

119A
2ed



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"TRATADO DE EXODONCIA"

T E S I S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A N :

**YOLANDA GOMEZ RODRIGUEZ
MARIA JUANA TORRES JIMENEZ**



MEXICO, D. F.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

I N D I C E

	PAGS.
INTRODUCCION.....	1
I.- HISTORIA DE LA CIRUGIA ORAL.....	2
II.- ANATOMIA.....	9
- Articulación alveolodentaria.....	9
- Encía.....	9
- Alvéolo dentario.....	10
- Diente.....	11
- Periodonto.....	12
III.- HISTORIA CLINICA.....	14
IV.- ESTUDIO RADIOGRAFICO.....	18
V.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.....	19
VI.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA.....	26
- Del instrumental.....	26
- Del operador.....	29
- Del paciente.....	29
VII.- INSTRUMENTAL.....	30
- Tejidos blandos.....	30
- Tejidos duros.....	31
VIII.- ANESTESIA.....	34
- Anestésicos locales.....	34
- Técnicas de bloqueo.....	35
IX.- EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA.....	39
- Posición del paciente y del operador.....	39
- Tiempos de la exodoncia.....	41

	PAGS.
- Tiempos de la exodoncia con elevadores.....	43
CONCLUSIONES.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	48

I N T R O D U C C I O N

La extracción dental, es una práctica odontológica que viene realizándose desde tiempos inmemorables; las técnicas, antaño rudimentarias, al correr de los años han ido mejorando gracias a los grandes descubrimientos y al diseño de instrumental cada vez más sofisticado.

Resulta paradójico, según nuestra opinión, que a pesar de tantos estudios y descubrimientos no sólo en el campo de la odontología, sino de la medicina en general, se sigan extrayendo dientes por innumerables causas. Resulta obvio que en "algo" estamos fallando, pues el objetivo de la odontología es y debe ser ante todo el de prevenir.

Sin embargo, vemos con tristeza que aún después de tantos años, no hemos logrado crear verdadera conciencia en nuestros pacientes de la importancia en el cuidado de la dentadura.

Esta tesina es una recopilación de los datos que consideramos básicos para llevar a buen término la extracción dental, y va dirigida y esperando sirva de apoyo; sobre todo a los estudiantes de odontología que empiezan a cursar esta materia. Queremos hacer énfasis en el gran valor que tiene el constante estudio y aplicación a esta área, pues si recordamos que alguien muy sabiamente dijo que: "Los miedos que conocemos provienen de no conocer", entenderemos que sin una constante dedicación, las iatrogenias y accidentes estarán a la orden del día.

C A P I T U L O I .

HISTORIA DE LA CIRUGIA ORAL

HISTORIA DE LA CIRUGIA ORAL

La historia de la cirugía oral es tan extensa como antigua y - tan antigua como interesante, hemos querido resumirla nombrando algunos de los hallazgos más sobresalientes así como a los pioneros - que con sus estudios y descubrimientos han hecho posibles los avances que día con día se tienen en este campo.

La evolución de la técnica de la exodoncia ha sido grande desde las primeras mutilaciones dentarias de la época prehistórica. La extracción dentaria fué la primera manifestación odontológica de la antigüedad y tiene lugar desde el momento mismo en que los padecimientos bucodentales han aquejado al ser humano.

ODONTOLOGIA PRERENACENTISTA.

Basándose en testimonios los arqueólogos han demostrado la antigüedad de la odontología en Babilonia, Italia, Asiria, Indostán, Ecuador, México y Perú.

El testimonio que quizá ha tenido más importancia es el Papyrus quirúrgico, de Edwin Smit. Este manuscrito data del Egipto - - 1600 a 1700 años a.C.; presenta 22 lesiones de la cabeza que incluye la descripción de fracturas y dislocaciones mandibulares, lesiones de los labios y de la barbilla, indicando el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. De los egipcios también se deduce que efectuaban ya extracciones dentarias, dado que los fórceps se encuentran - grabados de forma tan prominente en varias estelas y paredes.

GRECIA.- Del padre de la medicina, Hipócrates, se sabe poco. - Nació en Cos hacia el año 460 a.C. y murió entre 377 y 359 a.C., él creía que los problemas dentales provenían de una predisposición natural o una debilidad inherente. La extracción dentaria se consideraba sólo cuando una muela estaba floja, pues la operación estaba considerada llena de peligro. Los griegos ya usaban fórceps, hechos de hierro y conocidos como odontagra.

ROMA.- Celso Cornelio (25 a.C. 50 d.C.) escribió uno de los -- compendios más autorizados que existen sobre el conocimiento médico de la antigüedad. En Medicina profundiza en numerosos aspectos de la odontología en los cuales describe úlceras de la boca, método para extraer dientes con fórceps, tratamientos para el dolor de muelas, incisiones y drenaje de los abscesos y la reducción de fracturas de las arcadas con un método similar al de los Egipcios.

Galeno (166-201 d.C.) La evidencia más palmaria de que era el médico quien practicaba la odontología en Roma puede encontrarse en los trabajos de Galeno, él contribuyó para la medicina explicando los hechos bajo la más pura teoría. Describió la anatomía de los incisivos y su función, la de los caninos y molares e hizo observaciones sobre la odontología en las cuales diferenciaba el dolor producido por pulpitis del producido por periodontitis.

LA CIRUGIA RENACENTISTA.

En el renacimiento principia la cirugía oral como especialidad definida, encontrándose tratados dentarios escritos en el siglo XVI

en esta época se empieza a separar la cirugía oral, la cirugía general y la practicada por los barberos.

Uno de los centros que más se distinguió fue Bolonia, que tenía facultad desde el año 1156. Las enseñanzas consistían en lecturas de latín tomadas de traducciones árabes. Fué el primer centro donde se practicó la disección pública.

Guy de Chauliac (1300-1368). Fué el personaje más importante de los siglos XIV y XV en el campo de la cirugía. En el año 1343 escribió su gran trabajo *Inventarium... Chirurgicalis medicinae*, en el que canaliza la anatomía de los dientes y su erupción, citando la evidencia de que en los adultos a veces crece un juego adicional de muelas.

También recopiló las enfermedades a que están sujetos los dientes como son: dolor, corrosión, congelación, "dentera", y aflojamiento.

En el tema de la extracción, en cambio, describió el pelícano de doble palanca y su forma de uso, sin embargo, no está claro si lo usó personalmente o si simplemente observó como lo usaban los barberos cirujanos.

Giovanni Arcolani (o Arculanus), que murió en el año 1460, escribió un tratado, *Cirugía Práctica*, publicado en Venecia en 1483, en él se ocupó por extenso de la odontología y es considerado también como uno de los pioneros de la cirugía bucal. Su libro muestra grabados del instrumental usado: pelícanos, fórceps curvados y

en pico de cigüeña para la extracción de raíces.

AVANCES EN EL CONOCIMIENTO DE LA ANATOMIA.

En la base del progreso de la medicina durante los siglos XV y XVI se encuentra el renacimiento de la anatomía. Los artistas manifiestaron un nuevo interés por el cuerpo humano de cuyo estudio procedía la exactitud de sus obras.

