



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CONCEPTOS Y GENERALIDADES
DE EXODONCIA**

Tesis Profesional

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a

MARIA DEL CARMEN VAZQUEZ MARTINEZ

México, D. F.

1984



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.

Indice

Introducción

Capitulo 1 Botiquin de emergencia en el consultorio

Capitulo 2 Generalidades anatomicas de la cara.

Capitulo 3 Historia clínica.

Capitulo 4 Radiología.

Capitulo 5 Asepsia y antisepsia.

Capitulo 6 Tratamiento preoperatorio.

Capitulo 7 Técnicas de anestesia.

Capitulo 8 Extracción de cada grupo dentario.

Capitulo 9 Tratamiento postoperatorio.

Capitulo 10 Consideraciones generales de Exodoncia infantil.

Capitulo 11 Conclusiones.

Bibliografía.

INTRODUCCION

La Exodoncia es una de las intervenciones quirúrgicas más comunes en el consultorio dental de práctica general y corresponde al Cirujano Dentista seleccionar técnicas, aplicar conocimientos previamente obtenidos para interpretar datos de la Historia Clínica, estudios radiográficos y aplicar la anestesia adecuada.

El fracaso no aparecerá, si contamos con la voluntad de ejercer nuestra profesión con dedicación y con el fin de servir a los demás.

Durante nuestra estancia en la carrera de Cirujano Dentista, observamos demasiada deficiencia dentro de lo que fue la materia de Exodoncia y Anestesia, por problemas, tanto de nosotros como de los maestros; por lo cual he escogido este tema, ya que es muy importante utilizar una técnica adecuada de anestesia para poder realizar cualquier tipo de extracción, pues tuve la experiencia de observar los problemas que se ocasionan dentro de las clínicas por usar técnicas inadecuadas en extracciones y anestesia, dán donos resultados negativos.

Es por eso Honorable Jurado, que he formulado esta tesis -
pensando en el futuro obtener resultados positivos.

Por lo cual, dejo a criterio de ustedes juzgar esta tesis, la
cual fue elaborada con el fin de adquirir conocimientos de ni
veles avanzados, esperando sea útil a nuestros compañeros
en la experiencia que tendrán posteriormente como profesioo
nistas.

capitulo I

Botiquin de emergencia en el consultorio.

MATERIAL Y EQUIPO

1. - Baumanómetro.
2. - Estetoscopio.
3. - Obus de oxígeno.
4. - Jeringas hipodérmicas de : 2, 5, 10, 15, 25 ml.
5. - Pinza de disección con dientes.
6. - Gasa estéril.
7. - Portaagujas y material de sutura (seda).
8. - Pinzas hemostáticas.
9. - Tijeras.
10. - Vendas elásticas.
11. - Esponja de gelatina de gelfom.
12. - Cánula de Brooh.
13. - Algodón.

MEDICAMENTOS

1. - Relajantes musculares o psicosedativos :
 - a) Deasepan (valicem).
 - b) Microbamato (equanil).
 - c) Cloridiazepolico (librium).

- d) Clorpromazine (lorazine).
- e) Trifluoperazine (stelazine).

Tabletas por vía oral o ampollitas por vía intramuscular o endovenosa.

- 2.- Ampollitas de 20 - 100 ml. de solución glucosada al 50 %.
- 3.- Hemosuccinato de hidrocortisona 100 mg en 2 ml. - metano sulfato de fentolamina 5 mg.
- 4.- Cloximo de calcio al 10 % (directa al corazón 1 ml de adrenalina al 0.1 (1 : 1000)).
- 5.- Polvo de ácido tánico.
- 6.- Hipnóticos y sedantes:
 - a) Cafeína.
 - b) Morfina.
- 7.- Ataraxicos.

8. - Analgésicos :

- a) **Prodolina.**
- b) **Conmel.**

Capítulo 2

Generalidades anatómicas de la cara .

OSTEOLOGIA

Los huesos de la cara se dividen en dos porciones : la superior formada por trece huesos, seis pares ubicados a lado y lado del plano sagital y un impar, siendo estos :

- a. - Maxilar superior.
- b. - Malares.
- c. - Huesos propios de la nariz.
- d. - Unguis.
- e. - Palatinos.
- f. - Cornietes inferiores.
- g. - Vómer (hueso impar).

La porción inferior está integrada unicamente por el maxilar inferior o mandíbula.

- a. - Maxilar superior.

Presenta forma cuadrangular y es aplanado de afuera hacia adentro. Posee dos caras, cuatro ángulos, cuatro bordes y una cavidad.

Cara interna.

Encontramos la apófisis palatina más o menos plana, con una cara superior lisa que forma parte del piso de las fosas nasales y una inferior rugosa que forma parte de la bóveda palatina.

La apófisis palatina divide la cara interna del maxilar en dos porciones: una inferior que forma la bóveda palatina y una superior en la que se articula la rama vertical del palatino. Más adelante se encuentra el orificio del seno maxilar, antepuesto a este se localiza el canal nasal limitado por la apófisis ascendente del maxilar superior, la cual posee la cresta turbinal superior e inferior las cuales se articulan con los cornetes inferiores y medios.

Cara externa.

En su parte anterior se encuentra la foseta mirtoforma por encima del lugar de implantación de los incisivos; esta foseta posteriormente es limitada por la giba canina, encontrándose por atrás y arriba de esta eminencia la apófisis piramidal, cuya base se une al resto del hueso y su vérti-

ce se articula con el malar. En la cara anterior de esta apófisis se abre el agujero suborbitario, entre este y la giba canina se ubica la fosa canina. En la cara superior hay un canal o conducto suborbitario de cuya parte inferior salen conductillos (conductos dentarios anteriores) que terminan en los alvéolos de los caninos e incisivos; finalmente la cara posterior de la apófisis piramidal exhibe diversos orificios (agujeros dentarios posteriores) por donde pasan los nervios dentarios posteriores y las arterias alveolares, destinadas a los gruesos malaros.

Borde anterior

Abajo parte de la apófisis palatina con la espina nasal anterior. Arriba de la escotadura que con la opuesta forma el orificio anterior de las fosas nasales y la apófisis ascendente.

Borde posterior.

Constituye la tuberosidad del maxilar; posee una articulación formada por la apófisis piramidal y apófisis pterigoides

Dicha articulación forma el conducto palatino anterior.

Borde superior.

Presenta semiceldillas que se completan al articularse con el unguis, etmoides y apófisis orbitaria del palatino.

Borde inferior o alveolar.

Presenta los alvéolos dentarios donde se alojan las raíces de los dientes; cada alvéolo se encuentra separado por las apófisis interdientarias.

Estructura.

La base de la apófisis palatina, borde alveolar y la parte anterior de la apófisis palatina está formada por tejido esponjoso; el resto del hueso por tejido compacto.

Osificación.

Se realiza a partir de cinco centros que aparecen al final -

del segundo mes de vida fetal y son : malar, orbitonasal, nasal, palatino y pieza incisiva.

b.- Hueso malar.

Se encuentra situado entre el maxilar superior, frontal, ala mayor del esfenoides y escama del temporal. Posee dos caras y cuatro bordes.

Cara externa.

Inserta a los músculos cigomáticos.

Cara interna.

Forma parte de las fosas temporal y cigomática.

