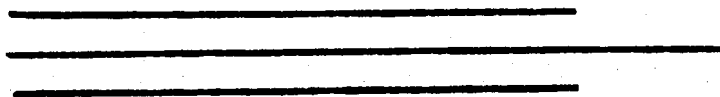


Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE EXODONCIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a
CARLOS SIFUENTES CARMONA

MEXICO, D. F.

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

CAPITULO I

- Exploración de la cavidad bucal.
- Exploración de los dientes.
- Estudio de los dientes.
- Desarrollo dentario.
- Regiones anatómicas relacionadas con Exodoncia.
- Rayos X.

CAPITULO II

- Historia clínica.
- Aparato Digestivo.
- Aparato Respiratorio.
- Aparato Cardiovascular.
- Sistema Renal.
- Menstruación y gestación.
- Papel que desempeñan las vitaminas, protefínas y minerales en la extracción.

CAPITULO III

- Asepsia y antisepsia.
- Anestesia en Odontología.
- Indicaciones y contraindicaciones de la extracción dental.
- Instrumental usado en Exodoncia.

Técnica de extracción.

Complicaciones y accidentes en exodoncia.

Conclusiones.

Bibliografía.

INTRODUCCION

Queriendo reunir en ésta tesis, algunos de los datos clínicos de mayor importancia que el Cirujano Dentista necesita realizar dentro de la práctica Odontológica en general y abocándonos en la extracción de piezas dentales, para descubrir padecimientos de tipo general o sistemáticos que puedan contraindicar la extracción dental, y poner en peligro la integridad física y mental del paciente; y así reconociendo dichos padecimientos realizar la intervención en el óptimo o mejor estado fisiológico; disminuyendo los riesgos durante y después de la extracción dental.

CAPITULO

I

EXPLORACION DE LA CAVIDAD BUCAL

La boca es la primera dilatación del tubo digestivo y ocupa la parte inferior de la cara entre las fosas nasales y el cuello.

Exploración interna: Está limitada hacia arriba, por la bóveda del paladar; hacia abajo por una capa muscular formada por el músculo milohioideo, hacia adelante por la cara posterior de los labios, hacia atrás por el velo del paladar y lateralmente, por la cara interna de las mejillas. Su forma es ovoide con eje mayor anteroposterior.

Las arcadas dentarias dividen la cavidad bucal en dos partes; una exterior periférica, el vestíbulo de la boca; otra interior central, la cavidad bucal propiamente dicha.

El vestíbulo está comprendido entre las arcadas dentarias hacia el interior y las mejillas y los labios hacia el exterior.

El vestíbulo presenta en toda su extensión dos surcos elipsoidales, uno superior y otro inferior llamados surcos maxilogeniano superior los que corresponden a las mejillas; y surcos maxilo labiales superior e inferior en la región de los labios.

La forma y dimensiones del vestíbulo están condicionados por las arcadas dentarias. Puede ser dividido en tres regio-

nes; una anterior media gingivo labial y dos laterales gingivo genianas; hacia adelante se abre al exterior por el orificio bucal, hacia atrás está limitada a cada lado por las salientes del masetero, del músculo temporal, por las apófisis coronoideas y por el ligamento pterigomaxilar.

La pared externa del vestíbulo pared interna de las mejillas, está tapizada por una mucosa lisa y delgada que presenta la desembocadura del conducto de STENON situada frente a la -- segunda molar superior.

La mucosa del vestíbulo se continúa hacia el pilar anterior del velo del paladar.

CAVIDAD BUCAL

Para poder hacer una buena intervención quirúrgica, en este caso, extracciones dentarias, se necesita hacer un buen estudio de la cavidad bucal, tanto clínico como radiográfico, para poder conocer el estado en que se encuentra la misma.

La cavidad bucal propiamente dicha está limitada hacia -- arriba por la bóveda palatina del velo del paladar; hacia abajo, por el piso de la boca y la lengua; hacia atrás, por el -- hito bucofaríngeo. Está circunscrita por las arcadas dentarias y comunica con el vestíbulo por los espacios interdentarios y por el espacio retromolar.

Las arcadas dentarias están constituidas por la parte de los maxilares superior e inferior adyacentes a su borde libre y por los dientes que en dicho borde se implantan. Como se dijo anteriormente, las arcadas en su conjunto establecen la separación entre el vestíbulo y la cavidad bucal propiamente dicha.

Las arcadas dentarias tienen forma de semielipse, siendo la del maxilar superior mayor de modo que circunscribe la del maxilar inferior. La cara vestibular de las arcadas es convexa y cóncava la lingual.

La mucosa vestibular por una parte y la lingual por la otra, cubren a las arcadas dentarias uniéndose en el borde libre de cada maxilar, rodeando la corona de cada diente adheriéndose íntimamente al hueso para formar las encías.

La mucosa gingival rodea a cada diente formando el anillo gingival. Tiene una constitución diferente a la de la boca; contiene mucho tejido conjuntivo y poco elástico lo que hace que presente una coloración menos rosada que el resto de la mucosa bucal, siendo además gruesa y adherente; casi no contiene glándulas pero sí está provista de numerosas papilas vasculares, lo que explica la abundancia de las pequeñas hemorragias del borde gingival.

En los niños, antes de la erupción dentaria la mucosa cu-

bre toda la encía, en los adultos, en los sitios en que los dientes han sido extraídos se transforma en tejido fibro-cartilaginoso.

Vista por el lado del vestíbulo, la mucosa es festoneada a causa de su disposición alternativa a nivel de los dientes y los espacios interdentarios. La inspección y la palpación de las arcadas nos puede proporcionar datos de modificación en la coloración de las encías, variaciones de forma y de volumen ocasionadas por procesos inflamatorios o por tumores - del maxilar o de la encía misma, épolis.

También la inspección puede mostrar la presencia de ulceraciones en la mucosa gingival; y por medio de la palpación, se puede comprobar la existencia de puntos dolorosos - en las encías y al hacer presión sobre éstas, se ocasiona o no el escurrimiento de secreción purulenta según sea el pade cimiento.

EXPLORACION DE LOS DIENTES

El interrogatorio, la palpación, la percusión auscultatoria, la medición y los métodos de laboratorio son los procedimientos de exploración que pueden ser aplicados a los dientes, así como también el estudio de los rayos X.

La manifestación por excelencia que suministra el interrogatorio es el dolor. De él, hay que averiguar si es provocado o espontáneo; el dolor provocado puede ser debido a excitaciones mecánicas o cambios de temperatura o a la acción de sustancias irritantes, ácidos, etc.

- 1.- La excitación mecánica puede ser ocasionada por el contacto de dientes antagónicos dificultando así la masticación.
- 2.- La ingestión de líquidos fríos o calientes puede provocar dolor; algunas veces es provocado por la postura, inclinación exagerada de la cabeza, otras veces el dolor es provocado por la succión.

En caso de que el dolor sea continuo se averiguará si sufre remisiones o exacerbaciones y la causa que produzca estas variaciones.

La inspección de las arcadas dentarias puede ser directa o instrumental. Nosotros hacemos amplio uso de la segunda valiéndonos para ello del espejo dental, pinzas y explorador.

La inspección directa de las arcadas dentarias fijará primeramente la forma de ellas que puede ser alterada por la falta de algunas piezas o por la presencia de mayor número de ellas o aún por mala conformación de los maxilares.

Una vez hecho el estudio de las hileras dentarias en conjunto, es necesario proceder a la inspección de cada una de las piezas, anotando anomalías de forma, volumen, coloración, estado de la superficie y de colocación. Entre los primeros han sido descritos en los incisivos los dientes de "HUTCHINSON", que consisten en una alteración del borde libre del diente; generalmente los incisivos adquieren la forma de escotadura semilunar. Esta mala conformación dentaria es simétrica y generalmente en los incisivos superiores; otras anomalías de forma pueden encontrarse en: atrofas cuspideas en los molares principalmente en el primer molar y, distrofas cuspideas múltiples, sistematizadas de manera análoga para una serie de dientes, constituyendo estas anomalías, estigmas o signos de degeneración sifilítica.

La inspección puede aclarar pérdidas de substancias ya sea de mayor tamaño que lo normal (Macrodentismo), o por el contrario, de forma más pequeña constituyendo el Microdentismo .

Los dientes pueden estar anormalmente situados (dientes palatinos) o implantados oblicuamente, aún puede haber cier-

tas aberraciones, caninos en forma de incisivos.

La coloración de los dientes puede estar también alterada en su totalidad o bien en forma de manchas. En algunos lugares de la República Mexicana, los habitantes tienen en los dientes una coloración especial que es debido al flúor que contiene el agua. Al contrario, tienen índice de caries muy bajo, pues está demostrado que el flúor es un medio preventivo de caries; otras veces las manchas oscuras o blanquecinas de los dientes son indicadores de caries o de calcificación deficiente.

El cambio de coloración en la totalidad del diente es debido a la pérdida de la vitalidad del mismo.

La percusión de los dientes es usada exclusivamente para localizar el dolor. Esta debe ser hecha en sentido longitudinal del diente y transversalmente a él; lo primero para determinar si la causa del dolor está en el ápice de la raíz, y la segunda, para saber si es el ligamento circular donde radica la causa del dolor.

La percusión de las piezas dentarias puede también hacer notar la diferencia del ruido que se obtiene percutiendo un diente sano y el que da un diente ahuecado por el proceso carioso (percusión auscultatoria, así como la radiografía, la transiluminación y la exploración eléctrica de la pulpa). Solo me concretaré a enumerarlas.