Leonardo de Vinci (1452-1519), estudió la anatomía por sí misma, realizando las más complicadas disecciones y estudiando y esbozando casi todas las partes del cuerpo humano, tanto internas como externas hasta el punto de llevar al anatomista inglés del siglo -- XVI William Hunter, a reconocerlo como el anatomista más grande de su época. Leonardo estudió el cráneo con gran detalle, describiendo el seno maxilar, los dientes y por primera vez, estableció la -- distinción entre premolares y molares.

Vesalio. Andreas Vesalio (1514-1564) fue el autor de uno de -- los grandes tratados de anatomía de todos los tiempos, de Humani -- corporis fabrica y describió el diente y la cámara pulpar.

Gabriello Fallopio (Fallopius, 1523-1562) describió con pormenor el folículo dental, demostró que los dientes permanentes se forman independientemente de los dientes primarios. Durante el estudio de muchos cadáveres de niños descartó la idea de que los maxilares consistían en dos huesos.

Entre los descubrimientos de Fallopio de relevancia para la -- odontología se encuentran los nervios trigémino, auditivo y glososa

ringeo.

Eustachio (murió en 1574) Bartolommeo Eustachio fué el primer anatomista dental, su mayor logro fue preparar para su publicación en 1563 el "Opusculo sobre los dientes", el primer libro dedicado exclusivamente a la anatomía e histología de los dientes. Reunía todo el conocimiento existente en morfología dental, histología y fisiología, con descripciones de la formación de los dientes, su suministro de sangre y sus cámaras pulpares, además de la forma de crecimiento, describió con detalle la función de cada diente, demostrando como su forma contribuye a la específica función de cada uno.

Ambroise Paré. Nació en Francia (1517-1590). Describió métodos para el reimplante y trasplante de los dientes, obturadores para paladares hendidos, extrajo dientes y consolidó fracturas.

Diseñó varios instrumentos para la extracción de dientes, unos para apartar las encías de los dientes antes de la extracción, otros para arrancar las raíces, y varias clases de pelícanos.

Paré previno contra las extracciones practicadas usando la fuerza señalando las consecuencias que ésta puede ocasionar como luxación de la mandíbula.

PIONEROS DE LA CIRUGIA ORAL DESDE EL SIGLO XVIII

Entre los Franceses el más notable fue Pierre Fauchard, en tanto que en Inglaterra lo fue John Hunter.

Pierre Fauchard (1678-1761) la odontología moderna debe su mayor deuda a Pierre Fauchard, un Francés notable que sintetizó todo lo que se sabía en Occidente sobre odontología, lo unificó y lo ordenó, beneficiando así a todos los profesionales de esta especialidad.

Fauchard fue un gran clínico y comprendió la importancia de -- las enfermedades de la boca con relación a la salud corporal. Su - Chirurgien dentiste (El cirujano dentista; o tratado sobre los dientes), fue el compendio más completo de la época: contenía disertaciones sobre ortodoncia, cirugía, implantes, piorrea, dolores re-- flejos dentarios, anatomía dental, patología, materia médica y procedimientos prótesis.

John Hunter (Inglaterra 1728-1793) Hunter hizo un estudio detallado de la boca y maxilares que culminó en la publicación, en 1771, de su primer trabajo de envergadura, The Natural History of the human teeth. La mayor parte de sus exposiciones sobre anatomía dental siguen válidas hoy en día. Su comprensión del crecimiento y desarrollo de los maxilares y su relación con los músculos de la masticación era perfecta. Hizo varias contribuciones importantes a la nomenclatura científica, acuñando los términos incisivos, cúspides y bicúspides.

La cirugía oral al igual que las otras ramas de la medicina, - han ido avanzando a lo largo de los siglos XIX y XX paralelamente - al desarrollo de la tecnología. La ciencia y su incansable búsqueda nos ha traído el descubrimiento de la asepsia, la anestesia, el

descubrimiento de la anestesia general fue lo más destacado del siglo XIX. El empleo de óxido nitroso por Horacio Wells y William T. G. Morton (1819-1868) representa la ayuda más grande que la odontología ha podido proporcionar a la humanidad, los rayos X. La práctica clínica sería inconcebible sin todos estos elementos.

En 1910 se introduce el empleo de la anestesia local con la -- procaína. En el siglo XIX queda establecida la cirugía oral como -- una disciplina, debido a las siguientes razones: el establecimiento de las escuelas dentarias, el descubrimiento de la anestesia general y la aportación de los primeros pioneros. Oficialmente fue reconocida en el siglo XX, debido a las consecuencias de la 1a. Guerra Mundial.

C A P I T U L O I I .

A N A T O M I A

ANATOMIA

ARTICULACION ALVEOLODENTARIA: (Sinartrosis o sinfibrosis para Erausquin y Carranza, gonfosis para Wesk).

La articulación alveolodentaria, consta de elementos blandos: encía y periodonto y elementos duros: hueso y dientes, el primero es extensible en tanto que el segundo es inextensible. La extracción dentaria es una maniobra cuyo fin es separar éstos elementos.

Para luxar y extraer un diente, es necesario distender y dilatar el alveolo, el periodonto se desgarrará en toda su longitud y a expensas de la elasticidad del hueso alveolar el diente puede abandonar, dirigido por el instrumento apropiado, la resistencia ósea que lo aloja.

ENCIA.

La membrana mucosa bucal posee tres componentes:

- a) La mucosa masticatoria-cubre el paladar duro y el hueso alveolar.
- b) La mucosa especializada-cubre el dorso de la lengua.
- c) La membrana mucosa de revestimiento- cubre el resto de la mucosa bucal.

La encía es la porción de mucosa bucal que cubre y que se encuentra adherida al hueso alveolar y región cervical de los dientes. La encía normal es de coloración rosa salmón, posee un puntilleo escaso o abundante y no exhibe exudado ni acumulación de placa. Suele terminar en sentido coronario en forma de filo de cuchillo con respecto a la superficie del diente.

La encía posee tres partes: encía marginal libre, encía interdentaria, y la encía insertada, las cuales describiremos a continuación:

- 1.- La encía marginal libre: se extiende desde el margen más coronario de los tejidos hasta la hendidura gingival.
- 2.- La encía interdentaria: llena el espacio interproximal, desde la cresta alveolar hasta el área de contacto entre los dientes y la encía insertada.
- 3.- La encía insertada: se extiende desde el surco gingival hasta la línea mucogingival del fondo de saco vestibular y piso de la boca.

ALVEOLO DENTARIO.

Las raíces de los dientes se encuentran incrustadas en los procesos alveolares del maxilar y la mandíbula, éstos se desarrollan al formarse los dientes. El hueso alveolar fija el diente y sus tejidos blandos de revestimiento y elimina las fuerzas generadas por el contacto interminente de los dientes, masticación, deglución y fonación.

Los alveolos dentarios, en dientes de anatomía normal, tienen la forma de uno, dos o tres conos, según sean las raíces de cada diente.

