



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

TECNICAS, ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN EXODONCIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
CARLOS ANTONIO SANTIBAÑEZ MORENO

ASESOR : DR. RAUL PEREZ ORTA

México, D. F.

1984.



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.

TECNICAS, ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN EXODONCIA

I N D I C E

- I. DEFINICION E HISTORIA DE LA EXODONCIA
- II. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- III. ACCIDENTES Y COMPLICACIONES POR ANESTESIA LOCAL
- IV. TECNICA PARA EXTRACCION CON FORCEPS
- V. USO DEL BOTADOR
- VI. TECNICA QUIRURGICA DE LA EXTRACCION A COLGAJO
- VII. ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LAS EXTRACCIONES
- VIII. ACCIDENTES QUE AFECTAN LAS PARTES BLANDAS
- IX. CONCLUSIONES

CAPITULO I

DEFINICION E HISTORIA DE LA EXODONCIA

EXODONCIA ES UNA DE LAS RAMAS DE LA ODONTOLOGÍA QUE TRATA SOBRE LA EXTRACCIÓN DENTARIA, DE LOS DIENTES QUE HAN PERDIDO SU FUNCIONAMIENTO POR PROCESOS CARIOSOS, PULPARES, INFECCIOSOS DEL PARODONTO, POR FUNCIONES DE ESTÉTICA O TRATAMIENTOS ORTODONCICOS QUE LO REQUIERAN.

ETIMOLÓGICAMENTE LA PALABRA EXODONCIA, SE FORMA DE LAS RAÍCES GRIEGAS EXO-FUERA Y ODONTOS-DIENTES.

EXTRACCIÓN ES UN ACTO QUIRÚRGICO QUE SE REALIZA PARA EXTRAER UN DIENTE EL CUAL QUEDA REGÍDO A PRINCIPIOS QUIRÚRGICOS SIEMPRE ACTUALES TANTO TÉCNICA, OPERATORIA, ASPECIA Y ANTISEPCIA.

HIPÓCRATES (460 A.C.) HABLA SOBRE LAS ENFERMEDADES DE LOS DIENTES, Y DICE QUE ESTOS SON DE GRAN VALOR EN LA PRONUNCIACIÓN DE LAS PALABRAS QUE EN CASO DE DOLOR DE UN DIENTE O ESTE SE MUEVE Y ESTA ENFERMO DEBE SER EXTRAÍDO, SI SE ENCUENTRA SANO PERO EXISTE DOLOR SI LO DEBEN SER CAUTERISADOS.

ARISTÓTELES (384 A.C.) EL MÁS GRANDE FILÓSOFO DE LA ANTIGUEDAD HABLA TAMBIÉN DE LOS DIENTES Y SUS ENFERMEDADES, DESCRIBE UN INSTRUMENTO LLAMADO ODONTOGRA, FORMADO POR DOS PALANCAS QUE ACTÚAN EN SENTIDO CONTRARIO Y CON ESTE INSTRUMENTO ERA FÁCIL MOVILIZAR

EL DIENTE PARA DESPUÉS PODER EXTRAERSE CON LA MANO SIN DIFICULTAD Y AFIRMABA QUE EL HOMBRE TENÍA UN NÚMERO MAYOR DE DIENTES QUE LA MUJER.

A PRINCIPIOS DE LA ERA CRISTINANA CORNELIUS CELSUS DESCRIBE LA SINDESMOTOMÍA PREVIA A LA EXTRACCIÓN PARA EVITAR FRACTURA ÓSEA.

EN EL SIGLO XIII A.C., ESCULAPIO MÉDICO GRIEGO NOMBRADO PADRE DE LA MEDICINA FUÉ QUIEN DIÓ ORIGEN A LA CIRUGÍA DENTAL. INVENTOR EN SU ÉPOCA DE LOS PRIMEROS INSTRUMENTOS DESTINADOS A LA EXTRACCIÓN DE -- LOS DIENTES DENOMINADOS ODOTAGOGO Y RISAGRA.

EL ODONTAGOGO SE UTILIZABA PARA LOS DIENTES COMPLETOS Y EL RISAGRA ERA DESTINADO A LAS RAÍCES, ESTOS DOS INSTRUMENTOS ESTABAN HECHOS A BASE DE PLOMO.

HERÓFILO Y ERASISTRATO RELATAN EN SUS OBRAS LA MUERTE DE VARIAS PERSONAS DEBIDO A LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE.

ERASISTRATO CONSIDERABA LA EXTRACCIÓN COMO UNA OPERACIÓN PELIGROSA, POR LO QUE DEPÓSITO UNA TENAZA PARA EXTRAER DIENTES EN EL TEMPLO DE APOLO EN DELFOS COMO OFRENDA QUE DEBE DOMINAR LA CIRUGÍA.

GALENO (130 A.C.), CONSIDERÓ LA EXTRACCIÓN DENTARIA COMO PELIGROSA Y DOLOROSA, PARA COMBATIR LA ODONTÁLGIA ACONSEJABA UNA TERAPEÚTICA-

CON MEDICAMENTOS Y EN CASO DE LLEGAR A FRACASAR CONSIDERABA NECESARIO ELIMINAR EL DIENTE.

FABRICIUS DE AOGUAPENDENTE EN EL AÑO DE 1570 CLASIFICA A LOS INSTRUMENTOS DANDOLES EL NOMBRE DE FORCEPS.

PIERRE FOUCHARD FUNDADOR DE LA ODONTOLOGÍA, NACIÓ EN GRAN-BRETAÑA, MUERE EN 1761 SU OBRA MONUMENTAL "LE DENTISTE CIRUGIA", PUBLICADA EN 1728, INICIÓ UNA NUEVA ERA EN LA HISTORIA DEL ARTE DENTAL. DESCRIBE TAMBIÉN ALGUNOS INSTRUMENTOS PARA EXTRACCIONES DENTARIAS, LES DÁ NOMBRES ESPECIALES SEGÚN SU SEMEJANZA CON LA BOCA O CON EL PICO DE CIERTOS ANIMALES.

EN EL AÑO DE 1854 SE INVENTÓ EL FORCEPS CON UN MODELO ESPECIAL PARA CADA DIENTE POR EL DENTISTA INGLÉS JOHN TOMES Y EL FRANCÉS ESRAD O CAPRUS FAY.

EL MÉRITO DE ESTE INSTRUMENTO CONSISTE EN QUE LOS MORDIENTES SE ADAPTAN PERFECTAMENTE AL CUELLO DE CADA DIENTE.

WELLS, MORTON, JACKSON Y LONG SON LOS DESCUBRIDORES DE LA ANESTESIA.

LLEGANDO POR ÚLTIMO CON WINTER, DESCRIBE 24 INSTRUMENTOS DESTINADOS A CORTAR HUESO LLAMADOS OSTEÓTOMOS Y 28 DESTINADOS A LEVANTAR LOS DIENTES A LOS QUE LES LLAMA ELEVADORES.

ESTOS HAN SIDO LOS DESCUBRIMIENTOS DE ALGUNOS MÉDICOS E INVESTIGADORES QUE SE PREOCUPARON POR LA EXTRACCIÓN DENTARIA Y QUE HA EVOLUCIONADO RADICALMENTE DESDE UNA FORMA RUDIMENTARIA HASTA UNA OPERACIÓN DENTARIA QUIRURGICA.

CAPITULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA EXODONCIA

CAUSAS LOCALES PARA LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE.

1. DIENTES CARIADOS NO RESTAURABLES POR TRATAMIENTO OPERATORIO - COMO EN CASOS DE CARIES DE 4º GRADO.
2. DIENTES FRACTURADOS, LUXADOS O SEMILUXADOS POR TRAUMATISMO, - DESTRUCCIÓN POR CARIES O DESTRUCCIÓN ÓSEA.
3. DIENTES AFECTADOS POR ENFERMEDADES DIABÉTICAS COMO PARODONTOPATIAS, TUMORES BENIGNOS O MALIGNOS QUE HACEN AL DIENTE SUCEPTIBLE DE TRATAMIENTO.
4. PRÓTESIS Y ORTODONCIA EN DIENTES ECTÓPICOS CUYO ALINEAMIENTO NO ES POSIBLE.
5. DIENTES QUE HAN PERDIDO SU ANTAGONISTA Y SON EXPULSADOS DE SU ALVEOLO PROVOCANDO LESIÓN A LA ENCÍA ANTAGONISTA.
6. DIENTES CON MOVILIDAD DE 3º Y 4º GRADO.
7. DIENTES QUE DEBEN TRATARSE LA PULPA Y QUE POR CAUSA DE LA MORFOLOGÍA NODULAR NO ES POSIBLE EL TRATAMIENTO ENDODONTICO.

8. DIENTES REMANENTES, DIENTES PRIMARIOS PERSISTENTE CUANDO EL - SECUNDARIO CORRESPONDIENTE NO SE ENCUENTRA EN POSICIÓN CORRECTA PARA SU ERUPCIÓN O SI SE ENCUENTRAN LOS DIENTES PRIMARIOS-COMO FOCOS DE INFECCIÓN O CON ABSCESO.
9. DIENTES RETENIDOS O INCLUIDOS.
10. DIENTES SANOS PERO AISLADOS QUE IMPIDEN LA ELABORACIÓN DE PRÓTESIS.
11. DIENTES QUE ESTÉN EN UNA LÍNEA DE FRACTURA ÓSEA.
12. RAÍCES Y FRAGMENTOS DENTARIOS.
13. DIENTES QUE TRAUMATIZAN LOS TEJIDOS BLANDOS Y NO TIENEN FORMA DE EVITARLES COMO EN EL CASO DE LOS 3^º MOLARES EN MAL POSICIÓN
14. DIENTES SUPERNUMERARIOS QUE OCACIONAN PROBLEMAS DE OCLUSIÓN.
15. DIENTES CON INFECCIÓN AGUDA, INFECCIÓN PARODONTAL AVANZADA COMO PARADONTÓISIS COMUNMENTE LLAMADO PIORREA.

INDICACIONES GENERALES

1. DISASTOSIS CLEIDOCRANEANA.

2. ATAQUES EPILEPTICOS. (SEGÚN EL GRADO).
3. ENDOCARDITIS BACTERIANA.
4. ARTRITIS REUMATOIDE.

CONTRAINDICACIONES LOCALES

1. INFECCIONES AGUDAS ACOMPAÑADAS DE DOLOR E INFLAMACIÓN.
2. DIENTES TEMPORALES QUE NO EXISTA GERME DENTARIO PERMANENTE.
3. INFECCIONES POR VIRUS (HERPES).
4. CARIES QUE INFECTE LA PULPA, PERO SE PUEDA LLEVAR A CABO TRATAMIENTO ENDODONTICO.
5. DIENTES CON PARODONTO SANO AUNQUE ÉSTE PRESENTE CARIES DE 3º GRADO.

CONTRAINDICACIONES PATOLOGICAS GENERALES

1. CARDIOPATIAS.
2. DISCRACIAS SANGUINEAS.

3. ANEMIAS.
4. LEUSEMIA.
5. HEMOFILIA.
6. DIABETES.
7. ARTERIOESCLEROSIS.
8. TUBERCULOSIS.
9. TRANSTORNOS MENTALES.

EN CASOS DE PACIENTES CARDIÓPATAS CON PROBLEMAS SANGUÍNEOS SE RE--
QUIERE UNA CONSULTA PREVIA CON SU MÉDICO ESPECIALISTA, PUÉS LOS --
RIESGOS AUMENTAN CONSIDERABLEMENTE SI NO SE SABE ELEGIR EL ANESTÉ--
SICO ADECUADO PARA CADA PACIENTE.

EN PACIENTES CON LEUCEMIA O HEMOFILIA NO SE INTENTARÁ EFECTUAR EX--
TRACCIÓN ALGUNA POR EL PELIGRO DE HEMORRAGIA COPIOSA EN LA INTER--
VENCIÓN, SÓLO EN CASO NECESARIO, HOSPITALIZADOS Y TRATADOS ANTES--
DURANTE Y DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, DONDE LES PUEDAN PROPORCIO--
NAR TODOS LOS MEDIOS NECESARIOS Y ADECUADOS PARA ESTE TIPO DE PA--
CIENTES.

TUBERCULOSIS PULMONAR EL SPUTO CONTIENE MICROBIOS DE TUBERCULOSIS, Y PENETRAN EN EL ALVEOLO E INFECTAN.

OTRO TIPO DE CONTRAINDICACIÓN ES LA MESTRUACIÓN EN LA MUJER, ES RELATIVA POR SU ESTADO FISIOLÓGICO PORQUE ALGUNAS PERSONAS PADECEN - IRRITABILIDAD MENTAL Y FÍSICA EN ESTE PERIÓDO.

EMBARAZO, ES RELATIVA LA CONTRAINDICACIÓN PARA EFECTUAR UNA EXTRACCIÓN PERO EN LOS CASOS DONDE HA HABIDO ANTECEDENTES DE ABORTOS SUPERIORES SE PENSARÁ CON DETENIMIENTO, HACIENDO UN INTERROGATORIO - COMPLETO SOBRE LAS CAUSAS DE ÉSTE Y ABSTENERSE LOS PRIMEROS TRES - MESES.

NEURÓTICOS, ESTE TIPO DE PACIENTES HAY QUE MEDICARLOS POR MEDIO DE SEDANTES, LO MÁS INDICADO PARA SU INTERVENCIÓN ES LA HOSPITALIZACIÓN.

CAPITULO III

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN ANESTESIA LOCAL

LOS ANESTÉSICOS LOCALES SE APLICAN A LAS RAÍCES O TRONCOS NERVIOSOS O SON INFILTRADOS EN UNA ZONA DEL CUERPO PARA PRODUCIR ANESTESIA LOCAL, REGIONAL O DE LA CONDUCCIÓN, ÉSTO ES, LA ANESTESIA SIN LA PÉRDIDA DE LA CONCIENCIA QUE ACOMPAÑA A LA ANESTESIA GENERAL.

ALGUNOS DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES TAMBIÉN PUEDEN ACTUAR ANESTESIANDO LAS MUCOSAS, DEPUÉS DE SU APLICACIÓN TÓPICA Y TODOS TIENEN EFECTOS TÓXICOS DESPUÉS DE SER ABSORVIDOS.

LOS ANESTÉSICOS LOCALES USADOS COMUNMENTE PUEDEN SER ESTERES, AMIDAS, ÉTERES O CETONAS.

HAY LA POSIBILIDAD DE QUE OCURRAN ACCIDENTES DURANTE LA INYECCIÓN ANESTÉSICA QUE SE RELACIONA CON EL PACIENTE, OPERADOR Y EL INSTRUMENTAL. DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN PUEDE HABER COMPLICACIONES QUE SE DEBAN A LA ANESTESIA.

ACCIDENTES

1. ROTURA DE AGUJA, ÉSTA PUEDE PRODUCIRSE EN EL MOMENTO DE UNA ANESTESIA INFILTRATIVA, O DE UNA ANESTESIA REGIONAL Y LA MANERA DE PROCEDER SERÁ:
 - a) TOMAR UNA O VARIAS RADIOGRAFÍAS HASTA UBICAR PERFECTAMENTE LA AGUJA.

B) YA UBICADA CON CERTEZA LA POSICIÓN Y SITUACIÓN DE LA AGUJA, SE ANESTESIA LA REGIÓN Y SE PROCEDE A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

2. DOLOR, ÉSTO PUEDE SER RESULTANTE DE:

- A) UNA INYECCIÓN EN LA PARÓTIDA, MÚSCULO O LIGAMENTO.
- B) SOLUCIONES NO ISOTÓNICAS.
- C) SUBSTANCIAS IRRITANTES EN LA SOLUCIÓN.
- D) INYECCIÓN RÁPIDA PRODUCIENDO DISTENSIÓN TISULAR.

3. ENFISEMA, LA INFILTRACIÓN GASEOSA EN EL TEJIDO CELULAR ES UN ACCIDENTE IMPREVISIBLE, POR OTRA PARTE NO ES DE MAYOR IMPORTANCIA.

4. ISQUEMIA, ÉSTA SE DEBE A UNA VASOCONTRICCIÓN PERIFÉRICA INTERNA DE ORIGEN REFLEJO QUE DESAPARECE EN CORTO TIEMPO, AÚN CUANDO HAY OCASIONES QUE DURA HORAS DESPUÉS DE LA ANESTESIA.

5. PARÁLISIS FACIAL, ÉSTA SE PRESENTA CON LOS SIGNOS CARACTERÍSTICOS, PÁRPADO CAÍDO, ALA DE LA NARÍZ DEPRIMIDA, MEJILLA FLÁCIDA Y LA BOCA TORCIDA. ÉSTO PUEDE DEBERSE A QUE EN LA INYECCIÓN MANDIBULAR SE PENETRE DEMASIADO Y SE INYECTE EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA POR DONDE PASA EL NERVIIO FACIAL, PRODUCIÉNDOSE LA PARÁLISIS QUE DURA MIENTRAS TIENE EFECTO LA ANESTESIA.

6. LIPOTIMIA, ES EL PRIMER GRADO DE SÍNCOPE, Y SE PRODUCE SOBRE -

TODO EN PACIENTES PUSILÁNIMOS QUE SE IMPRESIONAN POR LA LONGITUD DE LA AGUJA O POR LA CANTIDAD DEL LÍQUIDO ANESTÉSICO. ÉSTA SE COMBATE FACILITANDO LA CIRCULACIÓN PERIFÉRICA, COLOCANDO AL PACIENTE EN POSICIÓN HORIZONTAL PARA CONSEGUIR MAYOR IRRIGACIÓN CEREBRAL.

SÍNCOPE, EL PACIENTE ESTÁ INTRANQUILLO, DICE SENTIRSE MAL, -- PIERDE EL COLOR, HAY SUDOR FRÍO, EL GLOBO OCULAR SE VUELVE - HACIA ARRIBA, PIERDE LA CONCIENCIA, SE RELAJA SU CUERPO Y -- PIERDE EL CONOCIMIENTO, PUEDE DEBERSE EL SÍNCOPE A:

- A) PORQUE SE INYECTE EN UN MÚSCULO, LIGAMENTO O EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA, O EN LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR.
- B) SUBSTANCIAS IRRITANTES EN LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA.
- C) SOLUCIÓN NO ISOTÓNICA.
- D) SOLUCIONES FRÍAS.
- E) SOLUCIONES CONTAMINADAS.
- F) SOLUCIÓN DEPOSITADA RÁPIDAMENTE PRODUCIENDO DISTENSIÓN TUMORAL.
- G) PUNSIONES INNECESARIAS.

