

300
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**LA EXODONCIA EN EL CONSULTORIO
DENTAL**

Dr. y autorizo
Carlotita

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

CARLOTA MOYEDA MONTES

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 D I C E

INTRODUCCION

PAGINAS

C A P I T U L O S

I.- HISTORIA DE LA EXODONCIA

1.1.	GENERALIDADES.....	1
1.1.1.	EVOLUCION DE LA EXTRACCION DENTARIA.....	1
1.2.	TERMINOLOGIA.....	4
1.2.1.	EXODONCIA.....	4
1.2.2.	EXTRACCION DENTAL.....	5
1.2.3.	SINDESMOTOMIA O DESBRIDACION.....	5
1.2.4.	ANQUILOSIS.....	6

II.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES LOCALES Y GENERALES - DE LAS EXTRACCIONES DENTALES

2.1.	LOCALES.....	9
2.1.1.	DIENTES CARIADOS.....	9
2.1.2.	DIENTES FRACTURADOS.....	9
2.1.3.	DIENTES MOVILES.....	9
2.1.4.	DIENTES ECTOPICOS.....	9
2.1.5.	DIENTES TEMPORALES.....	10
2.1.6.	DIENTES CON PROBLEMAS ENDODONTICOS.....	10
2.1.7.	DIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA.....	10
2.1.8.	DIENTES SUPERNUMERARIOS.....	11
2.1.9.	DIENTES CON PROBLEMAS QUISTICOS.....	11
2.1.10.	DIENTES AISLADOS.....	11
2.1.11.	DIENTES AVULSIONADOS O HIPERERUPCIONADOS QUE TRAUMATIZAN LOS TEJIDOS ANTAGONISTAS.....	12
2.1.12.	DIENTES CON ENFERMEDAD PARODONTAL AVANZADA.....	12
2.1.13.	DIENTES COLOCADOS EN UNA LINEA DE FRACTURA.....	12

2.2.	GENERALES	
2.1.1	PROBLEMAS CARDIOVASCULARES.....	13
2.2.2	PADECIMIENTOS NERVIOSOS.....	14
2.2.3	ANEMIA.....	15
2.2.4.	HEMOFILIA.....	15
2.2.5	DIABETES.....	15
2.2.6	LEUCEMIA.....	16
2.2.7	RENALES.....	16
2.2.8	ABSCESO AGUDO CONSECUENCIA DE CELULITIS....	16
2.2.9	PERICORONITIS.....	17
2.2.10	INFECCION DE VINCENT.....	17
2.2.11	TUMORES MALIGNOS.....	17
2.2.12	DIENTES QUE HAN PERMANECIDO EN UNA REGION CSEA SOMETIDA A RADIACION.....	18
2.2.13	HIPERTIROIDISMO O TIROTOXICOSIS.....	19

III.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA

3.1.	ASEPSIA Y ANTISEPSIA.....	22
3.1.1	PACIENTE.....	22
3.1.2	OPERADOR.....	22
3.1.3.	INSTRUMENTAL.....	23
3.2	TECNICAS DE ESTERILIZACION.....	24
3,2,1	FISICOS.....	24
3.2.1.1	CALOR SECO.....	24
3.2.1.2	CALOR HUMEDO.....	25
3.2.1.3	EBULLICION.....	26
3,2,1,4	SECADO DE LA CARGA.....	26
3.2.2.	QUIMICOS.....	27
3.2.2.1	COMPROBACION DE LA ESTERILIDAD.....	28
3.2.2.2	ESTERILIZACION POR ENERGIA RADIANTE.....	28
3.2.2.3	METODOS QUIMICOS DE DESINFECCION.....	29
3.2.2.4	FACTORES QUE MODIFICAN LA ACCION DESINFECTAN- TE.....	29
3.2.2.5	EMPLEO DE DESINFECTANTE.....	30

IV.- INSTRUMENTAL

4.1.	DESCRIPCION.....	32
4.1.1.	CARACTERISTICAS.....	32
4.2.	MANEJO.....	33
4.1.2.1	MANEJO DE LOS BOTADORES.....	45
4.3.	FORCEPS.....	34
4.1.3.1	TECNICA O TOMA DEL FORCEPS.....	43
4.4.	ELEVADORES.....	43
4.1.4.1	ELEVADOR RECTO.....	44
4.1.4.2	ELEVADOR DE BANDERA.....	45
4.4.3	ELEVADORES O BOTADORES APICALES.....	46
4.5.	COMPLEMENTARIOS.....	46
4.5.1	INSTRUMENTAL PARA SECCIONAR TEJIDOS BLANDOS	47
4.5.2	RETRACTOR DE TEJIDOS.....	47
4.5.3	ALVEOLO TOMO.....	47
4.5.4	LIMAS PARA HUESO.....	48
4.5.5.	LEGRAS.....	48
4.5.6	CURETAS O CUCHARILLAS.....	49
4.5.7	FRESAS QUIRURGICAS.....	49
4.5.8	AGUJAS.....	50
4.5.9	PORTA AGUJAS.....	50
4.5.10	TIJERAS.....	50

V.- TIEMPOS Y POSICIONES EN LA EXTRACCION DENTAL

5.1.	POR MEDIO DE FORCEPS.....	51
5.1.1.	PREHENSION.....	51
5.1.2.	LUXACION.....	51
5.1.3.	TRACCION O EXTRACCION.....	52
TIEMPO DE EXTRACCION CON ELEVADOR		
5.2.	APLICACION.....	53
5.2.2.	LUXACION.....	54
5.2.3.	EXTRACCION, AVULSION O ELEVACION.....	54
5.3.	POR DISECCION.....	54

5.3.1	ODONTOSECCION.....	54
5.3.2.	POR COLGAJO.....	55
5.4.	POSICIONES.....	56
5.4.1	PACIENTE.....	57
5.4.2	OPERADOR.....	57
5.4.3.	MANOS.....	58

VI.- ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DENTAL

6.1.	INMEDIATOS.....	61
6.1.1	LUXACION DE DIENTES VECINOS.....	61
6.1.2.	FRACTURA DEL INSTRUMENTAL.....	61
6.1.3.	FRACTURA RADICULAR.....	62
6.1.4.	FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR.....	62
6.1.5.	FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.....	64
6.1.6.	LUXACION DE LA MANDIBULA.....	65
6.1.7.	FRACTURA DE LA MANDIBULA.....	66
6.1.8.	LECCION DEL SENOS MAXILAR.....	68
6.1.9.	PENETRACION DE UNA RAIZ EN EL SENOS MAXILAR.....	68
6.1.10	LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS.....	70
6.1.11	PARALISIS FACIAL.....	71
6.1.12.1	LESION DE LAS PARTES BLANDAS.....	75
6.1.12.2	CODUCCION O HERIDA DE LOS LABIOS, CARRILLOS, PISO DE BOCA, BOVEDA PALATINA Y LENGUA.....	75
6.1.12.3	ENCIA.....	76
6.1.12.4	LABIO INFERIOR.....	76
6.1.12.5	NERVIO DENTARIO INFERIOR.....	76
6.1.12.6	NERVIO LINGUAL.....	76
6.1.12.7	LENGUA Y PISO DE LA BOCA.....	77
6.1.13	HEMORRAGIA.....	77
6.1.14	SHOCK.....	78
6.1.15	LIPOTIMIA.....	79
6.1.16	EDEMA ANGIONEUROTICO.....	80
6.2.	MEDIATOS.....	81
6.2.1.	ALVEOLITIS U OSTERITIS ALVEOLAR.....	81

6.2.2	HEMORRAGIA.....	82
6.2.3	HEMATOMA.....	82
6.2.4.	OSTEOMIELITIS.....	83
6.2.5.	ENFISEMA.....	83

VII.- CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS

7.1.	METODOS DE DIAGNOSTICO.....	85
7.1.1.	RADIOLOGIA.....	85
7.1.2.	LABORATORIO.....	89
7.2.	FARMACOS.....	89
7.2.1.	ANALGESICOS.....	89
7.2.1.1.	ANALGESICOS LEVES.....	90
7.2.1.2.	ANALGESICOS MODERADOS.....	91
7.2.1.3.	ANALGESICOS POTENTES.....	93
7.2.2	ANTIBIOTICOS.....	95
7.2.3.	ANTIINFLAMATORIOS.....	101
7.3.	CONDUCTA A SEGUIR EN EL POSTOPERATORIO.....	109
7.3.1.	ALVEOLO.....	113
7.3.2.	CUAGULO.....	114
7.3.3.	RAICES.....	114

CONCLUSIONES	117
--------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	119
--------------------	-----

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

Esta tesis tiene como objetivo principal tratar de contribuir, de una manera clara y sencilla, a resolver mediante técnicas, instrumentación y procedimientos, los problemas a los que el C.D. se enfrenta, al realizar una de las intervenciones quirúrgicas más elementales y frecuentes en el Consultorio Dental "LA EXODONCIA".

Si bien sabemos que existe una gran variedad de fórceps y elevadores, que tienen como finalidad facilitar el grado de dificultad que se presenta al realizar una extracción dental existen pues otros factores que impiden o complican la adecuada realización de "LA EXODONCIA". Estos factores puede observarlos durante la práctica escolar y se deben a razones como:

- Posición Inadecuada e Incomoda
- Carencia de Presición
- Trabajo a Ciegas
- Iluminación Incorrecta
- Obstrucción Visual
- Campo quirúrgico anegado por la saliva y/o la hemorragia

Haciendo hincapié en el desconocimiento de la técnica correcta para "LA EXODONCIA" en general y de las indicaciones precisas en el uso del Instrumental.

Otra cuestión, sobre la que nunca se ha insistido, es la que concierne a la fuerza que debe aplicarse durante "LA EXODONCIA"; la avulsión o luxación de cualquier pieza dental, no importando el instrumento a utilizar, debe realizarse con "extrema suavidad" más no con "Inusitada Violencia", ya que no se trata de vencer la resistencia ósea, sino de manipularla.

Este trabajo consta de siete capítulos que abarcan:

- 1.- Una breve historia de "LA EXODONCIA" hasta nuestros días.
- 2.- Las indicaciones y contraindicaciones de una extracción.
- 3.- La asepsia y la antisepsia.
- 4.- Instrumental.
- 5.- Tiempos y posiciones para la extracción dental.
- 6.- Los problemas y accidentes al realizar la extracción.
- 7.- Los cuidados pre y post-operatorios

Pues bien el desarrollo de esta tesis ha sido posible gracias a la transmisión de conocimientos de mis profesores, a la investigación en textos Odontológicos y a la práctica escolar adquirida, así mismo agradezco a mis profesores los conocimientos considerando con ello que nunca podré retribuirselos adecuadamente. Esperando que este trabajo sea de utilidad para el estudiante de Odontología en un terreno tan importante como es "LA EXODONCIA", por la manera en que repercute en la salud dental y general de los pacientes.

CAPITULO I

HISTORIA DE LA EXODONCIA

S U M A R I O

- 1.1. GENERALIDADES
- 1.1.1. DESCRIBIR LA EVOLUCION DE LA EXTRACCION DENTARIA, DESDE SUS INICIOS HASTA NUESTROS DIAS.
- 1.2. TERMINOLOGIA
- 1.2.1. EXODONCIA
- 1.2.2. EXTRACCION DENTAL
- 1.2.3. SINDESMOTOMIA O DESBRIDACION
- 1.2.4. ANQUILOSIS

DEFINICION E HISTORIA DE LA EXODONCIA

1.1. GENERALIDADES.

HIPOCRATES Y CELSO (ROMANO). (468 AÑOS A.C.)

