

762

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ASPECTOS GENERALES
DE LA EXODONCIA

*Revisado y
Aprobado*

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

RUTILO ORTEGA GARCIA

MEXICO, D. F.

1981



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

ASPECTOS GENERALES DE LA EXODONCIA.

INTRODUCCION

TEMA I

EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE

TEMA II

ANESTESIA

- A).- DEFINICION
- B).- ANESTESIA LOCAL
- C).- DIFERENTES TECNICAS DE BLOQUEO --
A EMPLEARSE
- D).- ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS
- E).- COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA --
LOCAL

TEMA III

EXAMEN DETALLADO DE LOS DIENTES POR -- EXTRAERSE

TEMA IV

GENERALIDADES DE EXODONCIA.

- A).- DEFINICION
- B).- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
DE LA EXODONCIA
- C).- INSTRUMENTAL DE EXODONCIA

D).- TECNICAS DE EXTRACCION DE LAS DIFERENTES PIEZAS DENTARIAS.

E).- ACCIDENTES DURANTE LA EXTRACCION.

✓

TEMA V

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

El presente trabajo está enfocado a una de las ramas más importantes de la Odontología, la Exodoncia.

La historia de la Exodoncia esta intimamente relacionada con la historia del dolor humano debido a que el paciente por lo regular asocia la extracción dentaria con el dolor y esto se debe a que en épocas pasadas las extracciones eran hechas por personas empíricas, es decir que no tenían los conocimientos básicos sobre los principios de asepsia y las técnicas de exodoncia ocasionando así en los pacientes graves infecciones que eran causa de su muerte y en el mejor de los casos el paciente era sometido a un verdadero sacrificio humano al efectuarse la extracción.

Pero en la actualidad el cirujano dentista se vale de la anestesia para poder inhibir el dolor y tratar de efectuar el tratamiento Exodontico lo menos traumático posible para el paciente. Por tal motivo es necesario que en la práctica de la Exodoncia el Cirujano Dentista deba hacer resaltar sus conocimientos y lograr con el uso de las técnicas adecuadas la obtención de resultados óptimos.

Es lógico considerar que la finalidad del Cirujano Dentista es conservar las piezas dentarias en su lu--

gar manteniendolas sanas evitando de esta manera su extracción dentaria pero en la actualidad la extracción es muy solicitada por el paciente debido al mal cuidado y a la casi-nula educación de higiene bucal aumentando considerablemente en las clases populares.

Por tal motivo el Cirujano Dentista debe hacer resaltar sus conocimientos tratando de salvar las piezas -- dentarias ó en ultima instancia ejercer la exodoncia sobre bases firmes y haciendole comprender al paciente que la Exodoncia se practica como último recurso.

TEMA I

EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE

TEMA I

EVALUACION CLINICA DEL PACIENTE

Es conveniente que el Cirujano Dentista de práctica general conozca una técnica de evaluación clínica eficaz, ya que alguna enfermedad grave o reacción física menor pueden estar directamente relacionados con la anestesia dental o con el tratamiento. Estas complicaciones pueden prevenirse en su mayor parte mediante una Evaluación Clínica - adecuada.

El principal objetivo que tiene el cirujano dentista en la Evaluación clínica es el saber la capacidad física y emocional que tiene un determinado paciente para tolerar un tratamiento dental, además obtener un factor de - evaluación a través del cuál se va a determinar si se puede proceder al tratamiento dental con toda seguridad o si hay - necesidad de consultar al médico general.

El cuestionario de salud que presentamos a continuación puede ser utilizado por todo Cirujano Dentista recordando siempre que el riesgo de la anestesia local o de - cualquier tratamiento dental en un caso determinado puede - ser fatal.

Cuestionario de salud, este consta de: Ficha de identificación.

Nombre	Dirección	Ocupación
Lugar de nac.	Edad	sexo
Edo. Civil	Fecha de Estudio	

Interrogatorio.

Para las siguientes preguntas subraya si o no -- según sea aplicable. Estas contestaciones se tomaran en -- cuenta para aplicar un tratamiento dental adecuado.

1.- Ha habido algún cambio en su estado de sa--
lud general durante el último año? _____ Si No

2.- El último examen físico fue _____

3.- Está ud. bajo la atención de algún médico?--
Si No

4.- El nombre y la dirección de mi médico es

5.- Ha padecido UD. alguna enfermedad grave u -
operación? _____ Si No

6.- Si es así cuál fue la enfermedad u operación

7.- Padece UD. o ha padecido alguna de las si--
guientes enfermedades o problemas?

A) Fiebre Reumatica o enfermedad cardiaca reu-
matica _____ Si No

B) Lesiones Congénitas cardíacas _____ Si No

C) Enfermedad cardiovascular (enfermedad del co
razón, ataque al corazón, insuficiencia coro
naria, hipertensión, arteriosclerosis, embo
lia _____ Si No

B) Siente Ud dolor en el pecho al hacer ejerci-
cio _____ Si No

9.- Se le dificulta la respiración después de -
algún esfuerzo leve, _____ Si No

10.- Se le hinchan los tobillos? _____ Si No

11.- Se le dificulta a Ud. la respiración cuando
se acuesta, o necesita más almohadas cuando duerme.
_____ Si No.

A) Alergias _____ Si No

B) Sinusitis _____ Si No

C) Asma _____ Si No

D) Ronchas o erupciones en la -
piel

E) Desmayos o ataques _____ Si No

F) Diabetes _____ Si No

12.- Necesita Ud. orinar más de seis veces al -
día _____ Si No

13.- Tiene Ud. sed gran parte del tiempo?

_____ Si No

14.- Se le seca la boca con frecuencia?

_____ Si No

A) Hepatitis, o enfermedad del hígado

_____ Si No

B) Artritis _____ Si No

C) Reumatismo inflamatorio (articulaciones inflamadas y dolorosas) _____ Si No

D) Ulceras estomacales _____ Si No

E) Problemas con el riñón _____ Si No

F) Tuberculosis _____ Si No

G) Tiene Ud. tos persistente o tose con sangre
_____ Si No

H) Baja presión arterial _____ Si No

I) Enfermedad venérea _____ Si No

J) Otros _____ Si No

15.- Ha experimentado Ud. sangrado anormal relacionado con extracciones anteriores? _____ Si No

16.- Padece Ud. algun trastorno sanguíneo, tal como anemia, _____ Si No

17.- Ha recibido alguna vez tratamiento quirúrgico o de radiación para un tumor, aumento de volumen - -

otra afección de la boca o los labios? _____ Si No

18.- Se encuentra Ud. tomando alguna droga o medicamento? _____ Si No

19.- Si es así, que droga o medicamento es?

20.- Se encuentra Ud. tomando alguno de los siguientes:

Antibióticos o sulfas _____ Si No

Anticoagulantes (adelgazadores de la sangre.
_____ Si No.

Medicinas para presión arterial alta.
_____ Si No.

Cortisona (corticoesteroides) _____ Si No

Tranquilizantes _____ Si No

Aspirinas _____ Si No

Insulina, Tolbutamida (o droga similar)
_____ Si No

Nitroglicerina _____ Si No

Otros _____ Si No

21.- Es Ud. alérgico o ha reaccionado en forma adversa a;

A) Anestésicos locales _____ Si No

B) Penicilina o algún otro antibiotico.

