRGICOS Y CORTOS. EN EL ENJUAGUE DEBERÁ ESCURRIR EL AGUA DE LAS MANOS A LOS CODOS, LO MISMO QUE EL SECADO (UNATOALLA PARA CADA MIEMBRO).

COLOCACIÓN DE LA VESTIMENTA:

SE TOMA LA BATA CON LA MANO, EN FORMA DE GARRA PARA EVITAR QUE SE CAIGA, SE DESDOBLA A LA ALTURA DE LOS HOMBROS Y EL EXTREMO INFERIOR SE BAJA CUIDANDO DE NO-- SOLTARLO, YA QUE ESTÁ EXTENDIDA, SE TOMA COMO LIBRO --

CON EL LOHO VIENDO HACIA NOSOTROS Y SE EMPIEZA A ABRIR HASTA ENCONTRAR LAS MANGAS DONDE EMPEZAREMOS A INTRODUCIR LOS MIEMBROS AL UNÍSONO; EL AYUDANTE ANUDARÁ LAS CINTAS. SI EL QUE ESTÁ VISTIENDO ES EL INSTRUMENTISTA NO SACA LAS MANOS DE LA MANGA PARA PONERSE LOS GUANTES POR LA TÉCNICA CERRADA. SI SE PONE LOS GUANTES POR LA TÉCNICA ABIERTA, ENTONCES SI SACA LAS MANOS Y SE SUJETARÁ LAS MANGAS CON LA CINTA QUE VA A LOS DEDOS PULGARES. EN EL ENGUANTADO POR TÉCNICA CERRADA SE TOMARA LA GUANTERA Y SE PONDRÁ SOBRE LA MESA; SE TOMA UN GUANTE QUE SE PONE PALMA POR PALMA, PULGAR POR PULGAR, Y SE GIRA 180° DE MANERA QUE ENTRE LA MANO PREVIA APLICACIÓN DE TALCO ESTERIL QUE YA ESTARÁ EN LA GUANTERA, SE IRÁ JALANDO POCO A POCO HASTA QUE ENTRE BIEN COLOCADO, CON EL OTRO GUANTE SE PROCEDE IGUAL.

ESTERILIZACIÓN DEL CAMPO OPERATORIO:

LA BOCA DEL PACIENTE SERÁ IRRIGADA CON SOLUCIÓN ANTISÉPTICA CON EL ATOMIZADOR. NO DEBE HABER TÁRTARO Y SERÁN LIMPIADOS LOS ESPACIOS INTERDENTALES; NO DEBE HABER CARIES VECINAS.

SE IMPREGNA DE YODO (SOLUCIÓN) EL DIENTE EN CUESTIÓN Y LAS PARTES GINGIVALES VECINAS.

LA CARA DEL PACIENTE, LOS LABIOS, DEBEN SER LIMPIADOS CON UNA GASA MOJADA EN JABÓN LÍQUIDO Y AGUA Y--
OTRA GASA MOJADA CON UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA.

CAPÍTULO VII

INSTRUMENTAL UTILIZADO EN LA EXTRACCIÓN DE PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIO- RES PERMANENTES

FÓRCEPS:

UN FÓRCEPS CONSTA DE DOS PIEZAS UNIDAS ENTRE SÍ POR UNA ARTICULACIÓN DE MOVIMIENTO EN QUE CABE DISTINGUIR DOS PORCIONES: LA LARGA Y PASIVA (LOS MANGOS) Y LAS CORTAS Y ACTIVAS (LOS BOCADOS).

LOS QUE UTILIZAREMOS EN LA EXTRACCIÓN DE PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES PERMANENTES SON LOS SIGUIENTES:

1) 18 R: ES PARA PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES DERECHOS; UNA DE LAS PARTES DE LOS BOCADOS ES ACANALADA, CÓNCAVA Y ANCHA PARA QUE SE ADAPTE A LA BIFURCACIÓN DE LAS DOS RAÍCES VESTIBULARES (VESTÍBULO MESIAL Y VESTÍBULO-DISTAL). SE RECOMIENDA EN CORONAS CASI COMPLETAS.

2) 53 R: ES EN FORMA DE BAYONETA, Y COMO EL ANTERIOR, TIENE UN BOCADO ACANALADO Y OTRO CON UN PICO PUNTIAGUDO O MUESCA PARA LAS DOS RAÍCES VESTIBULARES. ES PARA PIEZAS NO MUY DESTRUIDAS. PARA EL LADO DERECHO.

3) 88 R y L: ES EL LLAMADO "TRICORNIO". EL PICO-AFILADO SEPARA LA MEMBRANA MUCOSA Y EL PERIOSTIO AL ENTRAR EN LA BIFURCACIÓN DE LAS RAÍCES VESTIBULARES, MIENTRAS QUE EL BOCADO QUE TIENE DOS PICOS LEVANTA LA MEMBRANA Y EL PERIOSTIO AL PRENSAR LA RAÍZ PALATINA. LADO DERECHO E IZQUIERDO.

4) 18 L: PARA EL LADO IZQUIERDO. ES IGUAL QUE EL OTRO PERO AL REVÉS (18 R). PARA CORONAS SIN DESTRUCCIÓN.

5) 53 L: LOS MANGOS RECTOS EN FORMA DE BAYONETA -- SIRVEN PARA LA MISMA APLICACIÓN QUE EL 18 R y EL 18 L-- SOLO QUE PARA EL LADO IZQUIERDO. EL BOCADO DE LA MUESCA AGARRA LA BIFURCACIÓN DE LAS RAÍCES VESTIBULARES Y -- EL ACANALADO LA RAÍZ PALATINA. PRENSA ARRIBA DEL MARGEN GINGIVAL.

6) 10 S: ES EL UNIVERSAL DE LOS TERCEROS MOLARES, TIENE FORMA DE BAYONETA. ES PARA PRIMEROS Y SEGUNDOS

MOLARES SUPERIORES MÓVILES O CON POCO HUESO DE SOPORTE, YA QUE LOS BOCADOS SON ACANALADOS Y UN POCO ANGUSTOS.

RAIGONERAS O FÓRCEPS DE RAÍCES.

1) 65 y 286: SON EN FORMA DE BAYONETA. ES PARA EXTRACCIONES DE RAÍCES SUPERIORES, FRAGMENTOS DE CENTRALES Y LATERALES SUPERIORES SUPERNUMERARIOS. USO EXCLUSIVO DE LA ARCADA SUPERIOR POR SU FORMA DE BAYONETA.

2) 69 DE THOMES: PARA RESTOS RADICULARES PEQUEÑOS SUPERIORES E INFERIORES. TIENE LOS BOCADOS MÁS FINOS.

BOTADORES O ELEVADORES.

SE UTILIZAN EN LUXACIÓN DE DIENTES Y ENCIAS; TAMBIÉN PARA LA DILATACIÓN DE TABLAS ALVEOLARES, SECCIÓN DE TABIQUES INTER E INTRAALVEOLARES Y ODONTOSECCIÓN.

CONSTAN DE HOJA, TALLO Y MANGO. LA HOJA TIENE UNA PUNTA O BORDE QUE PUEDE SER AGUDO O REDONDEADO, - FILOSO O ROMO. LA CARA QUE SE COLOCA SOBRE EL DIEN- TE ES PLANA O CÓNCAVA, LA OPUESTA ES CONVEXA. EL TA LLO UNE A LA HOJA CON EL MANGO. A CONTINUACIÓN LA - CLASIFICACIÓN:

1) 620/1 BEIN: ES EN FORMA DE GUBIA, ES EL MÁS - IMPORTANTE DE LOS RECTOS. SU PARTE ACTIVA ESTÁ AFI- LADA EN FORMA DE GUBIA, PROVISTA DE UN CORTE AGUDO Y- CONFIGURADO EN CUÑA EN SU SECCIÓN LONGITUDINAL.

2) 301 y 304 DE WHITE (SELDIN): SON DE TIPO DE - DIA CAÑA PARA ALVÉOLOS SUPERIORES. EL 304 ES EL MÁS PESADO Y TIENE UNA HOJA MÁS LARGA. SIRVEN PARA HA-- CER SINDESMOTOMÍA Y EXTRACCIÓN DE RESTOS APICALES EN- ALVÉOLOS SUPERIORES. EL 302 Y EL 303 PARA RESTOS -- APICALES EN MANDÍBULA.

3) 3 DE WHITE: ELEVADOR DE MEDIA CAÑA. LA PUN- TA LARGA O ACTIVA ES DELGADA Y CÓNCAVA Y SE INSERTA - ENTRE LA RAÍZ Y LA PARED ALVEOLAR, SUS MANGOS SON DE- ACRÍLICO. LOS NÚMEROS 27 y 28 PUEDEN INSERTARSE EN-

CUALQUIER PARTE DE LA BOCA PARA ENGANCHAR Y SACAR FÁ--
CILMENTE LOS-RESTOS RADICULARES O RAÍCES, SU MODO DE --
ACCIÓN ES GIRÁNDOLO SOBRE SU PROPIO EJE (ROTACIÓN) Y -
DE PREFERENCIA INTRODUCIENDO EN UN ALVÉOLO LIBRE PARA-
FRACTURAR LA LÁMINA INTERALVEOLAR Y SACAR LA RAÍZ DE--
JUNTO.

INSTRUMENTAL PARA SECCIONAR TEJIDOS BLANDOS.

1) BISTURÍ: EN EXODONCIA USAMOS EL 1006, QUE SE -
UTILIZA PARA HACER COLGAJOS O CUALQUIER TIPO DE INCI--
SIÓN, PRINCIPALMENTE EN ENCÍA. TAMBIÉN TENEMOS EL --
BARD-PARKER CON LA HOJA #15.

2) PINZAS PARA INCISIÓN: SE UTILIZA EN LA PREPARA
CIÓN DE COLGAJOS Y OTRAS MANIOBRAS, SE PUEDEN UTILIZAR
LAS PINZAS DE DISECCIÓN DENTADAS CON LAS QUE SE TOMA -
LA FIBROMUCOSA SIN LESIONARLA O LAS PINZAS DE DIENTE -
DE RATÓN.

3) RETRACTOR DE TEJIDO: MANTIENEN SEPARADOS A LA-
MEJILLA Y AL COLGAJO DEL TEJIDO EN EXTRACCIÓN DE TERCE
ROS MOLARES IMPACTADOS SUPERIORES E INFERIORES.

4) AGUJAS: EN CIRUGÍA DE TERCER MOLAR INCLUIDO O-
CUALQUIER EXODONCIA POR COLGAJO, APICECTOMÍA O EXTRAC-
CIONES EN LAS QUE SE ROMPIÓ LA TABLA LABIAL O LINGUAL-

SE EMPLEAN AGUJAS CURVAS O RECTAS DE PEQUEÑAS DIMENSIONES. ENTRE LAS CURVAS TENEMOS DOS TIPOS: CÓNCAVO-CONVEXAS EN EL SENTIDO DE SUS CARAS Y CÓNCAVO-CONVEXAS EN EL SENTIDO DE SUS BORDES.

5) PORTA-AGUJAS: TOMA LA AGUJA EN EL SENTIDO DE - SU SUPERFICIE PLANA Y LA GUÍA EN SUS MOVIMIENTOS.

6) TIJERAS: SE EMPLEAN PARA SECCIONAR LENGÜETAS Y FESTONES GINGIVALES, TROZOS DE ENCÍA EN EL TRATAMIENTO DE PARADONTOSIS. HAY TIJERAS PUNTIAGUDAS PARA ELIMINAR PUNTOS DE SUTURA. LAS HAY RECTAS CON PUNTA ROMA-PARA SECCIONAR BORDES FIBROSOS, CICATRICES Y TROZOS DE COLGAJOS, TAMBIÉN PARA CORTAR HEBRAS DE MATERIAL DE SUTURA. TIJERAS CURVAS PARA GINGIVECTOMÍA.

INSTRUMENTOS PARA SECCIONAR TEJIDOS DUROS.

MARTILLO QUIRÚGICO, CINCELES O ESCOPLAS, GUBIAS, PINZAS GÚBICAS O ALVEOLÓTOMO.

1) MARTILLO QUIRÚGICO: CONSTA DE MAZA Y MANGO. TE NEMOS EL 31 DE WHITE Y EL 1632 MEAD DE SHINKEL. SE - USARÁN SIEMPRE CON ESCOPLA Y GUBIAS (ESCOPLO CON HOJA-ACANALADA).

2) ESCOPIO O CINCEL: ES UNA BARRA METÁLICA QUE TIENE UN EXTREMO CORTADO A BISEL; ACTÚAN A PRESIÓN MANUAL O SON ACCIONADOS A GOLPES DE MARTILLO DIRIGIDOS SOBRE LA EXTREMIDAD OPUESTA AL FILO. SE USAN PARA RESECAR EL HUESO QUE CUBRE EL OBJETO DE INTERVENCIÓN; TABLA EXTERNA DE EXTRACCIONES DE TERCER MOLAR INFERIOR INCLUIDO; EL HUESO PALATINO QUE PROTEGE A LOS CANINOS, Y EN GENERAL LA TABLA ÓSEA VESTIBULAR PARA ELIMINAR QUISTES DE DIFERENTE TIPO QUE SE DESARROLLAN EN LOS MAXILARES.