EL SÍNCOPE SE COMBATE, COLOCANDO AL PACIENTE EN POSICIÓN HORIZONTAL O MEJOR AÚN EN POSICIÓN TRENDELEMBURG; FACILITAR LA CIRCULACIÓN PERIFÉRICA, INYECTAR UN TÓNICO CARDIACO COMO CAFEÍNA O CORAMINA (ICC).

COMPLICACIONES

LAS COMPLICACIONES CONSECUENTES A UNA INYECCIÓN ANESTÉSICA PUEDE APARECER EN HORAS O DÍAS DESPUÉS DE HABERSE EFECTUADO ÉSTA, LAS COMPLICACIONES PUEDEN CLASIFICARSE ASÍ:

1. DOLOR, EN DONDE SE APLICA LA INYECCIÓN ÉSTE PUEDE SER MÁS O MENOS AGUDO Y DEBERSE A:
 - A) POR TRAUMATISMOS PRODUCIDOS EN LOS TEJIDOS YA SEA DEBIDO A MANIPULACIONES ERRÓNEAS O INNECESARIAS DE LA AGUJA, O DEBIDO TAMBIÉN A SOLUCIONES ANESTÉSICAS.
 - B) POR NO INYECTAR LENTAMENTE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA PRODUCIENDO DESTENSIÓN DE LOS TEJIDOS.
 - C) POR INYECTAR SOLUCIONES IRRITANTES O NO ISOTÓNICAS.
 - D) POR SOLUCIONES ANESTÉSICAS NO PERFECTAMENTE ESTERILIZADAS.

2. CONTRACTURA DE LOS MÚSCULOS ELEVADORES DE LA MANDÍBULA. ÉSTO PUEDE DEBERSE A QUE EN EL MOMENTO DE LA INYECCIÓN MANDIBULAR SE PRODUZCA UNA CONTRACCIÓN DE LAS FIBRAS MUSCULARES DE LOS MÚSCULOS ELEVADORES, PRINCIPALMENTE DEL PTERIGOIDEO INTERNO.

3. HEMATOMA. SE PRODUCE POR LA CAUSA DE QUE AL INYECTAR SE DESGARRE O PENETRE UN VASO PRINCIPALMENTE VENOSO, SE PRODUCE UN DERRAME SANGUÍNEO INTRATISULAR, QUE APARECE DÍAS DESPUÉS, NO TIENE GRAN IMPORTANCIA SALVO QUE EL PACIENTE SE ASUSTE Y LE-

PRODUZCA DESAGRADO.

4. ANESTESIA PROLONGADA. SE DEBE A DOS MOTIVOS:
 - A) QUE LA SOLUCIÓN SE HAYA MEZCLADO CON ALCOHOL O ALGUNA OTRA SUBSTANCIA DESINFECTANTE.
 - B) POR LA ACCIÓN TRAUMÁTICA DE LA AGUJA.

5. NECROSIS, SE PUEDE PRODUCIR A CAUSA DE UNA INYECCIÓN INFILTRATIVA CON LA CUAL SE HAYA PUESTO EXCESO DE SOLUCIÓN ANESTÉSICA DEBAJO DEL TEJIDO MUCOPERIÓSTICO DENSO, ENTONCES FALTA LA CIRCULACIÓN Y SE PRODUCEN ZONAS DE NECROBIOSIS O PORCIONES DE TEJIDO MUERTO. SE OBSERVAN ESTAS COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE, EN LAS INYECCIONES PALATINAS.

6. INFECCIÓN, SE PRESENTA CON EDEMA, TRISMUS, INDURACIÓN, FIEBRE Y DOLOR, POR UTILIZAR AGUJA O ANESTÉSICOS SIN PERFECTA ESTERILIZACIÓN O QUE LA AGUJA DISEMINE UNA INFECCIÓN YA EXISTENTE.

REACCIONES ADVERSAS

DIVERSAS REACCIONES QUE CONFUNDEN PUEDEN OCURRIR JUSTAMENTE DESPUÉS DE LA INYECCIÓN DE UN ANESTÉSICO LOCAL Y ELLOS PUEDEN O NO ESTAR RELACIONADOS CON EL EFECTO DEL MEDICAMENTO EMPLEADO. SE DEBE USAR DEFINICIONES Y TÉRMINOS CONVENCIONALES CON EXACTITUD PARA REDUCIR AL MÍNIMO LA CONFUSIÓN. LA INTOXICACIÓN POR DÓISIS EXCESIVA

SE PUEDE PRESENTAR, Y EL PACIENTE PUEDE SER AFECTADO POR UNA DÓISIS MENOR QUE OTRA.

TAL RESPUESTA NUNCA SE DEBE DESCRIBIR COMO "HIPERSENSIBILIDAD" TERMINO PRECONIZADO POR EL INMUNOQUÍMICO QUE DENOTA ALÉRGIA VERDADERA LAS REACCIONES ALÉRGICAS A LOS ANESTÉSICOS LOCALES SON EXTREMADAMENTE RARAS. LA ANGUSTIA ES MUY COMÚN DURANTE EL PROCEDIMIENTO Y CULMINA CON SÍNCOPE VASO VAGAL INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE QUE LA AGUJA ES RETIRADA. LA SUPOSICIÓN DE QUE EL VASO CONSTRICTOR SIMPATICO-MIMÉTICO, AÑADIDO A LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, PUEDE ALCANZAR CONCENTRACIONES TÓXICAS COMPLICA MÁS LA DISCUSIÓN. POR ESTOS MOTIVOS LAS REACCIONES NO RELACIONADAS DIRECTAMENTE CON EL AGENTE ANESTÉSICO, ASÍ COMO LAS REACCIONES TÓXICAS DIRECTAS SE DISCUTEN POR SEPARADO.

INTOXICACION POR DOSIS EXCESIVA

LAS REACCIONES TÓXICAS OCURREN CUANDO NO SE OBSERVAN LAS PRECAUCIONES DEBIDAS, Y A UNA CANTIDAD EXCESIVA DE MEDICAMENTO ENTRA A LA CIRCULACIÓN GENERAL EN UN TIEMPO BREVE.

LA REACCIÓN PUEDE COMPRENDER ESTIMULACIÓN TRANSITORIA O PERSISTENTE DEL S.N.C., Y DEPRESIÓN CARDIOVASCULAR O LA ETAPA DEPRESIVA PUEDE APARECER SIN PREVIA ESTIMULACIÓN DEL S.N.C.

LA ESTIMULACIÓN PUEDE SER APARENTE PRIMERO COMO EXITACIÓN, APREHENSION O NÁUSEA. LA FRECUENCIA DEL PULSO SE RETARDA LIGERAMENTE Y LA PRESIÓN SANGUÍNEA SE ELEVA POCO, LA RESPIRACIÓN AUMENTA DE FRECUENCIA Y PROFUNDIDAD, LA PIEL ESTÁ PÁLIDA, FRÍA Y HÚMEDA EL CUADRO TOTAL SEMEJA UN EFECTO DE EPINEFRINA O DE ANGUSTIA INTENSA.

LA ESTIMULACIÓN DEL S.N.C. CONDUCE A SACUDIDAS MUSCULARES PRECONVULSIVAS Y LUEGO A CONVULSIVAS, ESTÁ ELEVADA LA PRESIÓN SANGUÍNEA Y LA FRECUENCIA DEL PULSO Y ENTRE LAS CONVULSIONES EL PACIENTE PUEDE PRESENTAR DISNEA, Y CIANOSIS CON RESPIRACIÓN RÁPIDA Y SUPERFICIAL.

DESPUÉS DEL PERÍODO DE EXCITACIÓN EL PACIENTE ESTÁ DEPRIMIDO Y ENCHOQUE, DEBIDO A LOS MECANISMOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, DEPRESIÓN BULBAR, VASODILATACIÓN Y DEPRESIÓN POSTCONVULSIVA PUEDE SEGUIR CON FLEXIA Y COMA, HIPOTENSIÓN EXTREMA Y PARO RESPIRATORIO.

TRATAMIENTO DE LA SOBREDOSIFICACION

EL TRATAMIENTO DIFIERE DEPENDIENDO DE QUE SE DÉ EN LA PRIMERA ETAPA CONVULSIVA O EN LA ÚLTIMA DE CHOQUE.

CONVULSIONES, LAS CONVULSIONES SON BIEN TOLERADAS SI EL PACIENTE SE MANTIENE BIEN OXIGENADO Y CON RESPIRACIÓN AUXILIADA, SE DEBE TENER A MANO OXÍGENO CON MASCARILLA Y BOLSAS.

SI EL PACIENTE ES OXIGENADO ENTRE LAS CONVULSIONES ÉL PUEDE SER -
MANTENIDO A TRAVÉS DEL PERÍODO DE EXITACIÓN SIN SUJETARLO, EL - -
RIESGO DE RECIBIR MEDICAMENTOS DEPRESORES DEL S.N.C. QUE SE SUMAN
AL ESTADO DEPRESIVO POSTICTAL O A LA DEPRESIÓN PRIMARIA.

CHOQUE, EL TRATAMIENTO DE LA ETAPA DEPRESIVA O DE CHOQUE ES EL --
MISMO QUE CUALQUIER OTRA FORMA DE CHOQUE POR LA DEPRESIÓN RESPIRA
TORIA, LA NECESIDAD DE RESPIRACIÓN AUXILIAR ES MAYOR.

CAPITULO IV

EXTRACCION CON FORCEPS

LA INTERVENCIÓN EXODONCICA REQUIERE A MENUDO CRITERIO, EXPERIENCIA Y UN CONOCIMIENTO EXACTO DE LAS PARTES INTERESADAS.

EL ÉXITO EN LA OPERACIÓN DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA DEPENDE DE LOS SIGUIENTES FACTORES:

1. ASEPCIA, 2. ANESTECIA, 3. CONFORMACIÓN DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES
4. DENSIDAD Y ESTRUCTURA DEL HUESO EN QUE ESTA EMPOTRADO EL DIENTE, --
5. POSICIÓN DE LAS RAÍCES CON RESPECTO AL HUESO, 6. SELECCIÓN DE LOS DEBIDOS INSTRUMENTOS, 7. HABILIDAD INTUITIVA DEL OPERADOR, 8. PREVENCIÓN DE ACCIDENTES, 9. TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES.

LA EXTRACCIÓN DEBE LLEVARSE A CABO EN LA LÍNEA DE MENOR RESISTENCIA, PUESTO QUE ÉSTA NOS OFRECE LA MAYOR PROBABILIDAD DE QUE EL DIENTE SALGA SIN FRACTURA, TANTO DE ÉL COMO DEL HUESO DONDE SE ALOJA.

SINDESMOTOMIA: SERÁ EL PRIMER ACTO QUIRÚRGICO QUE SE REALICE A UN DIENTE PARA SU EXTRACCIÓN, EN EL CUAL SE VA A DESPRENDER LA MUCOSA O PERIOSTIO DEL HUESO EL CUAL NOS DA MAYOR CAMPO DE TRABAJO, MEJOR VISIBILIDAD, Y DE ESTA MANERA PODEMOS COLOCAR EL FORCEPS HASTA LA ALTURA DEL CUELLO CERVICAL QUEDANDO AJUSTADOS LOS BOCADOS DEL FORCEPS. LA MUCOSA QUE VA ALREDEDOR DEL DIENTE SE PUEDE DESPRENDER CON PINZAS DE CURACIÓN, BISTURÍ PASÁNDOLO ALREDEDOR DEL CUELLO DEL DIENTE TAMBIÉN SE PUEDE DESPRENDER CON UN BOTADOR INTRODUCIENDO LA PUNTA ENTRE EL DIENTE Y LA ENCIA PARA SU DESPRENDIMIENTO.

EMPLEO DE FORCEPS EN EXODONCIA

EL INSTRUMENTO QUE MEJOR RESPONDE A LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES, EN GENERAL ES EL "FORCEPS ANATÓMICO".

LOS FABRICANTES HAN IDEADO UN GRAN NÚMERO DE ELLOS. PARA EL PRINCIPIANTE ES RECOMENDABLE UN NÚMERO BIEN ELEGIDO Y ESTUDIAR SU APLICACIÓN. -- CUANDO SE UTILIZAN DEBIDAMENTE Y CON DESTREZA NORMAL, CUMPLEN CON TODOS LOS FINES PRÁCTICOS EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS.

CON LA EXPERIENCIA SE REDUCE A MUY POCO EL NÚMERO DE LOS NECESARIOS.

FORCEPS ANATÓMICOS: DERIVA PROBABLEMENTE SU NOMBRE DEL HECHO QUE SUS RAMAS ESTAN CONFORMADAS DE TAL MANERA QUE PUEDEN APLICARSE BIÉN AL CUELLO DEL DIENTE QUE HA DE EXTRAERSE. LAS RAMAS ESTAN VACIADAS EN SUS -- EJES LONGITUDINALES DE MANERA QUE SE ACOMODAN A LA PORCIÓN MÁS VOLUMINOSA DEL DIENTE, O SEA LA CORONA. ÉSTO ES ESENCIAL PARA QUE SEA POSIBLE APLICAR LOS BOCADOS DEL FORCEPS AL CUELLO DEL DIENTE SIN APLASTAR LA CORONA.

EL FORCEPS CONSTA DE DOS PARTES:

1. PASIVA, RAMAS DEL FORCEPS.
2. ACTIVA, LOS BOCADOS.

ESTAS DOS PARTES ESTAN UNIDAS ENTRE SÍ POR UNA ARTICULACIÓN.

EL ACTO DE EXTRAER UN DIENTE DE SU ALVEOLO REQUIERE DE TRES TIEMPOS: -

- A) PRESIÓN.
- B) LUXACIÓN.
- C) TRACCIÓN.

A) PRESIÓN, CONSISTE EN LA APLICACIÓN DE LOS BOCADOS DEL FORCEPS HASTA LA UNIÓN DE LA CORONA ANATÓMICA Y LA RAÍZ LUGAR DE APOYO DONDE SE DESARROLLA LA FUERZA PARA MOVILIZAR EL DIENTE.

B) LUXACIÓN O DESARTICULACIÓN DEL DIENTE, ES EL MOVIMIENTO POR EL CUAL EL DIENTE ROMPE LAS FIBRAS PARODONTALES Y HA SU VEZ DILATA LA TABLA EXTERNA DEL ALVEOLO SE REALIZA EN DOS MOVIMIENTOS.

1. LATERALIDAD DE VESTIBULAR HACIA LINGUAL O PALATINO.
2. ROTACIÓN, ESTE ES COMPLEMENTARIO SOLO SE APLICA EN DIENTES UNIRADICULARES.

C) TRACCIÓN ÚLTIMO MOVIMIENTO DESTINADO HA DESPLAZAR FINALMENTE AL DIENTE DE SU ALVEOLO.

TECNICA EXODONTICA PARA CADA DIENTE

INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

EN ESTE DIENTE SU RAÍZ ES GENERALMENTE CÓNICA SE UTILIZA UN FORCEPS -- CON MORDIENTES IGUALES Y SIMÉTRICOS Y QUE ESTEN COLOCADOS EN EL MISMO EJE DEL MANGO.

ESTOS MORDIENTES TIENEN BORDES EN MEDIA LUNA Y ESTRIADOS PARA IMPEDIR QUE SE DESLICEN.

LOS MOVIMIENTOS QUE SE EJECUTAN PARA LA EXTRACCIÓN SON HACIA VESTIBULAR Y HACIA PALATINO, HACIENDO DESPUÉS EL ROTATORIO CON TRACCIÓN SUAVE HACIA ABAJO. EL MOVIMIENTO HACIA BUCAL DEBE SER MAYOR; PUÉS LA TABLA EXTERNA ES MÁS DELGADA Y ELÁSTICA.

LOS FORCEPS A USAR INDICADOS EN ESTOS DIENTES SON LOS NÚMEROS 65, 286 99A, 99C, 101 Y 62.

INCISIVO LATERAL SUPERIOR

LA RAÍZ DE ESTE DIENTE SUELE SER CORTA Y A VECES APLASTADA EN SENTIDO MESIODISTAL. LOS MOVIMIENTOS ADECUADOS PARA ESTE CASO SON EL MOVIMIENTO HACIA VESTIBULAR Y PALATINO, HACIENDO EN ESTE CASO EL MOVIMIENTO ROTATORIO MAS MEDIDO Y DE MENOS EXTENSIÓN Y A VECES NO HACERLO, PUÉS SUELE ESTAR INCLINADO EL APICE DE LA RAÍZ HACIA DISTAL.

NÚMERO DE FORCEPS PARA ESTE DIENTE SON LOS MISMOS QUE SE UTILIZAN PARA LOS INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES.

CANINO SUPERIOR

ESTE ES EL DIENTE MÁS LARGO Y DE RAÍZ MÁS RECIA. EN ESTE DIENTE SUELE ESTAR SOLDADA LA LÁMINA EXTERNA DEL ALVEOLO A LA RAÍZ POR LO QUE SE COMPRENDE LA DIFICULTAD DE EXTRAER ESTE DIENTE. SU RAÍZ DE FORMA CILINDRICA SUELE TENER EL APICE CURVO. EL FORCEPS USADO DEBE SER RECTO O DE BAYONETA CON SUS MORDIENTES ANCHOS PARA FACILITAR LOS MOVIMIENTOS DE EXTRACCIÓN QUE SERAN EN SENTIDO VESTIBULO PALATINO Y MOVIMIENTO ROTARIO, CUIDANDO DE NO HACER MUY EXTENSO EL MOVIMIENTO HACIA BUCAL PUES LA LÁMINA EXTERNA ES SUMAMENTE DELGADA, Y EL MOVIMIENTO ROTA

RIO PUES SUELE ESTAR EL APICE CURVO PUDIENDO FRACTURARSE.

FORCEPS A USAR 286,32, 32A, 101, 62, 150, 150A, POR NUMERACIÓN QUE LE CORRESPONDE A CADA FORCEPS SON LOS MÁS INDICADOS PARA LA EXTRACCIÓN - DE ESTE TIPO DE DIENTE ALGUNOS DE ESTA NUMERACIÓN SON TAMBIÉN UTILIZADOS EN DIENTES INCISIVOS PUES SU USO ES UNIVERSAL Y SON UTILIZADOS PARA DIFERENTES DIENTES.

PRIMER PREMOLAR SUPERIOR

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS ESTE DIENTE TIENE LA RAÍZ BIFURCADA EN EL CUELLO O EN EL TERCIO APICAL DE LA RAÍZ, LAS RAÍCES SON LARGAS DELGADAS Y CILÍNDRICAS. LOS FORCEPS QUE SE UTILIZAN EN ESTOS DIENTES SON LOS MISMOS UTILIZADOS EN LOS CANINOS E INCISIVOS. LOS MOVIMIENTOS CONVENIENTES SON EN SENTIDO VESTIBULO PALATINO LENTOS Y DE Poca AMPLITUD, HASTA QUE CEDA EL DIENTE DE SU ALVEOLO, SI LA RAÍZ ESTA BIFURCADA NO SE HARÁ MOVIMIENTO ROTATORIO.

SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR

ESTE DIENTE RARA VEZ PRESENTA LA RAÍZ BIFURCADA ES DE RAÍZ MENOS PLANA MESIODISTALMENTE QUE EL PRIMER PREMOLAR SUPERIOR ADEMÁS DE MENOR TAMAÑO. PARA SU EXTRACCIÓN SE UTILIZAN LOS FORCEPS QUE SE INDICAN PARA LOS DIENTES MENCIONADOS ANTERIORMENTE. LOS MOVIMIENTOS SERÁN EN SENTIDO VESTIBULO PALATINO ASENTUANDO UN POCO MÁS EL SENTIDO PALATINO POR LA RAZÓN DE QUE EL DIENTE SUELE ESTAR INCLINADO HACIA ESTE LADO. DEBE TENERSE ESPECIAL CUIDADO EN LA EXTRACCIÓN DE ESTE DIENTE POR LAS RELACIONES QUE EXISTEN ENTRE ESTE DIENTE Y EL SENOS MAXILAR.

PRIMER MOLAR SUPERIOR

LAS RAÍCES DE ESTE DIENTE SE PRESENTAN POR LO GENERAL MUY SEPARADAS, -
POR ESTE MOTIVO SE ENCUENTRAN FIRMEMENTE AFIANZADAS A SU ALVEOLO.

EN ESTE CASO EL FORCEPS QUE UTILIZAREMOS TIENE LOS BORDES ASIMÉTRICOS-
DE ACUERDO CON LA ANATOMÍA DE LA PIEZA DENTARIA, SU BORDE INTERNO ESTA
CORTADO EN MEDIA LUNA Y EL EXTERNO FORMADO POR DOS MEDIAS LUNAS QUE SE
ADAPTAN A LA ANATOMÍA DE ESTE DIENTE LAS DOS MEDIAS LUNAS QUE FORMAN -
EL BORDE DE ESTE INSTRUMENTO SE INTRODUCE ENTRE LAS RAÍCES VESTIBULARES
SEGÚN AL LADO QUE CORRESPONDA EL FORCEPS YA SEA DERECHO O IZQUIERDO. -
LOS MOVIMIENTOS ADECUADOS SON DE VESTIBULAR HACIA PALATINO, HACIENDO -
MÁS AMPLIO EL MOVIMIENTO HACIA VESTIBULAR, PROCURANDO HACER LOS MOVI-
MIENTOS ALTERNATIVAMENTE HASTA AFLOJAR EL DIENTE TIRANDO HACIA AFUERA-
DE SU ALVEOLO SUAVEMENTE PARA NO FRACTURAR LAS RAÍCES LARGAS Y DIVER--
GENTES QUE POSEÉ ESTE DIENTE.

LOS FORCEPS QUE TIENEN LOS BOCADOS CON LAS CARACTERÍSTICAS YA MENCIONA
DAS PARA PRIMER MOLAR SUPERIOR SON LAS NÚMEROS 88R, 18R, 88R, 88L.

SEGUNDO MOLAR SUPERIOR

ESTE DIENTE PRESENTA MENOS DIVERGENTES SUS RAÍCES Y FRECUENTEMENTE LA-
RAÍZ DISTAL Y PALATINA ESTAN FUSIONADAS.

UTILIZAMOS LOS MISMOS FORCEPS INDICADOS PARA EL PRIMER MOLAR, LOS MOVI
MIENTOS SERÁN TAMBIÉN DE VESTIBULAR A PALATINO CON MAYOR AMPLITUD HA--

CIA VESTIBULAR COMO EN EL CASO DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR POR LA RAZÓN DE QUE LA LÁMINA EXTERNA ES DELGADA Y CEDE CON MAYOR FACILIDAD.

TERCER MOLAR SUPERIOR

ESTE DIENTE NO TIENE UNA ANATOMÍA ESPECÍFICA, PUEDE TENER TRES O MÁS RAÍCES, PEQUEÑAS Y CASI SIEMPRE FUSIONADAS. LOS MOVIMIENTOS QUE MEJOR SE INDICAN SON HACIA VESTIBULAR, ATRAS Y HACIA ABAJO, PROCURANDO SEGUIR LA CURVATURA DE LAS RAÍCES. TENDREMOS EL CUIDADO DE NO FRACTURAR LA TUBEROCIDAD. ESTE DIENTE PUEDE EXTRAERSE CON FACILIDAD HACIENDO USO DEL BOTADOR DE "BANDERA" QUE CON LIGEROS MOVIMIENTOS EN SENTIDO DISTAL DESARTICULA AL DIENTE DE SU ALVEOLO, TENIENDO EL CUIDADO DE NO FRACTURAR LA TUBEROCIDAD. EL FORCEPS USADO ES EN FORMA DE BAYONETA Y LOS BORDES DE SUS MORDIENTES SON EN MEDIA LUNA ENTRE LOS QUE ENCONTRAMOS ESTAN 32, 32A, 210, 101.

INCISIVO CENTRAL INFERIOR

EN ESTE DIENTE OBSERVAMOS SU RAÍZ CORTA Y APLASTADA MESIODISTALMENTE. LOS MOVIMIENTOS SERÁN DE LABIAL HACIA LINGUAL AL CEDER EL DIENTE DE SU ALVEOLO SE HARÁ LA TRACCIÓN HACIA ARRIBA Y FUERA DEL ALVEOLO. LOS FORCEPS EN SUS BOCADOS SON SEMEJANTES AL QUE UTILIZAMOS PARA LOS DIENTES INCISIVOS SUPERIORES SOLO UN POCO MÁS ANGOSTOS Y FORMAN ÁNGULO RECTO CON EL MANGO DE ESTOS SON 103, 151, 203, 101, 62.

INCISIVO LATERAL INFERIOR

ES UN DIENTE SEMEJANTE AL DIENTE CENTRAL INFERIOR. SE UTILIZA EL MISMO FORCEPS Y LOS MOVIMIENTOS SERÁN LOS MISMOS.

CANINO INFERIOR

LA RAÍZ DE ESTE DIENTE LA ENCONTRAMOS CÓNICA ALARGADA Y MUY UNIDA A LA PARED LABIAL DEL ALVEOLO. USAREMOS UN FORCEPS SEMEJANTE AL DE LOS INCISIVOS INFERIORES CON SUS BORDES UN POCO MÁS ANCHOS 85, 85A, 203, 151, - 101, 62. LOS MOVIMIENTOS SERÁN DE LABIAL A LINGUAL Y LIGERAMENTE ROTATORIOS.

PRIMER PREMOLAR INFERIOR

POSEÉ UNA SOLA RAÍZ CÓNICA Y MUY FIRME A SU ALVEOLO. LOS FORCEPS QUE UTILIZAMOS SERÁN LOS MISMOS QUE SE UTILIZAN EN CANINOS INFERIORES E INCISIVOS AUMENTANDO EL 151A. LOS MOVIMIENTOS PARA SU EXTRACCIÓN DE LABIAL A LINGUAL PROCURANDO HACER EL MOVIMIENTO HACIA LINGUAL MÁS EXTENSO POR HABER EN ESTA ZONA MÁS TEJIDO ESPONJOSO, HACIENDO MOVIMIENTO ROTATORIO Y TRACCIÓN DEL DIENTE HACIA FUERA DE SU ALVEOLO.

SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR

LA ANATOMÍA DE ESTE DIENTE ES MUY SEMEJANTE AL ANTERIOR UTILIZAMOS EL MISMO TIPO DE FORCEPS Y LOS MOVIMIENTOS SERÁN LOS MISMOS.

PRIMER MOLAR INFERIOR

LA CORONA DE ESTE DIENTE ES DE MAYOR TAMAÑO CON DOS RAÍCES UNA MESIAL Y OTRA DISTAL, POR CIERTO SON RECIAS Y A MENUDO DIVERGENTES. LAS PAREDES VESTIBULAR Y LINGUAL SON MUY DENSAS EN ESTA PARTE DE LA MANDIBULA, POR LO CUAL NECESITAREMOS VENCER UNA GRAN RESISTENCIA. ES CONVENIENTE-

COLOCARSE DETRÁS DEL PACIENTE Y ASÍ EQUILIBRAR LAS FUERZAS CORRECTAMENTE CON MOVIMIENTOS DE LINGUAL HACIA VESTIBULAR HACIENDO FUERZA DE TRACCIÓN HACIA VESTIBULAR.

EL FORCEPS TENDRÁ LOS MORDIENTES SIMÉTRICOS CON UN PICO CENTRAL PARA INTRODUCIRLOS ENTRE LAS DOS RAÍCES, 15, 287, 16, 17, 23, 101, SON UN TIPO DE FORCEPS QUE CUMPLEN CON LAS CARACTERÍSTICAS QUE SE EXIGEN DE ACUERDO A LA ESTRUCTURA ANATÓMICA DE ESTE DIENTE.

SEGUNDO MOLAR INFERIOR

EXISTEN MUY POCAS VARIANTES PARA REALIZAR LA EXTRACCIÓN DE ESTE DIENTE SE USARÁ EL MISMO INSTRUMENTAL Y LA MISMA TÉCNICA QUE EN EL CASO DEL PRIMER MOLAR INFERIOR.

TERCER MOLAR INFERIOR

LA EXTRACCIÓN DE ESTE DIENTE EN FORMA NORMAL NO ES DIFÍCIL, SUS RAÍCES PUEDEN ESTAR FUSIONADAS, EN ESTE CASO LA EXTRACCIÓN ES RELATIVAMENTE FÁCIL. USAREMOS LOS FORCEPS 85, 85A, 222, QUE SON LOS INDICADOS PARA ESTE TIPO DE DIENTE. HAREMOS LOS MOVIMIENTOS DE VESTIBULAR A LINGUAL DANDO MÁS AMPLITUD AL MOVIMIENTO HACIA LINGUAL PORQUE LA LÁMINA EXTERNA ESTÁ REFORZADA POR LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA, PROCURANDO HACER ESTE MOVIMIENTO CON SUMO CUIDADO PARA NO FRACTURAR LA LÁMINA.

DIENTES TEMPORALES

LAS TÉCNICAS EXODONTICAS EN ESTOS DIENTES SON MUY SEMEJANTES A LAS DE LOS DIENTES PERMANENTES, CON LA VENTAJA QUE ENCONTRAMOS MENOR RESISTEN-

CIA AL EFECTUAR LOS MOVIMIENTOS DE LUXACIÓN.

HAY CASOS EN QUE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES TEMPORALES SUELEN ESTAR MUY LARGAS Y DELGADAS Y AL EFECTUAR LOS MOVIMIENTOS DE LUXACIÓN ESTAS SE FRACTURAN, LO ACONSEJABLE EN ESTOS CASOS ES DEJARLAS PRINCIPALMENTE, SINO SE ENCUENTRAN SUPERFICIALMENTE, ESTO ES CON EL FIN DE NO LESIONAR EL GÉR MEN DEL DIENTE PERMANENTE.

LOS FORCEPS QUE SE USAN PARA ESTOS DIENTES SON MUY SEMEJANTES A LOS USADOS EN LOS DIENTES PERMANENTES, INCLUSO ALGUNOS DE ELLOS NOS SIRVEN PARA LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES PERO EN SÍ LOS MÁS ADECUADOS SON DE MENOR TAMAÑO ESPECIALES PARA DIENTES INFANTILES.

DESPUÉS DE LA TOTAL EXTRACCIÓN DE UN DIENTE SEA TEMPORAL O PERMANENTE, DEBE OBSERVARSE EL ESTADO DEL BORDE ALVEOLAR, REMOVER TODO RESTO DE FRAGMENTO DE HUESO Y COMPRIMIR CON LOS DEDOS INDICE Y PULGAR LAS LÁMINAS EXTERNA E INTERNA DEL ALVEOLO PUÉS TIENDEN A ENSANCHARSE CON LOS MOVIMIENTOS DE LUXACIÓN Y DE ESTA MANERA EL TAPONAMIENTO Y LA CICATRIZACIÓN POSTERIOR SEAN MÁS RÁPIDOS.

EL TAPONAMIENTO QUE HAREMOS EN LA HERIDA SERÁ CON EL FIN DE PRODUCIR LA HEMOSTASIA CAPILAR, SEA CON GASA O ALGODÓN INDICANDO AL PACIENTE QUE MORDIENDO HAGA UNA PRESIÓN LEVE Y UNIFORME APROXIMADAMENTE DURANTE UNA MEDIA HORA, ASÍ FORMAREMOS EL CUÁGULO SANGUÍNEO, ADVIRTIENDO AL PACIENTE DE NO HACER SUCCIONES EN LA HERIDA, Y SE ABSTENGA DE NO INTRODUCIR LA LENGUA EN EL ALVEOLO, DURANTE EL TIEMPO QUE DURA CON EL TAPONAMIENTO EVITE ESCUPIR O ENGUAJARSE LA BOCA, Y ASÍ NO ARRASTRAR EL CUÁGULO, PROVOCANDO QUE SANGRE NUEVAMENTE.

CAPITULO V

USO DEL BOTADOR

DESCRIPCIÓN Y MANEJO DEL BOTADOR.- LAS PARTES DE QUE CONSTA UN BOTADOR SON: MANGO, VÁSTAGO Y HOJA.

MANGO: SIGUE LA DIRECCIÓN DEL VÁSTAGO TENIENDO UNA LONGITUD APROXIMADA DE UNOS 7.5 CM. SER RUGOSO Y SUFICIENTEMENTE ANCHO PARA PODER TOMARLO-COMODAMENTE Y ASÍ PODER HACER UNA PRESIÓN FIRME. EL VOLÚMEN DEL MANGO-ES IMPORTANTE PARA COGERLO BIÉN DURANTE LOS MOVIMIENTOS QUE SEAN NECESARIOS PARA DESARTICULAR UN DIENTE, SI EL ES MUY DELGADO LA PALMA DE -LA MANO PODRÍA RESBALAR DURANTE LOS MOVIMIENTOS. TODO EL INSTRUMENTAL-DEBE ESTAR HECHO DE METAL, PREFERENTEMENTE DE ACERO FORJADO DE UNA SO-LA PIEZA, QUE PUEDE HACERSE MÁS LIGERO SI SE HACE EL MANGO HUECO.

VÁSTAGO: ES EL BRAZO DE LA PALACANCA, SEGÚN LOS CASOS ES RECTO O CON -UNA LIGERA CURVATURA PARA FACILITAR LOS MOVIMIENTOS SEGÚN LAS CARACTE-RÍSTICAS DE LA CAVIDAD BUCAL. DEBE SER DE UN LARGO TAL QUE PERMITA DE-SARROLLAR EL ESFUERZO, CON SEGURIDAD EN SU MANEJO.

HOJA: ES LA PARTE TERMINAL Y MÁS IMPORTANTE DEL INSTRUMENTO PUES AHÍ -SE ENCUENTRA EL PUNTO DE APOYO Y EL PUNTO DE APLICACIÓN, ES LA RESIS--TENCIA. ES LA PARTE QUE SE APLICA AL DIENTE, Y ALGUNAS FORMAS ESTÁN --CONSTRUIDAS CON LA INTENCIÓN DE QUE SE ADAPTEN A LA RAÍZ. LA HOJA DEBE SE DELGADA, DE UNA ANCHURA DE UNOS 5 MM. APROXIMADAMENTE PLANA O LIGE-RAMENTE CONCAVA POR SU SUPERFICIE ANTERIOR Y CONVEXA POR LA POSTERIOR, CON LOS BORDES BICELADOS SEGÚN EL TIPO QUE SEA "RECTO" LA HOJA VA EN -

LA MISMA DIRECCIÓN DEL VÁSTAGO, Y LA QUE FORMA ÁNGULO CON EL VASTAGO SE LE CONOCE COMO DE "BANDERA".

PARA OPERAR SE UTILIZA EL BOTADOR COMO UNA SIMPLE PALANCA, DEBE AGARRARSE FIRMEMENTE POR EL MANGO, Y SOSTENERLO COMO UNA CUCHILLA CON EL DEDO ÍNDICE DE LA MANO DESCANSANDO SOBRE LA HOJA, ESTO NO SOLO LE DÁ ESTABILIDAD, TAMBIÉN FUNCIONARÁ COMO UN OBSTÁCULO DE DEFENSA EN EL CASO QUE EL INSTRUMENTO PUEDA RESBALAR.

SI SE REQUIERE DE MAYOR FUERZA, PUEDE UTILIZARSE EL DEDO PULGAR EN LUGAR DEL DEDO ÍNDICE. AL INTRODUCIR EL BOTADOR SE PROCURA QUE LA HOJA QUEDE SUJETA A LA RAÍZ DEL DIENTE, HACIENDO LIGEROS MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN AYUDARÁN A INTRODUCIR LA HOJA SEPARANDO ASÍ AL DIENTE DE SU ALVEOLO.

USO DEL BOTADOR EN LA MANDIBULA.

REGIÓN MOLAR: PRECISAMENTE EN ESTA ZONA DONDE ESTA MÁS INDICADO EL USO DEL BOTADOR, POR LAS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS DE LA REGIÓN.

- A) DIENTES CON CORONA; UN DIENTE CON RAÍCES DIVERGENTES, CON CORONA LUXADA YA POR EL FORCEPS Y OPONE RESISTENCIA A SU EXTRACCIÓN, ESTA INDICADO EL USO DEL BOTADOR, QUE SE HARÁ PENETRAR PROFUNDAMENTE EN EL ESPACIO INTERRADICULAR DANDO UN MOVIMIENTO DE ROTACIÓN SOBRE SU PROPIO EJE SE CONSIGUE LEVANTAR AL DIENTE DE SU ALVEOLO.

- B) DIENTES SIN CORONA; SI UN DIENTE NO SE PUEDE EXTRAER CON FORCEPS POR FALTA DE CORONA Y SE PRESENTA ALGÚN CASO COMO QUE TEN

GA RAÍCES BIFURCADAS O QUE LAS RAÍCES ESTEN FUSIONADAS NO SERÁ POSIBLE LA EXTRACCIÓN CON FORCEPS.

