

978



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONOCIMIENTOS BASICOS DE LA
EXODONCIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :
ANTONIO TORRES ROSALES



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

I N D I C E

- I.- INTRODUCCION
- II.- ANATOMIA: MIOLOGIA Y OSTEOLOGIA
- III.- DEFINICION DE EXODONCIA
- IV.- HISTORIA CLINICA
- V.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE EXTRACCION EN DIENTES TEMPORALES Y PERMANENTES.
- VI.- ESTUDIO RADIOLOGICO
- VII.- BLOQUEADORES: TOLERANCIA, DIFUSION, TIEMPO DE LATENCIA
- VIII.- TECNICA DE BLOQUEO: REGIONAL MANDIBULAR, MENTONIANA, INCISAL; TECNICA DE BLOQUEO EN SUPERIORES: SUPRAPERIOSTICA, PALATINA ANTERIOR, MEDIA Y POSTERIOR.
- IX.- INSTRUMENTAL: FORCEPS, ELEVADORES Y JERINGAS.
- X.- PREOPERATORIOS. EXTRACCIONES EN CADA GRUPO DENTAL POSTOPERATORIOS.
- XI.- ACCIDENTES DE LA EXTRACCION.
- XII.- CONCLUSIONES
- XIII.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Aunque la Odontología en la actualidad tiende hacia los tratamientos conservadores, todavía son frecuentes los casos en que la extracción dentaria por motivos variados es necesaria.

La extracción dentaria, aún la más sencilla, no deja de ser una intervención quirúrgica que requiere ser llevada a cabo con los cuidados que la cirugía exige.

Al aplicar el Cirujano Dentista sus conocimientos, al cuidado y necesidad de sus pacientes se encuentra desempeñando un arte, y ésta habilidad o actitud deberá ser reconocida por lo que es.

La ciencia es el conocimiento de hechos, especialmente aquellos relacionados con fenómenos naturales del mundo físico.

El arte es la aplicación de éstos conocimientos para su utilización por el hombre. En un sentido más fino, el arte de ejercer denota fineza, fluidez, oportunidad, ritmo, visión y comprensión con relación a como se presta la atención profesional.

Al igual que en todas las formas un arte bien ejecutado, la extracción dentaria no deberá ser una secuencia desligada de pasos mecánicos, sino una serie de acciones integradas a las necesidades de los pacientes.

DEFINICION DE EXODONCIA

Etimológicamente la palabra, EXODONCIA, se deriva de dos raíces griegas: EXO, que significa fuera, y ODONTOS dientes

La Exodoncia es una de las ramas de la Odontología que trata de la avulsión, de los órganos dentarios o parte de ellos que se encuentran en disfunción con los demás órganos del cuerpo humano.

La avulsión dentaria es el conjunto de procedimientos o métodos quirúrgicos, encausados a desalojar de sus alvéolos la, o las raíces de los dientes que se consideran como nocivos en las arcadas dentarias.

Exodoncia es un término introducido por Winter, en el lenguaje médico, es la parte de la Cirugía Bucal que concierne a la extracción dentaria.

HISTORIA CLINICA

La Historia Clínica es esencial en la valoración de los enfermos y es una de las ayudas más importantes para establecer un diagnóstico. Una historia completa y bien hecha comprende los datos más importantes sobre el sufrimiento que lleva el enfermo a consultar con el médico. La calidad de la historia viene determinada en gran manera con la competencia del entrevistador, pero también por la capacidad de comunicación del enfermo. Este a su vez, está influenciado por la atmósfera en que se realiza la historia. Durante la entrevista debe concentrarse la atención en el enfermo y se evitaren las interrupciones. Es esencial que el enfermo este tranquilo durante la entrevista.

El médico debe saber el peso, edad, estado civil y ocupación del enfermo antes de empezar la entrevista, ya que estos variables ayudan a colocar los síntomas en ciertas categorías. Al realizar la historia el entrevistador debe animar al enfermo a usar sus propias expresiones al describir los síntomas en vez de tratar de relatar diagnósticos o interpretaciones de otros médicos.

Un enfermo que decide visitar al médico o al dentista tiene un problema, y cada problema de salud tiene un fondo emocional. La ansiedad puede manifestarse por sí misma a veces en forma de cólera o incluso en marcada hostilidad. Ello no debe ser mal interpretado.

Manteniendo la calma y una postura tranquila, el entrevista dor puede por lo general controlar y salvar el obstáculo.

Ante todo debería de preguntar con consideración sobre la naturaleza del padecimiento que ha llevado al enfermo a la consulta o al hospital.

Si es nervioso, enferma con facilidad y sobre todo si es su primera visita, sería conveniente empezar la entrevista con unas cuantas observaciones que no estuvieran directamente relacionadas con el problema del enfermo.

MODELO DE HISTORIA

MOTIVO DE LA CONSULTA: La respuesta a la pregunta:

¿Qué es lo que le lleva a consulta?

ENFERMEDAD ACTUAL: Una descripción exacta de la naturaleza y curso del padecimiento que motivó la consulta.

ANTECEDENTES PATOLOGICOS: Un resumen conciso de las enfermedades, exploraciones clínicas y hospitalizaciones anteriores.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Hechos importantes relativos a parientes sanguíneos.

ANTECEDENTES PERSONALES: Lugar de nacimiento, residencia, trabajo, tipo de alimentación, costumbres, etc.

REVISION DE LOS SISTEMAS ORGANICOS: Representa principalmente una serie de preguntas relativas a la función de diversos sistemas orgánicos.

ESTADO GENERAL: Dolor, astenia, apetito, pérdida de peso, ingesta de líquidos, náuseas, vómitos, etc.

CABEZA: Vista, oído, cefaleas, boca, garganta, voz.

CUELLO: Glándula Tiroides, nódulos linfáticos, tráquea.

RESPIRATORIO: Tos, disnea, expectoración, respiración, dolor.

CARDIOVASCULAR: Dolor, disnea, edema, palpitaciones, nicturia.

GASTROINTESTINAL: Hábito intestinal, heces (color y consistencia), dolor, náuseas, vómitos.

GENITOURINARIO: frecuencia de las micciones, volumen de la orina, disuria, nicturia, incontinencia, alteraciones del ciclo menstrual, dismenorrea.

FUNCION ENDOCRINA: Función tiroidea, adrenal, hipofisiaria

EXTREMIDADES: Temblor, claudicación, palidez, tumefacción, edema.

NEUROMUSCULAR: Debilidad, parestesias, marcha.

EXPLORACION FISICA GENERAL

En primer lugar se comprobará la temperatura corporal, -- la frecuencia respiratoria, el pulso, la frecuencia cardiaca y la presión arterial.

En seguida continuamos con la inspección corporal, que empieza desde que vemos al paciente. La ansiedad, el nerviosismo, la pérdida de peso, el dolor o cosas parecidas pueden revelarse por sí mismas al clínico experto.

Debemos valorar la piel y en esta su temperatura (fiebre) turgencia (deshidratación) y el color. La ictericia sugiere

una enfermedad del hígado o de la vesícula biliar o una anemia hemolítica; la palidez puede indicar una anemia, mixedema o nefrosis, etc.

INSPECCION: Líneas Generales.

CABEZA: deformidades, zonas de hiperestesia.

OJOS: movimientos del ojo y de los párpados, conjuntivas, escleróticas, pupilas, campos visuales, fondo del ojo.

OREJAS: hipersensibilidad, incluyendo la mastoideas, desagüe, audición, membrana del tímpano.

NARIZ: deformidades, hipersensibilidad, incluyendo las zonas de los senos frontales y maxilares.

BOCA; lengua (movimiento, configuración de las mucosas), mucosa bucal (pigmentación, ulceración), dientes, encías y amígdalas, faringe.

CUELLO: posición de la tráquea, venas dilatadas, pulsaciones, adenopatías, agrandamiento de la tiroides.

TORAX: forma, movimientos respiratorios, pulsaciones anómalas, asimetría en el reposo y en la respiración.

PECHOS: tamaño, nódulos, retracción del pezón, configuración de la piel.

COLUMNA: curvatura, flexibilidad, sensibilidad local.

PULMONES: percusión para establecer la resonancia y límites en el pulmón y los tejidos adyacentes (corazón, hígado), movilidad de las bases pulmonares, auscultación (murmullo vesicular, estertores, rones pleurales).

CORAZON: tamaño (latido de punta), frémito, pulsaciones, soplos, frecuencia, ritmo.

ABDOMEN: configuración (destendido), peristaltismo visible dilatación venosa (circulación colateral), órganos palpables (hfgado, vasos, riñones) o masas, líquido libre (ascitis).

MAXILAR

El maxilar está situado en la parte central de la cara e interviene en la constitución de las más importantes fosas y cavidades de la misma.

Aplanado de adentro hacia afuera, tiene una forma cuadrilátera y por lo tanto, dos caras, cuatro bordes, y cuatro ángulos.

Cara interna.-

Destaca en esta, a nivel de su tercio inferior una gran saliente que se dirige hacia la línea media de la cara: la apófisis palatina del maxilar, dicha apófisis presenta una cara posterior, que forma parte del piso de las fosas nasales; una cara inferior, que interviene en la configuración de la bóveda del paladar; un borde interno, que se articula con el homólogo de la apófisis palatina opuesta; un borde externo, que se continúa con el resto del hueso; un borde anterior que contribuye a formar parte del orificio anterior de las fosas nasales; y un borde posterior, que se articula con el borde anterior de la rama horizontal del palatino. En el tercio anterior de la apófisis palatina del maxilar sobre su cara interna, destaca la presencia de un canal que al articularse con el del lado opuesto, forma el conducto palatino anterior, por el que pasa el nervio esfenopalatino interno y una rama de la arteria esfenopalatina. Inmediatamente arriba y adelante de la apófisis palatina, destaca la cara interna de una gran saliente vertical llama

da apófisis ascendente del maxilar. Su cara interna presenta dos crestas anteroposteriores; la superior, se articula con la masa lateral del etmoides, en tanto que la inferior lo hace con el cornete inferior.