SE UTILIZAN EL CINCEL Y EL MARTILLO PARA SEPARAR RAÍCES DE LA BIFURCACIÓN EN EXTRACCIONES DE DIENTES MULTIRRADICULARES.

A CONTINUACIÓN LOS CINCELES PARA HUESO PARA PRESENTACIÓN A MANO Y CON MARTILLO:

a) MD-1 DE WHITE: ES EL MÁS POPULAR. SE USA CON MANO O CON MARTILLO.

b) MD-2 DE WHITE: PARA DIVIDIR LA BIFURCACIÓN O TRIFURCACIÓN DE LAS PIEZAS DENTALES.

c) 1, 2, 3, 4A, 5A, 6A, 7, 8: PARA CUALQUIER PARTE DE LA BOCA DONDE SE PUEDA USAR UN CINCEL RECO O PLANO.

AHORA MENCIONAREMOS LOS USADOS CON PRESIÓN A MANO DE ESTE TIPO TENEMOS SOLAMENTE EL MD-1 Y EL MD-6. CA BE MENCIONAR QUE LAS FRESAS QUIRÚRGICAS HAN VENIDO --- REEMPLAZANDO AL CINCEL Y AL MARTILLO.

3) ALVEOLÓTOMO O PINZAS GUBIAS: SE UTILIZAN PARA HACER LA RESECCIÓN DE HUESO. SON RECTAS O CURVAS. EXTRAEN EL HUESO POR MORDISCOS. SE UTILIZAN PARA ELI MINAR BORDES CORTANTES, CRESTAS ÓSEAS, ESQUIRLAS O --- CRESTAS ALVEOLARES. EL MÁS USADO ES EL TIPO BLUMEN-- THAL DE 16 mm. DE SHINKEL.

4) LIMAS PARA HUESO (ESCOFINAS): SON USADOS EN LA PREPARACIÓN DE MAXILARES DESTINADOS A LLEVAR APARATOS-- DE PRÓTESIS, PROSTODONCIA TOTAL O PARA AISLAR O REGULA RIZAR BORDES DE LOS PROCESOS Y ELIMINAR PUNTAS ÓSEAS. TENEMOS LOS NÚMEROS 11 y 12 DE SELDIN.

5) LEGRAS: SE UTILIZAN PARA SEPARAR DEL HUESO LA-- CUBIERTA MUCOPERIÓSTICA.

6) ELEVADORES DE PERIOSTIO:

a) MD-2: TIENE UN EXTREMO EN FORMA DE LANZA Y --- OTRO EN FORMA DE CUCHARA. SE UTILIZA PARA COMENZAR Y TERMINAR LA OPERACIÓN DE SEPARAR EL COLGAJO DEL TEJIDO

GINGIVAL Y DEL PERIOSTIO ANTES DE LA EXTRACCIÓN.

b) 22: TIENE UNA CUCHARILLA EN CADA EXTREMO. SE-
UTILIZA PARA LEVANTAR Y SEPARAR UN COLGAJO DE TEJIDO Y
DEL PERIOSTIO.

7) ELEVADOR DE PERIOSTIO Y RETRACTOR DE TEJIDO: -
TENEMOS EL #23, QUE TIENE 2 EXTREMOS CON HOJA ACUCHARA
DA QUE PERMITEN HACER UNA FIRME TRACCIÓN EN UN COLGAJO
DE TEJIDO O DEL PERIOSTIO Y SOSTENERLO SIN QUE SE RES-
BALE.

8) CUCHARILLAS PARA HUESO: SIRVEN PARA ELIMINAR -
LAS COLECCIONES PATOLÓGICAS, GRANULOMAS, FUNGOCIDES, -
QUISTES, ETC., DE LAS CAVIDADES ÓSEAS. TAMBIÉN PARA-
EXTRAER ESPÍCULAS DE HUESO, ÁPICES PEQUEÑOS O FRAGMEN-
TOS RADICULARES:

a) 85 y 86 DE LUCAS: TIENEN HOJAS ACUCHARADAS Y--
ANGULADAS PARA CUALQUIER PARTE DE LA BOCA.

b) 42 DE SELDIN: TIENE EXTREMO DOBLE CON HOJAS --
RECTAS, ANGULADAS Y ACUCHARADAS PARA CUALQUIER PARTE -
DE LA BOCA.

9) CUCHARILLAS WHITE PARA ÁPICES O RESTOS DE RAÍCES:

a) 1: INSTRUMENTO PEQUEÑO, RECTO Y DELICADO PARA-EXTRAER PEQUEÑAS PUNTAS DE RAÍCES O ESQUIRLAS EN ALVÉOLOS ANTERIORES, SUPERIORES E INFERIORES.

b) 2 y 3: CUCHARILLAS MUY PEQUEÑAS EN CUELLOS DE-CONTRÁNGULO PARA EXTRAER APICES O RESTOS DE RAÍCES PEQUEÑOS, FRAGMENTOS DE DIENTE Y HUESO DE ALVÉOLOS DE MOLARES Y PREMOLARES SUPERIORES E INFERIORES.

10) FRESAS QUIRÚRGICAS: SACA EL HUESO POR SÍ SOLA O ABRE CAMINO A OTROS INSTRUMENTOS; SE USA PARA SEPARAR RAÍCES O SECCIONAR HUESOS. GIRAN A 150,000 REVOLUCIONES POR MINUTO. TENEMOS LAS SIGUIENTES:

a) REDONDAS (NÚMEROS 5 a 8)

b) FISURA (560).

c) FRESA QUIRÚRGICA DE CHAMBERG (1, 2, 3 y 4).

d) FRESA QUIRÚRGICA DE ALLPORT.

CAPÍTULO VIII

TÉCNICAS DE ANESTESIA EN LA EXTRACCIÓN DE PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES

PARA ELEGIR EL TIPO DE ANESTÉSICO, DEBEMOS CONOCER LA QUÍMICA FARMACOLÓGICA, SUS EFECTOS Y TÉCNICAS PARA EL USO DE ANESTÉSICOS LOCALES.

ANTES DE INDICAR CUALQUIER TIPO DE ANESTESIA, ES CORRECTO E INDICADO REALIZAR UNA HISTORIA CLÍNICA PARA PODER EVALUAR EL PACIENTE FÍSICA Y EMOCIONALMENTE.

CUANDO EXISTA ALGUNA DUDA CON RESPECTO A LA SALUD DEL PACIENTE, DEBEMOS CONSULTAR A SU MÉDICO.

SI SE PROCEDE SIN DICHA CONSULTA PREVIA, PODRÍAN--SURGIR COMPLICACIONES.

SE LE PREGUNTARÁ LO SIGUIENTE: SI ESTUVO O ESTÁ BAJO TRATAMIENTO MÉDICO Y POR QUE RAZONES; SI ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTOS, SEDANTES, ANTIBIÓTICOS, ANTIHISTAMÍNICOS; SI HA PADECIDO FIEBRE REUMÁTICA, LESIONES CARDÍ--

CAS, HEMORRAGIAS, EMBARAZO, DIABETES, ANEMIAS; SI ES --
ALÉRGICO A PENICILINA U OTRA COSA.

SE LE LLAMA ANESTESIA A LA SUPRESIÓN DEL DOLOR CON
PÉRDIDA TOTAL DE LA SENSIBILIDAD QUE SE PUEDE LOGRAR --
POR VARIOS MÉDICOS.

ANALGESIA ES LA SUPRESIÓN DEL DOLOR PERO SIN PÉRDIDA
DE LA CONCIENCIA.

EXISTEN VARIOS TIPOS DE ANESTESIA PARA LA CIRUGÍA--
Y SON: LOCAL, REGIONAL Y GENERAL.

ANESTÉSICO LOCAL ES UN AGENTE QUÍMICO QUE TIENE LA
PROPIEDAD DE BLOQUEAR TEMPORALMENTE LA TRANSMISIÓN DE --
UN ESTÍMULO DOLOROSO.

LA MAYORÍA DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES ESTÁN AGRUPA
DOS EN: COMPUESTOS TIPO ÉSTER, COMO LA PROCAÍNA Y SE DE
RIVAN DEL ÁCIDO PARA-AMINO BENZOICO; COMPUESTOS DE TIPO
ÉSTER, COMO LA LIDOCAÍNA (XILOCAÍNA) Y LA MEPIVACAÍNA--
(CARBOCAÍNA). ESTE GRUPO REACCIONA CON UNA ANESTESIA--
MÁS PROFUNDA, UNA REACCION MÁS RÁPIDA O SATISFACTORIA.
SE ELIMINAN ÉSTOS POR MEDIO DE LA EXCRECIÓN URINARIA Y--
LOS DE TIPO ÉSTER SON ELIMINADOS O HIDROLIZADOS POR EL--
PLASMA Y EL HÍGADO.

REQUISITOS DE UNA DROGA ANESTÉSICA IDEAL.

1) DEBEN BLOQUEAR LA CONDUCCIÓN POR MEDIO DE ACCIÓN EN LA TERMINACIÓN NERVIOSA Y LOS NERVIOS SENSITIVOS.

2) DEBE SER REVERSIBLE.

3) QUE LA DROGA NO SEA IRRITANTE.

4) LA ANESTESIA LOCAL DEBE SER DE REACCIÓN RÁPIDA.

5) DEBE SER EFICAZ POR CUALQUIER VÍA.

6) DEBE SER SOLUBLE.

7) NO DEBERÁ SER TÓXICA.

8) DEBE PERMITIR LA ASOCIACIÓN CON ADRENALINA O -- CON CUALQUIER VASOCONSTRICTOR, YA QUE ÉSTE DISMINUYE SU ABSORCIÓN, O SEA QUE TIENE MÁS TIEMPO DE DURACIÓN.

TÉCNICAS DE ANESTESIA PARA MOLARES SUPERIORES:

a) INYECCIÓN DEL NERVIIO ALVEOLAR SUPERIOR POSTE---RIOR: ESTA RAMA NERVIOSA PROPORCIONA INERVACIÓN AL SENO MAXILAR Y A LOS MOLARES.

PUEDE SER BLOQUEADA AL CURSAR ALREDEDOR DE LA TUBE ROSIDAD DEL MAXILAR Y ANTES DE QUE ENTRE AL MAXILAR PA- RA INERVAR A LOS MOLARES.

SE LE PIDE AL PACIENTE QUE ABRA LA BOCA AL MÁXIMO- Y LA MEJILLA SE RETRAE CON EL DEDO ÍNDICE; A MEDIDA QUE

ÉL PACIENTE CIERRA SU BOCA PARCIALMENTE, LA AGUJA SE IN
SERTA SUAVEMENTE EN EL FONDO DEL SACO VESTIBULAR ADYA--
CENTE Y SE DIRIGE DISTAL Y MESIALMENTE. SE DEBERÁ ---
ANESTESIAIR TAMBIÉN LA MUCOSA PALATINA.

b) INYECCIÓN DEL NERVIU ALVEOLAR SUPERIOR MEDIO; -
ESTE NERVIU INERVA A LOS PREMOLARES Y A LA RAÍZ MESIOBU
CAL DEL PRIMER MOLAR.

LA INYECCIÓN SE APLICA SOBRE LA PUNTA DEL PRIMER -
PREMOLAR. TAMBIÉN SE DEBERÁ ANESTESIAIR LA MUCOSA PALA
TINA.

c) INYECCIÓN DEL NERVIU PALATINO MAYOR: ESTE NER--
VIO INERVA A LA MUCOSA DEL PALADAR DURO SOBRE LOS MOLA-
RES Y PREMOLARES.

NO NECESITA BLOQUEARSE SI SOLO SE VAN A LLEVAR A -
CABO PROCEDIMIENTOS OPERATORIOS. ESTE NERVIU SE BLO--
QUEA MEDIANTE EL DEPÓSITO DE UNAS POCAS GOTAS DE ANESTÉ
SICO LOCAL EN LA ZONA DEL AGUJERO PALATINO MAYOR. ---
ESTE AGUJERO SE ENCUENTRA LOCALIZADO SOBRE EL SEGUNDO--
MOLAR SUPERIOR APROXIMADAMENTE A 1.5CM. HACIA LA LÍNEA--
MEDIA DEL PALADAR.

UNA ANESTESIA CON ÉXITO BLOQUEARÁ LA MUCOSA PALATINA
EN UN LADO, EN LA ZONA DE MOLARES Y PREMOLARES.

CAPÍTULO IX

PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES- PERMANENTES

SINDESMOTOMÍA:

ES UNA MANIOBRA QUE TIENE POR OBJETO DESPRENDER EL DIENTE DE SUS INSERCIÓNES GINGIVALES.

