



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

7/12/85
A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'Fernando Gomez Morales', written over a horizontal line.

**TRATADO DE ANESTESIA
Y EXODONCIA.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

FERNANDO GOMEZ MORALES

México, D. F.

1985





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N T R O D U C C I O N

DESDE EL COMIENZO DE LA HUMANIDAD, EL HOMBRE HA SUFRIDO DE ENFERMEDADES--DOLORS, HERIDAS, POR LO CUAL HA BUSCADO CONTINUAMENTE EL MÉTODO MÁS ADECUADO-- PARA LIBRARSE DEL DOLOR.

LAS DISTINTAS MANIOBRAS QUIRURGICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIO--NES QUE PROVOCAN EL DOLOR, LA SUPRESIÓN DE ESTE ES UNA DE LAS GRANDES CONQUISTAS DE LA HUMANIDAD Y SE HA LOGRADO GRACIAS AL EMPLEO DE LA ANESTESIA, LA CUAL PERMITE LA PERDIDA TOTAL DE LA SENSIBILIDAD.

EL DENTISTA DEBERA EMPLEAR UNA PSICOTERAPIA DE SOSTEN, PREVIENIENDO LA AN--GUSTIA O CUALQUIERA DE SUS MANIFESTACIONES. EL PAPEL DEL CLÍNICO NO DEBERA ES--TAR LIMITADO A UNA ACCIÓN MECÁNICO-TÉCNICA HACIA EL PACIENTE, SINO QUE DEBERA--POSEER UNA CAPACIDAD HUMANA INNATA Y NATURAL PARA COMPRENDER Y COMPARTIR LOS--SENTIMIENTOS DE TODOS SUS PACIENTES.

EL CLÍNICO DEBERÁ ESTAR CONCIENTE DE QUE EL HOMBRE NO ES UN CONJUNTO DE--PARTES SIN RELACIÓN ENTRE SI O QUE FUNCIONA DE MANERA INDEPENDIENTE. LOS EFEC--TOS DE LA ENFERMEDAD COMO LOS DEL TRATAMIENTO NO QUEDA LIMITADO AL CLÍNICO --SINO QUE AFECTA AL ENFERMO EN SU TOTALIDAD.

UN FACTOR IMPORTANTE EN EL PROGRESO DE LA ODONTOLOGÍA HA SIDO EL RECONO--CIMIENTO POR LOS DENTISTAS, DE LA NECESIDAD DE ALIVIAAR EL DOLOR DURANTE LOS --PROCEDIMIENTOS DENTALES QUIRURGICOS.

LA ODONTOLOGÍA CONSERVADORA DISPONE ACTUALMENTE QUE HAY MÉTODOS Y TRATA--MIENTOS QUE DISMINUYEN EXTRAORDINARIAMENTE EL NÚMERO DE DIENTES QUE DEBEN SER--EXTRAÍDOS, POR EL ADELANTO LOGRADO EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS RADICULARES--SE HAN DISMINUIDO LAS INDICACIONES DE LA EXODONCIA QUEDANDO CIRCUNSCRITAS, EN--EL CASO DE AFECCIONES DEL DIENTE PROPIAMENTE DICHAS, A AQUELLOS CASOS EN QUE --LA INACCESIBILIDAD DEL DIENTE, O DE LOS CONDUCTOS, NO PERMITAN APLICAR LAS TÉC--NICAS CONSERVADORAS.

SIN EMBARGO AÚN EN LA ACTUALIDAD, EXISTEN MÉTODOS QUE YA SEA POR IGNORAN--CIA, INDIFERENCIA O DESCUIDO, DESENCADENAN SITUACIONES QUE AFECTAN O ATENTAN --CONTRA LA SALUD DEL SER HUMANO.

ES POR ELLO QUE QUIERO ENFOCAR EL TEMA DE ANESTESIA LOCAL Y EXODONCIA, YA QUE DE ESTE MODO PUEDE SERVIR DE GUIA PARA LA INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN DEL DENTISTA EN EL DESARROLLO DE SU ACTO QUIRURGICO Y ASÍ PODER TOMAR UNA BUENA DECISIÓN Y ACERTADO DIAGNOSTICO.

COMO RESULTADO DE TODO LO ANTERIOR, REALICE ESTE TRABAJO PRETENDIENDO QUE NO SE TOMA COMO UN ESTUDIO COMPLETO Y EXHAUSTIVO DEL TEMA, SINO QUE REPRESENTA UNICAMENTE LA EXPOSICIÓN DE UNA INQUIETUD PROPIA.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULOS

- I.- EVALUACION DEL PACIENTE
 - HISTORIA CLINICA
 - INSPECCION GENERAL
 - EXAMEN FISICO

- II.- TIPOS Y CLASIFICACIONES DE LOS ANESTESICOS
 - AGRUPACION QUIMICA

- III.- ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA
 - DEFINICION
 - INSTRUMENTAL
 - PROPIEDADES DEL ANESTESICO IDEAL

- IV.- ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LOS ANESTESICOS
 - ACCIDENTES INMEDIATOS:
 - PARALISIS FACIAL
 - HEMATOMA
 - ROTURA DE LA AGUJA DE INYECCION
 - LIPOTIMIA Y SINCOPE
 - DOLOR
 - ISQUEMIA DE LA PIEL
 - INYECCION DE ANESTESIA EN ORGANOS VECINOS
 - ACCIDENTES MEDIATOS:
 - PERSISTENCIAS DE LA ANESTESIA
 - ENFISEMA SUBCUTANEO
 - INFECCION EN EL LUGAR DE LA PUNCION
 - TRAUMATISMO DE LA INYECCION

- ANESTESIA GENERAL
- OBSTRUCCION RESPIRATORIA
- PARO CARDIACO
- COLAPSO CIRCULATORIO
- ESTADO DE SHOCK

V.- LA ARTICULACION ALVEOLO DENTARIA

- DIENTE
- PERIODONTO

VI.- EXTRACCION DENTAL

- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- PRINCIPIOS MECANICOS DE LA EXTRACCION
- TIEMPO DE LA EXTRACCION DENTAL
- PASOS
- INSTRUMENTAL PARA EL MAXILAR SUPERIOR
- INSTRUMENTAL PARA EL MAXILAR INFERIOR
- ASEPSIA Y ANTISEPSIA

VII.- COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DE LA EXTRACCION DENTAL

- FRACASO EN
- FRACTURA DEL DIENTE
- FRACTURA Y LUXACION DE LOS DIENTES VECINOS
- FRACTURA DEL INSTRUMENTAL USADO EN EXODONCIA
- FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR
- FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD
- FRACTURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR
- PERFORACION DE LAS TABLAS VESTIBULAR Y PALATINA
- PERFORACION DEL PISO DEL SENO
- LUXACION DEL MAXILAR INFERIOR
- LESION DE PARTES BLANDAS VECINAS
- ALVEOLITIS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

C A P I T U L O I

EVALUACION DEL PACIENTE

ES CONVENIENTE QUE EL DENTISTA DE PRÁCTICA GENERAL CONOZCA UNA TÉCNICA DE EVALUACIÓN EFICAZ, YA QUE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O REACCIÓN FÍSICA MENOR, PUEDE ESTAR DIRECTAMENTE RELACIONADA -- CON LA ANESTESIA DENTAL DEL TRATAMIENTO.

EL OBJETIVO ES DETERMINAR LA CAPACIDAD FÍSICA Y EMOCIONAL - DEL PACIENTE PARA TOLERAR LA ANESTESIA, LA ELECCIÓN DEL ANESTÉ-- SICO Y TRATAMIENTO ESTOMATOLÓGICO ADECUADO, AL USARSE UN ANESTÉ-- SICO DEBE EFECTUARSE UN EXAMEN CLÍNICO DE ACUERDO AL SIGUIEN-- TE PLAN:

- 1.-HISTORIA CLÍNICA
- 2.-INSPECCIÓN GENERAL
- 3.-EXAMEN FÍSICO

HISTORIA CLÍNICA

LA HISTORIA CLÍNICA DEBE CONSTAR DE LOS SIGUIENTES DATOS:

1.-PRINCIPALES SÍNTOMAS.

- A) LISTA DETALLADA DE MOLESTIAS.
- B) HISTORIA DEL PACIENTE DESDE EL COMIENZO DE MOLESTIAS HAS-- TA LA ACTUALIDAD.

2.-INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

- A) APARATO CARDIOVASCULAR:CEFALEAS, MAREOS, HIPERTENSIÓN, HIPO-- TENSIÓN, HINCHAZÓN DE LOS PIES, DOLOR PRECORDIAL.
- B) APARATO GASTROINTESTINAL: TIEMPO DE LA ULTIMA COMIDA, DOLOR ABDOMINAL, VÓMITOS, NÁUSEAS, ESTREÑIMIENTOS, DIARREAS, PERDIDA DE PESO, ETC.
- C) APARATO RESPIRATORIO: TOS, CIANOSIS, DOLOR DEL TORAX, DISNEA-- HEMORRAGIA, SUDORES NOCTURNOS, COLOR Y CONSISTENCIA DE LAS-- FLEMAS, ETC.

D) APARATO GENITOURINARIO: EDEMA PARPEBRAL, DOLOR AL ORINAR, FRECUENCIA DE LA ORINA, COLOR DE LA ORINA, SI ORINA CON SANGRE, EMBARAZO.

E) SISTEMA NERVIOSO: TRASTORNOS NERVIOSOS, EPILEPSIA, CEFALÉAS, MAREOS, LIPOTIMIAS, PARESTESIAS, TEMBLORES.

3.- ANTECEDENTES FAMILIARES HEREDITARIOS.

DIABETES, PADECIMIENTOS ENDOCRINOS, TUBERCULOSIS, ENFERMEDADES SANGUINEAS (HEMOFILICOS), PERTURBACIONES NERVIOSAS O MENTALES.

4.- ANTECEDENTES FAMILIARES NO HEREDITARIOS.

EDAD, SEXO, RESIDENCIA, COLOR, RAZA, NACIONALIDAD, ANTECEDENTES MENSTRUALES Y OBSTETRICOS.

PECULIARIDADES, ALERGIA A DROGAS O MEDICAMENTOS.

HABITOS: ALCOHOL, TABACO, CAFÉ, TRANQUILIZANTES, ESTIMULANTES, ALIMENTACIÓN, HORAS DE SUEÑO, TIPO DE DISTRACCIONES, ETC.

5.- ANTECEDENTES PERSONALES PATÓLOGICOS.

MOLESTIAS SIMILARES A LAS ACTUALES, PADECIMIENTOS DE LA INFANCIA, ENFERMEDADES VENÉREAS, OPERACIONES QUIRÚRGICAS.

ADEMÁS DE ESTA HISTORIA CLÍNICA, TODO ENFERMO QUE LLEGUE AL CONSULTORIO DEL DENTISTA DEBE LLENAR UN CUESTIONARIO MÉDICO -- COMO EL SIGUIENTE:

FECHA: _____

NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____

CD. _____ EDO. _____ C.P. _____ TEL. _____

EDAD: _____ SEXO: _____ PESO: _____ ESTATURA: _____

OCUPACION o PROFESION: _____

PARIENTES CERCANOS: _____

DIRECCION: _____ TEL. _____

PRESION ARTERIAL: _____ PULSO: _____

TEMPERATURA: _____ RESPIRACIONES POR MINUTO: _____

I N T E R R O G A T O R I O

SE LE PEDIRA AL PACIENTE QUE CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿HA ESTADO HOSPITALIZADO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS? SI _____ NO _____

¿HA ESTADO BAJO CUIDADO MÉDICO DURANTE LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS?
SI _____ NO _____

¿HA TOMADO ALGÚN MEDICAMENTO DURANTE EL ÚLTIMO AÑO?
SI _____ NO _____

¿ES ALÉRGICO A LA PENINCILINA O A CUALQUIER OTRO MEDICAMENTO?
SI _____ NO _____

¿HA PRESENTADO ALGÚN SANGRADO EXCESIVO QUE EXIJA TRATAMIENTO ES
PECIAL? SI _____ NO _____

SEÑALE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES QUE HAYA PADECIDO:

DIABETES _____ TUBERCULOSIS _____ PROBLEMAS DEL CORAZON _____

HEPATITIS _____ LESIONES CONGENITAS DEL CORAZON _____

ICTERICIA _____ SOPLO CARDIACO _____ ARTRITIS _____ ANEMIA _____

EPILEPSIA _____ FIEBRE REUMATICA _____ EMBOLIA CEREBRAL _____

AŞMA _____ TRATAMIENTO PSIQUIATRICO _____ TOS _____

SINUSITIS _____ FIEBRE REUMATICA _____.

MUJERES: ¿ESTA EMBARAZADA ACTUALMENTE? _____

¿A QUE TIPO DE CONTROL NATAL ESTA SOMETIDA? _____

¿A QUE HORA TOMO EL ULTIMO ALIMENTO? _____

¿EN QUE CONSISTIO? _____.

DR. _____

EN CASO DE QUE EL PACIENTE NECESITE HOSPITALIZACIÓN SE LLENARÁ UN CUESTIONARIO DE SALUD MÁS MINUCIOSO.

EL CIRUJANO DENTISTA, DEBE CONTROLAR CUIDADOSAMENTE LA HISTORIA CLÍNICA, PARA ASEGURARSE QUE SE HAGA EL ESTUDIO Y LOS RESULTADOS NOS GARANTIZEN QUE SE PROSIGA CON LA ANESTESIA Y LA CIRUGÍA.

INSPECCION GENERAL

SE REALIZA DESDE QUE SE EMPIEZA A HACER LA HISTORIA CLÍNICA.

HABLA: DIFICULTAD PARA LA ARTICULACIÓN DE PALABRAS, TARTAMUDEZ, OBSTRUCCIÓN NASAL, RONQUERA, ETC.

MOVIMIENTO: SI SON LENTOS O RAPIDOS, CONVULSIONES, ETC.

POSTURA: LA QUE GENERALMENTE ADQUIERE AL CAMINAR O DE PIE.

TEMPERATURA: LA QUE REGISTRE EN EL MOMENTO DE LA INSPECCIÓN.

NUTRICIÓN: PALIDEZ FACIAL, PALIDEZ AMARILLENTO, AMARILLO VERDOSO O CIANOSIS.

ERUPCIONES: PUEDEN SER DE DISTINTO TIPO.

EXAMEN FISICO

CABEZA: TAMAÑO, TIPO DE CRANEO, ETC.

OJOS: VISIÓN, PUPILA, GRADO DE EXOFTALMIA (SI HAY ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO), PALIDEZ CONJUNTIVAL, CORNEA.

OIDOS: DOLOR O INFECCIONES QUE PRESENTE O HAYA PADECIDO.

CARA: CONTORNOS, EXPRESIÓN, TIPO DE CARA, COLOR, PERTURBACIONES MUSCULARES, ETC.

NARIZ: BASE DE LA NARIZ, OBSTRUCCIÓN Y HEMORRAGIAS FRECUENTES, ETC.

BOCA: LABIOS, ENCIAS, LENGUA, PISO DE LA BOCA, PALADAR, CARRILLOS, DIENTES.

CUELLO: TAMAÑO, GROSOR, GLÁNDULAS, GANGLIOS LINFATICOS.

MANOS: TORCIÓN DE LOS DEDOS, PIGMENTACIÓN, TEMBLOR.

PULSO: ADULTO NORMAL; 60 A 80 /MINUTO.

NIÑO NORMAL; 80 A 100 / MINUTO'

ADULTO TAQUICARDICO; 60 Ó MENOS / MINUTO.

PRESIÓN ARTERIAL:

NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS 90/75

NIÑOS DE 10 A 14 AÑOS 110/90

ADULTO DE 40 A 60 AÑOS 130/80

MUJER ADULTA DE 20 A 40 AÑOS 5 Ó 10 PUNTOS MENOS QUE EL HOMBRE.

RESPIRACIÓN: ADULTO NORMAL 16 A 18 VECER POR MINUTO.

NIÑO NORMAL 24 A 28 VECES POR MINUTO.

TEMPERATURA: ORAL 37°C

EXAMEN DE LABORATORIO: TODOS LOS EXAMENES QUE SE PUEDAN INCLUIR POR EJEMPLO:

BIOMETRIA HEMATICA, ORINA, GLUCOSA, COPRO, ETC.

TIEMPOS DE LA EXTRACCION

ANTES DE REALIZAR NUESTRA ACCIÓN SE DEBERÁ REALIZAR UNA VALORACIÓN SOBRE-EL ESTADO DEL ÓRGANO DENTARIO Y DETERMINAR SI ES PRECISO O NO EFECTUAR LA EXTRACCIÓN, PARA ESTO SE DEBERÁN TOMAR EN CUENTA LOS FACTORES DETERMINANTES QUE SE DAN A CONTINUACIÓN:

INDICACIONES

LA INDICACIÓN EN LA EXODONCIA DEBE SER UNA SITUACIÓN PURAMENTE MÉDICA, PERO PUEDE TAMBIEN RESULTAR INFLUIDA POR CONSIDERACIONES ECONÓMICAS; LAS INDICACIONES MÉDICAS SON LAS SIGUIENTES:

- 1.-EN DIENTES QUE PRESENTEN MOVILIDAD POR DESTRUCCIÓN DE SU ALVÉOLO POR PARODONTITIS U OTRA CAUSA, Y QUE HAN PERDIDO TODA FUNCIÓN MASTICATORIA Y ADEMÁS---AQUEJAN PROPENSIÓN A INFLAMACIONES MARGINALES.
- 2.-EN CASOS EN QUE EL DIENTE SE ENCUENTRE FUERA DE SU POSICIÓN NORMAL Y QUE NO EXISTA LA POSIBILIDAD DE CORREGIR ESTA ECTOPIA.
- 3.-CUANDO A CAUSA DE INSUFICIENCIA DE ESPACIO TANTO EN EL MAXILAR COMO EN LA---MANDÍBULA, UN DIENTE NO PUEDE ERUPCIONAR POR COMPLETO Y CAUSA INFLAMACIÓN.
- 4.-CUANDO POR INFLAMACIÓN DE LOS CONDUCTOS RADICULARES SE HA ORIGINADO UN FOCO-INFLAMATORIO PERIAPICAL CRÓNICO O AGUDO QUE NO SE PUEDE COMBATIR CON TRATAMIENTO DE CONDUCTOS O CUANDO POR RAZONES MÉDICAS GENERALES ES PREFERIBLE LA EXTRACCIÓN.
- 5.-EN CASO DE DESTRUCCIÓN PROFUNDA NO SOLO DE LA CORONA, SINO TAMBIÉN DEL SEGUNDO TERCIO APICAL QUE RESULTE IMPOSIBLE LA RECONSTRUCCIÓN DE LA PIEZA DENTAL.
- 6.-CUANDO LA CONSERVACIÓN DEL DIENTE POSIBLE EN SÍ, CONSTITUYA UN PERJUICIO PARA EL RESTO DE LA DENTADURA.
- 7.-CUANDO UN DIENTE CON PULPA INFLAMADA O NECROSADA NO PUEDE TRATARSE DEBIDA Y-SEGURAMENTE POR RAZONES ECONÓMICAS O PSIQUIATRICAS, O CUANDO EL PACIENTE RE---CHAZA EL TRATAMIENTO CONSERVADOR.
- 8.-POR RAZONES PROTÉSICAS.
- 9.-POR ALGÚN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA.

CONTRAINDICACIONES

LA CONTRAINDICACIÓN SE PUEDE CLASIFICAR RELACIONÁNDOLA CON EL DIENTE EN SI, CON LOS TEJIDOS PARODONTALES O CON EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

LAS AFECCIONES QUE DEPENDEN DEL ESTADO DEL DIENTE A EXTRAER, ENFERMEDADES LOCALES Y ESTADOS GENERALES PERTURBADOS POR AFECCIÓN DENTARIA O PARODONTAL, EN PRESENCIA DE LA ZONA A INTERVENIR O EN TODA LA ARCADA ALVEOLAR DE UNA ESTOMATITIS O GINGIVITIS. ESTA AFECCIÓN POR EL ESTADO PARTICULAR DEL TEJIDO GINGIVAL CREA MAL TERRENO PARA LA INTERVENCIÓN.

EN CASOS PARTICULARES PARA CONTRAINDICAR LA EXTRACCIÓN EN LAS PERSONAS EMBARAZADAS, SE REFIERE A ESTADOS PATOLÓGICOS ESPECIALES DEL EMBARAZO, EN TALES CASOS EL OSTETRA INFORMARÁ AL CIRUJANO DENTISTA DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA.

DESPUÉS DE TODO SE LLEGA A ESTAS CONCLUSIONES:

- A) LA IRRITACIÓN GINGIVAL O DENTARIA SON MÁS GRAVES PARA LA MUJER EMBARAZADA Y SU PRODUCTO QUE LA EXTRACCIÓN DENTARIA.
- B) LA GESTACIÓN NO ES UNA CONTRAINDICACIÓN PARA LA EXTRACCIÓN DENTARIA.
- C) PUEDE EMPLEARSE CUALQUIER CLASE DE ANESTESIA GENERAL O LOCAL.
- D) LA EXTRACCIÓN PUEDE EFECTUARSE HACIENDO ABSTRACCIÓN CASI COMPLETA DEL ESTADO GRÁVIDO, TENIENDO SOLO PRESENTE LA EMOTIVIDAD Y EL INDICE DE COAGULACIÓN.

ESTADO PATOLÓGICO

AFECCIONES DE LOS APARATOS Y SISTEMAS:

ME REFIERO SOLO BREVEMENTE A LAS ENFERMEDADES GENERALES QUE CONTRAINDICAN TODA INTERVENCIÓN EN LA CAVIDAD ORAL. LA PROHIBICIÓN DE LA OPERACIÓN ESTARÁ DADA EN GENERAL POR EL CLÍNICO; ENFERMEDADES DE LOS APARATOS Y SISTEMAS, ESTADOS INFECCIOSOS, DIABETES, HEMORRAGIAS, ETC.