RAÍCES BIFURCADAS, PUEDEN ESTAR UNIDAS A NIVEL DEL CUELLO O INDEPENDIENTES; EN EL PRIMER CASO SE USA UN BOTADOR QUE SE INTRODUCE ENTRE LAS DOS RAÍCES CON MOVIMIENTO DE ROTACIÓN SE DESPLAZA AL DIENTE HACIA ARRIBA; EN EL CASO DE ESTAR LAS RAÍCES INDEPENDIENTES, SE APOYA EL BOTADOR SOBRE LA RAÍZ MESIAL Y CON UN MOVIMIENTO ROTATORIO SE ELEVA LA RAÍZ, EN LA EXTRACCIÓN DE LA RAÍZ DISTAL EL BOTADOR SE APOYA EN EL ÁNGULO ÓSEO DISTOBUCAL SE EFECTÚA UN MOVIMIENTO DE ROTACIÓN Y LA RAÍZ MESIAL SE EXTRAÉ.

RAICES FUSIONADAS, SE INTRODUCE LA HOJA DEL BOTADOR ENTRE LA RAÍZ DEL DIENTE Y EL HUESO POR DISTAL O MESIAL SEGÚN EL CASO, SE BUSCA UN APOYO EN EL BORDE ALVEOLAR Y CON MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN SE LEVANTA LA RAÍZ DEL DIENTE.

REGIÓN DE LOS PREMOLARES; EN ESTA REGIÓN DE LA MANDÍBULA HAY UN GRAN ENSANCHAMIENTO ÓSEO, POR LO QUE LAS RAÍCES DE ESTOS DIENTES ESTAN SEPARADAS DE LAS CARAS EXTERNA E INTERNA DEL HUESO POR ABUNDANTE TEJIDO ÓSEO. SE APROBECHA ESTA CARACTERÍSTICA ANATÓMICA COLOCANDO EN LA PARTE MESIOBUCAL O DISTOBUCAL DEL DIENTE, ENTRE RAÍZ Y HUESO SE INTRODUCE LA HOJA DEL BOTADOR Y SE PROCEDE A LEVANTAR LA RAÍZ.

REGIÓN DE INCISIVOS CANINOS; EL USO DEL BOTADOR EN ESTA REGIÓN TIENE MENOS INDICACIÓN POR LO DELGADO DE LAS LÁMINAS ALVEOLARES, CUANDO FALTA UN DIENTE VECINO SI SE PUEDE USAR EL BOTADOR. LO MÁS INDICADO EN ESTOS CASOS ES DECIDIRSE POR LA EXTRACCIÓN A COLGAJO.

USO DEL BOTADOR EN MAXILAR SUPERIOR.

REGIÓN MOLAR: AQUÍ COMO EN LA REGIÓN DE LA MANDÍBULA ES MÁS INDICADO - EL USO DEL BOTADOR.

- A) DIENTES CON CORONA; EN ESTOS CASOS SE APLICA A DIENTES ECTÓPICOS O SUPERNUMERARIOS SE DESPRENDE LA ENCÍA Y SE INTRODUCE UN BOTADOR RECTO ACANALADO, ENTRE LA CORONA Y DIENTES VECINOS SE HACEN MOVIMIENTOS SUAVES Y MIDIENDO LA RESISTENCIA QUE OPONE EL DIENTE, PARA EVITAR LA FRACTURA DE LA CORONA Y LAS LÁMINAS ALVEOLARES.
- B) DIENTES SIN CORONA; DOS VARIEDADES CON RAÍCES BIFURCADAS O CON RAÍCES FUSIONADAS.

RAÍCES BIFURCADAS PRESENTA RAÍCES UNIDAS EN EL CUELLO Y SEPARADAS SE PROCEDE A SEPARARLAS CON FRESA DE FISURA SE INTRODUCE LA HOJA DE UN BOTADOR RECTO SE EXTRAE PRIMERO UNA Y DESPUÉS LA OTRA.

RAÍCES FUSIONADAS: ES PREFERIBLE PROCEDER A LA EXTRACCIÓN CON FORCEPS O LA TÉCNICA DE COLGAJO SI EL CASO LO REQUIERE.

REGIÓN ANTERIOR: DIENTES CON CORONA, SE EXTRAERÁ UN DIENTE CON BOTADOR SOLO EN EL CASO QUE ESTE EN POSICIÓN ANORMAL, COMO LOS CANINOS QUE SE SITUAN ENTRE INCISIVOS LATERALES Y PRIMER PREMOLAR, Y HACIA VESTIBULAR Y LOS SUPERNUMERARIOS ENTRE INCISIVOS CENTRALES EN PALADAR OCUPANDO LA LÍNEA MEDIA. EN CASO DE CANINOS SE TOMA UN BOTADOR RECTO ACANALADO Y SE INTRODUCE CON MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN HASTA QUE SE MUEVA EL DIENTE - SE USA EL FORCEPS SIN FRACTURAR LA LÁMINA EXTERNA OSEA. EN DIENTES SU-

PERNUMERARIOS SE USA UN BOTADOR DE HOJA ACANALADA INTRODUCIENDO ENTRE HUESO Y DIENTE, Y CON MOVIMIENTOS ROTATORIOS SE LOGRA DESALOJAR LA RAÍZ DEL DIENTE.

DIENTES SIN CORONA: SON MENOS FRECUENTES LOS ACCIDENTES DE EXTRACCIÓN EN LA REGIÓN ANTERIOR, PERO PUEDE OCURRIR LA FRACTURA DE LA RAÍZ DE UN INCISIVO O UN CANINO, QUEDANDO MUY PROFUNDA, ESTO SUELE SUCEDER SI HAY CURVATURA EN EL APICE, EXISTA CEMENTOSIS O LA RAÍZ ESTE AHUECADA POR LA ACCIÓN DE LA CARIÉS. EN ESTOS CASOS SERÁ PREFERIBLE LA TÉCNICA DE "COLGAJO", MÁS AÚN SI LA RAÍZ ESTÁ CERCA DEL REBORDE ALVEOLAR Y LA LÁMINA ÓSEA PALATINA ES RESISTENTE, SE PUEDE RECURRIR A UN BOTADOR RECTO DE HOJA ACANALADA, Y SE INTRODUCE ENTRE LA RAÍZ Y LA TABLA PALATINA, SE LUXA EL DIENTE CON LIGEROS MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN.

RESUMIENDO LO EXPUESTO, ES UN INSTRUMENTO CON EL CUAL SE RESUELVEN CASOS COMPLICADOS Y ADEMÁS ES AUXILIAR DE OTRAS TÉCNICAS EXODÓNTICAS. SU TÉCNICA ES SENCILLA Y SU USO ES INDISPENSABLE EN MUCHAS EXTRACCIONES.

CAPITULO VI

TECNICA QUIRURGICA DE LA EXTRACCION A COLGAJO

LA OPERACIÓN ABIERTA O DE COLGAJO CONSISTE EN DESPRENDER EL DIENTE DE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES POR MEDIO DE LA DISECCIÓN AL DESCUBIERTO. ESTE PROCEDIMIENTO PUEDE ESTAR INDICADO POR LA CONDICIÓN FÍSICA DEL DIENTE Y DE LAS ESTRUCTURAS ÓSEAS CIRCUNDANTES, POR LAS LESIONES PATOLÓGICAS ASOCIADAS. SIN EMBARGO, LA OPERACIÓN NO HA DE CONSIDERARSE UN MÉTODO DE ELECCIÓN, SINO SIMPLEMENTE UNA MEDIDA ESPECIALMENTE INDICADA EN CIERTOS CASOS.

ENTRAREMOS AHORA EN LA DISCUSIÓN DE UN ASPECTO DESAGRADABLE DE ESTE PROBLEMA. SE PREGUNTA AMENUDO: ¿ PUEDE EL ODONTOLOGO ORDINARIO INTERVENIR PARA PRACTICAR ESTE TIPO DE CIRUGÍA MENOR ? EN RESPUESTA A TAL PREGUNTA DEBEMOS RECONOCER CON PESAR QUE UNA PROPORCIÓN DE PROFESIONALES DE LA ODONTOLOGÍA NO ESTAN PREPARADOS PARA EMPRENDER ESTA LABOR. SI ADMITIMOS, COMO REALMENTE DEBEMOS, QUE EN LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES SE PRESENTAN CON FRECUENCIA CONDICIONES EN LAS QUE ESTA INDICADA TAL OPERACIÓN, ENTONCES TODO ODONTOLOGO QUE PRACTICA EXTRACCIONES NO SOLO ACCIDENTALMENTE, SINO CON FRECUENCIA, DEBE DOMINAR ESTA CLASE DE LABOR, QUE EN ÚLTIMO TÉRMINO CONSTITUYE UNO DE LOS REFINAMIENTOS MÁS ADELANTADOS DE LA EXTRACCIÓN DE DIENTES O DE RAÍCES.

ESTAS OPERACIONES DEBEN PRACTICARSE CON LA ASEPSIA MÁS RIGUROSA QUE EXIGE LA CIRUGÍA. EN ESTO, TODOS LOS QUE DESEÉN PUEDEN DOMINAR LA TÉCNICA DESARROLLANDO LA HABILIDAD NECESARIA. ANTE TODO RESULTA ESENCIAL POSEER FACILIDADES PARA LA ESTERILIZACIÓN COMPLETA Y SEGUIR UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA PERFECTA, PARA LO CUAL SE REQUIERE UN ESTUDIO Y ESmero

NOTABLES. SI SE FRACASA EN LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE A CAUSA DE INHABILIDAD INNATA O ADQUIRIDA PUEDE PERDONARSE. PERO CUANDO LA INFECCIÓN, LA ÓSTEMIELITIS, LA NECROSIS Y OTRAS COMPLICACIONES SEPTICAS APARECEN POR FALTA DE LIMPIEZA QUIRÚRGICA, EL PROBLEMA ES OTRO Y MUY DISTINTO.

POR CONSIGUIENTE, DEBEMOS AFIRMAR QUE ESTAS OPERACIONES DEBEN PRACTICARLAS TAN SÓLO AQUELLOS PROFESIONALES QUE, POR SU ESmero, EXPERIENCIA Y CURSOS PRÁCTICOS DE AMPLIACIÓN DE LA CARRERA, SE HAN PUESTO A LA ALTURA DE LAS CIRCUNSTANCIAS Y HAN INTRODUCIDO EN SUS GABINETES UN SISTEMA QUE FUNCIONE CON PRECISIÓN Y NO SIMPLEMENTE MEDIDAS RUTINARIAS PARA EL MANTENIMIENTO DE LA ASEPCIA QUIRÚRGICA. SE CONFIRMA LO EXPUESTO TENIENDO EN CUENTA QUE HAY NUMEROSOS PROFESIONALES QUE EJERCEN LEJOS DE LAS GRANDES CIUDADES Y HAN DE EXTRAER VARIOS DIENTES.

INDICACIONES PARA EXTRACCION A COLGAJO

1. CUANDO SEA NECESARIO EXTIRPAR HUESO.
2. EN CASO QUE LOS TEJIDOS BLANDOS CORRAN PELIGRO DE SER TRAUMATIZADOS MIENTRAS SE ACTÚA SOBRE LOS DIENTES O EL HUESO.
3. SIEMPRE QUE SEA NECESARIA UNA ADECUADA EXPOSICIÓN DEL CAMPO OPERATORIO.

ES NECESARIO OBSERVAR LAS SIGUIENTES CONDICIONES PARA UN BIEN COLGAJO:

1. DEBE SER TAN AMPLIO, QUE DÉ UNA BUENA EXPOSICIÓN DE TODA LA HERIDA OSEA.
2. LA BASE DEBE SER TAN AMPLIA O MÁS QUE EL MÁRGEN LIBRE PARA ASEGURAR UNA IRRIGACIÓN SUFICIENTE POSTOPERATORIA, DEBEN DISEÑARSE INCISIONES VERTICALES CON ÁNGULOS LIGERAMENTE REDONDEADOS.

3. DEBE TENERSE TODO EL ESPESOR DEL MUCOPERIOSTIO SIN DIVIDIRSE.
4. LAS INCISIONES VERTICALES DEBEN HACERSE EN UN SITIO QUE FACILITE LA READHERENCIA EPITELIAL, O SEA EN UN ESPACIO INTERPROXIMAL Y EN UN NIVEL DENTARIO DISTANTE DE LA HERIDA ÓSEA, PARA QUE EL BORDE DEL COLGAJO DESCANSE SOBRE HUESO.

TECNICA QUIRURGICA

AL EJECUTAR ESTE PROCEDIMIENTO SE INTERVIENE:

- A) SOBRE LOS TEJIDOS BLANDOS.
- B) SOBRE LOS MAXILARES.
- C) SOBRE EL LIGAMENTO ALVÉOLO DENTARIO Y EL DIENTE.

TOMANDO EN CUENTA PARA TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA LOS SIGUIENTES PUNTOS:

1. ASEPTICIA
2. ANESTESIA
3. SEPARACIÓN DE LOS LABIOS O DE LAS MEJILLAS
4. INCISIÓN
5. LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO CON LEGRA
6. TODO LO REFERENTE A LA MANIPULACIÓN, EXTRACCIÓN DEL DIENTE O DE LA RAÍZ, CURETAJE DE CAVIDAD QUISTICA, ALVEOLECTOMIA, ETC. TODO LO REFERENTE A TEJIDOS DUROS.
7. REGULARIZACIÓN DE LOS BORDES CON LIMAS PARA HUESO.
8. ELIMINACIÓN DE PARTÍCULAS DE HUESO O DE DIENTE RESTOS DE AMALGAMA O CEMENTO. ÉSTA LIMPIEZA DEBE HACERSE CON ESPECIAL DETALLE DEBAJO DEL COLGAJO Y EN LAS PARTES CAVERNOSAS OCULTAS QUE PUEDEN QUEDAR EN EL HUESO, TERMINANDO CON IRRIGACIÓN Y ASPIRACIÓN.

9. REUBICACIÓN DEL COLGAJO EN POSICIÓN Y SUTURA DEL MISMO CUIDADO DE NO DEJAR HUESO AL DESCUBIERTO.
- A) LA INCISIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS SE HACE CON BISTURÍ DE HOJA -- DELGADA. FORMA Y TAMAÑO DE LA INCISIÓN SERÁ ADECUADA AL CASO, BUSCANDO LOGRAR BUENA IRRIGACIÓN DEL COLGAJO Y UNA PERFECTA VISIBILIDAD. PRACTICADA LA INCISIÓN, SE DESPRENDE LA MUCOSA CON LEGRAS NO CORTANTES PARA NO PERFORAR LA CAPA MUCOSA POR SER DELGADA.
- B) SOBRE HUESO, PARA LA RESECCIÓN PARCIAL DEL HUESO MAXILAR DEBEN EMPLEARSE ESCOPILOS Y GUBIAS BIEN AFILADAS. ACTUALMENTE SE HACE USO DE LAS FRESAS QUIRÚRGICAS, HAY QUIENES LO DESACONSEJAN POR PRODUCIR CALENTAMIENTO ESTE SE EVITA CON IRRIGACIÓN DE AGUA BIDESTILADA O SUERO FISIOLÓGICO. ES ACONSEJABLE SER ECONÓMICOS EN LA ELIMINACIÓN DEL HUESO CONCRETANDONOS A ELIMINAR LO ABSOLUTAMENTE INDISPENSABLE.
- C) SOBRE EL DIENTE Y EL LIGAMENTO ALVÉOLO DENTARIO, UNA VEZ DESCUBIERTA LA RAÍZ SE PROCEDERÁ A USAR FORCEPS O BOTADOR INDICADOS PARA EL CASO. CUANDO LA RAÍZ A SIDO ELIMINADA, SE PROCEDE A RETIRAR LOS TEJIDOS BLANDOS ENFERMOS CON CUCHARILLAS ADECUADAS Y BIEN AFILADAS PROCURANDO RESPETAR EL PERIOSTIO, SE REGULARIZAN LOS BORDES OSEOS PARA OBTENER SUPERFICIES LISAS Y ASÍ OBTENER UNA BUENA CICATRIZACIÓN TANTO MEDIATA COMO INMEDIATA. SE PROCEDE A LA COLOCACIÓN DEL COLGAJO, COLOCANDO LOS BORDES DEJANDO LA MENOR SOLUCIÓN-DE CONTINUIDAD POSIBLE, EL COLGAJO DEBERÁ DESCANSAR SOBRE HUESO INTACTO PARA QUE SE MANTEGA EN POSICIÓN, Y DE ESTA MANERA DESCANSE SOBRE HUESO EN UNA FORMA SUFICIENTEMENTE EXTENDIDA PARA ELLO -

AL PLANEARLO ES NECESARIO HACERLO CON LA IDEA DE QUE AL VOLVERLO A COLOCAR EN SU POSICIÓN PRIMITIVA, CUBRA AMPLIAMENTE LA BRECHA - ÓSEA SOLO EN CASOS EXCEPCIONALES EN QUE NO SE CONSIGA ESTE PERFECTO ENFRENTAMIENTO NO SE LE PUEDA MANTENER EN POSICIÓN SERÁ NECESARIO HACER UNO O MÁS PUNTOS DE SUTURA.

EXTRACCION A COLGAJO EN MAXILAR SUPERIOR

SECCION ANTERIOR (INCISIVOS A CANINOS)

ASEPTICIA, LA CONVENIENTE A REALIZARSE.

ANESTECIA, LA MÁS INDICADA, LOCAL INFILTRATIVA.

SEPARACIÓN DEL LABIO Y CARRILLO, PARA UNA VISIÓN MAYOR.

INCISIÓN, SE USA UN BISTURÍ LA HOJA CORTA Y FINA SE HACE LA INCISIÓN A LA ALTURA DEL APICE DEL DIENTE QUE SE VÁ A INTERVENIR, SE INCIDE EN LA MUCOSA RESPETANDO PERIOSTIO Y SE DIRIGE LA LÍNEA DE INCISIÓN HACIA ABAJO HASTA EL REBORDE GINGIVAL EN EL REBORDE INTERDENTARIO SE CORTAN LAS ADHERENCIAS DE LA MUCOSA CON EL CUELLO Y SE LLEGA AL ESPACIO INTERDENTARIO. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LA VÍA A ELEGIR ES LA VESTIBULAR, PERO A VECES ES NECESARIO HACERLA POR PALADAR HACIENDO ENTONCES LA INCISIÓN SEGÚN SE REQUIERE GENERALMENTE MÁS AMPLIA.

LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO, SE DESPRENDE LA ENCÍA QUE FORMA EL COLGAJO - MUCOSO USANDO LEGRAS ADECUADAS.

OSTEOTOMIA, LAS CARACTERÍSTICAS OSEAS VARÍAN SEGÚN SE TRATE DE LA PARTE ALVEOLAR, VESTIBULAR O PALATINA, USANDO OSTEOTOMO O FRESAS QUIRÚRGICAS.