En la antigüedad ellos practicaban la extracción tanto en dientes móviles como en enfermos.

En el Siglo XII Esculapio, médico griego; fué el inventor de los primeros instrumentos confeccionados para la Extracción Dentaria, a los que denomino con el nombre de "Odontógogos y Visagras". Los Odontógogos se utilizaban para hacer las extracciones de los dientes completos. Las Visagras se empleaban para hacer las extracciones de raíces y dientes fracturados.

Estos instrumentos se han ido perfeccionando hasta llegar a los fórceps y elevadores actuales.

PABLO DE E. GINO. (600 AÑOS A.C.)

Fué el primero que formuló algunas de las reglas para efectuar la Extracción Dental. En sus escritos aconsejaban que antes de extraer un diente, se debería desprender la encía lo más profundo que fuera posible con relación al revorde alvéolar. Tomando el diente para hacer la extracción con una pinza denominada - - acentabolos.

GAX DE CHAWLLIAC. (1293 - 1368)

Eminente francés, aceptaba que las afecciones dentarias eran atendidas por barberos, a los que en esa época se les conocía con el nombre de "Destatores", y aunque reconocían dicha especialidad sostenían que para mayor seguridad las operaciones dentarias (Extracciones) deberían estar bajo vigilancia de los doctores.

AMBROSIO PARE. (1517 - 1542)

El hablaba de la Odontología; como el peor dolor que puede soportar el ser humano y decía que cuando un diente con caries producía demasiado dolor el cual no podía ser calmado de ninguna forma, debería ser cauterizado o en el último de los casos debería ser extraído. Al referirse a la técnica, él decía que había que sentar al paciente lo más abajo posible, y en ocasiones cuando así fuera necesario había que colocar la cabeza del paciente entre las piernas del operador

Después de haber descarnado el diente y de ser posible movilizarlo.

Así se le expulsaba del alvéolo con un botador. El Dr. Ambrosio también contribuyó a enriquecer el instrumental Odontológico, con aparatos como el; abrebo-cas, el gatillo y el pelicano.

PIERRE FAUCHARD. (1670 - 1761)

En su libro "Le chiwgien Dentiste", hace mención a la Anatomía Dental, y Alvéolor, y a la vez desmentía el hecho de no poder realizar extracciones en las mujeres durante el embarazo, y la lactancia. Su obra estaba

tan completa que los Médico, Cirujanos y Anatómistas, de entonces manifestaron gran admiración por ella, - considerandolo con ello como el padre de la Odontología.

PIERRE DIONES.

En el Siglo XII, describe por medio de dibujos los - instrumentos necesarios para la Exodoncia, y entre - ellos menciona; la pinza de tipo cuervo, y el pelicano, el tiradientes y los elevadores.

GARENGEW. (1740)

Inventó el instrumento el cual lleva su nombre y que deriva del pelicano, a éste instrumento se le llamó - también llave inglesa, porque vino de Inglaterra, posteriormente con ligeras modificaciones ésta llave que - do como el instrumento predilecto de los Cirujanos - Dentistas.

THOMES. (1854)

Ideó y fabricó el fórceps anatómico, designando con - modelos especiales la forma y tamaño para cada diente en particular, tomando en cuenta la colocación de estos dentro de la cavidad oral. Siendo los fórceps un instrumento de acero destinado a la extracción - de los órganos dentarios, ha ido sufriendo una serie -

de modificaciones hasta nuestros días.

1.2. TERMINOLOGIA

1.2.1. EXODONCIA:

El término de exodoncia fué introducción al lenguaje médico por el DR. WINTER, que basandose en las raíces griegas significa:

" EXO = FUERA ODNOS = DIENTE "

por lo tanto el DR. WINTER le dió la siguiente definición.

EXODONCIA: Es la rama de la Odontología General, que se encarga de la avulsión o extracción de los órganos dentarios.

El término Avulsión que proviene del latín significa: "ARRANCAR, AVULSIO, AVULSIONIS, Y AVELLARE"

EXODONCIA: Es el acto quirúrgico que se realiza por la eliminación o avulsión del alvéolo, de toda aquella pieza dentaria que por diferentes índoles requiere ser retirada del arco dentario y se deberá realizar como último recurso, cuando ya no se pueda conservar en el arco dentario por medios preservativos como son los tratamientos endodónticos.

EXTRACCION: Proviene de la raíz latina "EXTRAQUI" - que significa sacar. En Odontología ambos términos se emplean para referirse al conjunto de procedimientos quirúrgicos que tienen por objeto, desalojar de - sus alvéolos a las raíces de los órganos dentarios.

1.2.2. EXTRACCION DENTAL:

La extracción dental ideal es la extirpación total - del diente sin causar dolor, o de la raíz, con el mínimo daño de los tejidos circundantes, sin complicaciones.

1.2.3. SINDESMOTOMIA:

Del griego Syndesmos, ligamento y tome Incisión.
" Incisión de uno o de los ligamentos de una articulación".

DESBRIDACION: Desbridamiento (del gr bryterbrida) - operación que consiste en agrandar un orificio, natural o artificial, en abrir un absceso profundo subapogeo neurótico, con el fin de dar al pus, o de seccionar - las bridas de formación patológica.

Es el proceso o acto de desprender, o separar la mucosa de la encía con el fin de tener una mejor visibilidad del campo operatorio, así como de facilitarnos la

colocación de los bocados del fórceps en el cuello cervical del diente a extraer.

La sindesmotomía la podemos realizar con pinzas de curación cerrando las puntas de las mismas y haciendo movimientos rotatorios, igualmente podemos utilizar el bisturí, así como el botador que nos sirven para el mismo fin, colocamos su cara inferior la cual es concava entre el diente a extraer y la cara convexa entre la mucosa por desprender. Otro instrumento que nos es útil es la espatula 7A, con la cual vamos a desprender la papila. Posteriormente se realizan movimientos rotatorios hacia la superficie vestibular y en ocasiones hacia lingual o palatino, dicha espatula tiene un extremo en forma de cucharilla, su parte concava se coloca hacia el diente por extraer, y la parte convexa hacia la mucosa por desprender.

1.2.4. ANQUILOSIS:

Del griego Ankylosis, de Ankyloo, anudar, adherir. Abolición de los Movimientos de una articulación a consecuencia de soldadura normal de las superficies óseas.

CAPITULO II

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES, LOCALES Y GENERALES DE LAS EXTRAC- CIONES DENTALES.

S U M A R I O

- 2.1. LOCALES
 - 2.1.1. DIENTES CARIADOS
 - 2.1.2. DIENTES FRACTURADOS
 - 2.1.3. DIENTES MOVILES
 - 2.1.4. DIENTES ECTOPICOS
 - 2.1.5. DIENTES TEMPORALES
 - 2.1.6. DIENTES CON PROBLEMAS ENDODONTICOS
 - 2.1.7. DIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA
 - 2.1.8. DIENTES SUPERMEMERARIOS
 - 2.1.9. DIENTES CON PROBLEMAS QUISTICOS
 - 2.1.10. DIENTES AISLADOS
 - 2.1.11. DIENTES AVULSIONADOS O HIPERERUPCIONADOS QUE
TRAUMATIZAN LOS TEJIDOS ANTAGONISTAS
 - 2.1.12. DIENTES CON ENFERMEDAD PARODONTAL AVANZADA
 - 2.1.13. DIENTES COLOCADOS EN UNA LINEA DE FRACTURA

- 2.2. GENERALES
- 2.2.1. PROBLEMAS CARDIOVASCULARES
- 2.2.2. PADECIMIENTOS NERVIOSOS
- 2.2.3. ANEMIA
- 2.2.4. HEMOFILIA
- 2.2.5. DIABETES
- 2.2.6. LEUCEMIA
- 2.2.7. RENALES
- 2.2.8. ABSCESO AGUDO CONSECUENCIA DE CELULITIS
- 2.2.9. PERICORONITIS
- 2.2.10. INFECCION DE VINCENT
- 2.2.11. TUMORES MALIGNOS
- 2.2.12. DIENTES QUE HAN PERMANECIDO EN UNA REGION OSEA
SOMETIDA A RADIACION
- 2.2.13. HIPERTIROIDISMO O TIROTOXICOSIS

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
DE LAS EXTRACCIONES DENTALES

2.1. LOCALES.

2.1.1. DIENTES CARIADOS:

Son dientes con necrosis pulpar que no pueden ser --
tratados, y sus complicaciones de dichos dientes.

2.1.2. DIENTES FRACTURADOS:

Luxados o semiluxados destrucción por caries o trauma
tismo que alcanza a la corona clínica hasta su raíz,
y que ocasiona molestias al morder y un dolor muy -
fuerte.

2.1.3. DIENTES MOVILES:

Que en la mayoría de los casos son afectados por la -
diabetes, su causa es la alteración de la glucosa, -
presentando parodontopatías muy sensibles, y a la vez
no susceptibles a la caries.

2.1.4. DIENTES ECTOPICOS:

Son aquellos cuyo alineamiento Ortodóntico no es posi
ble efectuarlo, así como todas aquellas estructuras -
dentarias con retención o semiretención en los maxila
res que favorezcan la presencia de zonas quísticas, -
tumoraciones o bien traumatismos en terminaciones ner

viosas, la mayoría de los criterios indica que toda pieza retenida o semiretenida debe ser extraída. La extracción puede evitarse en aquellos casos en que la técnica Ortodóntica logre ubicarlos en su sitio normal de implantación.

2.1.5. DIENTES TEMPORALES:

Cuando la edad del paciente, de acuerdo con la cronología de erupción dentaria, indica la necesidad de su eliminación para permitir la normal erupción de las piezas permanentes.

Cuando ya haya hecho erupción el órgano permanente y el diente temporal persista.- Cuando se encuentren los dientes temporales como foco de infección.- Cuando existan restos radiculares primarios, los cuales van a impedir la erupción del diente o dientes por estar actuando como elemento de cuña.

2.1.6. DIENTES CON PROBLEMAS ENDODONTICOS:

Por el adelanto logrado en el tratamiento de conductos radiculares, se han disminuido indicaciones de la exodoncia y han quedado circunscritos a aquellos casos en que la inaccesibilidad al diente, o de los conductos, no permite aplicar las técnicas conservadoras

2.1.7. DIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA:

En algunas ocasiones se requerirá la extracción de

determinadas piezas, para un tratamiento Ortodóntico - específico, esta situación debe ser evaluada y valorada por un especialista, realizando un estudio cefalométrico dependiendo del tipo de tratamiento, las piezas que más frecuentemente son sacrificadas son los primeros premolares tanto superiores como inferiores. Aunque algunos especialistas recomiendan que sean los segundos premolares los que se extraigan, debido a que los primeros premolares tienen mayor propiopercepción.

2.1.8. DIENTES SUPERNUMERARIOS:

Las consideraciones estéticas a veces son más importantes que los factores funcionales. Es por esto que todos aquellos dientes supernumerarios que ocasionan daños estéticos y funcionales como el mesio-dens, peridens, paramolares, distomolares, así como dientes - accesorios que no se encuentren perfectamente alineados en el arco.

2.1.9. DIENTES CON PROBLEMAS QUISTICOS:

Puede existir patología en el hueso circundante que incluya al diente el tratamiento de la patología puede requerir la extracción del diente ejemplo: tumores y necrosis ósea.

