

12
24

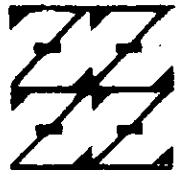
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN
EXTRACCION DENTARIA

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

U N A M
F E S
Z A R A G O Z A



LO UNIMOS EN
SU NUESTRA REFLEXION

ASESOR: C.D. ALFREDO SANCHEZ FIGUEROA.

MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

265600



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

ZARAGOZA

PROYECTO DE INVESTIGACION

ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN EXTRACCION DENTARIA

ASESOR: C.D. ALFREDO SANCHEZ FIGUEROA

PASANTE: CARMEN GONZALEZ OREA.

Uo.Bo *Alfredo S. Sanchez F.*
12 Mayo 93.

I N D I C E

	PAGINA
1.- INTRODUCCION	1
2.- OBJETIVOS	2
3.- JUSTIFICACION	3
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
5.- VARIABLES	5
6.- HIPOTESIS	6
7.- DEFINICION DE CONCEPTOS	7
8.- MARCO TEORICO	7
A) Lesiones en tejidos blandos	7
1. Encías	7
2. Labios	8
3. Troncos Nerviosos	9
4. Piso de la Boca	11
B) Lesiones en tejido dentario y oseó	12
5. Accidentes en los dientes	12
6. Fractura de raíces	13
7. Fractura del borde alveolar	15
8. Apertura del seno maxilar	16
9. Inclusión de raíz en seno maxilar	17
10. Fractura de la tiberocidad del maxilar ...	24
11. Fractura mandibular	26
12. Subluxación de la ATM	27
13. Luxación de la ATM	28

	PAGINA
C) Complicaciones postoperatorias	30
1. Infección	30
2. Inflamación	31
3. Hemorragia	32
4. Hematomas	34
5. Alveolitis	34
D) Instrumental quirúrgico	38
1. Fórceps	38
2. Elevadores	43
3. Instrumental auxiliar	46
E) Técnicas de exodoncia	50
9. METODO E INSTRUMENTOS	55
10. PRESENTACION DE RESULTADOS	61
11. ANALISIS DE RESULTADOS	62
12. CONCLUSIONES	64
13. CUADROS Y GRAFICAS
14. PROPUESTAS	66
15. BIBLIOGRAFIA	67

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

La intención de este proyecto de investigación es la de saber cuales son los accidentes más frecuentes en la extracción dentaria.

Las complicaciones de este acto son muchas y muy variadas algunas pueden ocurrir aún cuando se efectúe con cuidado dicha intervención quirúrgica y en la mayoría, de los casos, se pueden evitar dando un diagnóstico preciso así como un plan de tratamiento adecuado, que son llevados a cabo por un operador eficiente y que se apegue a los principios quirúrgicos.

Todo cirujano dentista debe estar prevenido para los accidentes que con bastante frecuencia se presentan en exodoncia. Gran parte de ellos son previsibles y por lo tanto evitables. Otros, sin embargo, no lo son. Pero se les puede restar gravedad e importancia si se interpretan correctamente y se aplica un tratamiento inmediato.

Para realizar una exodoncia, el estomatologo debe estar equipado con los instrumentos necesarios, para tratar toda clase de casos y resolver los accidentes que pueden ocurrir en el consultorio.

Deberá tener los conocimientos indispensables de la anatomía de los órganos dentarios y su lugar de implantación; así mismo deberá conocer técnicamente la forma y el modo de uso del instrumental; puesto que de esta forma obtendrá el éxito al realizar cualquier intervención quirúrgica.

O B J E T I V O S

- El objetivo principal de esta investigación es saber cuales son los accidentes en extracción dentaria que suceden - mas frecuentemente a los cirujanos dentistas.

- Saber cual es la actitud a seguir del cirujano dentista -- ante los accidentes en extracción dentaria.

J U S T I F I C A C I O N

Todos los cirujanos dentistas deben estar prevenidos para los accidentes que con bastante frecuencia se presentan en la extracción dentaria. La mayoría de ellos pueden ser pre-
visibles y por tanto evitables. Aunque sin embargo otros no lo son; pero se les puede restar gravedad e importancia si hay una interpretación correcta y se aplica un tratamiento inmediato.

Las complicaciones de la extracción dental son muchas y muy variadas, y suelen ser muy desagradables tanto para el paciente como para el operados.

Algunas pueden ocurrir aun cuando se efectúen con cuidado dicha intervención quirúrgica y en la mayoría de los casos, se puede evitar dando un diagnostico preciso así como un plan de tratamiento adecuado, que son llevados a cabo -- por un operador eficiente y que se apegue a los principios-
quirúrgicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los accidentes en la extracción dentaria son muy frecuentes en la práctica diaria y pueden ir desde los más simples hasta los más severos por lo que el cirujano dentista debe prevenir todo tipo de complicaciones durante y después de la exodoncia, efectuando un previo diagnóstico y un tratamiento adecuado.

V A R I A B L E S

- 1.- Elaboración de una buena historia clínica.
- 2.- Correcta aplicación de la anestesia.
- 3.- Uso del instrumental adecuado.
- 4.- Antibioticoterapia.
- 5.- Habilidad del operador.
- 6.- Cooperación del paciente.

H I P O T E S I S

Los accidentes en extracción dentaria es uno de los más frecuentes, y sus complicaciones son muchas y muy variadas además de desagradables tanto para el paciente como para el operador.

Estos van desde los más leves hasta los más severos por lo que el cirujano dentista debe de estar prevenido para los accidentes y sobre todo tratar de evitarlos.

DEFINICION DE CONCEPTOS

- ALVEOLO.- Hueco o cavidad en la apófisis alveolar de los maxilares y mandíbula, donde se articulan las raíces de los dientes por medio de un tejido fibroso o ligamento parodontal.
- CORTICAL.- Relativo a la corteza. Se dice de la delgada -capa ósea que cubre la parte interna del alvéolo donde se fija el tejido periodontal.
- DIAPEDESIS.- Extravasación de elementos figurados de la sangre en acción de defensa, virtud que tienen los leucocitos que emigran de los vasos.
- EXODONCIA.- Extracción dental o extirpación total del diente sin dolor o de la raíz dental con el menor daño de los tejidos circundantes para que la herida cicatrice sin complicaciones.
- GINGIVA.- Encía.
- ODONTECTOMIA.- Es la extracción de dientes erupcionados - en parte o no erupcionados, o de raíces retenidas que no se pueden extraer con la técnica de la pinza, y por lo -- tanto requieren de resección quirúrgica.
- PARODONTO.- Es la unidad biológica constituida por tejidos blandos y duros situados al rededor de los dientes, -- sirviéndoles de sostén.

M A R C O T E O R I C O

A) LESIONES EN TEJIDOS BLANDOS

1. ENCIAS:

Estas lesiones se deben particularmente a una incorrecta sindesmotomía, mala selección del instrumental, así como un punto de apoyo inadecuado, particularmente cuando se pretende evitar uncolgajo, que generalmente causa heridas y desgarres que deben ser suturados de acuerdo con su extensión y habilidad del cirujano.

Los fórceps, elevadores, discos, así como otros instrumentos rotatorios se pueden resbalar accidentalmente y lesionar las encías.

Las lesiones que por accidentes se producen en las encías son susceptibles de ser evitadas mediante el uso cuidadoso de los instrumentos así como el soporte adecuado de la mano en la hemiarcada en que se trabaje con la finalidad de limitar los movimientos.

El paso inicial al preparar la herida, consiste en la limpieza cuidadosa de la misma y lavado con suero fisiológico profusamente.

Una cuidadosa inspección puede revelarnos cuerpos extraños que deberán retirarse.

Las heridas deberán cerrarse meticulosamente, con especial cuidado de unir planos anatómicos.

Un trabajo esmerado en este momento producirá excelentes resultados.

2. LABIOS.

Las laceraciones en los labios necesitan especial atención, sobre todo cuando se encuentran afectadas la mucosa y piel. La unión mucocutánea de cada lado debe localizarse y aproximarse exactamente. Una ligera discrepancia de lmm. o menos sera muy notable y poco atractiva al sanar la herida si por alguna razón no puede cerrarse inmediatamente la laceración del labio, debe colocarse un punto de sutura para aproximar los bordes de la herida al nivel de la unión mucocutánea.

Después de preparar la herida, se empieza a suturar ésta colocando un punto en la unión mucocutánea que se ha aproximado cuidadosamente y se continúa con el lado mucoso de la herida.

Los labios pueden ser comprimidos entre los mangos del fórceps y los dientes anteriores si no se tiene suficiente cuidado. La habilidad del operador en el uso de su mano izquierda debe asegurar que el labio esté fuera del área del dano. Se requiere un cuidado extra cuando los dientes inferiores son extraídos bajo anestesia general, los labios pueden ser quemados si los instrumentos no están completamente fríos después de haber sido esterilizados.

Estos accidentes los podemos evitar siendo muy cuidadosos y manteniendo una atención adecuada.

3. TRONCOS NERVIOSOS.

Nervio dentario inferior.-

Una extracción dentaria puede ocasionar una lesión de -- gravedad sobre los troncos nerviosos.

Los accidentes sobre estoa pueden consistir en sección, - compresión o desgarre del nervio, lesiones que se manifiestan como neuritis, neuralgias o parestecias en zonas diversas. Frecuentemente ocurre en las extracciones o a nivel - del tercer molar.

Entre las causas de las lesiones podemos mencionar el -- uso indiscriminado de curetas, el empleo de elevadores o la eliminación de raíces ubicadas en profundidad y que se apo -- yan sobre el nervio.

En las extracciones del tercer molar y especialmente cuando éste es retenido, la lesión sobre el nervio dentario - tiene lugar por compresión del conducto, que se realiza al girar el molar retenido. En estos casos la odontosección es de valiosa ayuda terapéutica.

El nervio mentoniano puede ser dañado, ya sea durante la extracción de raíces de premolares o por una inflamación aguda de los tejidos circundantes. Si el nervio es protegido por medio de un retractor metálico durante la operación y - la remoción de hueso es mayor, mesial a la raíz del primer premolar y distal a la raíz del segundo premolar, se evita la lesión del nervio mentoniano o bien se reducirá para ser temporal.

Al descubrirse el nervio, debe preverse la contingencia de lesión nerviosa, aplicando un colgajo con sutura sobre la parte descubierta. En lesiones mayores habrá que proceder como se indica en el tratamiento de los quistes a nivel del agujero mentoniano.

Si el diente o la raíz están en íntima relación con el nervio dentario inferior, el daño puede ser evitado o minimizado solamente por medio de radiografías preoperatorias de diagnóstico y una odontosección cuidadosa.

La secuela del nervio seccionado o daño a los troncos nerviosos es la parestesia, que remite en un lapso aproximado de seis meses.

Nervio lingual.-

El nervio lingual se encuentra inmediatamente por debajo de la mucosa del piso de la boca, a nivel del tercer molar inferior, por lo cual, procedimientos quirúrgicos descuidados en esta zona podrían lesionar dicho nervio.

El nervio lingual puede ser dañado, ya sea por una extracción traumática de un molar inferior en el cual los tejidos blandos linguales son atrapados en el fórceps, o bien que se hayan lastimado con la fresa durante la remoción de hueso.