C A P I T U L O I I

TIPOS Y CLASIFICACION DE LOS ANESTESICOS

LOS ANESTÉSICOS LOCALES PUEDEN AGRUPARSE DE ACUERDO A SU ESTRUCTURA QUÍMICA, ESTO ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE POSIBLES REACCIONES ALÉRGICAS. EL PACIENTE ALÉRGICO A UNA DROGA, GENERALMENTE LO SERÁ TAMBIÉN A OTRA DROGA DE ESTRUCTURA SIMILAR.

LOS SIGUIENTES SON LOS GRUPOS QUÍMICOS DE LOS ANESTÉSICOS-INYECTABLES.

ANESTESICOS LOCALES

LOS ANESTÉSICOS LOCALES EN ODONTOLOGÍA ACTÚAN DEPRIMIENDO DE MANERA REVERSIBLE LA CONDUCCIÓN DE LAS SENSACIONES DOLOROSAS DESDE EL ÁREA BUCAL HASTA EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, ESTA ACCIÓN QUEDA LIMITADA AL SEGMENTO DE LA FIBRA QUE SE HAYA EN CONTACTO INTIMO CON EL ANESTÉSICO.

MODO DE ACCIÓN DE LOS ANESTÉSICOS:

TODOS LOS ANESTÉSICOS LOCALES IMPORTANTES SON SALES DE --- SUBSTANCIAS BÁSICAS. LA BASE LIBRE, EN PRESENCIA DEL MEDIO ALCALINO DE LOS TEJIDOS, SE LIBERA RETARDANDO A PEQUEÑAS DOSIS, PERO DETENIENDO A DOSIS APROPIADAS EL PASO DE LOS IONES A TRAVÉS DE LA MEMBRANA.

SE SUPONE QUE EL MECANISMO DE ACCIÓN SEA UN FENÓMENO DE SUPERFICIE. LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA PROVEE UNA GRAN SUPERFICIE LIBRE--- CON IONES DE LA BASE CON CARGA POSITIVA, QUE SON BIÉN ABSORVIDOS POR LAS FIBRAS Y TERMINACIONES NERVIOSAS QUE TIENEN CARGA NEGATIVA. LOS IONES POSITIVOS SON SELECTIVAMENTE ABSORVIDOS POR EL TEJIDO NERVIOSO.

LOS ANESTÉSICOS SON SUBSTANCIAS QUÍMICAS DE SÍNTESIS, LAS-- CUALES POR SU ESTRUCTURA MOLECULAR TIENEN CARACTERÍSTICAS Y PROPIEDADES PARTICULARES QUE LOS HACEN DIFERIR UNOS DE OTROS Y GRA

CIAS A LO CUÁL EL ODONTÓLOGO PODRÁ HACER UNA ELECCIÓN IDÓNEA EN CADA CASO EN PARTICULAR.

UNA DE TALES PROPIEDADES POR EJEMPLO: LA DURACIÓN PODRÁ SER UNA VENTAJA INDISCUTIBLE DE UN ANESTÉSICO EN OPERACIONES PROLONGADAS, PERO NO DEJA DE SER INCONVENIENTE Y MOLESTO PARA EL PACIENTE SI SE USA EL MISMO ANESTÉSICO EN UNA OPERACIÓN SENCILLA.

EN RESUMÉN: LOS ANESTÉSICOS TIENEN CARACTERÍSTICAS Y PROPIEDADES PARTICULARES QUE LOS HACEN DIFERIR UNOS DE OTROS.

EN SU ESTRUCTURA QUÍMICA A EXCEPCIÓN DE LA COCAÍNA QUE ES EL CLÁSICO ANESTÉSICO NATURAL, TENEMOS TODOS LOS DEMÁS ANESTÉSICOS EMPLEADOS EN ODONTOLOGÍA, SON DE PRODUCTOS SINTÉTICOS QUE SE PUEDEN CLASIFICAR EN DOS GRUPOS:

- 1.- ANESTÉSICOS QUE CONTIENEN UN ENLACE ÉSTER.
- 2.- ANESTÉSICOS QUE CONTIENEN UN ENLACE AMIDA.

ESTA DIFERENCIA EN LA ESTRUCTURA QUÍMICA PRODUCE IMPORTANTES DIFERENCIAS FARMACOLÓGICAS ENTRE LOS DOS GRUPOS, ESPECIALMENTE EN LO QUE SE REFIERE A METABOLISMO, DURACIÓN DE ACCIÓN Y EFECTOS SECUNDARIOS.

MIENTRAS QUE EL ANESTÉSICO LOCAL EJERCE SU ACCIÓN FARMACOLÓGICA SOBRE LA FIBRA NERVIOSA, OTROS TEJIDOS DEL ORGANISMO ACTÚAN SOBRE EL ANESTÉSICO PARA ELIMINARLO DEL ORGANISMO.

ESTAS REACCIONES METABÓLICAS SE REALIZAN DE MANERA DIFERENTE EN CADA UNO DE LOS GRUPOS PRINCIPALES.

EL METABOLISMO DE LOS COMPUESTOS DE TIPO AMIDA ES MÁS VARIABLE Y COMPLEJO QUE LA DE TIPO ÉSTER.

LA HIDRÓLISIS DEL ENLACE AMIDA, NO SE VERIFICA EN LA SANGRE, NO OBSTANTE LA HIDRÓLISIS PUEDE SER CATALIZADA POR UNA ENZIMA EN EL HÍGADO, ESTA RECCIÓN SE VERIFICA CON LA PRILOCAÍNA (CITANEST), PERO CON LA LIDOCAÍNA (XYLOCAÍNA) Y LA MEPIVACAÍNA (CARBOCAÍNA), RESULTA MÁS DIFÍCIL.

LAS ESTERASAS ATACAN A LOS FÁRMACOS DE TIPO ÉSTER EN LA SANGRE Y EN EL HÍGADO HIDRÓLISANDOS EN SUS COMPONENTES (ACETILBENZOICO Y ALCOHOL).

LA HIDRÓLISIS INACTIVA AL ANESTÉSICO LOCAL, Y EL HECHO DE QUE ESTO SUCEDE EN LA SANGRE QUE CIRCUA POR LOS VASOS ADYACENTES A LA FIBRA NERVIOSA, TIENDE A AUMENTAR LA ELIMINACIÓN DEL ANESTÉSICO EN LA PROXIMIDAD DEL NERVIJO, CUANDO LAS DOSIS SON PEQUEÑAS LA HIDRÓLISIS DEL ANESTÉSICO LOCAL SE EFECTÚA EN LA SANGRE ANTES DE LLEGAR AL HÍGADO.

LOS PRODUCTOS DE LA HIDRÓLISIS, FORMADOS EN LA SANGRE Y EN EL HÍGADO SON EXCRETADOS EN LA ORINA, YA SEA INALTERADOS O DESPUÉS DE HABER SIDO SOMETIDOS EN EL HÍGADO A PROCESOS DE OXIDACIÓN Y CONJUGACIÓN.

ANESTESICOS LOCALES MAS EMPLEADOS

LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA SOLUCIÓN BLOQUEADORA ESTÁN DADAS POR LA CONCENTRACIÓN DEL ANESTÉSICO LOCAL Y DEL VASOPRESOR. DE AHI LAS DIFERENTES COMBINACIONES EN CADA UNA DE ELLAS. LA NECESIDAD DE SU PENETRACIÓN EN EL TEJIDO ÓSEO IMPLICA, QUE EN SOLUCIONES DENTALES EL ANESTÉSICO ESTÉ A UNA MAYOR CONCENTRACIÓN PUESTO QUE LA DIFUSIÓN DE LA ANALGESIA ES DIRECTAMENTE PROPORCIONAL A LA CONCENTRACIÓN.

NOMBRE		ESTRUCTURA		CONCENTRACIÓN (PORCENTAJE)	
OFICIAL	COMERCIAL	QUIMICA		GENERALMENTE EMPLEADO INYECCIÓN	TOPICA
PROCAÍNA	NOVOCAÍNA	ESTER	PABA	2	
BUTETAMÍNA	MONOCAÍNA	ESTER	PABA	1.5	2
TETRACAÍNA	PANTOCAÍNA	ESTER	PABA	0.15	2
PROPOXICAÍNA	RAVOCAÍNA	ESTER	PABA	0.4	
BENZOCAÍNA		ESTER	PABA		8.22
METABUTETAMÍNA	UNACAÍNA	ESTER	MABA	3.8	
METABUTOXICAÍNA	PRIMACAÍNA	ESTER	MABA	1.5	
MEPRILCAÍNA	ORACAÍNA	ESTER	BA	2	
ISOBUCAÍNA	KINCAÍNA	ESTER	BA	2	
LIDOCAÍNA	XYLOCAÍNA	AMIDA		2	2.5
MEPIVACAÍNA	CARBOCAÍNA	AMIDA		2	3
PIRROCAÍNA	DINACAÍNA	AMIDA		2	
PRILOCAÍNA	CITANEST	AMIDA		4	

PABA = DERIVADO DEL AC. P-AMINOBENZOICO
MABA = DERIVADO DEL AC. M-AMINOBENZOICO
BA = DERIVADO DEL AC. BENZOICO
GENERALMENTE ASOCIADA CON PROCAÍNA AL 2 POR /100.

LA ESTRUCTURA QUÍMICA DE ESTOS COMPUESTOS ES DE IMPORTANCIA PRIMORDIAL EN CUANTO AL METABOLISMO DE LOS GRUPOS ÉSTER O AMIDA, Y TAMBIÉN EN LOS QUE SE REFIERE A PROBLEMAS ALÉRGICOS Y MÁS ESPECIFICAMENTE A LA AUSENCIA (PROBABLE) DE ALERGIA CRUZADA ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS.

POTENCIA DE LOS ANALGESICOS LOCALES

A LA CONCENTRACIÓN NORMALMENTE EMPLEADA COMPARADA CON LA LIDOCAÍNA (XYLOCAÍNA) AL 2 POR /100

A.- POTENCIA CONSIDERABLEMENTE INFERIOR

PROCAÍNA (NOVOCAÍNA)

BUTETAMINA (MONOCAÍNA)

B.- POTENCIA UN POCO INFERIOR

MEPRILCAÍNA (ORACAÍNA)

ISOBUCAÍNA (KINCAÍNA)

METABUTETAMINA (UNACAÍNA)

METABUTOXICAÍNA (PRIMACAÍNA)

ASOCIACIÓN TETRACAÍNA-PROCAÍNA (COMBINACIÓN PANTOCAÍNA - NOVOCAÍNA)

C.- CASI LA MISMA POTENCIA

MEPIVACAÍNA (CARBOCAÍNA)

PIRROCAÍNA (DINACAÍNA)

PROLOCAÍNA (CITANEST)

ASOCIACIÓN PROPOXICAÍNA - PROCAÍNA (COMBINACIÓN RABOCAÍNA - NOVOCAÍNA)

AL COMPARAR UN FÁRMACO CON OTRO EN TÉRMINOS DE POTENCIA O TOXICIDAD, SE TOMA EN CUENTA LA CONCENTRACIÓN DE LA SOLUCIÓN EMPLEADA PARA VALORAR DATOS ORIGINALES EXPRESADOS EN TÉRMINOS DE CANTIDAD ABSOLUTA DEL ANESTÉSICO.

TOXICIDAD DE LOS ANESTESICOS LOCALES

A LA CONCENTRACIÓN NORMALMENTE EMPLEADA CON LA LIDOCAÍNA (XYLOCAÍNA) AL 2-POR / 100.

A.- CONSIDERABLEMENTE MENOS TOXICOS

PROCAÍNA (NOVOCAÍNA)

MEPRILCAÍNA (ORACAÍNA)

BUTETAMINA (MONOCAÍNA)

B.- UN POCO MENOS TOXICOS

METABUTETAMÍNA (UNACAÍNA)

METABUTOXICAÍNA (PRIMACAÍNA)

ISOBUCAÍNA (KINCAÍNA)

C.- CASI LA MISMA TOXICIDAD

MEPIVACAÍNA (CARBOCAÍNA)

PIRROCAÍNA (DINACAÍNA)

PROLOCAÍNA (CITANEST)

LAS COMPARACIONES BASADAS EN LA VALORACIÓN DE DIFERENTES RESULTADOS, NO SIEMPRE CONCUERDAN CON OTRAS COMPLICACIONES, PERO CONSIDERAMOS QUE ESTO ES CASI OBLIGADO EN UN CAMPO DONDE PEQUEÑAS DIFERENCIAS SUELEN EXAGERARSE CON FINES COMERCIALES O POR OTRAS RAZONES.

ES INEVITABLE QUE LA DURACIÓN DE LA ACCIÓN SEA VARIABLE Y DEPENDA EN GRADO MUY CONSIDERABLE, DEL VASOCONSTRICTOR Y DE SU CONCENTRACIÓN. CON LA CRECIENTE ACEPTACIÓN DE VASOCONSTRICTORES MENOS CONCENTRADOS O CON EL USO DE ANESTÉSICOS LOCALES PUROS, POR EJEMPLO LA MEPIVACAÍNA (CARBOCAÍNA) AL 3 POR 100 Ó LA PRILOCAÍNA (CITANEST) AL 4 POR 100, LA DURACIÓN DE LA ACCIÓN QUE CON LA PRESENCIA DE 1:50 000 DE EPINEFRINA.

COMPARACION DE LA DURACION DE ACCION DE LOS ANESTESICOS LOCALES A CONCENTRACIONES NORMALMENTE EMPLEADAS

A.- CORTA (DE MEDIA A UNA HORA)

PROCAÍNA (NOVOCAÍNA) CON 1:50 000 DE EPINEFRINA
BUTETAMÍNA (MONOCAÍNA) CON 1:50 000 DE EPINEFRINA
MEPRILCAÍNA (ORACAÍNA) CON 1:50 000 DE EPINEFRINA

B.- INTERMEDIA (DE UNA A DOS HORAS)

METABUTOXICAÍNA (PRIMACAÍNA) CON 1: 50 000 DE EPINEFRINA
METABUTETAMÍNA (UNACAÍNA) CON 1: 60 000 DE EPINEFRINA
MEPIVACAÍNA AL 3 POR 100 SIN VASOCONSTRICTOR (CARBOCAÍNA)
PRILOCAÍNA AL 4 POR 100 SIN VASOCONSTRICTOR (CITANEST)
PIRROCAÍNA (DINACAÍNA) CON 1:50 000 DE EPINEFRINA

C.- LARGA (MÁS DE DOS HORAS)

ISOBUCAÍNA (KINCAÍNA) CON 1:65 000 DE EPINEFRINA
LIDOCAÍNA (XYLOCAÍNA) CON 1:50 000 DE EPINEFRINA

PARA APLICACIONES TÓPICAS EL DENTISTA DISPONE DE UNA GRAN VARIEDAD DE PREPARADOS EN FORMA DE POMADAS O SOLUCIONES. LOS COMPUESTOS QUE SUELEN UTILIZARSE CON MÁS FRECUENCIA SOLOS O COMBINADOS DE DIFERENTES CONCENTRACIONES SON: LA LIDOCAÍNA, TETRACAÍNA Y BENZOCAÍNA. MIENTRAS QUE LAS DOS PRIMERAS SON ANESTÉSICOS INYECTABLES PODEROSOS, LA BENZOCAÍNA SE UTILIZA ÚNICAMENTE EN APLICACIONES TÓPICAS. AUNQUE LA BENZOCAÍNA SEA UN ÉSTER DEL ÁCIDO P-AMINOBENZOICO, ESTE ANESTÉSICO NO CONCUERDA CON LA ESTRUCTURA BÁSICA QUE SE DESCRIBE PARA LOS ANESTÉSICOS LOCALES TÍPICOS — Y ES MUCHO MENOS PODEROSA QUE LA MAYORÍA DE ÉSTOS.

NO OBSTANTE EN CONCENTRACIONES SUFICIENTEMENTE ELEVADAS, ES UN COMPUESTO ÚTIL PARA USO TÓPICO, PUESTO QUE TODAS ESTAS SUBSTANCIAS UTILIZADAS EN APLICACIONES TÓPICAS SE ABSORBEN CON MUCHA FACILIDAD POR LA MUCOSA BUCAL. SE TENDRÁ GRAN CUIDADO DE EMPLEAR ÚNICAMENTE LAS CANTIDADES MÍNIMAS NECESARIAS PARA OBTENER UNA ACCIÓN EFICAZ, EVITANDO ASÍ LOS SÍNTOMAS DE INTOXICACIÓN GENERAL.

AGRUPACIONES QUIMICAS

- 1.- ESTER DEL ÁCIDO BENZOICO
 - A) MEPRILCAÍNA (ORACAÍNA)
 - B) ISOBUCAÍNA (KINCAÍNA)
 - 2.- ESTERES DEL ÁCIDO PARA-AMINO BENZOICO
 - A) PROCAÍNA (NOVOCAÍNA)
 - B) TETRACAÍNA (PANTOCAÍNA)
 - C) BUTETAMÍNA (MONOCAÍNA)
 - D) PROPOXICAÍNA (RAVOCAÍNA)
 - E) CLOROPROCAÍNA (NESACAÍNA)
 - F) PROCAÍNA Y BUTETAMÍNA (DUOCAÍNA)
 - 3.- ESTERES DEL ÁCIDO META-AMINO BENZOICO
 - A) METABUTETAMÍNA (UNACAÍNA)
 - 4.- BENZOATO DE CICLOHEXILAMINO-2-PROPILO-HEXILCAÍNA-CICLAÍNA
 - 5.- ESTER DEL ÁCIDO PARA-ETOXIBENZOICO-PARAETHOXYCAPINA (INTRACAÍNA)
 - 6.- AMILIDA (TIPO NO ÉSTER)
 - A) LIDOCAÍNA (XYLOCAÍNA)
 - B) MEPIVACAÍNA (CARBOCAÍNA)
 - C) PIRROCAÍNA (DINACAÍNA)
 - D) PRILOCAÍNA (CITANEST)
-
-

LOS PRIMEROS SÍNTOMAS TOXICOS DE TODOS LOS ANESTÉSICOS, CON LA POSIBLE EXCEPCIÓN DE LA LIDOCAÍNA, SE MANIFIESTAN CON SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL ESTÍMULO CENTRAL.

ESTO PUEDE VARIAR DESDE LA INQUIETUD HASTA GRAVES CONVULSIONES. LA FASE DE ESTÍMULO ES GENERALMENTE SEGUIDA POR LA DEPRESIÓN, QUE SI ES BASTANTE GRAVE, PUEDE CULMINAR FATALMENTE.

TODOS LOS ANESTÉSICOS LOCALES, ADEMÁS DE AFECTAR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, TAMBIÉN PUEDEN TENER UN EFECTO DE LETEREO SOBRE LA CIRCULACIÓN. LA MAYORÍA DE LOS AGENTES ANESTÉSICOS LOCALES EN BAJA Y ALTA CONCENTRACIÓN TAMBIÉN PUEDEN INHIBIR LA CONTRACTILIDAD DEL MÚSCULO CARDIACO.

LOS EFECTOS TÓXICOS DE LOS ANESTÉSICOS LOCALES LOS CONSIDERAREMOS MÁS ADELANTE.

PROCAÍNA : (NOVOCAÍNA, ETOCAÍNA, NEOCAÍNA)

FARMACOLOGÍA

LA PROCAÍNA ES UN AGENTE ANESTÉSICO RELATIVAMENTE DÉBIL, POSEE BAJO GRADO DE TOXICIDAD. NO OBSTANTE, ES BASTANTE POTENTE PARA DAR UNA ANESTESIA SEGURA PRACTICAMENTE EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS.

LA TOXICIDAD REAL DE LA PROCAÍNA EN EL HOMBRE YA SE CONOCE, DE 0.5 A 1 GR. PUEDEN TOLERARSE SI SE DAN LENTAMENTE EN UN LAPSO DE TIEMPO SUFICIENTE.

SISTEMA NERVIOSO. - LA PROCAÍNA ES CAPAZ DE ESTIMULAR O DEPRIMIR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, LA ESTIMULACIÓN ES GENERALMENTE UNA PRONTA RESPUESTA Y PUEDE NOTARSE POR EXITACIÓN, TEMBLORES, ATAXIA, Y AÚN CONVULSIONES.

SISTEMA CARDIOVASCULAR. - EN ODONTOLOGÍA POR LAS PEQUEÑAS CANTIDADES USADAS NO TIENE OTRO EFECTO QUE LA VASODILATACIÓN DE LA MICROCIRCULACIÓN EN EL ÁREA DE LA INYECCIÓN.

SISTEMA RESPIRATORIO. - NO TIENE EFECTO SOBRE ESTE SISTEMA SIN EMBARGO, GRANDES DOSIS TÓXICAS PUEDEN CAUSAR UNA SEVERA DEPRESIÓN RESPIRATORIA.

TETRACAÍNA : (PANTOCAÍNA, AMETHOCAÍNA)

FARMACOLOGÍA

ES UN ANESTÉSICO POTENTE Y RELATIVAMENTE TÓXICO. EN IGUAL CONCENTRACIÓN LA DROGA SE CONSIDERA POR LO MENOS DIEZ VECES MÁS POTENTE Y TÓXICA QUE LA PROCAÍNA, SIN EMBARGO SE USA EN SOLUCIONES DE 0.15%, LO QUE HACE SU TOXICIDAD CASI IGUAL A LA PROCAÍNA. MIENTRAS LA RELATIVA TOXICIDAD DE LA PROCAÍNA Y LA TETRACAÍNA ES CASI IGUAL. LA PROCAÍNA OTORGA MAYOR GRADO DE SEGURIDAD, PORQUE UN MILIGRAMO DE ERROR EN LA DOSIS DE LA TETRACAÍNA EQUIVALE A DIEZ MILIGRAMOS DE ERROR CON LA PROCAÍNA.