El alveolo óseo a expensas del cual se practica la extracción dental, está constituido por tejido óseo, que varía en su disposición y arquitectura para los distintos dientes y de acuerdo con la

edad de los pacientes. En los jóvenes es de gran elasticidad, lo que permite su distensión sin fracturar sus paredes, sin embargo -- en los ancianos existe una mayor mineralización del hueso con pérdi da elasticidad; que dificulta los movimientos que hay que imprimir_ al diente a extraer y compromete por lo tanto la integridad del mis_ mo alveolo o del diente.

El alveolo está constituido por tejido óseo esponjoso, recu- -- bierto en su cara periodóntica y en sus caras externas e interna -- (bucal y palatina o lingual y proximales) por tejido compacto.

Los alvéolos del maxilar inferior son más compactos que los -- del maxilar superior ya que poseen una cortical externa más gruesa_ y menos tejido esponjoso. En los molares inferiores la densidad de ambas tablas es uniforme, pues tienen equivalente cantidad de teji- do esponjoso.

EL DIENTE.

La porción radicular constituida por cemento en su cara exter- na es la que forma parte de la articulación alveolodentaria. El ce_ mento forma la interface entre la dentina radicular y los tejidos - conectivos blandos de ligamento periodontal. La disposición cuanti_ tativa y cualitativa del cemento, origina las distintas modalidades que pueden encontrarse en este tejido, de las cuales dependen en -- parte las modificaciones de la porción radicular que constituyen en muchas ocasiones trabas para la exodoncia (cementosis).

El cemento carece de inervación, aporte sanguíneo directo y drenaje linfático; cubre la totalidad de la superficie radicular como ya indicamos, y en ocasiones parte de la corona de los dientes humanos.

PERIODONTO.

El ligamento de unión entre el diente y el alvéolo lo constituye el periodonto cuyo espesor aproximado es de 0.50 mm. Las fibras del periodonto mantienen suspendido al diente en el alvéolo, cuando hay presión sobre él todas las fibras o una parte de ellas se ven sometidas a tensión.

Las fibras pueden clasificarse escalonándolas desde la porción cervical al ápice:

- a) Fibras gingivales: son aquellas cuya inserción inferior se realiza a nivel del cuello del diente.
- b) Fibras crestodentales: parten de la cresta alveolar y van a insertarse en el cemento, por debajo de la inserción de las fibras gingivales.
- c) Fibras alveolodentales horizontales: se dirigen horizontalmente desde la pared alveolar al cemento dentario. Ocupan una escasa porción del periodonto.
- d) Fibras alveolodentales oblicuas: aproximadamente, diez veces más numerosas que las anteriores, se dirigen oblicuamente hacia el ápice radicular, desde el alvéolo al cemento, ocupando la mayor

parte del periodonto. Tienen como función transformar las presiones que recibe el diente en tracción sobre el alvéolo, lo cual resulta muy benéfico para la extracción, ya que el hueso resiste mejor las tracciones que las presiones.

- e) Fibras apicales: Abiertas en abanico, se irradian desde la vecindad del ápice, a la pared alveolar.

ELEMENTOS CELULARES: Consisten en fibrocitos, cementoblastos, osteoblastos, osteoclastos, y los islotes epiteliales parodontarios de Malassez.

VASOS SANGUINEOS: El periodonto está ricamente vascularizado, sus vasos provienen y desembocan en los vasos de las paredes alveolares y de la encía. La ruptura de estos vasos, en las maniobras de exodoncia, llena el alvéolo de sangre, la cual provee los elementos naturales necesarios para la cicatrización de la herida.

NERVIOS: Tienen su origen, en los nervios del hueso y de la encía.

CAPITULO III.

HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

La meta de la evaluación física es determinar el estado físico y la habilidad psicológica del paciente para tolerar un tratamiento dental con una confiabilidad relativa.

El conocimiento previo del estado físico del paciente nos capacitará para introducir las modificaciones necesarias al tratamiento recordando que "Estar prevenido de antemano es estar armado de antemano".

La historia Clínica que se aplica en el área de Exodoncia de la Facultad de Odontología de la UNAM, es la siguiente:

- 1.- Primeramente obtenemos datos que serán la ficha de identificación del paciente (nombre, edad, estado civil, ocupación, lugar de nacimiento).
- 2.- Examen bucal: realizamos una revisión detenida de la cavidad oral, para obtener un DIAGNOSTICO y planear el TRATAMIENTO.
- 3.- Estudio de aparatos y sistemas: es de vital importancia, pues a base de una serie de preguntas, formuladas a nuestro paciente; se obtienen datos que determinan con exactitud su estado físico.

A) APARATO CARDIOVASCULAR.

Podemos cuestionar al paciente:

1. ¿Ha tenido dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo?
2. ¿Alguna vez le ha faltado el aire al hacer ejercicio ligero?
3. ¿Se le inflaman los tobillos?
4. ¿Siente usted que le falta el aire cuando se acuesta o necesita varias almohadas para dormir?

Estas 4 preguntas investigan los síntomas clínicos más comunes de una posible enfermedad cardiovascular significativa.

Si el paciente refiere padecer de fiebre reumática se indicarán profilácticamente antibióticos para prevenir la endocarditis bacteriana.

B) RENAL.

Si existen problemas renales se debe determinar la naturaleza los mismos. El tratamiento dental debe ser modificado en padecimientos como la glomerulonefritis y la pielonefritis para prevenir las reinfecciones. Hay que considerar interconsulta médica y un posible pretratamiento profiláctico con antibióticos.

C) SISTEMA NERVIOSO.

Cuestionamos si ha perdido el conocimiento alguna vez, si ha sufrido convulsiones o ataques. Los desmayos o ataques pueden indicar un estado de ansiedad agudo o una posible enfermedad cardiovascular (hipotensión ortostática y defectos de conducción auriculoventricular o epilepsia).

D) APARATO DIGESTIVO.

Consultamos: si ha padecido de ardor en el estomago u otras sensaciones anormales en el mismo al ingerir alimentos, si padece -

de úlceras estomacales, si es afirmativo puede indicar ansiedad crónica y posible utilización de medicamentos (antiácidos y tranquilizantes) se introducirán modificaciones al tratamiento dental si hay un estado de ansiedad no usual.

E) APARATO RESPIRATORIO.

Cuestionamos si tiene tos persistente o espectoradora de sangre. Puede indicar tuberculosis activa o la presencia de alguna otra enfermedad cardiopulmonar crónica (Enfisema, bronquitis crónica). La interconsulta médica está indicada previa al tratamiento dental.

ESTADOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER.

Si el paciente es de sexo femenino: Cuestionamos sobre las características de su período menstrual, el antecedente de un sangrado excesivo debe alterar sobre la posibilidad de hemorragias asociadas al tratamiento dental, el aumento de la tensión también está frecuentemente asociada con el período menstrual y en algunos casos requerirá la administración de tranquilizantes.

Preguntamos si está embarazada.- El embarazo es una contraindicación relativa al tratamiento dental de elección, particularmente durante el primer trimestre. Se recomienda la interconsulta con el médico de la paciente previa al tratamiento dental. La utilización de fármacos debe disminuirse cuantitativamente.

PROPENSION HEMORRAGICA.