Se debe utilizar un retractor metálico para proteger a los tejidos blandos adyacentes de dano, cuando se está utilizando una fresa.

Algunas de estas lesiones son inevitables, pero otras pueden prevenirse empleando técnicas atraumáticas y realizando el trabajo con cuidado y suavidad.

Si el nervio lingual se halla nada mas traumatizado, se regenerará, pero si está cortado, la probabilidad de una regeneración es bastante remota, salvo que se suturen los extremos seccionados.

4. PISO DE BOCA.

El piso de la boca es muy vascularizado y si no tenemos el cuidado adecuado podemos tener una complicación de muy grandes dimensiones e irreversibles para el paciente.

En una extracción dentaria, esta zona anatómica no deberá ser dañada si se tiene cuidado durante la aplicación de los instrumentos, colocando los dedos pulgar e índice y la mano izquierda sobre las tablas para proteger.

El uso efectivo de la mano izquierda evita estos accidentes. Si el operador utiliza un elevador sin control adecuado, se le puede resbalar el instrumento y lastimar la lengua que es también muy vascularizada y puede presentarse -- sangrado abundante después de dicha lesión.

Esta hemorragia puede ser controlada jalando la lengua - hacia adelante y colocándole una sutura.

En el caso del piso de la boca, debemos observar qué planos anatómicos están involucrados, eliminar la hemorragia y colocar puntos de sutura.

B) LESIONES EN TEJIDO DENTARIO Y OSEO.

5. ACCIDENTES EN LOS DIENTES.

Por lo general se presentan en los dientes adyacentes.- Se puede provocar luxaciones, arrancamientos o fracturas de los dientes contiguos, por el mal uso de los elevadores y fórceps.

La extracción de un diente superpuesto a otro, se complica por la dificultad de usar los instrumentos sin tocar los dientes vecinos, los movimientos de rotación que se realizan con los fórceps pueden lesionar a los dientes contiguos aflojarlos y sacarlos de su posición original.

Los accidentes se pueden prevenir haciendo una evaluación preoperatoria correcta y evitando presiones sobre los dientes vecinos, dependerá de la importancia del traumatismo; en el caso de que un diente presente muy poca movilidad debido a la injuria causada por el manejo inadecuado del instrumental por parte del operador, no debe hacerse nada, ya que el diente tendrá con el tiempo una buena adherencia si la movilidad es mayor, sera necesario fijarlo con una barra curva o también con una ferula adecuada.

En el caso de que un diente hubiese sido luxado por completo, se colocará en su sitio, tratando previamente el diente con endodoncia y posteriormente lavarlo con una solución de floruro de sodio y sosteniéndolo con algun tipo de ferula, cuidando que el diente tenga buena actividad funcional y esté sano. Si se trata de un diente sin importancia funcional o está afectado por algún proceso patológico, se debera extraer.

También en el curso de la extracción, al aplicarse los fórceps sobre el cuello del diente a extraer y efectuar los movimientos de luxación, la corona o parte de ella y de la raíz se quiebran, quedando una porción radicular dentro del alveolo.

Un incompleto estudio clínico y radiográfico del diente y una equivocada técnica quirúrgica, son las causas principales del accidente.

6. FRACTURAS DE RAICES.

Las raíces fracturadas y retenidas en los alveolos, pueden originar procesos de tipo patológico; es común que permanezca durante un tiempo prolongado sin causar problemas, pero esto no quiere decir que deban ser dejadas; por el contrario, se deberán eliminar, aunque no de inmediato, salvo en el caso de que no exista el peligro de una mayor complicación.

Muchas raíces son tan delgadas y curvas que durante la extracción es imposible no fracturarlas; estos accidentes deben ser considerados como un riesgo natural de la extracción y no como resultado de técnicas indebidas o de la impericia del dentista. En la mayoría de los casos se extraerán inmediatamente.

Antes de hacer la extracción de la raíz fracturada, el odontólogo siempre debe examinar cuidadosamente el diente extraído, así como las características del sitio de implantación de la porción rota; si la raíz se fracturó en un an-

gulo, se intentará insertar un elevador entre el hueso y el ángulo del segmento y hacer la extracción; en algunos casos se pueden usar fresas con el fin de hacer más grande el orificio que rodea el segmento fracturado; esto permitirá aflojarlo y extraerlo con un fórceps pequeño, pero si estos procedimientos fracasan y si la visibilidad y el acceso son difíciles, ya no se intentará sacar la raíz por el alveolo se deberá hacer la extracción por otra vía, haciendo la separación de una lengüeta de periostio y extirpar suficiente hueso para obtener una visión completa.

La extracción se hará con elevadores o fórceps, y será simple si se tiene un acceso adecuado. No en todos los casos se deberá hacer la extracción de las raíces; la posición de algunas de ellas implicaría riesgos importantes, si se decidiera extraerlas, y se necesitaría eliminar una porción de hueso adyacente muy grande. Esta eliminación de hueso podría afectar el soporte de los dientes vecinos; además las raíces que están cerca del surco maxilar inferior pueden lesionar al nervio y producir parestesias. En tales casos es aconsejable dejar los fragmentos en su sitio.

En otros casos, las raíces de los dientes inferiores, -- pueden estar situadas de tal manera que al intentar extraerlas, se les puede impulsar hacia los espacios submaxilar y sublingual, a través de la lamina interna del maxilar. Cuando se produce tal accidente, la posición de la raíz se puede determinar guiándose por el sitio donde se inserta el milohioideo; si éste se encuentra por debajo de los ápices -- del diente, la raíz estará en el espacio sublingual, pero -- si se encuentra por encima, la raíz estará en el espacio -- submaxilar

De igual forma, la posición de los dientes superiores -- puede ser tal que, en un intento por hacer la extracción de las raíces fracturadas, harán que penetren en el seno maxilar.

7. FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR.

El hueso alveolar se puede fracturar durante las extracciones difíciles y el fragmento se puede quedar o salir con el diente.

Si el fragmento sale, el hueso alveolar remanente se presentará con una superficie áspera y con salientes; en este caso se deberá levantar una pequeña banda de periostio para ganar acceso a la zona, y eliminar los bordes salientes y asperezas con una lima especial u otro instrumento apropiado.

Pueden intentarse dos tipos de tratamiento cuando el fragmento permanece en la herida. Si el fragmento de hueso es pequeño y está separado del periostio, es necesario extraerlo y tratar la cavidad en la forma ya mencionada, cuando el fragmento es grande y está fijo al periostio, se debe colocar en su lugar mediante presión digital y fijarlo con sutura a los tejidos vecinos.

Este problema se presenta comúnmente durante la extracción de un tercer molar retenido y se puede producir una fractura importante a nivel de la porción interna de hueso. La extracción del fragmento no es fácil y deja un gran defecto residual, con dolor postoperatorio, edema y trismus; en casos como éste, lo mejor es dejar el fragmento en posición correcta y éste se va a adherir al hueso en corto plazo.

8. APERTURA DEL SENO MAXILAR.

En general la extracción de cualquier de los dientes localizados en vecindad con el antro, es decir, entre el canino y el tercer molar, presenta el riesgo de producir una comunicación buco-sinusal, debido a una maniobra quirúrgica - errónea.

Esta perforación puede realizarse en dos formas:

Accidental en este caso por razones anatómicas, la vecindad del molar con el seno es muy cercana, y al efectuar la extracción quede instalada la comunicación.

Instrumental en otras ocasiones instrumentos de exodoncia como cucharillas, elevadores, pueden perforar el piso sinusal adelgazado, desgarrar la mucosa antral, estableciéndose por este procedimiento la comunicación.

Este problema puede evitarse estudiando las placas radiográficas previas a la intervención y cuidando, en lo posible, los movimientos bruscos o el uso de instrumentos peligrosos.

Ahora bien, a pesar de todo el cuidado que se ponga, puede presentarse el caso de una lesión en el seno, sin que haya quedado un resto radicular dentro del mismo.

La lesión quedará en evidencia realizando la prueba conocida como "del soplido", consiste en apretar la nariz del paciente y pidiéndole que sopla por ésta mientras permanece con la boca abierta. La salida del aire através del orificio, provoca un ruido peculiar e incluso en ocasiones una burbuja de sangre estalla, haciendo visible la fuga del aire.

La conducta terapéutica a seguir de inmediato, será un lavado con suero fisiológico por vía alveolar, sin hacer presión. En seguida se avivarán los bordes alveolares con gubia y se colocará dentro del alveolo un tapón de gelatina de celulosa embebida en trombasa, suturando después cuidadosamente, para que el afrontamiento de ambos labios mucososea perfecto.

El paciente estará sujeto a un tratamiento antibiótico, de preferencia a base de ampicilina, con dosis de dos gramos diarios durante un promedio de ocho días; al cabo de este tiempo la organización del coágulo será completa. Las cuales son en general, nulas. No obstante, se realizarán estudios semanales de control radiológico periapicales hasta comprobar la existencia de una cicatrización ósea total.

9. INCLUSION DE RAIZ EN SENO MAXILAR

En terminos generales, el aspecto clínico es evidente al realizar la prueba " del soplido " ya mencionada; en este caso la raíz o el ápice de ésta se encuentra incluida en el antro.

Existen dos soluciones posibles para el tratamiento terapéutico; si la raíz fracturada en el curso de la extracción se observa aún dentro del alveolo, ya sea una mínima parte, se tratará de hacerla descender por medio de una sonda muy fina.

Si esta maniobra no da resultado en virtud de que la raíz se encuentra sumamente adherida, se realizará una alveolectomía hasta poder extirparla, siguiendo a continuación los pasos mencionados en el tratamiento de las lesiones del antro.

En el caso de que la raíz haya desaparecido totalmente - del seno, lo más adecuado será realizar la sutura de la herida, someter al paciente a un tratamiento antibiótico y remitirlo inmediatamente con el cirujano maxilo-facial, quien se encargará de realizar el tratamiento correspondiente.

Debemos insistir en el hecho de que el cirujano dentista de práctica general, atenderá estos casos solamente cuando él sea el único elemento con preparación odontológica de su comunidad, por ejemplo, pequeñas ciudades o pueblos, ya que la intervención representa dificultades operatorias como la trepanación del seno maxilar y la posibilidad de agravar aún más un cuadro clínico ya en sí, bastante serio.

Las relaciones de vecindad que existen entre el seno maxilar y las raíces de los premolares y molares, hacen que éste pueda ser lesionado durante la extracción de los dientes mencionados. Este accidente puede ocurrirle al dentista más cuidadoso y experimentado, pero se debe también a la aplicación de técnicas inadecuadas. Por lo tanto, la lesión al seno maxilar, debe considerarse como un riesgo natural de la extracción que todos los cirujanos dentistas deben tomar en cuenta y saber como afrontarlos.

Una de las complicaciones más comunes es la apertura accidental del antro maxilar durante la extracción de los molares superiores. Esto sucede con frecuencia y muchas veces el dentista no lo advierte. Por lo general no tiene importancia y el alveolo cura sin complicaciones. Cuando se da cuenta de ello, el operador deberá rellenar el alveolo con gasa estéril y dejarla durante algún tiempo pa-

ra que se formé un coágulo y éste impida que la saliva y -- los microorganismos penetren en el seno. El objeto de esto es que el alveolo sea ocupado por un coágulo normal. No se aconseja usar agentes hemostáticos absorbibles u otros mate riales. Después de estos accidentes pueden aparecer fistu-- las, pero éstas generalmente se deben a sinusitis preexiste nte y no a la comunicación con el seno maxilar.