NO PRODUCE PROPIEDADES VASOCONSTRICTORAS, NO CAUSA VASODILATACIÓN APRECIABLE SIN EMBARGO CUANDO SE USA CON UN VASO CONSTRICTOR ES MENOS TÓXICO PORQUE RETARDA SU ABSORCIÓN.

LAS PRIMERAS MANIFESTACIONES DE TOXICIDAD EN EL SISTEMA SON LAS DEL ESTIMULO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. SIN EMBARGO, EN SUBITOS EXCESOS O INYECCIONES INTRAVASCULARES INADVERTIDOS, EL EFECTO TÓXICO PUEDE SER EFECTO DE UN COLAPSO CARDIOVASCULAR Y CESE DE LA RESPIRACIÓN.

BUTETAMINA : (MONOCAÍNA,AMILOCAÍNA)

FARMACOLOGÍA

LA BUTETAMINA ES DE 1 Ó 1.5 A 2 VECES MÁS POTENTE QUE LA PROCAÍNA Y SOLO -- LIGERAMENTE MÁS TÓXICO,DÁNDOLE UN ÍNDICE ANESTÉSICO FAVORABLE.

LA BUTETAMINA SE DIFUNDE MÁS RÁPIDAMENTE QUE LA PROCAÍNA ,RESULTADO QUE ES MAYOR LA ANALGÉSIA PARA LOS GRANDES NERVIOS SENSORIALES.SE USA EN SOLUCIONES AL- 1.5 Y 2 %,SE SUGIERE QUE NO SE USE POR SESIONES MÁS DE 300 MILIGRAMOS.(20 ML.DE SOLUCIÓN AL 1.5% Ó 15 ML.DE SOLUCIÓN AL 2 %).

LOS SÍNTOMAS DE TOXICIDAD SON SIEMPRE MUY PARECIDOS A LOS USADOS CON LA PROCAÍNA.LA BUTETAMINA AL 1.5% CON EPINEFRINA 1:100 000 PRODUCE RÁPIDA ANALGÉSIA--- SATISFATORIA DE 60 A 70 MINUTOS.LA SOLUCIÓN AL 2% CON EPINEFRINA 1:50 000 PRODUCE ANALGÉSIA RÁPIDA Y PROFUNDA DE 90 A 120 MINUTOS.

LA BUTETAMINA NO IRRITA CUANDO SE INYECTA EN LOS TEJIDOS Y PARECE NO POSEER PROPIEDADES VASODILATADORAS.AÚN SE DISCUTE LA DÉBIL PROPIEDAD VASOCONSTRICTORA.

PROPOXICAINA : (RAVOCAÍNA,PAVOCAÍNA)

FARMACOLOGÍA

ES UN POTENTE ANESTÉSICO LOCAL,DE POTENCIA Y TOXICIDAD EQUIVALENTE A LAS DE LA TETRACAÍNA.

LA PROPOXICAÍNA NO SE USA SOLA EN ODONTOLOGÍA SINO QUE SE COMBINA CON LA- PROCAÍNA EN UNA SOLUCIÓN DE ESTA AL 2% Y RAVOCAÍNA AL 0,4 % .

LOS SÍNTOMAS DE TOXICIDAD DE LA PROCAÍNA SON MUY SIMILARES A LOS DE LA PAN TOCAÍNA.SU USO AL 0,9% MANTIENE LA DOSIS DENTRO DE LOS LÍMITES DE SEGURIDAD,SE- SUGIERE QUE LA DOSIS MÁXIMA DE LA SOLUCIÓN AL 0,4% Ó SEA 30 MG,(7,5ML.)

CLOROPROCAINA : (NESACAÍNA,VERSACAÍNA)

FARMACOLOGÍA

LA CLOROPROCAÍNA ES UNO DE LOS ÚLTIMOS LOGROS PARA EL CAMPO DE LA ANESTESIA LOCAL,SE HA DEMOSTRADO CLÍNICAMENTE Y EN EL LABORATORIO QUE LA CLOROPROCAÍNA ES- MÁS POTENTE Y MENOS TÓXICA QUE LA PROCAÍNA.

SU MAYOR POTENCIA (EL DOBLE) Y LA MAYOR RAPIDEZ DE HIDRÓLISIS OTORGAN AL -- COMPUESTO UN ÍNDICE TERAPÉUTICO FAVORABLE.

SU TOXICIDAD SE PUEDE PRODUCIR EN EL SISTEMA SI SE APLICA POR VÍA INTRAVE-- NOSA POR ACCIDENTE.LA DROGA PARECE SER DE ACCIÓN BREVE Y ESCASA TOXICIDAD Y EFEC TO SUMAMENTE RÁPIDO.

ESTERES DEL ACIDO BENZOICO

PIPEROCAINA : (METYCAÍNA, NEOTESÍNA)

FARMACOLOGÍA

LA POTENCIA, TOXICIDAD, DURACIÓN, DESINTOXICACIÓN Y ELIMINACIÓN SON MUY PARECIDAS A LAS DE LA PROCAÍNA. LA DIFUSIÓN POR LOS TEJIDOS Y EL EFECTO DE LA ANESTESIA SON TAMBIÉN MUY SIMILARES A LOS DE LA PROCAÍNA. LA PIPEROCAÍNA TAMPOCO INTERFIERE LA ACCIÓN DE LAS SULFAMIDAS. LA DOSIS SUGERIDA ES DE 300 MG. (15 ML. DE UNA SOLUCIÓN AL 2%).

MEPRILCAINA : (ORACAÍNA)

FARMACOLOGÍA

CLÍNICAMENTE LA MEPRILCAÍNA HA DEMOSTRADO SU EFECTO LIGERAMENTE MÁS RÁPIDO QUE LA PROCAÍNA CON UN LIGERO AUMENTO DE POTENCIA.

LA MEPRILCAÍNA NO IRRITA LOS TEJIDOS Y LOS PRIMEROS SÍNTOMAS DE LA SOBREDOSIS TÓXICA LOS DA EL ESTÍMULO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. ES MUY SIMILAR AL EFECTO DE LAS DOSIS TÓXICAS DE LA PROCAÍNA. LA MEPRILCAÍNA COMO LA METILCAÍNA PUEDE USARSE EN PACIENTES A LOS DERIVADOS DEL ÁCIDO PARA-AMINOBENZOICO Y SE SUGIERE QUE NO SE USE MÁS DE 400 MG. (20 ML. DE SOLUCIÓN AL 2%) POR VEZ EN EL PACIENTE AMBULATORIO.

ISOBUCAINA : (KINCAÍNA)

FARMACOLOGÍA

EL COMIENZO DE LA ANESTESIA CON ISOBUCAÍNA SE COMPARA CON EL DE LA PROCAÍNA SIN EMBARGO, LA DURACIÓN ES MAYOR DE 3 A 5 HORAS CUANDO SE USA UNA SOLUCIÓN DEL 2% CON 1:100 DE EPINEFRINA. LA DROGA NO IRRITA LOS TEJIDOS Y SISTEMÁTICAMENTE SE HAYA DENTRO DE LA PORCIÓN DE SEGURIDAD.

COMO LOS OTROS COMPUESTOS DE TIPO ÉSTER, LA ISOBUCAÍNA, A PESAR DE DEPRIMIR LOS NERVIOS LOCALMENTE, EN DOSIS TÓXICAS PUEDE ESTIMULAR EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL AL PUNTO DE CONVULSIONES, QUE PUEDEN SER SEGUIDAS DE UNA EXTREMA DEPRESIÓN RESPIRATORIA Y CARDIACA. EL GRADO DE ANESTESIA ES SUFICIENTEMENTE PROFUNDA PARA TODO TIPO DE INTERVENCIÓN ODONTOLÓGICA.

ESTERES DEL ACIDO META-AMINOBENZOICO

METABUTETAMINA : (UNCAÍNA)

FARMACOLOGÍA

LA METABUTETAMINA ES UN ANESTÉSICO POTENTE, DE ACCIÓN RÁPIDA Y DURACIÓN BREVE, TIENE QUIZA DOS VECES LA ACTIVIDAD ANESTÉSICA DE LA PROCAÍNA Y SE DICE QUE ES MENOS TÓXICA.

LA DROGA NO IRRITA LOS TEJIDOS POR INYECCIÓN Y SE DIFUNDE RÁPIDAMENTE EN EL NERVIOS RICO EN LÍPIDOS. TIENE PROPIEDADES VASODILATADORAS MEDIANAS. LOS SIGNOS DE TOXICIDAD DE LA METABUTETAMINA SON SIMILARES A LOS DE LA PROCAÍNA.

LA COMBINACIÓN DE PROFUNDIDAD Y CORTA DURACIÓN HACE QUE LA METABUTETAMINA SEA UN ANESTÉSICO DESEABLE PARA LA ODONTOLOGÍA, CUANDO SE REALIZAN INTERVENCIONES BREVES.

TAMBIÉN TIENE LA VENTAJA QUE PERMITE UTILIZARLA CUANDO SE CONTRAINDICA UN COMPUESTO DEL ÁCIDO PARA-AMINOBENZOICO. ESTO NO SIGNIFICA QUE NO HAYA REACCIÓN ALÉRGICA, SINO QUE PUEDE UTILIZARSE CUANDO EL PACIENTE ES ALÉRGICO A LOS ANESTÉSICOS LOCALES U OTROS DERIVADOS QUÍMICOS. LA DROGA SE USA COMÚNMENTE EN SOLUCIONES AL 3,8 % Y SE SUGIERE QUE LA DOSIS MÁXIMA SEA DE 760 MG. (20 ML.)

DERIVADOS ANELIDOS (MONESTER)

LIDOCAINA : (XYLOCAÍNA)

FARMACOLOGÍA

LA LIDOCAÍNA SE DIFUNDE RÁPIDAMENTE A TRAVEZ DE LOS INTERSTICIALES Y DENTRO DEL NERVIOS RICO EN LÍPIDOS, OBTENIENDO UN RÁPIDO EFECTO DE LA ANESTESIA.

LA LIDOCAÍNA, SIENDO EL PRIMERO DE LOS COMPUESTOS NO ÉSTERES USADOS COMO ANESTÉSICOS LOCAL EN ODONTOLOGÍA, ES COMPARABLEMENTE ESTÁNDAR, Y SERA TRATADO CON MÁS DETALLE, YA QUE LOS OTROS DE ESTA CLASE SON ALGO SIMILARES EN ACCIÓN.

SISTEMA NERVIOSO.—LA LIDOCAÍNA DEPRIME EL SISTEMA NERVIOSO, TANTO CENTRALMENTE COMO PERIFÉRICAMENTE, SUS EFECTOS ANESTÉSICOS SOBRE LOS NERVIOS PERIFÉRICOS SON BIÉN CONOCIDOS. TAMBIÉN SU EFECTO DEPRESIVO SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL HA SIDO OBSERVADO Y RECONOCIDO. EL PACIENTE A VECES SE VUEVE LETÁRGICO Y ADORMECIDO POR LA ABSORCIÓN SISTEMÁTICA DE LA DROGA.

PUEDE INDUCIR A CONVULSIONES, PERO SE CREE QUE ESTA REACCIÓN PUEDE RESULTAR DE UNA DEPRESIÓN DE LAS ÁREAS DEL CEREBRO MÁS BIEN, QUE POR EL ESTÍMULO DIRECTO.

LA LIDOCAÍNA ADMINISTRADA POR VÍA INTRAVENOSA ES CAPAZ DE PRODUCIR UN GRADO DE ANALGESIA O AÚN ANESTESIA GENERAL.

SISTEMA CARDIOVASCULAR.-EL EFECTO DE LA LIDOCAÍNA SOBRE EL SISTEMA CARDIOVASCULAR VARÍA DE ACUERDO A LA DOSIS UTILIZADA.

LA DROGA EN DOSIS DE 100 MG. DE SOLUCIÓN AL 1 Ó 2 %, SE APLICA ENDOVENOSAMENTE DURANTE LA ANESTESIA Y CIRUGÍA PARA CORREGIR ARRITMIAS VENTRICULARES QUE OCURREN DURANTE LA INTERVENCIÓN. EN GENERAL, DOSIS MODERADAMENTE GRANDES PRODUCEN UNA DISMINUCIÓN DE LA FORMA CONTRÁCTIL DEL CORAZÓN REDUCIENDO LA POTENCIA CARDIACA. DOSIS MÁS PEQUEÑAS (2 MG. POR KILO DE PESO CORPORAL), NO ALTERAN LA FUERZA CONTRÁCTIL; EN VERDAD LA INYECCIÓN DE LIDOCAÍNA ORIGINA UNA ELEVACIÓN DE LA PRESIÓN SANGUÍNEA.

LA LIDOCAÍNA AL IGUAL QUE OTROS ANESTÉSICOS LOCALES, PUEDE PRODUCIR UN AUMENTO EN EL UMBRAL DE LA EXCITABILIDAD Y PERIODO REFRACTARIO DEL MÚSCULO DEL CORAZÓN.

EL SISTEMA CONDUCTIVO PUEDE VERSE AFECTADO POR UNA DISMINUCIÓN DE LA VELOCIDAD DE LA CONDUCCIÓN DEL IMPULSO.

SISTEMA RESPIRATORIO.-PEQUEÑAS DOSIS DE LIDOCAÍNA NO TIENEN EFECTOS SOBRE EL SISTEMA RESPIRATORIO, SIN EMBARGO, DEBE COMPRENDERSE QUE UN PARO RESPIRATORIO ES LA CAUSA MÁS COMÚN DE LA MUERTE RELACIONADA CON LA DOSIS DE UN ANESTÉSICO LOCAL.

EL EFECTO DEPRESIVO DE LAS GRANDES DOSIS SOBRE EL MECANISMO RESPIRATORIO ES EVIDENTE. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS EL PARO RESPIRATORIO PRECEDE AL PARO CARDIACO EN SOBRE DOSIS TÓXICAS

LA LIDOCAÍNA POSEE EXCELENTE PROPIEDADES DE ANESTESIA SUPERFICIAL, COMO SE USA EN SOLUCIONES AL 4 % Ó 10 %, LA DROGA ES UNO DE LOS MEJORES AGENTES ANESTÉSICOS LOCALES PARA LOS DENTISTAS.

SU PRINCIPAL DESVENTAJA ES LA DURACIÓN PROLONGADA QUE PUEDE SER VENTAJA CUANDO LA ANESTESIA SE DESEA QUE SEA MÁS PROLONGADA.

LA DOSIS MÁXIMA SUGERIDA PARA EL PACIENTE AMBULATORIO ES DE APROXIMADAMENTE 300 MG. (15 ML. DE SOLUCIÓN AL 2 %).

CONTRARIAMENTE A LOS AGENTES ANESTÉSICOS LOCALES DE TIPO ÉSTER, LA LIDOCAÍNA SUFRE BIOTRANSFORMACIÓN EN EL HÍGADO MÁS QUE HIDROLISIS EN EL PLASMA. POR ESTA RAZÓN, LA LIDOCAÍNA U OTRO AGENTE ANESTÉSICO LOCAL DEL TIPO AMIDA DEBE SER EMPLEADO EN CASOS CONOCIDOS DE DEFICIENCIA DE PLASMA COLINESTERASA.

MEPIVACAÍNA : (CARBOCAÍNA)

FARMACOLOGÍA

MÁS POTENTE QUE LA PROCAÍNA Y MENOS TÓXICA QUE LA LIDOCAÍNA, PRODUCE ANESTESIA LOCAL RÁPIDA, PROFUNDA Y PROLONGADA.

EL TIEMPO DE LA ANESTESIA TIENE UNA DURACIÓN DE 2 A 4 HORAS. ACTUALMENTE LA DROGA SE OBTIENE EN CARTUCHOS DE 1,8 ML. Y LA DOSIS MÁXIMA SUGERIDA ES DE APROXIMADAMENTE 300 MG. (15 ML. DE UNA SOLUCIÓN AL 2 %).

PIRROCAÍNA : (DINACAÍNA)

FARMACOLOGÍA

LA PIRROCAÍNA ES SIMILAR A LA LIDOCAÍNA Y MEPIVACAÍNA EN SU ACCIÓN DENTRO DEL ORGANISMO. LA ACCIÓN DE LA ANESTESIA ES LIGERAMENTE MENOR, LO QUE EN MUCHAS INSTANCIAS PUEDE SER UNA VENTAJA; LA DROGA SE OBTIENE AL 2% EN CARTUCHOS DE 1,8 ML. CON 1:50 000 Y 1: 250 000 DE EPINEFRINA. LA DISPONIBILIDAD DE LA DROGA CON ESTAS CONCENTRACIONES ES UNA GRAN VENTAJA.

PRILOCAÍNA : (CITANEST)

FARMACOLOGÍA

ES UN ANESTÉSICO DEL TIPO AMIDA. SUS PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS SON SEMEJANTES A LAS DE LA LIDOCAÍNA, EL COMIENZO Y LA ACCIÓN ASÍ COMO LA DURACIÓN PERSISTEN MÁS QUE LOS DE LA LIDOCAÍNA. COMO LA LIDOCAÍNA PUEDE PRODUCIR SOMNOLENCIA, UN EFECTO TÓXICO SINGULAR ES LA METAHEMOGLOBINEMIA.

LA PRILOCAÍNA PUEDE SER USADA EN EL 4 % DE SU FUERZA LA CUAL, SIN LA EPINEFRINA DARA DE 15 A 20 MINUTOS DE TRABAJO CON ANESTESIA. CUANDO LA EPINEFRINA ES UNA CONCENTRACIÓN DE 1:200 000 ES AGREGADO AL 4 % DE CITANEST, EL PRODUCTO SE LLAMA CITANEST FORTE Y LA ANALGESIA ES SIMILAR A LA DE LA LIDOCAÍNA.

RESUMEN

COMO PUEDE ADVERTIRSE CON LAS CONSIDERACIONES EXPUESTAS, SE DISPONE EN ODONTOLOGÍA DE UNA AMPLIA VARIEDAD DE DROGAS ANESTÉSICAS.

CADA UNA TIENE SU USO Y LOS ANESTÉSICOS LOCALES DEBEN ELEGIRSE SEGÚN EL PACIENTE Y SU NECESIDAD. EL ODONTÓLOGO PRÁCTICO DEBE POSEER UNA COLECCIÓN SUFICIENTE DE SOLUCIONES ANESTÉSICAS PARA ENCARAR CUALQUIER SITUACIÓN.

C A P I T U L O I I I

ANESTESIA LOCAL EN ODONTOLOGIA

DEFINICION

LA ANESTESIA LOCAL ES LA SUSPENSIÓN, POR MEDIOS TERAPÉUTICOS DE LA SENSIBILIDAD DE UNA ZONA DE LA CAVIDAD BUCAL, MANTENIÉNDOSE INTACTA LA CONCIENCIA DEL PACIENTE. ESTO SE LOGRA INYECTANDO DROGAS EN LOS TEJIDOS QUE PUEDEN TENER POCO O NINGÚN EFECTO IRRITANTE Y CUANDO SON ABSORVIDOS POR EL NERVIUO, INTERRUMPEN TEMPORALMENTE SU CONDUCCIÓN.

UN BLOQUEO DE LA TRANSMISIÓN DE TODOS LOS NERVIOS AFERENTES PRODUCEN ANESTESIA O CARENCIA DE SENSACIONES. EL BLOQUEO DE AQUELLAS FIBRAS QUE TRANSMITEN LA SENSACIÓN DE DOLOR SOLO SUCEDE EN LA ANESTESIA LOCAL. LA INTERRUPCIÓN DE LAS FIBRAS AFERENTES RESULTAN EN UNA PARÁLISIS MOTORA Y UNA INHIBICIÓN DE LAS ESTRUCTURAS INERVADAS AUTOMÁTICAMENTE.

EL TERMINO DE ANESTESIA LOCAL SE HA HECHO SINÓNIMO CON LA ODONTOLOGÍA. EN LA ACTUALIDAD MUY POCOS DENTISTAS QUE PRACTIQUEN LA ODONTOLOGÍA SE ENCONTRARÁN SIN ESTÁ SUBSTANCIA QUE HA CAMBIADO A LA MISMA DE UNA MANERA MÁS PRÁCTICA.

AUNQUE LA ODONTOLOGÍA EN SUS PRIMERAS ÉPOCAS ESTUVO ASOCIADA AL DOLOR Y AL SUFRIMIENTO, EN LA ACTUALIDAD ESTÁ PERDIENDO ESA IMAGEN DEBIDO A LA EFECTIVIDAD DE LA ANESTESIA LOCAL PARA CONTROLAR EL DOLOR.

MUCHAS DE LAS OPERACIONES TÉCNICAS DENTALES QUE EN LA ACTUALIDAD SE LLEVAN A CABO, DEBEN SU EXISTENCIA AL ESTADO DE ANALGESIA LOCAL.

ESTAS DROGAS SON LAS MÁS AMPLIAMENTE USADAS EN ODONTOLOGÍA Y A EXCEPCIÓN DE LA COCAÍNA (QUE ACTUALMENTE RARAS VECES SE USA) SON TODOS LOS COMPUESTOS SINTÉTICOS. LA MODIFICACIÓN DE LA MOLÉCULA DE LA COCAÍNA HA PRODUCIDO UNA GRAN CANTIDAD DE ANESTÉSICOS LOCALES, QUE POSEEN UNA DEFINIDA RELACIÓN ENTRE SU ESTRUCTURA QUÍMICA Y SUS PROPIEDADES ANESTÉSICAS LOCALES.

EL OBJETIVO GENERAL EN SINTESIS DE LOS NUEVOS COMPUESTOS, - ES PRODUCIR DROGAS MÁS POTENTES CON MENOS TOXICIDAD LOCAL Y SIS TEMÁTICA.

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LA TOXICIDAD TENDERÁ A AUMENTAR- CON LA POTENCIA. SIN EMBARGO, SI EL CAMBIO ESTRUCTURAL RESPONSA-- BLE DEL AUMENTO DE POTENCIA TAMBIÉN AUMENTA LA TASA DE BIOTRANS FORMACIÓN, PUEDE DISMINUIR LA TOXICIDAD DEL NUEVO COMPUESTO.