Borde anterosuperior.

Se articula con el maxilar superior y el ala mayor del esfenoides.

Borde posterosuperior.

Se continúa con el borde superior de la apófisis cigomática.

Borde anteroinferior.

Se articula con la apófisis piramidal del maxilar superior.

Borde posteroinferior.

Sirve de inserción al músculo masetero.

Estructura.

Es de tejido compacto en la periferia y esponjoso en el -
centro.

Osificación.

Es originado por tres centros que aparecen al final del se
gundo mes de vida fetal y se soldan al final del quinto mes.
Uno origina la porción cigomática y el otro a la orbitaria.

c. - Huesos propios de la nariz.

Se localizan entre el frontal, por arriba de las ramas ascendentes de los maxilares superiores por fuera y atrás. Posee dos caras y cuatro bordes.

Cara anterior.

Presenta un orificio que inserta al músculo piramidal de la nariz.

Cara posterior.

Forma la parte anterior de la bóveda de las fosas nasales y presenta un surco (etmoidal) para el nervio nasolobar.

Borde superior.

Se articula con el frontal.

Borde inferior.

Se une al cartilago de la nariz.

Borde anterior.

Se articula por arriba con la espina nasal del frontal y el resto de su extensión lo hace con el hueso del lado opuesto.

Borde posterior.

Se articula con la apófisis ascendente del maxilar superior.

Estructura.

Formados por tejido compacto siendo atravesados por un conducto.

Osificación.

Originados a espensas de un centro que aparece a mediados del tercer mes de vida intrauterina.

d.- Unguis o hueso lagrimal.

Se encuentra colocado en la parte anterior de la cara inter

na de la orbita, entre el frontal, el etmoides y el maxilar superior.

Cara externa.

Se encuentra la cresta lagrimal posterior que termina en una apófisis, la cual integra el orificio superior del conducto nasal.

Cara interna.

En su parte posterior se articula con el etmoides.

Cara anterior.

Ayuda a formar la pared externa de las fosas nasales. Se articula con la rama ascendente del maxilar superior (borde anterior) y con la lámina del etmoides (borde posterior).

Estructura.

Es formado en su totalidad por tejido compacto.

Osificación.

A partir de un sólo centro que aparece en el tercer mes de vida intrauterina.

e. - Huesos palatinos.

Se localizan por detrás de los maxilares superiores y se dividen en dos partes : Una horizontal que por su cara inferior ayuda a formar la bóveda palatina; su borde anterior se articula con el borde posterior de la apófisis palatina del maxilar -- superior, estando el borde posterior insertado a la aponeurosis del velo del paladar. La parte vertical presenta dos crestas que forman parte del meato medio y otra superficie que interviene en la formación del meato inferior.

La cara anterior externa se articula con la tuberosidad del maxilar superior formando el conducto palatino posterior; otra - zona se articula con la apófisis pterigoides y entre ambas zo--nas se forma el fondo de la fosa pterigomaxilar.

El borde anterior de la parte vertical se superpone a la tube-

rosidad del maxilar, el posterior se articula con el ala interna de la apófisis pterigoides, mientras que el inferior contiene a la apófisis piramidal del palatino y el superior lleva en su parte media la escotadura palatina.

Estructura.

Está formado principalmente por tejido compacto, habiendo únicamente tejido esponjoso en la apófisis piramidal.

Osificación.

A espensas de centros primitivos originados al mes de vida fetal.

f. - Cornete inferior.

Se encuentra adherido a la pared externa de las fosas nasales.

Borde superior.

Se articula con el maxilar superior en su cara interna y -

con la lámina ascendente del palatino.

Borde inferior.

Es libre.

Extremidades.

La anterior se articula con el maxilar superior y la posterior lo hace con el palatino apoyándose en sus crestas turbinales.

Estructura.

Está formado de tejido compacto unicamente.

Osificación.

Tiene su origen a partir de un sólo centro de osificación - que aparece hacia el cuarto o quinto mes de vida fetal.

g.- Vómer.

Hueso impar que junto con la lámina perpendicular del etmoides y el cartílago forma el tabique de las fosas nasales. En sus caras presenta surcos donde se aloja el nervio esfenopalatino interno.

Borde anterior.

Se articula con la lámina perpendicular del etmoides y con el cartílago del tabique.

Borde posterior.

Forma el borde interno de las fosas nasales.

Borde inferior.

Ayuda a formar las ramas horizontales de los palatinos - por atrás y por delante de las apófisis palatinas.

Estructura.

Está formado por tejido compacto en su totalidad en el adulto.

Osificación.

Resulta de la fusión de dos láminas paralelas apreciables en el sexto mes de vida fetal. Las dos láminas se originan a espensas de una rama conjuntiva embrionaria que empieza a soldarse a partir del tercer mes de vida fetal.

h. - Mandíbula.

Integra la porción inferior. Se divide en un cuerpo en forma de herradura y dos ramas, cada una de ellas con un -plano vertical y un eje mayor dirigido oblicuamente hacia arriba y atrás.

Caras del cuerpo.

En la cara anterior se encuentra la sínfisis mentoniana, resultado de la adhesión de las dos mitades del hueso. En -la porción inferior presenta la eminencia mentoniana y dirigiéndose hacia la rama se observa la línea oblicua externa donde se insertan numerosos músculos. Atrás y afuera de la cresta está el agujero mentoniano por donde pasan ner--

vios y vasos.

La cara posterior contiene las apófisis geni; partiendo de la rama se encuentra la línea oblicua externa o milohioidea, por encima de esta y por fuera de las apófisis geni se halla la foseta sublingual; por debajo de la línea se encuentra la foseta submaxilar. Ambas fosetas alojan a glándulas correspondientes.

Caras de la rama.

La cara inferior externa sirve de inserción al músculo masetero, por lo que es muy rugosa.

En la cara interna se encuentra el orificio superior del conducto dentario por donde pasan nervio y vasos dentarios inferiores; también se localiza la espina de Spix que además de servir de inserción, forma el borde anteroinferior del orificio. Posee entre otros el canal milohioideo que contiene al nervio y vasos correspondientes.

Bordes del cuerpo.

El inferior se inserta al músculo digástrico a través de --

las fosetas digástricas. El superior presenta una serie - de cavidades simples y compuestas (alvéolos dentarios), separados por puentes óseos (apófisis interdientarias).

Bordes de la rama.

El superior posee a la escotadura sigmoidea, localizada entre la apófisis coronoides y el cóndilo de la mandíbula.

El cóndilo es de forma elipsoidal, convexo en las dos direcciones de sus ejes y articulado con la cavidad glenoidea del temporal; se une al resto del hueso a través del cuello del cóndilo. El borde inferior al unirse al posterior forma el ángulo mandibular.

Estructura y osificación.

Está formado por tejido esponjoso en el centro y compacto en la periferia.

La osificación se realiza a espensas del cartílago de Meckel, que origina las dos mitades del hueso. Una vez desarrollados los seis centros de osificación (inferior, incisivo,

suplementario, condileo, coronoideo y espina de Spix), se sueldan las dos mitades creando la sínfisis mentoniana.

MIOLOGIA

I. - Músculos de la cabeza (masticadores).

Son un número de cuatro, e intervienen principalmente en los movimientos de elevación y lateralidad de la mandíbula.