FACILITA LA EXTRACCIÓN POR SECCIÓN DEL LIGAMENTO-- CIRCULAR Y DE LA INSERCIÓN GINGIVAL, EVITANDO ASÍ DESGARRAMIENTOS DE ENCÍA Y PERMITE COLOCAR LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS A LA ALTURA DEL CUELLO DEL DIENTE.

CONSTA DE DOS TIEMPOS:

1) SUPERFICIAL: SE EFECTÚA UNA INCISIÓN EN EL FONDO DE LA BOLSA FISIOLÓGICA Y SE CONTORNEA EL DIENTE COMPLETAMENTE LOGRÁNDOSE LA SECCIÓN DEL LIGAMENTO CIRCULAR DE KOLLIEKER.

2) PROFUNDO: SE EFECTÚA LA SECCIÓN DEL LIGAMENTO--

ALVÉOLO-DENTARIO Y AL PROFUNDIZAR ENÉRGICAMENTE EL SINDESMÓTOMO SE LOGRA LA PRIMERA DILATACIÓN DE LAS PAREDES ALVEOLARES.

INSTRUMENTA: SINDESMÓTOMOS, COMO LOS DE CHOMPRET;- BISTURÍ FINO DE LANCETA; PERIÓSTOMO; BOTADOR RECTO, HOJA DE LA PINZA DE CURACIÓN. DEBEN POSEER DISCRETO FILO, PUNTA Y UN CIERTO ESPESOR.

TÉCNICA PARA EL MAXILAR SUPERIOR:

LADO DERECHO:

MANIOBRAS SOBRE LA CARA VESTIBULAR:

VISIÓN: DIRECTA.

ALTURA DEL SILLÓN: BOCA A NIVEL DEL HOMBRO DEL OPERADOR.

ÁNGULO DEL RESPALDO Y CABEZAL: APROX. 120°.

ORIENTACIÓN DE LA CABEZA: HACIA LA IZQUIERDA.

UBICACIÓN DEL PROFESIONAL: FRENTE AL PACIENTE Y A SU DERECHA.

BRAZOS DEL SILLÓN: AJUSTADOS CONTRA EL PACIENTE -- CON EL OBJETO DE PERMITIR UN ACERCAMIENTO SIN AGACHARSE

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- MANO IZQUIERDA DEL OPERADOR: CON EL ESPEJO APARTADA LA MEJILLA, EL CRISTAL DIRIGIDO HACIA LOS DIENTES INTENSIFICA LA ILUMINACIÓN.

MANO DERECHA: TOMA EL SINDESMÓTOMO COMO SI FUERA UN LÁPIZ, LO MÁS CERCA POSIBLE DE LA HOJA, APOYÁNDOSE CON EL ANULAR.

A CONTINUACIÓN, SE INSINÚA EL SINDESMÓTOMO EN LA BOLSITA PARODONTAL INCIDIENDO EL LIGAMENTO ANULAR EN SENTIDO MESIODISTAL; INMEDIATAMENTE, SE PROFUNDIZA EN EL LIGAMENTO ALVÉOLODENTARIO, BUSCANDO LLEGAR TAN APICALMENTE COMO SEA POSIBLE.

LA MANIOBRA ES ENÉRGICA, EL DEDO ANULAR CUYO APOYO CONTRIBUÍA A LA PRESIÓN SE DESEMPEÑA AHORA COMO TOPE AL PREVENIR HERIDAS EN CASO DE ESCAPE DEL SINDESMÓTOMO.

SE DEBE CONTROLAR EL INSTRUMENTO, LA MANO Y EL ANTEBRAZO DEL OPERADOR SE ENCUENTRAN EN EL MISMO EJE LONGITUDINAL, PERMANECIENDO EL CODO EN LA CINTURA DEL OPERADOR.

CUANDO EL CODO SE SEPARA DEL CUERPO Y LAS MANOS SE ENCUENTRAN MÁS ALTAS QUE LOS HOMBROS DEL OPERADOR SE PIERDE ENERGÍA.

LADO IZQUIERDO. CARA VESTIBULAR:

VISIÓN: DIRECTA

ALTURA DEL SILLÓN: MEDIANO, ENTRE EL HOMBRO Y EL--
CODO.

ÁNGULO DEL RESPALDO Y CABEZAL: SIMILAR AL ANTERIOR
ORIENTACIÓN DE LA CABEZA: SE INDICA GIRAR HACIA LA
DERECHA.

UBICACIÓN DEL PROFESIONAL: AL COSTADO DEL PACIENTE

EL BRAZO IZQUIERDO DEL OPERADOR RODEA LA CABEZA --
DEL PACIENTE, EL ESPEJO SE TOMA CON LA MANO IZQUIERDA,-
SEPARANDO LA MEJILLA E INTENSIFICANDO LA ILUMINACIÓN.
EL DEDO ANULAR DERECHO BUSCA SU APOYO SEGÚN SE HA DICHO
PROCEDIENDO A EFECTUAR LOS DOS TIEMPOS DE LA SINDESMOTO
MÍA VESTIBULAR.

MANIOBRAS SOBRE LA CARA PALATINA:

SIN ABANDONAR LA POSICIÓN ADAPTADA, SE INDICA AL -
PACIENTE QUE GIRE SU CABEZA HACIA EL LADO DERECHO PARA-
GANAR MAYOR VISIBILIDAD, ILUMINANDO CON EL ESPEJO, Y RE
PITIENDO POR PALATINO LAS MANIOBRAS QUE SE HAN DESCRITO

VISIÓN: INDIRECTA.

ALTURA DEL SILLÓN: DESCENDIENDO DE MANERA QUE LA BOCA DEL PACIENTE PERMANEZCA A NIVEL DE LOS CODOS DEL OPERADOR.

AUMENTAR EL ÁNGULO DEL RESPALDO Y CABEZAL.

ORIENTACIÓN DE LA CABEZA: DESVIADA HACIA LA IZQUIERDA.

UBICACIÓN DEL OPERADOR: DETRÁS DEL PACIENTE.

MANO IZQUIERDA: BUSCA APOYO EN LA HEMIMARCADA DEL LADO DE TRABAJO CON EL DEDO ANULAR, QUE APARTA TAMBIÉN LA COMISURA LABIAL. LOS DEDOS MAYOR, ÍNDICE Y PULGAR-SOSTIENEN Y UBICAN EL ESPEJO DE MANERA QUE EL OPERADOR-VISUALICE EL CAMPO OPERATORIO POR VISIÓN INDIRECTA AL MISMO TIEMPO QUE INCREMENTA LA ILUMINACIÓN.

MANO DERECHA: APOYA SU DEDO ANULAR EN LA HEMIMARCADA DERECHA, CONTRIBUYENDO ESTE DEDO A DILATAR EL ORIFICIO BUCAL GANÁNDOSE CAMPO Y LUZ. EL SINDESMÓTOMO TOMA DO POR LOS DEDOS PULGAR, ÍNDICE Y MEDIO REALIZA LOS DOS TIEMPOS DE LA SINDESMOTOMÍA.

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN UTILIZANDO FÓRCEPS.

EN ESTA TÉCNICA, DEBEN EFECTUARSE DETERMINADOS MOVIMIENTOS DE LUXACIÓN A LA PIEZA POR EXTRAER CON EL FÓRCEPS: ROTACIÓN Y OSCILACIÓN QUE SON ROTACIONES DEL DIEN

TÉ ALREDEDOR DE SU EJE LONGITUDINAL; LATERALIDAD Y TRACCIÓN, QUE SON MOVIMIENTOS DE BALANCEO EN DIRECCIÓN BUCO PALATINA, Y TRACCIÓN, QUE ES EL ÚLTIMO MOVIMIENTO DE LA EXTRACCIÓN (DESALOJARLO TOTALMENTE DE SU ALVÉOLO).

EXTRACCIÓN DE PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES.

UTILIZANDO FÓRCEPS:

LA RAÍZ PALATINA DE ÉSTAS PIEZAS ES MÁS FUERTE Y - MÁS DIVERGENTE EN RELACIÓN A LAS DOS VESTIBULARES. EN LA ZONA BUCAL, EL HUESO ES DELGADO, A EXCEPCIÓN DE LA-- CRESTA INFRACIGOMÁTICA. EL QUE RODEA AL ALVÉOLO ES UN HUESO MUY ESPONJOSO Y CEDE FÁCILMENTE. POR LO GENERAL LOS ÁPICES ESTÁN MUY PRÓXIMOS AL SENO MAXILAR, POR LO-- QUE ES MUY COMÚN LA COMUNICACIÓN.

LA EXTRACCIÓN SE LLEVA A CABO MEDIANTE MOVIMIENTOS DE BALANCEO, SOBRE TODO EN DIRECCIÓN BUCAL, YA QUE A ES TE NIVEL LA RESISTENCIA ÓSEA ES MENOR.

LA PIEZA SE EXTRAE DE SU ALVÉOLO EN DIRECCIÓN BU-- CAL SEGÚN UN MOVIMIENTO QUE SIGUE LA CURVATURA DE LA -- RAÍZ PALATINA.

SI EL MOLAR ESTÁ MUY FIRMEAMENTE UNIDO A SU ALVÉOLO O SI LA CORONA ESTÁ TAN DESTRUIDA POR UNA CARIES DE MO--

DO QUE EL FÓRCEPS NO PUEDA SUJETAR LA PIEZA, SE RECURRIRÁ A LA ODONTOSECCIÓN: SE INICIA LA SECCIÓN DE LA PARED PULPAR CON LA FRESA EN DIRECCIÓN MESIODISTAL. DESPUÉS DE SECCIONAR LA RAÍZ PALATINA SE SEPARARÁN LAS DOS BUCALES.

LA FRESA NO DEBE IR MÁS ALLÁ DE LA CÁMARA PULPAR--DEBIDO A LA PROXIMIDAD CON EL SENOS. EL ÚLTIMO PUENTE DE DENTINA PUEDE ROMPERSE CON UNA LIGERA TORSIÓN DEL --ELEVADOR.

LA RAÍZ DISTOBUCAL SE EXTRAERÁ MEDIANTE UN MOVIMIENTO DE PALANCA DEL BOTADOR, USANDO COMO PUNTO DE APOYO -- LA RAÍZ MESIO-BUCAL, SIGUIENDO LA TRAYECTORIA CURVILÍ--NEA Y LUXANDO LA RAÍZ HACIA ABAJO Y HACIA AFUERA PARA --NO HACER COMUNICACIÓN CON SENOS.

SI LA RADIOGRAFÍA MUESTRA QUE EL LÍMITE ENTRE EL --SENO Y EL ALVÉOLO ES MUY JUSTA, ES MEJOR EXTRAER LAS --RAICES QUIRÚRGICAMENTE LEVANTANDO UN COLGAJO Y RESECANDO PARTE DE LA TABLA ÓSEA BUCAL.

LA RAÍZ PALATINA SE EXTRAERÁ CON RAIGONERA, EN VEZ DE BOTADOR, PARA NO INTRODUCIRLA EN EL SENOS.

TÉCNICA DE EXTRACCIÓN UTILIZANDO BOTADORES:

SON INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZAN PARA LA LUXACIÓN DE DIENTES Y RESTOS RADICULARES.

SE EMPLEAN EN LA EXTRACCIÓN DE DIENTES RETENIDOS, TERCEROS MOLARES INFERIORES NORMALMENTE ERUPCIONADOS Y RESTOS RADICULARES, DILATACIÓN DE TABLAS ALVEOLARES, SECCIÓN DE TABIQUES INTER E INTRAALVEOLARES Y ODONTOSECCIÓN.

LA HOJA TIENE UNA PUNTA O BORDE QUE PUEDE SER AGUDO O REDONDEADO, FILOSO O ROMO. LA CARA QUE SE COLOCA SOBRE EL DIENTE A EXTRAER ES PLANA O CÓNCAVA Y LA CARA OPUESTA ES CONVEXA.

HAY ELEVADORES APICALES MUY PEQUEÑOS DE HOJAS FINAS, Y MANGOS GENERALMENTE DELGADOS.

CONSIDERACIONES MECÁNICAS.

FUNCIONAN COMO PALANCA Y COMO CUÑA.

EFFECTO DE PALANCA: EL BRAZO MENOR DE LA PALANCA -- (LA HOJA) TERMINA A LOS FINES PRÁCTICOS EN EL PUNTO DE APOYO, EL BRAZO MAYOR REPRESENTADO POR EL MANGO TRANSMITE LA ENERGÍA MULTIPLICADA POR LA DIFERENCIA DE LONGITUD TANTAS VECES AUMENTADA COMO VECES EL BRAZO ESTÉ CON

TENIDO EN EL MAYOR.

CUANDO USAMOS BOTADORES ANGULADOS O DE BANDERA SIGUIENDO EL EJE AXIAL DEL RESTO A EXTRAER, SE UTILIZAN - MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN.