Hacia arriba de la apófisis palatina y hacia atrás y abajo de la apófisis ascendente, el resto de la cara interna del maxilar está formado por lo siguiente; a) Canal Nasal (continuación del canal lacrimal) situado atrás de la apófisis ascendente. b) Orificio del Seno Maxilar, cerrado parcialmente por cuatro huesos que se sitúan a su alrededor: arriba, las masas laterales del etmoides; abajo, el cornete inferior; adelante, el unguis; y atrás, la porción vertical del palatino; c) Tuberosidad del Maxilar o borde posterior, que se articula con el palatino.

Cara Externa.-

Destaca antes que nada, una gran saliente que forma parte del esqueleto del pómulo o mejilla: la apófisis piramidal del maxilar.

Esta apófisis tiene una base, un vértice y tres caras con sus bordes. La base se confunde con el resto del hueso, el vértice se articula con el hueso malar, la cara superior se llama orbitaria y contribuye a formar parte del piso de dicha cavidad. Sobre esta cara destaca la presencia del canal suborbitario, que mas adelante queda convertido en conducto el cual termina en un orificio localizado sobre la cara anterior de la apófisis piramidal, este orificio (agujero suborbitario) da paso al nervio suborbitario así como a la arteria y vena del mismo nombre.

La cara anterior presenta la abertura del conducto suborbitario; sobre el espesor óseo de esta pared se encuentra el conducto dentario anterior, que se dirige hacia los alvéolos dentarios y da paso al nervio dentario anterior; la cara posterior, convexa, forma parte de la fosa sigomática, - presenta algunos canales verticales y algunos orificios pequeños llamados agujeros dentarios posteriores, que dan paso a los nervios del mismo nombre, así como a ramas de la - arteria alveolar.

El borde inferior es cóncavo, y forma la mayor parte del límite anterior de la fosa sigomática; el borde posterior, - se articula parcialmente con el ala mayor del esfenoides, y entre ambos dejan un espacio llamado hendidura esfenomaxilar, que da paso al nervio maxilar y a los vasos suborbitarios; el borde anterior, forma la parte inferointerna del borde orbitario. Finalmente, hacia adelante de la apófisis piramidal el resto de la cara externa del maxilar está oculto por la eminencia y fosas caninas. La fosa mirtoforme, y la rama ascendente del maxilar, en cuyas superficies se insertan el elevador común del labio superior y del ala de la nariz.

Borde Superior.-

Se articula con tres huesos: adelante con el unguis; en medio con el etmoides; y atrás, con la apófisis orbitaria - del palatino.

Borde Anterior.-

Forma parte del orificio anterior de las fosas nasales, - destacan en él, la espina nasal inferior, la escotadura na-

sal y el borde anterior de la apófisis ascendente.

Borde Posterior.-

Se llama también Tuberosidad del maxilar y se divide en dos porciones: la superior, que forma parte de la fosa pterigomaxilar, y la inferior, que se articula con el palatino anterior.

Borde Inferior.-

Sirve para la implantación de las raíces dentarias por lo que presenta una serie de cavidades o alvéolos, de ahí el nombre que recibe: Borde alveolar.

MANDIBULA

Situada en la parte inferior y parcialmente en la parte posterior de la cara, el maxilar inferior es un hueso impar que presenta para su estudio una parte central llamada cuerpo y dos partes laterales o ramas.

Cuerpo.- Tiene forma de herradura y presenta una cara anterior, una posterior, un borde superior y un borde inferior.

-Cara Anterior.- En la cara anterior destacan los siguientes detalles anatómicos: a) En la línea media se localiza la sínfisis mentoniana, que marca la unión de las dos porciones del hueso que, durante la vida fetal eran independientes. b) A ambos lados de la línea media destaca una línea rugosa que termina confundiendo con la rama del hueso es la línea oblicua externa, que presta inserción a algunos músculos. c) inmediatamente por arriba de la línea oblicua, se encuentra el agujero mentoniano por el cual pasan el nervio y vasos mentonianos.

-Cara Posterior.- En esta cara destaca lo siguiente: a) En la línea media encontramos las cuatro apófisis geniales. sobre las dos superiores, se insertan los músculos genioyugulares; sobre las inferiores, los geniohioideos. b) la línea oblicua interna del maxilar presenta la misma trayectoria y terminación de la línea oblicua externa. En ella se inserta el músculo milohioideo que forma sin duda alguna, el mayor porcentaje del piso bucal. c) Por debajo de la línea obli-

cua se localizan dos fosetas: la más anterior se llama foseta sublingual, que aloja a la glándula sublingual; la más posterior es la la fosa submaxilar que aloja a la glándula-submaxilar. Borde Superior.- Se encuentra tapizado por las cavidades o alvéolos, que están destinados a alojar las piezas dentarias inferiores.

Borde Inferior.- Presenta a ambos lados de la línea media la foseta digástrica, que sirve de inserción al músculo del mismo nombre.

Ramas de la Mandíbula.-

Presentan dos caras y cuatro bordes:

Cara Externa.- Un poco rugosa, sirve básicamente para dar inserción al músculo masetero.

Cara Interna.- Presenta en su porción central el orificio superior del conducto dentario, para el paso de los vasos y nervios dentarios inferiores. b) Adelante y abajo del orificio mencionado destaca la espina de Spix, donde se inserta el ligamento esfenomaxilar de la articulación temporomandibular. c) A partir del orificio dentario superior se origina el canal oblicuo hacia abajo y adelante el canal milohioideo que aloja a los vasos y nervios del mismo nombre. d) Por atrás del canal milohioideo se inserta el músculo pterigoideo interno.

Borde Posterior.- Ligeramente contorneado, se relaciona íntimamente con la glándula parótida.

Borde Anterior.- Se confunde hacia abajo y adelante con ambas líneas oblicuas del maxilar inferior.

Borde Superior.- Presenta dos grandes salientes: la apófisis coronoides y el cóndilo del maxilar. Entre ambas, se encuentra la escotadura sigmoidea. La apófisis coronoides tiene una forma triangular y da inserción al músculo temporal. El cóndilo se articula con la cavidad sigmoidea del --temporal (para formar la articulación temporomandibular), y se une al resto del maxilar por una porción estrecha llamada cuello del cóndilo.

La escotadura sigmoidea sirve para dar paso a los nervios maseterinos al mismo tiempo que comunican la fosa cigomática con la región maseterina.

El punto de unión entre el borde posterior de la rama --ascendente y el borde inferior del cuerpo se llama ángulo del maxilar. Adelante de él, se encuentra un pequeño surco que da paso a la arteria y venas faciales.

MUSCULOS MASTICADORES

MUSCULO TEMPORAL.-

El temporal es un músculo que ocupa la fosa temporal.

Aplanado de afuera a adentro, presenta dos caras, una interna y otra externa. La cara interna, cubre la fosa temporal y se relaciona con los tres nervios temporales profundos y con las tres arterias y venas temporales profundas. La cara externa, esta cubierta por la aponeurosis temporal y se halla cruzada en su parte inferior por el arco cigomático.

Inserciones; Por arriba lo hace en la línea curva temporal inferior del parietal, en la fosa temporal, en la cara profunda de la aponeurosis temporal, y en la parte media de la cara interna del arco cigomático. Por abajo, las fibras de este músculo terminan en la apófisis coronoides del maxilar inferior.

Acción.- Principalmente eleva el maxilar inferior y lo aplica al maxilar superior.

Inervación.- Está inervado por los nervios temporales profundos anterior, medio y posterior, rama del nervio temporal bucal (Nervio maxilar inferior del Trigémino).

MUSCULO MASETERO

El masetero, es un músculo situado en la parte lateral e inferior de la cara. Posee dos caras, las cuales contraen importantes relaciones tanto vasculares como nerviosas. La cara interna se relaciona principalmente con la bola adiposa de Bichat, con el Buccinador, y con los vasos y nervios-

maseterinos, la cara externa cubierta por la aponeurosis maseterina, se halla cruzada por la arteria transversa de la cara, el conducto de Stenon y ramas del nervio Facial. La glándula Parótida también la cubre parcialmente.

Inserciones.- Presenta dos fascículos: superficial y profundo. El fascículo superficial, se inserta por arriba en el borde inferior del arco cigomático y termina hacia abajo en el ángulo del maxilar inferior, así como en la cara externa de la cara de la rama ascendente. El fascículo profundo, se inserta también por arriba en el arco cigomático y por abajo en la cara externa de la rama del maxilar.

Acción.- Es un músculo elevador del maxilar inferior.

Inervación.- Nervio maseterino, rama del maxilar inferior.

MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.-

El pterigoideo interno se encuentra situado por dentro de la rama del maxilar inferior. Su cara interna o profunda se halla separada de la faringe por el espacio máxilo-faríngeo donde se localizan los nervios craneales glossofaríngeo, vago, espinal e hipogloso, además de las arterias carótidas externa e interna, la vena yugular interna y el tronco del simpático. Su cara externa, corresponde al pterigoideo externo, a la rama del maxilar y a tres nervios muy importantes: el lingual, el dentario inferior y el milohioideo.