Dados los conocimientos actuales, es bastante difícil realizar un análisis detallado de las funciones de los músculos masticadores y asociados en los movimientos mandibulares, debido a la interacción muscular tan compleja relacionada con el aparato masticador; por lo tanto no resulta adecuado atribuir una función específica a cada uno de ellos, limitándose en consecuencia a describir los datos anatómicos esenciales y su función primordial.

a. - Músculo temporal.

Presenta una inserción amplia sobre la cara externa del --

cráneo, irradiándose hacia adelante hasta el borde lateral del reborde supraorbitario. La inserción inferior se hace en la apófisis coronoides y a lo largo del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Presenta tres tipos de fibras musculares a saber: anteriores casi verticales, medias en dirección oblicua y posteriores casi horizontales. La inervación de este músculo la proporcionan tres ramas del nervio temporal, ramo del maxilar inferior del trigémino. Colabora primordialmente para dar posición a la mandíbula durante el cierre, siendo el más sensible a las interferencias oclusales.

b. - Músculo masetero.

Es casi rectangular y está formado por dos haces musculares que se insertan desde el arco cigomático hasta la rama en el tercio inferior de la superficie postero-externa, y en el cuerpo mandibular desde la zona del segundo molar sobre la superficie externa. La función principal de este músculo es la elevación mandibular; juega un papel esencial en el cierre cuando simultáneamente este es protuído y actúa básicamente proporcionando fuerza para la -

masticación.

c. - Músculo pterigoideo interno.

Es de forma rectangular; se origina en la fosa pterigoidea dirigiéndose hacia abajo, atrás y afuera hasta insertarse sobre la superficie interna del ángulo mandibular. Su función principal es la elevación, siendo muy activo en protrusión simple.

d. - Músculo pterigoideo externo.

Posee dos fascículos y dos orígenes. Uno de sus fascículos procede de la superficie externa del ala externa de la apófisis pterigoides, mientras que el otro de menor tamaño se origina en el ala del esfenoides; ambos posteriormente se juntan adelante de la articulación temporomandibular en región próxima al cóndilo. La inserción principal la hace en la superficie anterior del cuello del cóndilo. La secundaria en la cápsula y menisco articular.

La función principal de este músculo es impulsar al cóndilo hacia adelante, desplazando a su vez y en la misma di-

rección al menisco en los movimientos mayores. Está relacionado con todos los grados de los movimientos de protrusión y abertura mandibular.

Para finalizar se agrega que estos músculos intervienen correlacionados entre sí en un gran número de movimientos funcionales y no funcionales de la mandíbula, siendo específicos a su función principal.

2.- Músculos de la cara.

a.- Orbicular de los párpados.

Es de forma aplanada y rodea al agujero parpebral.

b.- Superciliar.

Ocupa la parte interna del arco superciliar.

c.- Músculos de la nariz.

Piramidal : Situado en el dorso de la nariz, conocido tam-

bién como pilar interno del frontal.

Transverso de la nariz : Es de forma triangular y se ubica en el ala de la nariz.

Mirtiforme : Se dirige del maxilar superior al borde posterior del ala de la nariz.

Dilatador de las aberturas nasales : Es rudimentario, se sitúa sobre el ala de la nariz en su parte inferior.

3.- Músculos de los labios.

Orbicular de los labios : Circunscribe la abertura bucal de comisura a comisura. Ocupa el espesor de los labios y funciona a manera de esfínter.

Buccinador : Constituye la región geniana al extenderse desde ambas mandíbulas a la comisura bucal. Influye en los movimientos masticadores y ampliando el diámetro en sentido transversal.

Elevador común del ala de la nariz y del labio superior :

Se extiende desde la apófisis ascendente del ala de la nariz llegando a abarcar a los huesos propios de la nariz y a la apófisis orbitaria del frontal, hasta el labio superior donde actúa ayudando a elevar esta porción.

Elevador propio del labio superior: Se extiende desde la porción suborbitaria hasta el labio superior, actuando de la misma manera que el anterior.

Canino: Se extiende desde la parte superior de la fosa canina hasta la comisura labial, levantándola y dirigiéndola hacia adentro.

Cigomáticos (mayor y menor): Ambos se extienden del hueso malar al labio superior, siendo el mayor el que desplaza hacia arriba y afuera la comisura labial y el menor el que dirige hacia arriba y afuera la parte media del labio superior.

Risorio de Santorini: Músculo muy superficial, extendido desde la región parotídea a la comisura labial. Lleva hacia atrás a la comisura y su contracción sincrónica produce

la sonrisa.

Triangular de los labios : Se extiende desde la mandíbula hasta la comisura labial. Produce la expresión de tristeza al desplazar hacia abajo las comisuras.

Cuadrado de la barba : Va de la mandíbula al labio correspondiente, desplazando hacia abajo y afuera al labio inferior.

Borla de la barba : Se dirige de la sínfisis mentoniana a la piel del mentón. Su contracción eleva la piel del mentón aplicándola contra la sínfisis.

NEUROLOGIA.

Las neuronas son elementos básicos estructurales muy complejos del sistema nervioso, de tamaño variable, uni o multipolares y que transmiten señales de una a otra parte del cuerpo en forma solitaria o en cadena.

El sistema nervioso se encuentra dividido en Sistema Ner-

vioso Central y Sistema Nervioso Periférico, estando el -- primero constituido por el cerebro y la médula espinal y el segundo por cordones nerviosos o nervios raquídeos y - craneales.

a.- Nervios craneales.

Se originan en el encéfalo; salen de la cavidad craneal através vezando envolturas meníngeas y agujeros de la base.

Son un número de doce, clasificándose en: nervios senso-- riales, nervios motores y nervios mixtos, agrupándose así:

- 1.- Olfatorio (sensorial).
- 2.- Optico (sensorial).
- 3.- Motor ocular común (motor).
- 4.- Patético (motor).
- 5.- Trigémico (mixto).
- 6.- Motor ocular externo (motor).
- 7.- Facial (mixto).
- 8.- Auditivo (sensorial).
- 9.- Glossofaríngeo Mixto).

- 10.- Neumogástrico (motor).
- 11.- Espinal (motor).
- 12.- Hipogloso (motor).

b.- Trigémino.

Es el principal nervio sensitivo de la cabeza, y es el nervio motor de los músculos de la masticación.

Origen: Las fibras sensitivas se originan en el ganglio de Gasse; la cara inferior de este ganglio está en relación con la raíz motora. Las prolongaciones periféricas de las células ganglionares forman los nervios oftálmico y maxilar y el componente sensitivo del nervio mandibular. Las fibras motoras tienen su origen en dos núcleos masticadores, uno principal y uno accesorio.

Nervio oftálmico:

Originado en la parte anterointerna del ganglio de Gasser se dirige a la pared externa del seno cavernoso, dividiéndose en tres ramas: nasal, frontal y lagrimal.

Nervio nasal: Es la rama interna del tronco oftálmico - que al llegar al agujero etmoidal se divide en dos ramos uno interno y otro externo.

Nasal interno: Atravieza el agujero etmoidal pasando sobre la lámina cribosa del etmoides, cruza la hendidura etmoidal y llega a las fosas nasales donde se divide en dos filetes.

Nasal externo: Sigue la dirección del nervio nasal y emite ramos ascendentes y descendentes.