2.1.10 DIENTES AISLADOS:

Que impidan la elaboración de una prótesis. Pueden re

querir la extracción de uno o más dientes para lograr el diseño o la estabilidad de la prótesis. Los dientes retenidos en zonas de soporte de prótesis, se deberán extraer o eliminar antes de la confección de la prótesis, dado lo cual debe existir un estudio radiográfico de la zona edéntula, así mismo puede existir la posibilidad de que los restos radiculares fragmentados se encuentren cubiertos por mucosa y deban de ser eliminados antes de la colocación de la prótesis. Hay una excepción en este caso y es la extracción del tercer molar superior retenido en el paciente adolescente, ya que las extracciones de dichos órganos dentarios pueden destruir la zona de la tuberosidad de los maxilares, siendo esta zona anatómica para la elaboración de una prótesis, en este caso se deja que erupcionen los dientes después se les extraerá y se realizará un rebase de la prótesis.

2.1.11 DIENTES AVULSIONADOS O HIPERERUPCIONADOS QUE TRAUMATIZAN LOS TEJIDOS ANTAGONISTAS:

Son dientes que han perdido su antagonista, y que por lo cual son expulsados de su alvéolo, lesionando la encía antagonista.

2.1.12 DIENTES CON ENFERMEDAD PARODONTAL AVANZADA:

Dientes en que se presenta la Parodontitis y que ya no pueden tratarse, la enfermedad parodontal aguda o crónica que no sea compatible también puede ser causa de extracción.

2.1.13 DIENTES COLOCADOS EN UNA LINEA DE FRACTURA

Hay que extraer algunos pero no todos los dientes que se encuentren localizados en la línea de fractura de los maxilares. esto se hace con el proposito de reducir las probabilidades de infección. Esta situación será basicamente al criterio del operador.

2.1. GENERALES

PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

Se requiere de una consulta previa a su médico especialista porque los riesgos de la intervención aumentan considerablemente en estos pacientes, así mismo debe hacerse minuciosamente la historia clínica y la adecuada elección del anestésico ya que éste, deberá ser aplicada sin vasoconstrictor, los signos y síntomas comunes son:

DISNEA: La cual proviene de la debilidad del ventrículo izquierdo, es el primer signo de la insuficiencia cardíaca, y aparece unicamente - después de realizar un ejercicio, otro signo de éstos enfermos son las ORTOPENEAS. En las cuales el paciente debe sentarse para poder respirar sin dificultad.

CIANOSIS: Coloración cutanea azul oscura, que se debe a la perdida de hemoglobina en la sangre venosa, estos signos son más notables en ; los labios, punta de los dedos, uñas y orejas.

EDEMA CARDIACO O CIRCULATORIO: Es localizado en los pies, principalmente en los tobillos, y se presenta al término del día.

2.2.2 PADECIMIENTOS NERVIOSOS:

Menstruación. - Está no es una contraindicación absoluta para efectuar extracciones normales, en mujeres que padecen irritabilidad mental y física en éste período o anomalías como Menorragia o dismenorrea - se pueden presentar hemorragias prolongadas o graves durante la intervención o inmediatamente después de ella, difíciles de cohibir. Es por ésto que nos abstendremos de efectuar extracciones en este tipo de pacientes.

Embarazo. - No es una contraindicación absoluta pero en el caso de que se haya tenido algún (os) aborto (os) deberá hacerse un interrogatorio de las causas que nos llevarón a éstos abortos, para determinar si se efectúa o no la intervención quirúrgica y con la cooperación de su ginecólogo. A éste tipo de pacientes - embarazadas no se les debe administrar tetraciclina, ni tampoco se les puede intervenir en los primeros tres meses, ni en los últimos tres meses de embarazo.

Neuróticos. - Por la dificultad para trabajar con este tipo de pacientes se requiere el remitirlos al especialista, puesto que habría necesidad de premedicarlos y hospitalizarlos, por su alteración nerviosa son propensos a las náuseas y al vómito, además disponen de muy poca colaboración.

Tuberculosis Pulmonar. - Es difícil intervenir a este tipo de pacientes pues el sputo contiene microbios de la tuberculosis, y pudiera ser posible que es tos penetrasen en el alvéolo y a su vez ocasionen tuberculosis del hueso.

2.2.3. ANEMIA:

Es un empobrecimiento en la sangre, ya sea cualitativo o cuantitativo, del contenido de hemoglobina.

2.2.4. HEMOFILIA:

Es la enfermedad hemorrágica más difícil de tratar, - siempre es hereditaria, pero no siempre son hemofílicos los pacientes que tienen antecedentes de hemorragias en la familia.

Consiste en un defecto sanguíneo congénito que se - transmite por medio de la descendencia femenina a la masculina, la coagulación sanguínea se encuentra impe dida o muy retardada. Las personas hemofílicas deben tratarse antes, durante, o después de cualquier inter vención quirúrgica, debe ser en hospitales donde se - les proporcionen todos los medios necesarios a estos enfermos.

2.2.5. DIABETES:

Es un trastorno crónico producido por la disfunción pancreática, se caracteriza por no haber metabolismo de los hidratos de carbono y la alteración de la glucosa en la sangre.

Sus signos y síntomas son: Astenia o Adinamia, poli-dipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso, visión borrosa, prurito vulvar, movilidad dentaria muy marcada, retardo en la cicatrización. Es un paciente muy propenso a las infecciones, hay presencia de úlceras gingivales, parodontopatías muy marcadas, alitosis.

2.2.6. LEUCEMIA:

No hay que efectuar extracciones dentales a menos que sea necesario si es así, se deberá hospitalizar al paciente por el peligro de hemorragias copiosas presentables en la intervención; las lesiones bucales se vuelven más notables y algunas veces más destructoras después de las extracciones en estos pacientes. Las úlceras gingivales, la hipertrofia, las hemorragias pueden ser indicio para su diagnóstico. Su etiología es desconocida, se caracteriza por un aumento de leucocitos en la sangre.

2.2.7. RENALES:

Cardiopatías reumáticas. - Estas pueden ser agudas o crónicas como: arteriopatía coronaria, hipertensión, y descompensación cardíaca y pueden complicar la exodoncia, las enfermedades renales requieren de la aplicación del antibiótico adecuado.

2.2.8. ABSCESO AGUDO CONSECUENCIA DE CELULITIS:

La infección aguda con celulitis no controlada, deberá combatirse de una manera para que no se extienda -

aun más. El paciente puede presentar toxemia que trae a consideración la complicación de factores generalizados. Se extrae el diente siempre y cuando no peligre la vida del paciente.

2.2.9. PERICORONITIS:

Se maneja más conservadoramente que las otras infecciones debido a que la fiebre bacteriana mixta se encuentra en el área, el hecho de que el área del tercer molar tenga un acceso más directo a los planos aponeuróticos profundos del cuello, su extracción es muy complicada e incluye osteosección.

2.2.10 INFECCION DE VICENT:

También llamada estomatitis infecciosa, deberá ser eliminada antes de realizar cualquier intervención quirúrgica, habrá casos como en los abscesos dentoalvéolares agudos, en los que se exige la extracción dentaria.

2.2.11 TUMORES MALIGNOS:

Los encontramos en su etapa primaria, pueden pasar por el torrente sanguíneo a través de la saliva que deje en el alvéolo después de la extracción, estas extracciones deben ser autorizadas por su médico particular. Si se sospecha su existencia quedan contraindicadas las extracciones dentales, pues el traumatismo que causan tiende a favorecer la velocidad de cre-

cimiento y extensión del tumor.

Si se indican las extracciones deberá recibir una terapéutica de radiación para el ataque o tumor maligno esto se hace para evitar hasta donde sea posible el riesgo de una infección en el hueso, el cual ha sido expuesto a la radiación.

2.2.12 DIENTES QUE HAN PERMANECIDO EN UNA REGION OSEA SOMETIDA A RADIACION:

Dientes que han permanecido en una formación ósea y radiada, deberán extraerse sólo como último recurso y después de haber explicado detalladamente las consecuencias, y si los dientes tienen que ser extraídos es aconsejable consultar con el radiólogo que administra la radiación, pues en la mayoría de los casos a extracciones les sigue la infección al hueso, incluso después de terapéuticas antibióticas debido a la avascularidad que sigue a la radiación, esta infección va seguida de osteomielitis de progreso lento, la cual es dolorosa e imposible de controlar, excepto por amplias resecciones a la totalidad del hueso irradiado, por lo que podemos decir que es muy peligroso y a la vez riesgoso extraer dientes después de exposiciones a radiaciones. El previo tratamiento de radiación sobre los maxilares es una contraindicación para la extracción dentaria.

Los dientes dañados deberán ser extraídos previos al tratamiento de radioterapia. Sin embargo si se conservan estos dientes abscesados en los maxilares irra--

diados es malo.

Por lo cual debe sugerirse al paciente, que se hospitalice, y administrarse dosis masivas de antibióticos.

Antes de realizar una extracción en maxilares irradiados es conveniente llevar a cabo profilaxis bucales, en contrario puede llegar a provocar un fenómeno denominado Osteo-Radio-Necrosis, en el cual el paciente presenta la destrucción de grandes segmentos del maxilar, infecciones grandes del hueso y de los tejidos blandos, en casos muy severos la muerte del paciente.

2.2.13 HIPERTIROIDISMO O TIROTOXICOSIS

Es un síndrome que resulta de la superproducción de hormona tiroidea por la glandula tiroides.

Cuando aparecen exoftalmos (prominencia en los ojos) y los signos oculares relacionados con él, junto al hipertiroidismo y agrandamiento del tiroides, se conoce a este síndrome como Bocio Tóxico o enfermedad de Graves. La causa de este proceso es desconocida.

Los signos y sintomas son: ojos prominentes e inclinados, mirada fija característica, piel caliente y húmeda, temblor manifiesto en los dedos y en la lengua, aumento de la transpiración e intolerancia al calor, cabello fino y suave, agrandamiento de la glándula tiroides, irregularidades menstruales, diarrea, aumento de la tensión nerviosa, irritabilidad y actividad motora.

A menudo los enfermos se quejan de pérdida de peso a pesar de un gran apetito. Con frecuencia se asocian al hipertiroidismo irregularidades cardíacas, como es la fibrilación auricular y muchos de estos enfermos presentan descompensación e insuficiencia cardíaca.

Los niños con hipotiroidismo presentan un rápido desarrollo y crecimiento de todo el sistema esquelético, incluyendo los dientes y los maxilares.

Una manifestación bucal del hipotiroidismo es la osteoporosis del cráneo y de los maxilares de diverso grado. En la tirotoxicosis extrema la desmineralización puede ser extensa, con una rápida resorción del hueso alveolar.

Los enfermos jóvenes pueden presentar una caída prematura de los dientes de leche y una erupción precoz de la dentición definitiva. Se han descrito casos de niños entiroideos nacidos de madres hipertiroideas, que ya tenían dientes al nacer. Los dientes son de tamaño forma y consistencia normal.

Muchos enfermos presentan destrucción dental precoz y enfermedad periodontal. En algunos casos se han descrito una gingivitis hemorrágica. Los restantes tejidos blandos de la boca no se afectan, pero puede apreciarse temblor lingual.

Los focos de infección bucal pueden agravar los síntomas generales del hipertiroidismo, es por esto que es una de las contraindicaciones de la extracción.

CAPITULO III

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

S U M A R I O

- 3.1 ASEPSIA Y ANTISEPSIA
 - 3.1.1 PACIENTE
 - 3.1.2 OPERADOR
 - 3.1.3 INSTRUMENTAL
- 3.2 TECNICAS DE ESTERILIZACION
 - 3.2.1 FISICOS
 - 3.2.1.1 CALOR SECO
 - 3.2.1.2 CALOR HUMEDO
 - 3.2.1.3 EBULLICION
 - 3.2.1.4 SECADO DE LA CARGA
 - 3.2.2 QUIMICOS
 - 3.2.2.1 COMPROBACION DE LA ESTERILIDAD
 - 3.2.2.2 ESTERILIZACION POR ENERGIA RADIANTE
 - 3.2.2.3 METODOS QUIMICOS DE DESINFECCION
 - 3.2.2.4 FACTORES QUE MODIFICAN LA ACCION DESINFECTANTE.
 - 3.2.2.5 EMPLEO DE DESINFECTANTES

ASEPSIA Y ANTISEPSIA

3.1 ASEPSIA:

Del griego "A" privativo - "Sepsis" putrefacción.
medios para evitar la contaminación por agentes septi-
cos (germenes o virus).