_____ Si No

C) Sulfas _____ Si No

D) Barbitóricos, sedantes o pastillas para dormir _____ Si No

E) Aspirinas _____ Si No

F) Yodo _____ Si No

G) Otros _____ Si No

22.- Ha tenido Ud. algún problema serio relacionado con algún tratamiento dental anterior _____ Si No

23.- Si es así explíquese _____

24.- Está Ud. empleado en algún sitio que lo expone a radiaciones de rayos X o algún otro tipo de radiaciones ionizantes? _____ Si No

25.- Usa Ud. lentes de contacto? _____ Si No

En caso de ser Mujer ?

26.- Está Ud. embarazada? _____ Si No

27.- Ha sufrido algún aborto _____ Si No

28.- Tiene Ud. problemas con su ciclo menstrual
_____ Si No

Examen de las piezas dentales.

Aquí se observaran las piezas dentarias y se anotara las alteraciones encontradas, como pueden ser:

- A) Caries _____
- B) Restauraciones _____
- C) Alteraciones Pulpares _____
- D) Alteraciones dentarias _____
- E) Dientes primarios _____
- F) Dientes ausentes _____
- G) Movilidad dentaria _____
- H) Raíces dentarias _____
- I) Prótesis fijas y removibles _____

En el examen bucal general se rebisará minuciosamente.

- A) Lengua _____
- B) Frenillos _____
- C) Encías _____
- D) Piso de la boca _____
- E) Región yugal _____
- F) Paladar _____
- G) Oclusión _____

En el examen radiográfico se anotarán las apreciaciones encontradas.

Examen de laboratorio (si este está indicado)

- A) Biometría hemática

- B) Tiempo de coagulación
- C) Tiempo de protrombina
- D) Tipo de sangre y factor Rh

TEMA II

ANESTESIA

- A) DEFINICION**
- B) ANESTESIA LOCAL**
- C) DIFERENTES TECNICAS DE BLOQUEO A EMPLEARSE**
- D) ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS**
- E) COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL**

TEMA II

ANESTESIA

El vocablo anestesia deriva del griego y significa "Sin Sensibilidad"? se pierden las modalidades de la sensación y la conciencia.

La Anestesia va deprimiendo el Sistema Nervioso Central de la siguiente manera:

- 1.- Cerecho (Corteza cerebral) Memoria, juicio-conciencia.
- 2.- Cerebelo (Ganglios basales) Coordinación -- Muscular.
- 3.- Médula espinal, impulsos motores sensoriales
- 4.- Centros Medulares, Centros respiratorios y circulatorios.

El cerebro es lo más desarrollado del Sistema Nervioso Central, y es el primero en ser deprimido, y se produce una pérdida de memoria (Amnesia), dificultad en el juicio, confusión en los sentidos especiales y finalmente inconciencia, el paciente en este periodo a un reacciona a los estímulos dolorosos con movimientos musculares coordinados.

Cuando se va deprimiendo el cerebelo y los ganglios basales, se pierde la coordinación muscular y se realizan movimientos confusos en respuesta al estímulo doloroso.

A medida que aumenta el agente anestésico la depresión irregular descendente se manifiesta al ser recorrido los centros medulares de respiración y circulación al ser deprimida la medula espinal.

El paciente pierde la capacidad de transmitir - impulsos motores y sensoriales y no responde a estímulos dolorosos con ningún movimiento muscular.

Al último los centros modulares son deprimidos hasta el punto de que si se continua la depresión cesan la respiración y la circulación.

A.- Definición: La anestesia se define como la parálisis controlada, irregular, reversible de las células del sistema nervioso central.

B.- Anestesia local:

Ya que el anestésico local es el más usado en odontología nos enfocaremos más hacia esta.

Anestesia local se define como la supresión, -- por medios terapéuticos, de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal manteniéndose intacta la conciencia del pa

ciente.

Esto se logra por distintos procedimientos intresandonos en mayor grado el método que logra la anestesia- por la inyección de sustancias químicas, las cuales ponien- dolas en contacto con las terminaciones nerviosas periféri- cas anulan la transmisión del dolor a los centros superio- res.

Para la aplicación de la anestesia local al ci- rujano dentista tomará en cuenta los siguientes pasos que - son de gran importancia para una buena administración de es- tos:

1.) Se seca la mucosa con una torunda de algo- dón y se procede a la esterilización de la mucosa la cual - se hace aplicando con una torunda de algodón humedecida con una substancia de martiholate, en la mucosa.

2.) Se aplicará la anestesia tópica que debera- estar en contacto con los tejidos por lo menos dos minutos- para que haga efecto.

3.) Se usara aguja nueva y del menor calibre posible.

4.) Para que el pasiente no sienta la punción - de le producira un ligero estiramiento de tejido.

5.) La aguja se insertará con sumo cuidado y --

una vez dentro del tejido no de cambiará su dirección, además se procurara no tocar el periostio, pues es un tejido - muy sensible.

6.) La solución anestésica se introdujera lenta mente ésta puede ir acompañada de un vasoconstrictor a la - menor concentración.

7.- En este paso al paciente empezara a sentir- los efectos del anestésico, como cosquilleo, sensación de - hinchazón y entumecimiento.

8.- Por último se esperará de tres a cinco minu tos antes de que se inicie el tratamiento con el fin de de- jar que el líquido anestésico haga su efecto completamente.

C) Diferentes técnicas de bloqueo a emplearse:

Para la aplicación de la anestesia local exis- ten técnicas de bloqueo tanto para el maxilar superior, co- mo para la mandíbula, dichas técnicas son intraorales y se- explicarán a continuación las usadas mas frecuentes.

1.- Bloqueo suprapariostico:

Se hace especialmente en el maxilar superior, - cuyo hueso, siendo particularmente esponjoso puede ser fá- cilmente alcanzado por el líquido anestésico.

El bloqueo se obtiene inyectando la solución - anestésica a través de la membrana mucosa o sea en el fondo del surco vestibular depositando la solución sobre el - periostio por encima de los apices dentarios. El anestésico penetra hasta las fibras nerviosas bloqueando la transmisión del dolor.

2.- Bloqueo Infraorbitario:

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

Este bloqueo se usa cuando vamos anesteziar -- los incisivos superiores, canino y premolares, o bien cuando existe alguna contraindicación para usar la inyección - suprapariostica de alguna de estas piezas. Para efectuar este bloqueo tomaremos como referencia el agujero infraorbitario el cual lo localizaremos por palpación a un centímetro afuera del ala de la nariz y a nivel de la pupila.

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

3.- Bloqueo del nervio alveolar superoposterior:

Con este bloqueo se podrá conseguir la analgesia de los molares superiores.

La punción se efectuara sobre la mitad mesial - del segundo molar, se introduce la aguja a través del pliegue mucobucal en la región apical, con dirección hacia arriba y una angulación de 45 grados, depositando aquí el líquido anestésico lentamente.

Este bloqueo se puede utilizar en combinación - con el bloqueo palatino cuando se quiere efectuar extracciones de molares superiores.

4.- Bloqueo del nervio Masopalatino:

Este nervio va a dar sensibilidad a la parte anterior del paladar.

Esta indicada generalmente para anestésiar de - canino a canino superior y se emplea en extracciones y en ocasiones como anestesia complementaria para operatorio dental cuando la inyección suprapariostica resulta insuficiente.

El lugar de la punción se efectuara un poco por fuera de la papila incisiva, la aguja se dirigirá hacia - -

arriba y hacia la línea medida en dirección al agujero palatino anterior donde se depositara la solución anestésica.

Este bloqueo esta indicado cuando se desea anestesiar los dos tercios posteriores de la mucosa palatina -- del lado inyectado.

Como referencia para efectuar la punción se tomará el segundo molar superior, la aguja se introduce a través del pliegue mucobucal un centímetro por delante de la - región del segundo molar, llevando la aguja una dirección - ligeramente lateral y hacia arriba.