Inserciones: por arriba se inserta con la fosa pterigoidea y en la cara posterior de la apófisis piramidal del palatino. Por abajo, termina en la cara interna del ángulo del maxilar, así como también en la parte interna de la ra-

ma del maxilar.

Acción.- Es elevador del maxilar inferior, también le imprime ligeros movimientos de lateralidad.

Inervación.- Nervio del pterigoideo interno, rama del maxilar inferior.

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO

El pterigoideo externo, ocupa espacio en la fosa cigomática. Situado por afuera del pterigoideo interno, posee dos caras; una interna y otra externa; la cara interna, posee íntimas relaciones con los nervios lingual, dentario inferior y auriculotemporal, además de la arteria maxilar interna y el músculo pterigoideo interno. Su cara externa o superficial se relaciona con tres elementos importantes: la arteria maxilar interna, la apófisis coronoides (con el tendón del temporal) y el plexo venoso pterigoideo.

Inserciones: Presenta dos fascículos: superior e inferior. Entre ambos se desliza el nervio bucal. El fascículo superior o esfenoidal, se inserta en la cara cigomática del ala mayor del esfenoides y en la cresta temporal del esfenoides. El fascículo inferior o pterigoideo, se inserta en la cara externa de la apófisis pterigoides y en la apófisis piramidal del palatino. Desde estos lugares las fibras se dirigen horizontalmente a la parte interna del cuello del cóndilo, así también el menisco interarticular y la cápsula de esta articulación.

Acción.- La contracción simultánea de los pterigoideos externos proyectan hacia adelante el maxilar inferior. La -

contracción aislada y alternada de estos músculos determinan los movimientos laterales del maxilar con lo que la punta de la barba se dirige hacia el lado opuesto del músculo que se contrae.

Inervación: Filetes del nervio temporobucal, rama del maxilar inferior.

MUSCULO DIGASTRICO (VIENTRE ANTERIOR)

Este músculo presenta dos vientres, uno anterior y otro posterior. El vientre anterior va de la parte interna de la sínfisis mentoniana al hioides, sus fibras de éste, se dirigen de arriba hacia abajo y de adelante hacia atrás. El posterior va de la ranura digástrica hasta el hioides.

INDICACIONES DE EXTRACCION EN DIENTES PERMANENTES

Indicaciones de la extracción en dientes permanentes.-

1a. Afecciones Dentarias: a) Afecciones pulpares para las cuales no hubiera tratamiento conservador; b) caries de -- cuarto grado que no puedan ser tratadas; y c) complicacio - nes de dicha caries.

La dentística conservadora dispone actualmente de métodos -- y tratamientos que disminuyen notablemente el número de -- dientes que deben ser extraídos.

Por el adelanto logrado en el tratamiento de conductos ra -- diculares, se han disminuído las indicaciones de las extra -- ciones, quedando circunscriptas, en casos de afecciones del diente, propiamente dichas, aquellos casos en que la inacce -- sibilidad del diente, o de los conductos, no permiten apli -- car las técnicas conservadoras.

2a. Afecciones del Paradencio.- paradentosis que no pue -- dan tratarse.

3a. Razones Protéticas, estéticas u ortodónticas: dien -- tes temporarios persistentes, dientes supernumerarios, dien -- tes permanentes por razones protéticas u ortodónticas, cuya indicación de extracción sera dada por el protesista u orto -- doncista. Los dientes supernumerarios y ectópicos, que mo -- lestan estética y funcionalmente, deben ser extraídos.

4a. Anomalías de sitio.- Retenciones y semiretenciones -- sin tratamiento ortodóntico.

Los dientes que permanezcan retenidos en los maxilares, -

deben ser extraídos, cuando producen accidentes (nerviosos, inflamatorios o tumorales). La extracción puede evitarse en aquellos casos en que la técnica ortodóntica logre ubicarlas en su sitio de normal implantación. Está justificada la extracción en aquellos casos en que la Ortodoncia no logra éxito, o el diente retenido cause molestias. Muchos autores opinan que todo diente retenido ha de extraerse, pues en realidad estos constituyen problemas en potencia; será inteligente medida extraerlos antes de la aparición de los accidentes.

5a. Accidentes de la erupción de los Terceros Molares.-

Los accidentes de erupción indican la eliminación del diente causante (pericoronitis a repetición, accidentes inflamatorios, nerviosos o tumorales).

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCION DE DIENTES PERMANENTES

Las contraindicaciones se pueden clasificar, relacionandolas con el diente en sí, con los tejidos peridentarios o con el estado general del paciente.

* 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).

* Afecciones que dependen del estado de la región del diente a extraer; Oportunidad de la extracción dentaria en procesos inflamatorios. El problema de la extracción denta-

ría en procesos inflamatorios agudos no puede ser resuelto con fórmulas simples, ni dar preceptos generales para tratar casos tan eminentemente particulares. Cada paciente y cada proceso inflamatorio o infeccioso, es un caso particular que necesita ser contemplado desde su punto de vista. Me refiero a la indicación o contraindicación de la extracción dentaria en presencia de procesos infecciosos agudos, en dependencia con el diente a extraer: complicaciones de la caries de cuarto grado en todos sus tipos, es decir si se puede o se debe o no extraer un diente con complicaciones dentarias agudas.

La única contraindicación sería para la extracción dentaria, es la presencia en la zona a intervenir, o en toda la arcada alveolar, de una estomatitis o gingivitis ulcero-membranosa; esta afección crea muy mal terreno para las intervenciones, por el estado particular del tejido gingival, vecino al lugar de la operación; la virulencia microbiana se exagera en tales condiciones y no son raras las necrosis y propagaciones infecciosas cuando se interviene en tales condiciones. Será juicioso procedimiento tratar la gingivitis antes de la intervención.

* Afecciones en dependencia con el estado general del paciente.- a) Estados Fisiológicos:

-Menstruación: El concepto sobre la oportunidad de la intervención en este estado fisiológico ha variado en los últimos años; ya no se contraindica la extracción en la época menstrual, salvo que tal estado cree en la paciente parti-

culares problemas.

-Embarazo: El embarazo, excepción hecha de ciertos casos-particulares, no es una contraindicación para la extracción dentaria. Acarrea mas transtornos para el paciente y su hijo los inconvenientes que ocasiona el dolor y las complicaciones de origen dentario, que el acto quirúrgico de la extracción dentaria.

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

La psicoterapia, la sedación prequirúrgica, la anestesia general, permiten solucionar con éxito problemas en las personas embarazadas.

Los casos particulares que hemos mencionado para contraindicar la extracción en las embarazadas, se refiere a los estados patológicos especiales del embarazo. En tales casos - el Obstetra informará al Odontólogo de la oportunidad de la extracción dentaria.

* Estados Patológicos: Afecciones de los aparatos y sistemas. Esto se refiere, sólo brevemente, a las enfermedades generales que contraindican toda intervención en la cavidad bucal. La contraindicación o prohibición de la operación - estará dada, en general, por el clínico, enfermedades de los aparatos y sistemas, estados infecciosos agudos, diátesis hemorrágicas, cuya descripción además de innecesaria - no puede entrar dentro de los propósitos de esta obra.

INDICACIONES DE EXTRACCION DE DIENTES TEMPORARIOS

La extracción de diente temporarios está regida por los mismos principios que la de los dientes permanentes e im - puesta por parecidas indicaciones.

Sostenemos que la extracción de los temporarios debe ser - demorada todo lo posible, hasta acercarse a la época en que cronológicamente deben ser reemplazados. Por tanto, el tra - tamiento conservador de los dientes temporarios evitará mu - tilaciones que pueden ser prevenidas, y la secuela de las - malposiciones dentarias que son consecuencia de su extrac - ción prematura.

Por consiguiente, las indicaciones para la extracción de - los dientes temporarios estará dada por las siguientes ra - zones:

1a. Dientes temporarios que por cualquier circunstancia - no puedan ser tratados, por los procedimientos de la dentis - tica conservadora.

2a. Complicaciones inflamatorias de las caries de cuarto - grado.

3a. Retardo en la caída del temporario y su persistencia - cuando por la edad del paciente y el exámen radiográfico, - compruébase la existencia del diente permanente.

La persistencia del temporario por fuera de la época nor - mal de erupción del permanente, hace que este ocupe posicio - nes viciosas en el maxilar, lo mismo hay que decir de las - raíces de los temporarios, cuya persistencia provoca, des -

viaciones de los dientes permanentes, maloclusión y caries - en estos dientes. El diastema, común entre los premolares - inferiores, es debido al retardo en la extracción del pri - mer molar temporario. Este diente actúa a modo de cuña y - los premolares se deslizan sobre su cara mesial y distal.

4a. El diente temporario, en relación y vecindad, con un - proceso tumoral en los molares.

CONTRAINDICACIONES DE EXTRACCION DE DIENTES TEMPORARIOS

- No se debe extraer un diente temporario antes de la época de su caída normal.
- Cuando un diente temporario no presente ninguna movilidad en la época en que, normalmente debe ser reemplazado, no se extraerá jamás, antes de haber verificado que el permanente de reemplazo existe y está próximo a hacer erupción.
- Todo diente temporario en retención total en la época nor - mal de su caída debe ser extraído para permitir la evolu - ción del permanente.
- Cada vez que sea necesaria la extracción precoz de un - diente temporario, debe tenerse presente que hay que mante - ner el espacio producido por dicha extracción.
- Se puede extraer un diente temporario cuando es acuñado e impulsado dentro de hueso por la presión de los dientes - vecinos, esto es la retención secundaria: se trata por lo - general de un segundo molar temporario, que se encuentra co - locado entre el primer molar permanente y el primer premo - lar. Por la presión que ejercen estos dos dientes, el molar

temporario es nuevamente introducido en el hueso.