ESTUDIO DE LOS DIENTES

El estudio de los dientes nos interesa por varios motivos, a saber:

- a) porque sin una buena dentadura es imposible masticar correctamente.
- b) por la posibilidad de comportarse los dientes como foco séptico y,
- c) por su valor para el diagnóstico retrospectivo de algunos procesos acaecidos en período prenatal o primera infancia y de otros actuales al momento de la observación. No debe olvidarse, como ocurre con gran frecuencia, el cuidar de la higiene de los dientes antes de iniciar un tratamiento.

La noción de que una dentadura correcta favorece la masticación es algo que no necesita demostrarse; sabido es que una masticación deficiente, hace largo, penoso y difícil el proceso digestivo. Una boca sana en su defecto una prótesis correcta (aunque importante por lo que atañe a la regularidad o armonía de los rasgos fisonómicos y a la buena pronunciación de los vocablos) deben interesarnos más por la mejora que representan para la función masticatoria. En los sujetos desdentados una buena prótesis les permite alcanzar una eficacia masticatoria de un 24 a 30% de la que alcanzaría la dentadura normal tomada como término de comparación.

Odontólogos y clínicos muy experimentados han observado reiteradamente que muchos procesos gástricos sólo se curan al arreglarse la dentadura.

Por lo que atañe a la infección focal estomatógena se debe conceder tanta importancia a los dientes cariados y a los restos radiculares como a los que se presentan bajo una engañosa apariencia de sanidad.

DESARROLLO DENTARIO

Los dientes primarios y secundarios aparecen con una secuencia característica y a edades predecibles dentro de un amplio margen de variabilidad. La precosidad o retraso en la cronología de la erupción dentaria presenta una muy marcada constancia: así vemos que si el primer diente sale precozmente, los dientes ulteriores suelen hacerlo así en las dos denticiones. La edad de comienzo de la dentición parece tener una manifiesta predeterminación genética y parecido grado familiar.

Sin embargo los trastornos alimenticios y otros estados que inhiben el crecimiento en general, pueden retrasar la dentición. El retraso del crecimiento de los maxilares puede alterar dicho patrón o el normal desenvolvimiento de la erupción, así como la alineación de los dientes ya existentes.

La calcificación de los dientes se produce también según un patrón cronológico característico, comenzando hacia el -- quinto mes fetal en los primeros dientes temporales y continuando hasta que el último diente permanente queda totalmente calcificado a comienzos del período adulto.

La calidad o estructura de los dientes de las distintas personas, y por ende, su resistencia a deteriorarse o a otros defectos adquiridos, depende en cierto grado de factores genéticos, aunque también los factores ambientales externos e internos juegan, sin duda un importante papel en la determinación de la estructura dentaria. Por ejemplo, la salud de la madre y su dieta pueden ejercer una influencia considerable en el desarrollo de los primeros dientes en la época de su calcificación fetal. Los defectos dentarios que se originan en el útero no suelen reconocerse hasta que han aparecido los dientes entre los seis y los treinta meses. De ahí que también los trastornos de la alimentación en la primera infancia particularmente la enfermedad celiaca, lesiona ciertos dientes permanentes, entonces en formación, y estas lesiones no se observan hasta después de la erupción dentaria durante el período escolar. Aunque todavía es imposible atribuir una causa específica a muchos de los defectos dentarios observados, hay datos demostrativos de que la falta de las vitaminas A, D y C y calcio perturba el desarrollo dentario normal en forma bastante característica.

El contenido en sal de flúor del agua de bebida tomada, habitualmente durante el período de crecimiento, guarda una importante relación con la estructura de los dientes y, por otra parte, la higiene oral es uno de los principales factores para la protección contra la caries de los dientes que se encuentran en pleno desarrollo.

La calcificación de los dientes puede considerarse como un registro sanitario permanente y a menudo las piezas dentarias traducen las manifestaciones de una enfermedad por -- cambios morfológicos y cromáticos.

REGIONES ANATOMICAS RELACIONADAS CON EXODONCIA.

Región gingivo dentaria. - Consta de tres elementos en íntima relación con la Exodoncia: la encía, el hueso y los dientes.

La encía. - La encía (tejido gingival) que cubre las arcadas alveolares y la bóveda palatina se continúa sin límites de demarcación precisos con la mucosa de la cavidad bucal, diferenciándose de esta última en algunos detalles histológicos.

El tejido gingival está formado por dos porciones; la porción mucosa y la porción submucosa.

La mucosa gingival pertenece al tipo de tejido epitelial pavimentoso estratificado y consta de cuatro partes: la capa córnea, la capa lúcida, la capa granulosa y la capa generatriz o de Malpighi.

La submucosa está constituida por tejido conjuntivo -- denso, en algunas regiones está íntimamente adherida al periostio subyacente formando de tal modo una capa única, la fibromucosa palatina. En otras regiones, está separada del periostio por cantidades variables de tejido conjuntivo laxo. Está formada por dos capas: la capa de las papilas y la capa reticular.

La arcada alveolar: en el borde inferior del maxilar superior y en el borde superior del maxilar inferior, se hallan

implantados los arcos alveolares, prolongaciones en forma de arcada, de concavidad posterior, los cuales contienen las cavidades llamadas alvéolos dentarios.

Estos alvéolos dentarios y los dientes que ellos a su vez contienen, se ponen en relación anatómica con los órganos vecinos: Seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina, fosa pterigomaxilar, los del maxilar superior y conducto dentario los del inferior.

Los alvéolos dentarios son considerados cónicos y presentan en general, una base y cuatro caras. Los ángulos que unen estas caras son redondeados; el vértice está atravesado por uno o varios orificios, por los cuales pasan los vasos y nervios dentarios. Las caras o paredes alveolares pueden clasificarse en principales y secundarias. Las principales, son la externa, llamada cara vestibular, y la cara interna que se denomina cara palatina para el maxilar superior y cara lingual para el maxilar inferior o mandíbula. Las paredes secundarias son la anterior o mesial y la posterior o distal.

El hueso alveolar goza de una relativa elasticidad, a cuyas expensas es posible realizar las maniobras quirúrgicas de la extracción dental.

El aparato dentario: está formado anatómicamente de dos partes, corona y raíz. La corona está constituida de afuera

a dentro por los tejidos siguientes: esmalte, dentina y la cámara pulpar. La raíz: por cemento, dentina radicular y - el conducto pulpar.

El aparato dentario está unido al hueso alveolar por - el periodonto, formando en conjunto tejidos blandos y duros, la articulación alvéolo-dentaria es de tipo sinartrosis.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El diagnóstico se define como el arte de reconocer la - enfermedad por sus signos y síntomas; éstos se encuentran en el mismo paciente. Muchos procesos morbosos se diagnostican por sus síntomas y signos clínicos, sin ayuda de pruebas de laboratorio. Los signos pueden ser divididos en clínicos, - clínicos de laboratorio, histopatológicos. Generalmente uno o más de estos medios de información son combinados con los signos clínicos para asentar el diagnóstico cuando el paciente presenta síntomas que no son concluyentes.

En Odontología, las radiografías se utilizan en forma - habitual con los signos y síntomas para llegar al diagnósti- co, el cual nunca debe basarse solamente en la radiografía; ésta se emplea como auxiliar.

La radiografía tiene gran importancia para comprender - los cambios en los tejidos calcificados. Sobre todo en Exo- dencia, para reconocer modificaciones en la morfología y di -

mensiones radiculares y así proceder en la forma adecuada a la extracción dental. Así por ejemplo, podemos encontrar:

a) Cementosis.- (hipercementosis) es la anomalía de forma y disposición de las raíces dentarias, caracterizada por la aposición de capas de cemento caracterizado por un aumento variable en el tamaño radicular. b) Dilaceración radicular.- anomalía frecuente en la forma y anatomía radicular debida - casi siempre a un trauma mecánico.

CAPITULO

II

HISTORIA CLINICA
APARATO DIGESTIVO

De las enfermedades originadas en los diferentes aparatos y sistemas del organismo las que se encuentran más íntimamente relacionadas con las enfermedades o anomalías de los dientes, son las del aparato digestivo; por lo mismo, nuestro conocimiento de dicho aparato debe ser lo más completo posible, para diagnosticar con acierto la causa que ha producido cualquier anomalía dentaria.

La boca y su contenido representan la primera parte del tubo digestivo. Las inflamaciones agudas de la mucosa bucal y las encías dificultan muchísimo la ingestión y trituración normal de los alimentos. Las enfermedades de los dientes y estructuras periodontales significan trastornos de la masticación, y el exudado de encías que se degluten puede alterar la digestión, agravando cualquier fenómeno infeccioso local en el resto del tubo digestivo.

A continuación trataré de exponer someramente la forma de efectuar el interrogatorio de padecimientos del tubo digestivo relacionados con las enfermedades de los dientes; para lo cual preguntaremos al paciente si presenta o no los siguientes síntomas, así como las características de los mismos.

Apetito: Si es normal, si está aumentado (hiperorexia), si está disminuido (anorexia), o si se ha pervertido (parorexia).

Masticación de los alimentos: Si se efectúa normalmente, o si existe alguna dificultad para llevarla a cabo, investigar la causa.

De la secreción salival si está aumentada o disminuida, (sialorrea o xerostomía).

Si existe dolor en alguna región de la cavidad bucal:
Características del dolor, ritmo, periodicidad, sitio, intensidad, irradiación y frecuencia.