ANTISEPSIA:

Del griego "Anti" contra - "Sepsis" putrefacción.
Forma o medios de combatir la infección agentes micro-
bianos.

3.1.1 PACIENTES:

La boca está intensamente contaminada por microorga-
nismos de muchos tipos, algunos de los cuales son po-
tencialmente patógenos. Es casi imposible obtener una
boca estéril, aunque sí se puede reducir considerable-
mente el número de microorganismos por medio de hi-
giene bucal adecuada y legrado de dientes pre-extrac-
ción. A pesar de todos estos cuidados que se toman
es todavía necesario operar en una campo estéril y -
afortunadamente los tejidos bucales poseen mecanis-
mos defensivos especialmente eficientes, que tratan
de evitar la contaminación de la herida, la cual se -
presenta inevitablemente.

3.1.2 OPERADOR:

El operador debe mantener sus uñas cortadas y limpias
y sus manos deben ser cepilladas con agua y jabón, -

secadas en una toalla limpia inmediatamente antes de realizar una extracción dental o cualquier otra cirugía intrabucal.

Esto a menudo se puede lograr por medio del uso de ropas y equipos estériles y desechables. Como son guantes, gasas, suturas, hojas de bisturí, toallas, mango de bisturí, pinzas.

3.1.3 INSTRUMENTAL:

Los instrumentos deben ser perfectamente lavados, se procede a retirar toda la sangre, pus y demás residuos adheridos a ellos y no debe escatimarse ningún esfuerzo para excluir bacterias extrañas del sitio operatorio. Algunos objetos del equipo dental tales como máquinas, lámparas y sillones son, inevitablemente, una fuente de infección cruzada, y por esta razón cualquier ajuste que deba hacerse en ellos, siempre que sea posible, debe ser realizado por un asistente que no participe en la operación. Si las circunstancias no permiten esto debe utilizarse una clavija para ropa estéril, para prevenir contaminación cuando se requiera cualquier cambio en la posición de la luz.

Así mismo los cables de los brazos de las máquinas deben envolverse con un tubo de gasa estéril durante la operación.

3.2 TECNICAS DE ESTERILIZACION:

La esterilización es la destrucción de todos los microorganismos, incluyendo las esporas de un objeto da

do o su destrucción efectiva. La desinfección es el destruir todos los microorganismos patógenos que no forman esporas, estas son aquellas de las que se desprenden las enfermedades contagiosas.

Los desinfectantes son agentes que destruyen los microorganismos patógenos.

Los antisépticos son agentes que impiden la reproducción de bacterias sin destruirlas necesariamente. Los germicidas o bactericidas son agentes que causan la muerte de los microorganismos.

METODOS DE ESTERILIZACION

3.2.1 FISICOS:

Calor.- La esterilización por calor, de los materiales quirúrgicos, aseguran la destrucción de los microorganismos y sus esporas, esta debe realizarse para todos los objetos. Antes de someter los materiales de este tipo de esterilización, es indispensable, que estén limpios y no tengan suciedad, hilos, etc. El método de aplicación de calor varía según las características de los objetos que se esterilizan, y las circunstancias de la esterilización.

3.2.1.1 ICALOR SECO:

Cauterización.- Se emplea para esterilizar la superficie de corte de los tejidos. Algunos elementos quirúrgicos como el peine

trolato, grasa, vaselina, diversos tipos de aceites, cera de Horsley y Moseting-Moorhof, talco, etc. Sólo pueden esterilizarse por contacto prolongado con calor seco. en el horno de aire caliente.

La autoclave ordinaria, puede convertirse en un horno de aire caliente, si se deja que entre el vapor en la camisa, pero no en la cámara del aparato, de esta manera se esteriliza adecuadamente, jeringas, instrumentos de filo, etc., etc., dejandolos durante la noche, en su defecto un mínimo de 4 horas, a una temperatura de 120° centígrados. El instrumental empleado, puede ser esterilizado por calor seco o humedo, en el primer caso se dispone en cajas metálicas de forma y tamaño específica que se coloca en el interior del horno y calentado por gas o electricidad, elevando su temperatura hasta 135°, bajando posteriormente a 120° y manteniendola durante 30 ó 40 minutos.

La esterilización por calor seco (aire caliente) es recomendada cuando no se puede poner en contacto directo el objeto o substancia con el vapor a presión: 60 minutos a 120° centígrados para todo el material de vidrio, jeringas envueltas; 75 minutos a 120 ° centígrados para jeringas y tubos de ensaye; 2 horas a 160° centígrados para la glicerina, el aceite mineral y la cera para huesos; 3 horas a 150° centígrados para polvos.

3.2.1.2 CALOR HUMEDO:

La esterilización por calor humedo puede conseguirse colocando las cajas con instrumentos en los autocla-

ves y esterilizandole con el demás material. En el empleo de hervidores, el instrumental se sumerge en solución acuosa de carbonato sódico al 2% que eleva en 5° el punto de ebullición, y que se mantiene así, mínimo de 15 a 20 minutos. En la esterilización por calor húmedo, contamos con la ebullición, los tiempos necesarios para esterilizar los diferentes objetos son, 30 minutos en instrumental de cirugía, 20 minutos para instrumentos básicos y especiales, 10 minutos para instrumentos separados, 10 minutos para material de caucho, tubos de aspiración, drenes y sondas.

3.2.1.3 EBULLICION:

El agua hirviendo 212° F ó 100 C° destruye todas las bacterias vivas en cuestión de segundos, pero no las esporas de algunos microorganismos que son muy resistentes a ella, se necesita la ebullición por mayor tiempo cuando menos 30 minutos para asegurar la destrucción. Para esterilizar instrumentos se exige que por lo menos hiervan en agua potable durante 30 minutos o en agua que contenga 2% de carbonato de sodio, de 3 a 4 cucharaditas cafeteras a un litro de agua, por un lapso no menor de 15 minutos. La adición de carbonato de sodio hace que se destruyan las esporas más resistentes en períodos más cortos que con agua sola.

3.2.1.4 SECADO DE LA CARGA

El período mínimo de secado será de 15 minutos para todo tipo de material (quirúrgico). No se colocan bul

tos recién esterilizados en superficies frías, pues si se hace, habrá condensación y humedecimiento, lo que dará como resultado la contaminación. La esterilización por vapor a presión (alta velocidad), el tiempo y la temperatura recomendados son, 3 minutos a 120° centígrados para instrumentos básicos y especiales, 5 minutos a 120° centígrados para objetos de caucho de toda clase. Para la esterilización de vapor a presión (autoclave) el tiempo y temperatura recomendado son, 1 hora a 120° centígrados para paquetes y cajas de doyen grandes, 45 minutos a 120° centígrados para paquetes medianos y pequeños guantes, material de vidrio y de caucho, equipo para raquianestesia y anestesia local, 10 minutos a 120° centígrados para ampollitas de solución para raquianestesia.

3.2.2. QUIMICOS:

Los agentes o sustancias químicas a alta concentración, se usan cuando el calor pudiera destruir los objetos que han de esterilizarse. El tiempo es de 24 horas para prótesis plásticas y tubo de polietileno, cloruro de Zhepirán en solución al 1 por mil, 30 minutos para todos los instrumentos agudos, bisturís, tijeras, y agujas de sutura, solución de cloruro de Zhepirán al 1 por mil con nitrito sódico (7 gramos por litro), 15 minutos para todos los cordones o cables eléctricos y espejos, solución de cianuro de mercurio al 1 por mil, 15 minutos, para portadores de luz para broncoscopios, cordones o instrumentos plásticos, alcohol al 70%.

3.2.2.1 COMPROBACION DE LA ESTERILIDAD:

Pueden presentarse fallas en la esterilización, por error humano al manejar el autoclave, y de falla mecánica del propio equipo. Hay diversas formas de comprobar la función a la esterilización adecuada.

El termómetro marcador y el autoclave contienen un reloj de funcionamiento mecánico que recorre una carátula, gráfica circular una vez en 24 horas. La carátula, registra la temperatura en la válvula de escape y la duración de cada período de esterilización. Los indicadores de esterilización; son de diversos tipos, desde las simples bandas de papel que cambian de color (testigos) hasta los tubos sellados herméticamente que contienen píldoras que se derriten y cambian de color cuando se ha llegado a la temperatura de esterilización. El cultivo es la mejor forma de estimar la esterilidad de un material quirúrgico. Debe practicarse periódicamente, mínimo cada dos meses. Los microorganismos esporulados que se emplean en los cultivos son bacillus subtilis y bacillus stredothermophilus.

3.2.2.2 ESTERILIZACION POR ENERGIA RADIANTE:

Rayos ultravioleta. - Para esterilización, el empleo de rayos ultravioleta en el quirófano tiene muchas limitaciones. Estos no penetran a la superficie de los líquidos puesto que son reflejados, y por ello, no esterilizan. Toda superficie debe ser expuesta por estos métodos de esterilización pues en las sombras, las bag

terias son protegidas. Es necesario dar suficiente tiempo para el método, dado que la esterilización no es instantánea. La exposición duradera lesiona piel, tejidos, y ojos por lo que el personal del quirófano, debe protegerse la cabeza y el cuello al empleo de este tipo de radiaciones.

3.2.2.3. MÉTODOS QUÍMICOS DE DESINFECCION:

Antisépticos. - Muchos agentes químicos, no destruyen todas las formas de vida microbiana, por ejemplo, el bacilo de la tuberculosis, esporas bacterianas y virus filtrables.

Este tipo de desinfección, es empleado cuando no es posible emplear el calor para esterilizar un material determinado. Además los desinfectantes químicos, tienden a coagular el material proteico como la sangre, y los microorganismos contenidos en el interior del precipitado proteico pueden sobrevivir. Por lo que no se empleará, la desinfección química en instrumentos contaminados con sangre o líquidos del tejido.

3.2.2.4. FACTORES QUE MODIFICAN LA ACCION DESINFECTANTE:

- a).- Limpieza: La presencia de sangre, pus, grasa y excrecciones en general, impiden que los germicidas actúen. El empleo eficaz de agua y jabón para limpiar es paso preliminar y necesario para lograr eficacia óptima de un desinfectante
- b).- Concentración: Una solución débil no tiene la -

misma eficacia que una solución concentrada del mismo. Excepción de ello, es el alcohol etílico; la solución al 70% tiene mayor capacidad germicida que el alcohol absoluto.

c).= Tiempo: Este factor varía desde minutos a horas según el tipo de desinfectante. Se logra eficacia, cuando se combina el alcohol con otros desinfectantes.

3.2.2.5. EMPLEO DE DESINFECTANTES:

Aplicación en la piel.= Los desinfectantes se utilizan para eliminar, en la medida de su potencia, los microorganismos que residen en forma habitual o transitoria en la piel. En la cirugía, se necesita la preparación operatoria de la piel para impedir contaminación incesaria de las heridas. Las manos y brazos del equipo quirúrgico deben de ser preparadas con lavados meticulosos, y por aplicación de desinfectantes adecuados.