Nervio frontal: Penetra en la órbita, camina sobre la cara dorsal del elevador del párpado superior y se divide en interno y externo.

Frontal interno: Sale de la órbita y se divide en numerosos ramos destinados al periostio, piel de la frente, de la nariz.

Frontal externo: Escapa de la órbita por el agujero supra orbitario y suministra ramos ascendentes, descendentes y óseos.

Nervio lagrimal: Es el más externo; penetra a la hendidura esfenoidal, alcanza la glándula lagrimal y se divide en dos ramos; uno inerva la porción externa del párpado superior y otro a la glándula lagrimal.

Ganglio oftálmico o ciliar: Es de forma cuadrilátera y está por fuera del nervio óptico. Recibe un ramo motor proveniente del motor ocular común, un ramo sensitivo procedente del nervio nasal y un ramo simpático que emana del plexo cavernoso.

Nervio maxilar superior:

Nervio sensitivo que nace de la parte media del borde anteroexterno del ganglio de Gasser, alcanza el agujero redondo mayor atravezándolo para penetrar a la fosa pterigomaxilar. Alcanza la hendidura esfenomaxilar, recorre el canal suborbitario penetrando por su conducto y saliendo por el orificio suborbitario. Acompañado de la arteria suborbitaria recorre el piso de la órbita, continúa por la pared del seno maxilar. Emite seis ramos a saber:

Ramo meníngeo: Se distribuye por las meninges de las fosas etmoidales acompañado de la arteria de su mismo nombre.

Ramo orbitario: Penetra en la cavidad orbitaria y al salir produce un ramo temporomalar y otro lacrimoparpebral

Nervio esfenopalatino: Atravieza el agujero esfenopalatino y produce dos ramos: uno externo que va a la pared externa de las fosas nasales y otro interno para el tabique dirigiéndose al conducto palatino anterior, terminando inmediatamente por detrás de los incisivos. Se divide en numerosos ramos que son: nervios orbitales, nasales superiores, nasopalatino, pterigopalatino, palatino anterior, palatino medio y palatino posterior.

Nervios orbitarios: Penetran por la hendidura esfenomaxilar y se distribuyen en las celdillas etmoidales.

Nervios nasales superiores: Inervan la mucosa de los cornetes superior y medio.

Nervio nasopalatino: Alcanza el tabique de las fosas nasales y llega al conducto palatino anterior. Inerva una parte de la bóveda.

Nervio pterigopalatino: Penetra al conducto pterigopalatino y sale distribuyéndose por la mucosa de la rinofarínge.

Nervio palatino anterior: Alcanza el conducto de su mismo nombre y al salir emite ramos para la bóveda y el velo del paladar.

Nervio palatino medio: A veces desciende acompañado del palatino anterior aunque también puede pasar por uno de los conductillos accesorios, sale y se distribuye por la mucosa del velo.

Nervio palatino posterior: Penetra al conducto palatino accesorio y sale dividiéndose en una rama sensitiva para el velo del paladar y otra posterior para el periestafilino, el hipogloso, tec.

Nervio dentario posterior: Desprende de la parte anterior

de la fosa pterigomaxilar y penetra en los conductos dentarios posteriores. Da ramos a los gruesos molares, mucosa del seno.

Nervio dentario medio: Desciende por la pared anteroexterna del seno y se anastomosa con el dentario anterior y posterior formando el plexo dentario, emitiendo ramos a los premolares.

Nervio dentario anterior: Recorre el periostio, alcanza el conducto dentario anterior y da ramos a incisivos y canino.

Ganglio esfenopalatino o de Meckel: Está situado por dentro y abajo del maxilar superior. Recibe algunos ramos procedentes del nervio esfenopalatino o del tronco del maxilar superior.

Nervio maxilar inferior.

Nervio mixto que nace del borde anteroexterno del Ganglio de Gasser, llega hasta el agujero oval donde se relaciona con la arteria meníngea menor y se divide en dos troncos,

anterior y posterior.

El tronco anterior proporciona tres ramos a saber :

Nervio temporobucal : Se dirige hacia afuera entre los dos haces del pterigoideo externo; de aquí se divide en un ramo ascendente motor o nervio temporal profundo anterior, y un ramo descendente sensitivo o nervio bucal.

Nervio temporal profundo medio : Alcanza la cresta esfeno temporal, distribuyéndose en los haces medios del temporal.

Nervio temporomaseterino : Pasa por encima del músculo pterigoideo externo, luego se divide en dos ramos, uno ascendente o nervio temporal profundo posterior y otro descendente o nervio maseterino. El tronco posterior emite cuatro ramas que son : tronco de los nervios del pterigoideo interno, periestafilino externo y músculo del martillo ; se une al ganglio ótico y se divide en tres ramas, nervio del pterigoideo interno, nervio del periestafilino externo y nervio del músculo del martillo.

Nervio temporoauricular : Pasa sobre la arteria maxilar in

terna, bordea el cuello del cóndilo mandibular penetrando después en la cara profunda de la carótida, posteriormente se divide en varios ramos entre ellos los articulares destinados a la articulación temporomandibular; un ramo anastomósico para el nervio dentario inferior; otro que se une al nervio facial y ramos parotídeos.

El nervio dentario inferior desciende entre la cara externa del pterigoideo interno y el pterigoideo externo, acompañado de la arteria dentaria inferior, penetrando en el conducto dentario; emite diversas ramas colaterales: rama anastomósica del lingual que alcanza al lingual; el nervio milohioideo que se introduce en el canal milohioideo; los ramos dentarios que nacen en el conducto dentario y están destinados a innervar los gruesos molares, premolares, caninos, maxilar inferior y encía.

Las ramas terminales son: El nervio incisivo que proporciona ramos a los incisivos y al canino; el nervio mentoniano que inerva al mentón y al labio inferior alcanzando su mucosa; el nervio lingual que se dirige a la punta de la lengua y alcanza el piso de la boca, cruza el conducto de Wharton y se

ramifica por delante de la V lingual, recibe ramos del dentario inferior otro que constituye la cuerda del tímpano, un tercero que se anastomosa con el hipogloso mayor y por último un ramo que se une con el nervio milohioideo.

En su trayecto origina numerosos ramos colaterales para el pilar anterior del velo del paladar, amígdalas, mucosa de las encías y piso de la boca. Igualmente suministra ramos aferentes para el ganglio submaxilar y se distribuyen por la glándula submaxilar.

Ganglio ótico : Situado por debajo del agujero oval y por dentro del nervio maxilar inferior. Recibe ramos que son : el nervio petroso profundo superficial menor, el nervio petroso profundo menor; posee dos ramas, una que va al músculo interno del martillo y de la mucosa de la caja del tímpano, y otra que va al periestafilino externo.

b. - Nervio facial.

Nervio mixto compuesto de una raíz motora que inerva los músculos cutáneos de la cabeza y cuello y una raíz sensitiva que inerva la mucosa de la lengua, las glándulas submaxilar

y sublingual.