MOVILIZACIÓN DE LA RAÍZ, ESTA SE HACE POR MEDIO DE UN BOTADOR ADECUADO Y LA EXTRACCIÓN SE HARÁ CON FORCEPS DE TAMAÑO Y FORMA CONVENIENTES. SE ALISAN LOS BORDES ÓSEOS CORTANTES Y PUNTIAGUDOS CON LIMAS O GUBIAS PARA HUESO, UNA VEZ ALISADO EL HUESO E ELIMINANDO EL TEJIDO ENFERMO, SE LLEVA EL COLGAJO A SU POSICIÓN NORMAL SE OPRIME SUAVEMENTE CON GASA ESTERILIZADA PARA QUE LA FIBRINA FORME PUENTE ENTRE LOS BORDES DE LA HERIDA, SI SE DAN PUNTOS DE SUTURA SE RETIRARÁN A LOS TRES O CUATRO DÍAS

SECCION POSTERIOR (PREMOLARES Y MOLARES)

ASEPCIA, LA USUAL Y CONVENIENTE.

ANESTESIA, PREFERENTEMENTE INFILTRATIVA.

INCISIÓN, ES PREFERIBLE HACERLA EN "MEDIA LUNA" CON CONVIVIDAD HACIA -- ATRÁS PARA ASEGURAR BUENA IRRIGACIÓN DEL COLGAJO Y UNA BUENA VISIBILIDAD DEL CAMPO OPERATORIO.

LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO, CON LEGRAS ADECUADAS SE DESPRENDE EL COLGAJO MUCOSO.

EXTRACCIÓN, DE RESTOS RADICULARES. SI ALGUNO DE LOS DIENTES EN UNA EXTRACCIÓN LLEGARA A FRACTURARSE, Y QUEDE UN RESTO RADICULAR EL CUAL -- OPONGA DIFICULTAR PARA SU EXTRACCIÓN SE PRACTICARÁ UN COLGAJO GINGIVAL QUE EXPONGA LA TABLA OSEA EXTERNA, LO CUAL PERMITIRÁ HACER UNA RESECCIÓN O TREPANACIÓN SEGÚN LOS CASOS, DE TAL MANERA QUE PERMITA ESTA OPERACIÓN LA ELIMINACIÓN DEL RESTO RADICULAR SIN DESTROZAR INUTILMENTE -- HUESO Y SIN DESGARRAR NI LACERAR LOS TEJIDOS BLANDOS.

EXTRACCION A COLGAJO EN MAXILAR INFERIOR

SECCION ANTERIOR

ASEPSIA Y PREPARACIÓN DEL PACIENTE SON LAS MISMAS QUE EN LOS CASOS ANTERIORES.

ANESTESIA, EN ESTA ZONA ES PREFERIBLE LA ANESTESIA INFILTRATIVA HECHA EN EL TEJIDO LAXO, EN EL CASO QUE HUBIERA PROCESOS INFLAMATORIOS AGUDOS O ABSCESOS SE RECURIRÁ A LA ANESTESIA TRONCAL DEL NERVI0 DENTARIO-INFERIOR.

INCISIÓN, SE ESTERILIZAN MUCOSA Y DIENTES Y CON UN BISTURÍ DE HOJA CORTA SE INCIDE PROFUNDAMENTE HASTA TOCAR PERIOSTIO Y A LA ALTURA DEL ÁPICE DEL DIENTE VECINO AL CUAL SE DESEA EXTRAER. DE ESTE SITIO Y MANTENIENDO EN CONTACTO EL BISTURÍ CON EL HUESO, SE DIRIGE EL CORTE HACIA ARRIBA HASTA LLEGAR AL ROBORDE GINGIVAL, EN EL ESPACIO INTERDENTARIO DEL DIENTE POR EXTRAER Y SU VECINO.

LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO, PARA LEVANTAR EL COLGAJO SE USA LEGRA ADECUADA PARA DESPRENDIMIENTO, SE EFECTÚA LA HEMOSTASIS Y QUEDA AL DESCUBIERTO LA TABLA EXTERNA Y LA ZONA CORRESPONDIENTE A LA RAÍZ POR EXTRAER.

OSTEOTOMIA, EN ESTE SITIO LA TABLA EXTERNA ES DELGADA Y COMPACTA, POR LO TANTO SE USA OSTEOTOMO QUE CORTA EL HUESO FACILMENTE POR PRESIÓN O CON LEVES GOLPES DE MARTILLO.

MOVILIZACIÓN DE LA RAÍZ, UNA VEZ PRACTICADA LA OSTEOTOMIA ES FACIL MOVILIZAR EL ALVEOLO A LA RAÍZ QUE SE DESEA EXTRAER, USANDO PARA EL CASO

UN BOTADOR ADECUADO.

EXTRACCIÓN, MUCHAS VECES LA EXTRACCIÓN SE PUEDE EFECTUAR CON EL MISMO-BOTADOR, PERO GENERALMENTE SE HACE CON UN FORCEPS DE FORMA Y TAMAÑO -- ADECUADOS, AL TERMINAR LA EXTRACCIÓN SE ELIMINAN LOS TEJIDOS ENFERMOS-- Y SE PROCEDE A ALISAR LOS PUNTOS ÓSEOS CORTANTES O PUNTIAGUDOS CON LIMAS O PINZAS GUBIAS.

TERMINADA LA INTERVENCIÓN SE COLOCA EL COLGAJO EN SU POSICIÓN PRIMARIA Y SE OPRIME SUAVEMENTE CON GASA ESTERILIZADA Y SE SUTURA CON UNO O DOS PUNTOS PARA SU SOSTEN.

SECCION POSTERIOR

EN ESTA REGIÓN LA INCISIÓN DEBE HACERSE POR LA PARTE VESTIBULAR POR -- SER LA MÁS ACCESIBLE ADEMÁS SE EVITAN COMPLICACIONES DE PISO DE BOCA -- SI LA INCISIÓN SE HACE POR LINGUAL.

ASEPZIA, Y LA PREPARACIÓN PREVIA DEL PACIENTE, TODAS LAS INDICADAS Y -- NECESARIAS.

ANESTESIA, SE USA GENERALMENTE LA TRONCULAR, CON INFILTRACIONES PARA -- LAS TERMINACIONES DEL NERVIO BUCAL.

INCISIÓN, SE HACE CONVERGENTE HACIA ATRÁS Y EL COLGAJO SE LEVANTA HA-- CIA ADELANTE.

LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO, ESTE SE HACE POR MEDIO DE LEGRAS ADECUADAS;

OSTEOTOMIA, EN ESTA REGIÓN LA TABLA EXTERNA ES MUY ESPESA Y PRESENTA --

MUCHA RESISTENCIA, POR LO CUAL SE HACE ACONSEJABLE EL USO DE FRESAS QUIRÚRGICAS.

MOVILIZACIÓN Y EXTRACCIÓN, LA MOVILIZACIÓN SE EFECTÚA CON UN BOTADOR APROPIADO, PROCEDIENDO A LA EXTRACCIÓN QUE SE HARÁ CON EL MISMO BOTADOR O CON UN FORCEPS DE TAMAÑO CONVENIENTE. ESTE PASO, AÚN CUANDO NO EXISTEN SENO MAXILAR NI FOSAS NASALES, DEBE TENERSE CUIDADO POR LA PROXIMIDAD DE LAS RAÍCES DENTARIAS CON EL CONDUCTO DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR.

SEGUIDAMENTE PROCEDEREMOS A LA REGULARIZACIÓN DE LA HERIDA ÓSEA POR MEDIO DE PINZAS GUBIAS CON LA CURETA, SI EXISTIERA SACO FOLICULAR SE SUPRIME CON LA CURETA O CON LA LEGRA, SE COLOCA EL COLGAJO EN SU SITIO Y SE DÁN UNO O MÁS PUNTOS DE SUTURA, SEGÚN SEAN NECESARIOS.

RESUMIREMOS LAS PRÁCTICAS, USANDO ESTA TÉCNICA ÚNICAMENTE EN LOS CASOS MUY NECESARIOS COMO POR HIPERCEMENTOSIS, CUANDO LAS RAÍCES PRESENTAN CURVATURAS O ANOMALÍAS DE POSICIÓN Y DIRECCIÓN, O HAYA DISMINUCIÓN EN LA RESISTENCIA DE SU CORONA, EN CIERTOS CASOS ES MENOS TRAUMÁTICA Y EL PERIÓDO DE CICATRIZACIÓN ES MÁS RÁPIDO SI SE LLEVA A CABO LOS ELEMENTOS NECESARIOS DE ASEPCIA Y ANTISEPCIA LOGRANDO CON ESTO POSIBLES INFECCIONES QUE TRAUMATISEN LOS TEJIDOS E IMPIDAN SU FUNCIÓN Y ASPECTO NORMAL.

EMPLEO DE FRESAS QUIRURGICAS

A MENUDO UNA FRESA FISURA RESULTA EL MEJOR INSTRUMENTO PARA EXTRACCIÓN DE PEQUEÑAS PORCIONES DE RAÍCES INACCESIBLES, SE ELIMINAN SANGRE Y SA-

LIVA, CON TORUNDAS ENTRE LAS MEJILLAS Y LOS MOLARES SUPERIORES EN EL -
ORIFICIO DEL CONDUCTO DE STENON Y DEBAJO DE LA LENGUA.

EL EMPLEO DE LA FRESA NO ES VISTO CON BUENOS OJOS POR-LOS QUE DESCON--
FIAN DEL TORNO ODONTOLÓGICO COMO INSTRUMENTO QUIRÚRGICO. SIN EMBARGO,
ESTE MÉTODO RESULTA SATISFACTORIO DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRÚRGICO Y
DEL PACIENTE. ADEMÁS TIENE A MENUDO DIFERENTES VENTAJAS SOBRE LA TÉCNI
CA DEL ESCOPIO. EL HUESO PUEDE RESECARSE EXACTA, RÁPIDA E INOCUAMENTE,
LA DESTRUCCIÓN DE TEJIDOS ES MÍNIMA Y EL TRAUMATISMO Y DOLOR POSTOPE-
RATORIO SON MODERADOS.

CAPITULO VII

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LAS EXTRACCIONES

LA HABILIDAD Y PRECAUCIONES QUE EL CIRUJANO DENTISTAS DESPLIEGUE DURANTE UNA EXTRACCIÓN DENTARIA SERÁN PUNTOS PREVENTIVOS DE ACCIDENTES Y -- COMPLICACIONES QUE SON INEVITABLES Y EN LOS CUALES EL OPERADOR ESTA -- EXENTO DE CULPA.

ACCIDENTES

- A) FRACTURA DEL INSTRUMENTAL.
- B) FRACTURA DE LOS DIENTES.
- C) LESIÓN O EXTRACCIÓN DE GÉRMENES DENTARIOS PERMANENTES.
- D) FRACTURA DE LOS REBORDES ALVEOLARES.
- E) FRACTURA DE LOS MAXILARES.
- F) FRACTURA DE LA MANDÍBULA.
- G) LUXACIÓN DE LA MANDÍBULA.
- H) COMUNICACIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL CON LAS CAVIDADES VECINAS.
- I) PENETRACIÓN DE RAÍCES O DIENTES EN SENOS MAXILAR O FOSAS NASALES.
- J) PENETRACIÓN DE RAÍCES O DIENTES EN TEJIDOS BLANDOS.
- K) PENETRACIÓN DE RAÍCES O DIENTES EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS O DIGESTIVAS.

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL

ESTE ACCIDENTE OCURRE CON FRECUENCIA DE 10% Y CASI SIEMPRE OCURRE CUANDO SE HACE USO DEL BOTADOR. LOS MOTIVOS SON VARIOS, LA MALA CALIDAD -- DEL INSTRUMENTO, USAR BOTADORES CON HOJA DEMASIADO DELGADA, MANEJAR INCORRECTAMENTE EL BOTADOR.

ES EVITABLE ESTE ACCIDENTE USANDO INSTRUMENTAL DE INMEJORABLE CALIDAD, SELECCIONANDO BIEN EL INSTRUMENTO QUE SE VAYA A USAR Y NO HACER USO -- DEL BOTADOR SINO SE TIENE LA SUFICIENTE EXPERIENCIA Y HABILIDAD.

EL TROZO DE INSTRUMENTO DEBE ELIMINARSE INMEDIATAMENTE, SINO ESTÁ ACCE SIBLE, PARA EXTRAER EL TROZO DEBE TOMARSE UNA RADIOGRAFÍA PARA LOCALI ZARLO Y LOGAR SU EXTRACCIÓN.

FRACTURA DE LOS DIENTES

ESTOS ACCIDENTES SE REFIEREN A LA FRACTURA O LUXACIÓN DEL DIENTE OPERA DO, O SUS VECINOS Y AL ALOJAMIENTO DE OBTURACIONES O PROTESIS.

LA FRACTURA DE LA CORONA DE UN DIENTE EN EL CURSO DE LA OPERACIÓN ES - UNO DE LOS ACCIDENTES MÁS COMUNES Y DE MENOR IMPORTANCIA.

HACE ALGUNOS AÑOS PARA ALGUNOS PROFESIONALES ERA UN VERDADERO FRACASO, Y PARA EL PACIENTE QUE EL DIENTE SE FRACTURARÁ DURANTE EL PROCESO OPE RATORIO. ÉSTO PUEDE SER VERDAD SI ESTO OCURRE POR FALTA DE TÉCNICA DEL OPERADOR, PERO HAY QUE TOMAR EN CUENTA QUE HAY MUCHOS CASOS EN LOS CUA LES LA FRACTURA DE LOS DIENTES MULTIRRADICULARES ES NECESARIA PARA SER EXTRAÍDAS FACILMENTE LAS RAÍCES.

LAS CAUSAS QUE PRODUCEN ESTOS ACCIDENTES SON CONTUCIONES DE LOS TEJI-- DOS DENTARIOS, FORMA DE LAS RAÍCES, PROCESOS INFLAMATORIOS EN EL CEMEN TO RADICULAR, TUMORES DE LOS TEJIDOS DENTARIOS, EMPLEO DE INSTRUMENTOS INADECUADOS Y MALA TÉCNICA QUIRÚRGICA. ESTE ACCIDENTE SE SUBDIVIDE EN:

- A) FRACTURA DEL DIENTE QUE SE OPERA.
- B) LUXACIÓN DE DIENTES VECINOS.

- A) FRACTURAR EL DIENTE EN QUE SE OPERA, ES COMÚN Y PUEDE DEBERSE A -
DEBILITAMIENTO DEL DIENTE POR CARIES, DE DENTINA CORONARIA O DEN-
TINA DE LA RAÍZ, HIPERCEMENTOSIS, O LA FORMA ANOMALA DE LA RAÍZ O
RAÍCES.

- B) FRACTURA Y LUXACIÓN DE DE DIENTES VECINOS, LA FRACTURA PUEDE OCU-
RRIR PORQUE LA EXTRACCIÓN DENTARIA SEA BRUSCAMENTE REALIZADA Y SE
GOLPEN LOS DIENTES DE LA ARCADA VECINA Y LA LUXACIÓN PUEDE OCU- -
RRIR POR EL USO INCORRECTO DEL FORCEPS O DEL BOTADOR.

LESION O EXTRACCION DE GERMESES DENTARIOS PERMANENTES

POR SUPUESTO ESTE ACCIDENTE SÓLO SE PRODUCE AL INTENTAR EXTRAER UN - -
DIENTE TEMPORAL Y PRINCIPALMENTE UN MOLAR Y CON ESTE LA EXTRACCIÓN DEL
GÉRMEN, PRODUCIENDOSE UN ACCIDENTE IRREMEDIABLE, SI SÓLO SE LESIONARA-
EL GÉRMEN DENTARIO, DEBERÁ OBSERVARSE AL PACIENTE PORQUE EXISTE POSIBL
LIDAD DE QUE EL GÉRMEN SANE. RECORDEMOS QUE LOS GÉRMENES DE LA DENTI--
CIÓN PERMANENTE SE DESARROLLAN ENTRE LAS RAÍCES DE LOS TEMPORALES. EN-
LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA LAS RAÍCES DE LOS DIENTES CADUCOS ESTÁN COM-
PLETOS Y LOS GÉRMENES DE LA DENTICIÓN DEFINITIVA ESTÁN MUY ALEJADOS --
DEL REBORDE ALVEOLAR, POR LO TANTO ES DIFICIL QUE SE LES PUEDA LESIO--
NAR AL EXTRAER UN DIENTE TEMPORAL, A NO SER QUE SE COMETA EL ERROR DE-
PROFUNDISAR EXAGERADAMENTE LOS BOCADOS DEL FORCEPS. CUANDO EL NIÑO TIE
NE ENTRE SIETE Y DIEZ AÑOS, LOS GÉRMENES PERMANENTES ESTÁN MUY DESARRQ
LLADOS Y PRÓXIMOS AL REBORDE ALVEOLAR Y LA LESIÓN DEL GÉRMEN ES SIEM--
PRE POSIBLE. EN CASO DE PRODUCIR LA EXTRACCIÓN DEL GÉRMEN EL ACCIDENTE
YA NO TIENE REMEDIO.

FRACTURA DE LOS REBORDES ALVEOLARES

ESTOS ACCIDENTES PUEDEN DEBERSE A UN USO INCORRECTO DEL INSTRUMENTAL PARA EXTRAER UN DIENTE, PUES UNA COLOCACIÓN INDEBIDA DE LOS MORDIENTES COLOCANDOLOS EN EL REBORDE ALVEOLAR SE PRODUCIRÁ LA FRACTURA DE ESTE, AL HACER LOS MOVIMIENTOS DE EXTRACCIÓN, TAMBIÉN A QUE LOS MOVIMIENTOS QUE SE HACEN PARA EXTRAER UN DIENTE SEAN EXAGERADOS Y SIN NINGÚN CUIDADO. ESTÁ INDICADO EN ALGUNOS CASOS TOMAR LA DELGADA ÓSEA CON LAS TERMINALES DEL FORCEPS PARA ASEGURAR EL BUEN ÉXITO DE LA EXTRACCIÓN Y SINTOMAR EN CUENTA LAS PEQUEÑAS FRACTURAS. PERO HAY CASOS EN QUE LAS FRACTURAS SON MAYORES ALCANZANDO DE DOS A TRES CENTÍMETROS DE LARGO, TANTO EN LONGITUD COMO EN PROFUNDIDAD, PERO ESTO SE PUEDE EVITAR PORQUE ESTO CASI SIEMPRE ES DEBIDO A UN MOVIMIENTO EXAGERADO DE LUXACIÓN HACIA AFUERA. SI EL DIENTE NO SE LUXA CON LOS MOVIMIENTOS HABITUALES, O SI CONSEGUIDO ESTO NO PUEDE SER EXTRAÍDO POR LA FUERZA DE EXTRACCIÓN SERÁ CONVENIENTE OPTAR POR LA TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN FRACCIONADA. PRODUCIDO EL ACCIDENTE, NO HAY QUE TITUBEAR, SI LOS FRAGMENTOS SON PEQUEÑOS, ES NECESARIO ELIMINARLOS, PORQUE SU PERMANENCIA NO HARÍA MÁS QUE ENTORPECER LA CICATRIZACIÓN DEFINITIVA. SI EL FRAGMENTO NO HA SIDO DESALOJADO Y SE PUEDE VOLVER A SU POSICIÓN NORMAL TOMANDO EN CUENTA QUE IRRIGACIÓN NO HAYA CORTADA O INTERRUMPIDA, HAY MUCHAS POSIBILIDADES QUE EL HUESO CONSOLIDE SIN MAYORES MOLESTIAS.