Aplicación a los tejidos.= Los antisépticos se aplican a los tejidos que son asiento de infección o que potencialmente lo son, para ayudar en la destrucción de gérmenes y sus productos de manera rápida y completa. Cuando se emplean en esta forma, "los antisépticos ideales serían aquellos que lograrán una esterilización completa en su radio de acción, sin causar lesión alguna a las células", No obstante, la desventaja, de casi todos los antisépticos es que son bactericidas, pero también destruyen las células orgánicas. Por esta razón, deben emplearse en heridas sólo en -

concentraciones débiles, y por breve tiempo.

Instrumentos y Materiales.- Generalmente; se emplean sustancias químicas para desinfectar algunos instrumentos y materiales, que no pueden ser esterilizados por calor, por ejemplo; cistoscopios, broncoscopios, peritoneoscopios, bujías y bisturís para cataratas, - por inmersión en un germicida. La mayor parte de estos antisépticos se emplean en forma de soluciones - disueltas en agua o en alcohol.

CAPITULO IV

I N S T R U M E N T A L

S U M A R I O

- 4.1. DESCRIPCION
 - 4.1.1. CARACTERISTICAS
- 4.2. MANEJO
 - 4.1.2.1. MANEJO DE LOS BOTADORES
- 4.3. FORCEPS
 - 4.1.3.1. TECNICA O TOMA DEL FORCEPS
- 4.4. ELEVADORES
 - 4.1.4.1. ELEVADOR RECTO
 - 4.1.4.2. ELEVADOR DE BANDERA
 - 4.1.4.3. ELEVADORES O BOTADORES APICALES
- 4.5. COMPLEMENTARIOS
 - 4.1.5.1. INSTRUMENTAL PARA SECCIONAR TEJIDOS BLANDOS
 - 4.1.5.2. RETRACTOR DE TEJIDOS
 - 4.1.5.3. ALVEOLOTOMO
 - 4.1.5.4. LIMAS PARA HUESO
 - 4.1.5.5. LEGRAS
 - 4.1.5.6. CURETAS O CUCHARILLAS

4.1.5.7. FRESAS QUIRURGICAS

4.1.5.8. AGUJAS

4.1.5.9. PORTA AGUJAS

4.1.5.10. TIJERAS

I N S T R U M E N T A L

4.1. D E S C R I P C I O N

4.1.1. C A R A C T E R I S T I C A S

El instrumental utilizado se clasifica en dos -
áreas: Los destinados a extraer al diente Fór-
ceps (pinzas), y Elevadores o Botadores y los -
destinados a extraer el hueso que abre o rodea -
total o parcialmente al diente como fresas, pin-
zas y gubias de diferentes tamaños y formas.

El modelo más sencillo y eficiente de fórceps es
el superior recto, este y los otros fórceps en -
general presentan tres partes fundamentales, una
activa que corresponde a los bocados y una pasiva
que corresponde a los mangos, y ambos se unen
por una bisagra que permiten movimientos de aper-
tura y cierre de la pinza.

Entre mayor sea la relación entre la longitud de
los mangos y la longitud de los bocados, mayor -
será la palanca ejercida sobre la raíz . La lon-
gitud del mango debe ser de tal manera que se -
pueda adaptar a la mano del operador, ya que se
ha comprobado que entre mayor sea la distancia -
entre la articulación de bisagra y la mano del -
operador, mayor podrá ser el movimiento del foco

existen diferentes tipos de fórceps o pinzas uti-
lizadas en exodoncia. Estas pinzas tienen un nú

mero determinado que por lo general se encuentra en la cara interior del mango y es empleado para su identificación.

Así mismo encontramos fórceps para la extracción de los dientes de mandíbula. Su diferencia radica, en que los fórceps del maxilar poseen parte activa, mientras que los fórceps de la mandíbula tienen ambas partes en ángulo recto.

Es mejor y más útil el fórceps con bocados ligeramente estrechos, que un par de bocados muy amplios. Los bocados estrechos se describen como "Finos", y los bocados amplios como "Gruesos".

4.2.

MANEJO

El instrumento más utilizado es el fórceps, el uso de este instrumento hace posible para el operador sujetar la porción radicular del diente, dislocándolo de su alvéolo, ejerciendo presión sobre él.

4.3.

F O R C E P S

NOMENCLATURA DE LOS FORCEPS SUPERIORES

INCISIVOS:	Números: 65, 286, 99A, 99C, 150, 150A, 101* 62*, MD1*
CANINOS:	Números: 286, 99A, 99C, 150, 150A, 32, 32A, 101*, 62* MD1*
PREMOLARES:	Número: 99A, 99C, 150, 150A, 32A, 101*, 62* MD1* 32
PRIMER MOLAR:	Números: 32, 32A, 18R-L, 24, IOSH, 53R-L, - 88R-L, 101*, MD2*
SEGUNDO MOLAR:	Números: 32, 32A, 18R-L, 24, IOSH, 53R-L, - 88R-L, 101*, MD2*
TERCER MOLAR:	Números: 32, 32A, 210, 101*, MD2*
RAICES:	Números: 65, 286, 69, 150

NOMENCLATURA DE LOS FORCEPS INFERIORES

INCISIVOS:	Números: 103, 151, 203, 101*, 62*, MD3*
CANINOS:	Números: 103, 151, 203, 85, 85A, 101*, 62*, MD3*
PREMOLARES:	Números: 103, 51, 203, 151A, 85, 85A, 101*, 62*, MD3*
PRIMER MOLAR:	Números: 151A, 85, 85A, 15, 287, 16, 17, 23 101*, MD4*

SEGUNDO MOLAR: Números: 151A, 85, 85A, 15, 287, 16, 17, 23
101*, MD4*

TERCER MOLAR: Números: 85, 85A, 222, 101*, MD4*

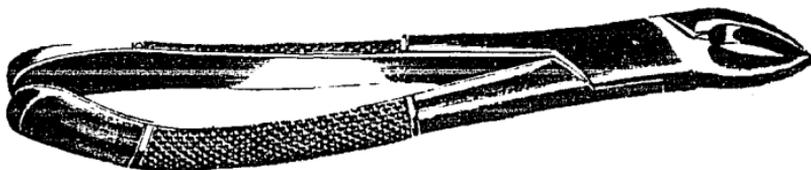
RAICES: Números: 69, 103, 151, 203, MD3*

N O T A : * Los fórceps números, 62, 101, -
MD1, MD2, MD3, MD4, pueden ser
utilizados, para dientes tempo-
rales y permanentes.

FORCEPS SUPERIORES

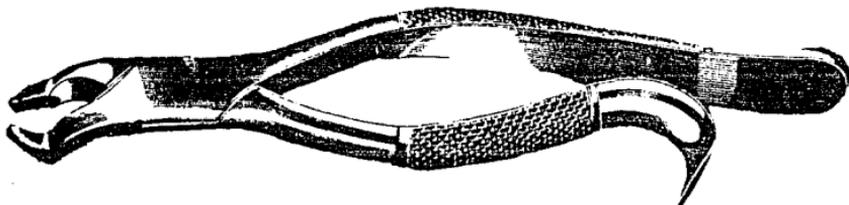
FORCEPS No. 150:

Se utiliza para las extracciones de los dientes anteriores -
superiores del segundo premolar derecho, al segundo premolar
izquierdo. Sus bocados son delgados, su cara interna de los
bocados es concava e igual, y sus caras externas convexas.



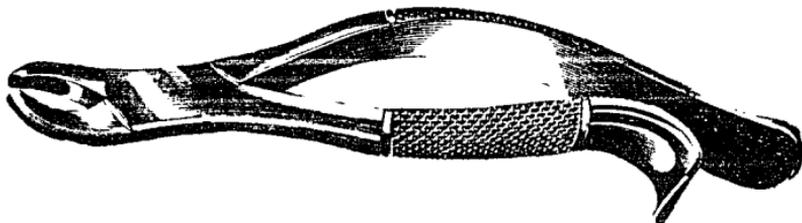
FORCEPS No. 210:

Se utiliza para extracciones de terceros molares superiores tanto derecho como izquierdo. Sus bocados tienen forma de bayoneta son cortos y anchos, sus caras internas son concavas e iguales, y sus caras externas son convexas.



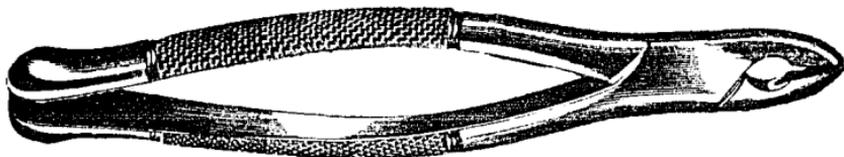
FORCEPS No. 24:

Se utiliza para las extracciones de los terceros molares superiores tanto derechos como izquierdos. Sus bocados tienen forma de bayoneta, son cortos y anchos, sus caras externas convexas y sus caras internas concavas.



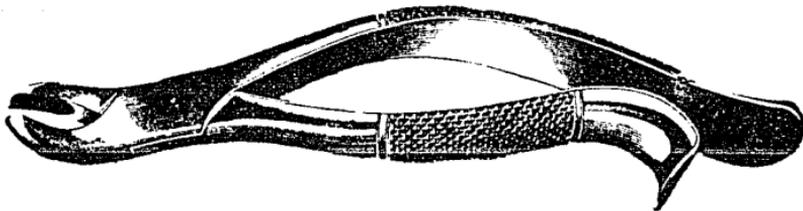
FORCEPS No. 99 C:

También se le denomina pico de loro. Se utiliza para caninos superiores; sus bocados son anchos, sus caras internas - concavas e iguales las cuales son adecuadas para el diámetro de este diente.



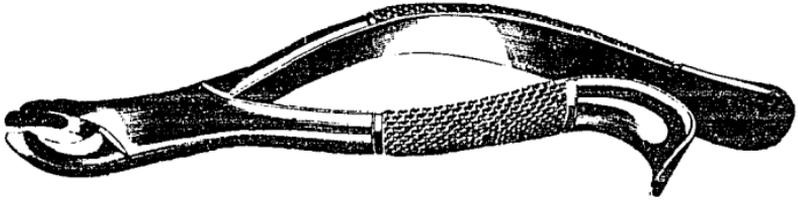
FORCEPS No. 18 R:

Se utiliza para las extracciones del primero y segundo molar superior derecho. Este fórceps en uno de sus bocados ó en el bocado externo por su cara interna presenta una prominencia en forma de ángulo diedro, el cual sirve para la aprehensión en la bifurcación de las raíces vestibulares, tanto mesial - como distal, el otro bocado interno lo presenta sin ninguna muesca y sirve para la aprehensión de la raíz palatina.



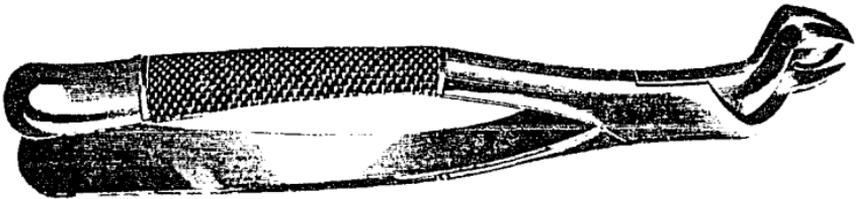
FORCEPS No. 18 L:

Se utiliza para la extracción del primer y segundo molar superior izquierdo. Este fórceps en el bocado externo por su cara interna presenta una prominencia en ángulo diedro y el bocado interno por su parte interna no presenta ninguna muesca.