La historia previa de sangrado o hemorragias debe ser evaluada

exhaustivamente antes de iniciar el tratamiento dental. Preguntamos si ha tenido una hemorragia anormal por extracciones, operaciones o traumatismos, o si alguna vez necesitó transfusiones de sangre.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

Por lo general se manda biometría hemática, tiempo de sangrado, coagulación, pruebas de glucosa en la orina.

ESTUDIO RADIOLOGICO.

El estudio radiográfico se aplicará en todos los casos para -- descubrir cualquier posible infección, además de conocer los obstáculos que pudieran presentarse en el acto quirúrgico tales como dilaceraciones, dientes anquilosados o con alteraciones apicales. En el caso de terceros molares y caninos nos ayuda a planear la cirugía.

Todo lo anterior nos llevará a conocer el ESTADO GENERAL del - paciente, para valorar si está INDICADA LA EXTRACCION DENTARIA, así como el tipo de anestésico que se va a emplear y una buena planeación de la intervención quirúrgica.

C A P I T U L O I V .

ESTUDIO RADIOGRAFICO

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El estudio radiográfico se aplicará en todos los casos para -- descubrir cualquier posible infección oculta y otro tipo de lesiones patológicas no visibles o inaccesibles al tacto, como áreas infectadas o de rarofacciones.

En exodoncia es importante conocer los obstáculos que se pudieran presentar durante el acto quirúrgico, por medio radiográfico.

Entre las anomalías frecuentes que se nos pueden presentar, tenemos: los dientes incluidos, cuya localización más frecuente es a nivel de los caninos del maxilar superior, en cuyo lugar no es rara la persistencia del diente temporal.

También es importante conocer la curvatura de las raíces dentarias, que suelen representar un obstáculo para la extracción, es importante observar si los órganos dentarios se presentan impactados, anquilosados, fuera de su posición normal con alteraciones ápicales.

En caso de los terceros molares nos daremos cuenta en que posición se encuentran y qué tipo de raíces presentan y utilizar la técnica adecuada para la extracción del órgano dentario. Otro caso importante son los caninos incluidos, que gracias a las radiografías nos daremos cuenta por dónde es el lugar apropiado para efectuar el acceso más directo del órgano dentario.

C A P I T U L O V .

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Cuando se efectua una extracción, se debe valorar el órgano -- dental, el estado general del paciente y diagnosticar si es preciso o no efectuar la extracción.

Indicaciones. La indicación exodóntica es a menudo cuestión -- puramente médica, pero puede también resultar influida por consideraciones económicas: las indicaciones médicas son las siguientes:

- 1.- Organos dentales con caries
- 2.- Organos dentales con movimiento
- 3.- Organos dentales con fractura
- 4.- Organos dentales ectópicos
- 5.- Organos dentales temporales
- 6.- Organos dentales con tratamiento endodóntico
- 7.- Restos radiculares
- 8.- Razones protéticas, estéticas u ortodónticos
- 9.- Terceros molares retenidos.

1.- Organos dentales con caries: por lo general, estos dientes se encuentran destruidos por el proceso carioso y es indicada la ex tracción.

2.- Organos dentales con movimiento: cuando los dientes presen tan movilidad de tercer y cuarto grado, en general en problemas parodontales graves que al hacer este tratamiento nos es imposible -- conservar los dientes.

3.- Organos dentales con fractura: son dientes que se llegan a fracturar por accidente como golpes, caídas y mordidas a objetos duros o sólidos, fracturándose en ellos la corona, tercio medio de la raíz, el tercio apical y la unión del cuello.

4.- Organos dentales ectopicos: dientes que están fuera de -- oclusión o de la arcada y que no están indicados para el tratamiento ortodóntico.

5.- Organos dentales temporales: los dientes temporales persistentes deben ser extraídos cuando la cronología de la erupción dentaria, indica la necesidad de su eliminación para permitir la normal erupción del permanente.

6.- Organos dentales con tratamiento endodontico: cuando dicho tratamiento no dió resultado en la conservación del diente.

7.- Restos radiculares: órganos dentales que pierden por fracturas o por destrucción la corona, de ahí que sea necesario eliminarlos porque pueden actuar como foco de infección.

8.- Razones protéticas, estéticas u ortodónticas: es indicada la extracción en los dientes supernumerarios, en caninos retenidos, en dientes permanentes por razones protéticas u ortodónticas cuya indicación de la extracción será ordenada por el protesista u ortodoncista.

9.- Terceros molares retenidos: estos accidentes indican la -- eliminación del diente causante (pericoronitis, accidente inflamatorio, nervioso o tumoral).

Contraindicaciones. Las contraindicaciones se pueden clasificar, relacionándolas con el diente en sí, con los tejidos Parodontales o con el estado general del paciente.

Afecciones de los aparatos y sistemas. Nos referimos, sólo -- brevemente, a las enfermedades generales que contraindican toda intervención en la cavidad bucal. La prohibición de la operación estará dada, en general por el clínico; enfermedades de los aparatos_ y de los sistemas, estados infecciosos agudos y hemorragias.

APARATO CARDIOVASCULAR.

Angina de pecho. Esta enfermedad se produce por un estrechamiento de las arterias coronarias y se caracteriza por la presencia de un dolor retroesternal en los excesos físicos o emocionales y se ve aliviada por el descanso y la administración de vasodilatadores coronarios.

Infarto del miocardio. En el paciente con infarto de miocardio existen dos características sustanciales.

La primera es el factor tiempo. El enfermo que durante seis meses o más, después de la presentación de infarto, permanece sin aquejar sintomatología alguna, se presenta generalmente a la realización de alguna intervención, siempre que se realice bajo régimen hospitalario. Sin embargo, el enfermo cuando ha padecido un infarto reciente, los seis meses que siguen a su presentación hay que -- considerarlos bajo vigilancia médica.

En segundo lugar estos enfermos suelen estar tomando coagulan-

tes y el problema consiste cuando deben suspender los medicamentos-ya que existe el riesgo de una trombosis intravascular.

Insuficiencia cardíaca congénita. Los signos clínicos de distinción de las venas del cuello y cianosis son indicadores de falla cardíaca congénita congestiva. Citas breves, con el paciente sentado recto y sedado para disminuir la ansiedad están indicados en esta enfermedad. El oxígeno deberá estar al alcance.

Hipertensión cardiovascular. Las condiciones en que deben tratarse estos pacientes, con aumento de presión sistólica, diastólica, secundarios al momento de las resistencias periféricas, están determinadas en gran parte por la efectividad del tratamiento a que se ven sometidos.

En los hipertensos no tratados o cuyo tratamiento no resulte efectivo, existe siempre el peligro de que un estímulo lo suficientemente grande puede ocasionar un aumento de la ya elevada presión sistólica y producir una hemorragia cerebral o cualquier otro accidente vascular, esto puede evitarse siempre que se realice una premedicación antes de las intervenciones de las soluciones anestésicas que contengan adrenalina.

ENFERMEDADES DEL HIGADO.

El Cirujano Dentista se encuentra a menudo en la necesidad de tratar pacientes que presentan algún tipo de lesión hepática. La extensión de las lesiones precindiendo del tipo (cirrosis y hepatitis), determina la posibilidad de someter al paciente a los actos -

quirúrgico y de anestesia.