- Pueden extraerse los segundos molares temporarios cuando se presenta la clase II de Angle, es decir, una distocclusión, para permitir el desplazamiento de los primeros molares permanentes inferiores hacia mesial.

IMPORTANCIA DE LA RADIOGRAFIA

El empleo de los rayos X no sólo en Exodoncia sino en muchas ramas de la Odontología y Medicina es verdaderamente necesario e importante, ya que con su ayuda, podemos diagnosticar de manera precisa, así como planear el método adecuado para diferentes problemas e intervenciones, disminuyendo así, tiempo y molestias tanto al paciente como a nosotros.

Mediante el uso de Rayos X podemos darnos cuenta de:

- 1.- La anatomía de las piezas dentarias, así como de su raíz y sus anexos.
- 2.- Tamaño y colocación de la cámara pulpar y sus conductos
- 3.- Relación que guardan los ápices con las diferentes zonas, como en el caso de anteriores superiores; su disposición con el piso de fosas nasales, o bien la cercanía al seno maxilar de las piezas superiores posteriores.
- 4.- Disposiciones con las piezas vecinas.
- 5.- Anormalidades en las raíces dentarias.
- 6.- Densidad ósea.
- 7.- Afecciones dentarias:
 - a) Dientes retenidos
 - b) Restos radiculares
 - c) Quistes
 - d) Abscesos
 - e) Granulomas
 - f) Fracturas

- g) Cuerpos extraños
- h) Retracción ósea
- i) Dilaceración radicular
- j) Transposición dentaria

BLOQUEADORES

Propiedades de los anestésicos.-

Las propiedades para que un bloqueador se considere aceptable en la Odontología son:

- Difusión apropiada
- Período de Latencia corto
- Baja toxicidad sistémica
- Alta incidencia de anestesia satisfactoria
- Estabilidad de soluciones
- Compatibilidad vasoconstrictora
- Efecto duradero en relación con la intervención

Difusión:

La potencia de difusión compensa las variaciones anatómicas. La inyección de un anestésico local no siempre asegura un contacto absoluto en las ramificaciones apropiadas. Esto es causa de las variaciones anatómicas o bien la presión en el momento de introducir el anestésico en los tejidos. Cada uno de estos factores puede hacer fracasar la obtención de una anestesia ideal.

Para obtener éxito, el anestésico local debe tener una capacidad de difusión a través de los tejidos a tal punto que se impida el paso de la conducción de los impulsos nerviosos, aún cuando se deposite el anestésico a cierta distancia del nervio. La estabilidad química y la excelencia de la fabricación contribuyen a aumentar la efectividad anestésica. Un anestésico local debe permanecer estable después

de un periodo prolongado, aún en circunstancias extremas, - de tal manera que conserve su eficacia completa en lo que se refiere a incidencia de de anestesia satisfactoria y demás propiedades. Esto significa que tanto los ingredientes-activos como la solución terminada, deben tener un alto grado de estabilidad química. La inestabilidad Química a través de la preparación, empaque o almacenamiento, no sólo disminuyen la actividad farmacológica, sino que también pueden - ocasionar efectos secundarios indeseables.

Las materias primas puras y estables, así como el uso de envases de alta calidad, y la frecuente inspección y control garantizan una buena estabilidad

Tolerancia y Toxicidad:

Debemos recordar que la Toxicidad de una droga está en relación directa con la dosificación y con la velocidad con - ésta pasa al torrente sanguíneo. En anestesia regional pueden sumarse varios factores para determinar una concentración alta de la droga en la sangre.

En primer lugar: absorción rápida de la droga, relacionada con la dosis de la misma, sitio de aplicación, concentración de las soluciones usadas, velocidad en la inyección y tipo de droga.

Cuando la droga se encuentra en el torrente sanguíneo debemos tener en cuenta su acción sobre el sistema nervioso central y sobre el aparato cardiovascular principalmente.

Los estudios de tolerancia en el hombre, usando dosis - intravenosas excesivas, han revelado que Citanest manifies-

ta síntomas menos pronunciados que cualquier otra droga.

Recordemos también que el vasoconstrictor que lleva generalmente la solución bloqueadora disminuye la absorción y - por lo tanto, mejora la tolerancia clínica del agente; esto es particularmente importante en la Odontología donde la región operatoria es ricamente vascularizada.

La alta incidencia de anestesia satisfactoria es requisito básico para una práctica odontológica eficiente.

TECNICAS DE BLOQUEO

Las distintas maniobras que la cirugía debe emplear para el tratamiento de las afecciones, provocan dolor. La supresión de este dolor, una de las más grandes conquistas de la humanidad, se logra gracias al empleo de la anestesia. Término que se usa corrientemente para designar este procedimiento, pero que en realidad debe tener distintas acepciones: Anestesia: es el método que permite la pérdida total de la sensibilidad; Analgesia: es la supresión del dolor, conservando la conciencia. Mantengamos el término anestesia para describir las maniobras que se realizan con el fin de suprimir el dolor.

Anestesia local:

Es la supresión, por medios terapéuticos, de la sensibilidad de una zona de la cavidad bucal, manteniéndose intacta la conciencia del paciente.

Anestesia Troncular o Regional:

Es la que se realiza llevando la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa importante.

Técnicas de Bloqueo para el Maxilar.-

Bloqueo Infraorbitario

Bloqueo del Nervio Alveolar Posterosuperior

Bloqueo del Nervio Palatino

Bloqueo del Nervio Nasopalatino

Anestesia por Infiltración o Bloqueo Supraperióstico

Bloqueo Infraorbitario.-

Esta técnica de anestesia se emplea cuando se necesita analgesia de los incisivos superiores, caninos y premolares o bien cuando existe alguna contraindicación para colocar la inyección supraperióstica de alguna de estas piezas.

Para este bloqueo la referencia principal es el agujero infraorbitario, que se localiza por palpación inmediatamente abajo de la escotadura infraorbitaria, a un centímetro del ala y nivel de la papila. Manteniendo un dedo sobre el agujero infraorbitario como referencia. La aguja no debe introducirse más de 0.7 cm. por el peligro de llegar a la órbita; debe depositarse de 1.5 a 1.8 c. c. de la solución bloqueadora.

Bloqueo del Nervio Alveolar Posterosuperior.-

Esta técnica es también llamada Cigomática, consiste en la infiltración anestésica de las ramas del Nervio Maxilar Superior que junto con las palatinas van a dar la inervación a los molares superiores. El nervio Alveolar llamado también dental posterior nace del nervio maxilar superior y pasa al foramen alveolar posterior en la cara cigomática

de la tuberosidad maxilar.

Se toma como referencia el último molar y el borde gingival del molar superior. El foramen alveolar se localiza de 2 a 3 cm. por encima de la línea gingival del último molar.

Se introduce la aguja a través del repliegue mucoso en la región apical del primer molar en un ángulo de 45 ° hacia atrás y hacia arriba, hasta que penetre la aguja; debe hacerse la inyección a este nivel lentamente.

Bloqueo del Nervio Palatino.-

La referencia de este bloqueo es el segundo molar. Se introduce la aguja a un centímetro de la mitad del trayecto entre la línea de la encía y la línea media del paladar, dirigiéndola hacia arriba y hacia atrás, perforando el tejido palatino en el conducto. Se inyecta no más de un milímetro de la solución bloqueadora.

Bloqueo del Nervio Nasopalatino.-

Para efectuar esta técnica se aplica la punción a un centímetro por encima y detrás de la línea gingival, sobre la línea media y detrás del incisivo. El nervio nasopalatino sensibiliza la parte anterior del paladar y el tabique de la nariz. Se emplea para extracciones dentales de incisivos aunado al bloqueo infraorbitario.

Bloqueo Supraperióstico o Anestesia por Infiltración.-

La anestesia por infiltración local se obtiene inyectando la solución anestésica a través de las membranas mucosas y depositándolas sobre el perióstico en la proximidad de los ápices de los dientes. Al difundirse a través del periostio el anestésico penetra hasta las fibras nerviosas para bloquear la transmisión del dolor.

Esta técnica es útil para la anestesia de los dientes del maxilar a causa de su estructura porosa lo que permite una difusión satisfactoria de la solución anestésica.

Técnicas de Bloqueo en la Mandíbula.-

Bloqueo Mandibular:

Es el bloqueo del nervio dentario inferior en la mitad de la rama ascendente de la mandíbula en la región del conducto dentario.

Es la técnica de elección para los procedimientos dentales en la mandíbula. La inyección supraperióstica en esta región no resulta satisfactoria, puesto que la mandíbula es una estructura compacta ósea, a través de la cual no puede difundirse libremente la solución anestésica.

Los dientes mandibulares se anestesian fácilmente y mejor en el punto donde penetra el canal alveolar inferior.

Depositando la solución anestésica en la proximidad inmediata al Nervio Dentario Inferior, se produce un bloqueo efectivo de este nervio y sus ramificaciones mentoniana, incisivas y linguales.

Los puntos de referencia para la inyección son el margen anterior de la rama ascendente de la mandíbula, línea milohioidea u oblicua interna y los premolares del lado opuesto a inyectar, un punto a un centímetro de la superficie triturrante del último molar en el lado a inyectarse y los incisivos centrales inferiores.