Otro de los accidentes, aunque menos frecuentes es la entrada de un diente o de una raíz dentro del seno maxilar.-- Durante mucho tiempo se aconsejo extraer inmediatamente los cuerpos extraños introducidos en seno maxilar, pero como en la práctica, las radiografías de rutina mostraban raíces -- fracturadas dentro del seno y no habían producido dificulta des, se desechó esta indicación. En estos casos el surco al veolar aparece intacto sin ninguna comunicación con el seno maxilar.

Muy pocas veces el paciente presenta dolencia por el des plazamiento y no puede precisar cuando se ha producido.

En la práctica se ha observado que los fragmentos de rai ces u otros cuerpos extraños dejados en el seno maxilar no son los responsables de sinusitis, a menos que haya una fis tula bucoantral.

En una investigación realizada por el Dr. Sprange se lle gó a las siguientes conclusiones:

1. Son pocos los casos de cuerpos desplazados acciden talmente al seno maxilar.

2. Dichos cuerpos pueden ser retenidos durante años sin que generen trastornos de importancia.
3. No producen complicaciones serias.
4. No originan una reacción de cuerpo extraño.
5. No interviene en la regeneración del revestimiento de la cavidad.
6. No provocan inflamación fulminante, ni neoplasias.
7. Aparentemente no actúan como foco de infección.

Por lo anterior, no se debe intentar la extracción de una raíz desplazada al seno maxilar, si ésta no origina síntomas.

Si el paciente presenta los síntomas clásicos de la sinusitis, y las radiografías y los análisis revelan una enfermedad concomitante, se deberá erradicar la infección mediante un tratamiento y si ésta no sucede, se procederá a realizar la intervención quirúrgica. Cuando el cirujano dentista introduce accidentalmente una raíz o un diente completo y si la herida aún está abierta y bajo los efectos de la anestesia, muchos autores recomiendan la extracción inmediatamente.

Cuando los fragmentos penetran en la cavidad sinusal y no se les puede localizar, la intervención debe interrumpirse y el cirujano deberá dar una explicación clara y satisfactoria de la situación al paciente.

Para realizar la extracción de una raíz o un diente del seno maxilar, es necesario determinar su posición mediante el examen clínico y radiográfico, por lo general es fácil ubicarla cuando los fragmentos no son pequeños.

En ocasiones el seno maxilar no está afectado directamente, ya que el fragmento se encuentra entre la pared y la membrana de la cavidad.

La ruptura puede verificarse mediante una sonda u ocluyendo la nariz del paciente y haciéndolo espirar con delicadeza. La salida de aire a través del alveolo indica sin lugar a dudas que ha sido perforada la membrana y que el fragmento está en la cavidad sinusal.

Si el examen clínico radiográfico no permite localizar la raíz, no se deberá intentar hacer la extracción y se tomarán otras radiografías desde ángulos diferentes. En caso de un nuevo fracaso se deberá cerrar la herida.

Cabe la posibilidad de que la raíz haya caído en la boca y escupida por el paciente, o también pudo haber sido succionada por el aspirador.

Si la raíz se encuentra cerca del alveolo abierto, se justifica la exploración para intentar extraerla a través del orificio de entrada, el cual se deberá ensanchar para tomar la pieza con un instrumento pequeño, o bien sacarlo con un aspirador, una vez logrado el objetivo el operador deberá extirpar la cantidad de hueso necesario para permitir la aposición de los tejidos blandos, los cuales se suturarán con cuidado. El paciente, además de tomar antibióticos, no deberá sonarse la nariz durante varios días. Si se siguen estas reglas, la herida habitualmente cicatriza por primera intención y no se producen fistulas.

Si fracasa todo intento de extraer la raíz por el alveolo, el cirujano dentista deberá de tratar de extirparla a través de la fosa canina, cuya intervención se llama Caldwell~ Luc.

La trepanación se hará por la vía bucal, dejando amplia canalización por la nariz, de manera que se puede suturar la brecha bucal.

La intervención puede ser realizada bajo anestesia troncal del ganglio de gasser, o con anestesia general. Primeramente se practica una incisión curvilínea vuelta hacia arriba, en el fondo del surco gingivolabial, entre el espacio comprendido en la cara distal del canino y la cara mesial del primer molar.

Dicha incisión debe hacerse perpendicular al plano duro y en profundidad hasta el hueso.

El segundo paso será legar la fosa canina en toda su extensión, teniendo cuidado de no llevar el despegue muy alto para no lesionar el haz nervioso suborbitario.

El tercer paso consiste en practicar una trepanación en la lámina de la fosa canina, para ello, se hacen cuatro perforaciones en los vértices de un cuadrángulo, de un centímetro por lado, por encima y detrás del ápice de la raíz del canino, para no lesionar los nervios dentarios medios que se encuentran en el canal dentario medio. Se unen las cuatro perforaciones entre sí, por medio de una fresa quirúrgica, siguiendo los lados del cuadrángulo para remover después la lámina ósea y dejar el orificio abierto.

El cuarto paso tiene por objeto explorar la cavidad antral para remover los cuerpos extraños o bien extraer mucosa patológica si existe. El interior de la cavidad antral puede ser iluminado con una lámpara especial, que permite ver perfectamente sus paredes.

Muchas veces la mucosa se encuentra con degeneración polipoide que se deberá eliminar. En estos casos se hace remoción del tejido polipoide con una cucharilla, sin hacer mucha presión para no fracturar las paredes del antro que son muy delgadas.

La mucosa puede estar ulcerada y presentar porciones escleradas, en este caso, para remover el tejido patológico se introduce una gasa en el antro y con la ayuda de una pinza, se hacen movimientos de torsión, con esto se consigue remover el tejido esclerado sin dañar la mucosa sana. Se debe tomar en cuenta que la mucosa debe ser respetada, -- por que el tejido cicatricial no tiene la función fisiológica a que está destinada la mucosa del seno maxilar.

En el quinto paso se establece una comunicación de desagüe del antro a las fosas nasales. Esta comunicación se hace a nivel de la parte anterior e inferior del meato medio-inferior; en este sitio la pared interna del meato es muy delgada y basta una pequeña presión, con la punta de una -- pinza curva de Kelly, para trepanar dicha pared. Después se regularizan los bordes del orificio y por medio de una lima se pasa una gasa del antro a la cavidad nasal. Si la gasa -- corre libremente dentro del orificio, se sigue introduciendo hasta llenar la cavidad. La cinta de gasa debe estar envaselinada y deberá introducirse en forma de acordeón, de -- tal manera que salga libremente al retirarla por un extremo fuera de las fosas nasales.

El extremo del lado nasal se deja en el interior de la -- narina.

Por último, se sutura la mucosa bucal con puntos en "v" -- tratando de hacer una reconstrucción hermética, y para faci

litar la cicatrización, el afrontamiento de la herida se ha ce de superficie a superficie y no de borde a borde.

De la canalización se retira diariamente un tramo de 10- a 15 cm. de gasa de tal manera que a los cuatro o cinco días, la cavidad antral se encuentre libre y la mucosa empiece a cicatrizar.

10. FRACTURA DE LA TUBEROCIDAD DEL MAXILAR.

Esta lesión se provoca comunmente cuando se ejerce una fuerza excesiva al hacer la extracción de un segundo o tercer molar superior con los fórceps, y si éstos se encuentran muy adheridos. La fractura puede abarcar un fragmento muy grande, o incluir uno o más dientes, el piso del seno y la tuberocidad del maxilar.

Esta complicación puede ser evitada teniendo un buen -- plan preoperatorio. Cuando sea necesario extraer un diente del maxilar superior y la radiografía muestra un seno maxilar grande que se acerca a la cresta alveolar, se debe tener en cuenta una posible fractura de la tuberocidad. En es tos casos es conveniente replegar una lengüeta de periostio y cortar una pequeña porción del hueso alveolar, después de extraer el diente y extraerlo en fragmentos, evitando de es ta forma la fractura en cuestión.

Si la tuberocidad se llega a fracturar, se tratara de - mantener lo más integra posible. El dentista tratará de separar el diente de la tuberocidad, procurando no lesionar - el hueso; en caso de que sea posible, lo más indicado será - esperar unas semanas antes de hacer la extracción, para per mitir que sane la fractura.

Si la movilidad del fragmento es mínima, no será necesaria la fijación; en caso contrario deberá ser fijado o estabilizado con férulas u otro tipo de aparatos para fracturas

se recurrirá a otro procedimiento si el diente debe ser extraído inmediatamente. El dentista inmovilizará la tuberocidad tanto como sea posible y procederá a la extracción de acuerdo con la técnica descrita anteriormente. El siguiente paso es reponer la tuberocidad fracturada a su lugar y fijarla mediante una sutura a los tejidos vecinos.

Algunas veces es necesario extraer todo el fragmento óseo porque no se puede extraer el diente o los dientes aisladamente.

En otras ocasiones pueden haberse formado grandes bandas de periostio antes de producirse la fractura, por lo que la irrigación del hueso no está asegurada y se deberá extirpar la tuberocidad por conveniencia. La extracción se hace despegando con mucho cuidado el periostio, hasta que el fragmento óseo esté libre. Con esta técnica se pueden extraer la esquirla ósea y los dientes sin dificultad aun teniendo cuidado puede quedar una cavidad muy grande que puede llegar hasta el seno maxilar; la deformación se puede reducir llenando la cavidad con elementos hemostáticos absorbibles y colocando los tejidos blandos en su posición original.

La aproximación de estos tejidos, seguida de una sutura hecha con cuidado evitara el desarrollo de una fistula entre el antro y la boca.

11. FRACTURA MANDIBULAR.

A pesar de que esta complicación no es común, siempre es conveniente tener en mente la conducta a seguir si se presenta el caso.

La fractura en el transcurso de la extracción dentaria, frecuentemente presenta un mínimo de signos clínicos. En el momento de producirse, un chasquido y un dolor agudos nos pondrán sobre aviso. Al principio no habrá desplazamiento ni movilidad espontánea. No obstante, si hay sospecha, el diagnóstico se confirmará tratando de hacer bascular los fragmentos óseos con la ayuda de un instrumento o realizado con los dedos la tracción de un diente de la zona sospechosa, lo cual ocasionará la movilidad de un grupo de dientes o de un fragmento óseo si se trata de un diente aislado.

Finalmente, se confirmará el diagnóstico con los trastornos de la articulación dentaria subsecuentes a la presencia de una solución de continuidad mandibular.

El tratamiento consistirá en la reducción de la fractura llevando en seguida la mandíbula a su posición de reposo, y aplicando de inmediato una mentonera. Esta puede elaborarse con una banda elástica de 5 cm de ancho sujeta a nivel de la unión parieto-occipital con un gancho o tela adhesiva. Para evitar el deslizamiento de la mentonera, se colocará otro vendaje siguiendo la circunferencia del cráneo.

Se prescribirán de inmediato analgésicos por vía rectal o intramuscular y se procederá a remitir de inmediato al enfermo con el cirujano maxilo-facial.