FRACTURAS DE LOS MAXILARES

ESTE ACCIDENTE OCURRE GENERALMENTE EN LA TUBEROCIDAD DEL MAXILAR Y ES DEBIDO A UN USO INCORRECTO DEL BOTADOR O LA EXAGERADA MANIPULACIÓN VESTIBULAR CUANDO SE DESEA EXTRAER EL TERCE MOLAR SUPERIOR.

FRACTURA DE LA MANDIBULA

ESTA SE HA PRODUCIDO COMO RESULTADO DE INTENTAR LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE Y EN MANOS DE OPERADORES CUYA HABILIDAD NO HABÍA SIDO NUNCA DISCUTIDA. ÉSTA DESGRACIADA COMPLICACIÓN PUEDE OCURRIR CON UNA CANTIDAD DE FUERZA MUY MODERADA CUANDO EL HUESO ESTA EN CONDICIONES PATOLÓGICAS, POR EJEMPLO, ATROFIA U ESTEOMALACIA. AL EXTRAER UN DIENTE EN EL MAXILAR INFERIOR PUEDE PRODUCIRSE LA FRACTURA PRINCIPALMENTE CUANDO SE TRATA DE UN TERCER MOLAR, DEBIDO A SU POSICIÓN Y A LAS DIFICULTADES QUE OPONE, SIN EMBARGO, NI EN ESTE NI EN NINGÚN CASO DEBE PRODUCIRSE DICHA FRACTURA, SI LOS MAXILARES SON NORMALES Y SI SE ADOPTA UNA TÉCNICA CORRECTA. HAY OCACIONES EN QUE NOS CONSULTAN PACIENTES CON DIENTES FLOJOS QUE HAY QUE EXTRAER Y CON UN PROCESO INFLAMATORIO O TUMORAL DE MAYOR O MENOR EXTENSIÓN. NO DEBEMOS HACER LAS EXTRACCIONES HASTA NO HABER HECHO UN BUEN EXÁMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO DE LA LESIÓN, PORQUE HAY CASOS EN QUE EL MAXILAR YA ESTA FRACTURADO A CONSECUENCIA DE EL PROCESO PATOLÓGICO O BIÉN QUE ÉSTE SIGA SU CURSO DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN Y SI EL CIRUJANO NO PREVIENE AL PACIENTE, PUEDE SER OBJETO DE ACUSACIONES Y POR LO TANTO SU DESPRESTIGIO.

TRATAMIENTO PARA LA FRACTURA MANDIBULAR, TENEMOS DOS PUNTOS ESENCIALES PRIMERO DISMINUIR EL MEDIO SÉPTICO DE LA BOCA PARA EVITAR LA INFECCIÓN DE LA HERIDA, SEGUNDO REDUCCIÓN DE LA FRACTURA E INMOVILIZACIÓN DE LOS FRAGMENTOS. PUEDE INMOVILISARSE EL MAXILAR CUANDO EXISTEN DIENTES, POR ALAMBRADO INTERDENTAL O POR MEDIO DE FÉRULAS QUE PUEDEN SER DE ACRÍLICO O DE METAL VACIADO O TROQUELADO, CUANDO NO EXISTEN DIENTES, BASTA APLICAR LA DENTADURA DEL PACIENTE Y AÑADIR LA FIJACIÓN DE UN FIRME VENDAJE MAXILAR.

LUXACION DE LA MANDIBULA

ESTE ES CASI SIEMPRE BILATERAL, Y OCURRE MÁS FRECUENTEMENTE DURANTE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE INFERIOR, CUANDO EL PACIENTE ESTA BAJO LA ACCIÓN DE LA ANESTESIA GENERAL. LA RELAJACIÓN DE LOS MUSCULOS, EL PUNTO DE APOYO QUE SE TOMA CON EL ABREBOCAS O CON EL SOSTÉN Y LA DEPRESIÓN DEL CÓNDILO AL EXTRAER UN MOLAR POSTERIOR, SON LAS PRICIPALES CAUSAS A PRODUCIR ESTE ACCIDENTE.

UNA LUXACIÓN PUEDE NO HACERSE APARENTE MIENTRAS PERMANECE PUESTO EL ABREBOCAS Y , CON FRECUENCIA HASTA QUE EL PACIENTE RECOBRA LOS SENTIDOS NO SE APRECIA LA IMPOSIBILIDAD DE CERRAR LA BOCA. APARTE DE LA ANESTESIA GENERAL, PUEDE OCURRIR UNA LUXACIÓN CUANDO SE EXTRAÉ UN DIENTE INFERIOR, GENERALMENTE POSTERIOR. EN OCASIONES OCURRE BAJO CIRCUNSTANCIAS COMPLETAMENTE TRIVIALES, POR EJEMPLO, AL AVANZAR LA LENGUA, AL ABRIR MUCHO LA BOCA, O BOSTESANDO, PERO EN ESTAS CONDICIONES, SUELE HABER ALGUNA CIRCUNSTANCIA PATOLÓGICA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR, POR EJEMPLO LAXITUD DE LA CÁPSULA (SUBLUXACIÓN).

EL DIAGNÓSTICO SE HACE FACILMENTE, LA BOCA QUEDA PARCIALMENTE ABIERTA, EL MAXILAR INFERIOR ESTA PROYECTADO HACIA ABAJO Y FIJO, Y LA SALIVA VA CAYENDO POR ENSIMA DEL LABIO INFERIOR. EL CONDILLO SE NOTA QUE ESTÁ EN UNA POSICIÓN FALSA, Y DEJA CAVIDAD EN EL SITIO QUE LE CORRESPONDE EN POSICIÓN NORMAL, EN FRENTE DEL TRAGO. LA APOFISIS CORONOIDES PUEDE APRECIARSE CON EL EXÁMEN BIMANUAL DEBAJO DE LA PARTE ANTERIOR DEL CIGOMA.

COMO LA CÁPSULA NO ESTA DESGARRADA, LA MANDÍBULA SUELE REDUCIRSE FACILMENTE POR DEPRESIÓN DEL CÓNDILO POR DEBAJO DE LA EMINENCIA ARTICULAR, ACTUANDO COMO UNA PALANCA LA INCERSIÓN DEL MÚSCULO TEMPORAL EN LA APOFISIS CORONOIDES, HASTA QUE EL CÓNDILO PASA LA EMINENCIA ARTICULAR, Y-

ENTONCES EL PTERIOGOIDEO INTERNO, EL MASETERIO Y LAS FIBRAS POSTERIORES DEL TEMPORAL TIRARÁN DEL MAXILAR HASTA RESTITUIRLO A SU POSICIÓN. ÉSTO SE LLEVA A CABO COLOCÁNDOSE DE PIÉ FRENTE AL PACIENTE QUE DEBE ESTAR SENTADO, LOS DEDOS PULGARES DE AMBAS MANOS COLOCADOS SOBRE LAS CARAS OCLUSALES DE LOS MOLARES Y EL RESTO DE LAS MANOS ENVOLVIENDO EL CUERPO DE LA MANDÍBULA LOS MOVIMIENTOS A EJERCER SON HACIA ABAJO, ATRÁS Y ARRIBA.

EN LA LUXACIÓN UNILATERAL LA REDUCCIÓN SE REALIZA DE LA MISMA MANERA QUE CUANDO ES COMPLETA, EXCEPTO QUE LA FUERZA QUE EJERCEN LOS PULGARES SE APLICA SOLAMENTE AL LADO QUE HA SUFRIDO LA ALTERACIÓN.

COMUNICACION DE LA CAVIDAD BUCAL CON CAVIDADES VECINAS

LA GENERALIDAD DE LAS VECES ESTE ACCIDENTE OCURRE POR UN TRAUMA PRODUCIDO, CON EL INSTRUMENTAL QUE SE ESTA USANDO, SI LA COMUNICACIÓN SE PRODUCE CON UN MOVIMIENTO INSIGNIFICANTE EN LA EXTRACCIÓN DENTARIA, NOS INDICA QUE HAY UN PROCESO PATOLÓGICO UNA LESIÓN ANTERIOR. HAY CASOS EN QUE UNA RAÍZ DENTRO DEL SENOS MAXILAR Y AL EFECTUAR LA EXTRACCIÓN VIENE UNIDO AL DIENTE PARTE DEL PISO DE SENOS MAXILAR PRODUCIENDO UNA COMUNICACIÓN FRACA. TAMBIÉN PUEDE PRODUCIRSE COMUNICACIÓN CON FOSAS NASALES MÁS NO TIENE IMPORTANCIA COMO EN EL CASO DEL SENOS MAXILAR. TRATÁNDOSE DEL SENOS MAXILAR SI SE PRODUCE UNA COMUNICACIÓN AL EXTRAERSE UN DIENTE Y HAY SALIDA DE LIQUIDO PURULENTO LO MÁS PROBABLE ES QUE ESTAMOS EN PRESENCIA DE UNA SINUSITIS. SE DRENA POR MEDIO DE ALGUNA TÉCNICA. SE PRESCRIBEN ANTIBIÓTICOS, SI LA SECRECIÓN PURULENTO NO CEDE, SE ENVIA EL PACIENTE A UN CIRUJANO DENTISTA ESPECIALISTA EN CIRUGÍA MAXILO FACIAL.

PENETRACION DE RAICES O DIENTES EN SENO MAXILAR O FOSAS NASALES

ESTE ACCIDENTE SOBREVIENE CUANDO SE TRATA DE EXTRAER UN DIENTE SUPERIOR COMO LOS PREMOLARES Y EL PRIMER MOLAR, DEBIDO A LAS RELACIONES QUE EXISTEN ENTRE LAS RAICES DE ESTOS DIENTES CON SENO MAXILAR Y FOSAS NASALES, UNIENDO A ESTE DETALLE, EL MAL USO DE UN BOTADOR O UN FORCEPS PUEDE INTRODUCIRSE ACCIDENTALMENTE LA RAÍZ DEL DIENTE QUE SE EXTRAE EN SENO MAXILAR O FOSAS NASALES.

NORMALMENTE ALGUNOS DIENTES TIENEN RELACIÓN ÍNTIMA CON EL SENO MAXILAR Y NO TAN ESTRECHAS CON LAS FOSAS NASALES, NO ES REMOTO ENTONCES QUE LOS PROCESOS PATOLÓGICOS DE ÉSTOS DIENTES DESTRUYAN LA DELGADA PARED QUE LOS SEPARAN DE ESTA CAVIDAD Y PONGAN EN COMUNICACIÓN LOS ALVEOLOS INFECTADOS CON EL INTERIOR DE AQUELLAS. AL EXTRAER UN INCISIVO CENTRAL O LATERAL QUE ESTA RODEADO DE UN PROCESO DE OSTEITIS PUEDE ABRIRSE UNA COMUNICACIÓN CON LAS FOSAS NASALES, ESO SUCEDE CUANDO SE PROFUNDISAN DEMASIADO LOS BOCADOS DEL FORCEPS O SE MANIOBRA CON EL BOTADOR O SE RASPA EL HUESO ENFERMO CON CUCHARILLA FILOSA.

ESTE ACCIDENTE IMPRESIONA MUCHO AL PACIENTE PORQUE EMPIEZA A APARECER SANGRE POR LAS FOSAS NASALES. NO TENEMOS MÁS QUE ESPERAR QUE CESE LA HERMORRAGIA ESPONTÁNEAMENTE O COHIBIRLA, TRATAR LA HERIDA BUCAL. OTROS ACCIDENTES ES CUANDO INTERESA AL SENO MAXILAR, SI AL EXTRAER UNA PIEZA NOTAMOS QUE SALE CASQUETE ÓSEO ADHERIDO AL ÁPICE, ES SEÑAL QUE SE A ROTO EL HUESO QUE SEPARA EL SENO DEL ALVEOLO, PERO NO INDICA QUE SE HAYA ESTABLECIDO COMUNICACIÓN ENTRE AMBOS, PUEDE QUEDAR INTACTA LA MUCOSA SENUSAL QUE MANTIENE ESA SEPARACIÓN DEL ALVEOLO SU TRATAMIENTO CONSISTE EN APLICACIONES DE CONOS DE PENINCILINA O SULFATIASOL QUIRÚRGICO, SEGUIDO DE LA SUTURA DE LA MUCOSA Y ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIÓTICOS.

SI AL EXTRAER EL DIENTE NOTAMOS QUE SALE PUS DE LA CAVIDAD DEL ANTRU, ES SEÑA QUE EXISTE UN EMPIEMIA O SENUSITIS, DEBEMOS DAR SALIDA A LA --

PUS PARA LO CUAL HAY QUE DEJAR ABIERTO EL ALVEOLO, SIN TAPONES APLICAR ANTIBIÓTICOS EN GRANDES DOSIS, SI A LAS 72 HORAS SIGUE SUPURANDO EL -- TRATAMIENTO EFICAZ SERÁ QUIRÚRGICO.

AL HACER COMUNICACIÓN POR PENETRACIÓN DE UNA RAÍZ DEBE ABSTENERSE DE -- CUALQUIER MANIOBRA QUE COMPLIQUE MÁS EL ACCIDENTE. SE TOMA UNA RADIO-- GRAFÍA PARA ESTABLECER LA POSICIÓN EXACTA DE LA RAÍZ Y SE PROCEDE A -- ELIMINARLA, EN CASO DE QUE NO SE TENGA LA SEGURIDAD DE REALIZAR LA OPE RACIÓN SATISFACTORIAMENTE SE DEBERÁ REMITIR AL PACIENTE CON UN ESPECIA LISTA EN CIRUGÍA MAXILO FACIAL.

PENETRACION DE RAICES O DIENTES EN TEJIDOS BLANDOS

ALGUNAS OCASIONES DURANTE UNA EXTRACCIÓN LABORIOSA, PUEDE PERDERSE UNA RAÍZ A LA QUE NO SE LE ENCUENTRA EN SU ALVEOLO A PESAR DE NO HABERLA - EXTRAIDO. EL COMPROBAR QUE LOS ALVEOLOS ESTAN VACIOS NO DEBE SER SUFI CIENTE PARA DEJARNOS CONFORME.

SI TENEMOS DUDAS, TOMAREMOS DE INMEDIATO UNA RADIOGRAFÍA POR MEDIO DE LA CUAL DESCUBRIMOS SI REALMENTE ESTÁ O NO LA RAÍZ, SI ÉSTA SE ENCUEN TRA PRESENTE EN LA RADIOGRAFÍA, LO MÁS PROBABLE ES QUE SEA UNA RAÍZ -- VESTIBULAR DE LOS MOLARES SUPERIORES Y SE ENCUENTRA ENTRE TABLA EXTER NA Y LOS TEJIDOS BLANDOS.

CUANDO SE LOCALIZA PLENAMENTE NO SE DIFICULTA SU EXTRACCIÓN.

PENETRACION DE RAICES O DIENTES EN LAS VIAS RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS

AL EXTRAER PIEZAS DENTARIAS O SOLO RAÍCES BAJO EL EFECTO DE LA ANESTE SIA GENERAL Y MEDIANTE EL EMPLEO DEL ELEVADOR, ES FACIL QUE ALGUNA DE ESTAS PIEZAS AL SALIR DE SU ALVEOLO VAYA HACIA LA PARTE POSTERIOR DE LA BOCA Y SE INTRODUZCA EN LA FARINGE O LARINGE.

SI SE INTRODUCE EN LA FARINGE, PUEDEN SUCEDER DOS COSAS, QUE DE AHÍ -- SEA POSIBLE RETIRARLA CON INSTRUMENTOS ADECUADOS, O QUE PASE AL ESÓFAGO, HECHO QUE NO TIENE MAYOR IMPORTANCIA, PUES EL DIENTE SERÁ ELIMINADO POR LAS VÍAS NATURALES.

EN CAMBIO, SI HA CAÍDO EN LA LARINGE, PUEDE OCURRIR DOS COSAS TAMBIÉN, PERO DIFERENTES POR UN ACCESO DE TOS ESPASMÓDICA AQUELLA TIENDE A EXPULSAR EL CUERPO EXTRAÑO HACIA EL EXTERIOR, PERO ESTO NO SE CONSIGUE A VECES Y ENTONCES EL DIENTE QUEDA ENCLAVADO EN LA TRÁQUEA O PUEDE PASAR A UN BRONQUIO PRODUCIENDO UNA ASFIXIA RÁPIDA. PUEDE SUCEDER QUE EL DIENTE LLEGUE A LOS LÓBULOS PULMONARES Y SE PRODUZCA UNA BRONCONEUMONÍA DE -- PRONOSTICO SIEMPRE SERIO.

COMPLICACIONES

1. HEMORRAGIA.
2. INFECCIÓN.
3. TRANSTORNOS NERVIOSOS.

HEMORRAGIA

EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER NATURALEZA, LA HEMORRAGIA - CONSTITUYE UNA COMPLICACIÓN QUE DEBE TENERSE EN CUENTA PARA EVITARLAS - O DETENERLAS SI LLEGARAN A PRODUCIRSE

CONDICIONES LOCALES QUE CONTRIBUYEN A DETENER LA HEMORRAGIA

1. LA CONTRACCIÓN Y RETRACCIÓN DE LA ARTERIA DENTRO DE SU VAINA.
2. LA FORMACIÓN DEL COÁGULO EXTERIOR DENTRO DEL ESTUCHE O TÚNICA EXTERNA DEL VASO Y RODEANDO SU LUZ, ACTUANDO COMO UN TAPÓN EN EL EXTREMO ABIERTO.
3. LA FORMACIÓN DEL COÁGULO INTERIOR DENTRO DE LA LUZ DEL VASO, EX--

TENDIENDOSE DESDE EL COÁGULO EXTERNO HASTA EL FINAL DE LA RAMIFICACIÓN, DEPENDIENDO SU FORMACIÓN DE LA EFICIENCIA DEL COÁGULO EXTERIOR.