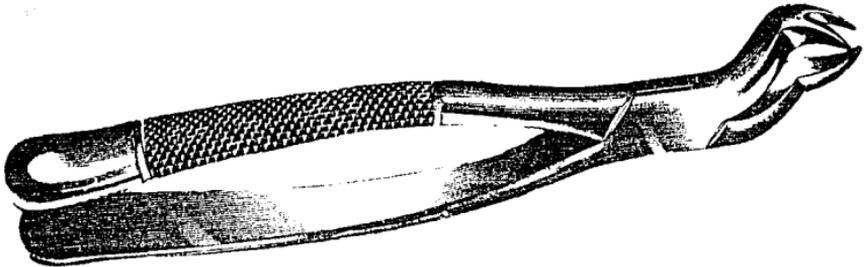
FORCEPS No. 88 R₂:

Llamado tricornio, se utiliza para la extracción de primer y segundo molar superior derecho. Su bocado externo lo presenta en forma de una asta o cuerno de res, a todo lo largo de este bocado y el cual sirve para la aprehensión en la bifurcación de las raíces vestibulares tanto mesial como distal, el bocado interno lo presenta en forma de dos astas mucho más pequeñas que la anterior y las cuales sirven para la aprehensión de la raíz palatina



FORCEPS No 88 L₂:

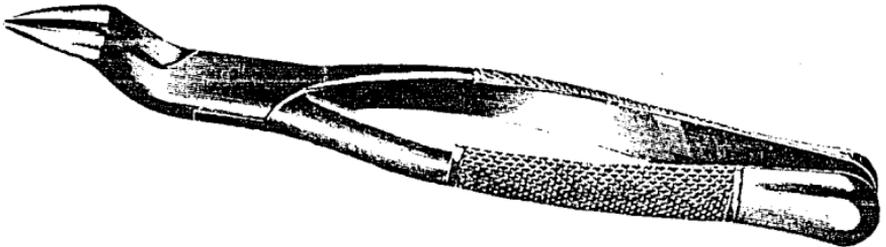
Sirve para las extracciones de primeros y segundos molares superiores izquierdos. También se le denomina tricornio; su bocado externo lo presenta en forma de dos astas muy pequeñas, las cuales sirven para la aprehensión de la raíz palatina, su bocado interno lo presenta en forma de un asta o cuerno de res, a todo lo largo de este bocado y el cual sirve para la aprehensión en la bifurcación de las raíces vestibulares tanto mesial como distal.



FORCEPS PARA LAS EXTRACCIONES DE RESTOS RADICULARES DEL MAXILAR

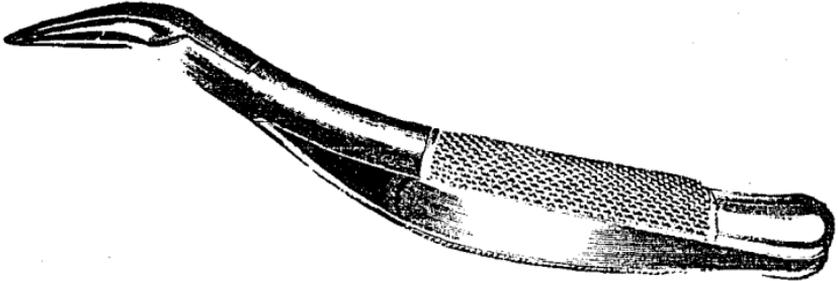
FORCEPS No. 65:

Este fórceps en sus bocados o parte interna activa tienen forma de bayoneta, su cara interna es cóncava y su cara externa es convexa.



FORCEPS No. 69 :

Tiene forma de "S" itálica, sus bocados son largos y angostos, su cara interna es cóncava, (e iguales) y su cara externa convexa.

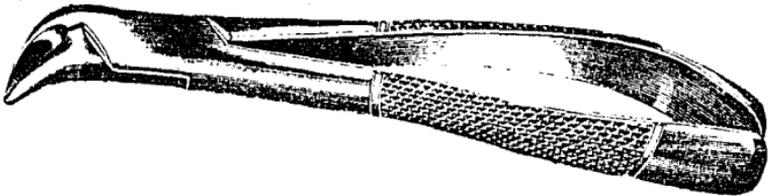


FORCEPS INFERIORES

Los fórceps destinados para la mandíbula, tienen una característica especial en la cual sus bocados se hallan dispuestos casi en ángulo recto y cuando se utilizan para las piezas anteriores están provistas de una acanaladura simple y estrecha en su parte interna.

FORCEPS No. 151:

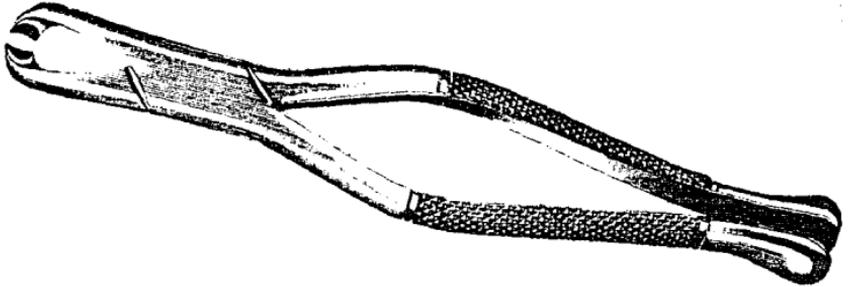
Es un fórceps denominado universal, se utiliza para las extracciones del premolar inferior derecho al premolar inferior izquierdo, su característica principal es que sus bocados por su cara interna son cóncavos y estriados.



FORCEPS No. 222:

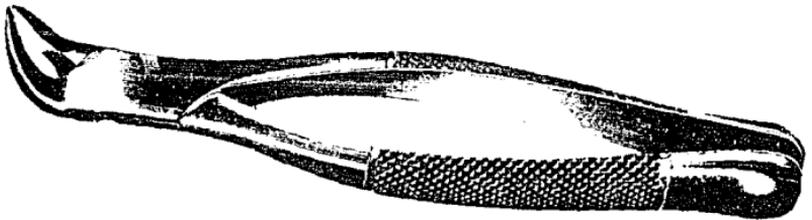
Este fórceps se utiliza en forma universal para la extracción de terceros molares inferiores derecho e izquierdo.

Presenta unos mangos largos y sus bocados son cortos, su cara interna es concava y estriada.



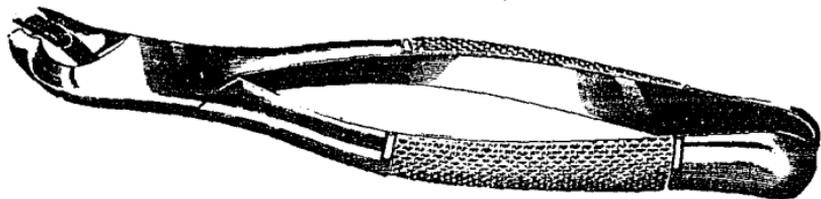
FORCEPS No. 17

Fórceps denominado universal que se utiliza para la extracción de primeros y segundos molares inferiores derecho e izquierdo. Se caracteriza porque sus bocados por su cara interna presentan una ligera prominencia en forma de ángulo diedro que va a permitir que los bocados se adapten a la bifurcación de las dos raíces, introduciéndose por debajo del borde libre de la encía a nivel del tercio cervical de la raíz.



FORCEPS No. 23:

Fórceps universal, que se utiliza para las extracciones de primeros y segundos molares inferiores. Los cuales se encuentran sumamente destruidos y que esten perdiendo su bifurcación. - Sus bocados penetran más profundo que los bocados del fórceps número 17, penetran aproximadamente hasta el tercio medio de la raíz, a este fórceps también se le denomina cuerno de vaca



ELEVADORES

Son instrumentos que tienen por objeto movilizar o extraer dientes, o bien restos radiculares. Cada uno tiene distintas funciones, consta básicamente de tres partes: mango, tallo y hoja.

El mango es adaptable a la mano del operador, presentando diversas formas.

El tallo es la parte del instrumento que se une al mango con la hoja.

La hoja se fabrica en distintos diseños, según la aplicación que se le da al instrumento. Si la hoja está en línea recta con el tallo, se tratará de un elevador recto. Si origina un ángulo con respecto al tallo, se tratará de un botador o elevador curvo o de bandera.

Para el funcionamiento de estos elevadores debe mos considerar dos principios que son; Punto de apoyo, potencia, y resistencia; El punto utilizado para la elevación de dientes siempre debe ser óseo, ya que el uso de un diente contiguo - como punto de apoyo sólo es permitido en caso - de que dicho dientes se vaya a extraer en la - misma consulta, el punto de apoyo para la mecánica de la palanca, está dado por el hueso del maxilar, por un diente vecino al objeto a ex - traer por el segundo molar, en caso de extracción de terceros molares.

LOS ELEVADORES MAS UTILIZADOS SON:

- ELEVADOR RECTO
- ELEVADOR DE BANDERA DERECHO E IZQUIERDO
- PICO DE CIGÜEÑA

4.1.4.1

ELEVADOR RECTO:

Es un instrumental utilizado para la extirpación de fragmentos dentarios grandes. Puede utilizar se para comprobar si el paciente está perfectamente anestesiado, retirando o debridando la - encía pericoronar y el diente; Así mismo es uti lizado en extracciones múltiples con el objeto de aflojar los dientes adyacentes antes de la - colocación del fórceps, y por último se utiliza rán para expandir la lámina bucal especialmente la maxilar, facilitando con esto la extracción dentaria.

4.1.4.2. ELEVADORES DE BANDERA:

Está compuesto por una parte pasiva o mango, y por una parte activa o tallo; La parte activa tiene forma de bandera y de ahí su nombre.

El elevador de bandera es utilizado para retirar los ápices radiculares inferiores. Los elevadores de bandera son fabricados en pares, con direcciones opuestas recibiendo la nomenclatura derecho e izquierdo. Estos elevadores son utilizados a menudo cuando la raíz de piezas multiradiculares, ha sido extirpada permaneciendo una porción de otra raíz.

El plano inclinado del elevador se coloca en el alvéolo vacío, y el instrumento se gira en dirección mesiodistal, dependiendo de cual raíz se va a extirpar. Nunca se deberá utilizar este instrumento para luxar cualquier diente dentro de la boca.

4.1.2.1. MANEJO DE LOS BOTADORES:

Botadores rectos o de bandera; Este instrumento se toma y se coloca en la palma de la mano, dirigiendo el mango del mismo en la parte más interna de la palma de la mano, el dedo índice debe acompañar al tallo del instrumento para evitar el desplazamiento y a la vez no provocar accidentes, tanto en los tejidos blandos como en los tejidos duros, fondo de saco, lengua y piso de boca.

4.4.3

ELEVADORES O BOTADORES APICALES

Tiene su parte activa en forma de ángulo y son muy largos, su cara interna es concava e igual, y su cara externa es convexa, además que sus puntas son afiladas.

Es utilizada comunmente para la extracción de - ápices.

COMPLEMENTARIOS

4.5.

JERINGAS CARPULE.

HOJAS DE BISTURI No. 11 - 12 - 15

LEGRAS

LIMAS PARA HUESO

ESPEJO CON MANGO

SEPARADORA DE FARADEU

CUCHARILLA O CURETA.