Origen real :

La raíz motora del facial nace del núcleo del facial y la raíz sensitiva se origina en el ganglio geniculado. Las dos raíces se introducen en el conducto auditivo interno, alcanzando luego el acueducto de Falopio. Posteriormente se divide en dos ramas terminales : temporofacial y cervicofacial. Entre las ramas colaterales intrapetrosas tenemos : Nervio petroso superficial mayor, en el peñasco se le une al nervio petroso profundo mayor que deriva del glossofaríngeo. El petroso superficial menor que se origina en el ganglio geniculado, terminando en el ganglio ótico. El nervio del músculo del estribo, que deriva de la porción descendente del facial, terminando en el cuerpo muscular del acueducto de Falopio. La cuerda del tímpano que se origina en la parte inferior de la porción descendente, aparece en la base del cráneo donde corre por el espacio maxilofaríngeo por dentro del dentario inferior y del aurículo temporal, se une finalmente al nervio lingual, así como a las glándulas submaxilar y sublingual. Ramo anastomósico del neumogástrico que nace del facial, desembocando en la fosa yugular para terminar en -

el ganglio yugular del nemo-gástrico.

Entre las ramas colaterales extrapetrosas tenemos: Rama anastomósica del glosofaríngeo que se origina en el facial pero no es constante. Ramo sensitivo del conducto auditivo externo que emana del facial. El ramo auricular posterior que alcanza el borde anterior de la apófisis mastoidea. Ramos del estilohioideo y vientre posterior del digástrico - que inervan los músculos correspondientes. El ramo lin-gual que se origina por debajo del agujero estilomastoideo, recibe filetes del glosofaríngeo terminando en la base de la lengua.

Ramos terminales: Son dos: temporofacial y cervicofacial la primera posee múltiples ramos temporales, frontales, -- palpebrales, suborbitarios y bucales. La rama cervicofa-cial que posee numerosos ramos entre ellos bucales infe-riores y mentonianos.

ANGIOLOGIA

a. _ Arterias en general.

En este tema hablaremos de la constitución de las arterias y sus funciones.

Las arterias son tubos elásticos que se pueden contraer, destinados a llevar a todos los órganos de la economía la sangre que viene del corazón.

Según la manera en que se reúnen las arterias reciben el nombre de anastomosis por inoculación, por convergencia o angular o por comunicación transversal.

Las paredes de las arterias están formadas por tres capas superpuestas cotunicas que son : tunica externa, media e interna, estas se encuentran íntimamente unidas sobre todo la tunica interna con la media.

1. _ Tunica externa : Está formada por tejido conjuntivo de fibras entrecruzadas y contiene fibras elásticas finas, estas fibras están situadas en la cara profunda.

2. _ Tunica media : Esta tunica da a las paredes arteriales, sus principales propiedades, elasticidad y contractilidad, es amarilla, gruesa, y está formada por dos elementos : el elemento muscular y el elástico.

En las arterias gruesas, el elemento elástico predomina de un modo muy marcado, en las pequeñas ocurre todo lo contrario y en las de mediano calibre el elemento elástico es un poco menos abundante que el elemento muscular.

La posición transversal de las fibras elásticas y musculares explica por qué esta tunica se desgarran siempre transversalmente a consecuencia de la tracción.

El elemento elástico se encuentra también en las arterias en estado de membranas elásticas provistas de aberturas denominadas membranas fenestradas de las arterias.

3. _ Tunica interna : También llamada serosa, se adhiere a la tunica media de la que parece formar parte, está constituida por una capa de epitelio pavimentoso, epitelio de la arteria femoral.

Las arterias contienen nervios vasomotores, provienen del gran simpático y terminan en las arterias a las que acompañan hasta su última ramificación.

b. - Arterias de cabeza cara y cuello.

Tenemos que las arterias son conductos musculomembranosos de ramificaciones divergentes que llevan la sangre del corazón a los tejidos.

De cada dentrículo nace una arteria y a medida que va emitiendo ramas su diámetro va disminuyendo.

En seguida mencionaremos algunas ramificaciones de arterias en cabeza, cara y cuello:

Cabeza	}	Arteria temporal superficial.
		Arteria auricular posterior.
		Arteria occipital
		Arteria transversa de la cara.
		Arteria carótida interna.

Cara	}	Arteria supraorbitaria.
		Arteria infraorbitaria.
		Arteria coronaria inferior.
		Arteria facial.
		Arteria submentoniana.
		Arteria lingual.
Cuello	}	Arteria carótida externa.
		Arteria tiroidea superior.
		Arteria carótida primitiva.

c. _ Venas en general.

Las venas extendidas desde los vasos capilares al corazón llevan la sangre que se considera más obscura, las venas libres al igual que las arterias tienen tres tunicas : externa, media e interna.

1. _ La tunica externa está formada principalmente de tejido

conjuntivo y fibras elásticas en gruesos troncos venosos cerca del corazón se encuentran fibras musculares lisas; estas y las fibras musculares estriadas existen en la tunica externa de las venas gruesas en general y en toda la extensión de la vena aorta en particular.

2. _ La tunica media está formada por dos planos, uno que es superficial de fibras transversales y otro profundo de fibras _ longitudinales.

El plano superficial contiene fibras de tejido conjuntivo, elásticos y musculares lisas, dirigidas todas transversalmente.

En el plano profundo se encuentran unicamente fascículos elásticos en dirección longitudinal.

3. _ La tunica interna es análoga a la de las arterias, esta ofrece un endotelio superficial pavimentoso simple y también una capa elástica subepitelial.

En esta tunica podemos decir también que las válvulas son repliegues en la tunica interna y media; carecen de fibras musculares

lares y se disponen por pares.

Las venas pulmonares, la aorta, las intercostales, las craneales y las raquídeas están desprovistas de válvulas.

Las paredes venosas son más delgadas que las arteriales.

Las venas infradiaphragmáticas son las más ricas en fibras musculares; la cantidad de estas fibras está en razón directa con los obstáculos que la sangre en su retorno encuentra para llegar al corazón.

En las venas adherentes la pared se adhiere a los tejidos que recorren senos de la duramadre, conductos venosos de los huesos, venas suprahepáticas y uterinas. Estas venas están desprovistas de válvulas y están formadas generalmente de dos capas, una superficial epitelial como en las venas libres y otra profunda adherente compuesta de tejido conjuntivo mezclado con algunas fibras elásticas.

d. Venas de cabeza, cara y cuello.

La sangre del cráneo, de la cara y del cuello es recogida por

las siguientes venas : yugular interna, yugular externa y yugular anterior. Estas son las principales, aunque mencionaremos a continuación sus ramificaciones en la cabeza, la cara y el cuello.

Cabeza	}	Venas cerebrales superficiales.
		Venas cerebrales inferiores.
		Vena cerebral profunda.
		Vena oftálmica.
		Vena lagrimal.
		Vena frontal.
		Vena temporal.
		Vena occipital .
Cara	}	Vena maxilar interna.
		Vena supraorbitaria.
		Vena angular.
		Vena facial.
		Venas orbiculares.
		Vena mentoniana.
Vena lingual.		

Cuello

Vena tiroidea superior.

Vena carotídea primitiva.

Vena yugular interna.

Vena yugular externa.

Vena tiroidea inferior.

Capítulo 3

Historia Clínica.

Constituye uno de los principios básicos en la valoración de los enfermos tanto clínica como sistemáticamente.

La entrevista debe ser cordial, punto esencial para la tranquilidad y confianza del enfermo, evitándose al máximo cualquier tipo de interrupciones. Conviene recordar que el interrogatorio debe ser claro, conciso y sencillo, sin sugerir con preguntas la respuesta, animando al enfermo a describir su sintomatología con sus propias expresiones.