12. SUBLUXACION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

La subluxación es la posición uni o bilateral del cóndilo por delante de la eminencia articular, con recuperación de la normalidad durante la actividad fisiológica. Puede -- provocarse durante una extracción dentaria debido al apoyo brusco y excesivo transoperatorio.

Cuando el ruido articular es frecuente, puede relacionarse con el movimiento del cóndilo por delante de la eminencia articular, o en combinación con una falta de relación precisa entre el cóndilo y el menisco. Esto resulta de una coordinación funcional insuficiente entre los fascículos inferior y superior del músculo pterigoideo externo.

Se observa una depresión facial profunda por delante del tragus.

Desviación del maxilar si la luxación es unilateral. No suele haber dolor; el paciente se percata de la situación.

La articulación está sumamente abierta, pero puede cerrarse voluntariamente..

En una subluxación, el cóndilo está por delante de la eminencia articular, y fuera de la verdadera articulación.

El tratamiento está contraindicado cuando no existen los síntomas, se recomiendan los relajantes musculares y las -- compresas húmedas calientes para disminuir la tensión en -- los músculos masticadores.

Cuando el sintoma principal es el ruido articular, puede tratarse con terapia muscular.

Esta incluye entrenamiento del paciente para poder abrir y cerrar la boca y deprimiendo lentamente el maxilar hasta una abertura máxima y cómoda, para después cerrarla lentamente. Esto se efectúa durante un minuto; al siguiente minuto se indica al paciente que abra la boca con la lengua muy atrás y ponga ligeramente la apertura en tensión. Esto puede repetirse tres o cuatro veces al día y modifica el traslado del cóndilo.

La hiperfunción y la actividad muscular extensa puede disminuirse con dieta blanda y líquida.

Se advierte al paciente que al abrir mucho la boca, por ejemplo, al bostezar, quizá perciba un chasquido; si es posible entonces, resultará útil reestabilizar el maxilar con presión manual.

13. LUXACION TEMPOROMANDIBULAR.

Este problema se presenta con una frecuencia relativamente alta, al realizar una extracción dentaria inferior. Al terminar la intervención, el enfermo se encuentra imposibilitado para cerrar la boca, ya que los cóndilos son incapaces de retornar a la cavidad glenoidea, al haber sufrido un desplazamiento hacia abajo y adelante del cóndilo del temporal, donde permanecen acunados y sin posibilidad de recobrar su posición fisiológica.

A estos síntomas se asocia dolor a nivel de los cóndilos así como una mialgia intensa debido a la tensión exagerada de los músculos.

La luxación temporomandibular debe ser reducida tan pronto como sea posible, y para ello se emplea la maniobra de Nélaton, que consiste en colocar la cabeza del enfermo en el cebezal, en posición perfectamente vertical, apoyando a continuación el operador sus pulgares sobre las caras oclusales de los molares inferiores, mientras con los otros dedos se soportan las ramas horizontales de la mandíbula por su parte externa. Se realiza en estas condiciones una presión muy fuerte de arriba hacia abajo durante cierto tiempo ya que es necesario vencer la tensión de los masticadores hasta bajar la mandíbula.

Posteriormente, se realiza la retropulsión del hueso, --llevando el maxilar hacia atrás. inmediatamente reducida la luxación, se verifica la articulación dentaria y se mantienen ambos maxilares en oclusión con la ayuda de una mentonera que se dejará durante algunos días.

Eventualmente se presenta cierto dolor condilar que cede fácilmente con la administración de indometacina o de oxifenbutazona.

C) COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

1. INFECCION.

Se entiende por infección la invasión y desarrollo de gérmenes patógenos en el organismo y su consecuente acción morbosa.

Todas las cavidades del cuerpo que tienen comunicación con el exterior, especialmente la boca, contienen cantidades considerables de microorganismos de diferentes especies la mayoría son saprófitos, pero también hay gérmenes patógenos que no dan lugar a la infección debido a una virulencia disminuida o a una resistencia aumentada del organismo. Hay un número de factores que impiden que los gérmenes causen la infección. Las células del epitelio estratificado que forman la superficie de la mucosa, se descaman constantemente, con todo y las bacterias adheridas a ella.

Los movimientos durante la masticación y fonación también producen una limpieza mecánica.

La saliva, fuera de su acción mecánica, tiene una sustancia bacteriostática. Otro factor defensivo es la gran irrigación sanguínea y linfática de los tejidos bucales, con sus múltiples defensas específicas e inespecíficas. Entre las primeras tenemos los diferentes fagocitos y la alexina del suero sanguíneo, y en las específicas se encuentran anticuerpos, aglutininas, precipitinas, bacteriolisinas y bacteriotropinas.

Las heridas quirúrgicas pueden permitir la entrada de -- gérmenes que aumentan la virulencia al encontrar un terreno propicio. Tejidos muy traumatizados o necróticos, colgajos con insuficiente circulación y coágulos sanguíneos dan un medio de cultivo ideal para los gérmenes.

También puede producirse una infección por falta de asepsia del operador, o por el paciente que introduce los dedos sucios o la lengua en la herida, o hace colutorios o succiones fuertes que destruyen el coágulo.

Los microorganismos causales son principalmente piógenos como los estafilococos hemolíticos, viridans y neumococos.

La infección puede localizarse en el alveólo o extenderse al cuerpo de los maxilares o a las partes blandas, en casos muy raros se puede generalizar dando lugar a una septicemia.

2. INFLAMACION.

Después de las intervenciones quirúrgicas extensas y traumáticas, es inevitable la aparición de un edema inflamatorio simple en los tejidos vecinos. Algunas de las causas -- más comunes para la aparición de este edema son, laceraciones al tejido blando, traumatismos al periostio, retracción descuidada del colgajo por medio de ganchos puntiagudos, -- traumatismos o remoción de gran cantidad de tejido óseo, así como la irritación de bordes óseos fracturados. Puede -- ser mayor el edema cuando se hacen las extracciones por el método abierto o de colgajo, y menor con la técnica usual -- con el forceps.

La inflamación con equimosis, es causada por la extravasación sanguínea debida a la presión de la mano o a la hemorragia capilar que va hacia los espacios intratisulares, és to se observa principalmente cuando la encía ha sido suturada, impidiendo la salida de la sangre por la herida.

La aplicación de compresas húmedas frías o bolsas de hielo, puede prevenir o reducir la hinchazón. Deberán aplicarse por espacio de media hora, descansando media hora y así sucesivamente durante el primer día, teniendo cuidado de en vaselinar la piel y de no palicar directamente el hielo sobre los tejidos. Los días siguientes, de ser necesario se a plican fomentos húmedos calientes que aumentan la irrigación sanguínea y contribuyen a la reabsorción. Estos aumentos de volúmen van asociados al dolor postoperatorio.

3. HEMORRAGIA.

En un accidente postextracción y puede presentarse en -- forma inmediata o mediata a la operación.

La falta de coagulación de la sangre, y la no formación de coágulo se deben a razones generales o a causas locales. Las causas locales se deben a procesos congestivos en la zo na de extracción, ocasionados por granulomas, focos de osteitis, pólipos gingivales, lesiones gingivales causadas por parodontosis, gingivitis, herida y desgarró de la gingiva, esquirilas o fragmentos óseos que permanecen en los labios de la herida gingival, en algunos casos es un vaso de gran calibre el que sangra, o a una hemorragia por múltiples vasos capilares lesionados durante la extracción.

El tratamiento indicado para la hemorragia inmediata es suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante, ya sea pólipo, osteitis granulosa o fragmento de hueso. la extirpación se hace con cucharillas filosas cuando el foco es intraóseo o con electrocauterio cuando es gingival. Un taponamiento y compresión del alveólo sangrante detendrá la hemorragia.

El taponamiento se realiza con un trozo de gasa ya sea seca o impregnada con medicamento hemostático, tales como el agua oxigenada o adrenalina. El percloruro de hierro se debe usar con reservas para no aplicarlo en proximidad a grandes vasos que impidan su absorción.

Si la hemorragia ocurre varias horas después de ser realizada la extracción, se deberá hacer lo siguiente:

Se enjuagará la boca con una solución tibia de agua oxigenada, con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el lugar donde flota el coágulo sobre la herida para observar el sitio de sangrado y por dónde es más abundante; después se seca la región con una gasa. Si la región sangrante es gingival se practica hemostasis con un punto de electrocauterio. Pero cuando la hemorragia es profunda se deberá taponar la cavidad con una tira de gasa con medicamento y sobre ese tapón se coloca otro que el paciente deberá morder. Esto se deberá hacer bajo anestesia local y se practica una sutura, pero en el caso de que persista la hemorragia, se recurrirá a la transfusión y al uso de sustancias que aceleran la coagulación.

4. HEMATOMAS.

Un accidente frecuente y al cual no se le da importancia es el hematoma operatorio y consiste en la difusión de la sangre por planos musculares, o los que presentan menor resistencia a su paso por los tejidos vecinos.

El hematoma se caracteriza por un aumento de volúmen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina; este cambio de color sigue las variaciones de la transformación sanguínea y de la descomposición de la hemoglobina. Primero toma un color rojo vinoso, después cambia a violeta y finalmente amarillo. El cambio de color de la piel dura generalmente de ocho a nueve días, pero la colección sanguínea se puede infectar y provocar dolor, rubor, fiebre intensa y reacción ganglionar. El tratamiento consiste en colocar bolsas de hielo para disminuir el dolor y la tensión, sulfamidoterapia y también antibióticos; si el hematoma llega a abscesarse, se deberá abrir con bisturí y se mantendrá una vía de drenaje colocando gasa yodoformada.

5. ALVEOLITIS.

La alveolitis es una de las complicaciones postextracción de órganos dentarios. Su frecuencia de presentación es baja, sin embargo es un transtorno molesto para el paciente y problemático para el dentista.

Es una osteítis localizada y autolimitada, una inflamación pútrida del alveolo y su principal síntoma es el dolor que se presenta después de una extracción dentaria.

Su etiología es desconocida, pero se le atribuyen causas generales como son estado débil del paciente, y causas locales que se pueden dividir en físicas, mecánicas, químicas y biológicas. Entre las causas físicas está en primer lugar, - el traumatismo durante la intervención, maniobras bruscas, - uso inadecuado del motor cuando se provoca aumento local de la temperatura por falta de irrigación.

Entre las causas mecánicas, están la eliminación del coágulo por la presión negativa de la saliva, o por la acción de un enjuague vigoroso después de la extracción.

Entre las causas químicas, están las atribuidas a los -- componentes de los bloqueadores, por la toxicidad de las -- sustancias o por la vasoconstricción local que se provoca - al infiltrar un anestésico, lo cual ocasiona una disminución de la irrigación sanguínea en esa área.

Entre los factores biológicos, están los microorganismos (algunos sostiene que son anaerobios) entre éstos los bacilos fusiformes y espiroquetas; otros autores dicen que los hongos son agentes casuales.

Las características que se presentan son las siguientes:

Un alveólo clínico, en donde el coágulo sanguíneo primario se ha desorganizado y licuado. El alveólo vacío es de color café rojizo, oscuro o grisáceo.