Se introduce el dedo índice en la boca y se palpa el margen externo del triángulo retromolar, se lleva hacia la mitad de la uña del dedo, la aguja con la jeringa descansando

sobre los premolares del lado opuesto, se introduce entonces la punta hacia la línea media a un centímetro por encima de la superficie triturante del último molar. Se empuja la aguja hasta encontrar hueso. La punta de la aguja viene a quedar cerca del agujero dentario. Se inyecta a este nivel de 1.5 a 2 ml. de la solución anestésica.

En los ancianos y en los niños el agujero dentario es mas bajo y se encuentra a nivel de la superficie trituradora de los molares.

Inyección Mentoniana.-

Los nervio mentonianos e incisivos son las ramas terminales de la porción dental del nervio alveolar inferior. El nervio mentoniano emerge del agujero mentoniano que está situado a 2.5 cm. de la línea media, a mitad del trayecto entre el borde superior e inferior de la mandíbula en su cara lateral.

El canal mentoniano se extiende abajo, adelante y adentro desde el agujero mentoniano. El nervio incisivo es la continuación del dentario inferior y llega hasta la sínfisis, para inervar los premolares e incisivos. Para el bloqueo de este nervio se traza una línea facial que corra entre los premolares inferiores, perpendicularmente al borde de la mandíbula.

El agujero mentoniano generalmente guarda relación con -

el ápice de uno u otro premolar inferior. Se localizan entonces los ápices de los premolares inferiores y rechazando la mejilla frente a los premolares, se inserta la aguja en la mucosa entre el premolar y aproximadamente 10 mm. hacia afuera de la lámina bucal de la mandíbula. Apúntese hacia el ápice del segundo premolar y aváncese la aguja hasta encontrar el hueso depositando en este sitio un milímetro de la solución anestésica.

Explórese el área con la punta de la aguja sin retirarla completamente hasta que entre en el agujero e inyéctese en este sitio 0.5 ml. de la solución anestésica.

Bloqueando de esta manera se pueden realizar intervenciones en caninos y premolares. Para intervenir en los incisivos es recomendable el bloqueo de los nervios del lado o -- puesto.

INSTRUMENTAL

FORCEPS ELEVADORES JERINGAS

Forceps.-

Son pinzas destinadas a extraer un diente y están basadas en el principio de la palanca de primer grado.

Por medio de estas pinzas y ciertos movimientos se extraen las piezas dentarias.

Estas pinzas poseen dos partes importantes: la pasiva y la activa. Cada una tiene distinta función en el momento de la extracción. Para cada órgano dentario existe una pinza especial, que está diseñada según la necesidad y la anatomía de dicho órgano. Así como también, hay dos tipos de pinzas: las destinadas a extraer piezas dentarias en el maxilar superior, y que tienen las partes pasivas y activas en la misma línea; y las dedicadas a extraer piezas en la mandíbula, que tienen en ángulo recto las partes activa y pasiva.

Descripción de las partes activa y pasiva de un Forceps.-

Parte Pasiva:

Está constituida por el mango de la pinza. Sus ramas son paralelas y dependiendo del modelo, están labradas en sus caras externas para impedir que el instrumento se deslice de las manos.

Parte Activa.-

Constituidos por los bocados de la pinza, que se adaptan a la corona anatómica del diente, sus caras externas son - lizas y las internas son cóncavas y con estrías para impe - dir su deslizamiento.

Como anteriormente se ha mencionado las pinzas para ex - tracciones actúan como una palanca de primer grado, estando colocada la resistencia que en este caso es el hueso alveolar entre la potencia (mano del operador) y el punto de apo - yo (ápice radicular).

Tiempos de la Extracción con Pinzas.-

La extracción de un órgano dentario necesita de varios - pasos, estos son: Prehensión, Luxación y Tracción.

1o. Prehensión.-

Este es el primero de los pasos y es muy importante reali - zarlo de manera adecuada, ya que de este paso, depende el - éxito de los demás.

Una vez preparado el campo para la extracción se toman - las pinzas, y los mordientes de éstas toman el diente por - encima del cuello anatómico, que es donde se va a apoyar y y a realizar la fuerza para movilizar el órgano dentario.

2o. Luxación.-

En este segundo paso se realiza la desarticulación del - diente en el que éste rompe las fibras del periodonto y -

dilata el alvéolo.

Este paso consta de dos movimientos:

a) Movimientos de lateralidad del diente:

En estos movimientos se imprimen dos fuerzas, la primera impulsando al diente en dirección a su ápice, apoyando así, la porción apical en la cúspide del alvéolo, que actúa como centro del arco que describirá el diente en sus movimientos laterales de afuera hacia adentro siendo estos la segunda fuerza.

b) Movimientos de Rotación:

Indicados solamente en los dientes uniradiculares ya que de tener más raíces estas se fracturarían como es de suponerse. La rotación que se realiza, complementa a los movimientos de lateralidad y se efectúa siguiendo el eje mayor del diente.

3o. Tracción.-

Ultimo de los pasos de la extracción del diente y que esta destinada a desplazar el diente del alveolo. La tracción se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado el alvéolo y roto los ligamentos.

La fuerza que se va a realizar en la tracción es en sentido inverso a la dirección del diente, es decir, en el sentido de la corona y de la tabla externa.

Al abandonar el diente el alvéolo, termina la parte mecánica de la extracción.

ELEVADORES.-

Estos instrumentos también están basados en los principios de la Física y en la Exodoncia están destinados a movilizar o extraer dientes o raíces dentarias.

Esquemáticamente el elevador consta de tres partes, que son: el mango, el tallo y la hoja.

Para que actúe la palanca destinada a elevar un diente o una raíz dentaria, debe valerse de un punto de apoyo el -- cual en Exodoncia está dado por el hueso maxilar y los dientes vecinos.

El Mango.-

Esta parte del instrumento tiene adaptabilidad a la mano del operador. Por lo general el mango está dispuesto con respecto al tallo de dos maneras: en la misma línea, o en forma perpendicular al tallo, formando una T la cual permite un manejo más sencillo, siendo más útil en la aplicación de la fuerza.

El Tallo.-

Parte del elevador que une al mango con la hoja. Construido de acero, lo suficientemente resistente como para cumplir su cometido sin variar de forma.

La Hoja.-

Diseñada de distintas maneras según la aplicación que se le da al instrumento. Por lo general las formas que presenta el tallo son dos, y de esto depende su aplicación: los -

elevadores rectos en los cuales la hoja está en línea recta con el tallo y, los elevadores curvos o angulares que origina con el tallo un ángulo de grado variable.

* Jeringas.-

Existen dos tipos de jeringas que podemos emplear en nuestra práctica diaria: las jeringas de vidrio o las jeringas-metálicas.

Las jeringas de vidrio están constituidas por dos tubos concéntricos, el interior de los cuales actúa como émbolo para expulsar el líquido a inyectarse.

De estas jeringas de vidrio, se usan las llamadas jeringas de Luer; en nuestra práctica usaremos jeringas de dos, tres o cuatro centímetros cúbicos.

De las jeringas metálicas estudiaremos solamente las llamadas jeringas sistema Carpule.

La solución anestésica en las jeringas sistema Carpule, se expende en el comercio en tubos de vidrio que actúan como parte de la jeringa. El émbolo está dado por un tapón de goma, de uno de sus extremos, que es impulsado por un tallo metálico. Consiste por lo tanto, en una parte pasiva, que es la portadora del tubo Carpule, y una parte activa articulada con la primera y movable, que impulsa por presión manual, el émbolo de goma de que va provista.

Lleva una aguja metálica que perfora el tubo Carpule por-

el extremo opuesto al émbolo.

Las agujas que se utilizan en las jeringas de vidrio deben ser cortas y de calibre 5 o 6, que permita hacer practicamente indoloro el pinchazo.

PREOPERATORIOS

Antes de cualquier extracción deberán seguirse los siguientes pasos ya sea en el maxilar o ya sea en la mandíbula.

El primer paso consiste en colocar anestesia tópica sobre la región donde se hará la punsión.

El segundo paso consiste en colocar la anestesia infiltrativa. Este tipo de anestesia se colocará según la pieza por extraer.

Al obtener anestesia profunda sobre la región correspondiente se procede a hacer la debridación de la zona del diente por extraerse o sea alrededor del cuello de éste con el instrumento indicado.

Para realizar todos estos pasos es necesario también tener en cuenta lo siguiente:

- 1.- Hacer cuidadosamente la historia clínica.
- 2.- Tener un campo operatorio estéril (instrumental).
- 3.- Cuando nuestro paciente sea nervioso se le podrá administrar un sedante antes de la extracción para mejor eficacia de la anestesia y tranquilidad de nuestro paciente.

EXTRACCIONES POR GRUPOS EN EL MAXILAR

1er. Grupo.-

Incisivos Centrales

Incisivos Laterales

Caninos

Anestesia Correspondiente:

Supraperióstica Local y Anestesia Palatina.

Estas piezas presentan una sola raíz de forma más o menos cónica y ligeramente aplanada mesiodistalmente.

Técnica de Extracción.-

Prehensión: Se introducen los bocados de la pinza por debajo de la encía, hasta que sus bordes lleguen por encima del cuello del diente.

En este nivel la pinza apoyará sus bocados íntegramente sobre las caras bucal y palatina de la zona cervical.

Luxación: Para este grupo la luxación puede actuar según sus dos mecanismos básicos: movimientos de lateridad y de rotación.

Los movimientos de lateridad se ejecutan de vestibular a palatino poco a poco y se irán ampliando según ceda el diente. Los movimientos de rotación serán de izquierda a derecha semicircularmente.