Antes de iniciarse la entrevista, el C. D. debe conocer nombre, edad, peso, estado civil y ocupación del paciente, para así colocar los síntomas en determinadas categorías. Cuando el enfermo penetra al lugar donde se llevará a cabo la entrevista, el interrogador deberá observar con detenimiento la conducta, el grado de tensión nerviosa, la forma de respirar, configuración y color de la piel.

Para llevar a cabo la historia, el C. D. necesita de tiempo, e vitando impacientarse por respuestas vagas y por descripciones largas de hechos sin importancia, encauzando al enfermo en forma firme pero cortés hasta lograr la respuesta adecuada.

a. - Componentes de una historia clínica.

Una historia clínica completa se divide en :

1. - Interrogatorio.
2. - Exploración física,

debiendo contener la siguiente información :

Interrogatorio :

Motivo de la consulta : Se registrará únicamente la sintomatología expresada por el paciente y con preguntas adicionales - se definirá la naturaleza y duración de la molestia más importante.

Padecimiento actual : Efectuamos preguntas específicas al caso, relacionando cada respuesta con el problema principal, - procurando obtener un relato cronológico, empezando por el momento en que inició la enfermedad y como evolucionó. con teniendo a su vez un breve relato del estado de salud anterior si ha estado en tratamiento, cual fue su respuesta al mismo.

Antecedentes patológicos : Este punto contendrá una lista de

las principales infecciones que haya padecido, reacciones alérgicas, intervenciones, heridas, hospitalizaciones y estabilidad mental del enfermo. Se especificará en detalle el tiempo de iniciación, duración, secuelas, tratamiento y lugar del mismo, además del nombre del médico que lo atendió.

Antecedentes familiares : Se anotará : edad, salud, causa de muerte de familiares más allegados, enfermedades hereditarias, infecciones altamente contagiosas que afecten a miembros de la familia, igualmente las enfermedades con predisposición familiar.

Antecedentes personales : Incluye breves notas sobre la vida pasada y presente del enfermo, lugar de nacimiento, residencia actual, salud del conyuge si es casado, número de hijos, tipo de alimentación y costumbres. Al sexo femenino le preguntaremos además si presenta irregularidad menstrual, fecha de su última regla, tipo de anticonceptivos si los usa, sangrado disminuido o excesivo, presencia de embarazos y número de ellos, abortos y sus causas, peso de sus productos.

Para finalizar el interrogatorio haremos un comentario sobre la confianza que merecen las descripciones del enfermo, ba-

sándonos en la observación que hemos tenido durante la entrevista.

Exploración física :

Revisión de sistemas orgánicos : Es necesaria para excluir otros posibles padecimientos que hayan pasado desapercibidos en la enfermedad actual.

Estado general : Se tomará temperatura, presión arterial, pulso, dolor y su localización, pérdida del apetito, presencia de nauseas, vómitos, además de la forma de la cabeza, piernas, manos, cuello y en general cualquier deformidad física.

Cavidad bucal : Tejidos blandos : se revisarán labios, mucosa, paladar, velo del paladar, amígdalas, lengua, tejido gingival, piso de la boca, glándulas salivales, ganglios, etc.

Examen dental : Higiene bucal, métodos y frecuencia.

Dientes : Caries, faltantes, ausencia congénita, anomalías de posición, forma, tamaño, color, traumatismo y tipo de oclusión.

Capítulo 4

Radiología

Las radiografías son representaciones gráficas de las estructuras internas de un objeto, controladas por tres factores a saber: quilovoltaje, miliamperaje y tiempo de exposición, cuya calidad está dada por la nitidez, grado de ennegrecimiento y el contraste. Además de este estudio recordaremos la importancia de los siguientes datos: exámenes de laboratorio, modelos de estudio, diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, tratamiento, evolución y observación.

a. - Indicaciones preoperatorias :

La sobreexposición a la radiación produce cambios en las células del organismo y alteraciones genéticas que causan la fragmentación de los cromosomas y la mutación de los genes de las células sexuales; por esta razón debe existir cierta protección siguiendo las siguientes normas :

1. - Colocar láminas de aluminio que reabsorban la radiación primaria y evitar colocarse delante de estos rayos.
2. - Utilizar películas de emulsiones rápidas para mejorar el tiempo de exposición.
3. - Vigilar la cantidad y calidad de los rayos.
4. - Utilizar dosímetros de película para determinar la cantidad de exposición acumulada.

b. - Requerimientos preoperatorios :

1. - La radiación recibida por el paciente en las radiografías orales es mínima, sin embargo se deben tener precauciones si han habido exposiciones recientes por motivos terapéuticos.
2. - Tono o densidad radiográfica.
3. - Si se requieren exposiciones más breves utilizar alto - quilovoltaje.
4. - Realizar un revelado más prolongado de placas deliberadamente tomadas con poca exposición.
5. - Si se desea algún dato radiográfico en especial, hacer in capié en lo requerido.

Capitulo 5

Asepsia y antisepsia.

Conjunto de métodos cuyo objetivo es evitar o destruir microbios patógenos vivos, y medios por los cuales se eliminan o inhiben infecciones declaradas o susceptibles de declararse.

a. - Datos generales :

Descubierta por Pasteur, asegura la esterilidad del material o instrumental en todo procedimiento quirúrgico, minimizando las complicaciones; dicha esterilidad solo se logra por dos medios :

1. - Físicos : Calor seco, calor húmedo, ebullición y flameado, no siendo convenientes los dos últimos porque dejan depósitos de calcio, oxidan y destruyen el filo del instrumental o los mancha y deteriora.

2. - Químicos : Desinfectan material que no puede esterilizar se por calor y son : alcoholes, cresoles, compuestos halogenados, compuestos de amonio cuaternario y derivados del furano, siendo los dos últimos útiles para la administración cutánea de mucosas y heridas.

La cavidad bucal es considerada una zona aséptica ya que es

Imposible su esterilización, pero podemos evitar en gran parte su contaminación limpiándola bien, eliminando el tártaro - dentario presente en piezas adyacentes y obturando piezas - - dentarias demasiado cariadas. Por su parte el operador cambiará su ropa de calle por ropa quirúrgica al menos es su posición superior y procederá al lavado de manos y antebrazo, tomando especial interés en los espacios interdigitales, uñas, palmas y dorso de la mano, ya que si este no es responsable de la infección que se encuentra en una región, si lo es de la que se puede introducir en la herida.

Capitulo 6

Tratamiento preoperatorio .

Se define como la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse y se lleva a cabo con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro y - en el caso contrario, adoptar las medidas conducentes a que este peligro desaparesca o sea reducido al mínimo.

a. - Medidas generales :

Son de vital importancia pues proporcionan información valiosa para instar tratamiento y diagnóstico, cuando estos se relacionan con datos clínicos, o simplemente confirman la opinión.

Entre las medidas generales consideramos :

1. - Tipo de intervención : Hay informes que afirman que cierto número de extracciones dentales provocan una pérdida sanguínea similar a la producida en una tireoidectomía, siendo aproximadamente de 261 ml.

2. - Zona anatómica : Dependiendo del área consideramos su irrigación para evitar lesiones, además de observar las condiciones mismas de la zona.