UN BUEN EJEMPLO DE TAL COMPUESTO ES LA 2-CLORO-PROCAÍNA. ES TE COMPUESTO, AUNQUE DE POTENCIA DOBLE QUE LA PROCAÍNA, ES A CAU- SA DE SU TASA DE HIDRÓLISIS 4 VECES MÁS ACELERADO, MENOS TOXICO - QUE LA PROCAÍNA.

INSTRUMENTAL

PARA APLICAR EL ANESTÉSICO SE EMPLEAN JERINGAS DE DISTINTOS TIPOS: DE VIDRIO O METÁLICAS.

JERINGAS DE VIDRIO. - SE USAN LAS LLAMADAS JERINGAS DE LUER - O DE TIPO LUER. EN NUESTRA PRÁCTICA SE EMPLEAN JERINGAS DE: 2, 3, - Y 4 C.C. ESTÁN CONSTITUIDAS POR DOS TUBOS CONCENTRICOS, DE LOS -- CUALES EL INTERIOR ACTUA COMO ÉBOLO PARA EXPULSAR EL LÍQUIDO-- AL INYECTARSE.

JERINGAS METÁLICAS. - SON JERINGAS DEL SISTEMA CARPULE, EL --- ÉBOLO ESTÁ DADO POR UN TAPÓN DE GOMA DE UNO DE SUS EXTREMOS, -- QUE ES IMPULSADO POR UN TALLO METÁLICO, LLEVA EN SU INTERIOR---- CARTUCHOS DE PLASTICO O DE VIDRIO QUE CONTIENEN LAS SUSTANCIAS-- QUÍMICAS DEL ANESTÉSICO.

AGUJAS, - CON LAS JERINGAS DE VIDRIO DEBEN EMPLEARSE AGUJAS - CORTAS DE CALIBRE 5 Ó 6, QUE PERMITAN HACER INDOLORO EL PINCHAZO.

CON LAS JERINGAS DE PLÁSTICO TAMBIÉN SE USAN AGUJAS DE ME-- TAL, ESTAS TIENEN UNA PARTE QUE TIENE CUERDA PARA ATORNILLARSE - A LA JERINGA, SON DESECHABLES.

PROPIEDADES DEL ANESTÉSICO IDEAL

EL ANESTÉSICO LOCAL DEBE POSEER LAS SIGUIENTES PROPIEDADES:

- 1.- SU ACCIÓN DEBE SER REVERSIBLE.
- 2.- NO DEBE IRRITAR LOS TEJIDOS, NI PRODUCIR REACCIONES LOCALES SECUNDARIAS.
- 3.- DEBE TENER UN GRADO DE TOXICIDAD SISTEMÁTICA.
- 4.- DEBE ACTUAR RÁPIDAMENTE Y SER LO SUFICIENTEMENTE DURABLE PARA SER VENTAJOSO.
- 5.- DEBE SER LO SUFICIENTEMENTE FUERTE PARA DAR UNA ANESTESIA COMPLETA SIN USAR SOLUCIONES CONCENTRADAS DAÑINAS O PELIGROSAS.
- 6.- DEBE TENER PROPIEDADES DE PENETRACIÓN SUFICIENTE PARA SER EFECTIVA COMO ANESTÉSICO TÓPICO.
- 7.- DEBE SER RELATIVAMENTE LIBRE DE PRODUCIR REACCIONES ALÉRGICAS.
- 8.- DEBE SER ESTABLE EN SOLUCIÓN Y REALIZAR PRONTAMENTE LABIOTRANSFORMACIÓN DENTRO DEL ORGANISMO.
- 9.- DEBE SER ESTÉRIL O CAPAZ DE SER ESTERILIZADA POR CALOR SIN DETERIORARSE.

NINGÚN ANESTÉSICO LOCAL ACTUALMENTE EN USO LLENA A LA PERFECCIÓN TODOS ESTOS REQUISITOS, PARTICULARMENTE EN LO REFERENTE A LA DURACIÓN DE SU ACCIÓN.

ADEMÁS, LA TOXICIDAD SISTÉMICA ES GENERALMENTE CONSIDERADA EN PROPORCIÓN DIRECTA A LA POTENCIA ANESTÉSICA Y EN LA MAYORÍA DE LAS INSTANCIAS ES EXTREMADAMENTE DIFÍCIL MEDIR ADECUADAMENTE LA POTENCIA O LA TOXICIDAD DE UN ANESTÉSICO LOCAL.

C A P I T U L O I V

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LOS ANESTESICOS

ACCIDENTES INMEDIATOS

PARALISIS FACIAL

ESTE ACCIDENTE OCURRE EN LA ANESTESIA TRONCULAR DEL DENTARIO-INFERIOR. CUANDO SE HA LLEVADO LA AGUJA POR DETRAS DEL BORDE PAROTIDEO DEL HUESO, INYECTANDO LA SOLUCIÓN EN LA GLÁNDULA PARÓTIDA, TIENE TODOS LOS SÍNTOMAS DE BELL; CAÍDA DEL PARPADO E INCAPACIDAD DE OCLUSIÓN OCULAR Y PROYECCIÓN HACIA ARRIBA DEL GLOBO OCULAR, ADEMAS DE LA CAÍDA Y DESVIACIÓN DE LOS LABIOS. ES SIN DUDA UN ACCIDENTE ALARMANTE, DEL CUAL EL PACIENTE POR LO GENERAL NO PERCIBE, PERO LO ADVIERTE EL PROFESIONAL.

ESTE TIPO DE PARÁLISIS AFORTUNADAMENTE ES TEMPORAL Y DURA -- EL TIEMPO QUE PERSISTE LA ANESTESIA. NO REQUIERE DE NINGÚN TRATAMIENTO ESPECIAL.

HEMATOMA

LA PUNCIÓN DE UN VASO SANGUÍNEO ORIGINA UN DERRAME DE INTENSIDAD VARIABLE SOBRE LA REGIÓN INYECTADA.

ESTA COMPLICACIÓN NO ES MUY FRECUENTE PORQUE LOS VASOS SE DESPLAZAN Y NO SON PUNCIÓNADOS. ESTE ACCIDENTE ES COMÚN EN LAS INYECCIONES A NIVEL DE LOS AGUJEROS INFRAORBITARIOS O MENTONIANO, SOBRE TODO SE INTRODUCE LA AGUJA EN EL CONDUCTO ÓSEO.

EL DERRAME SANGUÍNEO ES INSTÁNTANEO Y TARDA VARIOS DÍAS PARA SU REABSORCIÓN. COMO LOS HEMATOMAS QUIRÚRGICOS EL ACCIDENTE NO TIENE CONSECUENCIAS A NO SER POR LA INFECCIÓN DEL HEMATOMA.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA APLICACIÓN DE HIELO SOBRE EL LUGAR DE LA INYECCIÓN.

ROTURA DE LA AGUJA DE INYECCION

LA RUPTURA DE LA AGUJA ES UNA DE LAS COMPLICACIONES MÁS ENOJOSAS Y DEPRIMENTES DE LA ANESTÉSIA REGIONAL, TAMBIÉN ES UNA DE -- LAS MÁS FÁCILES DE EVITAR.

LA FRECUENCIA DE ESTA COMPLICACIÓN SE HA REDUCIDO NOTABLEMENTE MEDIANTE EL USO DE LAS NUEVAS AGUJAS DE ACERO INOXIDABLE, PERO AÚN ESTAS AGUJAS NO SON INFALIBLES Y LOS DENTISTAS NO DEBEN VIOLAR LOS PRINCIPIOS FUNDAMENTALES CUANDO LAS EMPLEAN,

PARA EVITAR LA POSIBILIDAD DE QUE SE ROMPA LA AGUJA DEBEN -- OBSERVARSE LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS:

- 1.-NO INTENTE VENCER LA RESISTENCIA CON LA AGUJA, ESTAS SON FABRICADAS PARA PENETRAR EN EL HUESO O BAJO EL PERIOSTIO LA MENOR RESISTENCIA HA DE SER ADVERTENCIA PARA TERMINAR LA INSERCIÓN,
- 2.-NO INTENTE CAMBIAR LA DIRECCIÓN DE LA AGUJA MIENTRAS ESTE DENTRO DEL TEJIDO, SIEMPRE SE RETIRA LA AGUJA HASTA ABAJO DE LAS CÁPAS SUBMUCOSAS Y LUEGO SE CAMBIA DE DIRECCIÓN,
- 3.-NO USE UNA AGUJA DE CALIBRE DEMASIADO REDUCIDO, EL USO DEL CALIBRE 27 Ó 29 NO ESTA GARANTIZADO, A PESAR DE QUE TRABAJOS RECIENTES HAN DEMOSTRADO QUE LA ASPIRACIÓN A TRAVEZ DE LA AGUJA 27 ES FACTIBLE, TAMBIÉN SE DEMOSTRO QUE ES MÁS DIFÍCIL DE DIRIGIR ADECUADAMENTE A TRAVEZ DEL TEJIDO POR SU INHERENTE DEBILIDAD Y FLEXIBILIDAD.
- 4.-NO UTILICE AGUJAS REESTERILIZABLES, EL MEJOR MEDIO DE ASEGURAR ESTERILIDAD Y FILO DE LAS AGUJAS ES USANDO NUEVAS, AGUJAS QUE HAN SIDO UTILIZADAS Y REESTERILIZADAS SE VUELVEN SIN PUNTA Y EL EJE PUEDE ROMPERSE MÁS FÁCILMENTE,
- 5.-NO INTENTE HACER INYECCIONES SI NO ESTA SEGURO DE LA TÉCNICA EMPLEADA POR LA ANATOMÍA DE LA ZONA. ESTUDIA LAS REFERENCIAS NECESARIAS EN LA REGIÓN.
- 6.-NO INSERTE LA AGUJA TANTO QUE DESAPAREZCA EN EL TEJIDO. EN LA MAYORIA DE LOS CASOS, LA RUPTURA ACCIDENTAL SE HACE CERCA DEL CONO. PARA NORMA SE DEBE TENER A LA VISTA LO MENOS UN TERCIO DE LA AGUJA.

7.-NO SORPRENDA AL PACIENTE CON UNA SUBITA E INESPERADA INYECCIÓN.EL PACIENTE INFORMADO ES SIEMPRE EL MEJOR Y COLABORA MEJOR,RECUERDE QUE A LOS PACIENTES LES DESAGRADAN LAS SORPRESAS.

LIPOTIMIA,SINCOPE

LA ETIOLOGÍA DE ESTE ACCIDENTE ES COMPLEJA;EN ALGUNOS ACCIDENTES NERVIÓGENICOS,SIENDO EL MIEDO LA CAUSA ORIGINARIA,LA ADRENALINA DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA TIENE EN OTRAS CIRCUNSTANCIAS UN PAPEL IMPORTANTE.PUEDE ENTRAR O NO LA PATOLOGÍA CARDÍACA DEL PACIENTE.ES UN ACCIDENTE FRECUENTE,DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA ANESTESIA O ALGUNOS MINUTOS DESPUÉS EL PACIENTE TRAZA EL CUADRO CLÁSICO YA DESCRITO.

- A) PALIDEZ
- B) TAQUICARDIA
- C) SUDORES FRIOS
- D) NARIZ AFILADA
- E) RESPIRACION ANSIOSA

DE ESTE ESTADO EL PACIENTE PUEDE RECUPERARSE EN POCOS MINUTOS O ENTRAR EN UN CUADRO MÁS SERIO,AFORTUNADAMENTE POCO COMÚN EL SÍNCOPE.EL PULSO SE HACE FILIFORME O IMPERCEPTIBLE,LA RESPIRACIÓN ANGUSTIOSA O ENTRE CORTADA,EL FENÓMENO PUEDE PRODUCIRSE DURANTE LA ADMINISTRACIÓN DE CUALQUIER TIPO DE ANESTESIA LOCAL,PERO ES MÁS COMÚN EN EL CURSO DE LA TRONCULAR,LA INYECCIÓN DEL LÍQUIDO ANESTÉSICO EN UN VASO SANGUÍNEO HACE MÁS IMPORTANTE LA GRAVEDAD DEL CUADRO.

TRATAMIENTO,-CONSIDERAMOS DOS TIPOS:EL PREVENTIVO Y EL DEL ACCIDENTE.

TRATAMIENTO PREVENTIVO:SE ENCUADRA EN ESTE CONCEPTO.DEBEMOS PENSAR QUE CON CUALQUIER PACIENTE PUEDE ORIGINARSE LA LIPOTIMIA O EL SÍNCOPE,DEBIENDO TOMAR EN CADA CASO LAS MEDIDAS DE PRECAUCIÓN NECESARIAS PARA EVITAR EL ACCIDENTE.

- 1.-SENTAR COMODAMENTE AL PACIENTE,AFLOJANDO SUS -
PRENDAS DE VESTIR,PARA FAVORECER LA CIRCULACIÓN
- 2.-COMPROBAR QUE LA AGUJA NO HA ENTRADO EN UN VASO
SANGUÍNEO,
- 3.-INYECTAR LENTAMENTE (SOBRE TODO EN TRONCULAR)

SIGUIENDO ESTAS NORMAS SE EVITARAN MUCHOS DISGUSTOS.POR LO GENERAL,NO CONOCEMOS EL ESTADO DEL APARATO CIRCULATORIO DE NUESTROS PACIENTES;A MUCHOS DE ELLOS LOS VEMOS POR PRIMERA VEZ EN EL ACTO QUIRÚRGICO.SERÁ UNA SABIA MEDIDA DE PRECAUCIÓN LA INYECCIÓN DE DOS O TRES GOTAS DE ANESTESIA Y ESPERAR DOS O TRES MINUTOS -- ANTES DE REALIZAR LA INYECCIÓN COMPLETA.

MUCHOS PACIENTES CARDIACOS PUEDEN SER ANESTESIADOS HACIENDO MUY LENTAMENTE UNA INYECCIÓN SIN ADRENALINA.HAY PACIENTES SENSIBLES DE ALERGIAS A LA NOVOCÁINA,QUE NECESITAN UNAS GOTAS PREVIAS PARA COMPROBAR SI SE DESENCADENAN LOS SÍNTOMAS DE SU AFECCIÓN.

EL TRATAMIENTO DEL ACCIDENTE DEPENDE DE SU TIPO.¡IPOTIMIAS-FUGACES DESAPARECEN RESCATANDO AL PACIENTE CON SU CABEZA MÁS BAJA QUE SU CUERPO,EN LA POSICIÓN DE TREN DE LENBURG,O CON LA CABEZA FORZADA ENTRE LAS RODILLAS,O BIÉN ADMINISTRANDO AL PACIENTE - UNA BEBIDA GLUCOSADA,SE INYECTARA POR VÍA INTRAMUSCULAR VASOCONSTRICTORES DEL TIPO DE LA METEDRINA,VERITOL U OTROS SINTETICOS DERIVADOS DE LA EFEDRINA.

DOLOR

AL REALIZARSE ALGUNA INYECCIÓN,LA AGUJA PUEDE TOCAR UN NERVIPO,ORIGINANDOSE POR ESTE MOTIVO DOLOR DE DISTINTA INDOLE,INTENSIDAD,LOCALIZACIÓN O IRRADIACIÓN.DOLOR QUE PUEDE PERSISTIR HORAS O DÍAS.COMO SEÑALA THOMA,EL DOLOR POST-INYECCIÓN (QUE NO DEBE -- CONFUNDIRSE CON EL DOLOR POST-CIRUGÍA),SE PUEDE DEBER A INYECCIONES CON AGUJAS SIN FILO,QUE DESGARRAN LOS TEJIDOS Y LA INTRODUCCIÓN DE LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS MUY CALIENTES O MUY FRÍAS,NO-ISOTÓNICAS O DEMASIADO RÁPIDAS,

EL DESGARRE DE LOS TEJIDOS GINGIVALES Y SOBRE TODO DEL PERIOSTIO, ES CAUSA DE MOLESTIAS POST-OPERATORIAS DE INTENSIDAD VARIABLE.

ESTOS DOLORES POST-ANESTÉSICOS PUEDEN ENCONTRARSE A RAÍZ DE INTERVENCIONES DENTALES, EN LOS CUALES EL SÍNTOMA NO PUEDE ATRIBUIRSE AL TRAUMA OPERATORIO.

ISQUEMIA DE LA PIEL DE LA CARA

EN ALGUNAS OPORTUNIDADES, A RAÍZ DE CUALQUIER ANESTESIA SE NOTA SOBRE LA PIEL DE LA CARA DEL PACIENTE ZONAS DE INTENSA PALIDEZ, DEBIDAS A ISQUEMIAS SOBRE ESTA REGIÓN. ESTÁ ORIGINADA POR LA PENETRACIÓN Y TRANSPORTE DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA CON ADRENALINA, EN LA LUZ DE UNA VENA. LA ADRENALINA OCASIONA VASOCONTRICCIÓN. NO REQUIERE NINGÚN TRATAMIENTO.

INYECCION DE LAS SOLUCIONES ANESTESICAS EN ORGANOS VECINOS

ES UN ACCIDENTE NO MUY COMÚN, EL LÍQUIDO PUEDE INYECTARSE EN LAS FOSAS NAALES, DURANTE LA ANESTESIA DEL NERVI0 DENTARIO INFERIOR O MAXILAR SUPERIOR, PUEDE ACARREARSE DIPLOPIA, EXFORIA O ISOFARIAS, QUE DURAN LO QUE EL EFECTO ANESTÉSICO.

NO REQUIERE NINGÚN TRATAMIENTO, LA INYECCIÓN A TRAVEZ DEL AGUJERO OVAL EN LA CAVIDAD CRANEANA EN LA ANESTESIA DEL TRIGEMINO ES UN ACCIDENTE SERIO QUE AFORTUNADAMENTE ES MUY RARO.

ACCIDENTES MEDIATOS

PERSISTENCIA DE LA ANESTESIA

DESPUÉS DE LA INYECCIÓN DEL DENTARIO INFERIOR, PUEDE OCURRIR QUE LA ANESTESIA SE PROLONGUE POR ESPACIO DE DÍAS, SEMANAS Y AÚN MESES, DEBIDO AL DESGARRE DEL NERVI0 POR AGUJAS CON REBABAS O A LA INYECCIÓN DE ALCOHOL JUNTO CON EL ANESTÉSICO.

EL TRATAMIENTO NO ES MÁS QUE EL TIEMPO EN EL QUE EL NERVI
REGENERA LENTAMENTE Y DESPUÉS DE UN PERÍODO VARIABLE SE RECUPERA
LA SENSIBILIDAD O MOTRICIDAD,

ENFISEMA SUBCUTANEO

ES UNA COMPLICACIÓN RARA DE LA INYECCIÓN BUCAL, SU CAUSA SE
DEBE A LA PRESENCIA DE AIRE EN LOS PLANOS APONEUROTICOS Y NO A
UNA REACCIÓN ALÉRGICA, NO REQUIERE TRATAMIENTO,

INFECCION EN EL LUGAR DE LA PUNCIÓN

LAS INYECCIONES EN LA MUCOSA BUCAL PUEDEN ACOMPAÑARSE DE --
PROCESOS INFECCIOSOS POR LA FALTA DE ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL
QUIRÚRGICO O DEL SITIO DE LA PUNCIÓN, LA INYECCIÓN SÉPTICA A NI--
VEL DE LA ESPINA DE SPIX, OCASIONA TRASTORNOS SERIOS COMO:
ABCESOS Y FLEMONES ACOMPAÑADOS DE FIEBRE, TRISMUS Y DOLOR,

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA APLICACIÓN LOCAL DE CALOR, AN-
TIBIOTICOTERAPIA Y DRENAJE QUIRÚRGICO, EL TRISMUS SE VENDE COLO-
CANDO UN ABREBOCAS DEL LADO OPUESTO AL ABCESO Y ADMINISTRANDO --
RELAJANTES MUSCULARES,

TRAUMATISMO DE LA INYECCION

LA TÉCNICA SUPRAPERIOSTICA PUEDE PROVOCAR: EDEMA Y DOLOR PER
SISTENTE, LA TÉCNICA SUBPERIOSTICA PUEDE LEVANTAR EL PERIOSTIO---
DEL HUESO, PROVOCANDO DOLOR E INFECCIÓN POR PERIOSTITIS,

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA ADMINISTRACIÓN DE ANTIBIOTICO
TERAPIA, ANTIINFLAMATORIOS Y ANALGÉSICOS SEGÚN SE REQUIERA,

ANESTESIA GENERAL

OBSTRUCCION RESPIRATORIA

LA LENGUA PARECE UNA MASA INFORME QUE CAE HACIA ABAJO Y HACIA ARRIBA DE LA FARINGE OBSTRUYENDOLA POR COMPLETO.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LA TRACCIÓN DE LA LENGUA POR EL MÉTODO DE LABOR DE, EL CUÁL CONSISTE EN LA TRACCIÓN DE LA LENGUA RÍTMICAMENTE CON UNAS PINZAS -- TIRALENGUAS, SE COJE LA LENGUA Y SE TIRA DE ELLA HACIA ADELANTE Y HACIA ARRIBA-- A RAZÓN DE 14 Ó 16 VECES POR MINUTO. ESTE MOVIMIENTO SE CONTINUA POR ESPACIO DE MEDIA HORA O HASTA QUE SE LOGRE RESTABLECER LA RESPIRACIÓN EXPONTANEA.