Tracción: Los movimientos de tracción o expulsión del diente se efectuarán hacia abajo y ligeramente adelante, siguiendo el eje del diente.

Primer Premolar.-

Anestesia Correspondiente: Supraperióstica Local y anestesia palatina.

Esta pieza generalmente tiene dos raíces, una bucal y otra palatina, pero puede ser uniradicular bifurcada en su porción apical.

Es de importancia en Exodoncia el cuidado que se debe tener con estas raíces, por la relación y cercanía íntima que guarda con los senos maxilares.

Prehensión:

Se colocan los mordientes de la pinza todo lo elevado que permita el nivel del borde alveolar o sea por debajo del borde óseo.

Luxación:

Esta extracción se debe realizar en base al movimiento de lateralidad, sin utilizar los movimientos de rotación debido a su anatomía birradicular.

El primer movimiento lateral ha de realizarse hacia bucal en forma breve, después hacia palatino, también en forma breve y de poca amplitud e ir aumentando la extensión de los movimientos hasta lograr la luxación ya que la fragilidad de la pieza impide movimientos amplios.

Tracción:

Se efectuará hacia abajo y afuera evitando la fractura radicular.

Segundo Premolar

Técnica de Anestesia: Supraperiódica Local y Anestesia Palatina.

La técnica para la extracción del segundo premolar es - la misma que para el primero, pero con la única diferen - cia que en esta técnica se utilizará el movimiento de ro - tación durante la luxación ya que el segundo premolar es - unirradicular.

Primer Molar.-

Técnica de Anestesia: Supraperiódica Local y Palatina.

Esta pieza posee tres raíces de las cuales dos son buca-- les y una palatina, siendo ésta la más larga y sólida.

La utilización de nuestro botador en este tipo de piezas- es primordial, ya que así podremos evitar fracturas radicu- lares, el botador se introducirá en mesial y distal de la - pieza a extraer haciendo movimientos de semirotación hasta- lograr que nuestra pieza tenga movimientos leves; de esta - manera se facilitará la extracción con el fórceps.

Prehensión:

Se colocan los bocados de la pinza, por debajo del margen gingival, adaptando la concavidad del bocado a la curvatura de la raíz palatina y el bocado externo a la doble curvatu- ra de las raíces bucales, procurando que la punta del mor -

diente se insinúe entre las raíces. Con esto lograremos que el fórceps no resbale.

Luxación:

Ya adaptado el fórceps al cuello de la pieza se sujeta con fuerza y así se inician los movimientos de palatino a bucal a expensas de la dilatación de la tabla externa.

Las mas de las veces el movimiento primero no es suficiente para ampliar el alvéolo y permitir al tronco de pirámide abandonar, por su base menor toda su masa; por tanto es necesario continuar con movimientos de lateralidad hacia palatino y nuevamente hacia el lado bucal.

Tracción:

Una vez hecha la luxación del molar, se termina la extracción dirigiendo el diente hacia afuera y hacia abajo, con lo cual el órgano abandonará el alvéolo.

Segundo Molar.-

Anestesia Correspondiente: Supraperiódica Local en combinación con la Palatina.

El segundo molar es trirradicular presentando una raíz palatina y dos raíces vestibulares, sin embargo en alta escala éstas raíces se encuentran parcial o totalmente fusionadas.

Técnica de Extracción.-

La técnica de extracción de esta pieza sigue las mismas reglas que para el primer molar, permitiendo ejecutar un poco más amplios los movimientos de lateralidad en el momento de la luxación.

Tercer Molar

Anestesia Correspondiente: Supraperiódica y Palatina.

Esta pieza tiene anatomía variable, sobre todo en la porción radicular, ya que puede presentar de tres a cuatro raíces y a veces hasta mayor número de éstas.

Técnica de Extracción:

Uso del elevador como manobra previa de luxación.

Con este instrumento haremos hasta donde sea posible la luxación de la pieza hasta lograr un movimiento más o menos amplio.

Se toma el fórceps y se procede a la prehensión colocando los bocados entreabiertos para permitir la relajación del carrillo ya que debido a la posición tan posterior estas piezas son sumamente incómodas.

Hecha la prehensión se inicia la luxación con movimientos laterales de palatino a vestibular hasta lograr dicha luxación.

La tracción se realizará con el desplazamiento de la pieza hacia abajo y afuera.

EXTRACCION POR GRUPOS EN LA MANDIBULA

Incisivo Central

Incisivo Lateral

Canino

Estas piezas poseen una sola raíz la cual está ligeramente distalizada y aplastada en sentido mesiodistal en su eje longitudinal.

Anestesia Correspondiente:

Técnica Mandibular combinada con la mentoniana.

Técnica de Extracción:

Con un botador recto y colocando su punta de trabajo en las caras proximales en forma recta hacemos movimientos de luxación: acto seguido con el fórceps indicado hacemos la prehensión, colocando los bocados por debajo del borde gingival hasta hacer o alcanzar el cuello del diente.

Tomando con fuerza tanto la pinza como el diente se inicia la luxación con movimientos laterales de vestibular a lingual, ampliando un poco mas hacia lingual para después hacer la tracción hacia adelante, arriba y afuera.

Primer Premolar y

Segundo Premolar.

Anestesia Correspondiente: Mandibular combinada con - -

Mentoniana.

Estos premolares son unirradiculares y sus raíces son por lo general aplanadas en sentido mesiodistal.

Estas piezas se encuentran inclinadas hacia lingual al -- igual que todas las inferiores.

Técnica para la Extracción:

Con nuestro botador realizamos la semiluxación. Acto seguido se procede a hacer la prehensión. Siempre es de gran ayuda la utilización del botador con objeto de facilitar la extracción de la piezas. Este se introducirá en las caras proximales, así como en vestibular y lingual hasta lograr el movimiento de nuestra pieza.

Prehensión:

Los bocados de nuestra pinza deben introducirse lo más profundo posible que permita el borde alveolar.

Luxación:

Hay dos maneras de obtener la luxación de estas piezas; la primera es por medio de movimientos laterales y la segunda los movimientos de rotación, aunque estos deben ser siempre muy restringidos y sólo mediante un estudio radiológico positivo podrán utilizarse.

La luxación se obtiene mediante movimientos ligeramente amplios hacia lingual y hacia vestibular hasta lograr la extracción que se efectuará hacia arriba y afuera.

Primer Molar y

Segundo Molar.

Técnica de Anestesia: Mandibular.

Son dientes birradiculares ya que poseen una raíz mesial y otra distal, siendo estas la anterior y la posterior respectivamente. En el segundo Molar generalmente se encuentran fusionadas.

Técnica para la Extracción:

Con nuestro botador realizamos la semiluxación. Acto seguido se procede a hacer la prehensión, en la cual se introducen los mordientes del fórceps hasta que se ubiquen en el espacio interradicular y las escotaduras de sus bordes inferiores se adapten a las curvaturas radiculares.

La luxación se hace a expensas del macizo y la elasticidad de las paredes alveolares óseas externa e interna.

El primer movimiento de lateralidad se hará hacia vestibular y después hacia lingual los cuales se irán extendiendo según ceda la pieza.

La tracción se realizará hacia arriba y afuera.

Tercer Molar (Normalmente Erupcionado).

Anestesia Correspondiente: Técnica Mandibular.

Con nuestro botador buscamos un punto de apoyo en el espacio interproximal entre el segundo y tercer molar hasta lograr una pequeña luxación.

Como siguiente paso tomamos una pinza que corresponda a este caso y se realiza la prehensión de la pieza introduciendo

do los bocados lo más profundo posible hasta lograr un apoyo y retención sólidos.

Con movimientos de lateralidad de lingual a vestibular no muy extensos se realiza la luxación.

La tracción se hace dirigiéndose de arriba hacia afuera.

POSTOPERATORIOS

Entiéndase Postoperatorio al conjunto de maniobras que se ejecutan después de la intervención, con el fin de conservar los fines logrados por la operación, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

Es este tratamiento una de las fases más importantes de nuestro trabajo, ya que los cuidados del paciente, una vez finalizada la intervención puede modificar y aún mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de ésta.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida-miema y al campo operatorio que es la cavidad bucal y al estado general del paciente.

Una vez terminado el acto quirúrgico se irriga perfectamente la cavidad bucal con una solución tibia de agua oxigenada, desechando así restos que hubieran podido quedar alojados en la cavidad bucal.

Fisioterapia Postoperatoria.-

Se emplea con frecuencia el frío, por medio de bolsas de hielo o toallas afelpadas mojadas en agua helada, que se aplican sobre la cara, frente al sitio de la intervención.

El frío ayuda a evitar la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y hemorragias, disminuye y -

concreta los edemas postoperatorios.

Esta terapéutica se usa solamente durante los tres primeros días siguientes a la intervención y en períodos de 15 minutos de aplicación por 15 minutos de descanso.

El calor se puede aplicar solamente con objeto de madurar los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pus.

Después del tercer día de la intervención, puede aplicarse éste para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios.

Antes de despedir al paciente deben dársele instrucciones precisas respecto al cuidado que debe tener en su domicilio tratamiento postoperatorio, enjuagatorios, alimentación y tratamiento médico.

Después de una extracción es conveniente guardar reposo con la cabeza en alto, así como evitar comer alimentos que pudieran alterar u ocasionar procesos indeseables.

ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTARIA

Fractura del Diente.-

Es el accidente más frecuente en la Exodoncia; en el curso de la extracción, al aplicarse la pinza sobre el cuello del diente y efectuarse los movimientos de luxación, la corona o parte de ésta o parte de la raíz se quiebran, quedando por lo tanto la porción radicular en el alvéolo.