EL BOTADOR RECTO SE PRESENTA EN ÁNGULO CON EL EJE-MAYOR DE LA PIEZA A EXTRAER, EN ESTE CASO LA APLICACIÓN Y EL APOYO SE EFECTÚAN EN LOS BORDES OPUESTOS DE LA HOJA, CUYO ANCHO PASA A SER EL BRAZO MENOR DE LA PALANCA, ESTANDO REPRESENTADO EL MAYOR POR EL ANCHO DEL MANGO. (ACCIÓN DE DESARMADOR).

EFFECTOS DE CUÑA: TIENE DOS COMPONENTES.

a) EFECTO DE DESPLAZAMIENTO: PORQUE AL NO OCUPAR-- DOS CUERPOS SIMULTÁNEAMENTE EL MISMO ESPACIO, UNO RESULTA DESALOJADO POR EL OTRO.

b) EFECTO DE ELEVACIÓN: LA PROFUNDA INTRODUCCIÓN-- DEL ELEVADOR EN EL ALVÉOLO PROVOCARÁ LA ELEVACIÓN RADICULAR POR PRODUCCIÓN DE UN INTENSO EFECTO EXPULSIVO.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES:

INDICACIONES:

- 1) ZONA DE IMPLANTACIÓN INACCESIBLE AL FÓRCEPS.

- 2) PIEZA A EXTRAER INACCESIBLE AL FÓRCEPS.
- 3) DIENTES DISTALIZADOS, GIRADOS, APIÑADOS O EN --
MALPOSICIÓN.
- 4) CUANDO NO SE PUEDA PROFUNDIZAR ADECUADAMENTE EL
FÓRCEPS: TABLAS INEXTENSIBLES, FRACTURA INTRAALVEOLAR, --
RAÍCES CON CARIES, DESTRUCCIÓN CORONARIA.
- 5) CONFORMACIÓN RADICULAR ANÓMALA.
- 6) CUANDO LAS MANIOBRAS NORMALES CON LOS FÓRCEPS--
NO CONSIGAN MOVLIZAR LA PIEZA Y SE CONSTATE TÉCNICA Y-
RADIOGRÁFICAMENTE AUSENCIA DE OBSTÁCULOS PARA LA ELEVA-
CIÓN RADICULAR.
- 7) CUANDO SE DESEE APROVECHAR EL ALVÉOLO LIBRE, --
DEL MISMO DIENTE O DEL VECINO PARA EXTRAER RAÍCES INAC-
CESIBLES, UTILIZÁNDOSE ENTONCES LOS BOTADORES DE BANDE-
RA HACIENDO MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN.
- 8) DIENTES IMPACTADOS PREVIA ODONTOSECCIÓN.

CONTRAINDICACIONES:

- 1) CUANDO SEA POSIBLE UTILIZANDO FÓRCEPS.
- 2) CUANDO SE ARRIESGUE A COMPROMETER A ÓRGANOS O -
TEJIDOS VECINOS.
- 3) DIENTES RETENIDOS SIN ADECUADA LIBERACIÓN.
- 4) CUANDO EL APOYO DENTARIO LATERAL SEA DÉBIL Y NO
PUEDA SER REFORZADO.

- 5) CUANDO EL APOYO ÓSEO SEA DÉBIL Y NO PUEDA SER--
REFORZADO.
- 6) CUANDO SE FRACTURE EL ÁPICE TENIENDO LA PIEZA -
TOTALMENTE LUXADA.
- 7) PIEZAS DE RAÍCES DIVERGENTES SIN ODONTOSECCIÓN-
PREVIA.
- 8) RAÍCES Y ÁPICES EN FRANCA RELACIÓN CON EL SENO-
MAXILAR.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS:

VENTAJAS:

PUEDEN SER APLICADOS EN CUALQUIER CARA DE LOS DIEN-
TES; PERMITEN MAYOR RAPIDEZ, EVITAN FRACTURAS DE TABLA-
INTERNA Y EXTERNA, MEJORAS POST-OPERATORIAS, EL EFECTO-
DE PALANCA HACE QUE MOVIMIENTOS RELATIVAMENTE AMPLIOS--
SEAN TRANSFORMADOS EN DESPLAZAMIENTOS MÍNIMOS.

DESVENTAJAS: PRETENDER GENERALIZAR EL EMPLEO DE --
LOS BOTADORES PARA LA EXTRACCIÓN DE TODOS LOS DIENTES,-
INSUFICIENTE ESTUDIO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO DEL CASO, -
DESCONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA CORRESPONDIENTE.

TENEMOS DOS CLASIFICACIONES GENERALES DE ELEVADO--
RES: WINTER Y CLEVE-DENT. LOS WINTER SON EXCLUSIVOS--

PARA EL MAXILAR INFERIOR, ASI QUE NOS REFERIREMOS A LOS CLEVE-DENT: PRESENTAN SUS HOJAS RECTAS O CONTRAANGULADAS EN RELACION CON LOS TALLOS. SUS PARTES ACTIVAS -- SON LARGAS Y FUERTEMENTE CÓNCAVO-CONVEXAS COMO UN ESCO-PLO-GUBIA, SU FORMA ES DE LANZA Y SUS EXTREMOS MUY AGUDOS O SUAVEMENTE REDONDEADOS, SON LIVIANOS POR POSEER-- MANGOS HUECOS Y SUS HOJAS SON DE MENOR ESPESOR QUE LOS-WINTER.

PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN CON BOTADORES:

DEBE SER TOMADO DE MODO QUE EL EXTREMO DEL MANGO -- SE UBIQUE EN EL CENTRO DE LA PALMA DE LA MANO. CON EX-CEPCIÓN DEL ÍNDICE, TODOS LOS DEMÁS DEDOS SE CIERRAN SO-BRE EL MANGO CON EL OBJETO DE CONSEGUIR UNA TOMA MUY -- FIRME DEL INSTRUMENTO, EL PULPEJO DEL ÍNDICE SE APOYARÁ SOBRE EL TALLO TAN CERCA DE LA HOJA COMO SEA POSIBLE PA-RA ASEGURAR PRECISIÓN SOBRE LAS MANIOBRAS.

POSICIONES DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR:

MAXILAR SUPERIOR, LADO DERECHO:

VISIÓN: DIRECTA.

ALTURA DEL SILLÓN: LA BOCA DEL PACIENTE A NIVEL -- HOMBRO DEL OPERADOR.

— **ÁNGULO DEL RESPALDO Y CABEZAL:** LA POSICIÓN DEBE --
SER TAL QUE LA HOJA DEL ELEVADOR, EL DIENTE A EXTRAER, --
LA MANO Y EL ANTEBRAZO DEL OPERADOR PERMANEZCAN EN EL --
MISMO EJE LONGITUDINAL MANTENIENDO EL CODO A LA ALTURA --
DE LA CINTURA Y EN CONTACTO CON EL CUERPO DEL PROFESIO --
NAL. ESTA ES LA POSTURA QUE PERMITE DESARROLLAR EL --
MÁXIMO DE ENERGÍA Y PRECISIÓN MANUAL. LA POSICIÓN DE --
LA CABEZA DEL ENFERMO VARIARÁ LIGERAMENTE EN EL EMPLEO --
DE BOTADORES ANGULADOS.

BRAZOS DEL SILLÓN: AJUSTADOS.

UBICACIÓN DEL PROFESIONAL: FRENTE Y A LA DERECHA --
DEL PACIENTE.

ORIENTACIÓN DE LA CABEZA: HACIA LA IZQUIERDA DEL --
PACIENTE.

MANO IZQUIERDA: COLOCA EL PULGAR POR VESTIBULAR, --
EL ÍNDICE POR PALATINO, LOS DEDOS RESTANTES SE APOYAN --
SOBRE LA CARA CON EL OBJETO DE INMOVILIZAR LA CABEZA --
DEL PACIENTE.

MANO DERECHA: TOMA EL BOTADOR.

MAXILAR SUPERIOR, LADO IZQUIERDO:

VISIÓN: DIRECTA.

ALTURA DEL SILLÓN: LA MISMA QUE PARA EL LADO DERE --
CHO.

ÁNGULO DEL RESPALDO Y CABEZAL: EL MISMO.

ORIENTACIÓN DE LA CABEZA DEL ENFERMO: HACIA LA DERECHA. CUANDO SE ACTÚE SOBRE DIENTES EN MALPOSICIÓN PALATINA DEBERÁ HACERSE GIRAR LA CABEZA HACIA LA IZQUIERDA.

UBICACIÓN DEL PROFESIONAL: AL FRENTE Y A LA DERECHA

BRAZOS DEL SILLÓN: AJUSTADOS.

MANO IZQUIERDA: EL DEDO PULGAR POR PALATINO, EL ÍNDICE POR VESTIBULAR, LOS TRES DEDOS RESTANTES SE APLICAN SOBRE EL PÓMULO DEL PACIENTE, CONTRIBUYENDO A INMOVILIZAR LA CABEZA.

MANO DERECHA: TOMA EL BOTADOR.

COLOCACIÓN DEL BOTADOR:

a) CUANDO SE DESEE ACTUAR SOBRE EL ESPACIO INTERRADICULAR, LA HOJA DEBERÁ PRESENTARSE POR VESTIBULAR.

b) PARA COLOCARLO EN LA CARA DISTAL, DEBEMOS TENER ALVÉOLO DISTAL LIBRE, MAYOR FORTALEZA DISTAL DEL DIENTE-A EXTRAER, MAYOR RESISTENCIA DEL VECINO, DEBIDO A LA PRESENCIA DE MAYOR NÚMERO DE DIENTES O MEJOR IMPLANTADOS.

c) PARA COLOCARLO EN MESIAL: DEBEMOS COLOCAR LA HOJA DE VESTIBULAR A LINGUAL, TRATANDO DE PROFUNDIZARLA ENTRE LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL EN BUSCA DE LA MITAD EXACTA DE LA CARA MESIAL DE LA RAÍZ. EN CASO DE NO HABER CORONA COLOCAREMOS EL ELEVADOR DIRECTAMENTE SOBRE LA MITAD DE LA RAÍZ.

PROFUNDIZACIÓN DEL BOTADOR:

UNA VEZ COLOCADO EL BOTADOR EN LA POSICIÓN CORRECTA, SUAVE Y PROGRESIVAMENTE, PROFUNDIZAMOS LA HOJA EN SENTIDO APICAL. SE DEBE PRESTAR ATENCIÓN A LO SIGUIENTE:

1) FIJACIÓN MANDIBULAR: NO SE DEBE DESCUIDAR LA INMOVILIZACIÓN PORQUE CUALQUIER MOVIMIENTO QUE EL PACIENTE PUDIERA REALIZAR PODRÍA DESALOJAR EL INSTRUMENTO, PROVOCÁNDOLE HERIDAS DE DIVERSA GRAVEDAD, EN SEGUNDO TÉRMINO PORQUE LA PRESIÓN QUE SE EJERCE ES INTENSA Y PUEDE PROVOCAR LUXACIÓN MANDIBULAR.

2) NO SE DEBERA APOYAR, DE ESTA MANERA EVITAREMOS LA MOVILIZACIÓN DE LOS DIENTES PROXIMALES, PARA PREVENIR ESTO, SE DEBERÁ ATENDER A LAS SENSACIONES TÁCTILES

QUE TRANSMITEN LOS DEDOS QUE FIJAN LA MANDÍBULA PARA --
CONTROLAR PRECOZMENTE LA SITUACIÓN, CON LA VISTA SERÍA--
TARDÍO.

3) EVITAR MOVILIZACIÓN DEL REBORDE ALVEOLAR: LOS -
TABIQUES O EL REBORDE ALVEOLAR PUEDEN SUFRIR LO MISMO--
QUE LOS DIENTES PROXIMALES Y SE EVITARÁ DE LA MISMA FOR
MA.

4) QUE EXISTA EFICIENCIA EN LA PROFUNDIZACIÓN; ---
CUANDO NO SE PUEDA POR LOS MEDIOS COMUNES, SE HARÁ LO -
SIGUIENTE: SE TALLARÁ EN LA RAÍZ UN NICHU O ESCALÓN CON
LA FRESA, SE TALLARÁ EN EL HUESO UNA GUÍA CON LA FRESA,
SE PROFUNDIZARÁ UN ESCOPLU O GUBIA TAMBIÉN CON AYUDA --
DEL MARTILLO, SE PROFUNDIZARÁ UN BOTADOR RECTO CON EL--
AUXILIO DEL MARTILLO.

5) RIESGOS DE PROYECCIÓN DENTARIA: FRECUENTEMENTE--
LOS ALVÉOLOS PRESENTAN TABLAS MUY DELGADAS O FENESTRA--
DAS (VESTIBULAR SUPERIOR Y LINGUAL INFERIOR). DEBEMOS
PRESTAR ATENCIÓN A LAS SENSACIONES TÁCTILES QUE NOS AD-
VERTIRÁN DE MOVIMIENTOS RADICULARES BAJO LA MUCOSA. NOS
PODEMOS PROYECTAR HACIA PISO DE BOCA, FOSAS CANINAS Y -
PTERIGOMAXILARES Y SENU MAXILAR.

6) LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: SE COLOCARÁN LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA DE MODO QUE RESULTEN INTERPUESTOS EN LA DIRECCIÓN EN QUE LOS INSTRUMENTOS PUEDAN ESCAPAR, ES PREFERIBLE QUE RESULTE HERIDO EL PROFESIONAL Y NO EL PACIENTE. LAS MANIOBRAS SE REALIZAN LENTAMENTE CON UNA TOMA MUY FIRME Y FUERTE DEL BOTADOR. SI AL -- PROFUNDIZAR, SE REALIZA LA AVULSIÓN, SE DEBERÁ A LA -- PRESENCIA DE RAÍZ CÓNICA CON TÉCNICA PERFECTA.

LUXACIÓN:

CONSISTE EN LOGRAR LA COMPLETA MOVILIDAD DEL DIENTE.

PARA LOGRAR ESTE EFECTO, EL EXTREMO DE LA HOJA SE APOYA SOBRE EL CEMENTO, "CLAVÁNDOLO". SE PROCEDE A GIRAR EL INSTRUMENTO SI ES ANGULADO O SE APALANCA DIRECTAMENTE SI ES RECTO, COMPROBÁNDOSE LA ELEVACIÓN DE LA PIEZA. SE PUEDE TALLAR UN NICHOS CON OBJETO DE LOGRAR INMOVILIZACIÓN DEL BOTADOR. NO SE DEBE COLOCAR LA PALANCA MUY PROFUNDAMENTE, PORQUE PODRÍAMOS INMOVILIZAR A -- LOS PROXIMALES, ARRANCAR LA TUBEROSIDAD O FRACTURAR LA MANDÍBULA.

SI NO LOGRAMOS LA ELEVACIÓN CON LA TÉCNICA CORRECTA, ESTAREMOS FRENTE A: ANQUILOSIS, CEMENTOSIS, CONFOR-

MACIÓN RADICULAR ANÓMALA, RAÍCES DIVERGENTES U OBSTÁCULO ÓSEO, EN CUYO CASO SE HARÁ ODONTOSECCIÓN CON O SIN-COLGAJO, SEGÚN EL CASO, O DISECCIÓN RADICULAR A CIELO-ABIERTO.

AVULSIÓN:

CONSISTE EN DESALOJAR TOTALMENTE EL DIENTE O RAÍZ DE SU ALVÉOLO.

EN CASO DE EMPLEAR EL BOTADOR COMO PALANCA, SI SE TRATA DE ELEVADOR ANGULADO, SE GIRARÁ Y LA PIEZA SERÁ-ELEVADA, EN CASO DE BOTADOR RECTO, SE HARÁ UN APALANCA-MIENTO FIRME Y SE ELEVARÁ LA PIEZA.

ODONTOSECCIÓN:

ALGUNAS VECES, LA EXTRACCIÓN MEDIANTE LAS TÉCNICAS COMUNES, ES IMPOSIBLE, EN ESTOS CASOS, SE FRACTURARA LA RAÍZ EN UN PUNTO CONVENIENTE Y SE EXTRAERÁ DESPUÉS CON RAIGONERA O BOTADOR.

TÉCNICAS:

1) CON BOTADOR PATAS DE CABRA, RECTOS O ANGULADOS DE CLEVE-DENT, APLICADOS EN DIRECCIÓN APICAL EN UN PUNTO INTERRADICULAR DÉBIL Y REBLANDECIDO.

2) CON RAIGONERA UBICADA EN EL ESPACIO INTERRADI-

CŪLAR Y LA RAÍZ PALATINA DE PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES, EN ESTE CASO.

3) CON BOTADOR PATA DE CABRA O RECTO, EN UN ESPACIO INTERRADICULAR DEBIL, APLICANDO PRESIÓN EN DIRECCIÓN OCLUSAL.

4) CON ESCOPIO DIRIGIDO EN DIRECCIÓN OCLUSAL, ACTUANDO SOBRE EL PUENTE INTERRADICULAR FUERTE, A VECES TALLANDO GUÍA PREVIA PRESIONANDO CON LA MANO O MARTILLO

5) DIRECTAMENTE CON FRESA, EN CASO DE PUENTES FUERTES.

6) CON DISCO Y FRESA, CUANDO ESTÉ CONSERVADA LA CORONA O GRAN PARTE DE ELLA.

7) TALLANDO UNA GUÍA PREVIA PARA EL BOTADOR CON FRESA O DISCO.

8) CON TÉCNICAS DE COLGAJO, CUANDO LA SECCIÓN DEBA SER SUBCORONARIA E INTRAALVEOLAR.

HABIENDO HECHO LA ODONTOSECCIÓN, CADA RAÍZ SERÁ EXTRAÍDA SEPARADAMENTE, SIN EMBARGO EN LA DIVERGENCIA RADICULAR ACENTUADA SE IMPONE LA SECCIÓN HORIZONTAL DE UNA DE LAS RAÍCES Y A VECES LAS DOS.

EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE RESTOS RADICULARES:

- 1) DISECCIÓN DE UN COLGAJO MUCOPERIÓSTICO.
- 2) EXPOSICIÓN RADICULAR.
- 3) EXTRACCIÓN MEDIANTE ELEVADOR O RAIGONERA.
- 4) LIMPIEZA Y SUTURA DE LA HERIDA.

DETALLAREMOS EL PROCEDIMIENTO ANTERIOR: SE REALIZA UNA INCISIÓN ANGULAR. SE DISECA UN COLGAJO MUCOPERIÓSTICO DESCUBRIENDO LA RAÍZ. SE UTILIZA DE PREFERENCIA--PIEZA DE MANO. LA CERCANÍA DE LOS ÁPICES CON EL SENO--NOS INDICARÁ LA PREFERENCIA DE PROCEDER QUIRÚRGICAMENTE

SE PUEDE EXTRAER LA RAÍZ CON UN ELEVADOR RECTO, INTRODUCIÉNDOLO EN EL ESPACIO PERIODÓNTICO POR LA PARTE -PALATINA DONDE EL HUESO TIENE EL SUFICIENTE GROSOR COMO PARA SOPORTAR LA PRESIÓN QUE SE EJERCE SOBRE ÉL. LA LUJACIÓN SE COMPLETA ROTANDO EL ELEVADOR Y PROCURANDO NO-APLICAR MUCHA FUERZA MUY REDUCIDA.

DESPUÉS DE LIMPIAR LA HERIDA, HAY QUE SUTURARLA, -LAS SUTURAS INTERDENTALES DEBEN TENER UN BUEN APOYO ---ÓSEO Y NO SOBRE EL ALVÉOLO. EN LA ENCÍA LIBRE PUEDE --SER NECESARIO DAR UN PUNTO SUPLEMENTARIO SI LA INCISIÓN VERTICAL HA SIDO MÁS LARGA DE LO NORMAL, O SI LOS BOR--DES DE LA HERIDA NO SE CORRESPONDEN EXACTAMENTE.

TÉCNICA DE LA VÍA TRANS-GÍNGIVO-ÓSEA.

SE INTRODUCE UN ELEVADOR APICAL EN EL ALVÉOLO HASTA TOMAR CONTACTO CON LA RAÍZ, CONSERVANDO UNA IMAGEN--
MENTAL DE LA PROFUNDIDAD.

SE RETIRA EL INSTRUMENTO DEL ALVÉOLO Y SE LO PRE--
SENTA SOBRE LA ENCÍA, EN ÁNGULO RECTO CON RESPECTO AL--
EJE AXIAL DEL ALVÉOLO A LA ALTURA DEL ÁPICE Y SE LO PRO--
FUNDIZA ATRAVEZANDO LA GÍNGIVA Y EL HUESO HASTA TOMAR--
CONTACTO CON EL ÁPICE. SE PUEDE ENTONCES VARIAR LIGERA--
MENTE LA DIRECCIÓN SIN PERDER EL ENCLAVAMIENTO Y EFEC--
TUANDO PRESIÓN EN SENTIDO OCLUSAL, CONSIGUIENDO LA ELE--
VACIÓN. SI SE HACE A COLGAJO, SE LLAMA "TRANSÓSEA".

CONTROL POST-OPERATORIO DE LAS EXTRACCIONES.

SE ELIMINARÁ TODO PROCESO PROLIFERATIVO, APICAL O--
MARGINAL, TAMBIÉN CUERPOS EXTRAÑOS, ESQUIRLAS ÓSEAS O--
DENTARIAS, FRAGMENTOS FRACTURADOS EN LAS TABLAS O TABI--
QUES SEPTALES O INTERSEPTALES.

SE REALIZARÁ EXTIRPACIÓN O REGULARIZACIÓN DE BORDES
MUY PROMINENTES EN LOS TABIQUES O CUANDO SE OBSERVE QUE
SU IMPLANTACIÓN COMPROMETE SU IRRIGACIÓN.

SE REGULARIZARÁ O SUTURARÁN HERIDAS O DESGARRAMIE--
NTOS. SE SIMPLIFICARÁ CON TIJERAS O BISTURÍ Y LA SUTURA

CORRESPONDIENTE A LAS ENCÍAS DESPRENDIDAS O BRECHAS IMPORTANTES.

SE PROCEDERÁ A LA REDUCCIÓN DE LAS TABLAS, QUE HAN SIDO DILATADAS POR NUESTRAS MANIOBRAS, PARA LO CUAL SE PROCEDE A APLICAR AMBOS PULGARES, UNO POR VESTIBULAR Y OTRO POR PALATINO Y SE REALIZA UNA INTENSA COMPRESIÓN--DIGITAL.

TODO ESTO ES PARA REDUCIR REBORDES RETENTIVOS QUE IMPEDIRÁN LA EJECUCIÓN DE PRÓTESIS CORRECTAS.

CAPÍTULO X

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

FRACASO EN ASEGURAR LA ANESTESIA:

SE DEBE A LA TÉCNICA DEFICIENTE O A DOSIS INSUFICIENTE DE ALGÚN ANESTÉSICO. EN USO DE ANESTESIA LOCAL, SE DEBERÁ PROBAR SU EFECTO INTRODUCIENDO UNA SONDA ROMA EN EL SURCO GINGIVAL BUCAL Y LINGUAL, HABIENDO PRESIÓN--PERO NO DOLOR EN EL PACIENTE.

FRACASO EN LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE:

SI LA EXTRACCIÓN SE RESISTE A UNA FUERZA RAZONABLE SE DEBERÁ BUSCAR LA RAZÓN, EN MUCHOS CASOS ES MEJOR LA--ODONTOSECCIÓN.

FRACTURA DE CORONA AL SER EXTRAÍDA:

ES INEVITABLE SI EL DIENTE ESTÁ DEBILITADO, YA SEA POR CARIES O POR UNA RESTAURACIÓN AMPLIA O SI SE COLOCA EL FÓRCEPS (BOCADO) SOBRE LA CORONA EN VEZ DE SOBRE LA--RAÍZ. DEBE SER UN FÓRCEPS IDÓNEO PARA QUE LA SUJETA--CIÓN DE LA PIEZA SEA LA IDEAL. ALGUNAS VECES, LA APLI--CACIÓN POSTERIOR DEL FÓRCEPS O DEL ELEVADOR LIBERARÁ AL DIENTE Y EN OTRAS OCASIONES SE EMPLEARÁ EL MÉTODO TRANS

ALVEOLAR.

FRACTURA DE LAS RAÍCES DEL DIENTE AL SER EXTRAÍDAS:

GENERALMENTE ES POR LOS MISMOS FACTORES QUE LA ---
FRACTURA DE CORONA. NO SIEMPRE SE DEBERÁ SER REMOVIDO-
UN RESTO RADICULAR. SE DICE QUE UN ÁPICE RADICULAR PUE
DE SER DEFINIDO COMO FRAGMENTO RADICULAR SI SU DIMEN---
SIÓN MAYOR ES MENOR DE 5mm.

EN PACIENTES SANOS, LOS ÁPICES RETENIDOS DE DIENTES
VITALES CASI NUNCA DAN PROBLEMAS Y EN LA MAYORÍA DE LOS
CASOS SE DEBEN DEJAR A MENOS QUE PUEDAN SER EXPUESTOS--
CUANDO SE USAN DENTADURAS O SE PRESENTAN SÍNTOMAS. LA-
EXTRACCIÓN DL TERCIO APICAL DE LA RAÍZ PALATINA DE UN--
MOLAR SUPERIOR SE PUEDE VER COMPLICADA CON EL DESPLAZA
MIENTO DEL FRAGMENTO AL SENO MAXILAR O CON UNA COMUNICA
CIÓN OROANTRAL. SI LA REMOCIÓN ESTÁ INDICADA, SERÁ POR
EL MÉTODO TRANSALVEOLAR.