Sensaciones anormales motivadas por la llegada de los alimentos al estómago: Sensación de peso, plenitud, regurgitaciones, eructos, náuseas, vómito; tiempo de aparición, color, olor, cantidad y frecuencia así como el dolor y sus características.

Digestión: Diarrea, estreñimiento, meteorismo, flatulencia, borborismos, etc.

En los vómitos continuados, así como en la regurgitación repetida del contenido gástrico, la condición ácida de la boca motiva descalcificaciones y erosión de los dientes, hecho que es más marcado en los incisivos.

APARATO RESPIRATORIO

Es conocida la importancia que por su función vital desempeña dentro de la economía, el aparato respiratorio, y -- por lo mismo, la repercusión que las enfermedades respiratorias tienen en el organismo en general. Debemos por lo tanto, hacer cuando menos una revisión breve de la conformación general, para conocer la existencia de los padecimientos. A continuación haré una pequeña descripción de los atributos -- del aspecto general que se pueden originar en estas condiciones.

En los padecimientos crónicos la constitución de los enfermos está siempre alterada, y la conformación general modificada.

Por el interrogatorio nos daremos cuenta de la existencia de tos, si es seca o con flemas, si se presenta por accesos, la frecuencia de ellos, sus características, tiempo que tiene de haberse iniciado, evolución que ha tenido, sensación de opresión, dificultad para respirar, dolor torácico, fiebre, tipo de ésta, sudores vespertinos, etc.

En la disnea la dificultad se encuentra en la expulsión de aire, haciéndose más larga y penosa; las dos causas más comunes de la disnea respiratoria son: el enfisema pulmonar y el asma bronquial.

La respiración de Cheyne-Stokes, que se caracteriza por

un aumento lento, seguido por una disminución lenta, de la intensidad respiratoria. Es una manifestación de alta gravedad que suele presentarse en los padecimientos del cerebro. (Hemorragias, tumores, etc.).

Un fenómeno patológico muy peculiar, los dedos en palillo de tambor se observá en muchos pacientes con abscesos pulmonares, bronquiectasias o con cualquier enfermedad pulmonar que originó anoxia generalizada.

Algunos padecimientos, como edema de la glotis, fiebre séptica, padecimientos gripales, bronquitis, neumonía, etc., pueden formar oclusión a nivel de la faringe.

APARATO CARDIOVASCULAR

En los padecimientos del corazón, la repercusión que tiene sobre el aspecto general de los enfermos, es semejante a la que producen los trastornos respiratorios tratados anteriormente; al centrarme ahora de la exploración del aparato cardiovascular únicamente haré mención de la conformación, ésta, es notable y seriamente modificada cuando los enfermos presentan edema generalizado, en los casos de insuficiencia cardíaca.

Por el interrogatorio podrá saberse acerca de palpitaciones, taquicardia, disnea, tos, hemorragias, cianosis, edemas, síncope, vértigo, opresión, dolores precordiales, que -

son síntomas de gran valor en cardiopatías, angina de pecho e infarto del miocardio.

El tratamiento de un individuo portador de cardiopatías, supone que se consideren varios factores de importancia en la etiología de los trastornos o accidentes frecuentes durante el tratamiento, puesto que, pueden presentarse dichos accidentes antes, durante y después de la intervención en un enfermo de esta naturaleza que puede deberse a un factor psíquico, representado por el stress emocional, a un factor tóxico, representado por el anestésico, a un factor traumático representado por la intervención u ocasionado por la misma cardiopatía.

En los cardiópatas, el riesgo de cualquier tipo de cirugía aumenta considerablemente; la elección del anestésico debe ser cuidadosa. Son peligrosas las intervenciones en individuos con antecedentes de fiebre reumática, trombosis coronaria, angina de pecho, degeneración grasa del corazón, arteriosclerosis o soplos.

En las enfermedades del aparato respiratorio y cardiovascular se requiere una consulta del Cirujano Dentista con el Médico familiar del paciente.

SISTEMA RENAL

El clínico, por medio del interrogatorio, tratará de conocer las características generales de la orina susceptibles de ser observadas por el paciente, así como el ritmo de eliminación urinaria.

Se deberá averiguar la cantidad de orina eliminada en 24 horas. Esta cantidad en personas con un régimen alimenticio normal y en estado fisiológico deberá ser en el adulto de 600 a 2.500 ml. dependiendo dicha cantidad de la ingestión de agua, de la temperatura del ambiente, de la dieta y del estado físico y mental de la persona.

Una cantidad de orina que constantemente no sea mayor de 500 ml. en 24 horas, sin que exista ningún motivo como hemorragia, sudores o diarrea, es altamente sospechoso de padecimiento renal.

Menos elocuente es la poliuria, que puede estar presente en padecimientos ajenos al riñón, como la diabetes, pero de cualquier forma una eliminación mayor de 2.500 ml. deberá ser tomada en consideración.

La falta completa de expresión renal (anuria); indica la falta total de la función renal.

La orina normal tiene un color amarillo claro o ambarino. El color varía con la cantidad y concentración de la orina eliminada. El principal pigmento es el urocromo, pero también contribuyen a darle color pequeñas cantidades de urobilina y de hematóporfirina.

Con la fiebre, la orina puede tornarse amarillo obscura o pardusca debido a su concentración. Los pigmentos biliares pueden colorar a la orina en verde, en pardo o en amarillo intenso. La sangre o la hemoglobina dan a la orina un color rojizo o rojo. Diversos medicamentos pueden colorear a la orina, por ejemplo, el azul de metileno da a la orina un color verdoso, el fenol le da una coloración verduzca, etc.

La glomerulonefritis es producida generalmente por una infección estreptocócica a distancia, por ejemplo, faringitis, amigdalitis, granuloma apical, estreptocócicas, formándose anticuerpos que no sólo atacan al antígeno sino también a células normales de la economía como la nefrona.

MENSTRUACION

No constituye la menstruación una contraindicación absoluta para efectuar operaciones quirúrgicas. A pesar de lo que se sostiene, no hay alteraciones del tiempo de coagulación

durante este período. Sólo situaciones temperamentales o el shock psíquico pueden tener influencia en el ciclo normal de la regla. En estas circunstancias conviene postergar la operación.

GESTACION

Generalmente esta no es una contraindicación de las extracciones dentarias si se realizan sin dolor, pero en los casos en que ha habido abortos anteriores se pensará con detenimiento antes de efectuar alguna operación quirúrgica. Acarrear más trastornos para el paciente y su hijo, los inconvenientes que ocasionan el dolor y las complicaciones de origen dentario que el acto quirúrgico de la extracción dentaria.

En regla general se sostiene que, cuando más adelantada esté la gestación, menos inconvenientes sufre la madre; estos inconvenientes por otra parte, están más relacionados con el "shock psíquico" que con el acto operatorio.

En casos patológicos especiales del embarazo el Obstetra informará al Odontólogo de la oportunidad de la extracción dentaria.

**PAPEL QUE DESEMPEÑAN LAS VITAMINAS, PROTEINAS
Y MINERALES EN LA EXTRACCIÓN.**

Las sustancias nutritivas destinadas al mantenimiento, la reparación y la sustitución continua de encías y tejidos de sostén en general provienen de la alimentación diaria. Una deficiencia prolongada de ciertos alimentos esenciales tendrá por resultado un mantenimiento y sustitución inadecuadas. Es especialmente necesaria una buena nutrición en pacientes operados, en particular después de cirugía de tejidos blandos. Una pérdida de sangre por maniobras quirúrgicas locales puede asimismo requerir un suplemento nutricional postoperatorio. En estos casos pueden verse beneficiados por una terapéutica nutricional suplementada con vitaminas y hierro.

Vitamina A.- Con alguna frecuencia ocurren infecciones de estructuras epiteliales lesionadas; por lo tanto la vitamina A ha sido denominada vitamina "anti-infecciosa". El aporte deficiente de vitamina A trae como consecuencia formación defectuosa del esmalte y la dentina de los dientes.

Vitamina C.- (ácido ascórbico) Es indispensable un buen suministro de vitamina C para la cicatrización de cualquier región del cuerpo. La sangre y los tejidos de los pacientes que vayan a someterse a cirugía deben estar saturados de vitamina C y estos pacientes deben recibir suplementos de esa sustancia

durante la convalecencia que sigue a las intervenciones.

En la falta de ácido ascórbico las paredes de los vasos sanguíneos se vuelven muy frágiles. Tienen particular tendencia a desgarrarse los capilares; en consecuencia, se producen muchas pequeñas hemorragias petequiales en todo el cuerpo.

Vitamina D.- La vitamina D se relaciona principalmente con la absorción de calcio y fósforo del tubo digestivo y la formación y conservación del esqueleto y los dientes.

Vitamina K.- La protrombina se forma continuamente por el hígado, y se emplea también continuamente en toda la economía para coagular la sangre. Si el hígado no produce la protrombina necesaria, su concentración en el plasma baja en plazo de 24 horas a valores demasiado bajos para proporcionar una coagulación sanguínea adecuada. Se necesita vitamina K para producir protrombina, por lo tanto la falta de vitamina K o cualquier enfermedad hepática que impida la normal formación de protrombina pueden disminuir la concentración de ésta hasta valores tan bajos que haya tendencia hemorrágica.