Y en este sitio se depositara el líquido anestésico lentamente.

6.- Bloqueo Mandibular:

Con este bloqueo se va anestesiar el nervio alveolar inferior; produciendo anestesia a todos los dientes del lado inyectado con excepción de los incisivos centrales y laterales, pues estos reciben inervación de las fibras -- del lado opuesto.

Con el dedo indice se palpara la fosa retro molar y se colocará la uña sobre la línea milohioidea, en lugar donde se efectuará la punción será en el vértice del -- triangulo pterigomandibular, la aguja se introduce paralela

al plano oclusal de los dientes del maxilar inferior, en di
rección a la rama del maxilar y al dedo índice el cuerpo de
la jeringa descansará sobre los premolares del lado opuesto.

La aguja se introduce entre el hueso, músculos-
y ligamentos, posteriormente se siente la punta chocar con
la pared posterior del surco mandibular donde se deposita -
el líquido anestésico muy lentamente.

7.- Bloqueo Mentoniano:

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

Cuando se anestesia estos nervios se logra un -
bloqueo parcial del maxilar inferior; y lo podemos usar cu-
ando necesitamos tener anestesia de premolar, canino e inci
sivos de un lado, cuando el bloqueo completo resulta innece
sario o esta contraindicado.

La punción se hará entre ambos premolares a - -
diez milímetros por fuera del plano bucal de la mandíbula,-
la aguja se dirigirá hacia abajo y adentro orientandolo ha-
cia el ápice de la raíz del segundo premolar. La aguja se-
introduce hasta que toque hueso dejando aquí unas gotas de
solución anestésica, posteriormente se manipula la aguja --
sin extraerla completamente hasta que la punta llegue al --

agujero mentoniano inyectando en este sitio lentamente el líquido anestésico.

8.- Bloqueo Bucal:

El nervio anestesiado en este tipo de bloqueo es el bucinador (bucal), y por lo regular se usa como complemento la anestesia en las extracciones de molares, o en la preparación de cavidades, cuando estas se extienden por debajo del margen gingival.

El lugar de la punción se hará en el pliegue subcubucal inmediatamente por detrás del molar que se desea -- anesteziar, la aguja llevará una dirección hacia atrás y ligeramente hacia abajo hasta que se halle por detrás de las raíces del diente, depositando en este sitio lentamente el líquido anestésico.

9.- Bloqueo lingual:

El nervio anestesiado en este bloqueo será el lingual. Este bloqueo se emplea como anestesia complementaria en la extracción de los premolares, caninos e incisivos del maxilar inferior cuando la inyección mentoniana y a veces la mandibular no producen anestesia de los tejidos blandos de la superficie lingual del maxilar inferior.

El lugar de la punción se hará en el mucoperiostio a nivel del tercio medio de la raíz del diente que se -
desea anestésiar dejando en este sitio la solución anestésica lentamente.

D).- Anestésicos Locales más empleados:

Como es sabido el anestésico local es el medicamento que se utiliza con más frecuencia en la práctica odontológica. Por lo tanto es esencial que el Cirujano Dentista tenga ciertas nociones de su farmacología para poder -
usarlos con buenos resultados en la práctica diaria.

Para comprender mejor el mecanismo de acción de estas sustancias es necesario conocer algunos datos acerca de su estructura química y absorción.

1.- Estructura Química.- Con excepción de la -
cocaína que ha sido elaborada a partir de las hojas de una planta de América del Sur, los demás Anestésicos locales --
usados en Odontología son productos sintéticos, los cuales se pueden dividir en dos grupos que son:

- A) Anestésicos que contienen un enlace Ester.
- B) Anestésicos que contienen un enlace Amida.

Formula General:

Tipo Ester	Ejemplo	Meprilcaina
		----- (oroceina)
Tipo Amida	Ejemplo	Lidocaina
		----- (Xilocaina)

El grupo éster puede sufrir un cambio del ácido aromático que esta formado por R_1 y su grupo carboxilo unido a el.

En los anestasicos locales de mayor uso este -- ácido puede ser el ácido Benzoico, el ácido p-aminobenzoico o bien el acido m-aminobenzoico, además se puede cambiar la porción alcoholica de la molécula introduciendo un grupo -- amino terciario, originando este cambio diferencias en la -- duración y potencia de la acción del anestésico tipo éster.

En el grupo amida R_2 corresponde generalmente - al hidrocarburo aromático xileno, en la prilocaina (Cita- - nest) anestésicos de elaboración muy reciente, el tolueno - o la toludina substituye al xileno, pudiendo existir dife- - rencias en la porción substituída del ácido aminocético del grupo amida conduciendo esto a diferencias en el metabolis-

mo y en la duración de la acción de estos compuestos.

Pero si se considera la estructura química de - estos compuestos desde otro ángulo, se podrá ver que todos - son aminas débilmente básicos, siendo así pocos solubles en el agua, pero este defecto se podrá corregir mediante la -- formación del clorhidrato, obteniéndose en esta forma una - solución con reacción ligeramente ácida, pero que permite - la inyección de soluciones mucho más concentrada del anesté - sico.

2.- Absorción.- La penetración del Anestésico- Local a los tejidos en general, y en las fibras nerviosas - en particular, se debe en gran parte a la forma de base li- bre del compuesto. Cuando se inyecta la forma clorhidrato- ésta libera la base libre al ser neutralizada por los amor- tiguadores tisulares.

En los tejidos infectados, la conversión del -- clorhidrato en base libre es impedida por la producción áci - da de los microorganismos que llega a agotar la capacidad - amortiguadora de los tejidos, por esto es que se explica, - en parte, la poca eficacia de los Anestésicos. Locales que- se llega a observar en áreas infectadas.

La solución anestésica Local no actuara unica-- mente en el área deseada si no que se propagará también a -

otras direcciones y su eliminación se encuentra a cargo de la corriente sanguínea de los capilares, arterias y venas; y cuando se trata de un anestésico de tipo éter, las esterasas contenidas en la sangre también ayudarán a la descomposición de estos anestésicos Locales.

Por ésta razón se añade a la solución anestésica sustancias vasoconstrictoras como epinefrina (adrenalina), Levorterenol (Levophed), fenilifrina (neosinafrina) y nordefrina (Coberfrin) en concentraciones suficientes para producir una vasoconstricción suficiente para --dar como resultado una disminución de la eliminación del anestésico -- con el consiguiente aumento de la intensidad y duración de acción del anestésico.

3.- Mecanismo de acción.- Como su nombre lo sugiere el Anestésico Local disminuye la conducción, a lo largo del nervio, de los impulsos producidos por estímulos dolorosos.

Se a encontrado que el Anestésico local ejerce distintos efectos progresivos sobre la conducción, a lo largo de las fibras nerviosas, y estos efectos suelen ser aumento del umbral al dolor, disminución progresiva en la amplitud del potencial de acción y moderación de la velocidad

de conducción hasta el cese total de la propagación de los impulsos.

Por supuesto en una fibra nerviosa voluminosa es tos efectos no se producen simultaneamente ni con la misma - velocidad e intensidad debido a que el anestésico se propaga a profundidades distintas.

Anestésicos Locales más empleados.