FRACTURA DE HUESO ALVEOLAR:

SE PUEDE DEBER A LA INCLUSIÓN ACCIDENTAL DEL HUESO
ALVEOLAR ENTRE LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS O A LA CONFIGURA
CIÓN DE LAS RAÍCES, LA FORMA DEL ALVÉOLO O A CAMBIOS PA
TOLÓGICOS DEL HUESO ENTRE SÍ. ES ACONSEJABLE REMOVER--
CUALQUIER FRAGMENTO ALVEOLAR QUE HAYA PERDIDO MÁS DE LA

MITAD DE LA FIJACIÓN PERIÓSTICA, SUJETÁNDOLO POR MEDIO DE UNA PINZA HEMOSTÁTICA Y DISECANDO EL TEJIDO BLANDO- CON UN ELEVADOR PERIÓSTICO, UN BRUÑIDOR DE MITCHELL O UNA LEGRA DE CUMINE.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR:

OCASIONALMENTE, DURANTE LA EXTRACCIÓN DE UN MOLAR SUPERIOR, SE SIENTE QUE EL DIENTE SE MUEVE CON EL HUESO DE SOPORTE. GENERALMENTE SE DEBE A LA INVASIÓN DE LA TUBEROSIDAD POR EL SENOS, QUE ES COMÚN CUANDO SE PRESENTA UN MOLAR AISLADO.

PROCEDIMIENTO PARA REMEDIAR EL PROBLEMA: SE DEBE ELIMINAR EL FÓRCEPS Y LEVANTAR UN COLGAJO BUCAL MUCOPERIÓSTICO GRANDE, LA TUBEROSIDAD FRACTURADA Y EL DIENTE DEBE SER LIBERADOS LOS TEJIDOS BLANDOS PALATINOS POR DISECCIÓN ROMA Y LEVANTADOS DE LA HERIDA, SE APOSIONARÁN LOS COLGAJOS CON SUTURAS DE COLCHONERO Y SE DEJA EN SU LUGAR POR LO MENOS 10 DÍAS. SE LE ADVERTIRÁ AL PACIENTE QUE LE PUEDE SUCEDER EN EL OTRO LADO.

FRACTURA DE DIENTES ADYACENTES Y OPUESTOS:

ESTA EVENTUALIDAD PUEDE SER EVITADA. PUEDE SUCEDER CUANDO UN DIENTE ESTÉ MUY CARIADO, AMPLIAMENTE RESTAURADO O EN LA LINEA DE EXTRACCIÓN, SI EL DIENTE QUE-

SE VA A EXTRAER ES PILAR DEL PUENTE, SE SEPARA DICHO -
PUENTE CON UN DISCO DE CARBURO O DIAMANTE PREVIAMENTE-
A LA EXTRACCIÓN.

SE DEBEN RESTAURAR LOS DIENTES ADYACENTES ANTES -
DE LA EXTRACCIÓN Y NO UTILIZAR A OTROS DIENTES COMO --
FULCRO (APOYO) PARA UN ELEVADOR. CON FUERZA EXCESIVA-
SE PUEDEN DAÑAR LOS ANTAGONISTAS. SE TENDRÁ CUIDADO -
EN LA COLOCACIÓN DE ABREBOCAS Y APOYOS, PARA NO FRACTU
RAR DIENTES DÉBILES EN SU ESTRUCTURA.

FRACTURA DE LA MANDÍBULA:

SE DEBE A EMPLEAR MUCHA FUERZA CUANDO LA MANDÍBU-
LA PADECE: OSTEOPOROSIS SENIL Y ATROFIA, OSTEOMIELITIS
POR RADIOTERAPIA PREVIA, O RADIODISTROFIAS TALES COMO-
OSTEÍTIS DEFORMANTE, DISPLASIA FIBROSA, O FRAGILIDAD -
ÓSEA, DIENTES NO ERUPCIONADOS, QUISTES, HIPERPARATIROI
DISMO O TUMORES.

DEBERÁ COLOCARSE UN SOPORTE EXTRABUCAL Y EL PA---
CIENTE SERÁ REFERIDO INMEDIATAMENTE A UN HOSPITAL DON-
DE EXISTAN LAS FACILIDADES PARA EL TRATAMIENTO.

DISLOCACIÓN DE UN DIENTE ADYACENTE:

SE PUEDE EVITAR. LAS CAUSAS SON SIMILARES A LAS-
DE FRACTURA DE UN DIENTE ADYACENTE. NUNCA DEBERÁ DE--

BRIDARSE CON FUERZA LA CARA MESIAL DEL PRIMER MOLAR PERMANENTE POR MIEDO A DESALOJAR EL PREMOLAR CONTIGUO.

DISLOCACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.

SUCEDE CUANDO NO SE SOSTIENE BIEN LA MANDÍBULA DURANTE LA EXTRACCIÓN O POR USO INCORRECTO DE ABREBOCAS.

ANTE ESTE PROBLEMA, EL OPERADOR SE PARA ENFRENTEDEL PACIENTE Y COLOCA SUS DEDOS PULGARES INTRABUCALMENTE EN LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA LATERALMENTE A LOS MOLARES INFERIORES PRESENTES Y CON SUS DEDOS EXTRABUCALMENTE POR DEBAJO DEL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA, SE EJERCERA PRESIÓN HACIA ABAJO CON LOS PULGARES Y HACIA ARRIBA CON EL RESTO DE LOS DEDOS. SE LE DIRÁ AL PACIENTE QUE NO BOSTECE DURANTE VARIOS DÍAS.

DESPLAZAMIENTO DE UNA RAÍZ DENTRO DE LOS TEJIDOS BLANDO

SE DEBERÁ UTILIZAR VISIÓN INDIRECTA.

DESPLAZAMIENTO DE UNA RAÍZ DENTRO DEL SENO MAXILAR.

GENERALMENTE ES LA RAÍZ PALATINA DE PREMOLARES Y MOLARES SUPERIORES DEBIDO A SENO MAXILAR GRANDE Y POR NO SEGUIR LAS SIGUIENTES REGLAS:

1) APRISIONARLA CON BOCADOS SOLO CON VISIÓN DIRECTA Y SEGURAMENTE.

2) NO EXTRAER LA RAÍZ PALATINA DE MOLARES SUPERIORES SI NO HAY INDICACIÓN POSITIVA PARA RETIRARLA.

3) EXTRAERLA LEVANTANDO COLGAJO MUCOPERIÓSTICO --- GRANDE. DEBERÁ REMITIRSE A UN CIRUJANO BUCAL U OTORRINOLARINGÓLOGO HABIENDO CUBIERTO LA EXPOSICIÓN.

DESPLAZAMIENTO DE UNA RAÍZ BAJO ANESTESIA GENERAL EN EL SILLÓN DENTAL.

DEBE PARARSE LA ANESTESIA DE INMEDIATO Y LLEVAR LA CABEZA DEL PACIENTE HACIA ADELANTE. SI NO SE ENCONTRA EN EL EMPAQUE, SE TOMARÁN RADIOGRAFÍAS PRIMERO DEL ALVÉOLO Y LUEGO DEL TÓRAX.

SI SE FUE A LOS BRONQUIOS, SE EXTRAERÁ CON BRONCOSCOPIA Y EL PACIENTE IRÁ AL HOSPITAL EN CASO DE TOS, DOLOR EN EL PECHO O TEMPERATURA.

HEMORRAGIA DURANTE LA OPERACIÓN.

HACE DIFÍCIL LA VISIÓN. SE CONTROLARÁ CON CASAS O CON UN EYECTOR, SI ES MUY PROFUSA, CON PRESIÓN DE UN EMPAQUE CON SOLUCIÓN SALINA NORMAL CALIENTE SOSTENIDO EN POSICIÓN POR UN TIEMPO DE DOS MINUTOS.

SI ES POR RUPTURA DE UN VASO MAYOR, SE SUJETARÁ -- CON UNA PINZA HEMOSTÁTICA. EL VASOCONSTRICTOR NOS AYU-

DÁRÁ.

HEMORRAGIA AL TERMINAR LA EXTRACCIÓN.

SE COLOCARÁN GASAS DURANTE 10 MINUTOS Y SI NO CEDE SE COLOCARÁ SUTURA DE COLCHONERO.

HEMORRAGIA POST-OPERATORIA.

CASI INVARIABLEMENTE SE VERÁ UN EXCESO DE COÁGULO-SANGUÍNEO, SE SUJETARÁ CON UNA GASA Y SE REMOVERÁ, DESPUÉS SE COLOCARÁ UN EMPAQUE DE GASA CON POLVO DE ÁCIDO-TÁNICO. EN OCASIONES SE COLOCARÁ UNA SUTURA DE COLCHONERO TENSIONANDO EL MUCOPERIOSTIO SOBRE EL HUESO SUBYACENTE PARA PROVOCAR ISQUEMIA, MORDERÁ UNA SUTURA DURANTE 5MIN. DESPUÉS DE LA SUTURA.

DAÑO A ENCÍAS:

EN CASO DE ADHERIRSE LA ENCÍA AL DIENTE POR EX---- TRAER SE DESECTARÁ CON TIJERAS O BISTURÍ.

DAÑO A LABIOS:

EL LABIO INFERIOR PUEDE SER APRISIONADO ENTRE LOS-MANGOS DEL FÓRCEPS Y DIENTES ANTERIORES O QUEMADOS SI - EL FÓRCEPS NO SE HA ENFRIADO.

DAÑO A NERVIIO DENTARIO INFERIOR O CUALQUIERA DE SUS RAM

SE PODRÁ EVITAR TOMANDO RADIOGRAFÍAS PRE-OPERATO--

RIAS EL DAÑO AL NERVIO DENTARIO INFERIOR.

EL MENTONIANO PUEDE SER DAÑADO EN EXTRACCIÓN DE --
RAÍCES DE PREMOLARES INFERIORES Y ESTO SE EVITA CON EL-
USO DE UN RETRACTOR METÁLICO DURANTE LA OPERACIÓN.

DAÑO AL NERVIO LINGUAL:

SE UTILIZARÁ UN RETRACTOR METÁLICO PARA PROTEGER--
LOS TEJIDOS BLANDOS ADYACENTES CUANDO SE UTILIZA FRESA-
Y SE TENDRÁ CUIDADO DE NO PRESIONARLOS CON EL FÓRCEPS.

DAÑO A LENGUA Y PISO DE BOCA:

SE DEBE A FALTA DE CUIDADO EN LA APLICACIÓN DE LOS
INSTRUMENTOS, SOBRE TODO EN ANESTESIA GENERAL. EN CASO
DE HERIDA EN LENGUA, SE JALARÁ ESTA HACIA ADELANTE Y SE
COLOCARÁN SUTURAS.

DOLOR POST-OPERATORIO POR TRAUMATISMO DE TEJIDOS DUROS
O BLANDOS:

POR LOS TEJIDOS DUROS SE PUEDE DEBER A UN MACHACA-
MIENTO DE HUESO DURANTE LA INSTRUMENTACIÓN O POR SOBRE-
CALENTAMIENTO DE UNA FRESA DURANTE LA EXTRACCIÓN DE HUE-
SO. SE DEBERÁ ALISAR CUALQUIER BORDE FILOSO Y LIMPIAR-
EL ALVÉOLO. CON RESPECTO A LOS TEJIDOS BLANDOS, SE PUE-
DE DAÑAR A LA ENCÍA DEJANDO LA CAPA MUCOSA SEPARADA DEL
PERIOSTIO.

DOLOR POST-OPERATORIO DEBIDO A ALVÉOLO SECO:

ES UNA OSTEITIS LOCALIZADA QUE INVOLUCRA TODO O --
PARTE DEL HUESO CONDENSADO QUE CUBRE EL ALVÉOLO DENTA--
RIO, O SEA LA LÁMINA DURA.

SE CARACTERIZA POR DOLOR AGUDO DEL ALVÉOLO DENTA--
RIO EN PRESENCIA DE HUESO DESNUDO SIN COÁGULO SANGUÍNEO

LA CAUSA ES DESCONOCIDA PERO HAY FACTORES PREDISPO
NENTES: INFECCIÓN PRE-OPERATORIA, EXTRACCIÓN TRAUMÁTICA
USO DE VASOCONSTRUCTOR Y EXCESO DE ANESTESIA DE ESTE TI
PO.

LAS PIEZAS INFERIORES SON MÁS AFECTADAS QUE LAS SU
PERIORES POR TENER UN HUESO MÁS DENSO Y ESTAR MENOS VAS
CULARIZADO.