Como es sintetizada por las bacterias del colon, no suele necesitarse un aporte alimenticio de esta vitamina; pero cuando las bacterias del colon son destruidas por administración de

grandes cantidades de antibióticos, fácilmente se produce deficiencia de vitamina K, porque ésta se haya en cantidades muy pequeñas en la dieta normal.

Está comprobado que una administración adecuada de proteínas es de suma importancia en la cicatrización de las heridas.

Puesto que después de extracciones múltiples se reduce la concentración de proteínas en el suero produciendo hipoproteínea, es muy importante administrar un aporte adecuado de dichos elementos en estos pacientes. Esto también puede suceder cuando la masticación es deficiente ya sea por falta de piezas dentarias o porque estén en mal estado.

Esta deficiencia se debe otras veces a trastornos de los órganos productores de proteínas, particularmente del hígado. Por lo tanto se debe, dar atención a la ingestión de alimentos y al régimen alimenticio post-operatorio que debe contener: vitaminas, minerales y proteínas.

CAPITULO
III

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

La esterilización es uno de los fundamentos de la cirugía moderna. Toda intervención, para ser coronada por el éxito, exige que todos los elementos en dependencia con la operación estén libres de microbios.

Dentro del término elementos (en Exodoncia) deben ser considerados: el sitio donde se realiza la operación (campo operatorio), las manos de quien realiza la operación, los instrumentos, materiales o cuerpo de cualquier índole que formen parte del acto quirúrgico. La cavidad bucal, a pesar de su riquísima flora microbiana, no debe apartarse de estos principios quirúrgicos; y aunque es verdad que la boca posee un extraordinario mecanismo de defensa, el rigorismo quirúrgico en lo referente a la cirugía que en la boca se aplica, no puede admitir concesiones de ninguna especie.

A continuación daré algunos datos de asepsia y antisepsia de la cavidad oral, ya que ninguna boca es estéril y en consecuencia toda herida quirúrgica en la cavidad oral, está expuesta a la invasión bacteriana, durante la operación o después de ella.

Es muy importante ayudar a reducir el número de las complicaciones postoperatorias, la disminución de la flora bacteriana de la boca por medios antisépticos, la antisepsia del campo operatorio del punto de punción de la aguja en la anestesia, los espacios interdentarios, etc., lo que podemos rea-

lisar con tintura de yodo o de mertiolate.

El antiséptico para poseer una eficacia máxima debe tener acción bactericida y bacteriostáticas prolongadas.

Existen diversos factores en la boca que normalmente -- evitan la infección, estos son: la superficie de la mucosa que libera los microorganismos mediante la continua desecación de células cargadas de bacterias. Por lo cual los tejidos profundos sólo pueden ser invadidos cuando pierde su integridad la superficie. El abundante riego sanguíneo de los tejidos bucales hace que estos microbios no se desarrollen, además de la infiltración de leucocitos en el tejido invadido por los mismos. La saliva también posee acción bacteriostática ya que los gérmenes se desarrollan en un medio ácido y la saliva posee un pH ácido de 6.8 que puede variar ligeramente hacia ambos lados de la neutralidad.

La asepsia se logra por campos físicos, químicos y biológicos.

MECANICOS

De estos el más común y empleado es el lavado, el cual se efectúa con diferentes sustancias y técnicas dependiendo de lo que se va a lavar ya que este medio se emplea en instrumental, tejidos lesionados, campo operatorio, lavado quirúrgico.

En lo que a lavado de instrumental se refiere es conveniente efectuarlo siempre antes de usar el medio de esterilización que se acostumbre con el fin de eliminar restos de medicamentos, sangre, saliva, tejido u otras sustancias que hayan quedado adheridas a él y que representan una fuente de contagio. Para lograr que el lavado sea satisfactorio y cumpla su cometido deberán emplearse principalmente detergentes, cepillos de cerda dura y agua corriente, principalmente en chorro para que al caer sobre la superficie que se está lavando arrastre todo lo que el cepillo ha desprendido.

FISICOS

Todos estos medios de esterilización son aquellos que por la acción que ejercen en la superficie sobre las que actúan hacen posible su esterilización, de ellos los más comunes son:

CALOR

A través de él se logrará la esterilización de distintas formas variando el grado de temperatura y el tiempo de aplicación de la misma según el método empleado. Se sabe que la mayoría de los gérmenes en estado adulto mueren a la temperatura de 120°C durante una hora en calor seco 60°C durante diez minutos en calor húmedo. Aunque también es sabido que hay gérmenes que resisten estas temperaturas sin alterarse como son

los que producen tuberculosis, carbunco y tétanos para los cuales habrá necesidad de emplear 160°C durante tres horas - en calor seco y 120°C en 45 minutos en calor húmedo.

CALOR SECO

Se ha observado que la temperatura más o menos apropiada para este sistema de resultados deseables es de 160°C a 180°C durante 45 minutos. Se lleva a cabo en estufas metálicas hechas a base de cromo cobre cromado con una pared doble, llevan en todo su interior una resistencia dado que generalmente la fuente calorífica es la electricidad de los aparatos que funcionan con estos sistemas los más comunes son el esterilizador y el horno de aire caliente. El esterilizador permite alcanzar una temperatura hasta de 300°C, estos aparatos sirven para esterilizar instrumental no cortante o material que no se derrite, evaporen o quemen. En cuanto al horno de aire caliente la temperatura se mantiene a 160°C por una hora, no debe abrirse sino media hora después de apagado y que se haya enfriado, sirve para esterilizar material de vidrio refractario y en general instrumental.

FLANEADO

Es un medio de esterilización incompleto ya que la técnica de colocar a la flama directa el instrumento que se va a emplear, solamente esteriliza la zona que toca la flama y ade

más por un tiempo muy reducido una vez que se enfríe volverá a contaminarse ya que no hay nada que lo proteja del medio - contaminado en el cual se está trabajando.

CALOR HUMEDO

El más generalizado de los métodos que se emplean en el medio de esterilización así el más antiguo es el agua hirviendo a una temperatura de 100°C durante 30 minutos. Para el germen carbunco habrá que llevar dicha temperatura de 105°C a 120°C añadiendo al agua sustancias tales como carbonato, borato, o cloruro de sodio al 2% y mantenerla durante dos horas, se usa principalmente en el instrumental.

Vapor de agua saturado a presión: es considerado como el ideal para esterilizar pues dicho vapor circula por todos lados atravesando las moléculas de los gérmenes destruyéndolos. La temperatura que por lo general funciona es de 120°C a una presión de una Atm. o 1Kg por cm³ durante 15 a 30 minutos. El autoclave es el aparato que permite lograr esto, en el que se pueda esterilizar instrumental en general, ropa, campo quirúrgico, compresas, gasas, etc.

Para efectuar el proceso de esterilización se colocan dentro del aparato y a distancia del fondo las cajas metálicas que contienen los objetos por esterilizar. Cuando se trata de gasas, compresas o algodón en lugar de las cajas se emplean tambores de cromo cromado perforados para permitir y

facilitar el paso del vapor de agua. Estos tambores tienen la particularidad de estar compuestos por dos cilindros los cuales permiten que se cierren o se abran las perforaciones para permitir el paso del vapor durante el proceso de esterilización o bien para cerrarlo y evitar el paso del aire no estéril del medio ambiente y evitar la contaminación del material que se encuentra en su interior.

El autoclave es el medio de esterilización más empleado en cirugía.

TYNTALIZACION

Este procedimiento consiste en calentar los objetos que se desean esterilizar a una temperatura de 65°C durante una hora por 5 o 6 días, no sirve para gérmenes alto resistentes.

QUIMICOS

Para lograr la esterilización por este medio se emplean drogas o sustancias a las que se les da el nombre de antisépticos y que impiden el desarrollo de los microorganismos. El ideal de un antiséptico es que detenga el crecimiento o la actividad de los gérmenes y que a la vez estimulen a las células para que activen su defensa natural.

Los medios químicos que se van a emplear en la esterilización de: material de sutura, instrumental cortante, mate -

rial no refractario o plástico, campo operatorio, campo lesionado y lavado quirúrgico.

BIOLOGICOS

Este método se empleará principalmente en el paciente con el fin de radicar o de eliminar procesos infecciosos ya instalados; lo cual se logrará a base de antibióticos.

ANESTESIA EN ODONTOLOGIA

Las distintas maniobras que la cirugía debe emplear para el tratamiento de las afecciones, provocan dolor. La supresión de este dolor, se logra merced al empleo de la anestesia.

Se conoce como anestesia Odontológica a la inhibición de la función de los troncos nerviosos gruesos, -- así como también de las últimas terminaciones de los -- nervios sensitivos, esto último se logra con anestesia tópica.

En odontología como medicina es necesario hacer de la anestesia un arte ya que de ésta depende el éxito -- del Cirujano Dentista.

En Exodoncia utilizaremos anestesia local, para -- ello nos basaremos en las siguientes técnicas anestésicas.

En exodoncia es muy necesario que la zona anatómica, esté muy bien anestesiado ya que de ello depende que la extracción sea sin ningún dolor y la confianza y tranquilidad del paciente y profesional sea completa.

Es importante, también el seleccionar el tipo de -- anestésico por cada paciente. La tolerancia a cada tipo de anestésico difiere en algunos pacientes. Con el conocimiento y el manejo adecuado de los anestésicos -- llevará a un desarrollo pleno de este acto quirúrgico -- en forma favorable.

ANESTESIA LOCAL

Es la supresión de la sensibilidad dolorosa, táctil, térmica y propioceptiva, lograda por medio físico como el frío mecánico o la presión y químico como drogas capaces de bloquear la conducción nerviosa.