Las causas del accidente son múltiples.

Los órganos dentarios, debilitados por los procesos de caries o con anomalías radiculares, no pueden resistir la fuerza aplicada sobre su corona y se quiebran en el punto de menor resistencia. En el incompleto estudio clínico y radiográfico del diente a extraerse y equivocada técnica quirúrgica, se funda la causa principal del accidente que se considera.

Después de producida la fractura se tomará una radiografía, que nos indicará la posición, forma y disposición radicular. Hecho esto se prepara el campo operatorio, ésto es, se eliminan los trozos óseos y dentarios que lo cubren, se cohibe la hemorragia de las partes blandas, es decir, aclarar la visión del muñón radicular fracturado.

Efectuado esto hay dos conductas a seguir: extracción de la raíz por el método del colgajo o extracción por vía alveolar.

En la primera después de practicada la insición del colgajo y la osteotomía respectiva, se introduce un elevador recto fino, en la cara proximal más accesible, ejerciendo sobre el mango del instrumento breves movimientos de rotación se hace penetrar la hoja, perpendicularmente a la raíz, entre la pared proximal del alvéolo y la cara proximal de la raíz. La raíz es eliminada por la ventana creada por la osteotomía.

El Segundo Método:

Hecha la fractura y verificada por exámen de la pieza extraída que presenta su extremidad cortada a bisel, nos cercioramos del tamaño probable del ápice remanente por comparación con el trozo extraído.

Se lava la cavidad alveolar con un chorro de agua tibia, se hace hemostásis y se observa directamente el ápice fracturado, esto es muy importante.

La extracción del ápice por vía alveolar es una operación de paciencia y habilidad, que realiza con ayuda de instrumentos finos, escopos muy delgados, que permiten ubicarlos entre la pared ósea y la raíz, y a expensas del movimiento de estos instrumentos, puede conseguirse la eliminación del resto radicular. Acerca de la extracción de dichos ápices no se pueden dar reglas fijas.

Fractura y Luxación de los Dientes Vecinos.-

La presión ejercida sobre la pinza de extracciones o sobre los elevadores, puede ser transmitida a los dientes vecinos provocando la fractura de su corona debilitada por obturaciones o caries, o luxando dientes, cuando disposiciones radiculares lo faciliten.

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA

No es excepcional que las pinzas o elevadores se fracturen en el acto quirúrgico cuando excesiva fuerza se aplica sobre ellos. Pueden así hcerirse las partes blandas o óseas vecinas. Esto produce toda una gama de transtornos; también pueden quedar en el alvéolo, restos de amalgamas.

Fractura del Maxilar

- Fractura del borde Alveolar:

Es mas o menos común durante una extracción, unas veces el trozo de hueso sale con el órgano dentario y otras ocasiones queda alojado en el alvéolo, este trozo es necesario extirparlo para evitar posibles inflamaciones e infecciones.

- Fractura de la Tuberosidad:

En la extracción del tercer molar superior, sobre todo en los retenidos y por el uso de la fuerza excesiva, la tuberosidad del maxilar superior o también parte de ella puede desprenderse, acompañando al molar, en tales circunstancias

puede abrirse el seno maxilar, dejando una comunicación buco sinusal, cuya obturación requiere tratamiento adecuado.

- Fractura total del Maxilar Inferior:

No es muy frecuente este accidente aunque si posible, y se debe generalmente a la aplicación de fuerza excesiva e incorrecta en el momento de la extracción de un tercer molar retenido, o otro diente retenido con raíces con cementosis y dilaceradas; un gran alvéolo puede ser causa predisponente porque existe una disminución de la resistencia ósea, al igual que 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 a otros huesos para la fractura; basta a veces un esfuerzo mínimo.

-Perforación de las Tablas Vestibular y Palatina:

Durante una extracción de premolar y molar, una raíz vestibular o palatina puede atravesar las tablas óseas, ya sea por un debilitamiento del hueso a causa de un proceso previo o a esfuerzos mecánicos. El caso es que la raíz se halla, en un momento dado, debajo de la fibromucosa, entre ésta y el hueso, en cualquiera de las dos caras, vestibulo o paladar. La búsqueda o extracción de tales raíces por vía alveolar, es generalmente dificultosa, por lo que resulta más sencillo, practicar una incisión pequeña en el vestibulo o en el paladar y previa separación de los colgajos, por esta vía se extraen las raíces.

Con relación al maxilar inferior, la perforación de las tablas es también posible.

Lesión del Seno Maxilar

- Perforación del Piso del Seno:

Durante la Extracción de los molares y premolares superiores puede abrirse el piso del antro, puede ser accidental o instrumental; en el primer caso, y por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno, al efectuarse la extracción queda formada la comunicación. Al instante se advierte el accidente porque el agua pasa al seno y sale por la nariz.

En otros casos los instrumentos de Exodoncia, pueden perforar el piso sinusal adelgazado, desgarrar la mucosa antral, estableciéndose de esta manera la comunicación. O puede ser también una raíz la que perfore el seno al intentarse su extracción.

La conducta a seguir es colocar una torunda de gasa que favorezca la hemostasis o un punto de sutura que acerque los bordes y contenga de mejor manera el coágulo, así, éste se encarga de obturar la comunicación.

-Penetración de una raíz en el Seno Maxilar:

Una raíz de molar superior, al fugarse del alvéolo, empujada por las maniobras que pretenden extraerla, puede comportarse de distintas maneras en relación con el seno máxi-

lar.

Puede penetrar en el antro, desgarrando la mucosa sinusal y si se sitúa en el piso de la cavidad, puede deslizarse entre la mucosa del seno y el piso óseo, quedando por lo tanto cubierta por mucosa, también la raíz puede quedar alojada dentro de una cavidad patológica.

Su extracción del seno, se hace previa radiografía para calcular su posición, la vía de elección es siempre la vestibular para la extracción, se hacen dos insisiones convergentes desde el surco vestibular al borde libre de la encía ésta insición colcidiará con las lenguetas mesial y distal del alvéolo a tratar, se desprende el colgajo, se practica la osteotomía de la tabla externa con escopolo o fresa.

Abierto el seno y proyectando la luz hacia su interior se busca la raíz y una vez hallada se toma con la pinza larga, con una pinza de disección o bien se elimina con una cucharilla para hueso. Terminado esto se ligan los colgajos como indicamos en la simple perforación de el piso del seno.

Penetración en el Seno Maxilar

Un accidente poco frecuente, pero posible, es la introducción total de un molar en el seno maxilar, este generalmente es tercero.

Penetración de un diente en zonas vecinas

Durante el acto operatorio de extracción de un diente en la arcada, con mas frecuencia un tercer molar superior o inferior y debido a la aplicación incontrolada de fuerzas o debilitamientos de las paredes óseas, puede fugarse al piso de la boca o a lugares vecinos, dicha pieza.

Luxación de la Mandíbula

Accidente raro, que consiste en la salida del cóndilo maxilar de la cavidad glenoidea, se provoca en torno a las extracciones de molares inferiores, en operaciones largas y fatigantes. La luxación puede ser bilateral o unicamente lateral; mediante una maniobra puede conseguirse la ubicación correcta del cóndilo, esta es, se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria del maxilar inferior, se imprimen fuertemente a estos huesos dos movimientos, un movimiento hacia abajo y otro hacia arriba y atrás, quedando así reducida la luxación.

Desgarros de la Mucosa Gingival, Lengua, Carrillos, Labios

Este accidente es debido a la falta de control, aunado a brusquedad sin medida y sin criterio quirúrgico.

Estas lesiones son producidas por el deslizamiento de instrumentos de las manos del operador y serán las partes lesionadas, como por ejemplo, desgarros, cuidadosamente uni -

das por medio de puntos de sutura.

Lesión en Troncos Nerviosos

Una extracción dentaria puede provocar una lesión de gravedad variable sobre los troncos nerviosos. Estas lesiones pueden radicarse en los nervios superiores e inferiores.

Los accidentes más importantes son los que tienen lugar sobre el Nervio Palatino Anterior, sobre el Dentario Inferior y sobre el mentoniano.

El traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en: seccionamiento, aplastamiento o desgarramiento del nervio, que se traducen en neuritis, neuralgias o anestesia en regiones diversas que pueden ser definitivas, prolongadas o pasajeras según la lesión.

Hemorragia

Considerando la hemorragia como accidente postextracción puede presentarse en dos formas: inmediata y mediata.

En el primer caso, la hemorragia sigue a la operación. La falta de coagulación, y la no formación del coágulo, se debe a razones generales o a causas locales. Las causas locales se deben a procesos congestivos en la zona de la extracción, debidos a granulomas, focos de osteítis, pólipos gingivales, lesiones gingivales ocasionadas por paradentosis,-

gingivitis, herida y desgarros en la encfa, esquilas o trozos óseos que permanecen entre los labios de la herida gingival.

En ocasiones, es un grueso tronco óseo arterial el que sangra, o la hemorragia se debe a los múltiples vasos capilares lesionados por la operación.

El tratamiento de esta hemorragia inmediata se realiza suprimiendo quirúrgicamente el foco congestivo sangrante (pólipo, osteftis, granuloma, trozo de hueso). La extirpación se hace con cucharillas filosas cuando el foco es intraóseo o con el galvanocauterio (al rojo blanco) cuando el foco es gingival. Un taponamiento y compresión del alvéolo sangrante, dara cuenta de la hemorragia. El taponamiento es un método preciso. Se realiza con un trozo de gasa (yodoforada o xeroformada), la cual puede emplearse seca o impregnada de medicamentos hemostáticos, tales como el agua oxigenada, adrenalina, sueros, tromboplastina, percloruro de hierro. De acuerdo con la intensidad de la hemorragia, emplearemos los medicamentos antes dichos, que han sido citados según el grado de acción terapéutica.