Los tejidos circundantes se encuentran inflamados tumefactos, edematizados y rojizos. El principal síntoma es el dolor localizado en el alveólo e irradiado o referido a ramas trigeminales.

Dolor intenso, lascinante, profundo y pulsátil. El diagnóstico se realiza al reconocer el tejido gingival circundante y en ocasiones crece rápidamente, dificultando la exploración.

Al estar afectados y edematizados los ganglios regionales, la exploración es dolorosa. El diagnóstico diferencial se realiza con la fractura de la lámina ósea, la cual ocasiona dolor al presionarse; en la alveolitis el dolor es continuo.

Este trastorno se presente con mayor frecuencia en los adultos, entre los 30 y 40 años, y según las estadísticas realizadas a este respecto, de cada cien pacientes dos o tres pueden presentarlo. Se manifiesta con mayor frecuencia en la mandíbula y en la región de los molares; el maxilar es menos afectado en un veinte por ciento.

En un análisis microscópico de la alveolitis se observan hueso necrótico, espacios medulares, inflamación de la medula circundante, osteitis localizada, así como pérdida de tejido conectivo e inflamación.

Aparentemente, la saliva también acelera la fibronolisis por presencia de proactivador.

La alveolitis se puede prevenir realizando cirugía atraumática, maniobras exodónticas suaves y efectuando una limpieza cuidadosa.

El tratamiento debe ser rápido, adecuado y sostenido aun cuando es paliativo y sintomático. Lo más importante es calmar el dolor o eliminarlo. Para ello basta colocar dentro del alveolo un apósito sedante y antiséptico; en ocasiones será necesario prescribir analgésicos por vía sistémica y se basa en:

1. Lavar cuidadosamente el alveólo con suero fisiológico tibio, utilizando en ocasiones antiséptico a elección
2. Secar cuidadosamente el alveólo.
3. Colocar apósito sedante o antiséptico; el apósito tiene por objeto proteger las superficies óseas al descubierto, por lo cual, se elimina o calma el dolor y favorece la cicatrización.

Los materiales usados para el apósito son el alveogil, a aftex, etc. pero los que tienen mayor aceptación son el oxido de zinc y el eugenol por los excelentes resultados obtenidos.

El apósito se cambia 3 ó 4 veces y por lo general esto es suficiente para eliminar el dolor.

D) INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

La exodoncia y la cirugía bucal están relacionadas íntimamente y requieren del uso de material especializado.

La cirugía es la parte de la medicina que tiene por objeto curar las enfermedades por medio de operaciones hechas con la mano utilizando instrumentos. En cirugía bucal se incide la encía, se llega hasta el hueso, se practica una ventana en él y por ésta se elimina el objeto de intervención.

Para efectuar la intervención manual, es menester valerse de instrumentos y materiales quirúrgico apropiado.

En exodoncia se emplean dos distintas clases de instrumentos: los destinados a extraer el diente: pinzas para extracciones y elevadores; y los destinados a extraer el hueso que cubre y rodea total o parcialmente los dientes: osteotomos, escoplos y fresas.

1. FORCEPS

La extracción dentaria requiere fuerza para separar el diente del tejido blando y óseo que lo rodea. En la gran mayoría de las extracciones, el instrumento ideal para transmitir la fuerza ejercida por el operador al diente, es el fórceps diseñado especialmente para ese diente. Se puede decir que el diente es la continuación del instrumento para efectuar su propia remoción. Para entender cómo el diente se saca así mismo, se explica que la fuerza ejercida por los músculos del brazo y la mano del operador a través de las ramas del fórceps a los mordientes y de ahí al diente firmemente tomado, mueve este diente.

El fórceps dental consta de dos partes; una pasiva y otra activa . La parte pasiva, es el mango de la pinza, sus ramas son paralelas y según los distintos modelos, están labradas en sus caras externas para impedir que se deslice de la mano del operador, las ramas del fórceps se adaptan a la palma de la mano derecha, el dedo pulgar se coloca entre ambas ramas, actuando como tutor para vigilar y regular el movimiento y la fuerza a ejercer.

La parte activa, se adapta a la corona anatómica del diente. Sus caras externas son lisas y las internas, además de ser cóncavas, presentan estrias con el fin de impedir su deslizamiento. Los bordes o mordientes del fórceps siguen las modalidades del cuello dentario. Estos mordientes son distintos, según sus modelos.

Los que se aplican a los cuellos de los molares presentan mordientes en forma de ángulo diedro, para adaptarlos a las bifurcaciones de las raíces de estos dientes.

El fórceps apresa el órgano dentario, debiendo formar los mordientes y el diente una línea continua, moviéndose el todo sobre un punto que es el ápice radicular.

El fórceps actúa como una palanca de primer grado, estando colocada la resistencia (el hueso alveolar) entre la potencia (la mano del operador) y el punto de apoyo (el ápice radicular).

Antes de hacer la extracción existe un tratamiento para los tejidos y consiste en lo siguiente:

1. Enjuagar la boca con una solución antiséptica, teniendo cuidado de limpiar en particular, los espacios interproximales.

2. Quitar los depósitos de tártaro salival que serían rotos por los fórceps y podrían penetrar a los alveolos.
3. limpiar los tejidos gingivales linguales y bucales con una solución germicida.
4. Incidir el tejido gingival con un bisturí, utilizando la línea gingival como guía y llevando el corte hasta la cresta interproximal. Profundizar hasta el hueso alveolar.
4. levantar el mucoperiostio con un elevador perióstico, en la extensión necesaria para evitar dañar los tejidos; así no se desgarrarán dichos tejidos por el movimiento bucolingual de la raíz del diente.

También existen ciertas reglas que deben observarse para la aplicación del fórceps:

1. debe seleccionarse el fórceps adecuado.
2. No sostener los fórceps cerca de los mordientes, sino que la terminación de las ramas esté casi cubierta con la palma de la mano.
3. El eje longitudinal de los mordientes debe ser paralelo al eje longitudinal del diente.
4. Los mordientes deben ser colocados sobre la sólida estructura radicular y no sobre el esmalte de la corona.
5. La raíz debe ser tomada firmemente, de modo que cuando se aplica la presión, los mordientes no se muevan sobre el cemento, de otra manera se puede fracturar.

6. Los mordientes del fórceps no deben tropezar con los dientes adyacentes durante la aplicación de la fuerza.

La primera presión que se debe aplicar para la extracción de todos los dientes superiores es una fuerza apical, hasta que los mordientes del fórceps sujetan al cuello del diente, apoyándose sobre el cemento. Después se aplican las siguientes presiones:

Incisivos centrales, laterales y caninos: presión labial con rotación mesial.

Primeros y segundos premolares: presión bucal, lingual y extracción hacia bucal o lingual.

Primeros y segundos molares: presión bucal, lingual y extracción bucal.

Terceros molares: presión bucal.

La primera presión aplicada a los dientes inferiores para su extracción, es una fuerza apical, hasta que los mordientes del fórceps sujetan el cuello del diente, apoyándose sobre el cemento. Posteriormente se aplican las siguientes presiones:

Incisivos centrales y laterales: presión labial, lingual y ligeramente de mesial a distal, extraer hacia labial.

Caninos: presión labial con rotación mesial.

Primeros y segundos premolares: presión bucal, con ligera rotación mesiodistal.

Primeros y segundos molares: presión bucal, lingual y extraer hacia bucal.

Terceros molares: presión bucal y extraer hacia bucal o lingual.

La idea de introducir fórceps, adaptados al cuello de los dientes se debe a Sir John Thomas.

La numeración de los fórceps superiores son los siguientes:

1. No. 62 y 150.- para incisivos, caninos y premolares
2. No. 18R y 18L.- para primeros y segundos molares superiores derecho e izquierdo.
3. No. 210.- para terceros molares superiores de ambos lados (DERECHO E IZQUIERDO).
4. No. 88R y 88L.- tricórne por sus bocados en forma de cuernos que sirven para sujetar las raíces vestibulares y palatinas derecho e izquierdo superiores.
5. No. 65.- para restos radiculares y en algunas ocasiones para incisivos (en forma de bayoneta)

La numeración de los fórceps inferiores son los siguientes:

1. No. 151.- para incisivos, caninos, premolares y restos radiculares inferiores de ambos lados
2. No. 16 o 23.- para primeros y segundos molares inferiores de ambos lados. La diferencia en la numeración es por la forma de las ramas del fórceps.
3. No. 222.- para terceros molares de ambos lados.

Existen una variedad mayor de fórceps para exodoncia, ~~es~~ sin embargo consideramos que con los mencionados, es ~~posi-~~ble practicar la extracción de cualquier diente.

Los fórceps inferiores, se caracterizan por su mango cor-to ya sea recto o curvo, pero invariablemente su parte acti-va se encontrara en ángulo recto con la pasiva.

2. ELEVADORES.

Los elevadores son instrumentos que, basados en principios de física, tienen aplicación en exodoncia, con el objeto de movilizar o extraer dientes, o raíces dentarias.

Como palanca, deben ser considerados en el elevados tres factores: el punto de apoyo, la potencia y la resistencia.

Este instrumento consta de tres partes: el mango, el tallo y la hoja.

El mango es adaptable a la mano del operador, tiene según los distintos modelos, diversas formas. En general, el mango está dispuesto con respecto al tallo, de dos maneras: una sobre la misma línea y otra perpendicular al tallo, formando una T. Esta última disposición es recomendable ya que su manejo es más sencillo.

El tallo es la parte del instrumento que une al mango -- con la hoja: debe adaptarse a las modalidades de la cavidad bucal. Debe ser un material lo suficientemente resistente -- para cumplir su cometido, sin variar la forma, por lo que se recomienda que sea de acero inoxidable.

La hoja existen diversos modelos en el mercado de acuerdo a la aplicación que se le da al instrumento. Dos son las formas generales de presentación, de las cuales depende su forma de actuar: la hoja está en línea con el tallo (elevadores rectos) , u origina con él, un ángulo de grado variable (elevadores curvos).

La palanca destinada a elevar un diente o una raíz dentaria, debe valerse de un apoyo, el cual está dado (en exodoncia) por dos elementos: el hueso maxilar y los dientes vecinos.

El hueso maxilar es un punto útil de apoyo para el elevador. El borde alveolar, cuando es fuerte y resistente, permite el apoyo de instrumentos para movilizar un diente retenido en implantación normal de raíces dentarias.

Generalmente se busca el apoyo en el ángulo mesiobucal del diente a extraer, pero cuando algunas condiciones así lo exija, el elevador puede tener aplicación lingual, mesial, distal o bucal.

La eficacia del punto de apoyo exige que esté desprovisto de partes blandas, las cuales permiten actuar, o bien son traumatizadas en el acto operatorio. Por lo tanto, el tejido gingival debe ser separado por maniobras previas que serán consideradas a su debido tiempo.

En la extracción de dientes retenidos, la palanca es muy eficaz, con el objeto de multiplicar la fuerza útil. El punto de apoyo se busca en el hueso vecino, actuando el elevador como palanca de primer o segundo grado.

Para la extracción de raíces, en ambos maxilares, el punto de apoyo se busca en el hueso maxilar; para el caso de molares con dos o tres raíces el punto de apoyo puede encontrarse en el borde alveolar, previa resección de parte de la tabla externa, o en el tabique interradicular.