El primer anestésico local usado es la cocaína, alcaloide extraído de una planta llamada coca: a partir de esto se han integrado un sinnúmero de anestésicos locales - pero la gran mayoría no se utiliza debido a su toxicidad sistémica e inestabilidad de soluciones; se clasifica en cuatro grupos que son tres nitrogenados y uno no nitrogenado.

1. Esteres amínicos del ácido benzoico son; la cocaína amilocaína.
 2. Esteres amínicos terciarios del ácido parabenzoico: procaína, tetracaína.
 3. Amidas: Lidocaína (Xilocaína).
 4. Anestésico local no nitrogenado: son anestésicos solubles poco potentes pero para uso tópico aminobenzoato de etilo o benzocaína y butamina usado en forma de picrato de butecino.
1. Anestesia superficial o tópica: es la aplicación de la solución anestésica a las mucosas.

2. Anestesia por infiltración: inyectada por debajo de la piel o en la misma.
3. Anestesia trocular: es por la inyección en la vecindad de los troncos nerviosos incluyendo el bloqueo simpático y la anestesia epidural.

MECANISMO DE ACCION DE LOS ANESTESICOS LOCALES

Para que el anestésico local puede bloquear la conducción de la fibra nerviosa debe penetrar en ella (membrana celular) por lo que debe ser hidrosoluble e hiposoluble, para penetrar a través de la membrana nerviosa rica en lípidos.

La acetil colina es mediador entre neurona y neurona.

CONDICIONES DEL ANESTESICO LOCAL IDEAL

1. Período de latencia corto.
2. Duracion adecuada al tipo de intervención.
3. Compatibilidad con vasopresores.
4. Difusión conveniente.
5. Estabilidad de las soluciones.
6. Baja toxicidad sistémica.
7. Alta incidencia de anestesia satisfactoria.

TECNICAS DE ANESTESIA LOCAL

Se divide en tres: Tópica, local y regional. Las dos últimas pueden ser subperiósticas y supraperiósticas.

TECNICAS PARA EL MAXILAR SUPERIOR

LOCALES.- Puntos locales tanto en vestibular como en palatino.

Se usará aguja corta y se llevará al pliegue mucogingival (fondo de saco) de la pieza que se desea anestesiar. La aguja debe ir a la altura del tercio apical de las raíces de la pieza que se desea anestesiar debiendo colocarse siempre en hueso.

En el maxilar superior el anestésico se absorbe; lo contrario en la mandíbula que se dispersa por las condiciones anatómicas de ambos.

Los puntos locales en palatino son también colocados con aguja corta en el tercio apical de la pieza que se va a anestesiar.

La técnica palatina debe ser de perpendicular a la bóveda palatina en ángulo de 90 grados.

REGIONALES

INFRAORBITARIO: Se usa aguja larga, el punto de penetra-

ción es el pliegue mucogingival entre los premolares superiores, la aguja va perpendicular al plano oclusal y vamos a penetrar de 1.5 a 2 cm., hasta llegar al agujero infraorbitario, aquí se deja caer todo el líquido del cartucho. Se anestesia con esta técnica los premolares.

La técnica se encuentra sobre la línea del eje del segundo premolar, no suele presentar variaciones individuales. El agujero se encuentra directamente debajo de la estructura entre el hueso maxilar y malar.

Precauciones: que el trayecto sea de incisivos centrales superiores al agujero ya que se puede penetrar a la órbita.

BLOQUEO CIGOMÁTICO: El punto de punción será en el pliegue mucogingival con aguja larga, a la altura del primer molar superior dirigiendo nuestra aguja con una angulación de 45 grados con respecto al plano oclusal, esto es en pacientes con maxilar superior de altura mediana, cuando es alta, la angulación de la aguja debe ser de 70 grados, y cuando es más baja que es en la mayoría de los niños es entre 20 y 30 grados.

La aguja va recta en los agujeros de los nervios dentales posteriores que se encuentran de perfil en la región más posterior del maxilar a pocos milímetros de la parte más prominente de la tuberosidad del maxilar.

Precauciones: es importante hacer la punción de la aguja dándole una correcta angulación ya que puede producir ligera perforación con frecuencia en la arteria maxilar.

PALATINAS: La palatina posterior se coloca alrededor o en el agujero palatino-posterior que se sitúa en el tercio -- apical de raíz palatina del segundo molar en ángulo de 90 grados se va a dejar medio cartucho y se anestesia la raíz palatina de los terceros molares y sin profundidad clínica el segundo molar.

Siempre que una operación o un tratamiento ha de afectar se los tejidos blandos del lado palatino está indicado el bloqueo, la aguja va a ir paralela al plano sagital del molar.

En anteriores superiores en el agujero palatino anterior llamado esfenopalatino. Con esta técnica se anestesia la mucosa palatina abarcando hasta el segundo premolar.

El bisel de la aguja se coloca en sentido plano contra la mucosa sobre el lado de la papila incisiva, la aguja no debe penetrar más de 0.5 cm. en el canal incisivo.

Precaución: La entrada al piso de la nariz puede provocar una infección.

TECNICAS PARA ANESTESIASR EL MAXILAR INFERIOR

TECNICA PARA ANESTESIASR EL DENTARIO INFERIOR: Con el dedo

índice de la mano contraria a la que utilizamos para anestesiar vamos a tocar el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula a la altura de las caras oclusales de los molares o sea colocaremos el borde externo del dedo índice colocándolo en las caras oclusales. Con nuestra jeringa y aguja larga penetrando entre los premolares del lado continuo de la zona que vayamos a anestesiar penetrando hasta llegar a hueso a 1 o 2 mm. de la espina de Spix, dejando medio cartucho hacia la cara oclusal de los molares por anestesiar, penetrando 2 o 3 mm. más y volvemos a girar a los premolares del lado contrario ahí dejando el otro medio cartucho.

Con esta técnica se anestesia segundo premolar primer y segundo y tercer molar, mucosa interna y el borde externo de la lengua del sitio anestesiado y parte del mentón.

TECNICA MENTONIANA: Utilizaremos aguja corta, el lugar de la punción es en el pliegue muco-gingival a la altura del agujero mentoniano que se encuentra aproximadamente entre las raíces de los premolares, el agujero está más cargado hacia el segundo premolar y la angulación de la aguja es de 45 grados con respecto al plano oclusal, se dejará todo el cartucho siempre en hueso.

TECNICA PARA ANESTESIAS INCISIVOS INFERIORES: Es la única zona de la mandíbula que la cortical es más delgada y puede absorberse el anestésico, entonces pueden utilizarse puntos

locales en la parte anterior, se deja todo el cartucho. Se pueden colocar puntos locales linguales en el milohioideo para complementarse con el dentario inferior (para anestesiar mucosa inferior y bucal).

TECNICAS LOCALES ACCESORIAS

PARADONTAL: Utilizaremos aguja corta y el sitio de punción es entre la encía insertada y el cemento. Puede colocarse la aguja en cualquier sitio alrededor del diente.

PULPAR, INTRAPULPAR: Esta la utilizaremos cuando se hace un acceso hacia la cámara pulpar para Endodoncia o canalización, se anestesia directamente en la cámara pulpar, es la más dolorosa pero a la vez es la que surte efecto, el dolor es de uno a dos segundos. La cantidad es de dos a tres gotas por ser otro tipo de tejido.

CONTRAINDICACIONES PARA COLOCAR ANESTESIA LOCAL

- 1.- Infecciones severas como angina de Ludwig, flemón o celulitis.
- 2.- Hipersensibilidad a la droga.
- 3.- Enfermedades cardiovasculares (hipotenso, insuficiencia cardíaca).

EQUIPO Y MATERIAL

En Odontología se utilizan dos tipos de jeringas:

La jeringa con cartucho que goza de una aceptación universal y casi exclusiva.

La jeringa de vidrio de Luer-Lok; este tipo se emplea sólo muy raras veces. Las jeringas de plástico preesterilizadas y desechables suministradas con o sin aguja han sustituido casi completamente a las jeringas de vidrio.

ANESTESICOS EN ODONTOLOGIA

Con excepción de la cocaína, todos los anestésicos empleados en Odontología son productos sintéticos, que desde el punto de vista químico pueden clasificarse en dos grupos.

1.- Anestésicos que contienen un enlace éster.

2.- Anestésicos que contienen un enlace amida.

Esta diferencia en la estructura química, produce importantes diferencias farmacológicas en lo que se refiere a metabolismo, duración de acción y efectos secundarios.

ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS

NOMBRE

OFICIAL	COMERCIAL	ESTRUCTURA QUIMICA	CONCENTRACIONES GENERALMENTE EMPLEADA
Procaína	Novocaína	Ester	2
Butetamina	Novocaína	Ester	1.5-2
Tetracaína	Pontocaína	Ester	0.15
Propoxicaína	Ravocaína	Ester	0.4
Benzocaína		Ester	8-22
Metabutetamina	Unacaína	Ester	3.8
Metabitoxicaína	Primacaína	Ester	1.5
Meprilcaína	Oracaína	Ester	2
Isobucaína	Kincaína	Ester	2
Lidocaína	Xilocaína	Amida	2-5
Mapivicaína	Carbocaína	Amida	2-3
Pirrocaína	Dinacaína	Amida	2
Prilocaína	Citanest	Amida	4

De la lista anterior tenemos anestésicos locales más co munes en la práctica Odontológica como son: Citanest, Carbo- caína y Xilocaína; de los cuales se expondrán sus principales características.