3. - Exámenes de laboratorio : Orina, química sanguínea y hematológico con su correspondiente interpretación, los cuales se adjuntarán a la historia clínica.

b. - Medidas locales : La cavidad bucal deberá encontrarse en buenas condiciones de limpieza, disminuyéndose así el alto porcentaje de riesgos y complicaciones postoperatorias. Son contraindicaciones para extracción (excluyéndose las de emergencia) las afecciones presentes en tejidos blandos como gingivitis, estomatitis, lesiones tuberculosas y sífilis, las cuales deben ser tratadas previamente para subsanar las zonas afectadas a tratarse, o para evitar contagios.

c. - Ordenes preoperatorias : En Exodoncia tomaremos en cuenta :

1. - Ordenes de rutina : Elección de instrumental, elección de anestésicos, técnica a emplearse y tiempo de intervención.

2. - Ordenes dietéticas : Son específicas según los requerimientos ya sea del paciente o de la cirugía.

3. - Pruebas especiales de laboratorio : Según juicio basado

en la historia clínica y examen epidemiológico.

4.- Investigaciones radiológicas : En situaciones dudosas, - ser específico al ordenar un nuevo estudio, asegurándose de la competencia del radiólogo.

5.- Medicación : Uso de antibióticos como medida profiláctica.

5.- Ordenes especiales : Como sensibilidad a alguna droga o anestésico, necesidad de oxigenoterapia, etc.

Capitulo 7

Técnicas de anestesia

El efecto local de la anestesia es de gran valor, porque no afecta la estructura de las células nerviosas, ya que al cesar el efecto los tejidos regresan a la normalidad al igual que su integridad física y funcional.

a. - Principios básicos aplicables a las inyecciones intrabucales.

Existen ciertos principios que en conjunto con la buena elección del anestésico nos evitan complicaciones, siendo estos :

1. - Observar y aplicar técnicas estériles.
2. - La mucosa deberá ser secada con una gasa estéril antes de la punción con la aguja.
3. - Emplear soluciones de anestesia tópica y/o metafén a -- discreción del operador.
4. - Deberán emplearse agujas desechables estériles, previamente preparadas, así como cartuchos de solución anestésica medidos.
5. - La aguja no deberá emplearse nuevamente, sino desecharse después de cada inyección.
6. - La jeringa de aspiración deberá ser empleada especial--

mente para inyecciones en bloqueo.

b. - Técnicas para maxilar superior.

Inyección suprapariostica : Las soluciones depositadas sobre el periostio, frente a los ápices radiculares de los dientes seleccionados. La solución pasará a través del periostio y la placa ósea, penetrando dentro de las fibras nerviosas que se introducen a los ápices de las raíces y a las que inervan a la membrana parodontal.

Estas inyecciones proporcionan anestesia adecuada para los procedimientos operatorios sobre cualquier diente superior y con frecuencia en los incisivos inferiores. Para la extracción de una pieza superior se aplicará una inyección palatina como refuerzo.

Inyección cigomática : Bloquea al nervio alveolar posterior y superior. La punción se realiza en la membrana mucosa frente a la raíz distobucal del segundo molar, la aguja se colocará hacia arriba y adentro. Produce anestesia del tercer y segundo molar. además de las raíces distobucales y palatina del primer molar. Esta inyección se refuerza con una palatina -

posterior, así como una suprapariostica encima del segundo premolar para completar la anestesia del primer molar.

Inyección palatina anterior : Bloquea al tercio anterior del paladar de canino a canino. La punción se realiza hacia el lado de la papila incisiva, dirigiendo la aguja hacia arriba, rumbo al conducto palatino anterior.

Inyección palatina posterior : Bloquea el nervio palatino anterior. La punción se efectúa en dirección mesial a la raíz palatina del tercer molar superior con la jeringa dirigida desde el lado opuesto de la boca. Anestesia el mucoperiostio palatino desde la tuberosidad, hasta los caninos y desde la línea media hasta la cresta gingival del lado inyectado.

c. - Técnicas para mandíbula.

Inyección mandibular : Bloquea el nervio dentario inferior. La punción se lleva a cabo colocando el cuerpo de la jeringa entre los premolares del lado opuesto, la jeringa en dirección paralela al plano oclusal y hacia la rama ascendente se inserta en el triángulo pterigomandibular guiándola hasta la -

superficie interna de la rama ascendente hasta alcanzar la pared posterior del surco mandibular. Anestesia todos los dientes inferiores del mismo lado atrás del incisivo central. Para extraer molares se aplica una inyección de refuerzo -- que anestesia el nervio bucal largo.

Inyección mentoniana : Bloquea el nervio mentoniano. La inyección se realiza en la membrana mucosa entre los ápices de los premolares; cuando la aguja toque el hueso se deposita rá una pequeña cantidad de solución, se explora hasta encontrar el agujero y se deposita otra pequeña cantidad.

Bloqueo del nervio bucal largo : Se utiliza como refuerzo en la extracción de un molar. Se inserta la aguja en el -- fondo del saco mucovestibular frente al primer premolar, avanzándola hacia atrás en dirección paralela al plano oclusal hasta un punto frente al segundo y tercer molar.

Capitulo 8

Extraccion de cada grupo dentario .

La Exodoncia es una intervención quirúrgica que abarca te ji dos du ros y bl andos de la cav idad buc al, y cu yo ac ceso - es tá re str ingido por los labios, carrillos, llegando a com pl icarse por lo movim ientos man bibu la res y de la lengua.
Es por ello que el uso de una buena técnica nos puede con ducir a una labor atraumática y de resultados muy favora bles.

Una vez realizadas las medidas locales y generales del pre operatorio, dadas las órdenes del mismo y efectuada la a sepsia y antisepsia se procede al acto quirúrgico.

El ayudante separará los tejidos (lengua y carrillos) con una mano y con la otra sostendrá el succionador sin obstruir la visibilidad, si se hace necesario despejar los tejidos pa ra extraer fragmentos de diente, el ayudante mantendrá la separación del mucoperiostio. En general estará alerta a todo aquello que el operador pueda requerir.

a. - Requisitos :

Se concentran en tres puntos a saber :

- 1.- Eliminación completa de la pieza involucrada.
- 2.- Evitar causar daño a los tejidos adyacentes duros o -- blandos circundantes a la pieza.
- 3.- Evitar episodios dolorosos desde el preoperatorio, incluyendo aún el postoperatorio.

b.- Pasos para realizarla.

Se realiza por medio de tres pasos, presentando variantes de acuerdo al instrumento elegido para tal acto y son:

- 1.- Prehensión o aplicación: Si el instrumento utilizado es el forceps será prehensión y se llevará a cabo colocando los bocados por debajo del cuello anatómico del diente. La aplicación será cuando se use elevador y consistirá en la colocación de su punta hasta encontrar un punto de apoyo, guiándose por la inclinación distal que presentan las -- piezas.
- 2.- Luxación: Es la desarticulación del diente y se lleará a cabo por medio de movimientos de lateralidad y rotación, precionando siempre hacia el ápice hasta lograr la desinserción de la raíz.