Los dientes vecinos, constituyen puntos de apoyo útil. - el uso de un diente vecino exige algunas condiciones para que resulte eficaz a este propósito. La corona debe mantener su integridad anatómica y su resistencia física no debe haber disminuido en el caso de ser portador de un aparato de prótesis (coronas, pivotes) u obturaciones proximales.

La raíz debe ser arquitectónicamente fuerte y bien implantada. Los dientes uniradiculares o multiradiculares con raíces cónicas o fusionadas, pueden luxarse al ser usadas como punto de apoyo.

La potencia o fuerza destinada a elevar un órgano dentario, varía con el grado de implantación y resistencia que presenta el diente a extraer. Siguiendo el principio de física; cuanto más cerca está el punto de apoyo de la resistencia, mayor será la eficacia de la fuerza a emplearse. El punto de apoyo debe estar condicionado por esta premisa. La potencia que mueve al diente, cumplirá su cometido con mayor eficacia, pudiendo multiplicarse la fuerza en la medida necesaria.

La resistencia esta presentada por el diente a extraerse. Esta condicionada por la disposición radicular, la cantidad de hueso que lo cubre o rodea y la calidad de este hueso; es decir, la mayor o menor calcificación del mismo, la distinta disposición de trabéculas óseas y la edad del paciente.

El elevador puede aplicarse siguiendo otro principio de física: la cuña, su modo de acción es el siguiente: la introducción de la punta de trabajo u hoja en un alveolo dentario, entre la pared ósea y el diente que la ocupa; desplaza el órgano dentario en la medida que la cuña, se profundiza en el alveolo; la raíz va siendo desalojada en la cantidad equivalente al grado de introducción y dimensiones del instrumento.

Se han diseñado múltiples números de elevadores por los distintos autores (Seldin, Walter Barry, Morrinsó, etc.) - que tienen cada uno una función, trabajo y misión diferente

sin embargo con un número reducido de ellos puede ser posible cualquier tratamiento exodóntico.

La numeración de los elevadores es la siguiente:

1. Elevadores rectos: N0s 3, 301, 304 y 12.
2. Elevadores de bandera: Nos 27 y 28 (derecho e izquierdo, pero con la punta de trabajo más pequeño).

3. INSTRUMENTAL AUXILIAR.

a) Instrumentos para sección de tejidos blandos:

Bisturí.- En cirugía bucal se usa comunmente un bisturí de hoja corta, consta de un mango y de una hoja; ésta puede tener distintas formas y tamaños, las hojas pueden ser intercambiables, las cuales se eligen según el tipo de operación que se vaya a efectuar. En la práctica se recomienda el uso del bisturí Bard-Barker con hoja No 15.

Mead diseñó un bisturí cuya característica es la curvatura de su hoja, en forma de hoz, con filo en sus dos bordes. Con este bisturí se pueden realizar incisiones en sitios poco accesibles, pues corta por los dos lados. El bisturí llamado sindesmotómo se usa para separar la encía del cuello del diente.

Tijeras.- son instrumentos de sección de tejidos y tienen escaso uso en esta especialidad. Se emplean para seccionar lengüetas, festones gingivales y trozos de encía.

También pueden usarse tijeras para seccionar heridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajos, además se utilizan tijeras de hoja pequeña, en especial curva para cortar los puntos de sutura.

Pinzas de Disección.- Dentadas, con las cuales se toma la fibromucosa, sin lesionarla en la preparación de colgajo las pinzas de diente de ratón, con tres pequeños dientes -- que se engranan y permiten sostener el colgajo; también es útil la pinza de Kocher y la pinza atraumática de Chaput de cirugía gastrointestinal, que permite tomar la fibromucosa-bucal, sin lastimarla ni desgarrarla.

Instrúmentos de galvano, termocauterío, radio-bisturí o electrotómo.- La incisión de los tejidos gingivales se puede realizar por métodos térmicos o eléctricos. Se utiliza el galvano, el termocauterío o el radiobisturí.

Con estos instrumentos también se pueden incidir abscesos o destruir los capuchones que cubren el tercer molar.

Legras, periototómos, espátulas romas.- El desprendimiento y separación de la fibromucosa incidida por el bisturí se efectúa con instrumentos de varios tipos. Se emplean pequeñas legras que se insinuarán entre los labios de la herida y entre el mucoperiostio y el hueso, apartando aquel elemento hasta donde sea necesario; este hecho puede realizarse también con el periostotómo de Mead.

Para sitios de difícil acceso, como la bóveda palatina y la cara lingual del maxilar inferior, se utilizan espátulas rectas o acodadas, en especial estas últimas. Estos instrumentos también se emplean para despegar las bolsas de los quistes del hueso que las aloja.

Separadores.- Los separadores de Farabeuf, cuyos extremos están acodados, son los adecuados en el curso de una operación en la cavidad bucal, donde es necesario mantener apartados los labios, con el propósito de no herirlos y que los colgajos no sean traumatizados. Los separadores de Volkmann que constan de un mango y de un tallo que termina en forma de dientes, se usan debajo del colgajo al cual mantienen fijo.

b) Instrumentos para sección de tejidos duros.

escoplo y Martillo.- El escoplo es una barra metálica, uno de sus extremos está cortado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado. Actúa a presión manual, o es accionado a golpes de martillo, dirigidos sobre la la extremidad opuesta al filo. Este martillo consta de una masa y mango que permite esgrimirlo con facilidad. El martillo debe ser dirigido por el mismo operador, quien toma este instrumento con la mano derecha y el escoplo con la mano izquierda, o bien por el ayudante, quien golpea sobre el escoplo a petición del cirujano. Los escoplos también se emplean para seccionar dientes en las maniobras de odontosección.

Hay varios tipos de escoplos en cirugía bucal ya no es frecuente su uso, ya que con otros instrumentos se realizan más eficientemente las funciones de éstos. Se usan para resacar el hueso que cubre el objeto de la intervención, la tabla externa en las extracciones de tercer molar retenido, el hueso palatino que protege a los caninos u otros dientes retenidos y en general la tabla ósea vestibular, y para eliminar los quistes de distinto tipo que se desarrollan en los maxilares, etc.

Pinzas Gubias.- Para realizar la resección del hueso -- (osteotomía) podemos utilizar las denominadas pinzas gubias rectas o curvas; existen varios tipos y sus variedades residen en la configuración de sus ramas o en la disposición de su parte cortante. Las pinzas actúan extrayendo el hueso, por mordiscos sobre el tejido, previa preparación de una puerta de entrada con los escoplos, o directamente cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o fragmentos óseos que emergen de la superficie del hueso.

Fresas.- El empleo del torno dental en las operaciones de la boca es de extraordinaria utilidad. La osteotomía es sencilla, no trae inconveniente cuando es aplicada con ciertos cuidados. La fresa puede sacar el hueso y abrir camino a otros instrumentos. Pueden emplearse las fresas comunes usadas en dentística: redondas del No 5 al 8, de fisura No-560; la fresa se colocará en la pieza de mano o bien en el contrángulo según sus necesidades.

Son de utilidad las fresas quirúrgicas de Schamberg, la fresa de labrar el caucho y las de Allport.

Limas para hueso (escofinas).- Se usan en la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos de prótesis, o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

Las cucharillas para hueso (curetas).- Son las indicadas para eliminar, del interior de las cavidades óseas; las limaduras de hueso, granulomas, fungosidades, quistes, u otras colecciones patológicas. Existen una gran variedad de estos instrumentos; los hay rectos o acodados cuya parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

E) TECNICAS DE EXODONCIA.

1.- EXODONCIA CON FORCEPS.

El fórceps en exodoncia, actúa como una palanca de primer grado, estando colocada la resistencia entre la potencia y el punto de apoyo. La mano del operador imprime al fórceps los dentistas movimientos que se necesitan para eliminar el diente.

El acto de extraer un diente de su alveolo, requiere varios tiempos quirúrgicos que son:

- 1) Sindesmotomía.
- 2) Prehensión.
- 3) Luxación.
- 4) Tracción.
- 5) Sutura del alveolo.

1.- Sindesmotomía.- Es el acto quirúrgico, mediante el cual con un instrumento con filo (bisturí con hoja 11 o 15), incidimos la inserción epitelial del parodonto, para separar el tejido gingival del cuello del diente, hasta el tejido duro alveolar.

2.- Prehensión.- Es la aplicación del fórceps: la toma o prehensión del diente, es fundamental, del cual depende el éxito de los tiempos que siguen.

Preparado el diente para la exodoncia, se separan los labios, el carrillo y la lengua del paciente con los dedos de la mano izquierda. Libre el campo y protegido las tablas alveolares, vestibulares y palatinas o lingual, el fórceps toma el diente por encima de su cuello anatómico, en donde se apoya y a expensas del cual desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario. La corona dentaria no debe intervenir como el elemento útil en la aplicación de la fuerza. Su fractura sería la consecuencia de esta falsa maniobra. Por lo tanto el instrumento debe insinuarse hasta debajo del borde gingival hasta llegar al cuello del diente.

Ambos mordientes bucal y lingual deben penetrar simultáneamente hasta el punto elegido. Llegando a este, la mano derecha cierra las ramas de la pinza, manteniendo con el -- pulgar el control de la fuerza.

3.- Luxación.- La luxación o desarticulación del diente, es el tercer tiempo de la exodoncia, por medio del cual el diente rompe las fibras del parodonto y dilata el laveolo.

Se realiza este tiempo, según dos mecanismos; a) movimientos de lateralidad del diente, dirigiéndose de dentro a fuera y b) movimientos de rotación, desplazando el diente = de derecha a izquierda en el sentido de su eje mayor.

a) Movimientos de lateralidad: Dos fuerzas actúan en este movimiento. La primera es impulsado el diente en dirección de su ápice, como queriendo introducir el diente dentro del alveolo. Esta fuerza permite apoyar la porción apical en la cúspide del alveolo, punto que sirve como centro del arco-- que describirá el diente.

La segunda fuerza mueve al diente, según el arco al que hemos hecho referencia, eligiendo como primera dirección la tabla ósea de menor resistencia (generalmente la bucal). Este movimiento de lateralidad tiene un límite, que está dado por la dilatación del alveolo; excediendo el movimiento, la tabla externa se fractura. Si esta tabla es lo suficiente-- mente sólida como para no fracturarse, será el diente quien tendrá que fracturarse. Por eso, los movimientos laterales de luxación, deben ser dirigidos por el tacto que se perfecciona con la práctica quirúrgica.

Algunos dientes pueden ser extraídos con este único movimiento de lateralidad externo. Si no han sido vencidas todas las resistencias, el diente debe volver a su sitio primitivo y debemos dirigirlo procurando dilatar la tabla interna o lingual, haciéndole describir un arco.

Desde allí se dirige el diente nuevamente hacia bucal, pudiendo iniciarse el cuarto tiempo de la extracción. Puede ocurrir que las resistencias de la arquitectura alveolar no hayan sido vencidas y el diente para ser luxado, debe realizar movimientos laterales hacia bucal y lingual. Ordinariamente los movimientos de lateralidad puede iniciarse con --luxaciones cortas y repetidas para romper las fibras parodontales y lograr la dilatación de las paredes alveolares y terminar los movimientos amplios y espaciados para seguir a la tracción del diente fuera del alveolo.

b) Movimientos de rotación: La rotación se realiza siguiendo el eje mayor del diente; es un movimiento complementario del movimiento de lateralidad. La rotación solo puede ser aplicada en dientes monoradiculares o multiradiculares fusionadas en forma cónica. Los que tiene más de una raíz divergentes, se fracturan al hacerlos rotar.