CITANEST

Es una amina secundaria con las características de Optapresin: un excelente bloqueador de toxicidad aguda muy baja, de menor acción vasodilatadora en comparación con otros anestésicos, de latencia corta y duración satisfactoria (2 horas), esto es comparándola con la Xilocaína.

De la combinación Citanest- Optapresin se ha obtenido el anestésico local más idóneo para toda clase de pacientes: niños, embarazadas, ancianos, diabéticos, cardiópatas, etc.

FORMULA

Cada milímetro contiene Clorhidrato de Prilocaina y Fenipresina 0.03 U.I.

CONTARAINDICACIONES

La tolerancia extrema de Citanest-Optapresin suprime prácticamente cualquier contraindicación.

REACCIONES SECUNDARIAS

No ha provocado efectos secundarios

CARBOCAINA

Anestésico de acción superior a la procaína, su índice

de toxicidad es muy reducido, casi no presenta irritación hística, la anestesia con Carbocaina se caracteriza por:

1. Corto período de inducción
2. Profundidad adecuada
3. Duración conveniente
4. Menor concurrencia de Hemorragia operatoria.
5. Ausencia de reacciones secundarias graves a dosis terapéuticas.

INDICACIONES

Para producir anestesia local por infiltración o -- bloqueo para procedimientos dentales, la dosis varía de acuerdo con la técnica y otros factores: área a aneste-- siar, vascularidad, tolerancia, etc.

PRESENTACION

Cartuchos dentales. Su duración es de una a dos -- horas

XILOCAINA

Es una amida su índice de toxicidad es mayor que los dos anteriores anestésicos, su duración es de más de dos horas y es contraindicado en cardiópatas.

PRESENTACION

Cartuchos dentales y spray.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DENTAL

INDICACIONES

Las indicaciones exodónticas han sido influenciadas por la importancia de la eliminación de los focos de infección y la frecuencia con que los dientes desvitalizados intervienen en tales condiciones patológicas.

A continuación consideraremos de importancia los siguientes factores:

1.- Afecciones dentarias:

- a) Afecciones pulpares por las cuales no hubiera tratamiento conservador.
- b) Caries de cuarto grado que no puedan ser tratadas.
- c) Complicaciones de dicha caries.

2.- Afecciones del paradonto:

Parodontitis que no puede tratarse.

3.- Razones protéticas, estéticas u ortodóncicas:

- a) Dientes temporarios persistentes.
- b) Dientes supernumerarios.
- c) Dientes permanentes.
- d) Por razones protéticas u ortodóncicas.
- e) Indicaciones del protesista u ortodoncista.

Los dientes temporales persistentes deben ser extraídos - cuando la edad del paciente, de acuerdo con la cronología de - erupción dentaria indica la necesidad de su eliminación, para permitir la normal erupción del permanente. Los dientes super- numerarios, que molesten estética y funcionalmente, deben ser extraídos.

4.- Anomalías de sitio:

Retenciones y semirretenciones sin tratamiento orto--
dónico.

Los dientes que permanezcan retenidos en los maxilares de - ben ser extraídos cuando producen accidentes (nerviosos, infla - matorios o tumorales, neuralgias del trigémino).

5.- Accidentes de erupción de los terceros molares:

los accidentes de erupción indican la eliminación del
diente causante.

CONTRAINDICACIONES

Son pocas las verdaderas contraindicaciones de la extrac-
ción dentaria, son muchas las cosas en las que debemos tener
cuidado. Para ello determinados estados de salud general del
paciente y estados emotivos estables; en caso de sospechas de

dichas peculiaridades personales debemos de consultar con el médico general.

1.- Afecciones que dependen del estado del diente a extraer; enfermedades locales y estados generales perturbados por la afección dentaria o peridentaria -- (oportunidad de la extracción dentaria en presencia de accidentes agudos).

2.- Afecciones en dependencia con el estado general del paciente; Estados fisiológicos: menstruación y embarazo.

INSTRUMENTAL USADO EN EXODONCIA

Hay dos clases de instrumentos principalmente para la extracción; los destinados a extraer el diente: pinzas para extracciones y los elevadores o botadores.

Los del hueso que cubren los dientes: osteotomos de Mead y Winter, escoplos y fresas.

PINZAS PARA EXTRACCION

Son instrumentos basados en el principio de la palanca de primer grado, con el cual se toma el diente a extraer, imprimiéndole movimientos particulares por medio de los cuales se elimina el órgano dentario de su alvéolo.

La pinza para extracción consta de dos partes principalmente que son la parte activa y la parte pasiva; unidas estas dos partes entre sí por una articulación.

La parte activa es en la que se encuentran los bocados, estos se adaptan a la corona del diente, sus caras externas son lisas y convexas, las internas son estriadas y cóncavas, sus estrías impiden el deslizamiento sobre el diente.

En la parte pasiva se encuentran las ramas, éstas son paralelas y según el modelo están labradas en sus caras -

externas para impedir que se deslicen de la mano del operador.

En términos generales existen dos tipos de pinzas para extracción, aquellas destinadas para el maxilar superior y las destinadas para las piezas de la mandíbula.

La diferencia entre ambos modelos reside en que los del maxilar superior posee las partes pasivas y activas en la misma línea, mientras que los destinados a la mandíbula tienen ambas partes en ángulo recto.

Cada diente o grupo de dientes exige una pinza en particular, diseñada según la anatomía del órgano a extraer.

NUMERACION DE LOS FORCEPS

FORCEP # 65 En forma de bayoneta. Bocados rectos largos y angostos y su cara interna iguales. Para incisivos y raíces superiores. De tipo universal.

FORCEPS # 32A También en forma de bayoneta con los bocados rectos un poco más corto que el anterior pero que a la vez presenta las mismas

características que el anterior para caninos premolares y molares superiores. Es también de tipo universal.

FORCEPS # 69 Forma de S itálica, bocados largos angostos y en forma de ángulo. Para fragmentos o raíces pequeñas superior e inferior.

FORCEPS # 150 Bocados rectos, angostos, convocados en su parte interna e iguales extraídos. Para incisivos y premolares tanto del lado derecho como del izquierdo y también raíces superiores tipo universal.

FORCEPS # 18 R Bocados con bifurcación en forma de ángulo diedro para la presión de raíces vestibulares tanto mesial como distal, el otro bocado lo presenta cóncavo y estriado que sirve para la presión de la raíz palatina para primero y segundo molar superior derecho.

FORCEPS # 18L Las mismas características del 18 R sólo -- que de el lado izquierdo.

FORCEPS # 88 R₂ Llamado también tricornio, presenta forma de bayoneta con un bocado en forma de cuerno. Para primero y segundo molar del lado derecho superior.

FORCEPS # 88 L₂ Mismas características que el de 88 R₂ sólo que este es del lado izquierdo.

FORCEPS # 210 Con bocados en forma de ángulo y bayoneta anchas y cortas y a su vez son cóncavas y estriadas. Para terceros molares superiores.

FORCEPS # 151 Bocados largos en forma de ángulo sus caras internas son cóncavas, estriadas e iguales. Para incisivos caninos y premolares y raíces inferiores tanto del lado derecho como del lado izquierdo. Del tipo universal.

FORCEPS # 203 Bocados largos en forma de ángulo sus caras internas son cóncavas estriadas e iguales. Para premolares, incisivos caninos y raíces inferiores del tipo universal. Se recomienda para dentistas que trabajan con la mano izquierda.

FORCEPS # 17

Es el llamado "Forceps Universal" sus características son; Bocados iguales - anchos en forma de ángulo, sus caras - internas presentan una bifurcación en forma diedro, la cual presenta en la - bifurcación de las dos raíces tanto me-
sial como distal. Para primeros y se-
gundos molares inferiores tanto iz-----
quierdo como derecho.

FORCEPS # 23

Llamado también cuerno de vaca, cuando se tenga la corona muy destruida. Pa-
ra primeros y segundos molares inferio-
res tanto izquierdo como derecho. Uni-
versal.

FORCEPS # 222

Bocados en forma de ángulo cóncavos en su cara interna, extraídos e iguales - en sus bocados. Para terceros mola-
res inferiores tipo universal.

BOTADORES

Son instrumentos basados en principios de física que sirven para movilizar o extraer algún diente, o separar y extraer restos radiculares.

La división de éstos, está en que se trate de elevadores rectos o elevadores de bandera.

Este instrumento se coloca en la palma de la mano - dirigiendo su mango hacia la parte más interna de la palma del operador; el dedo índice debe acompañar el tallo para evitar accidentes. El elevador recto en sí va a ser guiado en busca de un punto de apoyo y haciéndolo -- avanzar por cortos movimientos de rotación entre el alvéolo y la raíz del diente por extraer; este punto de -- apoyo está dado por dos elementos: a).- hueso b).- dientes vecinos.

Cuando buscamos el punto de apoyo en los dientes ve cinos debemos tener absoluto cuidado en hacerlo en el án gulo visto y mesiovestibular del diente por extraer, pero a veces este punto será en lingual, distal, mesial o vestibular, el punto será más eficaz si esta desprovisto de tejidos blandos, que impiden trabajar o de traumatizar en el acto operatorio.

Cuando se usa un elevador de bandera este punto de apoyo se buscará sólo cuando haya un alvéolo vacío, este instrumento se colocará en el alvéolo vacío dirigiendo - la punta de trabajo hacia la tabla interna, atravesándola

hasta llegar a la raíz por extraer, haciendo un movimiento hacia arriba y hacia atrás.