3.- Extracción: Acto realizado con el fin de que la pieza sea desalojada de su alvéolo; se realiza imprimiendo una fuerza en sentido contrario al ápice, o colocando la hoja del elevador en la parte más apical posible del resto radicular.

c.- Fuerzas básicas empleadas durante la extracción en superior.

Central, lateral y canino: Presión labial con giro mesial.

Primer premolar: Presión vestibular, presión palatina, extraer hacia vestibular.

Segundo premolar; Presión vestibular, presión palatina, extraer hacia vestibular o lingual.

Molares: Presión vestibular, presión palatina, extraer hacia vestibular.

d. Fuerzas básicas empleadas durante la extracción en inferiores.

Central y lateral: Presión labial, presión lingual, breve giro

mesial y distal.

Canino : Presión labial, giro mesial.

Premolares : Presión vestibular, breve giro mesial y distal.

Molares : Presión vestibular, presión lingual, extraer hacia vestibular.

En todos los casos el movimiento final será de tracción.

Capítulo 9

Tratamiento postoperatorio

Conjunto de maniobras realizadas después de la operación con objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar daños que surgen con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

a. Medidas generales.

Se refieren en sí al campo operatorio, alvéolo o alvéolos y estado general del paciente.

Una vez terminada la extracción normalmente no se necesita terapéutica, ya que la formación del coágulo protege contra el dolor y la infección. Si existe congestión, dolor postoperatorio o presencia de hematomas y hemorragia, utilizamos bolsas de hielo o compresas de agua helada colocadas frente al sitio intervenido durante los tres primeros días; si el dolor no cesa en ese tiempo, aplicamos calor por medio de rayos infrarrojos, los cuales son útiles después de extracciones laboriosas o tratamiento de alveolitis.

b. Tratamiento general.

No requiere un tratamiento específico, pero si es recomendable guardar reposo por algunas horas, retirar con cuidado la gasa protectora después de una hora, abstenerse de ingerir alimentos o bebidas irritantes durante veinticuatro horas; si hay dolor tomará algún analgésico prescrito.

c. _ Complicaciones.

En caso de sangrado postoperatorio no detenido previa limpieza de la zona y bajo presión con tapones del área de la cirugía se utilizarán gelatinas absorbibles, celulosa oxigenada o trombina tópica en los alvéolos dentarios o cavidades óseas, las cuales ayudarán a la coagulación, o bien, infiltrar localmente anestésicos con vasoconstrictores, creándose una zona de isquemia ligera. En tejidos blandos se sutura y se presiona; la hemorragia de grandes vasos puede tratarse usando electrocauterización.

En presencia de infecciones en las que la colección purulenta no llega a la superficie donde se eliminaría espontáneamente, realizamos la evacuación quirúrgica (incisión y drenaje), evitando así que la misma se extienda buscando su propia salida.

Capítulo 10

Consideraciones generales de Exodoncia infantil.

En los niños menores de siete años siempre se tratará de _
conservar por todos los medios los molares temporarios, ya _
que los efectos de su pérdida prematura son un factor etiológico
local de una maloclusión que podría ser incipiente, considerá
rándose que la extracción de estas piezas tiene efectos más _
serios que la de los incisivos temporarios.

Al extraer tempranamente el segundo molar, la migración mesial
no controlada del primer molar permanente dejará fuera
de arco al segundo premolar; si extraemos prematuramente _
el canino temporario se provocará una desviación en la línea
central, profundizando la mordida de incisivos permanentes _
en dirección distolingual.

El ceceo consecutivo a la extracción de un incisivo temporal,
será reversible cuando se produzca la erupción del permanente
te.

Cuando se hacen extracciones de molares temporarios, general
mente es aconsejable efectuar extracciones equilibradoras
que se realizan dentro del mismo arco pero del lado opuesto,
o se hacen extracciones compensadoras las cuales se practica

can en el arco opuesto pero del mismo lado, esto con el fin en el primer caso de mantener la simetría en la pérdida de espacio dentro del arco afectado y en el segundo caso obtener movimiento mesial a nivel de molares y buena interdigitación cuspídea de la dentición permanente.

Las extracciones de piezas temporales debe retrasarse cuanto sea posible, hasta aproximarse a la época en que cronológicamente deben mudarse.

Cuando por alguna causa estas piezas no pueden ser tratadas por procedimientos operatorios o su caída es retardada se instará a un estudio radiográfico el cual nos indicará la porción radicular, grado de reabsorción de la raíz, relación que los dientes presentan entre sí, espesor y forma del tabique óseo que los separa de los permanentes, su existencia, posición y relación. Cada que efectuamos este tipo de extracciones se colocarán mantenedores de espacio que es lo más adecuado, según cada caso.

Capitulo 11

Conclusiones

Creemos mostrar que la mayoría de los Cirujanos Dentistas toman la extracción dental como un arte simple y probablemente lo sea, pero siempre lo sencillo se hace más complicado.

Por eso me he adentrado más en el tema, tratando de usar las técnicas y métodos adecuados con el fin de no mutilar el diente, sino con el fin de prevenir la salud de una cavidad oral.

En ocasiones, tenemos que aplicar un criterio muy personal para evaluar el tratamiento a seguir, dependiendo del paciente y dependiendo de las condiciones en que se encuentre la cavidad oral.

Para obtener un buen resultado, es necesario contar siempre con la cooperación del paciente, tanto dentro como fuera del consultorio.

Esta tesis fue realizada pensando en que sea útil a las próximas generaciones, con el fin de hacerles ver que la extracción es el último recurso después de todo tratamiento operatorio sin ningún resultado positivo, para que los pacientes no sigan llamándonos como lo han venido haciendo en la actualidad, "SIMPLES SACAMUELAS".

BIBLIOGRAFIA

- Anderson Pauline C., La Asistente Dental, 1a. ed., Ed. Troquel, Buenos Aires, 1977.
- Ash Ramfjord, Oclusión, 2a. ed., Ed. Interamericana, México, 1981.
- Batres Ledón Edmundo, Procedimientos en Cirugía Bucal, 1a. ed., Ed. C.E.C.S.A., México, 1980.
- Dipps Robert et al, Teoría y Práctica de Anestesia, 4a. ed., Ed. Interamericana, México, 1980.
- Dunn Martin J., Booth Donald F., Clancy Marie, Farmacología. Analgesia, Técnicas de Esterilización y Cirugía Bucal en la Práctica Dental, 1a. ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1980.
- Guyton Arthur C., Tratado de Fisiología Médica, 5a. ed., Ed. Interamericana, México, 1977.
- Kennedy B.D., Operatoria Dental en Pediatría, 1a. ed., Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1977.
- Kruger Gustav O., Tratado de Cirugía Bucal, 4a. ed., Ed. Interamericana, México, 1970.

Lerman Salvador, Historia de la Odontología y su ejercicio legal, 3a. ed., Ed. Mundi, Argentina, 1974.

Mason Rita A., Guía para la Radiología Dental, 1a. ed., Ed. El Manual Moderno, México, 1979.

Quiroz Gutierrez Fernando, Anatomía Humana, Tomos I y II, 5a. ed., Ed. Porrua, México, 1976.

Ries Centeno G.A., Cirugía Bucal, 7a. ed., Ed. El Ateneo, Buenos Aires, 1979.

Waite Daniel E., Cirugía Bucal Práctica, 1a. ed., Ed. C.E.-C.S.A., México, 1982.