Las dos consideraciones más frecuentes de los enfermos hepáticos son: sus efectos sobre la hemostasia y las repercusiones del empleo de la anestesia general, especialmente de los barbitúricos.

PADECIMIENTO NERVIOSO.

Pacientes nerviosos o con estado de depresión. En ellos es necesario emplear sedantes. Dosis dependiendo de cada caso en especial casi siempre en combinación con su médico.

ALTERACIONES HEMATICAS.

Anemias. En todas las anemias existen una insuficiencia en la capacidad de transporte de oxígeno debido a deficit del número de las células rojas o de la cantidad total de hemoglobina contenida por unidad del volumen de sangre. Esto tiene interés particular durante la anestesia general.

Una deficiencia de hemoglobina puede manifestarse en la boca, debido a trastornos de las papilas linguales, glositis y color palido de todas las membranas. Síntomas como dolor de cabeza y fiebre puede presentar los pacientes y debe ser remitido al médico para el diagnóstico y tratamiento.

LEUCEMIA.

La leucemia se caracteriza por una proliferación amplia y anormal de leucocitos y de sus precursores a través de todo el cuerpo principalmente del sistema reticuloendotelial. Las formas de leuce

mia pueden ser agudas y crónicas y fatalmente terminan con la vida del enfermo en cuestión de meses o años. Por lo general los enfermos de leucemia tienen solo como síntoma la presentación de hemorragias graves después de intervenciones de exodoncia.

HEMOFILIA.

La hemofilia es causada por una deficiencia específica de uno de los factores que actúan en los primeros estadios de la coagulación.

Actualmente se considera que existen tres factores importantes factores VIII, IX y XI cuya deficiencia darían lugar a tres formas:

DIABETES MELLITUS.

El principal interés de la odontología la relación con la diabetes es una respuesta reducida del huesped a la infección y una --tendencia a la candidiasis. En los adultos presentan una enfermedad periodontal grave y flujo salival disminuido. Los pacientes de ben estar controlados antes de su tratamiento dental.

PROBLEMAS RENALES.

Durante un período de falla renal aguda, sólo un tratamiento dental de urgencia deberá ser realizado por las múltiples complicaciones sistemáticas que se pueden presentar y por el alto riesgo de una infección, que puede ser difícil de controlar, en última instancia, una falla renal crónica o irreversible debe tratarse posthemodiálisis.

SIDA.

el Sida es una enfermedad infecciosa producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual destruye las células T4_ (linfocitos cooperadores) y produce pérdida de la inmunidad, principalmente la celular con el consecuente desarrollo de infecciones -- oportunistas y neoplasias. La enfermedad es de evolución grave y - pronóstico mortal a corto o mediano plazo; se presenta con mayor - frecuencia en nuestro país, en hombres homosexuales y bisexuales, - en edades de 20 años y 39 años. Los instrumentos deberán lavarse - con una solución de hipocloruro de sodio al 15% y luego llevarlos_ al esterilizador.

C A P I T U L O VI.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL INSTRUMENTAL EL OPERADOR Y EL PACIENTE

ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL INSTRUMENTAL EL OPERADOR Y EL PACIENTE

Es importante que el Cirujano Dentista intente prevenir las enfermedades causadas por infecciones por microorganismos. Si los microorganismos patógenos son introducidos en una herida operatoria - hay serio riesgo de que la herida se infecte y la cicatrización se retrasará. El hecho que la cavidad bucal es un terreno quirúrgico muchísimo contaminado ya que en la saliva pululan los microorganismos.

Además de preparar al paciente debe prepararse también el am-
-biente que lo rodea. Esto incluye desinfectar, esterilizar todo lo que entre en contacto con el paciente.

Mantener la asepsia, es una disciplina fundamental en cualquier especialidad quirúrgica, proporcionando protección tanto al paciente como al cirujano dentista y a sus ayudantes.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL INSTRUMENTAL

La limpieza de los instrumentos quirúrgicos de todas las cla-
-ses es una parte indispensable de todos los métodos de esteriliza-
-ción y desinfección. Los desechos que se encuentran en los instru-
-mentos inhiben cualquier intento de destruir los microorganismos al
-bergados en dichos desechos. La primera etapa para preparar el ins
-trumental para esterilizar o la desinfección es eliminar los dese-
-chos (sangre, placa bacteriana, tejido carioso, etc.), ya sea por -
-cepillado manual o por medio de aparatos ultrasonicos de limpieza.

Los métodos de esterilización para los instrumentos y los materiales empleados en cirugía bucal, incluyen:

AGENTES FISICOS

- Calor húmedo
- Calor seco
- Radiación

AGENTES QUIMICOS

- Hexaclorofeno
- Fenol
- Benzal
- Yodo
- Alcohol

Calor Húmedo. Posee gran poder de penetración, permitiendo -- eliminar rápidamente las proteínas microbianas vivas, porque el vapor mata las bacterias rápidamente cuando estas encuentran húmedas_ y por la forma de distribuir este calor uniformemente en todas partes del recipiente de esterilización.

El calor seco. La aplicación de este es el método más simple para esterilizar el instrumental y el material sin que sufra daños_ en sí mismo debido al calor, la temperatura recomendable es de 160° a 175°C.

Radiación. La radiación ultravioleta se usa comunmente como -- agente esterilizante. Se ha demostrado que su acción se debe a la_ producción de peróxido en el medio, actuando como agente oxidante._ Algunas de las radiaciones más penetrantes como los rayos X, pue-- den tener un efecto más directo, dado que ionizan y por lo tanto, - inactivan a los contribuyentes de las células a través de los cuã-- les pasan estos rayos.

AGENTES QUIMICOS

Son medios que se utilizan para desinfectar, inhibir o anular la función de crecimiento de los microorganismos presentes en el instrumental y en el sitio a intervenir.

Como estas sustancias químicas no pueden destruir los virus y esporas deben ser consideradas como germicidas o desinfectantes.

Hay diferentes sustancias químicas que pueden usarse como desinfectantes, entre ellas están: Hexaclorofeno, fenol, benzal, yodo y alcohol.

Hexaclorofeno. Esta sustancia que viene concentrada en un jabón, se utiliza principalmente en la limpieza de las manos, la acción del hexaclorofenol tiende a quedarse en la superficie de la piel y por lo tanto se prolonga el tiempo de exposición de los microorganismos al desinfectarse, lo que ayuda a su destrucción.

Fenol. Es un desinfectante que se puede emplear para la fricción de las jeringas, piezas de mano. Seca con lentitud y es eficaz en cierto grado para destruir a los microorganismos.

Benzal. El cloruro de benzal como concentrado antiséptico y germicida es esporacida (agente que destruye esporas) y antimicótico (que previene o inhibe el crecimiento de los hongos, sin que lesione las membranas de las células tisulares), siendo útil, también, para la desinfección del instrumental en frío al 1:10 tal como es su presentación.