INDICACIONES PARA EL USO DE ELEVADORES

Los elevadores se usan para luxar y extraer los dientes que no pueden ser tomados por los mordientes de las pinzas para extracciones como los dientes retenidos y en mal posición, para extraer raíces fracturadas o careadas; para luxar piezas antes de la aplicación de las pinzas para extracción, etc.

EXTRACCIONES DE RAICES

Los elevadores están indicados para la extracción de raíces en las siguientes situaciones: raíces fracturadas al nivel del margen gingival; en el tercio medio o tercio apical; raíces que han quedado en los alvéolos en extracciones previas, pueden datar de varios años o ser recientes.

REGLAS PARA EL USO DE LOS ELEVADORES

No se utilice nunca un diente adyacente como punto de apoyo, a menos que ese diente deba ser extraído también.

Nunca se utilice la cortical vestibular, al nivel del margen gingival, o en la zona de los terceros molares.

No se utilice nunca la cortical lingual al nivel del margen gingival como punto de apoyo.

Colóquese siempre los dedos para proteger al paciente en caso de que el elevador se nos resbale.

Estar seguros de que la fuerza aplicada al elevador está bajo control y que la punta del elevador está ejerciendo presión en la dirección correcta.

OTROS INSTRUMENTOS USADOS PARA LA EXTRACCION

JERINGAS DENTALES: De dos tipos; de succión y de tipo carpule estas son usadas en el momento de la anestesia.

LEGRAS DENTALES: Llamadas también elevadores de periostio cuyas puntas de trabajo pueden ser de tres tamaños; chica, mediana y ancha; los usamos para debridar o desprender el periostio.

BISTURI: Este se usa para realizar incisiones, el más usado en exodoncia es el mango número 3 Bar Parker y

y la hoja 15.

LIMAS: Poseen dos puntas de operatorias rectas o redondas, este instrumento sirve para la regularización de proceso y opera solo en un un solo sentido.

ALVEOLOTOMO: Es universal y puede usarse en cualquier parte de la boca para una alveolotomía y en muchos casos para extraer partículas pequeñas de raíces. Se usa también para romper el proceso alveolar durante la extracción.

CUCHARILLAS O CURETAS: Tienen dos puntas de trabajo redondas, se usan para retirar esquirias y tejido presente dentro del alvéolo.

SEPARADOR DE FARABEUP: Retractor de tejidos que sirve para separar tanto la mucosa o periostio como la comisura labial.

PORTA AGUJAS: Es semejante a una tijera en el cual se coloca la aguja preparada para la sutura con el objeto de que las manos no intervengan directamente.

TIJERAS PARA ENCIA: Solo para cortar tejidos blandos.

TIJERAS PARA RETIRAR PUNTOS DE SUTURA: Uso exclusivo para cortar los puntos de sutura cuando haya la necesidad de retirarlos.

TECNICA DE EXTRACCION

Las partes pasivas y activas, a ambas le están encomendadas funciones distintas en el acto quirúrgico.

La pinza 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.

La pinza en Exodoncia actúa como palanca de primer grado, estando colocada la resistencia (el hueso alveolar) entre potencia (la mano del operador) y el punto de apoyo (ápice radicular).

La mano del operador imprime a la pinza los distintos movimientos que se necesitan para eliminar el diente.

TECNICA DE LA EXODONCIA CON PINZAS

- I. Prensión
- II. Luxación
- III. Tracción

I. Prensión.- La aplicación de la pinza, la toma o prensión del diente, primer tiempo de la extracción, es fundamental, del cual depende el éxito de los tiempos que siguen, prepa--

rando el diente para la extracción, se separan los labios, el carrillo y la lengua del paciente, con los dedos de la mano izquierda. Libre el campo, la pinza toma al diente por encima de su cuello anatómico, en donde se apoya y a expensas del cual se desarrolla la fuerza para movilizar el órgano dentario. La corona dentaria no debe intervenir como elemento útil en la aplicación de la fuerza. Su fractura o desmenuzamiento sería la consecuencia de esta falsa maniobra. Por lo tanto el instrumento debe insinuarse por debajo del borde gingival hasta llegar al cuello del diente. Ambos mordientes, el extremo bucal y el externo o lingual, deben penetrar simultáneamente hasta el punto elegido. Llegado a éste, la mano derecha cierra los mangos de la pinza, manteniendo con el pulgar el control de la fuerza.

II. Luxación.- Es el segundo tiempo de la extracción, por medio del cual el diente rompe las fibras del periodonto y dilata al alvéolo. Se realiza este tiempo según dos mecanismos:

- a) Movimientos de lateralidad del diente dirigiéndose de adentro hacia afuera.
- b) Movimientos de rotación, desplazando al diente de derecha a izquierda en el sentido de su eje mayor.

Movimientos de lateralidad.- Dos fuerzas actúan en este movimiento. La primera impulsando al diente en dirección a su ápice. Esta fuerza permite apoyar la posición apical en la cúspide del alvéolo, punto que sirve como centro del arco que describiera el diente.

La segunda fuerza mueve el órgano dentario, se elige como primera dirección la tabla ósea de menor resistencia (generalmente la vestibular, que es la más elástica). Este movimiento de lateralidad tiene un límite que está dado por la dilatación del alvéolo. Excediendo el movimiento, la tabla externa se fractura si esta tabla es lo suficientemente sorda como para no hacerlo, será el diente quien tendrá que fracturarse. Por eso los movimientos laterales de luxación deben ser dirigidos por el tacto de quien opera.

Movimientos laterales hacia vestibular y lingual.

Movimientos de rotación.- La rotación que se realiza siguiendo el eje mayor del diente es un movimiento complementario del movimiento de lateralidad. La rotación sólo puede ser aplicada en dientes monoradiculares. Los que tienen más de una raíz se fracturan como es muy lógico al hacerlos rotar.

Una sola fuerza actúa en este movimiento, la que imprime la rotación. La fuerza en dirección apical sólo se ejerce cuando se ejecutan los movimientos de lateralidad.

III. Tracción.- Es el último movimiento destinado a des-
plazar finalmente el diente de su alvéolo. La tracción -
se realiza cuando los movimientos preliminares han dilata-
do el alvéolo y roto los ligamentos. La fuerza aplicada
a este fin extraer el diente del alvéolo, desarrollándose
en sentido inverso a la dirección del diente.

Generalmente la cantidad de fuerza exigida es pequeña y la resultante de la fuerza tiende a dirigir al diente en el sentido de la corona y de la tabla externa. Por eso el movimiento de tracción debe ejercerse después de los de la lateralidad o rotación cuando el diente se encuentra en la porción más externa del arco de lateralidad. Al abandonar el diente su alvéolo está terminada la parte mecánica de la extracción.

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 elevador o botador, tres factores, además de la palanca propiamente dicha. El punto de apoyo, la potencia y la resistencia.

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

Para la práctica de la Exodoncia hay un número amplio de elevadores o botadores.

La corona debe mantener su integridad anatómica no estando viciado el papel de punto de apoyo por la disminución de su resistencia física, en el caso de ser portador de un aparato de prótesis (coronas, dientes pivotados, etc.) u obturaciones proximales.

La raíz de ser lo suficientemente fuerte y bien implantada; los dientes uniradiculares o los multiradiculares con raíces cónicas o fusionadas, pueden luxarse al ser usadas como punto de apoyo.

La potencia.- La 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, cuando más cerca está el punto de apoyo, de la resistencia (el diente a extraer) mayor será la eficacia

de la fuerza a emplearse.

El punto de apoyo debe de estar condicionado por esta premisa. La potencia que mueve el diente cumplirá su objetivo con la mayor eficacia, pudiendo multiplicarse la fuerza en la medida necesaria.

La resistencia.- Está representada por el diente a extraer. Condicionada por la disposición radicular, la cantidad de hueso que lo cubre o rodea y la cantidad de este hueso, es decir, la mayor o menor calificación del mismo, la distinta disposición de las trabéculas óseas; la edad del paciente.

TIEMPO DE LA EXTRACCION CON ELEVADORES

Aplicación.- Buscar punto de apoyo. El instrumento se toma con la mano derecha, empuñándola ampliamente. El dedo índice debe de acompañar el tallo para evitar inersiones no previstas, que puede llegar a herir las partes blandas vecinas: lengua, carrillo, velo del paladar; por otra parte, el dedo sobre el tallo del instrumento - sirve para dirigir la fuerza de la mano que opera, evitándose la luxación de los dientes vecinos o la fractura del diente a extraerse.

El instrumento debe de ser guiado en el punto de -- apoyo, hasta la ubicación, haciendolo avanzar por cortos movimientos de rotación entre el alvéolo y la raíz del diente a extraer.

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, dilata al alvéolo 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.

Extracción propiamente dicha.- Con sucesivos movimientos de rotación o descenso el diente abandona su alvéolo, desde donde puede extraerse con elevadores apropiados o con pinzas para extracciones.

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES EN EXODONCIA

1. Lesiones a los dientes adyacentes durante la extrac
ción.
2. Fractura de corona clínica.
3. Fractura radicular.
4. Dientes móviles
5. Dientes abulsionados.
6. Fractura de instrumentos empleados en Exodoncia
7. Fractura del borde alvéolar
8. Fractura de la tuberosidad y fractura total de la
mandíbula.
9. Penetración de una raíz en el seno maxilar.
10. Luxación de maxilares.
11. Lesión del seno maxilar.
12. Lesión de las partes blandas.
13. Lesión de los troncos nerviosos.
14. Hematomas.
15. Alveolitis.
16. Hemorragias.