PARO CARDIACO

OCURRE CUANDO SE SUSPENDE EL TRABAJO DEL CORAZÓN. EL TRATAMIENTO SERA:

PRIMERO SUSPENDER LA ADMINISTRACIÓN DEL ANESTÉSICO, ABRIR LA BOCA DEL PACIENTE Y PONER LA CABEZA EN HIPEREXTENCIÓN, LEVANTANDO LA BARBILLA, SE HARA TRACCIÓN DE LA LENGUA Y SE COLOCARA UNA CANULA DE RUSH EN LA GLOTIS Y SE LE DARA A -- QUE INHALE OXIGENO Y MASAJE EXTRACARDIACO. SI SE CARECE DE ESTE MATERIAL, PROCE-- DEMOS A DAR RESPIRACIÓN DE BOCA A BOCA. SE COLOCA AL PACIENTE COMO SE EXPLICO -- ANTERIORMENTE, SE DEBEN COMPRIMIR LAS ALAS DE LA NARIZ ENTRE EL ÍNDICE Y EL PULGAR Y SE DEBE REALIZAR LA RESUCITACIÓN DE BOCA A BOCA PARA VER QUE EL PECHO LEVANTE CADA TRES O CUATRO SEGUNDOS.

EL PACIENTE EXIBE PALIDEZ MORTAL Y SE VE GRISÁCEO Y SU PIÉL ESTÁ CUBIERTA DE SUDOR FRÍO. EL PULSO Y EL LATIDO DE LA PUNTA NO SE SIENTEN Y LOS SONIDOS CARDIACOS NO SE ESCUCHAN. SI EL PACIENTE ES UN NIÑO, EL CORAZÓN VOLVERÁ A LATIR SI-- SE DAN UNOS GOLPES FUERTES EN EL ESTERNÓN. CUANDO SE ESTA TRATANDO A UN ADULTO-- SE LE DEBE COLOCAR BOCA ARRIBA SOBRE EL PISO, EL CIRUJANO DENTISTA SE ARRODILLA-- A UN LADO DEL PACIENTE Y SE COLOCA LA PALMA DE LA MANO IZQUIERDA EN EL TERCIO-- INFERIOR DEL ESTERNÓN, DESPUÉS COLOCA SU MANO DERECHA SOBRE EL DORSO DE LA MANO IZQUIERDA Y PRESIONA RÍTMICAMENTE HACIA ABAJO A INTERVALOS DE UN SEGUNDO CON -- SUFICIENTE FUERZA PARA COMPRIMIR EL CORAZÓN ENTRE EL ESTERNÓN Y LA COLUMNA VER-- TEBRAL.

COLAPSO CIRCULATORIO

SE DEBE A LA VELOCIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN DEL ANESTÉSICO, SE CONOCE CUAN-- DO HAY PALIDEZ INTENSA EN EL PACIENTE, EL PULSO ESTA DEBIL Y ACELERADO.

EL TRATAMIENTO ES PONER AL PACIENTE EN POSICIÓN DE TREN DE LENBURG PARA MANTENER MAYOR IRRIGACIÓN DE LOS CENTROS CEREBRALES, SE PUEDE ADMINISTRAR 1 C.C. DE ADRENALINA POR VÍA SUBCUTÁNEA O ENDOVENOSA,

ESTADO DE SHOCK

SE PROVOCA CUANDO NO SE HAN ATENDIDO CUALQUIERA DE LOS ACCIDENTES ANTERIORES. LA HIPOTENSIÓN SISTEMÁTICA ES EL ÚNICO FACTOR FÁCIL DE MEDIR PARA DIFERENCIAR A LOS PACIENTES EN ESTADO DE SHOCK DE LOS QUE NO ESTÁN.

EN LOS MÁS AFECTADOS SE OBSERVA HIPOTENSIÓN ARTERIAL, SOMNOLENCIA, PIEL FRÍA PÁLIDA Y HUMEDA. SI EL ESTADO DE SHOCK CONTINUA DURANTE 30 MINUTOS O MÁS LA MUERTE ES CASI INEVITABLE.

TIPOS DE SHOCK

SHOCK HEMATOGENICO.- FALTA VOLUMEN SANGUINEO EJEMPLO: ALGUNA HEMORRAGIA.

SHOCK NEUROGENICO.- VOLUMEN DE SANGRE NORMAL PERO NO TODA SE HALLA EN CIRCULACIÓN EFECTIVA PORQUE HAY UNA VASODILATACIÓN. LA ETIOLOGÍA ES UN FACTOR TRAUMÁTICO QUE AFECTA AL SISTEMA NERVIOSO YA SEA EN FORMA DIRECTA O POR INFLUENCIA PSICOLÓGICA. ES EL SHOCK MÁS COMÚN EN LA PRÁCTICA DENTAL.

SHOCK VASOGENICO.- HAY DILATACIÓN VASCULAR Y ES A CAUSA DE LA PRESENCIA DE CANTIDADES EXCESIVAS DE HISTAMINA.

SHOCK CARDIOGENICO.- HAY INSUFICIENCIA CARDIACA

SHOCK ANAFILACTICO.- NO ES UN SHOCK FRECUENTE POR LA ANESTESIA, PERO SI POR OTROS MECANISMOS. ES UNA HIPERSUCEPTIBILIDAD A UN MEDICAMENTO PRODUCIENDO RESPUESTAS EXAGERADAS A DOSIS ORDINARIAS O MINIMAS.

SINTOMATOLOGÍA: NO SE PUEDE SABER HASTA QUE VA MUY AVANZADO, SE PUEDE CONFUNDIR CON UN SÍNCOPE. COMO YA SE EXPLICÓ ANTERIORMENTE SE COLOCA AL PACIENTE BOCA ARRIBA CON LA CABEZA MÁS BAJA QUE LOS PIES, DESPUÉS DAREMOS SALES AMONIACALES Y ASÍ EL PACIENTE DEBE COMENZAR A REACCIONAR. SE DEBERÁ TOMAR EL PULSO, SI NO LO SENTIMOS EN LA MUÑECA SE TOMARÁ EL CAROTÍDEO, SE DEBERÁN PALPAR 75 PULSACIONES COMO PROMEDIO. CUANDO HAY FIEBRE CON CADA 10 PALPITACIONES DE MÁS ES UN GRADO MÁS DE FIEBRE. SI EL PULSO ESTÁ DÉBIL EL PACIENTE ESTÁ HIPOTENSO, DEBEMOS PENSAR QUE ES ANAFILAXIA Y DEBEMOS --

ADMINISTRAR ADRENALINA EN CONCENTRACIONES DE 1- A 1000 EN DOSIS DE 0,5MG. SE PUEDE ADMINISTRAR POR CUALQUIER VÍA. LA MÁS RAPIDA ES LA ENDOVENOSA, A CAUSA DE LA HIPOTENSIÓN ES IMPOSIBLE LOCALIZAR UNA VENA, EN TODO CASO SE ADMINISTRA ABAJO DE LA TETILLA IZQUIERDA. LA ADRENALINA POSEE TRES CARACTERISTICAS:

ANTIISTAMINICO POTENTE

VASO PRESOR

BRONCO DILATADOR

SI NO REACCIONA SE ADMINISTRA OTRA VEZ LA MISMA DOSIS HASTA QUE RESPONDA DESPUÉS ADMINISTRAMOS POR VENOCISIS DEXTROSA AL 5% A RAZON DE 30 GOTAS-POR MINUTO, POR AHI SE PUEDE SEGUIR ADMINISTRANDO ADRENALINA O UN CORTI--COIDE, METIL-PREDNISOLONA 40 MG., O HIDROCOTISONA, SUCCINATO DE HIDROCORTI--SONA DE 100 MG.

C A P I T U L O V

LA ARTICULACION ALVEOLODENTARIA

ELEMENTOS QUE INTERVIENEN EN LA ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA ARTICULACION ALVEOLODENTARIA.

ENCIA

ALVEOLO DENTARIO

DIENTE

PERIODONTO

LA ARTICULACIÓN ALVEOLODENTARIA ESTÁ FORMADA POR DIVERSOS ELEMENTOS:

ENCIA - HUESO - DIENTE - PERIODONTO

LA EXTRACCIÓN DENTARIA ES UNA MANIOBRA CUYO FIN ES SEPARAR ESTOS ELEMENTOS.

PARA LUXAR Y EXTRAER UN DIENTE ES MENESTER DISTENDER Y DILATAR EL ALVEOLO, EL PERIODONTO, POR LO TANTO SE SECCIONA EN TODA SU LONGITUD. ES A EXPENSAS DE LA ELASTICIDAD DEL HUESO ALVEOLAR QUE EL DIENTE PUEDE ABANDONAR SU SITIO DIRIGIDO POR EL INSTRUMENTO APROPIADO.

VAMOS A CONSIDERAR LOS CUATRO ELEMENTOS DE LA ARTICULACIÓN ALVEOLODENTARIA.

CONSTA POR LO TANTO LA ARTICULACIÓN ALVEOLODENTARIA DE ELEMENTOS BLANDOS: ENCIA Y PERIODONTO, Y DE ELEMENTOS Duros: HUESO Y DIENTE. DE LOS DOS ULTIMOS, EXTENSIBLE O ELASTICO EL PRIMERO, INEXTENSIBLE EL SEGUNDO.

ENCIA

LA ENCIA ES LA INSERCIÓN NORMAL, CUBRE PARTE DE LA CORONA ANATÓMICA DEL DIENTE, DEJANDO AL DESCUBIERTO LA CORONA CLÍNICA.

ALVEOLO DENTARIO

EL ALVEOLO TIENE FORMA DE UN CONO, EN DIENTES UNIRRADICULARES, DE DOS CONOS— LOS QUE TIENEN DOS RAICES, CUYOS EJES MAYORES CONVERGEN HACIA UN PUNTO QUE—

PUEDE CONSIDERARSE PROXIMO AL CENTRO DE LA CARA TRITURANTE DE DICHO DIENTE. EL ALVEOLO A EXPENSAS DEL CUAL SE PRÁCTICA LA EXTRACCIÓN DENTARIA, ESTÁ CONSTITUIDO POR TEJIDO ÓSEO, QUE VARIA EN SU DISPOSICIÓN Y ARQUITECTURA PARA LOS DISTINTOS DIENTES Y DE ACUERDO CON LA EDAD DE LOS PACIENTES.

UNA PERSONA JOVEN POSEE UN ALVEOLO ÓSEO DE GRAN ELASTICIDAD, QUE PERMITE DISTENDERSE SIN FRACTURAR SUS PAREDES; PERO PROPORCIONALMENTE A LA MAYOR EDAD, (EN UN ADULTO O ANCIANO), EXISTE UNA MAYOR MINERALIZACIÓN DEL HUESO QUE TRAE APAREJADA UNA MENOR ELASTICIDAD QUE DIFICULTA LOS MOVIMIENTOS QUE HAY QUE IMPRIMIR AL DIENTE A EXTRAERSE, COMPROMETIENDO POR LO TANTO, LA INTEGRIDAD DEL MISMO ALVEOLO O DEL DIENTE.

HISTOLOGICAMENTE, EL ALVEOLO ESTÁ CONSTITUIDO POR TEJIDO ÓSEO ESPONJOSO, RECUBIERTO EN SU CARA PERIODONTICA EXTERNA E INTERNA (BUCAL Y PALATINA O LINGUAL), POR TEJIDO COMPACTO.

LA PARTE ESPONJOSA DEL HUESO ALVEOLAR ES MÁS DENSA EN SUS DOS TERCIOS CERVICALES QUE EN EL PROFUNDO, PRESENTANDO VARIACIONES SEGÚN LOS DISTINTOS ALVEOLOS.

LOS ALVEOLOS DEL MAXILAR INFERIOR SON MÁS COMPACTOS QUE LOS DEL SUPERIOR, PORQUE AQUELLOS POSEEN UNA CORTICAL EXTERNA MÁS GRUESA Y MENOS TEJIDO ESPONJOSO QUE LOS SEGUNDOS.

LOS ALVEOLOS CORRESPONDIENTES A LOS INCISIVOS, CANINOS Y PREMOLARES, EN AMBOS MAXILARES POSEEN UNA TABLA EXTERNA MENOS DENSA QUE LA TABLA INTERNA, PORQUE EN LA REGIÓN VESTIBULAR, LA COMPACTA ALVEOLAR ESTÁ MUY PROXIMA A LA CORTICAL EXTERNA. MIENTRAS QUE EN LA REGIÓN LINGUAL AMBAS COMPACTAS ESTÁN SEPARADAS POR UNA ESPESA CANTIDAD DE TEJIDO ESPONJOSO.

LA DENSIDAD DE AMBAS TABLAS, A NIVEL DE LOS MOLARES INFERIORES, ES UNIFORME POR TENER EQUIVALENTE CANTIDAD DE TEJIDO ESPONJOSO.

DIENTE

LA PORCIÓN RADICULAR CONSTITUIDA POR CEMENTO EN SU CARA EXTERNA, ES LA QUE FORMA PARTE DE LA ARTICULACIÓN ALVEOLODENTARIA.

LA DISPOSICIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA DEL CEMENTO ORIGINA DISTINTAS MODALIDADES QUE PUEDEN ENCONTRARSE EN ESTE TEJIDO, DE LAS CUALES DEPENDEN EN PARTE LAS MODIFICACIONES DE LA PORCIÓN RADICULAR QUE CONSTITUYE, EN MUCHAS OCACIONES TRABAS PARA LA EXODONCIA (CEMENTOSIS).

PERIODONTO

EL LIGAMENTO DE UNIÓN ENTRE EL DIENTE Y EL ALVEOLO LO CONSTITUYE EL PERIODONTO, EL CUÁL TIENE UN ESPESOR APROXIMADO DE UN MILIMETRO.

DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTOLOGICO, EL PERIODONTO ES UN TEJIDO CONJUNTIVO-FIBROSO, CONSTITUIDO POR: ELEMENTOS CELULARES, FIBRAS, VASOS Y NERVIOS; ES UN TEJIDO RICAMENTE INERVADO.

FIBRAS.-LAS FIBRAS DEL PERIODONTO MANTIENEN SUSPENDIDO AL DIENTE EN EL ALVEOLO.

SU MODO DE ACCIÓN PUEDE REPRESENTARSE DE MANERA QUE CUANDO TENGA LUGAR UNA PRESIÓN SOBRE EL DIENTE, TODAS LAS FIBRAS O UNA PARTE DE ELLAS SE VEN SOMETIDAS A TENSIÓN, RESULTANDO ASÍ, QUE LA PRESIÓN EJERCIDA SOBRE EL DIENTE SE TRANSFORMA EN UNA TRACCIÓN APLICADA AL HUESO ALVEOLAR, PERO QUE ACTUA TAMBIÉN NATURALMENTE EN FORMA DE TRACCIÓN SOBRE EL CEMENTO DENTARIO. LAS FIBRAS PUEDEN CLASIFICARSE ESCALONANDOLAS DESDE LA PORCIÓN CERVICAL-AL ÁPICE.

- A.- FIBRAS GINGIVALES: SON AQUELLAS CUYA INSERCIÓN INFERIOR, SE REALIZA A NIVEL DEL CUELLO DEL DIENTE.
- B.- FIBRAS CRESTODENTALES: PARTEN DE LA CRESTA ALVEOLAR Y VAN A INSERTARSE EN EL CEMENTO, POR DEBAJO DE LA INSERCIÓN DE LAS FIBRAS GINGIVALES.
- C.- FIBRAS ALVEOLODENTALES HORIZONTALES: QUE SE DIRIGEN HORIZONTALMENTE DESDE LA PARED ALVEOLAR AL CEMENTO DENTARIO. NO OCUPAN MÁS QUE UNA ESCASA PORCIÓN DEL PERIODONTO.
- D.- FIBRAS ALVEOLODENTALES OBLICUAS: APROXIMADAMENTE DIEZ VECES MÁS NUMEROSAS QUE LAS ANTERIORES, SE DIRIGEN OBLICUAMENTE EN DIRECCIÓN AL ÁPICE RADICULAR, DESDE EL ALVEOLO AL CEMENTO OCUPANDO LA MAYOR PARTE DEL PERIODONTO. SIRVEN PARA TRANSFORMAR LAS PRESIONES QUE RECIBE EL DIENTE EN TRACCIONES SOBRE EL ALVEOLO, LO CUÁL RESULTA MUY BENEFICIOSO PARA LA INSERCIÓN, YA QUE EL HUESO RESISTE SIEMPRE MUCHO MEJOR LAS TRACCIONES QUE LAS PRESIONES.
- E.- FIBRAS APICALES: ABIERTAS EN ABANICO QUE SE IRRADIAN DESDE LA VECINDAD DEL ÁPICE A LA PARED ALVEOLAR.

ELEMENTOS CELULARES.-CONSISTEN EN FIBROCITOS, CEMENTOBLASTOS, OSTEOBLASTOS, OSTEOCLASTOS Y LOS ISLOTES EPITELIALES PARADENTARIO DE MALASSEZ.

VASOS SANGUINEOS.-EL PERIODONTO ESTÁ RICAMENTE VASCULARIZADO.SUS VASOS PROVIENEN Y DESEBOCAN,EN LOS VASOS DE LAS PAREDES ALVEOLARES Y DE LA ENCÍA.
LA RUPTURA DE ESTOS VASOS,EN LAS MANIOBRAS DE EXODONCIA,LLENA EL ALVEOLO DE SANGRE,A EXPENSAS DE LA CUÁL SE REALIZA LA CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA.

NERVIOS.-COMO LOS ANTERIORES ELEMENTOS TIENEN SU ORIGEN EN LOS NERVIOS DEL HUESO Y DE LA ENCÍA.

C A P I T U L O V I

EXTRACCION DENTAL

LA EXTRACCIÓN DENTAL PROPIAMENTE DICHA, ES LA EXTIRPACIÓN TOTAL DEL DIENTE SIN DOLOR, O DE LA RAÍZ DENTAL CON EL MÍNIMO DAÑO DE LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES, PARA QUE LA HERIDA CICATRICE SIN COMPLICACIONES Y NO CREAR ASÍ UN PROBLEMA QUE NECESITE PRÓTESIS POST-OPERATORIA.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBE ESFORZARCE PARA HACER QUE CADA EXTRACCIÓN DENTARIA QUE REALICE SEA LA IDEAL. Y PARA OBTENER ESTE OBJETIVO HA DE ADAPTARSE A SU TÉCNICA, PARA RESOLVER LAS DIFICULTADES Y POSIBLES COMPLICACIONES QUE SE PRESENTEN EN LA EXTRACCIÓN DE CADA DIENTE INDIVIDUAL.

PRINCIPIOS MECANICOS DE LA EXTRACCION

LOS TRES PRINCIPIOS MECÁNICOS DE LA EXTRACCIÓN SON:

- 1.-LA EXPANSIÓN DEL ALVÉOLO ÓSEO PARA PERMITIR LA EXTIRPACIÓN DEL DIENTE. ESTO SE LOGRA USANDO AL DIENTE COMO EL INSTRUMENTO DILATADOR, Y ES EL FACTOR MÁS IMPORTANTE EN LA EXTRACCIÓN CON FÓRCEPS.

PARA TENER ÉXITO SE REQUIERE QUE HAYA SUFICIENTE CANTIDAD DEL DIENTE PARA TOMAR LO FIRMEMENTE CON LAS PUNTAS DE LOS FÓRCEPS. EL PATRÓN RADICULAR DEL DIENTE DEBE SER TAL PARA QUE SEA POSIBLE LA SUFICIENTE DILATACIÓN DEL ALVÉOLO, PARA ASÍ PERMITIR LA COMPLETA LUXACIÓN DEL ALVÉOLO.

EL ALVÉOLO SOLO PUEDE SER DILATADO SI EL HUESO DEL QUE ESTA COMPUESTO ES LO SUFICIENTEMENTE ELÁSTICO PARA PERMITIR TAL EXPANSIÓN. ESTA PROPIEDAD ES MÁXIMA EN EL HUESO JOVEN Y DECRECE CON LA EDAD.

EN LA MAYORIA DE LOS CASOS LA DILATACIÓN ALVEOLAR VA ACOMPAÑADA DE MÚLTIPLES FRACTURAS PEQUEÑAS DEL HUESO VESTIBULAR Y DE LOS TABIQUE INTERRADICULARES.

ESTOS FRAGMENTOS ÓSEOS FRECUENTEMENTE SON RETENIDOS POR LA FIJACIÓN PERIÓSTICA DEBEN SER RESTITUIDOS MEDIANTE COMPRESIÓN DIGITAL, Y AL FINAL DE LA EXTRACCIÓN TODOS LOS FRAGMENTOS ÓSEOS LAXOS QUE HAYAN PERDIDO MÁS DE LA MITAD DE SU FIJACIÓN PERIÓSTICA DEBEN SER SACADOS DE LA HERIDA DIBIDO A QUE SU VASCULARIZACIÓN VA A ESTAR TAN LESIONADA QUE SE NECROSARAN.

LA PRESENCIA DE UN FRAGMENTO ÓSEO DESVITALIZADO ES CAUSA PREDISPONENTE DE HEMORRAGIA POSTERIOR A LA EXTRACCIÓN, CICATRIZACIÓN RETARDADA E INFECCIÓN DE LA HERIDA HASTA QUE OCURRA SU EXFOLIACIÓN. DEBE HACERSE HINCAPIE EN EL VALOR Y LA IMPORTANCIA DEL DESBRIDAMIENTO DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE, SI EL PATRÓN RADICULAR O LA CONSTANCIA DEL HUESO QUE RECUBRE A LA RAÍZ ES TAL QUE NO ES FACILITABLE LA DILATACIÓN DEL ALVÉOLO, ENTONCES DEBE EMPLEARSE EL MÉTODO DE EXTRACCIÓN TRANSALVEOLAR, CON O SIN LA DIVISIÓN DE LOS DIENTES MULTIRADICULARES.