JERINGAS HIPODERMICAS

PORTA AGUJAS MAYO-HEGAL

TIJERAS

PINZAS DE MOSQUITO O HEMOSTATICAS (HALSTED)

AGUJAS PARA SUTURA

GUANTES

FRESAS

PIEZA DE MANO

EYECTOR QUIRURGICO

SUTURAS

4.5.1. INSTRUMENTAL PARA SECCIONAR TEJIDOS BLANDOS:

En exodoncia utilizamos el bisturí para hacer cualquier tipo de incisiones y colgajos en la encía, principalmente este instrumento consta de un mango y una hoja, en la actualidad lo encontramos con hojas intercambiables y que van de acuerdo a la intervención a seguir o realizar. Este instrumento se toma con la mano derecha como si fuera un lapicero y se debe apoyar solidamente entre la cara palmar del pulgar, el dedo índice y el borde radial del dedo medio, es necesario que la mano que maneja el bisturí tenga un punto de apoyo firme, el cual se obtiene colocando el dedo meñique y anular sobre el proceso alvéolar.

Para ayudarse en la preparación de los colgajos el Cirujano Dentista puede valerse de las pinzas de disección dentadas, con las cuales se toma la fibra mucosa permitiéndole sostener el colgajo sin lesionar tejidos adyacentes.

4.5.2. RETRACTOR DE TEJIDOS:

Como su nombre lo indica, mantiene separada la mejilla y el colgajo, principalmente en la extracción de terceros molares retenidos, permitiendo así el uso correcto de los elevadores.

4.5.3. ALVEOLOTOMO:

También se le denomina Osteotomo o pinzas gubias y se utiliza para la resección del hueso (Osteo

tomía), extrayéndolo y puede ser recto o curvo, también se puede utilizar cuando se desean eliminar bordes cortantes, crestas óseas, o trozos óseos que emergen a la superficie del hueso, - después de la extracción.

4.5.4.

LIMAS PARA HUESO:

Sirven para la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos protésicos o para alisar o regularizar bordes de los procesos alvéolares o bien para eliminar puntos óseos. Este instrumento es útil cada vez que deba alisarse el proceso alvéolar para facilitar su curación, permitiendo comenzar más rápido el trabajo de restauración y evitar molestias que puedan presentarse más tarde. Debido a sus cuchillos delgados, - puede insertarse debajo del tejido para repararlo. haciendo ligera presión en la lima, se toma el hueso y tirando de ella, hacia el punto de - la inserción, se extraen las espículas ásperas dejándolas superficies lisas y limpias. los mangos de estas limas por lo general son anchos y planos para poder usarlos correctamente y cómodamente, las superficies que puedan tocar los labios y las mejillas son redondeadas para evitar una lesión innecesaria de los mismos.

4.5.5.

LEGRAS:

La legra sirve para separar el hueso y la mucosa (mucoperiostio), son instrumentos de mangos largos y planos con una cuchilla en cada extre-

mo para levantar un colgajo del tejido y del periostio, las cuchillas están ligeramente anguladas y conformadas para penetrar fácilmente a cualquier parte de la boca, y al igual que en las limas tienen los filos ligeramente redondos para evitar lesiones innecesarias.

4.5.6

CURETAS O CUCHILLAS:

Son instrumentos diseñados para remover tejidos granulomatoso, quistes, extirpación de partículas extrañas y espículas de huesos, etc. etc.

Pueden utilizarse en cualquier parte de la boca la forma de las cucharillas, los mangos y ángulos de las hojas son diferentes, las curetas pequeñas pueden utilizarse para extraer ápices pequeños.

4.5.7

FRESAS QUIRURGICAS:

El empleo de fresas quirúrgicas en exodoncia es suma utilidad, ya que pueden abrir camino a otros instrumentos, siendo las más usadas las redondas del número 5 al 8 o la de fisura 560, para piezas de mano o contrángulo, según las necesidades debe utilizarse una nueva para cada intervención el instrumento debe accionar bajo el chorro de suero fisiológico o agua bidestilada para evitar calentamiento del hueso que puede provocar necrosis del mismo con los siguientes trastornos: dolor, tumefacción, inflamación con dolor u osteitis alvéolar aguda post-

peratório.

4.5.8

AGUJAS:

Las agujas se utilizan para sostener los finos y delicados tejidos gingivales tan propensos a desgarrarse, son agujas sencillas curvas o rectas de pequeñas dimensiones, concavas y convexas en el sentido de sus caras, y en algunas - ocasiones van acompañadas de suturas 3-0 y 4-0 la que más se utiliza es la cera negra intrabucal.

4.5.9

PORTA AGUJAS:

Es una pinza específica para tomar, la aguja en el sentido de su superficie, y hacerla girar en los movimientos de sutura.

4.5.10

TIJERAS:

Se les emplea para seccionar lengüetas y festones gingivales. Las tijeras de Newman son tijeras que pueden alcanzar festones en la región - palatina y lingual de difícil acceso, las tijeras punteagudas son adecuadas para eliminar puntos de sutura así como las largas facilitan la visión del campo operatorio.

CAPITULO V

TIEMPOS Y POSICIONES EN LA EXTRACCION DENTAL

S U M A R I O

5.1. POR MEDIO DE FORCEPS

5.1.1. PREHENSION

5.1.2. LUXACION

5.1.3. TRACCION O EXTRACCION

5.2. POR MEDIO DEL ELEVADOR O BOTADOR

5.2.1. APLICACION

5.2.2. LUXACION

5.2.3. EXTRACCION, AVULSION O ELEVACION

5.3. POR DISECCION.

5.3.1. ODONTOSECCION

5.3.2. POR COLGAJO

5.4. POSICIONES

5.4.1. PACIENTE

5.4.2. OPERADOR

5.4.3. MANOS.

TIEMPOS Y POSICIONES EN LA EXTRACCION DENTAL

5.1. POR MEDIO DE FORCEPS:

El acto de extraer un diente de su alvéolo requiere - de tres tiempos:

- 1.- PREHENSION
- 2.- LUXACION
- 3.- TRACCION O AVULSION PROPIAMENTE DICHA

5.1.1. PREHENSION:

Es el paso fundamental, una vez que se ha debridado - separando carrillo, labios y lengua, con el fórceps se toma el diente ligeramente por debajo de su cuello anatómico, y se sujeta firmemente empezando a desarrollar la fuerza para movilizar el diente, la corona no tiene que intervenir como elemento útil en la aplicación de fuerzas, ya que puede llegar lo más hacia apical posible el fórceps; una vez logrado esto cerramos los bocados e iniciamos los movimientos de luxación.

5.1.2 LUXACION:

Llamado también desarticulación del diente, es el segundo tiempo de la extracción por medio del cual el diente rompe las fibras del parodonto y dilata el alvéolo, se realiza por medio de movimientos de lateralidad del diente, dirigiendolo de adentro hacia afuera actuando dos fuerzas; la primera que impulsa al diente en dirección a su ápice y la segunda mueve

al diente según el arco que hemos referido eligiendo en primer lugar la tabla ósea de menor resistencia. Se hacen movimientos de rotación desplazando al diente de derecha a izquierda siguiendo el sentido de su eje mayor.

5.1.3 TRACCION O EXTRACCION:

La tracción se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado al alvéolo y roto los ligamentos, generalmente la cantidad de fuerza requerida es mínima.

MOVIMIENTOS DE LUXACION PARA LA EXTRACCION DE DIENTES SUPERIORES:

"Los incisivos centrales, incisivos laterales y caninos".

- 1.- Luxación con elevador recto.
- 2.- Movimientos de lateralidad vestibulo-palatino
- 3.- Rotación
- 4.- Tracción o avulsión

" Premolares y Molares "

- 1.- Luxación con elevador recto
- 2.- Movimientos de lateralidad vestibulo-palatino
- 3.- Movimientos de tracción o avulsión.

NOTA: La mayoría de las veces se logra vencer más fácilmente la tabla ósea hacia vestibular.

MOVIMIENTOS DE LUXACION PARA LA EXTRACCION DE DIENTES INFERIORES:

" Incisivos Centrales, Incisivos Laterales "

- 1.- Luxación con elevadora recto.
- 2.- Movimientos ligo-labial.
- 3.- Rotación.
- 4.- Tracción o extracción.

" Caninos y Premolares "

- 1.- Luxación con elevador recto.
- 2.- Movimientos vestibulo-lingual.
- 3.- Movimientos de rotación.
- 4.- Tracción o avulsión.

" Molares "

- 1.- Luxación con elevador recto.
- 2.- Movimientos vestibulo-lingual
- 3.- Tracción o avulsión.

TIEMPO DE EXTRACCION CON ELEVADOR

5.2.1 APLICACION:

Tomamos el elevador con la mano derecha y con el dedo índice protegemos la punta de trabajo para evitar en caso de perdida lastimar la lengua o el paladar, - etc. Además de esto sirve para dirigir la fuerza de la mano que opera, su aplicación varia según se trate de dientes implantados, dientes retenidos, o raíces -

hipercalcificadas.

5.2.2 LUXACIÓN:

Logrando el punto de apoyo, como explicamos anteriormente se guía el instrumento con movimientos de rotación de descenso y elevación, maniobras con las cuales el diente o raíz rompen sus adherencias parodonticas delatando al alvéolo y permitiendo su extracción.

5.2.3 EXTRACCION AVULSION O ELEVACION:

Con sucesivos movimientos de rotación, descenso y elevación, el diente abandonará su alvéolo.

5.3 FOR DISECCION

5.3.1 ODONTOSECCION:

Las raíces de algunos dientes multiradiculares se anegonizan, en estos casos el fórceps y el botador retiraran el diente, si es que el hueso alvéolar cede y es suficientemente elástico y si las raíces no estan muy extendidas. Si esto no es eficaz seccionaremos la mesa radicular y retiraremos cada raíz por separado.

La masa radicular debe ser seccionada ya sea con frasa quirúrgica de ASH, confresa redonda o de fisura - así se crea un espacio entre las raíces separadas lo que ayuda a su remoción.

Al dividir la masa radicular de un molar inferior se debe exponerla bifurcación y separar las raíces de abajo hacia arriba con una frasa, las raíces separadas son liberadas con elevadores pequeños utilizando

los puntos de aplicación determinados por sus líneas individuales de extracción. Cuando se está aplicando una fuerza en vestibular es necesario encajar el elevador en una muesca lateral a la masa radicular.

En molares inferiores muchas veces es suficiente la bifurcación, pero cuando no hay una muesca natural en la raíz, está debe ser creada con una fresa redonda a una angulación de 45° con respecto al eje longitudinal vertical de la raíz.

5.3.2 POR COLGAJO:

Son levantados para proveer un campo operatorio visiblemente claro y accesible, su diseño debe permitir una visión y acceso adecuados. La base del colgajo debe ser más amplia que su borde libre y debe tener un riego sanguíneo completo.

la cicatrización debe ser mediante la aproximación de los tejidos blandos sin tensión, después de realizada la operación la incisión se debe realizar con una presión firme contando con que el bisturí ya tiene hoja nueva; se atraviesan las capas de mucosa y periostio de la encía hasta llegar al hueso: El bisturí lo emplearemos como pluma y cabe mencionar que los tejidos blandos deben ser cortados en ángulos rectos a la superficie del hueso subyacente. Las incisiones deben hacerse de una sola intención y de una longitud adecuada, ya que volver a extenderse y hacer segudos cortes nos dan como consecuencia los márgenes de los colgajos irregulares y retrasan la cicatrización.

Cuando el margen gingival está involucrado en el col-

gajo debe ser incidido verticalmente, antes de levantar el colgajo, con un elevador de periostio. Algunas veces es necesario incidir el mucoperiostio del diente adyacente que no se va a extraer. Si las incisiones son hechas de una sola intención y regulares y los tejidos son reemplazados adecuadamente, la profundidad de la bolsa gingival del diente no extraído será clínicamente inalterada cuando cicatrice.

El colgajo mucoperiostico se levanta del hueso insertado la punta filosa del elevadora de periostio debajo de la orilla anterior del colgajo a unos cuantos milímetros del margen gingival.