EN PRESENCIA DE ESTA ALTERACIÓN, EL ALVÉOLO DEBE -
SER LAVADO CON UNA SOLUCIÓN SALINA TIBIA Y TODO EL COÁ-
GULO SANGUÍNEO DEGENERADO SE REMOVERÁ, SE ELIMINARÁN SA
LIENTES FILOSAS ÓSEAS CON PIEDRA DE RUEDA, SE EMPACA --
DENTRO DEL ALVÉOLO UN RECUBRIMIENTO LAXO COMPUESTO POR-
ÓXIDO DE ZINC CON ESTRÍAS DE ALCODÓN, SE PRESCRIBEN ---
ANALGÉSICOS Y COLUTORIOS CON SOLUCIÓN SALINA CALIENTE Y
SE VE AL PACIENTE EN 3 DÍAS MÁS.

ALGUNOS PACIENTES NECESITAN CAUTERIZACIÓN QUÍMICA DEL HUESO PARA ALIVIAR SÍNTOMAS. UN COMPUESTO DE BARNIZ DE WHITE HEAD (COMPUESTO DE PIGMENTO DE YODO--FORMO) EN GASA O ALGODÓN FORMARÁ TEJIDO DE GRANULACIÓN.

DOLOR POST-OPERATORIO DEBIDO A OSTEOMIELITIS AGUDA DE LA MANDÍBULA.

ES CAUSADA POR LA EXTRACCIÓN TRAUMÁTICA DE UN MOLAR INFERIOR BAJO ANESTESIA LOCAL EN PRESENCIA DE INFLAMACIÓN GINGIVAL AGUDA COMO PERICORONITIS O GINGIVITIS ULCERATIVA AGUDA.

SÍNTOMAS: DEPRESIÓN TOTAL Y TOXICIDAD, PIREXIA, DOLOR INTENSO, MANDÍBULA EXTREMADAMENTE SENSIBLE A PALPACIÓN EXTRABUCAL, PÉRDIDA DE LA SENSIBILIDAD HORAS O DÍAS DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN.

DOLOR POST-OPERATORIO DEBIDO A ARTRITIS TRAUMÁTICA DE LA ARTICULACIÓN TÉMPORO-MANDIBULAR.

SE DEBE A NO SUJETAR BIEN LA MANDÍBULA EN EXTRACCIONES INFERIORES.

HINCHAZÓN POST-OPERATORIA DEBIDA A EDEMA O HEMATOMA.

SE DEBE A NO MANIPULAR CORRECTAMENTE LOS TEJIDOS-BLANDOS, AL USO DE INSTRUMENTOS REDONDEADOS, RETRACCIÓN EXCESIVA DE COLGAJOS, INCORRECTAMENTE DISEÑADOS O AL ATASCAMIENTO DE LA FRESA EN TEJIDOS BLANDOS O SI -- LOS TEJIDOS SE AMARRAN FUERTEMENTE CON LO QUE HABRÁ -- DESCAMACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS Y COLAPSO DE SUTURA.

SE DEBERÁN HACER ENJUAGUES DE SOLUCIÓN SALINA POR DOS O TRES DÍAS.

HINCHAZÓN POST-OPERATORIA DEBIDA A INFECCIÓN.

EN UNA INFECCIÓN LEVE DE LA HERIDA SE RECOMENDARÁN ENJUAGUES BUCALES FRECUENTES CON SOLUCIÓN SALINA - CALIENTE; EN INFECCIONES GRAVES SE RECURRIRÁ A ANTIBIOTICOTERAPIA PREVIA ELIMINACIÓN DE PUS.

TRISMO:

ES LA IMPOSIBILIDAD DE ABRIR LA BOCA DEBIDO A ESPASMO MUSCULAR.

SUS CAUSAS SON: EDEMA POST-OPERATORIO, FORMACIÓN DE HEMATOMA O INFLAMACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS.

EN ALGUNOS CASOS LEVES, EL CALOR INTRABUCAL CON LUZ INFRARROJA O EL USO DE ENJUAGUES CON SOLUCIÓN SALI

NA CALIENTE ALIVIA, PERO ALGUNOS PACIENTES NECESITAN--
ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS O TRATAMIENTO ESPECIAL.

CREACIÓN DE UNA COMUNICACIÓN BUCO-ANTRAL.

ALGUNAS VECES LAS RAÍCES DE MOLARES SUPERIORES ES
TAN SEPARADAS DEL SENO MAXILAR POR UNA CAPA DE TEJIDO-
BLANDO, QUE SI SE DESTRUYE POR UNA INFECCIÓN PERI-API--
CAL O EN UNA EXTRACCIÓN, SE CREARÁ LA COMUNICACIÓN.

CUANDO HAY SOSPECHA, SE LE DICE AL PACIENTE QUE -
SE TAPE LA NARIZ E INTENTE SOPLAR POR LA NARIC, CON LO
QUE BURBUJEARÁ LA SANGRE EN EL ALVÉOLO.

SE LEVANTARÁN COLGAJOS MUCOPERIÓSTICOS Y LA ALTU-
RA DEL HUESO ALVEOLAR SE DEBE REDUCIR SIN AUMENTAR EL-
TAMAÑO DEL DEFECTO ÓSEO, DESPUÉS DE COLOCAR SUTURAS NO
TENSAS SOBRE LOS COLGAJOS A TRAVÉS DEL DEFECTO POR ME-
DIO DEL RECUBRIMIENTO DE LA ZONA CON UNA EXTENSIÓN DE-
ACRÍLICO DE CURACION RÁPIDA HACIA UNA DENTADURA EXIS--
TENTE O MEDIANTE UNA PLACA-BASE O CON MODELINA COLOCA-
DA ALREDEDOR DE LOS DIENTES ADYACENTES O POR MEDIO DE-
SUTURAS. EL PACIENTE NO DEBE ENJUAGARSE PORQUE CONTA-
MINARÍA EL SENO.

SÍNCOPE:

EL PACIENTE SE SENTIRÁ MAREADO, DÉBIL, CON NÁUSEAS Y LA PIEL SE VERÁ PÁLIDA, FRÍA Y SUDOROSA.

SE INCLINARÁ HACIA ABAJO EL CABEZAL, SE AFLOJARÁN-LAS PRENDAS, MANTENIENDO EL PASO DEL AIRE, NO SE LE DARA NINGÚN LÍQUIDO HASTA QUE NO VUELVA EN SÍ, Y ENTONCES SE LE DARÁ UNA BEBIDA GLUCOSADA SI ES QUE NO HA COMIDO-Y ESTÁ BAJO ANESTESIA LOCAL, SE TERMINARA LA EXTRACCIÓN

SI NO SE RECUPERA, SE LE DARÁ OXÍGENO Y SE PEDIRÁ-AYUDA MÉDICA, CHECANDO SIGNOS VITALES Y SE APLICARÁ UNA SOLUCIÓN INTRAVENOSA DE 250mg. DE AMINOFILINA LENTAMENTE.

PARO RESPIRATORIO:

LOS MÚSCULOS ESQUELÉTICOS SE VUELVEN FLÁCCIDOS Y -LAS PUPILAS MUY DILATADAS.

SE ACOSTARÁ AL PACIENTE EN EL PISO Y SU VÍA RESPIRATORIA SERÁ DESPEJADA, EXTENDERÁ LA CABEZA, SE COMPRIMIRÁN LAS ALAS DE LA NARIZ Y SE HARÁ RESUCITACIÓN DE BOCA A BOCA CADA 3 ó 4 SEGUNDOS, SE DEBE MIENTRAS CHECAR-PULSO CAROTÍDEO Y EL LATIDO DE LA PUNTA A INTERVALOS REGULARES PORQUE HAY EL RIESGO DE PASAR A PARO CARDÍACO.

FARO CARDÍACO:

A MENOS QUE SE REGULARICE LA CIRCULACIÓN SANGUÍNEA ANTES DE 3 MINUTOS, HABRÁ DAÑOS IRREVERSIBLES EN EL CEREBRO POR ANOXIA CEREBRAL.

EL PACIENTE EXHIBE PALIDEZ MORTAL, PIEL GRISÁCEA, SUDOR FRÍO. EL PULSO Y EL LATIDO DE LA PUNTA NO SE SIENTEN Y LOS SONIDOS CARDÍACOS NO SE ESCUCHAN.

SI EL PACIENTE ES UN NIÑO, EL CORAZÓN VOLVERÁ A LATIR CON GOLPES FUERTES EN EL ESTERNÓN. SI ES ADULTO, SE LE COLOCARÁ BOCA ARRIBA, PONIENDO LA PALMA DE LA MANO IZQUIERDA EN EL TERCIO INFERIOR DEL ESTERNÓN Y LA MANO DERECHA SOBRE LA IZQUIERDA PRESIONANDO RÍTMICAMENTE A INTERVALOS DE UN SEGUNDO CON SUFICIENTE FUERZA PARA COMPRIMIR EL CORAZÓN ENTRE EL ESTERNÓN Y LA COLUMNA VERTEBRAL, SI HAY OTRA PERSONA, DEBERÁ INTENTAR RESPIRACIÓN DE BOCA A BOCA. SI NO LA HAY, EL CIRUJANO DENTISTA DEBERÁ INTENTAR ALTERNADAMENTE RESUCITACIÓN RESPIRATORIA Y CARDÍACA CADA 20 SEGUNDOS.

AL REESTABLECERSE, SE MEJORARÁ EL COLOR, SE CONTRAERÁN LAS PUPILAS Y SE REESTABLECERÁ LA RESPIRACIÓN Y RITMO CARDÍACO.

URGENCIAS ANESTÉSICAS:

SI SE PRESENTA EL COLAPSO, SE DEBE SUSPENDER LA -- ANESTESIA INMEDIATAMENTE Y PERMITIR EL PASO DEL AIRE RE TIRANDO DE LA BOCA TODOS LOS EMPAQUES Y APARATOS. LA - MANDÍBULA Y LA LENGUA DEBEN JALARSE HACIA ADELANTE, EX- TENDIENDO EL CUELLO Y COLOCANDO AL PACIENTE BOCA ARRIBA EN EL PISO Y LA CABEZA HACIA ARRIBA. SE DEBE DAR OXÍGE NO SI SE PRESENTA UNA CONTRACCIÓN EXCESIVA DE LOS MÚSCU LOS ACCESORIOS DE LA RESPIRACIÓN, SI LA OBSTRUCCIÓN DE- LA RESPIRACIÓN NO CEDE, SE PUEDE REALIZAR UNA LARINGOTO MÍA Y TRAQUEOSTOMÍA.

EN CASO DE PARO RESPIRATORIO O CARDÍACO SE PROCEDE RÁ COMO YA SE INDICÓ.

CAPÍTULO XI

FARMACOLOGÍA EN EXODONCIA

I.- ANALGÉSICOS:

SON UN GRUPO DE MEDICAMENTOS QUE AMORTIGUAN O INTERRUMPEN LA PERCEPCIÓN PARA LA INTERRUPCIÓN DEL DOLOR,-- SIN PRODUCIR INCONCIENCIA.

SE DIVIDEN EN: LEVES, MODERADOS Y POTENTES.

a) LEVES: SE UTILIZAN EN DOLORES DE BAJA INTENSIDAD, COMO CEFALÉAS O NEURALGIAS LIGERAS, COMO LA ASPIRINA, Y LA FENACETINA, QUE SE DA A PACIENTES HIPERSENSIBLES A LA ASPIRINA.

b) MODERADOS: TENEMOS EL DARVÓN, QUE SE COMBINA -- CON ASPIRINA, FENACETINA O CAFEÍNA (DARVÓN COMPUESTO).

c) POTENTES: SE DIVIDEN EN NARCÓTICOS Y NO NARCÓTICOS.

LOS NARCÓTICOS SON: MORFINA (USO LIMITADO EN LA--- PRÁCTICA DIARIA); CODEÍNA (SE USA MÁS QUE LA ANTERIOR), DILAUDID (ALTERACION QUÍMICA DE LA MORFINA) PERCODÁN---

(CAUSA MENOS TOXICOMANÍA QUE LA MORFINA), CLORHIDRATO--
DE DEMEROL (ES EL MÁS USADO) METADONA (POTENCIA IGUAL O
MAYOR A LA MORFINA PERO CON MENOS NÁUSEAS), LERITINA --
(ACCIÓN SIMILAR AL DEMEROL).

NOMBRES COMERCIALES DE ANALGÉSICOS EN ODONTOLOGÍA,
BASEROL 500, CONMEL, DISPRINA, SARIDÓN, WINASORB.

II.- ANTIBIÓTICOS: a) PENICILINAS:

1) PENICILINAS SEMISINTÉTICAS: AMOXIL, AMOXIL PE--
DIÁTRICO, AMBIBÉN Y POSIPÉN.