Nombre		Estructura Química	Concentración Generalmente em- pleada.	
Oficial	Comercial		Inyección	Topica
Procaina	Novocaina	Ester Paba	2	
Butetamina	Monocaina	Ester Paba	1.5.2	
Tetracaina	Pontocaina	Ester Paba	0.15	
Propoxicaína	Ravocaina	Ester Paba	0.4	
Benzocaina		Ester Paba		8.22
Metabutetamina	Unacaina	Ester Paba	3.8	
Metabutocicaína	Primacaina	Ester Paba	1.5	
Mepirilcaína	Oracaina	Ester Ba	2	
Isobucaína	Kinkaina	Ester Ba	2	
Lidocaina	Xilocaina	Amida	2	2.5
Mepivicaína	Carbocaina	Amida	2.3	
Pirrocaina	Dinacaina	Amida	2	
Prilocaina	Citanest	Amida	4	

Paba = derivado del ácido p-aminobenzoico

Maba = derivado del ácido m-aminobenzoico

Ba = derivado del ácido benzoico

Generalmente asociados con procaina al 2%.

Comparación de la duración de acción de los-
Anestésicos Locales a concentraciones normalmente empleadas:

A) Corta (de media a una hora)

Procaina (Novocaina) con 1 1,50000 de epinefrina.

Butetamina (Monocaina) con 1,50000 de epinefrina

Mepirilcaina (Oracaina) con 1,50000 de epinefrina

B) Intermedia (de una a dos horas)

Metabutoxicaina (Primacaina) con 1,5000 de epinefrina

Metabutetamina (Unicaina) con 1.60000 de epinefrina

Mepivacaina al 3% (Carbocaina) sin vaso constrictor.

Prilocaina al 4% Citanest sin vaso constrictor

Pirrocaína (Dinacaina) con 1,550000 de epinefrina.

C) Larga duración (más de dos horas)

Isobucaina (Kincaína) con 1,65000 de epinefrina

Lidocaina (Xilocaina) con 1,50000 de epinefrina.

E) Complicaciones de la Anestesia Local.

Durante la realización de la anestesia local
o troncular o después de ella pueden originarse una serie -
de accidentes o complicaciones que suelen ser locales o ge-
nerales y que requieren ser tratados de inmediato.

Es conveniente que el Cirujano Dentista sepa

reconocer los síntomas de estos accidentes y que sepa aplicar el tratamiento adecuado a cada caso, además que en el consultorio dental exista el equipo necesario para facilitar dicho tratamiento.

Los accidentes originados por la aplicación del anestésico pueden ser inmediatos y mediatos.

Accidentes Inmediatos:

A) Fractura de la aguja.- Este tipo de accidente es poco frecuente en la práctica dental, pero cuando llega a suceder es debido a movimientos intempestivos del paciente o contracción repentina del músculo pterigoides interno y es en estos casos cuando es necesario infundirle su suficiente confianza al paciente para que este coopere con no nosotros; se le indicara que mantenga la boca abierta y lo más inmovilizada posible para evitar que con algún movimiento la aguja se vaya al interior de los tejidos.

Para poder extraer la aguja fracturada se utilizará algún instrumento que ayude a tomar la aguja fácilmente, ejemplo unas pinzas de curación o de disección.

Para la prevención de este accidente se enumerarán varias reglas que deben de ser tomadas en cuenta.

1.- La aguja no deberá de ser introducida rápidamente.

2.- Indicarle al paciente que una vez que sienta la punción, no hagan movimientos bruscos ni que cierre la boca.

3.- No incrementar por completo la aguja en los tejidos se deben dejar por lo menos la mitad de su longitud fuera del tejido.

4.- No mover la dirección de la aguja una vez dentro de los tejidos.

5.- No forzar la aguja una vez que llegue al hueso.

No usar agujas cortas para inyecciones profundas.

B) SINCOPE.- Este es uno de los accidentes más comunes en el consultorio dental debido muchas veces a la tensión nerviosa en la que se encuentra el paciente, al cual al administrarse el líquido anestésico o unos minutos después, mostrará los síntomas clásicos de este accidente, dira que se siente desmayar, mostrará palidez, taquicardia, sudores frios, respiración ansiosa, sensación de mareo y en algunos casos nauseas, pero no siempre llegará a perder la conciencia.

Quando se presentan estos sintomas la urgencia existe pues es necesario hacer algo para que el paciente — vuelva a la normalidad y se le dara el tratamiento adecuado; es decir se recostara al paciente con la cabeza más baja — que su cuerpo o sea en la posición de Trendelenburg, si se observa que no reacciona con esto se le dará a aspirar una torunda de algodón humedecida con alcohol y en caso muy necesario se le administrara oxigeno, elemento necesario en todo consultorio dental.

Como prevención a este accidente el cirujano — dentista debe tomar en cuenta la actitud mental del paciente y en caso de que este muestre miedo, el Cirujano debera ganarse su confianza por medio de platicas y haciendole sentir la seguridad de sus conocimientos, también hara uso de la medicación preanalgésica cuando está esta indicada.

C) Hematoma.— Esta complicación no es muy frecuente pero se presenta cuando las punciones se hacen en un vaso sanguíneo originandose así un derrame sobre la región inyectada.

El derrame sanguíneo es instantaneo, tardando — varios días para su disolución.

El tratamiento consiste en la aplicación de bolsas de hielo sobre el lugar de la inyección.

D) PARALISIS FACIAL.- Por lo regular vienes a - ocurrir este accidente en la anestesia troncular del dentario inferior, cuando se lleva la aguja por detras del borde parotideo del hueso, inyectando el liquido anestásico en la glandula parotida. La paralisis es temporaria y dura lo -- que dura la anestésia.

E) SHOCK.- Un paciente con lipotimia puede pasar de ésta al shock anafilactico.

Todo shock presenta hipotensión, hipotermia, hi poestasia. Su tratamiento será, tomarle la presión arterial si la tiene muy baja o no se oye se le administrará -- adrenalina intramuscular, al 1 x 1000 Aproxm. 4 a 5 gotas (+1cc) si a los dos minutos no reacciona y no hay aumento - de la presión se repetira la dosis de adrenalina y se le ad ministrara oxigeno.

ACCIDENTES MEDIATOS:

A) PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA.- Puede ocu- rrir que la anestesia se prolongue por espacio de días, semanas y muchas veces hasta meses. Esta complicación se debe al desgaste del nervio por agujas con rebabas, o a la in yección de alcohol junto con el anestásico, siendo este alcohol el residuo que puede quedar en la jeringa en esos ca-

sos en los que se acostumbre conservar la jeringa y aguja - en el alcohol.

En este caso el tratamiento más adecuado es dejar que con el tiempo el nervio se regenere lentamente y -- posteriormente se recupere la sensibilidad.

B) INFECCION EN EL LUGAR DE LA PUNCIÓN.- Muchas veces pueden originarse infecciones en la mucosa bucal debido a la falta de esterilización de las agujas o del sitio de la punción.

Esto se puede prevenir usando agujas esterilizadas y procurar hacer la asepsia adecuada del lugar o zona donde se va a efectuar la punción con merthiolate.

C) DOLOR.- Puede persistir el dolor en el lugar de la punción observándose más en la anestesia troncular del dentario inferior, cuando la aguja desgarró o lesionó el periostio de la cara interna del maxilar.

En el bloqueo subperiostico el dolor de la punción persiste algunos días. La lesión del nervio por la -- punción puede producir neuritis, la cual se tratará con antineuríticos como la vitamina B12.