Alcohol. En concentraciones altas es tóxico para las células, pero el alcohol de frotación puede ser considerado un agente germicida de elección a una concentración al 70%, el cual se utiliza para la frotación de la piel y para la desinfección del instrumental, pero no es tan eficaz como agente de frotación, porque se evapora rápidamente.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL OPERADOR

Uno de los objetivos fundamentales de la extracción, es evitar hasta donde sea posible la infección de la herida, así que la introducción de agentes patógenos debe ser reducida a un mínimo, por lo que el cirujano dentista asistirá a sus intervenciones quirúrgicas con:

Uniforme, lentes, cubre boca, limpieza o lavado de manos y -- guantes de hule estériles.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL PACIENTE

La preparación de los pacientes para su intervención en la clínica de exodoncia, puede diferir de la de los que serán atendidos en cirugía, los cuales son preparados para su intervención en el quirófano pero, el objetivo principal para estos dos casos, es reducir la flora bacteriana local sobre el sitio operatorio, y a la vez, tanto uno como el otro para intervención deberá estar en un medio aséptico y contar con sus estudios radiográficos y de laboratorio.

C A P I T U L O V I I .

I N S T R U M E N T A L

INSTRUMENTAL

La cirugía bucal y la exodoncia, como parte de la primera necesitan valerse de instrumentos y material quirúrgico apropiados para realizar los "trabajos manuales" que significan una operación, vamos a dividir este instrumental, en el que se ocupa para tejidos -- blandos y el utilizado en tejidos duros.

INSTRUMENTAL PARA TEJIDOS BLANDOS.

- 1.- Espejo: nos es de gran utilidad, para examinar la cavidad oral.
- 2.- Mango de bisturí # 3: este instrumento consta de un mango y la hoja puede ser intercambiable, lo ocupamos para incidir los tejidos.
- 3.- Tijeras rectas y tijeras curvas: se utilizan para seccionar lengüetas y festones gingivales. Los puntos de sutura se cortan -- con tijeras de hojas pequeñas, en especial curvas.
- 4.- Pinzas de disección. Dentadas o lisas, con las dentadas es posible tomar la delicada fibromucosa sin lesionarla.
- 5.- Legras, periostomos, espátulas romas: después de seccionar la -- fibromucosa, estos instrumentos nos son muy útiles para su separación y desprendimiento.
- 6.- Separadores de farabeuf: para mantener apartados los labios o los colgajos sin que sean heridos ni traumatizados.
- 7.- Porta agujas: para relizar la sutura.
- 8.- Agujas: hay traumáticas y atraumáticas, por su forma pueden ser

rectas, curvas o mixtas, por su cuerpo pueden ser lanciformes, triangulares y redondas.

INSTRUMENTAL PARA SECCION DE LOS TEJIDOS DUROS.

- 1.- Escoplos y martillo. El escoplo es una barra metálica con un extremo cortado abisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado, actúa a presión manual o a golpes de martillo. El martillo consta de una masa y de un mango que permite esgrimirlo con facilidad: debe ser dirigido por el mismo operador o por el ayudante.
- 2.- Pinzas gubias. Para eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso.
- 3.- Escofinas (limas para hueso). Se usan para preparar maxilares - que llevarán aparatos de prótesis o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.
- 4.- Curetas. Las colecciones patológicas, granulomas, quistes, etc. deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con cucharillas para hueso, las hay rectas o acodadas. La punta activa puede tener formas y diámetros distintos.
- 5.- Fresas quirúrgicas. La fresa puede eliminar el hueso de por sí o abrir camino a otros instrumentos, ostectomía y osteotomía -- respectivamente, que cuando son efectuadas con cuidado; resultan sencillas y carentes de inconvenientes.
- 6.- Fórceps y Elevadores. Existen dos clases distintas de instrumentos que se emplean en exodoncia: Las que se emplean para efectuar el debridamiento de los tejidos gingivales (elevadores o -

botadores) y los destinados a extraer el órgano dentario del alvéolo, llamados fórceps.

A) Elevadores o botadores: son instrumentos que basados en principios de física, se aplican en exodoncia y cuyo objetivo es movilizar o extraer dientes o restos radiculares. Los elevadores, considerados esquemáticamente constan de tres partes: la hoja, el tallo y el mango.

a) El mango: se adapta a la mano del operador y tiene, según los distintos modelos, diversas formas. El mango puede estar dispuesto en la misma línea con respecto al tallo o perpendicular a éste, formando una T.

b) El tallo: esta parte del instrumento une al mango con la hoja y debe adaptarse a las modalidades de la cavidad bucal.

c) La hoja: existen varios diseños según la aplicación que se le da al instrumento. En los elevadores rectos la hoja está en línea con el tallo, en tanto que los curvos originan con el tallo un ángulo de grado variable.

B) Fórceps: son instrumentos basados en el principio de la palanca de 1er. grado, con los que se toma el diente a extraer imprimiéndole movimientos particulares destinados a eliminar el órgano dentario de su alvéolo. existen dos tipos de fórceps para extracciones: los destinados a extraer dientes del maxilar y los utilizados en la mandíbula. Todo fórceps posee dos partes: la pasiva y la activa unidas entre sí por una articulación o charnela.

La diferencia entre un fórceps para mandíbula y otro para maxilar, reside en que los segundos tienen ambas partes, pasiva y activa; dispuestas sobre la misma línea, mientras que los primeros poseen ambas partes en ángulo recto.

DESCRIPCION DE LAS PARTES DEL FORCEPS:

a) Parte pasiva. Es el mango del forceps; sus ramas son paralelas - y según los distintos modelos, están labrados en sus caras externas para impedir que el instrumento se deslice de la mano del operador.

Las ramas del forceps se adaptan a la palma de la mano derecha el dedo pulgar se coloca entre ambas ramas, actuando como tutor para vigilar el movimiento de la fuerza a ejercer.

b) Parte activa. Se adapta a la corona anatómica del diente. Sus caras externas son lisas y las internas son cóncavas.

CAPITULO VIII.

ANESTESIA

ANESTESIA

Las anestésias locales son drogas que se utilizan para producir una pérdida pasajera y reversible de la sensibilidad en una zona circunscrita del cuerpo. Logran su acción interfiriendo con la conducción nerviosa.

La técnica del bloqueo proporciona una anestesia más profunda y más ampliamente diseminada, con menor volumen de solución y menor lesión de los tejidos inyectados.

ANESTÉSICOS LOCALES.

Los anestésicos más utilizados en odontología son:

La lidocaína (xilocaína) es un derivado de las amidas.

Es uno de los analgésicos más utilizados en odontología.

La mepicaína (carbocafn), pertenece a las amidas.

Es un analgésico más potente que el anterior y con una profundidad que nos permite realizar las intervenciones dentales más dolorosas, sin molestia alguna para el paciente. Su duración es más larga un promedio de tres horas y media.

La prilocaína (citanest) es de tipo amida.

Se va a asociar a un vasoconstrictor. La prilocaína es una amida secundaria con las características de un excelente bloqueador de toxicidad aguda muy baja menor acción vasodilatadora que otros anestésicos.

El octapresín es un substituto adecuado de la adrenalina, que

confiere un período prolongado de anestesia sin dejar isquemia en el sitio de la inyección y sin reacciones sistemáticas.