Los accidentes originados por la extracción dental -- son múltiples y de distinta categoría, unos se interesan al diente que es objeto de la extracción o a los dientes vecinos, otros al hueso y a las partes blandas que los rodean.

Fractura del diente: Es el accidente más frecuente en exodoncia; en el trayecto de la extracción, al aplicar se la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona o parte de esta o parte de la raíz se fractura, quedando por lo tanto la porción radicular en el alvéolo. Las causas de este accidente son múltiples. Este accidente se puede evitar en una gran porción de los casos; el estudio radiográfico -- del órgano dentario a extraerse, impone la técnica. Sólo en las extracciones efectuadas sin el conocimiento de la disposición y forma radicular, o en casos excepcionales, puede tener aplicación la fractura.

Los órganos dentarios debilitados por los procesos de caries o con anomalías radiculares, no puede resistir el esfuerzo aplicado sobre la corona y se quiebra el punto de menor resistencia.

La fractura adquiere, por lo tanto, las formas más -- diversas.

Conducta a seguir en un caso de fractura.- Producida la fractura nuestros cuidados deben dirigirse a extraer --- la porción radicular que se haya quedado en el alvéolo. Para ello se deben realizar maniobras previas, que salven el error cometido.

Si la intervención fue realizada sin el examen radiográfico previo, después de producida la fractura se tomará una radiografía que nos indicará la posición, forma y disposición radicular. No disponiendo de un aparato de rayos X habrá que intentar la extracción con este factor en contra.

Tratamiento de la fractura.- Lo que debemos hacer en primer lugar es la preparación del campo operatorio. A causa del traumatismo producido por la fractura del diente a extraer, se producen desgarres de la encía, que desplazan esquinillas óseas, y sobre todo en la boca del alvéolo se sitúan trozos del diente. La pulpa queda o puede quedar expuesta según el tipo de fractura. La encía desgarrada y el periostio lesionado producen una hemorragia abundante que oscurece el campo operatorio.

Por preparación del campo operatorio se entiende el eliminar los trozos óseos y dentarios que lo cubren, inhibir la hemorragia de las partes blandas, es decir, aclarar la visión

del muñón radicular fracturado, para poder llegar a realizar la extracción. Los fragmentos se retiran con pinzas y algodón, se lava la región con un chorro de agua o con solución salina, se seca con gasa y se practica la hemostasia. Sin el requisito previo de tener un campo blanco no puede intentarse la extracción con el éxito requerido. Una vez terminada la hemorragia se practica la extracción de las raíces, según las normas.

Fractura y luxación de los dientes vecinos. La presión ejercida sobre las pinzas de extracción o sobre los elevadores pueden ser transmitidas a los dientes vecinos, provocando la fractura de su corona (debilidad por obstrucciones o por caries) o luxando del diente cuando disposiciones radiculares (raíces fusionadas) lo facilitan. El diente luxado puede ser reimplantado en su alvéolo, fijándolo por los procedimientos usuales.

Fractura del instrumental empleado en Exodoncia. No es raro que el instrumental como son pinzas o elevadores llegaran a fracturarse en el acto quirúrgico cuando se aplican excesivas fuerzas sobre ellos, así pueden herirse las partes óseas o las partes blandas. También pueden quedar en el alvéolo, restos de amalgamas, provenientes de piezas vecinas o del mismo diente.

Fractura del maxilar: fractura del borde alvéolar.
 Accidente frecuente en el curso de la Exodoncia; de la variedad de la fractura depende la importancia del accidente. La fractura del borde alvéolar no tiene mayor trascendencia: el trozo de hueso se elimina con el órgano dentario o queda relegado en el alvéolo. En el primer caso no hay conducta especial a seguir, en el segundo, debe eliminarse el trozo fracturado de lo contrario el secuestro origina los procesos inflamatorios con siguientes; osteítis, abscesos, que no terminan hasta la extirpación del hueso.

El mecanismo de la fractura del borde alvéolar o de trozos mayores de hueso, reside en la fuerza que la pirámide radicular ejerce al pretender abandonar el alvéolo, por espacio menor que el mayor diámetro de la raíz. En otras ocasiones, la fuerza aplicada sobre la tabla externa es mayor que su límite de elasticidad. El hueso se fractura siguiendo líneas variadas, en general es la tabla externa un trozo de la cual se extrae con el diente.

Fractura de la tuberosidad: En la extracción del tercer molar superior, sobre todo en los retenidos, y por el uso de los elevadores aplicados con fuerza excesiva, la tuberosidad del maxilar superior o también par

te de ella puede desprenderse, acompañando al molar, en tales circunstancias puede abrirse el seno maxilar, dejando una comunicación bucosinusal, cuya obturación requiere de un tratamiento adecuado.

Fractura total del maxilar superior. La fractura total es un accidente posible, aunque frecuente, en general es nivel del tercer molar donde la fractura se produce y se debe a la aplicación incorrecta y fuerza exagerada en el intento de extraer un tercer molar retenido, u otro diente retenido, con raíces con cementosis y dilaceradas. La disminución de la resistencia ósea, debida al gran alvéolo del molar, actúa como causa predisponente para la fractura del maxilar, del mismo modo como interviene, debilitando el hueso, una osteomielitis o un tumor quístico.

Las afecciones generales y los estados fisiológicos ligados al metabolismo del calcio, la diabetes, las enfermedades parasifilíticas predisponen a los maxilares, como otro hueso para la fractura; es suficiente un esfuerzo a veces mínimo, o el esfuerzo del acto operativo para producir la fractura del hueso.

Perforación de las tablas vestibular o palatina. -

En el curso de una extracción de un premolar o molar superior, una raíz vestibular o palatina puede atravesar las tablas óseas, ya sea por un debilitamiento del hueso a causa de un proceso previo o, esfuerzos mecánicos, el caso es que la raíz, en un momento dado, debajo de la fibromucosa, entre éstas y el hueso, en cualquiera de los dos caras, vestibular o palatina. La búsqueda o extracción de tales raíces, por vía alveolar, es generalmente trabajoso. Más sencillo resulta practicar una pequeña incisión en el vestíbulo o en palatino y previa separación de los colgajos por esta vía se extraen las raíces.

Con respecto al maxilar inferior, tales accidentes es también posible. Ambas tablas pueden ser perforadas.

Lesiones del seno maxilar. Perforación del piso del seno: Durante la extracción de los molares y premolares superiores, puede abrirse el piso del seno; esta perforación adquiere dos formas: accidental o instrumental. En el primer caso, y por razones anatómicas del molar con el piso del seno, al efectuarse la extracción queda instalada la comunicación. Inmediatamente se advierte el accidente, porque el agua pasa al seno y sale por la nariz.

En otros casos, los instrumentos de Exodoncia, y cucharillas, elevadores, pueden perforar el piso sinusal adelgazado, desgarrar la mucosa antral, estableciéndose por este procedimiento una comunicación. O una raíz la que

perfora el seno al intentarse su extracción.

Tratamiento de la comunicación operatoria. En la mayoría de los casos la perforación obedece a razones anatómicas o se realiza por instrumento, el coágulo se encarga de obturar la comunicación. Basta en tales casos, una torunda de gasa que favorezca la hemostasis o un punto de sutura acercando los bordes, establece mejores condiciones para la contención del coágulo.

Algunas veces el coágulo, de modo especial en alvéolos grandes y que han sido traumatizados, se retrae y se desprende. El valor del coágulo como elemento obturador es en esas condiciones nulo. Es preciso en estas circunstancias, realizar una pequeña plastia, para reintegrar la disposición normal. La plastia se desprende de la fibrumucosa por los lados bucal y palatino. Con esta maniobra es posible alargar el telón gingival para obturar el alvéolo.

Penetración de una raíz en el seno maxilar.- Una raíz de un molar superior, al fugarse del alvéolo empujada por las maniobras que pretende extraerlas, puede comportarse de distintas maneras en relación con el seno maxilar.

La raíz penetra en el antro, desgarrando la mucosa sinusal y se sitúa en el piso de la cavidad. La raíz se desliza

entre la mucosa del seno y el piso óseo, quedando cubiert
ta por la mucosa. La raíz cae dentro de una cavidad pat
tológica por debajo del seno y en ella queda alojada.

CONCLUSIONES

Es indispensable que el Cirujano Dentista realice una amplia labor tendiente a instruir al paciente, que lo motive con el fin de que su tratamiento no llegue a una extracción, que acepte y comprenda la importancia de un tratamiento general en su boca.

Deberá el Cirujano Dentista hacer un estudio clínico del paciente, el que se completara con exámenes de laboratorio, radiografías, etc. que lo llevará a realizar un buen diagnóstico.

El temor del paciente hacia el Cirujano Dentista, es su defensa al dolor. Para evitar este tipo de temores debemos efectuar una buena técnica de anestesia.

No debemos olvidar el estado psicológico de dicho paciente. Las experiencias del enfermo en su primera entrevista con el Cirujano Dentista son particularmente significativas para el curso posterior de su relación con él. La expresión facial, el tono de la voz y principalmente la paciencia para escuchar al paciente, etc. Todo esto contribuye a que el paciente se tranquilice y se sienta inclinado a confiar.