El tapón se coloca dentro del alvéolo que sangra, permitiendo que su extremo libre cubra el alvéolo, sobre el que se coloca un trozo de gasa proporcionado al sitio en que se actúa; todo esto es mordido por el paciente, que mantiene de esta manera el taponamiento, durante unos 15 o 30 minutos.

El trozo de gasa de la superficie se retira con las precauciones debidas; si la hemorragia ha cesado, puede retirarse el paciente, con tapon medicamentoso dentro del alvéolo.

Todos los problemas que origina la hemorragia, pueden provenirse por el empleo sistemático de la sutura postextracción, por este método la hemorragia es excepcional.

Si se produce la hemorragia después de varias horas de realizada la extracción, se actúa de la siguiente manera: se practica un enjuagatorio con una solución de agua oxigenada tibia, con el objeto de limpiar la cavidad bucal y el lugar de la operación, del coágulo que flota sobre la herida y poder ver con claridad y precisión por donde sangra, y cual es el sitio de mayor afluencia sanguínea; se seca cuidadosamente la región sospechada con una torunda de gasa. Si el vaso sangrante es gingival y está a nuestro alcance, puede practicarse su hemostásis aplicando un punto de galva nocauterio (rojo-blanco).

Cuando la hemorragia es profunda, se procede como se indicó antes; taponamiento de la cavidad con una gasa con medicamentos. Sobre este tapón se realiza la compresión con otra gasa, todo lo cual mantiene el paciente bajo su mordida. El método ideal, para el tratamiento de estas hemorragias es el siguiente: inspección de la zona sangrante para localizar la región de la hemorragia; se realiza una anestesia local, cuyo efecto vasoconstrictor, blanqueará el campo y se practica una sutura, sobre los bordes de la herida, -

tratando de tomar con ella, el vaso que sangra. El cese en la herida es de inmediato, después de realizada la sutura.

En caso de persistencia de la hemorragia, a pesar de los tratamientos locales instituidos, habrá que recurrir a medicamentos generales, tales como la transfusión sanguínea, la inyección de sustancias que aceleren la coagulación, devolviendo al tejido algunos de los elementos que le faltan.

Hematoma

Consiste en la difusión de la sangre, siguiendo planos musculares o a favor de la menor resistencia que le oponen a su paso los tejidos vecinos del lugar de la intervención bucal.

Es un accidente frecuente, al cual no se le da la importancia debida; y se caracteriza por el aumento del volumen a nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina; este cambio de color sigue las variaciones de la transformación sanguínea de la descomposición de la hemoglobina; así toma primeramente un color rojo vinoso, que se hace más tarde violeta, amarillo violeta y amarillo.

Pero la colección sanguínea en sí puede infectarse como frecuentemente sucede, produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa, reacción ganglionar. Y tiene más o menos duración de una semana.

Su tratamiento consiste en colocar una bolsa de hielo en-

la zona afectada para disminuir el dolor y la tensión, sulfamidoterapia y antibióticos; si el hematoma llega a abscedarse será preciso abrir quirúrgicamente el foco con bisturí, electrocauterio o separando los labios de la herida -- operatoria, entre los cuales emergerá pus; un pedazo de gasa yodoformada conservará expédita la vía de drenaje.

Alveolitis

La alveolitis, es decir la infección pútrida del alvéolo-dentario despues de una extracción, es una complicación frecuente, la más molesta y engorrosa de la Exodoncia.

Para su producción intervienen distintos factores: la con junción de algunos de ellos desatan esta afección, que en muchas ocasiones adquiere caracteres alarmantes, por la intensidad de uno de sus síntomas: el dolor.

Este proceso se presenta de maneras diversas:

- 1.- Formando parte del proceso de inflamaciones óseas más extendidas, osteítis, periostítis óseas, flemones premaxilares, etc.
- 2.- Inflamación a predominio alveolar, con un alvéolo fungoso, sangrante y doloroso.
- 3.- Alveolitis seca, alvéolo abierto, sin coágulo, paredes óseas expuestas, dolorosas, tejido gingival poco infiltrado muy doloroso también, sobre todo en los bordes.

En el primer tipo la lesión alveolar forma parte de una -

gran lesión inflamatoria, sería a veces. porque su extensión llega a desbordar los límites de la Odontología (entrando en el campo del clínico en traumatología). Sin embargo, hay que hacer notar que existe dentro del conjunto de estas lesiones la posibilidad de los dos casos siguientes de alveolitis.

En el segundo se trata en general de reacciones ante cuerpos extraños, sobre todo esquirlas óseas y a veces esquirlas de dientes fracturados.

La tercera clase es típica. Generalmente después de una extracción laboriosa, sin lesión previa alveolar y con más razón si la hubo, se nos presenta una lesión en que por falta inmediata o por desaparición prematura del coágulo, el alvéolo abierto queda en comunicación con la cavidad bucal, con sus paredes óseas desnudas y sus bordes gingivales separados. Las paredes óseas tienen un color grisáceo, sin embargo no se forma secuestro y pasan 8, 15, 20 y más días antes que el proceso cicatrizal se revele y durante ese tiempo el síntoma dolor acompaña con una tenacidad continua.

Este es el cuadro clínico de esta complicación: una verdadera alveolalgia, que se irradia por las ramas del trigémino, y para cesarla los tratamientos son a veces insuficientes.

Para la producción de alveolitis intervienen una cantidad de factores; el principal es el traumatismo operatorio el cual debe de actuar junto con otros:

- Anestesia local: los productos químicos que se emplean en la anestesia local tiene un indudable poder tóxico sobre los tejidos perialveolares.

Al ser extraídos bajo anestesia local los dientes portadores de un proceso apical, de una lesión del periodonto y de una alveolitis, las condiciones infecciosas se exacerban y se instala una alveolitis postoperatoria.

- El estado general del paciente, debilitado por una enfermedad general o con trastornos metabólicos varios.

- Entre los factores traumáticos hay que mencionar la excesiva presión sobre las trabéculas óseas realizada por los elevadores, las violencias ejercidas sobre las tablas alveolares, la elevación de la temperatura del hueso, debida al uso sin control y sin medida de las fresas.

Tratamiento de la Alveolitis.-

La primera norma que se debe seguir es la de calmar el dolor. Los medicamentos generales analgésicos son de pobre valor terapéutico. El éxito está en la medicación local. Esta se concreta en los siguientes pasos:

a) Exámen radiográfico, para investigar el estado del hueso y de los bordes óseos, la presencia de cuerpos extraños, raíces o secuestros. Las raíces serán eliminadas por los métodos usuales. En ausencia de cuerpos extraños se procede a tratar la alveolitis.

b) Lavado de la cavidad con un chorro de suero fisiológico-

caliente, esta maniobra debe realizarse con abundante cantidad de suero; es necesario lavar el alvéolo con el contenido de un vaso de agua común. Este lavado que tiene por objeto retirar las posibles esquirlas, restos de coágulo, fungosidades y destritus, debe ser realizado con suma delicadeza pues el alvéolo esta extraordinariamente sensible y la columna de suero fisiológico, proyectada con fuerza suele ser insoportable.

c) Suave secado de la cavidad con gasa esterilizada: se colocan rollos de algodón y eyector de saliva, para aislar el campo operatorio, lo cual es de suma importancia puesto que la saliva además de diluir los medicamentos, infecta el alvéolo.

d) Se coloca en el interior del alvéolo una gasa yodoformada saturada con eugenol y se cubre el alvéolo con un cemento de óxido de zinc y eugenol. Esta operación se repite cada tercer día hasta conseguir tejido cicatrizal.

CONCLUSIONES

Este trabajo ha sido elaborado con la recopilación de -- datos obtenidos de textos y experiencias, con el fin de presentar los principios y procedimientos para la extracción - de las piezas dentarias.

El mayor conocimiento de estos principios y procedimientos, darán mayor seguridad al clínico.

Esta seguridad será transmitida a nuestros pacientes, - los cuales responderán con una mayor tranquilidad durante - el tratamiento quirúrgico.

El clínico deberá actuar con un profundo sentido de responsabilidad, ya que el paciente ha confiado plenamente en nuestra capacidad.

Porque al tener presente las indicaciones de la extrac - ción dentaria, se reducen las posibilidades de complicacio - nes y aumentan las del éxito en nuestros tratamientos.

Este trabajo está dedicado al estudiante de Odontología, de tal forma que pueda despertar interés en los aspectos - fundamentales del arte y la ciencia de la extracción denta - ria.

El conocimiento de estos principios básicos así como las técnicas indicadas proporcionan una base sólida, sobre la - cual, el estudiante podrá adquirir confianza en su experien - cia clínica.

BIBLIOGRAFIA

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

Zegarelli H. Austin

Hyman A. George

Ed. Salvat

4a. Edición 1972

CIRUGIA BUCAL

G. A. Ries Centeno

Ed. El Ateneo

3a. Edición 1978

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Finn Sidney B.

Ed. Interamericana

4a. Edición 1977

ESTOMATORRAGIAS O HEMORRAGIAS BUCALES

Tesis Profesional

Lucinda Herrera Mora

1977 UNAM

TRATADO DE ANATOMIA HUMANA

Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez

Ed. Porrúa 4a. Edición