La rotación que se imprime al diente es de mesial a bucal y debe ser empleado con suavidad y tacto para evitar la luxación de los dientes vecinos.

4.- Tracción.- Es el último movimiento destinado a desplazar finalmente el diente del alveolo. La tracción o extracción propiamente dicha, se realiza cuando los movimientos --preliminares han dilatado el alveolo y rotos los ligamentos parodontales. Generalmente la cantidad de fuerza es exigida es pequeña y la resultante de la fuerza tiende a dirigir el diente en el sentido de la corona y de la tabla externa.

Por eso el movimiento de tracción debe emplearse después de los de lateralidad o rotación, cuando el diente se encuentra en la proporción más externa del arco de lateralidad. En la aplicación del movimiento de rotación, la fuerza de tracción se inicia junto con aquel movimiento.

5.- Sutura del tejido gingival.- Una vez practicada la exodoncia, debemos comprimir ligeramente las tablas óseas dilatadas para llevarlo a su estado original pero evitando fracturarlas. Una vez logrado este procedimiento efectuamos la sutura del tejido gingival, con el objeto de afrontar lo más posible los bordes de la herida quirúrgica permitir la hemostasia y disminuir el periodo de cicatrización.

2.- EXODONCIA CON ELEVADORES.

Los tiempos de la exodoncia con elevador pueden esquematizarse en:

- 1) Sindesmotomía.
- 2) Aplicación.
- 3) Luxación
- 4) Elevación o extracción
- 5) Sutura del alveolo.

1.- Sindesmotomía.- Se lleva a cabo similar a la técnica es con fórceps.

2.- Aplicación.- Para cumplir con eficacia el fin a que está destinado el elevador, cualquiera que sea su tipo, deber ser colocado en posición, es decir buscar el punto de apoyo adecuado.

Este instrumento se toma con la mano derecha, empuñándolo ampliamente. El dedo índice debe acompañar al tallo, para evitar incursiones no previstas. Como son distintos los fines con que trabaja el elevador, la aplicación varía para la exodoncia de restos radiculares o dientes retenidos.

En terminos generales, el instrumento debe ser guiado -- procurando tener un punto de apoyo correcto hasta su ubicación, haciendolo avanzar por cortos movimientos de rotación entre el alveolo y la raíz del diente a extraer.

El punto de aplicación sobre la raíz dentaria debe ser el punto útil de la aplicación de la fuerza. Este se descubre por el examen radiográfico. De este modo no se fracturara o astillara la raíz a extraerse. La resistencia efectiva de la raíz se ubica en un punto por debajo de la zona descalcificada o cariada.

3.- Luxación.- Logrado 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 y dilata el alveolo, permitiendo así su extracción. El tiempo de luxación no tiene límites precisos con el de aplicación del instrumento. En realidad, desde la iniciación o penetración del elevador, la raíz comienza su luxación.

4.- Extracción propiamente dicha.- Con sucesivos movimientos de rotación o descenso, el diente abandona su alveolo, desde donde puede extraerse con elevadores apropiados o con pinzas de disección o mosquito.

5.- Sutura gingival.- Al igual que en el caso de exodoncia con fórceps, se debe suturar la mucosa alveolar para evitar sangrados postoperatorio y facilitar el periodo de cicatrización.

M E T O D O E I N S T R U M E N T O S

Para la comprobación teórica de la presente investigación, se tomara como metodo la aplicación de un cuestionario a pasantes de odontología que realizaron su servicio social en la clínica Estado de México de ambos turnos.

La aplicación de los mismos fue en forma aleatoria y se realizo en base a las experiencias de accidentes en extracción dentaria que han tenido los pasantes de odontología.

Asimismo para analizar los resultados, estos se presentaran en cuadros y gráficas de los cuales se desprenderan las conclusiones del presente trabajo.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
ZARAGOZA

Cuestionario aplicado a pasantes de Odontología.

PREGUNTAS:

1.- Durante el tiempo que ha prestado sus servicios en esta clínica cuantas extracciones a efectuado.

2.- Marque con una X los accidentes de tejidos blandos que le han ocurrido:

- Encias
- Labios
- Troncos nerviosos
- Piso de boca.

3.- Anote el número de casos que presento cada accidente:

- Encias ()
- Labios ()
- Troncos nerviosos ()
- Piso de boca ()

4.- Marque con una X los accidentes de tejidos dentario y óseo que le haya ocurrido:

- Fx de corona
- Fx de raíz
- Fx del borde alveolar
- Apertura del seno maxilar
- FX mandibular
- Subluxación de la ATM
- Luxación de la ATM.

5.- Anote el número de casos que presento cada accidente:

- Fx de corona ()
- Fx de raíz ()
- Fx del borde alveolar ()
- Apertura del seno maxilar ()
- Fx mandibular ()
- Subluxación de la ATM ()
- Luxación de la ATM ()

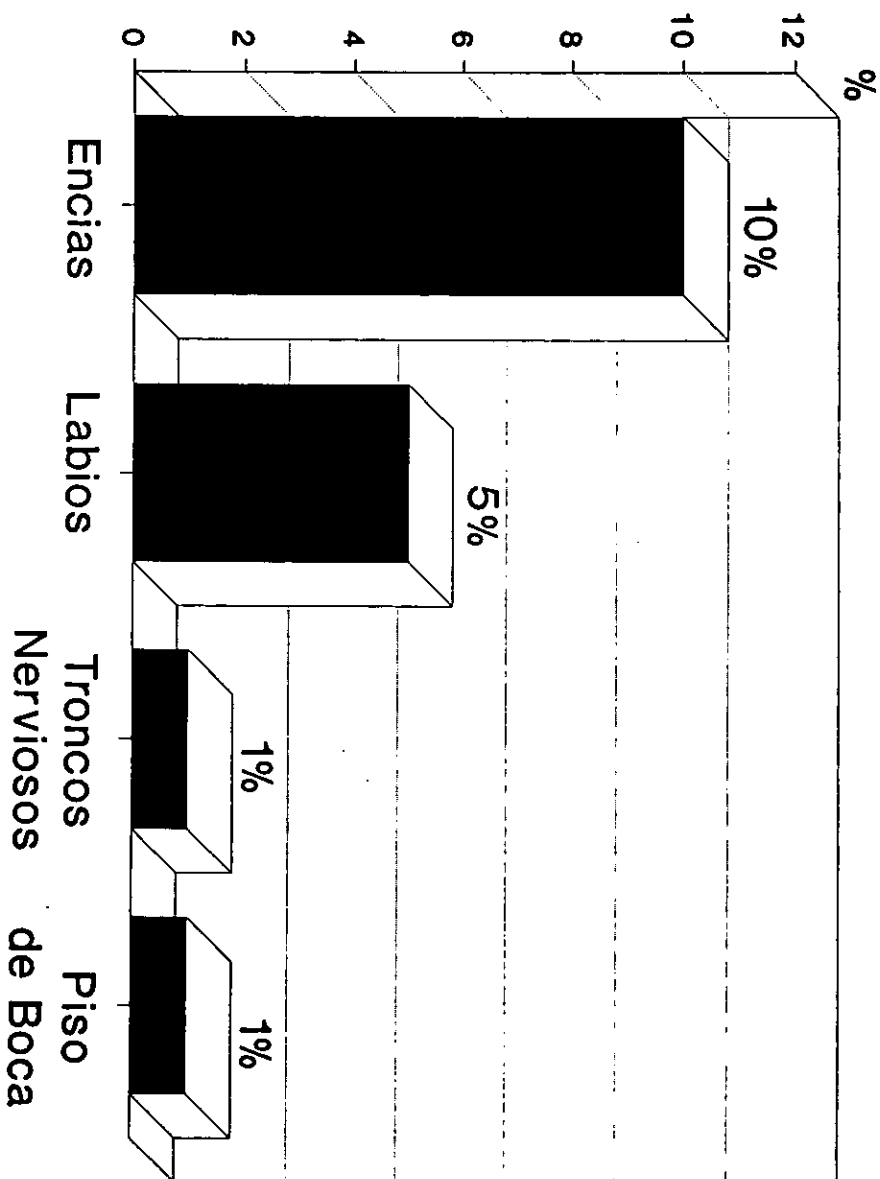
6.- Marque con una X las complicaciones postoperatorias que más frecuentemente han presentado los pacientes:

- Infección
- Inflamación
- Hemorragia
- Hematoma
- Alveolitis

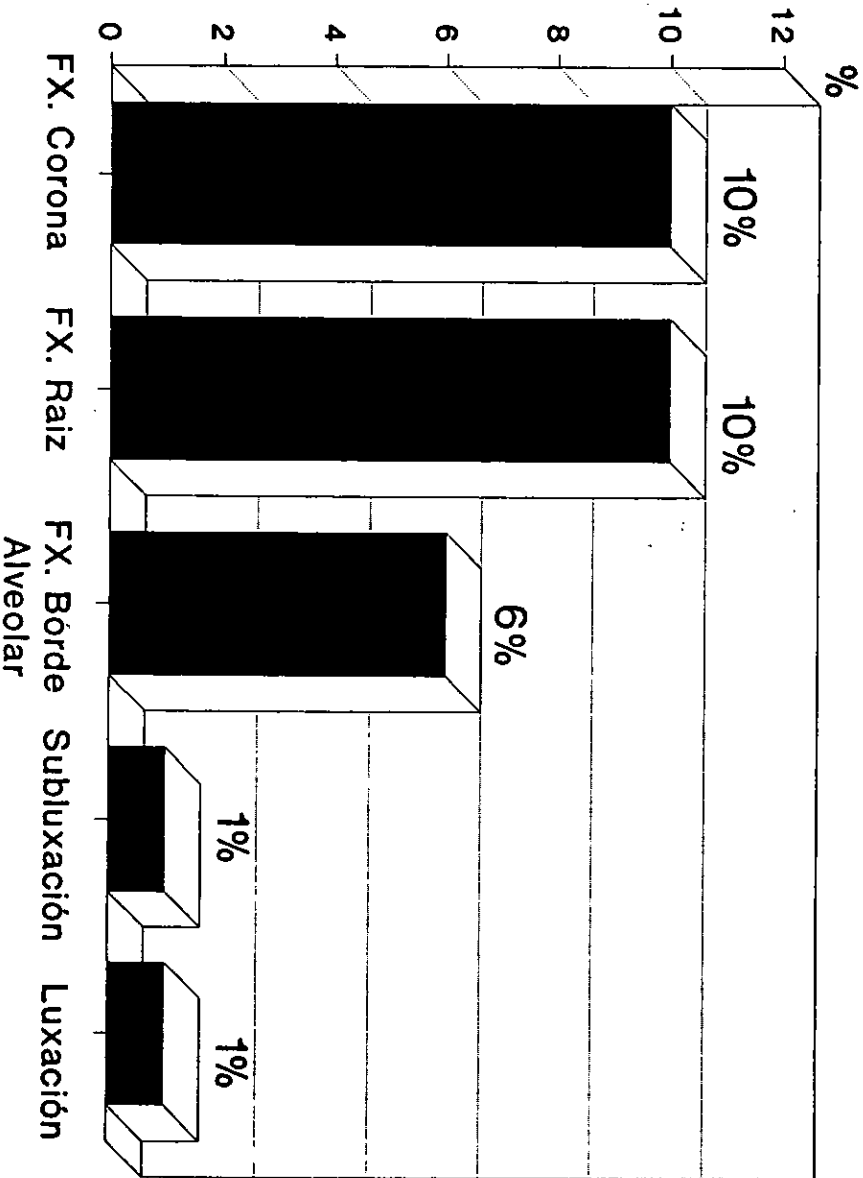
7.- Anote el número de casos que presento cada complicación