TEMA III

EXAMEN DETALLADO DE LOS DIENTES POR EXTRAER

EXAMEN DETALLADO DE LOS DIENTES POR EXTRAER

El cirujano Dentista después de haber afec--
 tuado la aplicación del líquido anestésico para un trata
 miento exodontico, deberá esperar determinado tiempo (5 a
 10 mil) para que éste haga efecto y es en este lapso ---
 cuando procedera a realizar un examen detallado de los -
 dientes, tejido de soporte, y radiografías dentales; an
 tes de la extracción analizará;

- 1.- Cual es el tamaño del diente.
- 2.- Si es un diente vital.
- 3.- Si el diente esta careado
- 4.- Si esta abrasionado
- 5.- Si no esta fracturado
- 6.- Si se encuentra obturado o no.
- 7.- Si tiene alguna protesis, etc.

En el examen de los tejidos duros se compro-
 bará el grosor de la cortical por bucal y lingual median
 te un examen digital y visual, se verá si hay áreas nodu
 lares de exostosis alrededor de la raíz y se observará -
 también si no hay reabsorción osea, etc.

Se tomará en cuenta la edad del paciente pa-
 ra observar la densidad osea ya que en pacientes ancia--
 nos, el tejido oseo es más frágil y denso y la cortical-

no se expande facilmente, en cambio en pacientes jóvenes el tejido óseo es menos denso y la cortical ósea se expande y los dientes por lo general son más frágiles.

Con la radiografías dentales el Cirujano Dentista va a recibir una ayuda incalculable para la prevención de accidentes, además permite efectuar la extracción con menos traumatismo, y disminuyendo el tiempo operativo.

En la radiografía el Cirujano Dentista podrá observar:

- 1.- Si el tamaño de la raíz del diente es normal.
- 2.- Si la raíz esta en posición normal.
- 3.- Se vera si la raíz esta fracturada o no
- 4.- Cual es la relación de esta con el seno maxilar o con el conducto dentario inferior.
- 5.- Si hay hipercementosis en alguna de las raices.
- 6.- Se observará si no existe fractura del hueso perforación del seno del seno maxilar, si no hay abscesos periapicales, etc.

Este examen detallado de los dientes por ex-traer tiene como propósito el determinar la técnica más adecuada que se usará para la extracción dentaria, si se utilizara únicamente forceps y elevadores o si se hará -- uso de algun otro instrumento o instrumental; además se -- podrá determinar las posibilidades de fractura del diente de una gran parte del proceso alveolar o de la tuberosi-dad; También se podrá determinar si existe alguna rela-- ción entre la raíz del diente por extraer con el seno ma-xilar.

Si al examinar detenidamente la pieza denta-ria. Los tejidos de soporte y las radiografías dentales, se observara que existe la posibilidad de fractura del -- diente o en su defecto fractura del hueso mandibular o del maxilar, se le indicará al paciente lo que puede suceder- y se le hará saber que se tomarón las medidas necesarias- para tratar de evitar dicha complicación.

TEMA IV
GENERALIDADES DE EXODONCIA

- A) DEFINICION**
- B) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA**
- C) INSTRUMENTAL DE EXODONCIA**
- D) TECNICAS DE EXTRACCION DE LAS DIFERENTES PIEZAS DESTA
RIAS**
- E) ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DESTARIA**

TEMA IV

GENERALIDADES DE EXODONCIA

Como todo tratamiento bucal, la Exodoncia debe ser considerada de suma importancia para el cirujano - dentista pues éste deberá de tomar en cuenta el medio húmedo en el que trabaja, la flora microbiana bucal, el contacto directo con el tejido óseo y muchas veces los alim~~en~~tos cuyos residuos pueden originar una infección.

A) DEFINICION

"La Exodoncia es la rama de la Odontología -- que trata de la extracción científica de uno o varios dientes".

Es lamentable ver que por falta de educación - sobre higiene bucal, los pacientes se presentan al consultorio dental cuando el dolor es ya insoportable y sus piezas dentarias se encuentran en un estado lamentable.

Pero esto se solucionaría si todos tratarán - de prevenir una caries a su debido tiempo y con el tratamiento adecuado, logrando con esto que la exodoncia fuera disminuyendo poco a poco.

Como en todo tratamiento bucal, antes hay que elaborar una evaluación clínica adecuada, para una mayor seguridad tanto del paciente como del cirujano dentista, - también se harán un examen detallado de los dientes por - extraer se podrá determinar si la extracción está indica- da o no.

En caso de que extracción no estuviera indica da se tratará de eliminar las posibles causas que contraindican la extracción y esperar el debido tiempo para proseguir posteriormente con los procedimientos adecuados.

B) INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXODONCIA

A continuación se explicarán los casos en los cuales si esta indicada la extracción.

1.- Dientes cariados sin posibilidades tera--
peuticas.

Son dientes que se encuentran muy destruidos- por la caries y el tejido sano no soporta la restauración o bien, no es favorable esta.

2.- Dientes con pulpa no vital o pulpitis agu
da o crónica cuando la Endodoncia no esta
indicada.

3.- Parodontopatías no susceptibles a trata--

miento.

A) En dientes que han perdido gran parte de su tejido de soporte óseo.

B) En dientes que tienen coronas largas y -- raices cortas que pierden su sosten alveolar.

C) Cuando los dientes multirradiculares pierden tejido alveolar en sus bifurcaciones.

4.- Dientes primarios que subsisten cuando -- su correspondiente diente de cambio está presente en posición de erupción normal.

5.- Dientes fracturados.

Son dientes que se llegan a fracturar por golpes, caídas fuertes, mordidas o elementos duros, etc.

Muchas veces en estos casos se llega a encontrar que además de ser lesionados el ligamento parodontal también se lesiona el alveólo, y en algunas ocasiones a dañar el maxilar.

6.- Dientes Retenidos.- En el caso en que -- las piezas se encuentren retenidas, se recomienda su extracción para evitar trastornos mayores.

7.- Dientes supernumerarios.

8.- Restos radiculares

9.- Por consideraciones estéticas

La finalidad del cirujano dentista es hacer una restauración completamente armoniosa, estética y totalmente funcional.

Contraindicaciones para la extracción dentaria.

Es importante para el Cirujano Dentista tomar en cuenta determinados factores que le permitirán saber si está o no contraindicada una extracción o que número de ellas podrá efectuar en una sesión.

Las causas que pueden contraindicar una extracción se encuentran divididas en dos:

- A) Causa generales
- B) Causas locales

Entre las causas de tipo general se encuentran

A) Diabetes.- Cuando no esta controlada es considerada una contraindicación para la extracción, ya que el alto nivel de azúcar en todos los líquidos del organismo pueden hacer que la cicatrización de la herida sea muy lenta o casi nula predisponiendo al paciente al desarrollo de alguna infección grave.

Por lo dicho anteriormente es necesario que el paciente con un alto nivel de azúcar sea controlado ya

sea por dieta o por su dosis de insulina, prescrita por -
 su médico general; y así en esta forma se evitarán proble-
 mas tanto el Cirujano dentista como el paciente.

B) Cardiopatía.- Entre los primeros síntomas-
 que se obserban son:

a) Insuficiencia respiratoria b) fatiga c) Pal-
 pitaciones d) Cefaleas.

Si el paciente tiene antecedentes de fiebre -
 reumatica se debera medicar antes y después de la extrac-
 ción con dosis de penicilina; ya que sus válvulas cardia-
 cas son susceptibles a la invasión del estreptococo viri-
 dians que se encuentra presente en el torrente sanguíneo.

C).- Discrasias sanguíneas.- Como pueden ser:
 Anemia, Leucemia, Hemofilia y purpura hemorrágica.

Cuando se presenta un paciente al consultorio
 dental y el Cirujano Dentista al efectuar una evaluación-
 fisica tiene la sospecha de que el paciente presenta algu-
 na deficiencia sanguínea estara indicado un examen del --
 tiempo de sangrado y de coagulación y de la concentración
 de protrombina.