EL TRATAMIENTO ES A BASE DE TAPONAMIENTOS, SE USA UN TAPÓN DE GASA ESTERILIZADA Y YODOFORMADA QUE SE COLOCA EN EL ALVEOLO Y SE PRODUCE PRESIÓN HACIENDO QUE EL PACIENTE ACLUYA.

EL TRATAMIENTO GENERAL VARÍA DE ACUERDO CON LA CAUSA QUE PRODUZCA LA HERMORRAGIA. SI UNA HERMORRAGIA ES PRODUCIDA POR UNA AFECCIÓN HEPÁTICA, O POR TRANSTORNOS DE LOS ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS ESTÁ LIGADO AL TRATAMIENTO DE ESTAS ENFERMEDADES.

EN AQUELLOS CASOS EN QUE ESTÉ RETARDADO EL TIEMPO DE COAGULACIÓN Y NO HAYA UNA CAUSA EVIDENTE SE DEBERÁ RECURRIR A SUBSTANCIAS QUE AUMENTEN LA COAGULACIÓN. LOS MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS CON OBJETO DE PREVENIR UNA HERMORRAGIA O DE COHIBIRLA SON DE DOS CLASES, VASOCONSTRICTORES Y COAGULANTES.

SE PUEDE USAR TAMBIÉN CUALQUIERA DE LOS MÉTODOS LOCALES HEMOSTÁTICOS - QUE SON FÍSICOS, QUÍMICOS O BIOLÓGICOS. LOS FÍSICOS SON LOS MÁS USADOS COMO ES LA COMPRESIÓN O COMO SON LOS TORNQUETES O LOS FORCEPS PRESIÓN USADOS EN MÉTODOS QUIRÚRGICOS TAMBIÉN COMO EJEMPLO ES LA LIJADURA DEL VASO.

EL MÉTODO BIOLÓGICO ES MUY COMÚN EL USO DE LA DRENALINA DENTRO DEL MÉTODO QUÍMICO ESTÁ EL ACIDO TRICLORO ACETICO Y EL NITRATO DE PLATA, SON USADOS ESPECIALMENTE EN PERSONAS CON TRANSTORNOS CIRCULATORIOS COMO -- LEUCEMIA.

INFECCION

LA MÁS COMÚN Y CON MAYOR FRECUENCIA SE PRESENTA ES LA ALVEOLITIS, TAMBIÉN LLAMADO ALVEOLO SECO U OSTEITIS ALVEOLAR, ES UN ESTADO DE DESINTE

GRACIÓN DEL COÁGULO, AL PRINCIPIO EL ALVEOLO PRESENTA UN COLOR GRISÁ--
CEO Y CAMBIANDO CONTINUAMENTE DE COLOR, DESPRENDIENDOSE Y DEJANDO AL -
HUESO DESNUDO DE TEJIDO DE CICATRIZACIÓN, NO HAY SUPURACIÓN, PERO SÍ -
CIERTA FETIDEZ, HAY NEURALGIA Y LA CUAL PERSISTE POR VARIOS DÍAS.

ETIOLOGIA

LOS SINTOMAS SUELEN COMENZAR A PARTIR DEL SEGUNDO AL TERCER DÍA DE HA--
BERSE EFECTUADO EL ACTO QUIRÚRGICO Y PERDURA ENTRE DIEZ Y CUARENTA - -
DÍAS; SE AFIRMA EL DIAGNÓSTICO INTRODUCIENDO UNA CUCHARILLA EN LA HERI
DA DEL ALVEOLO, CUANDO HAY ALVEOLO SECO SE ENCUENTRA HUESO DESNUDO, DO
LOR EXPONTANEO Y A LA VEZ A LA INSPECCIÓN, EL CUAL PUEDE PROYECTARSE -
HASTA EL OÍDO, NO SIEMPRE SE ENCONTRARÁ ABIERTO EL ALVEOLO, PUÉS A VE--
CES PERSISTE TEJIDO DE GRANULACIÓN NECROSADO (COÁGULO FALSO) QUE AÚN -
NO HA SIDO EXPULSADO, O PUEDE ESTAR CUBIERTO POR UN COLGAJO BLANQUISCO
A MANERA QUE NO SE NOTA ESTE ALVEOLO SECO.

CAUSAS

LA ALVEOLITIS SE PUEDE ORIGINAR POR DIFERENTES FACTORES, LOS CUALES - -
PUEDEN SER INFECCIÓN PRE-EXISTENTE AL ACTO QUIRÚRGICO (INFECCIÓN QUE --
QUEDÓ DEL ABCESO RADICULAR Y NO REMOVIDO EN SU TOTALIDAD DESPUÉS DEL AC
TO QUIRÚRGICO), TRAUMATISMOS DEL HUESO DURANTE LA EXTRACCIÓN, O SEA QUE
SE OBLITERARÓN (CERRARON LOS VASOS) AL HACER NOSOTROS UN RASPADO EN LAS
PAREDES DEL HUESO PORQUE NO HUBO SANGRADO DEL ALVEOLO DESPUÉS DEL ACTO-
QUIRÚRGICO, Y EL CUAL ES UNA EXTRACCIÓN NORMAL NO SE TIENE QUE HACER --
NINGÚN RASPADO PARA PROVOCAR DICHO SANGRADO, PUÉS HABRÁ SIEMPRE ESCASA-
HEMORRAGIA COMO RESULTADO DEL EFECTO HEMOSTÁTICO DEL VASOCONTRACTOR - -
APLICADO EN EL ANESTÉSICO, PERO UN VEZ QUE CESA EL EFECTO EL SANGRADO -
APARECE FISIOLÓGICAMENTE, INFECCIÓN INTRODUCIDA DESPUÉS DE LA EXTRAC- -

CIÓN O PÉRDIDA DEL COÁGULO POR LOS ENJUAGANTES O LA SUCCIÓN HECHA POR EL PACIENTE, TAMBIÉN SE PUEDE PRESENTAR AUNQUE SE HAYAN USADO LAS TÉCNICAS MÁS IMPECABLES, LA ASEPCIA Y LA ANTISEPSIA MÁS MINUCIOSA Y AÚN CON LA DESTREZA Y EL BUEN CRITERIO DEL CIRUJANO DENTISTA.

PERO EN SÍ SE CREE QUE LOS PRINCIPALES FACTORES DEL ALVEOLO SECO SE ATRIBUYEN A LA DESNUTRICIÓN POR LA MALA ALIMENTACIÓN A LA DEFICIENCIA DE LA VITAMINA C Y D, CALCIO Y FOSFATOS, LOS CUALES IMPIDEN LA CICATRIZACIÓN NORMAL Y LA CALCIFICACIÓN DEL COLAGENO QUE SE FORMA DURANTE EL PROCESO DE REPARACIÓN DE LA HERIDA ÓSEA.

EN GENERAL SE PUEDE DECIR QUE EN TODO PACIENTE DESNUTRIDO, (CON APARENTE NORMALIDAD ORGÁNICA), O QUE PADECE ALGUNA ENFERMEDAD DEBILITANTE ES MÁS PROBABLE QUE SE PRESENTE EL ALVEOLO SECO.

TRATAMIENTO LOCAL DEL ALVEOLO SECO

(INFLAMACIÓN DEL HUESO ALVEOLAR)

EXISTE UN DOLOR AGUDO INSOPORTABLE TENDREMOS QUE ANESTESIAR EL CAMPO HERIDO, UNA VEZ ANESTESIADO CON UNA CUCHARILLA TENDREMOS QUE RETIRAR EL TEJIDO DE GRANULACIÓN (COÁGULO FALSO) LAS ESQUIRLAS Y TODOS LOS CUERPOS EXTRAÑOS EXISTENTES SIN PRESIONAR EL FONDO DEL ALVEOLO, UNA VEZ RETIRADOS LAVAREMOS CON UNA SOLUCIÓN ISOTÓNICA SALINA, YA LIMPIO HAREMOS UN RASPADO LIGERO DE LAS PAREDES DEL MISMO PARA PRODUCIR EN SÍ UN SANGRADO.

UNA VEZ HECHO ESTO LAVAREMOS DE NUEVO NUESTRO ALVEOLO EL CUAL LO PROTEGEREMOS CON ÁLGODÓN O GASA MIENTRAS PREPARAMOS UN APOSITO QUE DEBEMOS DE INTRODUCIR EN EL MISMO, ESTE APOSITO ES A BASE DE TIRA PEQUEÑA DE GASA EN FORMA DE ACORDEÓN IMPREGANDA DE WONDER PACK, ÓXIDO DE ZINC O

ALVOGIL Y EL CUAL SE DEJA POR ESPACIO DE 24 A 48 HORAS EL EFECTO DE ESTE MEDICAMENTO HARÁ QUE EL DOLOR QUE EXISTÍA CESE, EN LA SIGUIENTE CITA RETIRAREMOS NUESTRO APOSITO SIN NECESIDAD DE ANESTESIAR COMO LO HICIMOS EN LA PRIMERA CITA Y ASÍ SUCESIVAMENTE TENDREMOS QUE HACER CURACIONES POR ESPACIOS CADA UNA DE ELLAS DE 48 A 72 HORAS Y A LA VEZ SIENDO RETIRADAS HASTA QUE CONSIGAMOS NUESTRO OBJETIVO, QUE ES TEJIDO DE CICATRIZACIÓN, PERO ESTE TRATAMIENTO LOCAL LO TENDREMOS QUE LLEVAR A CABO AUNADO A LA ACCIÓN DE ANTIBIÓTICOS DE ANTI-INFLAMACIÓN Y CON ANALGÉSICOS POR SI EXISTIERA DOLOR.

TRANSTORNOS NERVIOSOS

- A) NEURALGIAS
- B) ANESTESIA PROLONGADA
- C) PARAESTESIA
- D) ACCIDENTES SOBRE EL SIMPÁTICO

NEURALGIAS

CUANDO SE EFECTÚE UNA EXTRACCIÓN DIFÍCIL Y TRAUMATIZANTE SE PUEDE COMPRIMIR O DESGARRAR POR LOS MOVIMIENTOS EL TRONCO NERVIOSO, SI LAS RAÍCES DEL DIENTE HAN ESTADO EN ÍTIMO CONTACTO CON ESTE, O QUE SE QUEDÉ DESCUBIERTO POR NO FORMARSE EL COÁGULO PROTECTOR, SE DEBE TRATAR COLOCANDO UN TAPONAMIENTO CON CEMENTO QUIRÚRGICO Y REMOVERLO A LOS 15 DÍAS O MÁS COMO TRATAMIENTO GENERAL CON DOSIS MASIVAS DE VITAMINA B1 O B 12

ANESTESIA PROLONGADA

DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN DONDE SE HAYA SECCIONADO, DESGARRADO O LESIONADO UNA SECCIÓN DEL NERVIIO SE PRESENTA UNA ANESTESIA QUE PERSISTE - -

DÍAS, SEMANAS Y HASTA MESES. EL PACIENTE NO EXPERIMENTA NINGUNA SENSACIÓN DOLOROSA.

PARA CORREGIR ESTA COMPLICACIÓN SE DEBERÁ ELIMINAR CUALQUIER CUERPO EXTRAÑO QUE COMPRIMA EL NERVIO, EN CASO DE LESIÓN O DESGARRAMIENTO NERVIOSO SE SUMINISTRARÁ VITAMINA B1 O B 12.

PARAESTESIA

ESTAS SE OCASIONAN POR LAS CAUSAS ANTERIORES, APARECIENDO DOLOR, ANESTESIA Y MOLESTIA DE TODA ESPECIE, ESTE CASO SERÁ TRATADO POR UN PSICÓLOGO TERAPEUTA.

ACCIDENTES SOBRE EL SIMPÁTICO

EN CIERTAS PERSONAS PREDISPUESAS, APARECEN TRASTORNOS EN LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS O EN EL ORGANISMO GENERAL, CONSECUENTES A UNA EXTRACCIÓN.

HAY PROCESOS INFECCIOSOS QUE REPERCUTEN EN LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS. ES FRECUENTE QUE LESIONES OCULARES O AUDITIVAS TENGAN ORIGEN EN UN FOCO DENTARIO INFECCIOSO Y QUE DESAPARESCA CON LA EXTRACCIÓN DENTARIA.

EN OTROS CASOS NO ES ASÍ PUES AL QUITAR EL FOCO INFECCIOSO EXASERVA EL PROCESO INFECCIOSO, MÁS ESTOS ESTADOS SON PASAJEROS Y DESAPARECEN EN POCOS DÍAS.

MUJERES GRÁVIDAS O EN PERIODO CATAMENEAL, SON RARAS ESTAS COMPLICACIONES, EN LAS MUJERES EN ESTOS ESTADOS Y QUE SE PRESENTEN NERVIOSAS O TEMEROSAS DEBERÁ PREMEDICARSELES O POSPONER LA INTERVENCIÓN SI ESTA NO ES URGENTE.

CAPITULO VIII

ACCIDENTES QUE AFECTAN A LAS PARTES BLANDAS

DESGARRES DE LA MUCOSA GINGIVAL, LENGUA, LABIOS, CARRILLOS QUE SE PRODUCEN POR FALTA DE PRECAUCIÓN O ACTUANDO CON BRUSQUEDAD PROVOCAN EL DESLIZAMIENTO DE LOS INSTRUMENTOS DE LA MANO DEL OPERADOR Y HERIR ESTAS PARTES BLANDAS, TAMBIÉN SE PUEDEN PRODUCIR EN LOS LABIOS POR PELLISCAMIENTO CON FORCEPS O EN LAS COMISURAS Y TEJIDOS DEL PISO DE LA BOCA.

MUCOSA BUCAL

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE ESTRUCTURA GENERAL, LA MUCOSA BUCAL OFRECE ALGUNAS PARTICULARIDADES, ES FINA Y MOVIL EN LA MAYOR PARTE DE SU EXTENSIÓN, A EXCEPCIÓN DE LA BÓVEDA PALATINA DE LAS ENCÍAS, DONDE GRACIAS A SU COMPOSICIÓN FIBROSA MUY APRETADA, OFRECE UNA DENSIDAD Y UNA FIJEZA NOTABLE.

LA DERMIS MUCOSA ESTA PERFORADA POR TODAS PARTES DE ORIFICIOS PARA EL PASO DE LOS CONDUCTOS EXCRETORES DE LAS GLANDULAS. EL EPITELIO ES PAVIMENTOSO ESTRATIFICADO. LA MUCOSA BUCAL SALVO AL NIVEL DE LA BÓVEDA PALATINA Y DE LAS ENCÍAS, PRESENTA UN SISTEMA VASCULAR MUY RICO. EN CAMBIO SU SISTEMA NERVIOSO SENSITIVO ES BASTANTE POBRE.

LABIOS

LOS LABIOS QUE LIMITAN POR DELANTE A LA CAVIDAD BUCAL, ESTAN CONSTITUIDOS POR DOS REPLIEGUES CARNOSOS, MÓVILES, EXTENSIBLES Y CONTRACTILES QUE FORMAN A CADA LADO, POR SU REUNIÓN, DOS ÁNGULOS LLAMADOS COMISURAS. ÉSTAS ESTAN RECUBIERTAS POR UN REVESTIMIENTO CUTANEO MUCOSO, CUYO INTERVALO ESTA OCUPADO POR UNA CAPA MUSCULAR Y POR GLANDULAS.

LOS MUSCULOS EN NÚMERO DE DIECINUEVE FORMAN UN APARATO MUY COMPLEJO -- QUE, POR SUS CONTRACCIONES AISLADAS, DIRIGEN LOS MOVIMIENTOS DE LA -- PIEL Y PERMITEN LAS VARIACIONES DE LA MÍMICA FACIAL. LA MUCOSA ES ROJA DELGADA Y TRANSPARENTE.

LA FORMA Y LAS DIMENSIONES DE LOS LABIOS VARÍAN EN LA EDAD, SEXO Y RAZA. LOS LABIOS DESEMPEÑAN UN PAPEL MUY IMPORTANTE COMO ÓRGANOS DE PRESIÓN, PRINCIPALMENTE DE SUCCIÓN. SIRVEN PARA RETENER LOS LIQUIDOS EN EL INTERIOR DE LA BOCA. CONCURREN A LA ACCIÓN DE SILBAR, DE SOPLAR, DE CANTAR, DE HABLAR. LOS LABIOS GOZAN DE UNA SENSIBILIDAD MUY DELICADA, EN SU CARA MUCOSA, LOS LABIOS SON LIBRES EN TODA SU EXTENSIÓN, EXCEPTO EN LA LÍNEA MEDIA, DONDE SE OBSERVA UN REPLIEGUE MÁS SALIENTE EN EL LABIO SUPERIOR QUE EN EL INFERIOR, REPLIEGUE QUE LLEVA EL NOMBRE DE FRENILLO DEL LABIO.

EL INTERVALO COMPRENDIDO ENTRE LAS ARCADAS DENTARIAS Y LOS LABIOS SE LE LLAMA "VESTÍBULO DE LA BOCA".

MEJILLAS

LAS MEJILLAS OFRECEN UNA CARA CUTÁNEA Y UNA CARA MUCOSA. LA CARA CUTÁNEA VARÍA DE ASPECTO CON LA EDAD, LA CARA MUCOSA CORRESPONDE A LAS ARCADAS ALVEOLARES Y DENTARIAS. EN LA CARA POSTERIOR, A NIVEL DEL CUELLO DEL DIENTE DE LOS SEIS AÑOS SUPERIOR, PRESENTA EL ORIFICIO DEL CONDUCTO DE STENON.

DE FUERA A DENTRO SE ENCUENTRAN SEIS CAPAS, UNA CUTÁNEA, OTRA ADIPOSITA, MUSCULAR, FIBROSA, GLANDULAR, OTRA MUCOSA, VASOS Y NERVIOS.

LAS ARTERIAS PROCEDEN DE LA RAMA FACIAL, DE LA TEMPORAL Y DE LA MAXILAR INTERNA QUE FORMAN LAS RAMAS SUBORBITARIA, DENTARIA INFERIOR, BUCAL, MASETERINA Y ALVEOLAR.

LA ARTERIA FACIAL ATRAVIESA LA MEJILLA SIGUIENDO UNA LÍNEA QUE PARTIENDE DEL ÁNGULO ANTEROINFERIOR DEL MASETERO Y TERMINARÁ EN EL ALA DE LA NARIZ.