- 2.-EL USO DE PALANCA Y FULCRO PARA FORZAR AL DIENTE O RAÍZ FUERA DEL ALVÉOLO A LO LARGO DEL PLANO DE MENOR RESISTENCIA. ESTE ES EL FACTOR PRINCIPAL QUE GOBIERNA EL USO DE ELEVADORES PARA EXTRAER RAÍCES Y DIENTES,
- 3.-LA INSERCIÓN DE UNA CUÑA O CUÑAS ENTRE LA RAÍZ DENTAL Y LA PARED ÓSEA DEL ALVÉOLO, HACE QUE EL DIENTE SE ELEVE EN SU ALVÉOLO. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS ESTE FACTOR PUEDE SER DESCARTADO DEBIDO A LA ELASTICIDAD DEL HUESO ALVÉOLAR CIRCUNDANTE. SIN EMBARGO, SE EXPLICA POR QUE ALGUNAS RAÍCES CÓNICAS DE PREMOLARES Y MOLARES INFERIORES SON EXPULSADAS FUERA DE SU ALVÉOLO CUANDO LAS PUNTAS DEL FÓRCEPS SON APLICADAS SOBRE ELLAS

TIEMPO DE LA EXTRACCIÓN DENTAL

LA PRISA ES EL ENEMIGO DE UNA BUENA CIRUGÍA BUCAL Y LA MALA ELECCIÓN DE LA ANESTESIA ES UNA CAUSA DE APRESURAMIENTO.

EL CIRUJANO DENTISTA DEBE APRENDER A CALCULAR CON PRECISIÓN EL TIEMPO REQUERIDO PARA COMPLETAR CADA EXTRACCIÓN. ESTO LE PERMITE ESCOGER LA FORMA DE ANESTESIA QUE LE DARÁ EL TIEMPO DE OPERACIÓN ADECUADO PARA LA TERMINACIÓN DE SU LABOR.

LA ANESTESIA LOCAL PUEDE SER UTILIZADA PARA CUALQUIER OPERACIÓN DENTAL CON DURACIÓN DE 30 Ó 45 MINUTOS, PERO CUALQUIER EXTRACCIÓN QUE NECESITE MÁS TIEMPO ES UNA INDICACIÓN PARA LA ADMICIÓN AL HOSPITAL, Y PARA LA ADMINISTRACIÓN DE UNA ANESTESIA GENERAL ENDOTRAQUEAL.

TANTO LOS FACTORES GENERALES COMO LOCALES GOBIERNAN LA ELECCIÓN DEL ANESTÉSICO PARA LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE EN PARTICULAR, Y EL OPERADOR DEBE ESTAR COMPLETAMENTE FAMILIARIZADO CON ELLOS SI VA A HACER UNA ELECCIÓN CORRECTA.

PASOS

EL ACTO DE EXTRAER UN DIENTE DE SU ALVÉOLO REQUIERE DE VARIOS TIEMPOS QUIRURGICOS, ESTOS TIEMPOS SON:

PREHENSION

LUXACION

TRACCION

PREHENSION.-LA APLICACIÓN DE LOS BOCADOS DE LA PINZA, LA TOMA O PREHENSIÓN DEL --- DEL DIENTE ,PRIMER TIEMPO DE LA EXODONCIA ES EL FUNDAMENTO DEL CUÁL DEPENDEN EL ÉXITO DE LOS TIEMPOS QUE SIGUEN.PREPARANDO EL DIENTE PARA LA EXODONCIA,SE SEPARAN LOS LABIOS,EL CARRILLO Y LA LENGUA DEL PACIENTE CON LOS DEDOS DE LA M ANO IZQUIERDA.LIBRE EL CAMPO,LA PINZA O FÓRCEPS TOMA EL DIENTE POR ENCIMA DEL CUELLO ANATOMI CO EN DONDE SE APOYA Y A EXPENSAS DEL CUAL SE DESARROLLA LA FUERZA PARA MOVILIZAR EL ÓRGANO DENTARIO,LA CORONA DENTARIA NO DEBE INTERVENIR NO DEBE INTERVENIR COMO ELEMENTO ÚTIL EN LA APLICACIÓN DE LA FUERZA.SU FRACTURA O DESMENUZAMIENTO SERÍA-- LA CONSECUENCIA DE ESTA FALSA MANIOBRA .POR LO TANTO DEBE INSINUARSE POR DEBAJO-- DEL BORDE GINGIVAL O HASTA LLEGAR AL CUELLO DEL DIENTE,AMBOS BOCADOS O MORDIENTES EL EXTERNO O BUCAL Y EL INTERNO O LINGUAL.DEBEN PENETRAR SIMULTANEAMENTE,LA MANO DERECHA CIERRA LAS RAMAS DE LA PINZA MANTENIENDO CON EL PULGAR EL CONTROL DE LA-- FUERZA.

PARA ACLARAR,DIREMOS QUE LA DESARTICULACIÓN DEL DIENTE DE SU ALVÉOLO ES UNA MANIOBRA QUE NO PUEDE COMPARARSE A LA EXTRACCIÓN DE UN CLAVO DE UNA MADERA,EN ESTA FUNCIÓN,LA APLICACIÓN DE LA FUERZA ESTA DADA EN EL SENTIDO DE TRACCIONAR EL CLAVO EL CUAL ES ELIMINADO DEL SITIO QUE OCUPA RECORRIENDO EN SENTIDO INVERSO A LA DI-- RECCIÓN CON QUE FUE INTRODUCIDO,EN CAMBIO,LA EXTRACCIÓN POR TRACCIÓN EN EXODONCIA NO ES APLICABLE,PUES EL ÓRGANO DEBE ABANDONAR SU ALVÉOLO A EXPENSAS DE LA DILATA-- CIÓN DE LAS PAREDES ALVEOLARES,TIEMPO QUIRURGICO QUE LLAMAMOS LUXACIÓN DEL DIENTE.

LUXACION.-LA LUXACIÓN O DESARTICULACIÓN DEL DIENTE,ES EL SEGUNDO TIEMPO DE LA EXODONCIA,POR MEDIO DE LO CUAL EL DIENTE ROMPE LAS FIBRAS DEL PERIODONTO Y DILATA EL ALVÉOLO,SE REALIZA ESTE TIEMPO SEGÚN DOS MECANISMOS.

- A) MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD.-DOS FUERZAS ACTUAN EN ESTE MOVIMIENTO.LA PRIMERA IMPULSANDO AL DIENTE EN DIRECCIÓN DE SU ÁPICE COMO QUERIENDOLO INTRODUCIR EN EL ALVÉOLO,ESTA FUERZA PERMITE APOYAR LA PORCIÓN APICAL EN LA CUSPIDE DEL ---

ALVÉOLO PUNTO QUE SIRVE COMO CENTRO DEL ARCO QUE DESCRIBIRA EL DIENTE. LA SEGUNDA FUERZA MUEVE EL ÓRGANO DENTARIO SEGÚN EL ARCO AL QUE HEMOS --- HECHO REFERENCIA ELIGIENDO COMO PRIMERA DIRECCIÓN LA TABLA ÓSEA DE MENOR - RESISTENCIA (GENERALMENTE LA BUCAL, QUE ES LA MÁS ELÁSTICA). ESTE MOVIMIENTO DE LATERALIDAD TIENE UN LÍMITE, QUE ESTA DADO POR EL DE LA DILATACIÓN DEL - ALVÉOLO. EXCEDIENDO EL MOVIMIENTO LA TABLA EXTERNA SE FRACTURA. SI ESTA TABLA ES LO SUFICIENTEMENTE SÓLIDA COMO PARA NO HACERLO, SERA EL DIENTE QUIEN TENDRA QUE FRACTURARSE. POR ESO LOS MOVIMIENTOS LATERALES DE LUXACIÓN DEBEN SER DIRIGIDOS POR EL TACTO DE QUIEN OPERA, TACTO QUE SE PERFECCIONA CON LA PRACTICA QUIRURGICA.

ALGUNOS DIENTES PUEDEN SER EXTRAIDOS CON ESTE UNICO MOVIMIENTO DE LATERALIDAD EXTERNA, SON LO MENOS, SI NO HA SIDO VENCIDAS TODAS LAS RESISTENCIAS EL DIENTE DEBE VOLVER A SU SITIO PRIMITIVO Y DEBEMOS DIRIGIRLO EN PROCURA DE LA DILATACIÓN DE LA TABLA LINGUAL; HACIENDOLA DESCRIBIR UN ARCO EN EL MISMO PLANO QUE EL MOVIMIENTO BUCAL, PUDIENDO YA INICIARSE EL TERCER TIEMPO DE LA EXTRACCIÓN.

TAMBIÉN PUEDE OCURRIR QUE AÚN LAS RESISTENCIAS DE LA ARQUITECTURA ALVEOLAR NO HAYAN SIDO VENCIDAS Y EL DIENTE PARA SER LUXADO DEBE REALIZAR VARIOS -- MOVIMIENTOS LATERALES HACIA BUCAL Y LINGUAL.

B) MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN' - LA ROTACIÓN QUE SE REALIZA SIGUIENDO EL EJE MAYOR DEL DIENTE ES UN MOVIMIENTO COMPLEMENTARIO DEL MOVIMIENTO DE LATERALIDAD. LA ROTACIÓN SOLO PUEDE SER APLICADA EN DIENTES MONORADICULARES. LOS QUE -- TIENEN MÁS DE UNA RAÍZ SE FRACTURAN; COMO ES LÓGICO AL HACER LA ROTACIÓN. UNA SOLA FUERZA ACTÚA EN EL MOVIMIENTO, LA QUE IMPRIME LA ROTACIÓN. LA FUERZA EN DIRECCIÓN APICAL SÓLO SE EJERCE CUANDO SE EJECUTAN LOS MOVIMIENTOS DE - LATERALIDAD.

TRACCIÓN. - ESTE ES EL ÚLTIMO MOVIMIENTO DESTINADO A DESPLAZAR FINALMENTE EL DIENTE DEL ALVÉOLO. LA TRACCIÓN SE REALIZA CUANDO LOS MOVIMIENTOS PRELIMINARES HAN DILATADO EL ALVÉOLO Y ROTO LOS LIGAMENTOS. LA FUERZA APLICADA A ESTE FIN, EXTRAE EL DIENTE DEL ALVÉOLO, DESARROLLÁNDOSE EN SENTIDO INVERSO A LA DE LA DIRECCIÓN DEL DIENTE.

GENERALMENTE LA CANTIDAD DE FUERZA EXIGIDA ES PEQUEÑA Y LA RESULTANTE DE LA -- FUERZA TIENDE A DIRIGIR AL DIENTE EN EL SENTIDO DE LA CORONA Y DE LA TABLA EXTERNA.

POR ESO EL MOVIMIENTO DE TRACCIÓN DEBE EJERCERSE DESPUÉS DE LOS DOS ANTERIORES, CUANDO EL DIENTE SE ENCUENTRA EN LA PORCIÓN MÁS EXTERNA DEL ARCO DE LATERALIDAD.

AL ABANDONAR EL DIENTE SU ALVÉOLO ESTÁ TERMINADA LA PARTE MECANICA DE LA EXO-- DONCIA.

INSTRUMENTAL

ELEVADORES INDISPENSABLES EN EXODONCIA

PARA LA PRÁCTICA DE LA EXODONCIA, SE HAN DISEÑADO UN NÚMERO EXTRAORDINARIO DE ELEVADORES, CON DISTINTA FUNCIÓN, TRABAJO Y MISIÓN

EL PROFESIONAL ADQUIERE UNA GRAN CANTIDAD DE ELLOS, MUCHOS DE LOS CUALES RESULTAN INÚTILES Y SIN NINGUNA APLICACIÓN PRÁCTICA. NOS PARECE PRUDENTE SEÑALAR NUESTRO PUNTO DE VISTA Y LA SÍNTESIS DE NUESTRA EXPERIENCIA, RECOMENDANDO LA SERIE DE ELEVADORES QUE CLASIFICAMOS DE INDISPENSABLES EN CIRUGÍA ORAL. CON ELLOS SE PUEDEN REALIZAR LA MAYOR PARTE DE EXTRACCIONES.

LOS ELEVADORES INDISPENSABLES SON LOS SIGUIENTES:

- 1.-ELEVADORES DE WINTER No.2 DERECHO E IZQUIERDO.
- 2.-ELEVADORES DE WINTER No.11 DERECHO E IZQUIERDO.
- 3.-ELEVADORES DE WINTER No.14 DERECHO E IZQUIERDO.
- 4.-ELEVADORES DE CLEV-DENT DERECHO E IZQUIERDO Y RECTO.
- 5.-ELEVADORES APICALES-DERECHO, IZQUIERDO Y RECTO.

SI DURANTE LOS INTENTOS DE LA EXTRACCIÓN LOS DIENTES SE FRACTURAN, ENTONCES LOS SEGMENTOS FRACTURADOS DEBERÁN SER RETIRADOS.

EXISTEN DIFERENTES TIPOS DE INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA RETIRAR ESTOS FRAGMENTOS, PERO LA MAYORÍA DE ELLOS INVOLUCRAN LA UTILIZACIÓN DE ELEVADORES.

LOS ELEVADORES MÁS COMUNMENTE UTILIZADOS SON:

1.-ELEVADOR RECTO.

2.-ELEVADOR EN BARRA T, DE BANDERA - ESTE-OESTE.

3.-JUEGO DE ELEVADORES DE APÍCES.

4.-PICO DE CIGÜEÑA.

EL ELEVADOR RECTO.-ESTE ELEVADOR ES USUALMENTE UTILIZADO PARA LA EX-
TIRPACIÓN DE FRAGMENTOS DENTARIOS GRANDES, EN ADICIÓN A -
ESTA FUNCIÓN TIENE LOS SIGUIENTES USOS.

A) CON EL OBJETO DE PROBAR LA ANESTESIA Y RETIRAR LA EN-
CÍA, ANTES DE LA COLOCACIÓN DE LOS FÓRCEPS, EL DENTISTA --
PUEDE COLOCAR EL INSTRUMENTO ENTRE EL DIENTE Y LA ENCÍA-
PERICORONAL..

B) EN LAS EXTRACCIONES MÚLTIPLES PUEDEN SER UTILIZADOS -
ENTRE LOS DIENTES CON EL OBJETO DE AFLOJAR LOS DIENTES -
ADYACENTES ANTES DE LA COLOCACIÓN DE LOS FÓRCEPS.

C) PUEDE SER UTILIZADO PARA EXPANDER LA LÁMINA BUCAL, ES-
PECIALMENTE DEL MAXILAR EN EL MARGEN CERVICAL DEL DIENTE
ANTES DE SU EXTRACCIÓN. ESTO PUEDE FACILITAR LA EXTRACCIÓN
DENTAL.

ELEVADOR DE BARRA EN "T",.-ESTE INSTRUMENTO ES USADO PARA RETIRAR
LOS RESTOS RADICULARES INTERIORES. ESTOS SON FABRICADOS -
CON DIRECCIONES OPUESTAS Y DE AHI EL NOMBRE DE ESTE-OESTE
SON UTILIZADOS MÁS A MENUDO, CUANDO UNA RAÍZ DE LOS DIENTES
MULTIRADICULARES HA SIDO COMPLETAMENTE RETIRADA PERO
TODAVÍA PERMANECE AHÍ UNA PORCIÓN DE OTRA RAÍZ.

EL PLANO INCLINADO DEL ELEVADOR SE COLOCA CUAL ALVÉOLO -
VACIO Y EL INSTRUMENTO SEGUIRA EN DIRECCIÓN MESIO-DISTAL
DEPENDIENDO DE CUAL RAÍZ SE VA A EXTRAER. LA PUNTA AGUDA-
DEL ELEVADOR UTILIZA EL TABIQUE O HUESO INTERRADICULAR Y
PASA MÁS ARRIBA, DEBAJO DE LA PUNTA RADICULAR RESIDUAL DE
SALOJANDOLA, ES EL PRINCIPIO SOBRE EL QUE ESTA BASADO ESTE
INSTRUMENTAL. AL IGUAL QUE TODOS LOS OTROS ELEVADORES.

ESTE ES UN INSTRUMENTO SUMAMENTE PODEROSO,QUE PUEDE SER UTILIZADO CON ESTREMO CUIDADO.

ELEVADORES DE APICES RADICULARES.-ESTOS ELEVADORES SON INSTRUMENTOS DELICADOS,UTILIZADOS PARA APICES RADICULARES DELGADOS Y PEQUEÑOS.GENERALMENTE SON FABRICADOS EN JUEGO DE TRES,CADA UNO CON DIFERENTE ANGULACIÓN.

PICO DE CIGUERA.-ESTE INSTRUMENTO ESPECIALMENTE PARA LOS DIENTES CON BIFURCACIONES PRESENTES,DE TAL MANERA QUE LA PUNTA - AGUDA DE TRABAJO PUEDA SER ENGANCHADA DENTRO DE LA BIFURCACIÓN Y ENTONCES LOS APICES RADICULARES SON RETIRADOS-- POR ELEVACIÓN.

INSTRUMENTOS PARA EL MAXILAR SUPERIOR

FORCEPS

INCISIVO CENTRAL, LATERAL Y CANINO. -SE USA EL FÓRCEPS DISEÑADO RECTO CON UNA PARTE ACANALADA QUE EN SU PARTE ACTIVA SE ADAPTA AL CUELLO DE LOS DIENTES.

PRIMERO Y SEGUNDO PREMOLAR. -PARA EXTRAER ESTOS DIENTES, EL FÓRCEPS DISEÑADO PARA TAL OBJETO ES LIGERAMENTE CURVO EN SUS DOS PORCIONES, PARA PERMITIR ACOMODARLO CON FACILIDAD EN EL CUELLO DEL DIENTE, SALVANDO LA COMISURA BUCAL. LA PARTE ACTIVA, QUE FORMA CON LA PASIVA UN ÁNGULO OBTUSO, LOS BOCADOS EN SI SE DESPLAZAN EN FORMA DE CUCHARA PARA PERMITIR LABISIBILIDAD DEL DIENTE AL APLICARLOS A EL CUELLO EN EL ACTO QUIRÚRGICO.

PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR. -HAY DOS TIPOS DE FÓRCEPS QUE PUEDEN USARSE PARA LA EXTRACCIÓN DEL PRIMER MOLAR, EL MODELO INGLÉS Y EL MODELO AMERICANO. AMBOS TIENEN LA MISMA FINALIDAD Y SOLAMENTE DIFIEREN EN DETALLES, LO IMPORTANTE EN AMBOS MODELOS ES LA FORMA Y DISPOSICIÓN DE LOS BOCADOS, LOS CUALES DEBEN ADAPTARSE A LA FORMA DE LA PIEZA POR EXTRAER. EL MODELO INGLÉS, DEL CUAL EXISTEN DOS TIPOS, UNO DERECHO Y OTRO IZQUIERDO, ESTÁ FORMADO POR DOS PUNTAS COMUNES DE FÓRCEPS LOS QUE PRESENTAN LAS CURVATURAS NECESARIAS PARA PODER ALCANZAR COMODIDAD EN EL SITIO DONDE ESTÁ UBICADO EL MOLAR. LOS BOCADOS DE LOS FÓRCEPS SON DIFERENTES. TIENEN UN LADO INTERNO DEPUERTO EN FORMA DE CANAL PARA ACOMODARSE A LA FORMA DE LA RAÍZ PALATINA, Y UN BOCADO EXTERNO CUYA CARA QUE MIRA AL DIENTE SE ADAPTA A LA ANATOMÍA DE ESTE ÓRGANO, PERMITIÉNDOLE APLICARSE EXACTAMENTE A LA DISPOSICIÓN DE DOS RAÍCES BUCALES (MESIAL Y DISTAL). TERMINA EN-

FORMA DE PUNTA DE LANZA, LA CUÁL DEBE INGINUARSE EN EL -- ESPACIO INERRADICULAR. ESTO PUEDE SER CUMPLIDO, COMO ES MUY LÓGICO, SOLO CUANDO EL HUESO VESTIBULAR SE HAYA IMPLANTADO POR ENCIMA DE LA BIFURCACIÓN DE LAS RAÍCES, CUANDO EL HUESO NO ESTA HACIA LA APLICACIÓN DE LA FUERZA NO SE EJERCE EN EL SITIO QUE CORRESPONDE, PROVOCANDO EN MUCHAS OCASIONES LA FRACTURA DEL ÓRGANO.

POR LO CUAL ES NECESARIO EN LOS CASOS QUE ESTA CASI INDICADO ABRIRSE EL CAMINO HASTA EL PUNTO IDEAL DE APLICACIÓN DE LA PUNTA DE LANZA, REALIZANDO UNA MANIOBRA PREVIA DE - ELIMINACIÓN DEL TEJIDO ÓSEO QUE IMPIDE LA INTRODUCCIÓN DE LA PINZA (OSTEOTOMÍA).

EL MODELO AMERICANO TIENE SUS BOCADOS EN FORMA DE BAYONETA PERO DISPUESTOS DE LA MISMA MANERA QUE LOS DEL MODELO INGLÉS. ESTA FORMA DE BAYONETA NO PERMITE UN PERFECTO CONTROL DE LA FUERZA Y HAY PERDIDAS DE FUERZAS POR DESPLAZAMIENTOS DEL PUNTO DE APLICACIÓN POR FUERA DE LA LINEA DEL MANGO DE LA PINZA.

TERCER MOLAR. - PARA LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR PUEDE EMPLEARSE EL MISMO FÓRCEPS INDICADO PARA EL PRIMERO Y -- SEGUNDO MOLAR, SIN EMBARGO PREFERIMOS EL SIGUIENTE FÓRCEPS EL CUAL NOS PERMITE UN MEJOR ACCESO Y NOS FACILITA LAS - MANIOBRAS.

ESTE FÓRCEPS TIENE SUS BOCADOS DE LA MISMA FORMA, PUDIENDO POR LO TANTO USARSE DICHO INSTRUMENTO PARA AMBOS LADOS. EL FÓRCEPS ES DE FORMA DE BAYONETA, LO CUAL FACILITA LA COLOCACIÓN DEL INSTRUMENTO EN EL CUELLO DEL DIENTE, VENCIENDO LA COMISURA LABIAL Y EL LUGAR DONDE ESTA UBICADO EL ÓRGANO - A EXTRAER.