2) PENICILINA SINTÉTICA: ES LA AMPICILINA (BINOTAL
Y DOTIROL).

b) ESTREPTOMICINA: SOLO POR VÍA INTRAMUSCULAR. RA
RA VEZ ES UTILIZADA EN UNIÓN CON LA PENICILINA.

c) TETRACICLINAS: ANTIBIÓTICO DE AMPLIO ESPECTRO.
ESTÁ CONTRAINDICADA DESPUÉS DEL CUARTO MES DE EMBARAZO--
Y EN LA NIÑEZ. TENEMOS LA BROMICINA.

d) ERITROMICINA: DE ESPECTRO SIMILAR AL DE LA PENI
CILINA. SE UTILIZA EN ALÉRGICOS A LA PENICILINA. TENE
MOS: ERITROMICINA ENZIMÁTICA, LAURITRÁN, PANTOMICINA, -
ILOSONE (DERIVADO DE LA ERITROMICINA, SE DICE QUE PRODU

CE CIFRAS SANGUÍNEAS MÁS ELEVADAS Y MAYOR DURACIÓN QUE-
LA ERITROMICINA, CONTRAINDICADA EN PACIENTES HIPOTENSOS)

e) SULFONAMIDAS: SE TOMAN DESPUÉS DE LOS ALIMENTOS
Y CON MUCHA AGUA: BACTRIN, MADRIBÓN.

f) LINCOMICINA: NO TIENE PROBLEMAS DE RESISTENCIA-
CRUZADA A LAS PENICILINAS, NI PROBLEMAS DE HIPERSENSIBI-
LIDAD, SU PENETRACIÓN PROFUNDA EN TEJIDO Y HUESO EVITA-
Y CONTROLA LA PROPAGACIÓN DE LA INFECCIÓN DENTARIA. TE
NEMOS: LINCOCÍN.

III.- SEDANTES:

SE UTILIZAN ANTES DEL TRATAMIENTO DENTAL PARA ALI-
VIAR TENSIÓN.

a) BARBITÚRICOS: SE UTILIZA UN BARBITÚRICO DE COR-
TA ACCIÓN COMO EL NUMBUTAL O SECONAL PARA EL PACIENTE -
ANTES DE LA VISITA AL DENTISTA. TENEMOS EL CARDIOSEDIN
Y EL SECONAL SÓDICO.

b) AGENTES ANSIOLÍTICOS O TRANQUILIZANTES MENORES:
EL DENTISTA RECOMENDARÁ AL PACIENTE QUE MANEJE AUTO O -
ALGUNA MÁQUINA MIENTRAS DURE EL EFECTO. TENEMOS FENER-
GAN, VALIUM, LIBRIUM, ACTIVAN Y BONARE.

IV.- HEMOSTÁTICOS, ASTRINGENTES Y VASOCONSTRICTORES:

a) HEMOSTÁTICOS: MEDICAMENTOS O AGENTES QUE DETIENEN LA CORRIENTE SANGUÍNEA MEDIANTE LA FORMACIÓN DE -- COÁGULOS DE SANGRE DE LAS ZONAS CERCANAS A LOS VASOS-- LACERADOS, CAUSANDO QUE LA ZONA SANGRANTE SEA SELLADA-- LO SUFICIENTE COMO PARA PERMITIR LA INTERACCIÓN DE TODOS LOS FACTORES SANGUÍNEOS.

LOS HEMOSTÁTICOS ABSORBIBLES CONTROLAN EL SANGRADO EN UNA ZONA LOCALIZADA DEL MISMO. TENEMOS: GELFOAM OXICELL, NOVOCELL, SURGICELL.

LOS HEMOSTÁTICOS QUE SE UTILIZAN POR VÍA ORAL SON A BASE DE VITAMINA K, HEMOSIN K, KONAKION.

b) ASTRINGENTES: SON MEDICAMENTOS QUE ACTÚAN NO EN LA SANGRE MISMA, FORMANDO UN COÁGULO, COMO LO HACEN LOS AGENTES HEMOSTÁTICOS, SINO MÁS BIEN ACTÚAN EN EL TEJIDO ALREDEDOR DE LA ZONA SANGRANTE, YA SEA ÉSTA MUCOSA O PIEL.

EL ÁCIDO TÁNICO QUE SE ENCUENTRA EN EL TÉ, ES EL-ASTRINGENTE MÁS USADO EN LA ODONTOLOGÍA. SE LE DICE AL PACIENTE QUE MUERDA UNA BOLSITA DE TÉ, DE MANERA -- QUE EL ÁCIDO TÁNICO, POR SUS PROPIEDADES ASTRINGENTES, CAUSA HEMOSTASIS.

c) VASOCONSTRICTORES: ACTÚAN PROVOCANDO UN ESTRECHAMIENTO O SELLANDO LOS VASOS SANGUÍNEOS DE LA ZONA. ACTÚAN SOBRE LOS VASOS SANGUÍNEOS, NO EN LA SANGRE, NI EN EL TEJIDO ALREDEDOR DE LOS VASOS, SINO EN EL VASO--MISMO. EL MÁS USADO ES LA EPINEFRINA.

V.- ANTIINFLAMATORIOS:

EN ODONTOLOGÍA SE USAN PARA CONTROLAR LA INFLAMACIÓN POST-OPERATORIA DESPUÉS DE LA CIRUGÍA O TRAUMA.

PERMITIRÁN QUE LOS LÍQUIDOS QUE SON RESPONSABLES DE LA INFLAMACIÓN SE DISTRIBUYEN A TRAVÉS DEL TEJIDO--CONECTIVO. SU USO ESTÁ CONTRAINDICADO EN INFECCIÓN --PORQUE PERMITIRÍA QUE LA INFECCIÓN SE DIFUNDIERA A TRAVÉS DE LOS TEJIDOS. TENEMOS: ANANASE, PARENZYME, TANDERIL.

VI.- MEDICAMENTOS PARA LA NEURALGIA:

EL MÁS USADO ES EL DILANTÍN. SI EL PACIENTE NO RESPONDE AL DILANTÍN, PUEDE RESPONDER AL TEGRETOL, EL CUAL ES ESPECÍFICO PARA LA NEURALGIA TRIGEMINAL Y QUIZÁ NO SEA ÚTIL EN NINGUNA OTRA DE LAS NEURALGIAS FACIALES.

CAPÍTULO XII

INDICACIONES POST-OPERATORIAS AL PACIENTE

POR LO GENERAL, HAY QUE TRATAR EL DOLOR, LA HINCHAZÓN, LA HEMORRAGIA Y LA INFECCIÓN, Y DAR INSTRUCCIONES REFERENTES A LA ACTIVIDAD, DIETA Y TRISMO.

SE PUEDEN USAR APÓSITOS FRÍOS DURANTE 24 a 48 HORAS, MIENTRAS EL EDEMA VA EN AUMENTO, PERO SE SUSPENDE A LAS 48 HORAS. LAS COMPRESAS FRÍAS SE USARÁN EN FORMA INTERMITENTE DURANTE 20 a 30 MINUTOS.

LOS APÓSITOS CALIENTES Y LOS BUCHES SE COMIENZAN UNA VEZ QUE LA HINCHAZÓN HA ALCANZADO EL PUNTO MÁXIMO Y HAY QUE CONTINUARLAS, HASTA QUE LA HEMORRAGIA Y EL TRISMO REMITAN.

LAS RECETAS PARA ALIVIAR EL DOLOR SON MÁS EFICACES SI SE DAN EN DOSIS PEQUEÑAS A INTERVALOS FRECUENTES Y NO AL REVÉS.

LA HEMORRAGIA DEBERÁ SER INHIBIDA ANTES DE QUE EL PACIENTE ABANDONE EL CONSULTORIO.

ES ACONSEJABLE CAMBIAR EL APÓSITO DE GASA O IN--
CLUSO RETIRARLO POR UNOS MOMENTOS PARA APRECIAR LA --
MAGNITUD DE LA HEMORRAGIA.

LA ACTIVIDAD FÍSICA SE RESTRINGIRÁ DURANTE UN --
DÍA O DOS, SEGÚN LO INDIQUE LA AMPLITUD DE LA CIRUGÍA

LA DIETA SERÁ ENTRE BLANDA Y LÍQUIDA, SEGÚN SEA--
LA TOLERANCIA Y DEBE CONTENER LAS PROTEÍNAS ADECUADAS
PARA QUE HAYA UNA CICATRIZACIÓN NORMAL.

LAS SUTURAS QUE SE HACEN EN EL MOMENTO DE LA CI--
RUGIA SE RETIRARÁN ENTRE 5 a 7 DÍAS.

SI ALGUNO DE LOS DIENTES SE INFECTARA, O SI LA --
HIGIENE BUCAL FUERA PARTICULARMENTE MALA, SE INDICARÁ
ANTIBIÓTICOS. POR LO GENERAL, LOS ANTIBIÓTICOS SE --
HAN DE TOMAR POR UN MÍNIMO DE 4 a 5 DÍAS, O MÁS SI --
FUERA NECESARIO.

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

PODEMOS OBSERVAR QUE ESTA TESIS NOS DIÓ A CONOCER LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EXODONCIA, COMPROBANDO ASÍ QUE ESTE TEMA ES TAN ANTIGUO COMO LA NECESIDAD DE EVITAR EL DOLOR.

ESTUDIAMOS LO IMPORTANTE QUE ES CONOCER LAS INDICACIONES, ASÍ COMO LAS CONTRAINDICACIONES DE UNA EXTRACCIÓN, Y SERÁ DE VITAL IMPORTANCIA SEGUIR ESTOS LINEAMIENTOS QUE TIENEN MUCHA RELACIÓN CON LA ÉTICA PROFESIONAL DEL ODONTÓLOGO.

TENEMOS QUE SABER, PREVIO A LA EXTRACCIÓN, MUCHOS DATOS IMPORTANTES QUE NOS REPORTARÁ EL PACIENTE, RELACIONADOS CON SU ESTADO FÍSICO GENRAL Y RECABADOS EN SU HISTORIA CLÍNICA.

SE DEBERÁN TOMAR MEDIDAS PRE-OPERATORIAS RELACIONADAS CON LA HIGIENE DEL INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUE SE UTILIZARÁ Y DE LOS OPERADORES MISMOS.

ANALIZAMOS LAS CARACTERÍSTICAS Y MANEJO DEL INSTRUMENTAL QUE UTILIZAMOS COMÚNMENTE EN UNA EXTRACCIÓN DE MOLARES SUPERIORES, EL CUAL SERÁ ESPECÍFICO PARA ESTAS PIEZAS.

ESTUDIAMOS LAS TÉCNICAS DE ANESTESIA A SEGUIR, CAPÍTULO MUY IMPORTANTE QUE NOS PERMITIRÁ TRABAJAR CON SEGURIDAD Y CONFIANZA PARA NOSOTROS, Y COMODIDAD PARA EL PACIENTE.

ANALIZAMOS LAS TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN DE DICHAS PIEZAS, SOBRE ESTO ES IMPORTANTE HACER NOTAR QUE, SI BIEN CADA PROFESIONAL TENDRÁ SU MANERA DE OPERAR MUY PARTICULAR, EN ESENCIA SE DEBERÁN SEGUIR LAS INDICACIONES DE ESTAS TÉCNICAS.

SE ESTUDIARON LOS POSIBLES ACCIDENTES QUE PUEDEN OCURRIR EN UNA EXTRACCIÓN, DE LO CUAL ES IMPORTANTE SABER COMO EVITARLOS, Y LA MANERA COMO SE SOLUCIONARÁN EN CASO DE PRESENTARSE.

DIMOS IMPORTANCIA TAMBIÉN A LOS DIFERENTES MEDICAMENTOS QUE SE UTILIZAN EN EXODONCIA.

SE DIERON A CONOCER LAS INDICACIONES QUE SE DARAN AL PACIENTE PARA LLEGAR A UN FELIZ TÉRMINO EN LA EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- BJORN NIELS
JORGENSEN ET ELLIS
ANESTESIA ODONTOLÓGICA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
PRIMERA EDICIÓN, MÉXICO, 1970
350 PÁGINAS

- 2.- GEOFFREY L. HOWE
EXTRACCIÓN DENTAL
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO
MÉXICO, 1979
164 PÁGINAS

- 3.- HERLUF BIRN-JENS
ERIK WINTHER
ATLAS DE CIRUGÍA ORAL
SALVAT EDITORES
BARCELONA 1977
375 PÁGINAS

- 4.- PASTORI ERNESTO J
EXODONCIA CON BOTADORES
EDITORIAL MUNDT S.A.I.C. Y F.
PRIMERA EDICIÓN
ARGENTINA 1977
405 PÁGINAS

- 5.- RODRÍGUEZ FIGUEROA CARLOS A.
PARODONCIA.
EDITOR Y DISTRIBUIDOR FRANCISCO MÉNDEZ OTEO
MÉXICO, 1980
168 PÁGINAS
- 6.- ROMERO GONZALÉZ JOSÉ DE JESÚS
GALINDO BENTON EDUARDO
EXODONCIA
TALLERES IMPRESOS TOLEMAN S. DE R.L.
MÉXICO, SUA 1980
PRIMERA EDICIÓN
280 PÁGINAS
- 7.- TINOCO-ARAIZA Y MONTIEL LAURA E.
GENERALIDADES Y COMPLICACIONES DE LA EXODONCIA.
TESIS PROFESIONAL U.L.A. 1982