VELO DEL PALADAR

ES UNA VÁLVULA MUSCULOMENBRANOSA QUE ES LA PROLONGACIÓN DEL PALADAR, - DE AQUÍ EL NOMBRE DE PALADAR MOVIBLE O BLANDO POR OPOSICIÓN AL PALADAR OSEO. ESTÁ COMPUESTO DE UNA CAPA FIBROSA, DE OTRA MUSCULAR, OTRA MUCOSA, TEJIDO CELULAR, VASOS Y NERVIOS. LA CAPA FIBROSA O APONEURÓTICA ES TA COMPUESTA DE DOS LAMINILLAS FIBROSAS SUPERPUESTAS, ENTRE LAS CUALES SE ENCUENTRA LA CAPA GLANDULAR.

LA CAPA MUSCULAR ESTA COMPUESTA DE SEIS PARES DE MUSCULOS. LA CAPA - - GLANDULAR SE DIVIDE EN DOS CAPAS; UNA SITUADA POR DEBAJO DE LA MUCOSA - - NASAL Y LA OTRA VOLUMINOSA FORMA CONTINUACIÓN CON LA CAPA GLANDULAR -- DEL PALADAR Y SE PROLONGA EN EL INTERIOR DE LA ÚVULA. A ESTA CAPA GLAN - - DULAR PUEDEN SER AGREGADAS LAS AMIGDALAS, SITUADAS ENTRE LOS PILARES - DEL VELO DEL PALADAR.

PISO DE LA BOCA

TIENE FORMA DE UNA CANAL SITUADA ENTRE LA MANDÍBULA Y LA LENGUA. COM--PRENDE TRES CAPAS SUPERPUESTAS QUE DE ARRIBA A ABAJO SON: LA CAPA MUCO - - SA, QUE EN LA LÍNEA MEDIA PRESENTA EL FRENILLO DE LA LENGUA FLANQUEAN - - DO A CADA LADO POR UNA LIGERA EMINENCIA Y POR EL ORIFICIO DE LOS CON--DUCTOS DE WARTHON; A LOS LADOS ESTAN, LA ABERTURA DEL CONDUCTO DE BAR - - THOLINO Y DESPUÉS UNA PEQUEÑA SUPERFICIE, LIMITADA POR LA ARCADA ALVEO - - LAR Y POR EL FONDO DE SACO QUE FORMA LA MUCOSA AL REFLEJARSE SOBRE LA - - CARA INFERIOR DE LA LENGUA Y QUE CORRESPONDE A LA GLÁNDULA SUBLINGUAL;

POR FUERA TIENE UNA SERIE DE EMINENCIAS SUMINISTRADAS POR GLÁNDULAS - QUE ESTAN BAJO LA DEPENDENCIA DE LA GLÁNDULA SUBMAXILAR; FINALMENTE, - POR DETRÁS, LA TERMINACIÓN DEL CANAL SE EXTIENDE HASTA LA PARTE INFE-- RIOR DE LOS PILARES DEL VELO DEL PALADAR.

LA CAPA GLANDULAR, FORMADA POR LA GLÁNDULA SUBLINGUAL LOS CONDUCTOS DE RIBINUS Y LAS GLÁNDULAS QUE PROLONGAN LA GLÁNDULA SUBMAXILAR Y DAN ORI-- GEN AL CONDUCTO DE WARTHON. LA CAPA MUSCULAR, QUE COMPRENDE A LOS MUS-- CULOS MILOHIOIDEO Y GENIOHIOIDEO.

LENGUA

LA LENGUA FORMA EL DEPARTAMENTO SUPERIOR DEL PISO DE LA BOCA ES ADHE-- RENTE EN CIERTA EXTENSIÓN, LIBRE Y MOVIL HACIA ARRIBA, ADELANTE Y A -- LOS LADOS. ESTA COMPUESTA DE UNA MUCOSA, DE MUSCULOS, VASOS, NERVIOS, - GLÁNDULAS Y TEJIDO CELULAR.

LA MUCOSA LINGUAL ES LA PROLONGACIÓN DE LA MUCOSA DE LA BOCA. NO OBS-- TANTE, SU CONSISTENCIA ES MÁS CONSIDERABLE Y SU ADHERENCIA A LOS MUSCU-- LOS MÁS FUERTE Y SU SENSIBILIDAD MUCHO MÁS DELICADA. ESTÁ CUBIERTA DE-- PAPILAS DE FORMAS DIVERSAS: CALCIFORMES, FUNGIFORMES Y HEMISFERICAS. - DE ELLAS HAY UNA SITUADA EN LA EXTREMIDAD POSTERIOR DEL SURCO MEDIO, - MUY VOLUMINOSA Y RODEADA DE UN REPLIEGUE QUE LA EXCEDE Y FORMA UN FON-- DO DE SACO LLAMADO FORAMEN DE MORGAGNI, AGUJERO CIEGO O LAGUNA DE LA - LENGUA. EL ARMAZÓN DE LA LENGUA ESTÁ FORMADO POR EL HUESO HIODES, POR-- DOS MEMBRANAS FIBROSAS Y POR EL CÓRTON DE LA MUCOSA. A LA FORMACIÓN DE-- LENGUA CONCURREN QUINCE MUSCULOS A DISPOSICIÓN PLEXIFORME.

LAS ARTERIAS PROVIENEN TODAS DE LA LINGUAL. AL LLEGAR A LA PUNTA TOMAN-- EL NOMBRE DE RANINAS Y SE ANASTOMOSAN CON LAS DEL LADO OPUESTO. LAS VE-- NAS DORSALES CONFLUYEN A LA YUGULAR INTERNA; LAS VENAS PROFUNDAS SE --

ABREN ALGUNAS VECES EN LAS VENAS DORSALES Y A VECES EN LA FACIAL; LAS VENAS INFERIORES O RANINAS TERMINAN EN LAS VENAS DORSALES O EN LA FACIAL TAMBIÉN LOS LINFATICOS PROCEDEN PARA LOS MUSCULOS, DEL HIPOGLOSO, DEL RAMO LINGUAL DEL FACIAL, DEL PLEXO CAROTIDEO Y DE LA CUERDA DEL TÍMPANO; PARA LA MUCOSA DEL LINGUAL, DEL GLOSOFORINGEO Y DEL LARINGEO-SUPERIOR.

ENCÍAS

LA ENCÍA FORMA PARTE INTEGRANTE DE LA MUCOSA BUCAL Y NO OBSTANTE, SU CONSISTENCIA Y ADHERENCIA A LOS PLANOS ÓSEOS QUE CUBRE, ES NOTABLE. ESTA CONSISTENCIA VARÍA CON LA EDAD Y CON LAS CONDICIONES PATOLÓGICAS; ANTES DE LA APARICIÓN DE LOS DIENTES TEMPORALES ES MUY GRANDE Y DESPUÉS DISMINUYE PARA VOLVER, EN EL VIEJO, A SU ESTADO PRIMITIVO.

DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTOLÓGICO, LA MUCOSA GINGIVAL DEBE SER CLASIFICADA ENTRE LAS MEMBRANAS FIBROMUCOSAS. ESTÁ FORMADA POR UNA TRAMPA DE TEJIDO CONJUNTIVO DENSO, MÁS ESPESO QUE EN TODOS LOS OTROS PUNTOS DE LA MUCOSA BUCAL, FORMANDO UN FIELTRO COMPACTO Y ENVIANDO POR SU CARA PROFUNDA NUMEROSAS PROLONGACIONES QUE VIENEN A CONFUNDIRSE CON LAS FIBRAS PROPIAS DEL PERIOSTIO ÓSEO, Y ASÍ EL PERIOSTIO Y LA DERMIS DE LA MUCOSA ESTÁN EN CONTINUIDAD DIRECTA, SIN INTERPOSICIÓN DE TEJIDO SUBMUCOSO. ESTA CONSTITUÍDA POR UNA RED LAMINOSA SIN ELEMENTOS ELÁSTICOS.

SU SUPERFICIE LISA ESTA CUBIERTA DE UNA CAPA EPITALIAL PAVIMENTOSA, ES PESA, ESTRATIFICADA Y CUYO DESPRENDIMIENTO POR EL RASPADO ES EN GENERAL FÁCIL. ESTA CAPA EPITELIAL REVISTE EL CÓRION DE LA ENCÍA EN TODOS SUS SALIENTES U ONDULACIONES. LOS SALIENTES QUE SON MUY VISIBLES, INCLUSO A SIMPLE VISTA EN LA SUPERFICIE DE LA ENCÍA, SEMEJAN DEPRESIONES COMPARABLES A LOS POROS DE LA PIEL Y QUE EN OTRO TIEMPO SE CREÍA ERAN-

DEBIDAS A LA PRESENCIA DE UNAS GLÁNDULAS INCLUIDAS EN EL ESPESOR DEL TEJIDO E INDUDABLEMENTE ESTO FUÉ LO QUE HIZO SUPONER LA EXISTENCIA DE GLÁNDULAS CARACTERÍSTICAS. SIN EMBARGO LAS ENCÍAS NO CONTIENEN NINGUNA GLÁNDULA LO QUE ES SU CARÁCTER DISTINTIVO MÁS NOTABLE.

DESGARRO Y SEPARACIÓN DE LAS ENCÍAS: NO DEBEN PRODUCIRSE GRANDES DESGARROS DE LA ENCÍA SI SE HA PRACTICADO ANTES DE LA EXTRACCIÓN LA DESBRI-DACIÓN ALVEOLAR QUE LIBERA A LA PIEZA DE SUS ADHERENCIAS GINGIVALES Y LIGAMENTOS, LA CARA DISTAL DEL TERCER MOLAR QUE ES DONDE SE ADHIERE LA MUCOSA FUERTEMENTE AL CUELLO, Y ES LA PARTE DONDE PUEDEN PRODUCIRSE --DESGARROS GINGIVALES SERIOS; DESPUES DE LA LUXACIÓN DEL TERCER MOLAR - SI SE EXTRAÉ DE SU ALVEOLO SE CORRE EL RIESGO, SI SE HA SECCIONADO A - LAS PARTES BLANDAS, DE ARRANCAR TAMBIÉN LA MUCOSA Y DEJAR UNA EXTENSA HERIDA EN LA SUPERFICIE DEL PILAR ANTERIOR.

ASÍ TAMBIÉN LA EXTRACCIÓN DE UN MOLAR INFERIOR, PUEDE ACARREAR UN DESGARRO GINGIVAL A LO LARGO DE LAS LÁMINAS INTERNAS Y EXTERNAS DEL PROCE SO ALVEOLAR.

ESTOS ACCIDENTES SON MÁS MOLESTOS QUE PELIGROSOS. CAUSAN PÉSIMOS EFEC-TOS AL PACIENTE QUE NO DEJA DE ACUSAR DE TORPEZA A SU DENTISTA Y GUAR-DAR UN MAL RECUERDO DE LOS DOLORES POSOPERATORIOS CAUSADOS POR LA HERI DA GINGIVAL. EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA SUTURA DE LA ENCÍA SI EL -- COLGAJO QUEDA MUY DEFICIENTEMENTE UNIDO, EN CASO CONTRATIO, SE CORTA - ÉSTE CON TIJERA PARA ENCÍA, PRESCRIBIENDO CUIDADOS ANTICÉPTICOS MUY MI MUCIOSOS DURANTE EL PERIÓDO DE CICATRIZACIÓN. LOS PEQUEÑOS DESGARROS - DE LA ENCÍA SON FRECUENTES SOBRE TODO CUANDO SE EMPLEAN RAIGNERAS, SE CURAN PRONTO Y NO EXIGEN TRATAMIENTO ALGUNO, SALVO LA SECCIÓN DEL PE-- QUEÑO COLGAJO SI LE MOLESTA AL PACIENTE.

CONTUSIÓN Y HERIDAS DE LOS LABIOS, CARRILLOS Y LENGUA: EL MANGO DEL -- FORCEPS Y PRINCIPALMENTE EL VASTAGO DE ELEVADOR PUEDE PRODUCIR IRRITACIONES O CONTUSIONES EN LA COMISURA LABIAL, CUANDO SE OPERA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA BOCA. ESTE ACCIDENTE SE EVITA EMBADURNANDO DICHA COMISURA CON VACELINA ESTERILIZADA.

EL OPERADOR PUEDE LASTIMAR POR DESCUIDO LAS MUCOSAS DE LOS LABIOS O DE LOS CARRILLOS CON LOS MORDIENTES DEL FORCEPS O CON LA PUNTA DEL ELEVADOR. ESTE INSTRUMENTO PUEDE DESLISARSE BRUSCAMENTE DEL PUNTO DONDE SE HA APLICADO SU HOJA, SI NO SE HA TENIDO EL DEBIDO CUIDADO DE LIMITAR LA EXTENSIÓN DE SUS MOVIMIENTOS CON LA CORRECTA MANERA DE EMPUÑARLO. DEBE PROTEGERSE TAMBIÉN CON LOS DEDOS DE LA MANO OPUESTA LAS PARTES -- BLANDAS VECINAS. SI SE EMPLEA BISTURÍ CON HOJA DEMASIADO LARGA PUEDE -- HERIRSE A VECES EL LABIO.

COMO SE VE, TODOS ESTOS ACCIDENTES SON EVITABLES SI SE SIGUE UNA BUENA TÉCNICA Y SI SE ADOPTAN LAS PRECAUCIONES CORRESPONDIENTES.

LESIONES A LOS TRONCOS NERVIOSOS: UNA EXTRACCIÓN DENTARIA O UNA MALA -- TÉCNICA DE ANESTESIA PUEDE OCACIONAR UNA LESIÓN DE GRAVEDAD VARIABLE -- SOBRE LOS TRONCOS NERVIOSOS, ESTAS LESIONES PUEDEN RADICARSE EN LOS -- NERVIOS DENTARIOS SUPERIORES E INFERIORES, LOS ACCIDENTES MÁS IMPORTANTES SON LOS QUE TIENEN LUGAR SOBRE EL NERVIIO PALATINO ANTERIOR DENTARIO INFERIOR Y MENTONIANO.

EN LAS EXTRACCIONES QUE TRAUMATIZAN LOS TRONCOS NERVIOSOS PUEDE CONSISTIR EN EL SECCIONAMIENTO, APLASTANDO O DESGARRANDO EL NERVIIO Y ESTAS -- LESIONES SE TRADUCEN POR NEURALGIAS (DOLOR DEL NERVIIO).

CUANDO SE REALIZA EXTRACCIONES DE LOS PREMOLARES INFERIORES O ÁPICES -- RADICULARES DE LOS MISMOS. LOS INSTRUMENTOS DE EXODONDIA PUEDEN LESIONAR EL PAQUETE MENTONIANO A NIVEL DEL AGUJERO DEL MISMO NOMBRE, Y ES--

TAS LESIONES PUEDEN EN OCASIONES CAUSAR ANESTESIAS Y ALGUNAS VECES PARESTESIAS DE LA MITAD DEL LABIO INFERIOR Y DEL MENTÓN LA REGENERACIÓN DEL NERVIO UNA VEZ LESIONADO PUEDE SER COSA DE GRAVEDAD SEGÚN LA MAGNITUD DE DICHA LESIÓN, PUEDE SER DE SEIS SEMANAS A SEIS MESES O MÁS TIEMPO Y SE LLEVAN A CABO CON TRATAMIENTOS TÉRMICOS YA SEAN HÚMEDOS O SECCOS EN LA REGIÓN DAÑADA (PARESTESIA, ALTERACIÓN DE CENESTESIA, CONSISTE EN SENTIR COSQUILLEOS, HORMIGUEOS, ENTUMECIMIENTO CON ARDORES EN LA REGIÓN DAÑADA).

(CENESTESIA, NOCIÓN VAGA DE TODOS LOS ÓRGANOS DEL CUERPO).

CONCLUSIONES

EN TODO LO AQUÍ EXPUESTO VEMOS QUE LA EXODONCIA ESTÁ AL ALCANCE DE DIFERENTES COMPLICACIONES Y ACCIDENTES QUE PUEDEN PERJUDICAR Y COMPROMETER TANTO AL PACIENTE COMO AL DENTISTA, PUÉS LA MÁS SENCILLA EXTRACCIÓN DEBE CONSIDERARSE COMO UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, POR MÁS SIMPLE QUE ESTA PAREZCA ES NECESARIO TOMAR EN CUENTA TODAS LAS PRECAUCIONES NECESARIAS, EMPEZANDO POR UNA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, QUE NOS SERÁ DE GRAN AYUDA PARA SABER EL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE Y DE ESTA MANERA SABER SI NO HAY NECESIDAD DE MEDICARLO ANTES, DURANTE O DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN, ACOMPAÑANDO A ESTA UNA BUENA RADIOGRAFÍA PARA SABER LAS CARACTERÍSTICAS DEL DIENTE Y LA ZONA A TRATAR.

TAMBIÉN SE HACE NECESARIO EL SABER QUE CLASE DE MEDICAMENTOS DE URGENCIA DEBEN UTILIZARSE EN CADA CASO SABER DONDE SE LOCALIZA UN MÉDICO CIRUJANO O UNA CLÍNICA DE EMERGENCIA, LOS MEDICAMENTOS DE URGENCIA TENERLOS A LA MANO PARA CUALQUIER CASO GRAVE Y NO ESTAR EN EL MOMENTO TRATANDO DE CONSEGUIRLO MIENTRAS EL PACIENTE ESTA EN UN MOMENTO DE GRAVEDAD.

CONTAR CON EL INSTRUMENTAL COMPLETO Y APROPIADO LO ES EN TODO NECESARIO, PERO EN SÍ, EN LO QUE SE HA HECHO MÁS INCAPITÉ Y DEBER SER SIEMPRE TOMADO EN CUENTA ES EL CONOCIMIENTO, HABILIDAD Y DESTREZA PARA REALIZAR CUALQUIER EXTRACCIÓN Y SABER AFRONTAR Y RESOLVER TODA CLASE DE ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN EXODONCIA.

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|---------------------------------------|--|
| Dr. Winter Archer | Cirujia Bucodental
Anestesia en Odontologia |
| Dr. Kurt Hermann Thoma | Cirujia Bucal |
| Dr. L. M. Menheim | Anestesia Local y Control del
dolor Facial en la Practica
Dental |
| Dr. Georges Marion | Manual de Tecnicas Quirurgicas |
| Dr. Winter Leo | Tratado de Exodoncia |
| Dr. Irvin Clickman | Periodontologia Clinica |
| Dr. Sterling V. Mead | Cirujia Bucal |
| Dr. Martin J. Dunn
Donald F. Booth | Medicina Interna y Urgencias
en Odontologia |
| Dr. Durante Avellanet | Cirujia Odontomaxilar |
| Dr. Ries Centeno | Cirujia Bucal |