INSTRUMENTOS PARA EL MAXILAR INFERIOR

INCISIVO CENTRAL Y LATERAL. -EN EL MAXILAR INFERIOR O MANDÍBULA -- ESTAN INDICADAS LAS PINZAS CUYAS PARTES ACTIVAS Y PASIVAS FORMAN UN ÁNGULO DE GRADO DISTINTO PARA CADA INSTRUMENTO, LO CUAL PERMITE ACOMODARLA FÁCILMENTE AL CUELLO DE LOS DIENTES, LAS RAMAS QUE SE ADAPTAN A LA MANO DEL OPERADOR QUEDAN MÁS O MENOS HORIZONTALES. EL INSTRUMENTO ACTUAL DESCENDIENDO O ASCENDIENDO DESDE LA UBICACIÓN HORIZONTAL EL DIENTE SOBRE EL CUELLO ESTA APLICADO EL INSTRUMENTO, -CAMBIA SU EJE VERTICAL DESCRIBIENDO UN ARCO CUYO CENTRO ES EL APICE DENTARIO. EL FÓRCEPS PARA INCISIVOS INFERIORES SIGUE ESTOS MISMOS PRINCIPIOS. SUS BOCADOS SON FINOS PARA ADAPTARSE AL CUELLO DELGADO DE ESTOS DIENTES.

CANINOS. -SE PUEDE USAR EL FÓRCEPS DISEÑADO PARA TAL OBJETO. SU APLICACIÓN SOLO ESTÁ INDICADA EN LOS CASOS DE NORMALIDAD RADICULAR, RAÍZ CONICA Y RECTA Y RELATIVA INTEGRIDAD CORONARIA. PARA LOS CASOS QUE SE APARTAN DE ESTAS CONDICIONES, -- DEBE PRACTICARSE LA EXTRACCIÓN BAJO OTROS PRINCIPIOS --- (COLGAJOS Y CON ELEVADORES).

PRIMERO Y SEGUNDO PREMOLARES. -ESTE FÓRCEPS CON PICOS LISOS Y DELGADOS PARA FACILITAR LA APLICACIÓN DEBAJO DE LA ENCÍA, -- TAMBIÉN SE PUEDE UTILIZAR EL FÓRCEPS UNIVERSAL.

PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR. -ESTE INSTRUMENTO POSEE SUS PARTES ACTIVAS Y PASIVAS EN ÁNGULO RECTO, LA PARTE PASIVA SE ADAPTA A LA PALMA DE LA MANO DEL OPERADOR, SEGÚN YA SE HA SEÑALADO, LA PARTE ACTIVA ES DECIR, LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS ESTAN CONSTITUIDA PARA CONFORMARSE AL CUELLO DENTARIO. SUS DOS RAMAS SON IGUALES, DE TAL MANERA QUE PUEDE USARSE PARA -- LOS DOS LADOS DE LA MANDÍBULA.

CADA MONDIENTE TIENE DOS LADOS Y UN BORDE, EL LADO EXTERNO ES CONVEXO, EL LADO INTERNO ES CONCAVO, EL BORDE INFERIOR CONSTA DE DOS VERTIENTES QUE TERMINAN EN ÁNGULO AGUDO, CADA UNA DE ESTAS VERTIENTES EN FORMA DE ARCO SIRVEN PARA ADAPTARSE, EN EL ACTO DE LA PREHENSIÓN AL CUELLO DEL DIENTE, Y EL ÁNGULO AGUDO SE COLOCA EN EL ESPACIO INTERRADICULAR. AL CERRARSE LOS BOCADOS EXTERNO E INTERNO CIRCUNSCRIBEN UN ESPACIO ELÍPTICO, DENTRO DEL CUAL SE UBICA LA CORONA DENTARIA.

LOS FÓRCEPS, AL EJECUTAR LOS MOVIMIENTOS DE EXTRACCIÓN SE MUEVE DE ARRIBA A ABAJO O A LA INVERSA, DESCRIBIENDO UN ARCO CUYO CENTRO ESTA SITUADO EN EL PLANO DEL CUELLO DENTARIO.

TERCER MOLAR. - EN ESTA PIEZA SI NO ESTA ERUPCIONADA Y NO SE APRECIA LA CORONA, GENERALMENTE SE HACE CIRUGÍA DE TERCER MOLAR -- YA QUE SU POSICIÓN ES MUY COMPLICADA. PERO SI SU CORONA ES VISIBLE COMPLETAMENTE SE PUEDE UTILIZAR UN FÓRCEPS UNIVERSAL.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

ESTOS DOS CONCEPTOS FORMAN PARTE DE UN PROCEDIMIENTO FUNDAMENTAL QUE TIENE POR OBJETO PRINCIPAL PREVENIR LA INFECCIÓN POR MEDIO DE LA ESTERILIZACIÓN, ANTES DE CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y COMBATIRLA CUANDO ESTA YA HA PENETRADO EN EL ORGANISMO. Y SON LAS PARTES MÁS IMPORTANTES, YA QUE EN ESTOS FUNDAMENTOS PREVENTIVOS SE BASAN GRAN PARTE DEL ÉXITO DE CUALQUIER INTERVENCIÓN. PERO EMPEZAREMOS DEFINIENDO ESTOS TÉRMINOS.

ASEPSIA. -DEL TÉRMINO GRIEGO A-PRIVATIVO Y DEPSIA-PUTREFACCIÓN, QUE SE ENTIENDE COMO LA AUSENCIA DE INFECCIÓN O DE LOS AGENTES CAPACES DE PRODUCIRLA, Y EL MÉTODO PARA PREVENIR LAS INFECCIONES MEDIANTE LA DESTRUCCIÓN PREVIA DE TODOS LOS POSIBLES AGENTES DE CONTAMINACIÓN. TAL ES EL SISTEMA EMPLEADO ACTUALMENTE EN CIRUGÍA PARA PREVENIR LAS INFECCIONES. LA PIEL DEL ENFERMO ES DESINFECTADA EN LA FORMA MÁS PERFECTA POSIBLE Y LUEGO DURANTE LA INTERVENCIÓN TODO -- AQUELLO QUE ENTRA EN CONTACTO CON LA REGIÓN OPERATORIA-- (ROPA, GUANTES, TANTO DEL CIRUJANO COMO DE SUS AYUDANTES, COMPRESAS E INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO), SE ENCUENTRAN PERFECTAMENTE ESTERILIZADOS. LA ASEPSIA ES UN FIN QUE SE PERSIGUE O SE OBTIENE MEDIANTE LA ANTISEPSIA.

ANTISEPSIA. -DEL TÉRMINO GRIEGO ANTI-CONTRA Y SEPSIA-PUTREFACCIÓN-- Y SE REFIERE AL MÉTODO NACIDO A RAÍZ DE LOS TRABAJOS DE PASTEUR Y QUE CONSISTE EN DESTRUIR LOS AGENTES INFECCIOSOS O PONER OBSTACULO EN SU MULTIPLICACIÓN PARA PREVENIR EL DESARROLLO DE LAS ENFERMEDADES SÉPTICAS E INFECCIOSAS. AL DECIR ANTISEPSIA SE ENTIENDE COMO LA MEJOR MANERA DE PREVENIR LA INFECCIÓN POR MEDIO DE LA ESTERILIZACIÓN, LO CUAL SIGNIFICA LA ELIMINACIÓN O DESTRUCCIÓN DE TODOS LOS MICROORGANISMOS VIVIENTES, INCLUYENDO LOS VIRUS, ESPORAS Y FORMAS VEGETATIVAS. NO HAY GRADOS DE ESTERILIZACIÓN, EL TÉRMINO ES ABSOLUTO E IMPLICA LA MUERTE O PERDIDA DE CADA UNA DE LAS CÉLULAS, AUNQUE NO SIEMPRE ES POSIBLE O PRACTICABLE QUITAR TODOS LOS MICROORGANISMOS VIVIENTES DE CADA

OBJETO, COMO EJEMPLO; LA PIEL VIVA NO PUEDE SER EXPUESTA--
A AGENTES ESTERILIZANTES PERJUDICIALES Y LOS MÉTODOS PA
RA ESTERILIZAR UNA HERIDA SON DIFICULTOSAS, ENTONCES LA -
TENDENCIA GENERAL ES DESTRUIR TANTOS PATOGENOS POTENCIA-
LES COMO SEA POSIBLE Y PARA ELLO SE EMPLEAN DESINFECTAN-
TES O ANTISEPTICOS.

C A P I T U L O V I I

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DE LA EXTRACCIÓN DENTAL

LAS COMPLICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DENTAL SON MUCHAS Y MUY VARIADAS Y -
ALGUNAS PUEDEN OCURRIR AUN CUANDO SE EMPLEE MUCHO CUIDADO. OTRAS SE PUEDEN EVI--
TAR SI EL PLAN DE TRATAMIENTO DISEÑADO PARA TRATAR CON LAS DIFICULTADES DIAGNOS-
TICADAS DURANTE UN CUIDADOSO EXAMEN PREOPERATORIO. ES LEVADO A CABO POR UN OPE-
RADOR QUE SE APEGUE A PRINCIPIOS QUIRÚRGICOS CORRECTOS DURANTE LA EXTRACCIÓN.

POSIBLES COMPLICACIONES

FRACASO EN :

ASEGURAR LA ANESTESIA
EXTRAER EL DIENTE, YA SEA CON FÓRCEPS O ELEVADORES

FRACTURA DE:

CORONA DEL DIENTE AL SER EXTRAÍDA
RAÍCES DEL DIENTE AL SER EXTRAIDAS
HUESO ALVEOLAR
TUBEROSIDAD DEL MAXILAR
DIENTES ADYACENTES U OPUESTOS
MANDÍBULA

DISLOCACION DE:

DIENTES ADYACENTES
ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

DESPLAZAMIENTO DE UNA RAIZ:

DENTRO DE LOS TEJIDOS BLANDOS
DENTRO DEL SENO MAXILAR
BAJO ANESTESIA GENERAL EN EL SILLÓN DENTAL

HEMORRAGIA EXCESIVA:

DURANTE LA EXTRACCIÓN DENTAL
AL TERMINAR LA EXTRACCIÓN
POSTOPERATORIA

DAÑO A:

ENCÍAS
LABIOS
NERVIO DENTARIO INFERIOR O CUALQUIERA DE SUS RAMAS
NERVIO LINGUAL
LENGUA Y PISO DE LA BOCA

DOLOR POST-OPERATORIO DEBIDO A:

DAÑO A LOS TEJIDOS DUROS O BLANDOS
ALVEOLO SECO
OSTEOMIELITIS AGUDAS DE LA MANDÍBULA
ARTRITIS TRAUMÁTICA DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR

HINCHAZON POST-OPERATORIA DEBIDO A:

EDEMA
FORMACIÓN DE HEMATOMA
INFECCIÓN
TRISMO
LA CREACIÓN DE UNA COMUNICACIÓN BUCOANTRAL
SÍNCOPE
PARO RESPIRATORIO
PARO CARDIACO
URGENCIAS ANESTÉSICAS

EL FRACASO EN ASEGURAR LA ANESTESIA ES DEBIDO GENERALMENTE A UNA TÉCNICA DEFICIENTE O DOSIS INSUFICIENTES DEL AGENTE ANESTÉSICO. ES IMPOSIBLE EXTRAER UN DIENTE CORRECTAMENTE SI TANTO EL OPERADOR COMO EL PACIENTE NO TIENEN COMPLETA--

CONFIANZA EN LA ANESTESIA BAJO LA CUAL SE VA A REALIZAR LA OPERACIÓN.

SI UN DIENTE SE RESISTE A LA APLICACIÓN DE UNA FUERZA RAZONABLE, YA SEA - CON FÓRCEPS O CON ELEVADOR SE DEBE DEJAR EL INSTRUMENTO Y BUSCAR LA RAZÓN DE--- LA DIFICULTAD. EN MUCHOS CASOS SE HARÁ MEJOR POR DISECCIÓN.

FRACTURA DE DIENTES

ES EL ACCIDENTE MÁS FRECUENTE DE LA EXODONCIA EN EL CURSO DE LA EX- TRACCIÓN, AL APLICARSE LOS MOVIMIENTOS DE LUXACIÓN. LA CORONA O PARTE DE ESTA, PAR- TE DE LA RAÍZ SE QUIEBRAN, QUEDANDO POR LO TANTO LA PORCIÓN RADICULAR EN EL AL- VEOLO. LAS CAUSAS DE ESTE ACCIDENTE SON MÚLTIPLES, YA DIJIMOS QUE LAS FRACTURAS - ES UN ACCIDENTE EVITABLE EN UNA GRAN CANTIDAD DE LOS CASOS, EL ESTUDIO RADIOGRÁ- FICO DEL ÓRGANO DENTARIO A EXTRAERSE IMPONEN LA TÉCNICA.

SOLO EN LAS EXTRACCIONES EFECTUADAS A CIEGAS SIN EL CONOCIMIENTO DE LA - DISPOSICIÓN Y FORMA RADICULAR, O EN CASOS EXCEPCIONALES PUEDE TENER APLICACIÓN-- LA FRACTURA.

LOS ÓRGANOS DENTARIOS DEBILITADOS POR LOS PROCESOS DE CARIES O CON ANOMA- LIAS RADICULARES, NO PUEDEN RESISTIR EL ESFUERZO APLICADO SOBRE SU CORONA Y SE - QUIEBRAN EN EL PUNTO DE MENOS RESISTENCIA. LA FRACTURA ADQUIERE POR LO TANTO, LAS FORMAS MÁS DIVERSAS.

EL INCOMPLETO ESTUDIO CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO DEL DIENTE A EXTRAERSE Y --- EQUIVOCADA LA TÉCNICA QUIRÚRGICA, SE FUNDA LA CAUSA PRINCIPAL DEL ACCIDENTE QUE- CONSIDERAMOS.

PASOS A SEGUIR EN LA FRACTURA DE DIENTES:

PRODUCIDA LA FRACTURA, NUESTROS CUIDADOS DEBEN DIRIGIRSE A EXTRAER LA POR- CIÓN RADICULAR QUE QUEDA EN EL ALVEOLO. PARA ELLO SE DEBEN REALIZAR MANIOBRAS -- PREVIAS QUE SALVEN EL ERROR COMETIDO.

EXAMEN RADIOGRÁFICO.-SI LA EXTRACCIÓN FUE INTENTADA SIN EL EXAMEN RADIOGRÁFICO- PREVIO, DESPUÉS DE PRODUCIDA LA FRACTURA SE TOMARÁ UNA RADIOGRAFÍA QUE NOS INDI- CARA LA POSICIÓN, FORMA Y DISPOSICIÓN RADICULAR. NO DISPONIENDO DE RAYOS X, HABRÁ- QUE INTENTAR LA EXTRACCIÓN CON ESTE FACTOR EN CONTRA.

TRATAMIENTO DE LA FRACTURA

PREPARACIÓN DEL CAMPO OPERATORIO.-A CAUSA DEL TRAUMATISMO PRODUCIDO POR-

LA FRACTURA DEL DIENTE A EXTRAER, SE PRODUCEN DESGARRES DE LAS ENCÍAS, SE DESPLAZAN ESQUIRLAS ÓSEAS, Y SOBRE TODO EN LA BOCA DEL ALVEOLO SE SITUAN TROZOS DEL DIENTE; LA PULPA DEL ALVEOLO PUEDE QUEDAR EXPUESTA. LA ENCÍA DESGARRADA Y EL PERIOSTIO LESIONADO PRODUCEN UNA HEMORRAGIA ABUNDANTE QUE OSCURECE EL CAMPO OPERATORIO.

POR PREPARACIÓN DEL CAMPO OPERATORIO SE ENTIENDE, ELIMINAR LOS TROZOS ÓSEOS Y DENTARIOS QUE LO CUBREN. COHIBIR LA HEMORRAGIA DE LAS PARTES BLANDAS, ES DECIR, ACLARAR LA VISIÓN DEL MUÑÓN RADICULAR FRACTURADO, PARA LLEVAR CON ÉXITO LA EXTRACCIÓN. SE RETIRAN LOS FRAGMENTOS, SE LAVA LA REGIÓN CON AGUA DESTILADA O BIÉN CON SUERO FISIOLÓGICO Y SE SECA PERFECTAMENTE CON GASA PARA PRACTICAR LA HEMOSTASIS CON ADRENALINA O CON MÉTODOS ELÉCTRICOS (SE CAUTERIZAN). SIN EL REQUISITO PREVIO DE TENER UN CAMPO SECO, NO PUEDE INTENTARSE LA EXTRACCIÓN CON ÉXITO.

UNA VEZ DETENIDA LA HEMORRAGIA SE HACE LA EXTRACCIÓN DE LAS RAÍCES.

FRACTURA Y LUXACIÓN DE LOS DIENTES VECINOS

LA PRESIÓN EJERCIDA SOBRE EL FÓRCEPS O SOBRE LOS ELEVADORES PUEDE SER TRANSMITIDA A LOS DIENTES VECINOS, PROVOCANDO LA FRACTURA DE SU CORONA (DEBILITADA POR OBTURACIONES O CARIES), O LUXANDO EL DIENTE CUANDO DISPOSICIONES RADICULARES (RAÍCES FUSIONADAS) LO FACILITAN.

EL DIENTE LUXADO PUEDE SER REIMPLANTADO EN SU ALVEOLO, FIJÁNDOLO POR LOS PROCEDIMIENTOS USUALES.

FRACTURA DEL INSTRUMENTAL EMPLEADO EN EXODONCIA

NO ES EXCEPCIONAL QUE LOS FÓRCEPS O ELEVADORES SE FRACTUREN EN EL ACTO QUIRÚRGICO, CUANDO EXCESIVA FUERZA SE APLICA SOBRE ELLOS. PUEDEN ASÍ CAUSARSE LESIONES O HERIDAS EN LAS PARTES BLANDAS U ÓSEAS VECINAS (IATROGENIAS). POR EJEMPLO UN CASO EN EL CUAL AL INTENTARSE LA EXTRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR INFERIOR SE FRACTURÓ EL ELEVADOR, Y EL FRAGMENTO SE INCRUSTÓ EN EL FONDO DEL ALVEOLO, DESDE DONDE PUDO SER ELIMINADO CON UN FÓRCEPS DE KOCKER.

CONOCEMOS MUCHOS OTROS CASOS, DE MENOR IMPORTANCIA. TROZOS DE TAMAÑO VARIABLE DE FÓRCEPS, ELEVADORES, CUCARILLAS DE BLACK O FRESAS FUERON FRACTURADAS EN EL ACTO QUIRÚRGICO. ALGUNOS QUEDARON COMO CUERPOS EXTRAÑOS EN EL INTERIOR DEL HUESO, ORIGINANDO TODA UNA GAMA DE TRASTORNOS. PARA EXTRAERLOS, SE IMPONE UNA NUEVA INTERVENCIÓN SI NO ES REALIZADA EN EL ACTO DE LA EXODONCIA. TAMBIÉN PUEDEN QUEDAR EN EL ALVEOLO RESTOS DE AMALGAMAS, PROVENIENTES DE DIENTES VECINOS O DEL MISMO DIENTE.

FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR

ACCIDENTE FRECUENTE EN EL CURSO DE LA EXODONCIA. DE LA VARIEDAD DE LA ---
FRACTURA DEPENDE LA IMPORTANCIA DEL ACCIDENTE.

LA FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR NO TIENE MAYOR TRASCENDENCIA, EL TROZO DE--
HUESO SE ELIMINA CON EL ÓRGANO DENTARIO O CUEDA RELEGADO EN EL ALVEOLO. EN EL --
PRIMER CASO NO HAY CONDUCTO ESPECIAL A SEGUIR; EN EL SEGUNDO DEBE ELIMINARSE EL--
TROZO FRACTURADO, DE LO CONTRARIO EL SECUESTRO ORIGINA LOS PROCESOS INFLAMATORIOS
CONSIGUIENTES: STÍTIS, ABCESOS QUE NO TERMINAN HASTA LA EXTIRPACIÓN DEL HUESO.

EL MECANISMO DE LA FRACTURA DEL BORDE ALVEOLAR O DE TROZOS MAYORES DEL--
HUESO, RESIDE EN LA FUERZA QUE LA PIRÁMIDE RADICULAR EJERCE AL PRETENDER ABANDO--
NAR EL ALVEOLO POR UN ESPACIO MENOR QUE EL MAYOR DIAMETRO DE LA RAÍZ. EN OTRAS--
OCACIONES, LA FUERZA APLICADA SOBRE LA TABLA EXTERNA, ES MAYOR QUE SU LÍMITE DE---
ELASTICIDAD.

EL HUESO SE QUIEBRA SIGUIENDO LÍNEAS VARIADAS, EN GENERAL ES LA TABLA EX--
TERNA UN TROZO DE LA CUAL SE EXTRAE CON EL DIENTE.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD

EN LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR SOBRE TODO EN LOS RETENIDOS, Y
POR EL USO DE ELEVADORES APLICADOS POR FUERZA EXCESIVA, LA TUBEROSIDAD DEL MAXI--
LAR SUPERIOR O TAMBIÉN PARTE DE ELLA PUEDE DESPRENDERSE ACOMPAÑANDO AL MOLAR, --
EN TALES CIRCUNSTANCIAS PUEDE ABRIRSE EL SENO MAXILAR, DEJANDO UNA COMUNICACIÓN--
BUCOSINUSAL CUYA OBTURACIÓN REQUIERE UN TRATAMIENTO APROPIADO.

FRACTURA TOTAL DEL MAXILAR INFERIOR

LA FRACTURA TOTAL ES UN ACCIDENTE POSIBLE AUNQUE NO FRECUENTE, EN GENERAL
ES A NIVEL DEL TERCER MOLAR DONDE LA FRACTURA SE PRODUCE Y SE DEBE A LA APLICA--
CIÓN INCORRECTA Y FUERZA EXAGERADA EN EL INTENTO DE EXTRAER UN TERCER MOLAR RE--
TENIDO, U OTRO DIENTE RETENIDO, CON HIPERCEMENTOSIS Y DISLACERACIÓN RADICULAR.