- Infección ()
- Inflamación ()
- Hemorragia ()
- Hematomas ()
- Alveolitis ()

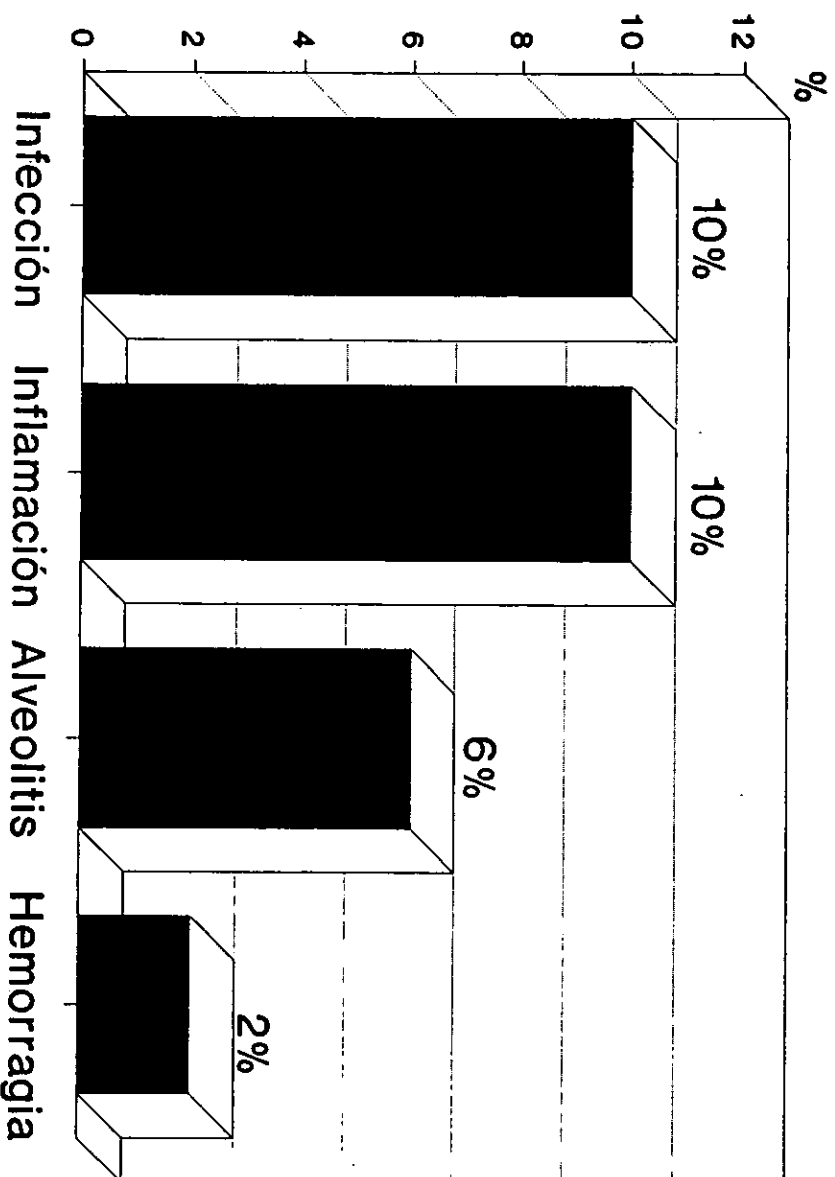
Accidentes en Tejidos Blandos



Accidentes en Tejidos Duros



Complicaciones Postoperatorias



P R E S E N T A C I O N D E R E S U L T A D O S

Accidentes en tejidos blandos durante la extracción dental:

ZONA	No.DE ACCIDENTES	PORCENTAJE
-Encias	30	10%
-Labios	16	5%
-Troncos Nerviosos	03	1%
-Piso de Boca	03	1%

Accidentes en tejidos duros durante la extracción dental:

ZONA	No. DE ACCIDENTES	PORCENTAJE
-Fractura coronaria	31	10%
-Fractura de Rala	29	10%
-Fractura Borde Alveolar	17	06%
-Subluxación Mandibular	03	01%
-Luxación Mandibular	02	01%
-Apertura del Seno	01	0.5%
-Fractura Mandibular	00	00%

Complicaciones postoperatorias de extracción dentaria:

ZONA	No.DE COMPLICACIONES	PORCENTAJE
-Inflamación	30	10%
-Infección	28	10%
-Alveolitis	18	06%
-Hemorragia	06	02%
Hematomas	05	02%

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De los cuestionarios efectuados a los pasantes de Odontología, se obtuvo como resultado un total de trecientas extracciones.

De las cuales hubo una información de accidentes en tejidos blandos al efectuarse la extracción dental, como en el caso de la encía que sufrió daños en un 10% de los casos.

Lo mismo sucedió en el caso de los labios que presentaron afecciones en un 5% de los casos.

Los accidentes ocurridos a troncos nerviosos y piso de boca fue de aproximadamente del 1%.

Esto quiere decir que los tejidos blandos que son afectados por accidente más frecuentemente, en una extracción dentaria, son encías y labios, debido a que son las zonas más manipuladas por el operador, mientras que los troncos nerviosos y piso de boca lo son en menor proporción.

En cuanto a lo que se refiere a tejidos duros presentaron una frecuencia de accidentes de fractura coronaria y fractura de raíz en un 10% aproximadamente de los casos.

La fractura del borde alveolar, presentó un porcentaje del 6%. Las luxaciones y subluxaciones mandibulares presentaron un porcentaje del 1% y la apertura del seno maxilar solo un 0.5%, mientras que las fracturas mandibulares no presentaron ningún caso.

Los resultados de las experiencias vividas por los pasantes de Odontología, nos muestran que las fracturas de corona y raíz, son las más frecuentes, ya que son las zonas manipuladas directamente por el operador, al igual que el borde alveolar.

Las fracturas mandibulares, así como las subluxaciones y luxaciones mandibulares son poco frecuentes, y que solo ocurren en actos operatorios con movimientos bruscos o inadecuados durante la extracción dental.

Las complicaciones postoperatorias de una extracción dentaria, como son la inflamación e infección, se presentaron en un porcentaje del 10% de los casos, y son los signos más frecuentes después de una extracción dentaria.

La hemorragia y hematomas normalmente son poco frecuentes, presentaron un porcentaje de un 2% de los casos de accidentes.

Mientras que la alveolitis presentó un porcentaje más alto de frecuencia 6%.

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

Para prevenir los accidentes en nuestra profesión se les deberá efectuar a los pacientes, una completa historia clínica y una buena interpretación radiográfica.

Antes de realizar cualquier procedimiento operatorio, elegiremos una técnica que sea la más apropiada para el caso que se piensa tratar. La ausencia de ésta, puede provocar muchas complicaciones, que pueden llegar a situaciones irreversibles.

Debemos estar capacitados para resolver un alto porcentaje los accidentes y complicaciones de la extracción dental.

El empleo de la anestesia local en Odontología se realiza rutinariamente. Por tanto, es imposible ignorar las posibilidades de un accidente.

El cirujano dentista debe evitar la prisa, que es uno de los enemigos principales de la profesión.

Se debe contar con el instrumental completo, apropiado y en buenas condiciones para cada intervención quirúrgica que se vaya a realizar.

Seremos honrados con nosotros mismos. Remitiremos los casos que no podamos resolver a un cirujano dentista experimentado.

Usaremos los métodos de asepsia y antisepsia para procurar no tener complicaciones locales, como sería el caso de la infección.

Las fracturas de la corona clinica, las radicales, las del hueso alveolar, la de la tuberosidad del maxilar y la mandibula, que son las mas frecuentes, son generalmente causadas por el empleo de una técnica inadecuada, fuerza excesiva, falta de instrumental adecuado y movimientos bruscos.

Podemos decir que en todos estos temas tratados tan brevemente, el cirujano dentista deberá siempre de desarrollar su vida profesional rodeado de precauciones; de sutileza al maniobrar cualquier instrumento en la boca de su paciente; contar con el equipo de emergencia completo, para que en un momento dado, pueda darnos la utilidad para la que está destinado; de ética profesional; pero lo más importante, que esté perfectamente preparado, conociendo y sabiendo aplicar todos los conocimientos adquiridos de una forma u otra, para que se considere un digno representante de una profesión médica.

P R O P U E S T A S

- Es muy importante que todos los cirujanos dentistas tratemos de prevenir a lo maximo los accidentes en la extracción dentaria, esto podremos lograrlo teniendo una buena -- preparación, habilidad manual y tacto al efectuarla.
- Elaboración de una historia clinica breve pero completa a todo paciente tratado por nosotros.
- Una buena interpretación radiográfica antes del acto operatorio.
- Contar con el equipo e instrumental completo y apropiado.
- Contar con un equipo de emergencia completo, y saber el - manejo adecuado de este.

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

- 1.- ARCHER W. HARRY: Cirugía Bucal, Editorial Mundi, segunda edición, 1978.
- 2.- BERGER ADOLPH: Exodoncia, Barcelona, Editorial Labor.
- 3.- BRUCE SANDERS: Cirugía bucal y Maxilofacial Pediátrica- Editorial Mundi, edición 1984.
- 4.- BURKET LESTER W.: Medicina Bucal, Editorial Interamericana, sexta edición México.
- 5.- CHRISTOPHER DAVIS: Tratado de Patología Quirúrgica, Editorial Interamericana, décima edición.
- 6.- GEFREY L. HOWE: La Extracción Dental, Editorial El Manual Moderno, edición 1979.
- 7.- H. BIRN J. E. WINTHER: Atlas de Cirugía Oral, Editorial Salvat, segunda edición 1983.
- 8.- KRUGER O. GUSTAVO: Cirugía bucomaxilofacial, Editorial-Médica Panamericana, quinta edición 1986.
- 9.- LOPEZ ARRANZ J. S. : Cirugía Oral, Editorial Interamericana, edición 1991.

- 10.- M. LASKIN DANIEL: Cirugía Bucal y Maxilofacial, Editorial Medica Panamericana, S. A. edición 1987.
- 11.- RIES CENTENO GUILLERMO: Cirugía Bucal, Editorial El Ateneo, octava edición Buenos Aires, 1979.
- 12.- R. A. CAWSON: Cirugía y patología Odontológicas, Editorial Manual Moderno, edición 1983.
- 13.- WINTER LEO: Tratado de Exodoncia, Cirugía Estomatológica y Anestecia, Barcelona.