D).- Pacientes con tratamiento anticoagulantes-
 En este tipo de pacientes cuando el Cirujano-

Dentista va a efectuarles tratamientos como pueden ser; extracciones múltiples, drenaje de abscesos, regulariza- ción de proceso, etc., deberá trabajar juntamente con el médico general para que el paciente sufra el más mínimo- traumatismo y su terapia no se vea interrumpida logrando con ello que el tratamiento se lleve a cabo sin temor a una fuerte hemorragia posoperatoria.

E).- Ictericia.- Estos pacientes presentan - la piel pigmentada de amarillo y este tono está dado por los pigmentos biliares.

El factor etiológico de la ictericia puede - llegar a agravarse después de una extracción, debido a - la prolongada pérdida de sangre.

La ictericia se puede clasificar de la si---
guiente manera:

a) Ictericia obstructiva b) Ictericia hemoli
tica c) Ictericia causada por hepatitis infecciosa.

A estos pacientes se les efectuara extraccion
es unicamente en casos de emergencia y medicandolos an-
tes con dosis de vitamina K pues en caso de que su tratam
iento pueda esperar, entonces el paciente será remitido
a su medico general.

B) Entre las causas locales más frecuentes te-
nemos:

1.- Pericoronitis aguda, que se presenta por -
lo regular en casos de terceros molares parcialmente erup-
cionados.

2.- Infecciones gingivales agudas, que sualen-
ser producidas por estreptococos.

3.- En los casos de sinusitis maxilar aguda se
contraindica la extracción de molares, premolares y cani-
nos.

C) INSTRUMENTAL DE EXODOBECIA

La práctica de la extracción dentaria compren-
de distintos periodos, al primero de los cuales es la apli-
cación del instrumento elegido, en la mayor parte de los -
casos del forceps.

Este ha de acomodarse en su forma y volumen a-
las condiciones del diente que ha de ser extraído. Sus --
dos ramas han de adaptarse al cuello del diente de modo --
que en ninguna parte venga a intervenir la encía entre el-
forceps y la superficie del diente. Las puntas del for---
seps han de colocarse paralelas al eje longitudinal del --
diente y a su raíz y no han de presionar al diente forman-

do ángulo.

Al mismo tiempo que se rechaza la encía hacia atrás, las puntas del forceps han de ser llevadas con un impulso enérgico hacia el cuello del diente, lo cual exige que la presión del instrumento sea adecuado.

El forceps y al diente han de formar un todo-único pues en esta forma se transmiten a este último, en la forma apropiada y con la suficiente energía los movimientos comunicados al forceps.

Desde el momento que el diente está firmemente abrazado por el forceps, se comienzan los movimientos de luxación, estos movimientos han de ir seguidos del movimiento de extracción propiamente dicho, el cual no hace más que terminar la separación del diente de su alveolo.

Los elevadores constan de mango, vástago y hoja, los hay también de diferentes formas como pueden ser: los rectos, los de bandera que son derechos e izquierdos, los hay también anchos y delgados, pero más bien la elección de estos se deja al criterio del Cirujano Dentista.

Se usa un elevador cuando existen raíces fracturadas en la línea gingival y línea media tercio apical.

El saber usar un elevador es muy importante -

ya que por un mal empleo de este se podría ocasionar serios problemas como:

- A) Lesionar tejidos blandos.
- B) Lesionar la lengua.
- C) Traumatizar tejidos adyacentes
- D) Perforar vasos sanguíneos importantes
- E) Llegar a lesionar el seno maxilar.

Por tal motivo el uso del elevador debe ser - colocando los dedos como punto de apoyo para evitar que - el elevador resbale y cause una grave lesión a tejidos adyacentes; se debe de estar seguro de los movimientos y - bien sujeto.

En estos instrumentos que actúan en forma de palanca, el movimiento de luxación suele convertirse en - un movimiento de extracción. Este impulso o movimiento - actúa junto al botador, de modo que la virtud del empuje horizontal el diente se apalanca sobre el borde alveolar del otro lado, como punto de rotación y en virtud de esto es expulsario del alveolo.

En estos casos hay que entender que cuando se tomen como punto de apoyo la superficie posterior de un - diente, no se desprenda a este último en vez del diente -

que se va extraer.

**D) TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE LAS DIFERENTES
PIEZAS DISTARIAS**

INCISIVO CEFTRAL

Forceps indicado para la extracción.- Los ho-
cados de la pinza serán rectos al igual que las ramas del
forceps, la parte activa deberá ser acanalada y adaptarse
al cuello de la pieza.

Técnica de la extracción.- La parte activa --
del forceps se apoyara en la zona cervical, por debajo de
la encía sobre las caras y vestibular y lingual; se lun-
ra la pieza con movimientos de lateralidad y rotación. -
El movimiento de lateralidad consiste en llevar las pin---
sas de atras hacia adelante, primero se hará hacia afuera
y luego hacia adentro después de hechos estos movimientos,
se hacen los movimientos de rotación que consisten en gi-
rar el diente hacia la izquierda y luego hacia la derecha,
tomando en cuenta la resistencia de la pieza, durante eg-
tos movimientos se ejercera un movimiento de tracción si-
guiendo el eje del diente.

INCISIVO LATERAL

INCISIVO LATERAL

Forceps indicado.- Se usará el mismo que en el central.

Técnica de extracción.- El forceps se colocará de igual manera que en el central, el movimiento de luxación hacia afuera será de menor amplitud que en el central y el movimiento de rotación serán cortos, debido a las frecuentes anomalías radiculares y su amplitud será la que la resistencia permita, el movimiento de tracción se hará de abajo hacia adelante y estará combinado con los de rotación.

CANTO

Forceps Indicado.- Será el mismo que para las piezas ya mencionadas.

Técnica de la extracción.- El bocado irá igual que en las ocasiones anteriores, la luxación hacia vestibular se hará teniendo en cuenta el espesor de la lamina externa, el movimiento hacia palatino puede ser más amplio, el movimiento de rotación es de mucha importancia en esta pero no debe de ser muy acentuado, cuando se hayan concluido estos movimientos y la pieza este luxada, se hará la tracción hacia abajo y adelante siempre

combinado con los movimientos de rotación.

PRIMER PREMOLAR

Forceps indicado.- El forceps está ligeramente curvado, forma un ángulo obtuso la parte activa con la pasiva y esto permite acomodarlo al diente sin lastimar la comisura del labio, sus bocados tienen forma de cucharas que permiten la visibilidad del diente en la extracción.

Técnica de la extracción.- Los bocados del forceps deberán presionar la pieza lo más bajo que el borde al volar permita, su luxación estará basada únicamente en movimientos de lateralidad, el arco de las luxaciones es corto tanto hacia vestibular como hacia palatino, debido a la fragilidad de la pieza, estos movimientos serán más extensos según la sensación de resistencia que el operador advierta en las paredes óseas, una vez luxada la pieza, se ejerce un movimiento de tracción hacia abajo y hacia afuera.

SEGUNDO PREMOLAR

Forceps indicado.- Para la extracción.- Será el mismo que se usó para el primer premolar.

Técnica de extracción.- Es igual a la técnica usada para el primer premolar, a diferencia que los movimientos de luxación son más cortos.