TECNICAS DE BLOQUEO

TECNICA LOCAL INFILTRATIVA.

La técnica local infiltrativa es empleada en el maxilar superior y como su nombre lo indica va haber una filtración a través de hueso, el cual con sus características de ser poroso y trabeculado, permite el paso del líquido anestésico, el cual debemos depositar lo más cerca del ápice del diente. La posición de la aguja será en posición paralela al eje mayor de la pieza a tratar independiente de la posición que este guarde. Esta técnica va hacer utilizada del segundo premolar al segundo premolar del lado opuesto.

TECNICA SUPEROPOSTERIOR.

El lugar de la punción al nervio alveolar superoposterior es en el pliegue mucobucal sobre el segundo molar. La dirección de la aguja es hacia arriba y hacia atrás depositando la anestesia sobre los ápices de las raíces del tercer molar.

TECNICA CIGOMATICA.

El lugar de la punción se realiza en el punto más elevado del pliegue de la mucosa a nivel de la raíz distobucal del segundo molar. La dirección e inclinación de la aguja es hacia arriba, hacia dentro y atrás. La aguja debe mantenerse cerca del periostio para evitar la punción del plexo venoso pterigoideo.

TECNICA INFRAORBITARIA.

Este método se emplea cuando inflamación o la infección impiden la inyección supraperiostica, para abrir el seno maxilar o cuando se van a extraer varios dientes.

El lugar de la punción es el pliegue mucobucal a nivel del segundo premolar o entre los incisivos centrales y laterales se localiza por palpación e agujero infraorbitario situado inmediatamente por debajo del reborde del mismo nombre.

La inclinación de la aguja es hacia arriba en dirección paralela al eje mayor del segundo premolar hasta que el dedo colocado sobre el agujero perciba la aguja que ha llegado a este depositando el anéستesico.

TECNICA REGIONAL O TRONCULAR.

Debemos ser más exactos en la localización del anéستesico debido a las características del hueso ya que es compacto y no permite la filtración salvo los incisivos inferiores.

Se localiza la escotadura coronóide con el dedo índice en el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a 1 cm. por encima del plano oclusal del tercer molar. La jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula inferior y sobre todo paralela al plano masticatorio de los dientes de la mandíbula inferior.

TECNICA MENTONIANA.

El forámen mentoniano se encuentra en el repliegue inferior -- del vestibulo oral por dentro del labio inferior e inmediatamente -- por detrás del primer premolar.

La dirección e inclinación de la aguja se dirige hacia abajo y adentro a un ángulo de 45° en relación al plano bucal orientándola_ hacia el ápice de la raíz del segundo premolar.

TECNICA BUCAL.

La cara bucal de los molares inferiores esta parcialmente inervada por el nervio buccionador que se separa del nervio maxilar poco después de su paso por el agujero oval. En las intervenciones -- de estos molares se practica la inyección del nervio buccionador. -- El lugar de la punción se efectua en el pliegue mucobucal inmediatamente por detrás de los molares que se desea anestésiar. La dirección de la aguja es hacia atrás y ligeramente hacia abajo hasta que se encuentre por detrás de las raíces del diente.

TECNICA LINGUAL.

Este se localiza por dentro del nervio alveolar inferior. El_ bloqueo del nervio lingual es el complemento de la técnica mentoniana para la extracción de los premolares, caninos e incisivos de la_ mandíbula.

El lugar de la punción se hace en el mucoperiostio a nivel del tercio medio de la raíz del diente que se desea anestésiar.

TECNICA DEL NERVIO NASO PALATINO.

Se bloquea inyectando al lado del conducto incisivo situado en la línea media por detrás de los incisivos. Que a su vez produce - desensibilidad del mucoperiostico anterior de canino a canino.

TECNICA DEL NERVIO PALATINO ANTERIOR.

Se bloquea inyectando al lado del agujero del conducto palatino posterior situado a la altura del segundo molar, 1 cm. por encima del reborde gingival.

TECNICA DEL NERVIO PALATINO POSTERIOR.

El lugar de la punción se realiza en el punto medio de una línea imaginaria trazada desde el borde gingival del tercer molar superior hasta la línea media, insertando la aguja desde el lado - opuesto de la boca. La dirección de la aguja es hacia arriba y ligeramente lateral.

C A P I T U L O I X

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

POSICION DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR

Para llevar a cabo la extracción dentaria, es de vital importancia que tanto el paciente como el operador, adopten posiciones óptimas, la posición del paciente sentado es favorable para la realización de las operaciones en la cavidad bucal. La ubicación del operado al lado del paciente varía según el diente a extraer.

La altura a que debe colocarse el sillón, varía según se trate de operaciones en el maxilar superior o en el inferior.

POSICION DEL PACIENTE

El paciente debe estar confortablemente sentado, reclinado o -- acostado en el sillón dental, su espalda apoyada en el respaldo y su cabeza colocada cómodamente en el cabezal, descansando en el occipital.

POSICION DEL OPERADOR

Cuando se está extrayendo cualquier diente con excepción de los molares, premolares y caninos inferiores, el operador debe pararse -- en el lado derecho del paciente. Para la extracción de dientes inferiores derechos, el operador debe pararse atrás del paciente.

ALTURA DEL SILLON DENTAL

Esta es una consideración importante que frecuentemente es ignorada. Si el sitio operatorio está muy alto o muy bajo en relación al operatorio está muy alto o muy bajo en relación al operador éste trabaja con una desventaja mecánica y en una posición cansada e incómoda.

Cuando se esté extrayendo un diente superior, el sillón debe ajustarse para que el sitio operatorio esté aproximadamente a 8cm por abajo del hombro del operador.

Durante la extracción de un diente inferior la altura del sillón debe ser ajustada para que el diente que va a ser extraído esté aproximadamente 16cm por abajo del codo del operador.

Cuando el operador está parado atrás del paciente el sillón debe estar lo suficientemente bajo para permitirle una visión clara del campo operatorio y que esté en una posición cómoda mientras opera.

LUZ

Mientras que podría parecer superfluo establecer que una buena iluminación en el campo operatorio es absolutamente esencial para una extracción dental exitosa, el fallo al asegurar una luz adecuada en el sitio de operación es un error muy común, y es una de las razones principales del fracaso de un gran número de intentos de extracción.

POSICION DE LAS MANOS DEL OPERADOR

La posición de las manos del operador juegan un papel importante para la realización de la extracción, la mano derecha está destinada al manejo de los instrumentos quirúrgicos; la mano izquierda debe sostener el maxilar, separando los labios o la lengua ayudándonos de los dedos pulgar y el índice.

La mandíbula necesita ser fijada y sostenida fuertemente, para evitar su luxación o disminuir la intensa presión que es necesario ejercer para algunas extracciones.

TIEMPOS DE LA EXODONCIA

Los tiempos quirúrgicos requeridos para extraer el diente de su alvéolo son: prehensión, luxación y tracción.