LA DISMINUCIÓN DE LA RESISTENCIA ÓSEA DEBIDA AL GRAN ALVEOLO DEL MOLAR--
ACTUA COMO UNA CAUSA PREDISPONENTE PARA LA FRACTURA DEL MAXILAR DEL MISMO MODO--
COMO INTERVIENE DEBILITANDO AL HUESO UNA OSTEOMIELITIS O UN TUMOR QUÍSTICO (DEN--
TÍGENO, PARADENTARIO O DAMANTINOMA).

LAS AFECIONES GENERALES Y LOS ESTADOS FISIOLÓGICOS LIGADOS AL METABOLISMO DEL CALCIO, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES PARASIFILITICAS, PREDISPONEN A LOS MAXILARES, COMO OTROS HUESOS A LA FRACTURA. ES SUFICIENTE UN ESFUERZO A VECES MÍNIMO, O EL ESFUERZO DEL ACTO OPERATORIO PARA PRODUCIR LA FRACTURA DEL HUESO.

PERFORACIÓN DE LAS TABLAS VESTIBULAR Y PALATINA

EN EL CURSO DE UNA EXTRACCIÓN DE UN PREMOLAR O MOLAR SUPERIOR, UNA RAÍZ VESTIBULAR O PALATINA PUEDE ATRAVERZAR LAS TABLAS ÓSEAS, YA SEA POR UN DEBILITAMIENTO DEL HUESO A CAUSA DE UN PROCESO PREVIO O ESFUERZOS MECÁNICOS. EL CASO ES QUE LA RAÍZ, SE HAYA EN UN MOMENTO DADO DEBAJO DE LA FIBROMUCOSA, ENTRE ESTA Y EL HUESO EN CUALQUIERA DE LAS DOS CARAS, VESTIBULO O PALADAR. LA BÚSQUEDA Y EXTRACCIÓN DE TALES RAÍCES, POR VÍA ALVEOLAR, ES GENERALMENTE ENGORROSA. MÁS SENCILLO RESULTA PRACTICAR UNA PEQUEÑA INCISIÓN EN EL VESTÍBULO O EN EL PALADAR Y PREVIA SEPARACIÓN DE LOS COLGAJOS, POR ESTA VÍA SE EXTRAEN LAS RAÍCES. UN PUNTO APROXIMA LOS BORDES DE LA HERIDA.

CON RESPECTO AL MAXILAR INFERIOR TAL ACCIDENTE ES TAMBIÉN POSIBLE. AMBAS TABLAS PUEDEN SER PERFORADAS. GRANDI, RELATA UN CASO DE EXTRACCIÓN DENTARIA, EN EL CUAL UNA DE LAS RAÍCES FUGADAS DEL ALVEOLO FUE LOCALIZADA EN LAS PAREDES BLANDAS DE LA CARA INTERNA DEL MAXILAR INFERIOR. SIENDO LA CAUSA DE UNA NEURITIS TRAUMÁTICA DEL NERVIJO LINGUAL.

UN ACCIDENTE QUE HA SIDO RELATADO POR ALGUNOS AUTORES Y COMO CONSECUENCIA DE LA EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR INFERIOR, CONSISTE EN LA INTRODUCCIÓN VIOLENTA Y TRAUMÁTICA DEL MOLAR EN EL PISO DE LA BOCA UBICÁNDOSE INDISTINTAMENTE POR ARRIBA O DEBAJO DEL MUSCULO MILOHIOIDEO. LA CAUSA DE ESTE ACCIDENTE SE DEBE A LA DELGADEZ A VECES PAPIRICA, DE LA TABLA INTERNA DEL MAXILAR INFERIOR A NIVEL DEL ALVEOLO DEL TERCER MOLAR. EL ESFUERZO REALIZADO PROYECTA AL MOLAR A TRAVEZ DE ESTA TABLA Y LA UBICA EN DIFERENTES SITIOS. TALES SON LOS CASOS RELATADOS POR GIETZ, CANZANI Y SEIDIN.

PERFORACIÓN DEL PISO DEL SENJO

DURANTE LA EXTRACCIÓN DE LOS MOLARES Y PREMOLARES SUPERIORES, PUEDE ABRIRSE EL PISO DEL ANTRO; ESTA PERFORACIÓN ADQUIERE DOS FORMAS: ACCIDENTAL O INSTRUMENTAL. EN EL PRIMER CASO Y POR RAZONES ANATÓMICAS DE VEICINDAD DEL MOLAR CON EL PISO DEL SENJO, AL EFECTUARSE LA EXTRACCIÓN QUEDA INSTALADA LA COMUNICACIÓN. INME-

DIATAMENTE SE ADVIERTE EL ACCIDENTE, PORQUE EL AGUA PASA POR EL SEÑO Y SALE POR LA NARIZ.

EN OTROS CASOS, LOS INSTRUMENTOS DE EXODONCIA, CUCHARILLAS, ELEVADORES PUEDEN PERFORAR EL PISO SINUSAL ADELGAZADO, DESGARRAR LA MUCOSA ANTRAL ESTABLECIÉNDOSE POR ESTE PROCEDIMIENTO UNA COMUNICACIÓN, O ES UNA RAÍZ LA QUE PERFORA EL SEÑO AL INTENTARSE SU EXTRACCIÓN.

TRATAMIENTO DE LA COMUNICACIÓN OPERATORIA

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS CUANDO LA PERFORACIÓN OBEDECE A RAZONES ANATÓMICAS O ES REALIZADA POR INSTRUMENTOS, EL COAGULO SE ENCARGA DE OBTURAR LA COMUNICACIÓN, BASTA EN TALES CASOS UNA TORUNDA DE GASA QUE FAVOREZCA LA HEMOSTASIS O UN PUNTO DE SUTURA QUE ACERCANDO LOS BORDES ESTABLECE MEJORES CONDICIONES PARA LA CONTENCIÓN DEL COAGULO.

ALGUNAS VECES EL COAGULO DE MODO ESPECIAL EN ALVEOLOS GRANDES Y QUE HAN SIDO TRAUMATIZADOS, SE RETRAE Y SE DESPRENDE, EL VALOR DEL COAGULO COMO ELEMENTO OBTURADOR EN ESAS CONDICIONES ES NULO, ES PRECISO EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS REALIZAR UNA PEQUEÑA PLÁSTICA PARA REINTEGRAR LA DISPOSICIÓN NORMAL.

LUXACIÓN DEL MAXILAR INFERIOR

CONSISTE EN LA SALIDA DEL CÓNDILO DEL MAXILAR DE SU CAVIDAD GLENOIDEA. ACCIDENTE RARO, SE PRODUCE EN OCASIÓN DE LAS EXTRACCIONES DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES EN OPERACIONES LARGAS Y FATIGANTES, PUEDE SER UNILATERAL O BILATERAL. EL MAXILAR LUXADO PUEDE VOLVER A SER UBICADO EN SU SITIO.

POR UNA MANIOBRA QUE MENCIONAN TODOS LOS TEXTOS RELACIONADOS CON ESTE PROBLEMA, SE COLOCAN LOS DEDOS PULGARES DE AMBAS MANOS SOBRE LA ARCADA DENTARIA DEL MAXILAR INFERIOR, LOS RESTANTES DEDOS SOSTIENEN EL MAXILAR, SE IMPRIMEN FUERTEMENTE A ESTE HUESO DOS MOVIMIENTOS DE CUYA COMBINACIÓN SE OBTIENE LA RESTITUCIÓN DE LAS NORMALES RELACIONES DEL MAXILAR UN MOVIMIENTO HACIA ABAJO Y OTRO HACIA ARRIBA Y ATRAS, REDUCIDA LA LUXACIÓN PUEDE CONTINUARSE LA OPERACIÓN.

LESIÓN DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS

DESGARRES DE LA MUCOSA GINGIVAL, LENGUA, CARRILLOS, LABIOS, ETC.

ACCIDENTE POSIBLE PERO NO FRECUENTE, SE PRODUCE AL ACTUAR CON BRUSQUEDAD SIN MEDIDA Y SIN CRITERIO QUIRÚRGICO.

CON TODO,ALGUNAS VECES PUEDEN DESLIZARSE LOS INSTRUMENTOS DE LA MANO DEL OPERADOR (DESPUÉS DE EXTRACCIONES LABORIOSAS Y FATIGOSAS)Y HERIR LA ENCÍA O LAS PARTES BLANDAS VECINAS,LUEGO DE TERMINAR LA EXTRACCIÓN.LAS PARTES DESGARRADAS-- SERAN CUIDADOSAMENTE UNIDAS POR PUNTOS DE SUTURA.

HERIDAS DE LOS LABIOS POR MORDEDURAS CON LOS FÓRCEPS, LESIONES TRAUMÁTICAS DE LA COMISURA QUE SE CONTINUAN CON HERPES UBICADOS EN ESA REGIÓN.SON FRECUENTES EN EL CURSO DE LAS EXTRACCIONES LABORIOSAS DEL TERCER MOLAR INFERIOR.

ALVEOLITIS

LA ALVEOLITIS,ES DECIR LA INFECCIÓN PÚTRIDA DEL ALVEOLO DENTARIO DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN,ES UNA COMPLICACIÓN FRECUENTE.LA MÁS MOLESTA Y ENGORROSA DE LA EXODONCIA.PARA SU PRODUCCIÓN INTERVIENEN DIVERSOS FACTORES,LA CONJUNCIÓN DE ALGUNO DE ELLOS DESATAN ESTA AFECCIÓN QUE EN MUCHAS OPORTUNIDADES ADQUIERE CARACTERES ALARMANTES POR LA INTENSIDAD DE SUS SÍNTOMAS.

CABANNE,CONSIDERA CONSIDERA QUE ESTE PROCESO SE PRESENTA DE MANERAS DIVERSAS.

- A) FORMA PARTE DEL CORTEJO DE INFLAMACIONES ÓSEAS MÁS EXTENDIDAS,OSTEÍTIS,PERIO₂ TÍTIS.FLEMORES RERIMAXILARES,ETC.
- B) PREDOMINIO ALVEOLAR,CON UN ALVEOLO FUNGOSO,SANGRANTE Y DOLOROSO,ALVEOLITIS - PLASTICA.
- C) ALVEOLITIS SECA.ALVEOLO ABIERTO SIN COAGULO,PAREDES ÓSEAS EXPUESTAS DOLOROSO-TAMBIÉN SOBRE TODO,EN LOS BORDES.

EN EL PRIMER TIPO,LA LESIÓN ALVEOLAR FORMA PARTE DE UNA GRAN LESIÓN INFLAMATORIA,A VECES SERIA PORQUE SU EXTENCIÓN LLEGA A DESBORDAR LOS LIMITES DE LA ODONTOLOGÍA.

SI EMBARGO ES NECESARIO HACER NOTAR QUE EXISTE DENTRO DEL CONJUNTO DE LESIONES,LA POSIBILIDAD DE LOS CASOS SIGUIENTES DE ALVEOLITIS.

EN EL CASO "B" SE TRATA EN GENERAL DE REACCIONES ANTE CUERPOS EXTRAÑOS,- SOBRE TODO ESQUIRLAS ÓSEAS Y A VECES ESQUIRLAS DENTARIAS DE DIENTES FRACTURADOS.

GENRALMENTE DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN LABORIOSA,SIN LESIÓN PREVIA ALVEOLAR Y CON MÁS RAZÓN SI LA HUBO,SE NOS PRESFNTA UNA LESIÓN EN QUE POR FALTA INMEDIATA O POR DESAPARICIÓN PREMATURA DEL CÓAGULO,EL ALVEOLO ABIERTO QUEDA EN COMUNICACIÓN CON LA CAVIDAD BUCAL,CON SUS PAREDES ÓSEAS DESNUDAS Y SUS BORDES--

GINGIVALES SEPARADOS. LAS PAREDES ÓSEAS TIENEN UN COLOR GRISACEO PARECEN DE PIEDRA PÓMEZ, NO SE VEN LOS PUNTOS ROJOS DEL TEJIDO ALVEOLAR. LAS AUREOLAS PARECEN - DESABITADAS. SIN EMBARGO, NO SE FORMA SECUESTRO Y PASAN 8, 15, 20 O MÁS DÍAS ANTES- DE QUE EL PROCESO CICATRIZAL SE REVELE Y DURANTE ESE TIEMPO EL SÍNTOMA DE DOLOR ACOMPAÑA LA LESIÓN CON UNA TENASIDAD CONTÍNUA.

TRATAMIENTO DE LA ALVEOLITIS

MÚLTIPLES TRATAMIENTOS SE HAN PROPUESTO PARA LA ALVEOLITIS. LA PRIMERA PRE-OCUPACIÓN DEL PROFESIONAL DEBE SER CALMAR EL DOLOR.

LOS MEDICAMENTOS GENERALES ANTIALERGICOS SON DE POBRE VALOR TERAPÉUTICO. EL EXITO ESTA EN LA MEDICACIÓN LOCAL, ESTA SE CONCRETA EN LOS SIGUIENTES PASOS:

- A) EXAMEN 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 QUE YA HAN SIDO SEÑALADOS. PARA LA SECUESTROMÍA, - EN AUSENCIA DE CUERPOS EXYRAÑOS PROCEDEMOS A TRATAR LA ALVEOLITIS.
- B) LAVAJE DE LA CAVIDAD CON UN CHORRO DE SUERO FISIOLÓGICO CALIENTE. ÉSTA MANI- OBRA DEBE REALIZARSE CON ABUNDANTE CANTIDAD DE SUERO, ES NECESARIO LAVAR EL ALVEOLO CON EL CONTENIDO DE UN VASO DE SGUA COMÚN. ÉSTE LAVAJE QUE TIENE POR OBJETO RETIRAR LAS POSIBLES ESQUIRILAS, RESTOS DE COAGULO, FUNGOSIDADES Y DE-- TRITUS, DEBE SER REALIZADO CON SUMA DELICADEZA PUES EL ALVEOLO ESTA EXTRAOR- DINARIAMENTE SENSIBLE Y LA COLUMNA DE AGUA PROYECTADA CON FUERZA SUELE SER INSOPORTABLE.
- C) LAVAJE CON UNA SOLUCIÓN CALIENTE DE ÁCIDO FÉNICO AL 1% (TAMBIÉN EL CONTE-- NIDO APROXIMADO DE UN VASO DE AGUA COMÚN).
- D) SUAVE SECAMIENTO DE LA CAVIDAD CON GASA ESTERILIZADA. SE COLOCAN ROLLOS DE - ALGODON Y EYECTOR DE SALIVA PARA AISLAR EL CAMPO OPERATORIO (ESTA MANIOBRA- ES IMPRESINDIBLE; LA SALIVA ADEMÁS DE DILUIR LOS MEDICAMENTOS INFECTA EL -- ALVEOLO).
- E) SE INTRODUCE EN LA CAVIDAD ALVEOLAR UNA NECHA DE GASA DE LICOR DE BONAIN * CON PANTOCAÍNA O CON LA FORMULA DE VANDER GHINST **, SE DEJA EL MEDICAMENTO DE 3 A 5 MINUTOS.

F) SE SECA LA CAVIDAD ALVEOLAR CON GASA Y SE COLOCA UNA MECHA CON ALVEOLINA -
CON LA FORMULA DE CABANNE O CON CEMENTO QUIRURGICO (POLVO Y LIQUIDO, O LI-
QUIDO SOLO), ESTA GASA COMO MEDICAMENTO SE RENUEVA A LAS 12 HRS. EN LAS CAVI-
DADES BIALVEOLARES SE UBICARA UNA MECHA EN CADA ALVEOLO.

EL CEMENTO QUIRURGICO PUEDE DEJARSE VARIOS DIAS. EN CURAS SUCEVAS SE VA
ESPACIANDO EL TIEMPO ENTRE CADA CURACION, HASTA QUE EL ALVEOLO EMPIEZA A GRA-
NULAR Y SANGRAR.

* LICOR DE BONAIN

FENOL.....AA
MENTOL..... 1 G.
COCAINA

** LICOR DE VAN DER GHINST

PANTOCAINA AA
MENTOL 4 G.
CLOROFORMO 0.50 G.

FENOL AA
ALCANFOR 2G.
ANTIPIRINA
EPHEDROIDINA BERAL..... 0.10 G.

(LA EPHEOIDINA PUEDE SUSTIRUIRSE POR CUALQUIER EFEDRINA)

C O N C L U S I O N E S

LA REALIZACIÓN DE ESTA TESIS ESTA BASADA EN LAS INQUIETUDES QUE SURGIERON EN MI DURANTE LA CARRERA, EL EL SERVICIO SOCIAL Y EN LA PRÁCTICA PRIVADA.

DE ACUERDO A LO EXPUESTO EN ELLA LLEGUE A LAS SIGUIENTES CONCLUSIONES:

LA ANESTESIA ES UNA MATERIA BASICA EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA Y ES --
SUMAMENTE IMPORTANTE COMO COADYUVANTE EN EL TRATAMIENTO DE MUCHAS DE LAS RA--
MAS DE LA ODONTOLOGÍA Y EN ESPECIAL NOS REFERIMOS A LA EXODONCIA.

SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, PUES NO SIEMPRE SE CUENTA CON EL MATERIAL NECESARIO O EL PACIENTE NO SE ENCUENTRA EN CONDICIONES DE QUE LE SEA APLICADO ALGÚN TIPO DE DROGA, DEBERIAMOS EMPLEARLA, ASÍ PODREMOS ATENDER AL PACIENTE CON--
TRANQUILIDAD Y OBTENDREMOS SU COOPERACIÓN EN CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRURGICA.

CUALQUIER ACCIDENTE QUE SE PRESENTARA EN EL USO DE ALGÚN ANESTÉSICO O --
EN EL MOMENTO DE ESTAR REALIZANDO UNA EXODONCIA, DEBERA SER ESTUDIADO CON SERENIDAD Y TRANQUILIDAD, PARA PODERLO RESOLVER SATISFACTORIAMENTE Y NUNCA NUESTRO NERVIOSISMO O LA DESESPERACIÓN DEBE ARRASTRARNOS A PERDER EL CONTROL DE ESA--
SITUACIÓN, PUES LO UNICO QUE OCASIONARIA ESTO ES QUE HICIERAMOS LO INCORRECTO Y EL PERJUDICADO SERIA EL PACIENTE QUE SUFRIRIA LAS CONSECUENCIAS DE NUESTRA--
INEPTITUD.

LA RESPONSABILIDAD QUE IMPLICA EL MANEJO DE UN FARMACO ES MUY GRANDE --
POR LO CUAL LLEVAREMOS A CABO LA ANESTESIA ESTANDO SEGUROS DE NUESTROS CONO--
CIMIENTOS.

ASÍ COMO EN EXODONCIA SE DEBE TENER CONOCIMIENTO DE ANATOMIA DE LA RE--
GIÓN, INSTRUMENTAL Y TÉCNICA A SEGUIR PARA PODER REALIZAR UNA INTERVENCIÓN ---
QUIRURGICA.

LA ANESTESIA ES UNA VALIOSA ARMA EN LA SUPRESIÓN DEL DOLOR EN EXODON--
CIA, PERO PUEDE CONVERTIRSE EN UN ARMA MORTAL SI NO SE CONSIDERAN TODOS LOS --
FACTORES QUE INTERVIENEN AL APLICARLA.

ES IMPORTANTE EN LA FORMACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA, INCREMENTAR SU INTERÉS EN EL ESTUDIO DE ESTAS MATERIAS AUNQUE NO SEAN DE SU AGRADO, SON PRIMORDIALES EN ALGUNOS DE LOS TRATAMIENTOS.

ES MUY VALIOSO PARA LOS ESTUDIANTES LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE LOS CONOCIMIENTOS DE LAS MATERIAS EN LA CLÍNICA, YA QUE PERMITIRA UN MEJOR DOMINIO DE ELLAS.

ASÍ PUES, INCITO A LOS FUTUROS COLEGAS PARA APROVECHAR Y ASIMILEN LO MEJOR QUE PUEDAN LOS CONOCIMIENTOS IMPARTIDOS POR NUESTROS PROFESORES, YA QUE ESTOS SON MUY VALIOSOS PARA NUESTRA FORMACIÓN PROFESIONAL, DE ESTA FORMA Y TENIENDO LAS ARMAS NECESARIAS SEREMOS CAPACES DE TENER ASEGURADA NUESTRA SUPERACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL, ASÍ COMO LA SATISFACCIÓN DE NUESTROS PADRES.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- CIRUGIA DUCAL
GUILLERMO A. RIES CENTENO
EDITORIAL EL ATENEO

- 2.- ANESTESIA ODONTOLÓGICA
DR. NIELS BJORN JORGEN
DR. JESS HAYDEN, JR.
EDICION 1970
EDITORIAL INTERAMERICANA

- 3.- MANUAL ILUSTRADO DE ANESTESIA LOCAL
NORMAN ERICSSON
EDITADO POR ASSTRA, SUECIA

- 4.- LA ANESTESIA EN CIRUGIA DENTAL
V. MEAD STERLING
2A. EDICION, 1957
UNION TOPOGRAFICA, ED. HISPANO AMERICA

- 5.- ANESTESIA EN ODONTOLOGIA
HARRY ARCHER W.
EDICION 1955
EDITORIAL MUNDI, BUENOS AIRES

- 6.- MANUAL DE EXTRACCIONES DENTALES
F. COLEMAN
EDICION 1978
EDITORIAL PUBUL, BARCELONA

- 7.- EXODONCIA
ADOLPH BERGER
EDICION 1934
EDITORIAL LABOR

- 8.- LA EXTRACCION DENTARIA
DR. ANGEL P. ALVAREZ
EDITORIAL MUNDI. BUENOS AIRES

- 9.- LA EXTRACCION DENTAL
GEOFFREY L. HOWE--
EDITORIAL MANUAL MODERNO
EDICION 1979

- 10.- FARMACOLOGIA, ANALGESIA, TECNICAS DE ESTERILIZACION Y CIRUGIA BUCAL
EN LA PRACTICA DENTAL.
DR. MARTIN J. DUNN-MARIE CLANCY
DR. DONALD F. BOOTH
EDITORIAL MANUAL MODERNO
EDICION 1980