PRIMER MOLAR

Forceps para la extracción.- Para la extracción de esta pieza hay varios tipos de forceps, pero los más comunes son dos, el primero tiene la punta de sus bocados en forma de bayoneta, que debido a la disposición de las raíces no permite un perfecto control de la fuerza, ya que el punto de aplicación es frecuentemente desplazado en la raíz palatina el otro tipo es el conocido con el nombre de tricornio, del que hay dos tipos, para el lado derecho y para el lado izquierdo, los brazos de las pinzas presentan las curvaturas necesarias para abordar la pieza cómodamente, los bocados son diferentes, el lado interno esta dividido en dos lancetas que se acomodan para que la raíz palatina quede en medio de ellas el bocado externo también tiene terminación en punta de lanza la cual debe quedar entre la raíz mesial y la distal.

Técnica de la extracción.- Se coloca el forceps debajo del margen gingival, tratando que los bocados lleguen a su lugar indicado respecto a las raíces, se ha-

hace un movimiento hacia afuera de poca amplitud, ejerciendo una fuerza hacia apical, se hace un movimiento hacia vestibular, y sucesivamente se harán otros movimientos semejantes, cuando se hace el movimiento hacia palatino, se levanta la tabla interna para permitir este movimiento, lo mismo sucede cuando el movimiento es hacia vestibular, se hace la tracción hacia afuera y abajo desalojando el alveolo, cuando hay poca elasticidad ósea es frecuente la fractura de una o más raíces.

SEGUNDO MOLAR

Forceps indicados para la extracción.- Será el mismo que se usó para la extracción del primer molar.

Técnica de la extracción.- Va a ser la misma que se usó para el primer molar con la diferencia de que los movimientos de lateralidad pueden ser un poco más amplos.

TERCER MOLAR.

Forceps para la extracción.- En esta extracción los bocados del forceps, son acanalados y se adaptan al cuello de la pieza, tienen forma de bayoneta lo cual permite visibilidad y facilita la colocación de los boca

dos en la pieza sin lastimar la comisura de los labios.

Técnica de la extracción.- Esta técnica está dada por la pieza, tomando en cuenta que generalmente es multirradicular, se harán los movimientos de luxación — igual que en los molares anteriores solo que en esta pieza serán de menor amplitud ya que la pieza y la zona son muy frágiles.

DIENES INFERIORES

INCISIVO CENTRAL

Forceps para la extracción.- El forceps que se usa para esta pieza tiene sus bocados finos, con el propósito de que se adapta con facilidad al cuello de la pieza que es delgado, sus brazos quedan horizontales en las manos del operador formando un ángulo de noventa grados con los bocados el instrumento actuara ascendiendo y descendiendo.

Técnica de la extracción.- Se presiona la pieza a nivel del cuello, los movimientos de lateralidad serán de poca amplitud hacia vestibular y hacia lingual, ya que la raíz es muy frágil, los movimientos de rotación se aplicarán con ciertas reservas, una vez luxado el diente se hace el movimiento final hacia adelante y afue

ra.

INCISIVO LATERAL

Forceps indicado.- Al igual que en el anterior se usará el mismo forceps que para el central.

Técnica de la extracción.- Será la misma técnica y con los mismos movimientos que se usaron para el incisivo central.

CANINO

Forceps para la extracción.- El tipo de forceps es parecido al de los incisivos, pero los bocados son más amplios y forman un ángulo obtuso con las ramas.

Técnica de la extracción.- Los movimientos deberán ser suficientes y eficientes, ya que la tabla externa es frágil, el primer movimiento será hacia afuera, todo lo que la elasticidad de la tabla permita, después otro hacia lingual repitiendo esta maniobra varias veces hasta que los ligamentos no tengan resistencia, después el diente se tracciona hacia afuera y adelante.

PRIMER PREMOLAR

Forceps para la extracción.- Se pueden usar el mismo que para el canino inferior.

Técnica de la extracción.- Debe ser introducido el bocado lo más profundo posible, pues la fractura de la corona es muy frecuente, se luxara primero hacia vestibular, con poca amplitud en su arco, después hacia lingual donde la tabla es mas espesa y por esta razón el movimiento sera corto, se haran estos movimientos las veces que sean necesarias, después de luxada la pieza, se traccionara hacia arriba y afuera.

SEGUNDO PREMOLAR

Forceps indicado para la extracción.- En este caso se empleara el mismo forceps que para el primer premolar.

Técnica de la extracción.- La técnica será la misma, que para el primer premolar.

PRIMER MOLAR

Fórceps para la extracción.- El forceps indicado presenta sus partes activas y pasivas formando un ángulo recto, la parte activa presenta sus dos bocados iguales, que son por fuera convexos y por dentro concavos, su borde termina en ángulo agudo que se adapta al espacio interdudicular sus ramas quedan paralelas al plano de la ar

cada dentaria y se activa girando la muñeca.

Técnica de la extracción.- Se colocan los bo-
cados entre las raíces del molar, el primer movimiento de
la teralidad sera hacia vestibular, el segundo hacia lin-
gual, estos movimientos se hacen a expansas de la elasti-
cidad de las paredes alveolares, se haran estos movi~~en~~
tos hasta que la pieza se luxe despues se traccionara ha-
cia afuera y arriba desalojandola del alveolo.

SEGUNDO MOLAR

En esta pieza tanto el forceps como la técni-
ca para su extracción sera la misma que se uso para la ex
tracción del primer molar.

TERCER MOLAR

Técnica de la extracción.- La técnica estara-
lada por la posición de las raíces, en estos casos el ele
mor recto es de gran ayuda ya que con el se puede ejer--
er una fuerza capaz de hacer girar la raíz siguiendo su-
curvatura con esto se logra luxar la pieza y se termina -
a extracción con un forceps para molares inferiores, en-
tras ocasiones se debera hacer un seccionamiento previo-
de la pieza, en caso de que este retenida por hueso o sus

raices estan muy curvas.

B) ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA

Durante la extracción se pueden presentar diferentes tipos de accidentes de origen mecanico, esto puede ser debido a la poca habilidad del operador o al poco cuidado al usar los instrumentos, así como las malas condiciones en que se encuentran estos.

Los accidentes mas comunes son:

- 1.- Fractura de la pieza por extraer.
- 2.- Luxación de dientes contiguos.
- 3.- Penetración de raices al seno del maxilar
- 4.- Desgarro de la mucosa y desprendimiento de la encia.
- 5.- Fractura de la tuberosidad
- 6.- Luxación de la mandibula
- 7.- Alveolitis.
- 8.- Desalojamiento de aparatos protésicos u obturaciones.
- 9.- Fractura del instrumental usado.

1.- Fractura de la pieza por extraer.- Este accidente es muy frecuente cuando la pieza por extraer se encuentra muy destruida por el proceso carioso. Se llega a fracturar con frecuencia cuando se ejercen los movimien

tos de luxación, fracturandose toda la corona o parte de ella.

2.- Luxación de dientes contiguos.- Por lo regular es debido muchas veces al mal empleo de los instrumentos usados, elevador o forceps, en particular el elevador que se apoya en piezas contiguas provocando el desalojamiento del diente sano o simplemente su luxación.

La luxación consiste en la rotura de los ligamentos perodontales y se presenta generalmente cuando la pieza contigua se encuentra debilitada por caries, obstrucciones o las raíces de la pieza son pequeñas.

3.- Penetración de las raíces al seno del maxilar, en especial esto sucede en premolares y primer molar superior, por la relación de estas piezas con el seno maxilar y que muchas veces sus raíces se encuentran alojadas en el seno maxilar, o que la laminilla osea es muy fragil, y es cuando las maniobras del Cirujano Dentista llegan a fracturar la raíz quedando esta dentro del seno maxilar.