- 1.- PREHENSION Con los dedos de la mano izquierda separamos los labios, el carrillo y la lengua del paciente, el fórceps toma el diente por encima de su anatómico, en donde se apoya y a expensas del cual se desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario. Se debe evitar tomar el diente de la corona ya que la aplicación de la fuerza sobre ésta provocaría la fractura de la misma, por lo tanto el instrumento debe insinuarse por debajo del borde gingival hasta llegar el cuello del diente; llegando a él, la mano derecha cierra las ramas del fórceps manteniéndolo con el pulgar el control de la fuerza. El órgano denterio debe abandonar su alvéolo a favor de la dilatación de las paredes -

alveolres, tiempo quirúrgico que llamamos luxación del diente.

2.- LUXACION La luxación o desarticulación del diente es el segundo tiempo de la exodoncia, por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y dilata el alvéolo. Por medio de movimientos de lateralidad (de adentro hacia afuera) y de rotación se lleva a cabo éste mecanismo.

a) Movimientos de lateralidad Dos fuerzas actúan en este movimiento, la primera impulsa el diente en dirección de su ápice lo que permite apoyar la porción apical en la cúspide del alvéolo, punto que sirve como centro del arco que describirá el diente. Este movimiento tiene un límite, que está dado por el de dilatación del alvéolo; si la excedemos la tabla externa se fracturará.

La segunda fuerza mueve el órgano dentario a favor de un movimiento de lateralidad que se inicia hacia la tabla ósea de menor resistencia (generalmente la bucal que es la más elástica)

b) Movimientos de rotación Se realiza siguiendo el eje mayor del diente. Es un movimiento complementario del movimiento de lateralidad. La rotación sólo puede ser aplicada en dientes monoradiculares.

3.- TRACCION es el último movimiento destinado a desplazar finalmente el diente de su alvéolo. La tracción se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado el alvéolo y roto los li-

gamentos. La fuerza aplicada a éste fin extrae el diente del alvéolo, desarrollándose en sentido inverso al de inserción y dirección del diente. Este movimiento debe realizarse cuando el diente se encuentra en la porción más externa del arco de lateralidad.

TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON ELEVADORES

Los tiempos de la exodoncia con elevadores son: aplicación, luxación y elevación o extracción propiamente dicha.

1. APLICACION Primeramente buscamos un punto de apoyo. Tomamos el instrumento con la mano derecha y el dedo índice debe acompañar el tallo para evitar lesionar tejidos blandos: lengua, carrillo velo del paladar, también nos sirve para dirigir la fuerza de la mano que opera, evitando la luxación de los dientes vecinos o la fractura del diente a extraerse. El instrumento debe ser guiado hasta ubicarlo en el punto de apoyo y haciéndolo avanzar por cortos movimientos de rotación, entre el alvéolo y la raíz del diente a extraer. La resistencia efectiva de la raíz se ubica en un punto por debajo de la zona descalcificada o carida.
2. LUXACION Logrando el punto de apoyo y el sitio de aplicación del elevador, se dirige el instrumento con movimientos de rotación, descenso o elevación, maniobras con las cuales el diente rompe sus adherencias periodónticas, dilata el alvéolo y permite así su extracción.

3. EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA Con sucesivos movimientos de rotación o descenso y elevación el diente abandona su alvéolo.

El elevador como cuña Su modo de acción es el siguiente: Introducido en el alvéolo dentario, entre la pared ósea y el diente que lo ocupa, desplaza al órgano dentario en la medida que la cuña se profundiza en el alvéolo; la raíz va siendo desalojada, en la cantidad equivalente al grado de introducción y dimensiones del instrumento.

CONCLUSIONES

En la práctica general el Cirujano dentista tiene que afrontar padecimientos que requieren evaluación precisa y tratamiento adecuado, en la práctica de la exodoncia en particular es importante destacar las siguientes consideraciones:

1. La anatomía. No podemos concebir ninguna intervención quirúrgica si los conocimientos sobre las zonas anatómicas a intervenir no son amplios, la cavidad oral no es independiente del resto del organismo, es indispensable tener siempre presente las respuestas o reacciones del mismo, para obtener buenos resultados en los tratamientos correspondientes.
2. Una historia Clínica mal realizada nos traerá como consecuencia un mal diagnóstico y por lo tanto el plan de tratamiento no tendrá éxito. El interrogatorio debe ser lo más completo posible y los resultados tendrán que permitirnos valorar el estado actual del paciente. No podemos permitirnos por ningún motivo y bajo ninguna circunstancia pasar por alto el examen físico y evaluación del paciente.
3. No debemos menospreciar la importancia que la radiografía del diente a extraer tiene, ésta es de suma utilidad para considerar los obstáculos que pueden presentarse durante la extracción y sin ella estaremos actuando siempre a ciegas.

4. Valorar si una extracción procede o no, nos lo darán un conjunto de indicaciones y contraindicaciones, además de las pruebas de laboratorio, historia clínica, radiografías y los estados patológicos de interés.
5. Si revisamos la historia de la medicina, nos encontraremos con innumerables fracasos, sobre todo en el campo de la cirugía debido a muertes por infecciones, esto se entiende pues antaño no existían los medios con los que ahora contamos para destruir microorganismos. Resulta imperdonable que actualmente siga habiendo muertes por éstas causas y enfermedades como la hepatitis y el SIDA sean transmitidas por la negligencia de algunos clínicos de no realizar una correcta asepsia y antisepsia, tanto del instrumental, como de él mismo y el paciente.
6. El perfecto manejo del instrumental así como una técnica de anestesia bien realizada, la posición adecuada tanto del paciente como del operador y la eficacia con que éste último lleve a cabo los tiempos de la exodoncia (aprensión de la pieza a extraer, luxación y tracción), llevarán a buen término la extracción dental.

Por todas las observaciones anteriores podemos deducir, que al no tomar en cuenta todas y cada una de ellas la exodoncia sin una u otra está condenada al fracaso. En nuestra práctica constante hemos aprendido a no minimizar ninguna extracción por fácil que ésta parezca, pues ningún caso es similar a otro por completo. La dedica

ción y la eficacia nos llevarán a obtener resultados óptimos y nuestra práctica odontológica en general será cada vez mejor.

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

1. RING, Malin E. "Historia de la Odontología Ediciones Doyma. 2a. Edición, 1989. Barcelona España. pp.319
2. RIES, Centeno "Cirugía Bucal" Editorial El Atenco. Novena Edición, 1987 Méx. pág. 47-53, 142-148, 201-203.
3. MALAMED, Stanley, "Urgencias médicas en el Consultorio dental", 2a. Edición, 1990 Méx. Editorial Científica S.A. de C.V., pp. 9-20.
4. OSAWA. José Deguchi "Prostodancia Total" Editorial UNAM. Méx. pp.56
6. Apuntes de Estomatología. 8ª Semestre.
7. CHATEEN, Joseph E. "Principios Clínicos odontológicos" Edit. Manual Moderno 2a. Edición. pág.47 y 125.
8. HOWE, Geoffrey L. "La extracción Dental" Edit. Manual moderno pág.21

9. Gómez. Manuel Portugal Salazar, Quintero Graciela Zarate, "Terapia Médica Para el odontólogo". Edit. Limusa 1987 Méx. pág. 63,64,67,70,73.

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