La posición de la raíz dentro del seno maxilar varia segun su relación con este.

a) La raíz puede penetrar en el seno maxilar desgarrando la mucosa y quedar alojada en la cavidad.

b) La raíz puede quedar atrapada entre la mucosa y el piso óseo.

c) La raíz puede alojarse debajo del seno en una cavidad patológica.

4.- Desgarro de la mucosa y desprendimiento de la encía. Este tipo de accidente se debe principalmente al Cirujano Dentista pues muchas veces este no desbrida correctamente la pieza y al efectuar la extracción desgarr la mucosa, la encía puede ser desprendida generalmente cuando se desbrida indebidamente con el botador.

5.- Fractura de la tuberosidad.- Esta fractura se ve por lo regular cuando se hacen extracciones de terceros molares incluidos, pues se les aplica demasiada fuerza a los elevadores y se hacen movimientos muy bruscos, la fractura puede abarcar toda la tuberosidad o solo parte de ella.

6.- Luxación de la mandíbula.- Se puede provocar cuando se hace que el paciente abra mucho la boca, esta luxación puede ser unilateral o bilateral siendo menos frecuente la primera.

En la luxación bilateral el paciente quedara con la boca abierta sobresaliendo los incisivos inferiores de los superiores, haciendose muy difícil la fonación y -

la deglución.

7.- Alveolitis.- La alveolitis es un estado infeccioso que se caracteriza por la intensidad del dolor y el olor fétido que lo acompaña, la alveolitis puede presentarse de tres formas que son:

A) Formando parte de inflamaciones óseas como osteitis, periostitis óseas, etc..

B) Cuando una inflamación predomina al alveo--lo este se encuentra sangrante y muy sensible.

C) Alveolitis seca, el alveolo se encuentra --abierto, sin coágulo y las paredes óseas están expuestas.

8.- Desalojamiento de aparatos protésicos u obturaciones. Una obturación o un aparato protésico pueden ser desalojados por una mala técnica o aplicación del ingtrumento a emplear, y sucede cuando se toman como puntos -de apoyo dientes con obturaciones o que son soportes protesicos.

5.- Fractura del instrumental usado.- Se debe en la mayoría de los casos a que el instrumental que se emplea no es de buena calidad, y por lo regular se llega a -fracturar de su parte activa.

TEMA V

INDICACIONES POSOPERATORIAS

TEMA V

INDICACIONES POSOPERATORIAS.

Después de la extracción de un diente o de varios, se requerirá de un tratamiento local para prevenir la infección o para controlar la infección ya presente, por -- tal motivo es necesario que a cada paciente se le den ins-- trucciones escritas para que las siga al pie de la letra y -- así prevenir complicaciones posoperatorias.

Las instrucciones que se le daran al paciente -- son las siguientes:

1.- Para evitar una hemorragia, sostenga la gasa con firmeza entre los maxilares y sobre el lugar de la -- extracción durante media hora después de la extracción.

2.- No utilice enjuagatorios hasta después de -- seis horas de realizada la extracción.

3.- Si hay hemorragia pequeña, mantenga un buche de solución fisiologica caliente en la boca, hasta que se enfrie a la temperatura del cuerpo, repitiendo esto hasta que se haya usado unos 500 cc de solución fisiológica ca liente.

4.- En caso de que exista dolor leve tomara el

analgesico que se le ha indicado en su receta, y tome la medicación según la necesite para el dolor.

5.- En ocasiones se presentan dolores fuertes - en el maxilar, la cara o los oídos entre dos días y dos semanas después de la extracción o extracciones dentarias. El dolor va acompañado de halitosis. En la mayoría de los casos esto indica que el coágulo sanguíneo se ha descompuesto exponiendo las paredes óseas del alveolo. En este caso es necesario que acuda nuevamente al consultorio dental con el fin de tratar ese alveolo y de frenar el dolor, para que -- así aceleremos la cicatrización.

6.- En caso de que exista inflamación en la zona donde se efectuó la extracción, se aplicara intermitente mente o durante poco tiempo una bolsa de hielo o toallas em papadas en agua helada, solamente durante el primer día.

Pues la aplicación de frío disminuye el flujo sanguíneo a la zona de aplicación inhibiéndose así la leucoc itosis en la parte afectada y evitando la presión sobre -- los tejidos disminuyendo la inflamación en esa zona.

7.- Al día siguiente esto mismo lo hará pero -- con bolsas de agua caliente, pues de esta manera se estimulara la circulación, tratando de esta manera de evitar la - rigidez y tumefacción.

8.- La higiene bucal es muy importante para acelerar la cicatrización, eliminar el mal olor y el gusto desagradable que se tiene, en un vaso de agua tibia con solución antiséptica enjuaguense cuatro veces por día y limpie sus dientes con dentrífico, evitando la zona donde se efectuó la extracción.

9.- Durante unos días evitara comer alimentos y carnes difíciles de masticar, para no lesionar la zona afectada.

Si se sigue al pie de la letra lo que se ha indicado anteriormente, se obtendrá un posoperatorio sin problemas de ninguna clase.

CONCLUSIONES

Expuesto todo lo anterior se deduce que el Cirujano Dentista Deberá realizar la exodoncia consiente de las complicaciones que se le pueden llegar ha presentar tratando éste de evitarlas y en caso de que sean inevitables El - Cirujano Dentista deberá tener todo lo necesario en el consultorio dental para poder solucionar dicha complicación.

Como en todo tratamiento dental y principalmente en la Exodoncia el Cirujano Dentista tiene el deber de - elaborar una evaluación clínica del paciente para que así - sepa evaluar la capacidad física y mental que tiene el paciente para resistir el tratamiento dental. También es muy importante esta evaluación para saber por medio del interrogatorio si el paciente no presentara problemas al aplicarse le el líquido anestésico.

Con un examen detallado de los dientes por extraer el Cirujano Dentista sabra si la extracción dentaria-esta indicada o no, además podra determinar que técnica es-la que va a emplear para dicha extracción.

Es necesario que la esterilización del instrumental empleado y la asepsia de la zona que se va a trabajar sea adecuada para evitar problemas posteriores.

De esto se deduce que el conjunto que hace la - evaluación clínica, el examen detallado de los dientes por- extraer, las reglas que existen de asepsia y la aplicación- correcta de las técnicas de exodoncia, llevarán al Cirujano Dentista a efectuar la extracción de cualquier pieza denta- ria en las condiciones más óptimas disminuyendo de esta ma- nera las molestias y traumatismos innecesarios al paciente.

Como es ya sabido la finalidad del Cirujano Den- tista es preservar el mayor número de piezas dentarias en - un paciente y esto lo va ha lograr haciendole ver la impor- tancia que tiene el estado de salud de su boca y convencer- le de que es necesario que acuda al consultorio dental pe- riódicamente para poder de esta manera evitar futuras ex- tracciones dentales.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CIRUJIA BUCAL Y DE LOS MAXILARES.
Pichler Hans
Editorial Labor
México.
- 2.- ANESTESIA ODONTOLÓGICA.
Niels Bjorn y Jess Hayden Jr.
Editorial Intaramericana
- 3.- CIRUJIA BUCAL
Archer Harry W.
Editorial Mandi.
Buenos Aires Argentina.
- 4.- CIRUJIA BUCAL.
Ries Centeno Guillermo A.
El ateneo
Buenos Aires Argentina.
- 5.- MANUAL DE ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLÓGIA.
Laboratorios Winthrop.
Laboratorios Astra.
- 6.- CIRUJIA BUCAL
Thoma Kurt Herman
Utaha
México.
- 7.- ANESTESIA Y ANALGESIA
Clínicas Odontológicas de Norteamérica
Editorial Interamericana.