El hueso compacto será expuesto si la incisión se ha llevado a cabo a través de ambas capas de la encía.

La superficie del hueso alvéolar que recubre al diente o raíces a extraer es expuesta cuando se levanta el colgajo mucoperiostico, en la mayoría de los casos será necesario eliminar parte de este hueso que eliminaremos mediante una fresa dental y un cincel, gubia o martillo con presión manual. Así pues se eliminará el hueso con el fin de proveer un punto para la aplicación del fórceps o elevador y crear un espacio dentro del cual el diente o raíz pueda ser desplazado.

Una vez eliminado el diente o raíz se deben remover todas las orillas filosas y proyecciones óseas. Después de limpiar el alvéolo de restos y alisar los bordes agudos del hueso, se insertan las suturas, si estas son requeridas, para mantener los tejidos blandos en su lugar.

5.4. POSICIONES

5.4.1 PACIENTE:

Lo más importante para el Cirujano Dentista es que el paciente se sienta lo más cómodamente posible, por lo que debemos tener en consideración lo siguiente:

- 1.= El paciente debe estar sentado cómodamente en el sillón.
- 2.= la espalda del paciente apoyada en el respaldo y su cabeza cómodamente en el cabezal descansando sobre el occipital.
- 3.= La altura del sillón varía según se vaya a realizar la intervención, en el maxilar o en la mandíbula.

POSICION PARA INTERVENIR EN EL MAXILAR

- 1.= El respaldo del sillón debe colocarse del tal manera que forme un ángulo de más o menos 45°
- 2.= La cabeza debe estar inclinada hacia atrás de modo que forme con el eje del tronco un ángulo de más o menos 90° .
- 3.= La arcada superior del paciente deberá estar más o menos a la altura del codo del Cirujano Dentista.

POSICION PARA INTERVENIR EN LA MANDIBULA:

- 1.= El sillón deberá estar colocado de manera que forme un ángulo de 45°
- 2.= La cabeza del paciente estará colocada también a la altura de los codos del Cirujano Dentista.

5.4.2 POSICION DEL OPERADOR:

Para extraer cualquier diente superior y casi cualquier diente inferior, el operador tiene que estar de pie, erguido frente al paciente, de modo que pueda mirar directamente al interior de la boca.

Para extraer dientes superiores, el sillón se eleva para que los hombros del paciente estén a nivel del codo del operador, se coloca al paciente en posición reclinada de modo que el operador tenga una posición directa del campo operatorio.

POSICION PARA INTERVENIR EN EL MAXILAR

- 1.- El operador deberá colocarse a la derecha del sillón y delante del paciente.

POSICION PARA INTERVENIR EN LA MANDIBULA

- 1.- El operador se colocará por detrás del paciente inclinando su cuerpo ligeramente por arriba de la cabeza del mismo, para poder dominar el campo operatorio.

5.4.3 POSICION DE LAS MANOS DEL OPERADOR:

La mano derecha está destinada al manejo de los instrumentos quirúrgicos.

La mano izquierda será la colaboradora, para sostener la mandíbula o bien para separar labios, carrillos y lengua, y en sí todos los tejidos presentes en la boca.

Para intervenir los dientes superiores, la mano izquierda se colocará de tal manera que el dedo pulgar se apoye en la cara palatina de los dientes, y el dedo índice colocado horizontalmente sobre los tejidos gingivales separando también el labio por la cara vestibular o labial.

Para la extracción de los dientes inferiores el dedo índice se colocará sobre la cara labial o vestibular, y el dedo pulgar en la cara lingual, es importante que la mandíbula sea fijada y sostenida fuertemente para evitar su luxación o disminuir la intensa presión que es necesario ejercer en algún caso de extracción.

Esta presión puede causar molestias al paciente, como dolores en la articulación temporomandibular de cada lado, o del lado opuesto al que se está interviniendo ya sea que el dolor se manifieste durante la intervención o varios días después.

La mano izquierda actúa de la siguiente manera:

El dedo pulgar se ubica en el surco vestibular separando y protegiendo tanto la comisura como el labio inferior, y el dedo índice lo colocaremos por el lado lingual separando a la vez la lengua y tejidos blandos, los dedos restantes así como la parte inferior de la palma de la mano colaborarán en el sostenimiento del cuerpo de la mandíbula o del mentón por su parte inferior y externa del lado a intervenir.

Para la intervención de la extracción de los dientes del lado derecho de la mandíbula, el dedo índice se colocará en el surco vestibular o fondo de saco, sepa

rando y protegiendo tanto la comisura labial como el labio inferior, y el dedo pulgar lo colocaremos unas veces por encima de los bocados del fórceps, los dedos restantes colaborarán tanto en el sostenimiento - ya sea del cuerpo de la mandíbula o en la retracción del mentón de dicha mandíbula.

En extracciones de los dientes anteriores se trabajará algunas veces a la derecha y un poco por delante - del paciente y otras veces por detrás del mismo colocando el dedo pulgar en la cara lingual del diente - por extraer y el dedo índice colocado en el surco vegetibular o fondos de saco separando el labio, los dedos restantes sostienen el borde inferior del mentón, cuando se trabaja a la derecha del paciente para las extracciones del mismo lado, se colocará el dedo índice por lingual separando y protegiendo la lengua y el dedo pulgar se coloca en fondo de saco, separando los labios, los dedos restantes nos servirán para sostenimiento del mentón de la mandíbula.

CAPITULO VI

ACCIDENTES EN LA EXTRACCION DENTAL.

S U M A R I O

- 6.1. INMEDIATOS
 - 6.1.1. LUXACION DE DIENTES VECINOS
 - 6.1.2. FRACTURA DEL INSTRUMENTAL.
 - 6.1.3. FRACTURA RADICULAR
 - 6.1.4. FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR
 - 6.1.5. FRACTURA DE LA TUBEROXIDAD DEL MAXILAR
 - 6.1.6. LUXACION DE LA MANDIBULA
 - 6.1.7. FRACTURA DE LA MANDIBULA
 - 6.1.8. LESION DEL SENO MAXILAR
 - 6.1.9. PENETRACION DE UNA RAZ EN EL SENO MAXILAR
 - 6.1.10. LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS
 - 6.1.11 PARALISIS FACIAL
 - 6.1.12 LESION DE LAS PARTES BLANDAS
 - 6.1.12.1 ACCIDENTES DE LA MUCOSA
 - 6.1.12.2. CONDUCCION O HERIDA DE LABIOS, CARRILLOS, PISO DE BOCA, BOVEDA PALATINA Y LENGUA ENCIA
 - 6.1.12.4 LABIO INFERIOR
 - 6.1.12.5 NERVIOS DENTARIO INFERIOR
 - 6.1.12.6 NERVIOS LINGUAL
 - 6.1.12.7 LENGUA Y PISO DE LA BOCA
 - 6.1.13 HEMORRAGIA
 - 6.1.14 SHOCK
 - 6.1.15 LIPOTIMIA

- 6.1.16 EDEMA
- 6.2 MEDIATOS
- 6.2.1. ALVEOLITIS U OSTEITES ALVEOLAR
- 6.2.2 HEMORRAGIA
- 6.2.3. HEMATOMA
- 6.2.4. OSTEOMIEELITIS
- 6.2.5. ENFISEMA

6.1. INMEDIATOS

6.1.1. LUXACION DE DIENTES VECINOS:

Esté accidente se presenta al transcurrir la presión ejercida sobre el fórceps o los elevadores a los dientes vecinos y/o antagonistas, los cuales resultan lesionados variando desde la fractura de la corona por encontrarse debilitada a causa de procesos cariosos o por obturaciones sumamente amplias, hasta desalojar los de los alvéolos.

El tratamiento se va a planear de acuerdo al problema en caso de fractura coronaria se procederá a reconstruir la parte dañada y en caso de haber movilizado, se tratará de mantener al diente en su sitio por medio de una férula, si se ha logrado el desplazamiento total del diente hay que revisar si es conveniente el reimplante o dejarlo fuera definitivamente.

6.1.2 FRACTURA DEL INSTRUMENTAL:

Por lo general la ruptura se produce cuando la aguja atraviesa el periostio o un músculo, provocado por un movimiento brusco de la cabeza del paciente, si a pesar de las debidas precauciones se produce esté accidente, existen muchas opiniones sobre si hay que dejar el fragmento o debe de extraerse.

Se debe informar al paciente de lo ocurrido asegurandole y teniendo la certeza despues de haber checado clinicamente y radiográficamente que esa aguja no va a emigrar de su sitio, no va a producir problemas y - la logramos palpar y observar, debemos mantener al paciente tranquilo sin que deba moverse, si el fragmento sobresale, hay que intentar extraerlo con una pin-

za de curación o con el instrumento más apropiado que se tenga a la mano, si el fragmento no sobresale, y - la mucosa que lo cubre es bastante laxa, bastará hacer una incisión perpendicular al fragmento que palpamos lo que nos permitirá extraerlo sin dificultad.

Si ya logró mayor profundidad y la mucosa que lo cubre es resistente y si no es posible palparlo deberá hacerse uso de los rayos X, dependiendo del caso, se recomendará intervenir o remitirlo al Cirujano.

6.1.3. FRACTURA RADICULAR:

La fractura del diente es el accidente más frecuente en exodoncia en el transcurso de la extracción al aplicarse el fórceps indebidamente y al efectuar los movimientos de luxación.

la corona y parte de la raíz se fracturan sobre todo en dientes debilitados por procesos cariosos o anomalías radiculares, producida la fractura nuestra obligación es extraer la porción radicular que queda dentro del alvéolo a causa del traumatismo se provocan desgarres en la encía y se desplazan esquirlas óseas, las cuales hay que extraer posteriormente.

6.1.4 FRACTURA DEL PROCESO ALVEOLAR:

Las características más frecuentes que se observan en las fracturas de los huesos alveolares son las siguientes:

Cuando hay dientes, la localización mas frecuente es la parte anterior de la mandíbula y del maxilar; Mu-

chas veces faltan el dolor y la tumefacción, y cuando existen, no son muy importantes.

No siempre hay laceraciones de la piel y la mucosa. - La oclusión es normal, a menos que los dientes estén luxados, parcialmente separados o impactados.

Puede haber conminución del hueso alvéolar pero casi nunca es observable en las radiografías. La radiografía periapical, muestra la fractura en dos dimensiones. Para averiguar si la fractura es completa o incompleta es mejor la manipulación digital.

El tratamiento de las fracturas alvéolares se dirige a la conservación e inmovilización de los dientes de la región, por medio de ligaduras con alambre, "stents bien adaptados o ambas cosas.

Pero es difícil predecir el pronóstico de los dientes son inservibles, deben conservarse durante el período de curación para evitar la pérdida de una base importante para un posterior tratamiento con una prótesis. En los casos en que los fragmentos alvéolares estén - muy desplazados o impactados, puede ser necesaria una reducción cruenta.

Entre los principales tipos de fractura debemos tomar en cuenta los siguientes:

- 1.- FRACTURA COMPLETA: Es aquella en la que se producen dos o más fragmentos.
- 2.- FRACTURA SIMPLE: Es aquella en la que no hay comunicación entre el hueso fracturado y el exterior.
- 3.- FRACTURA ABIERTA: Es aquella en la que a consecuencia del desgarre de los tegumentos, se formo comu

nicación entre el tipo de lesión ósea y el exterior.

4. = FRACTURA MULTIPLE: Es aquella cuando en el mismo hueso hay dos o más fracturas intencientes.
5. = FRACTURA COMPLICADA: Es aquella que va acompañada de lesiones graves de las partes contiguas.
6. = FRACTURA CONMINUTA: Es aquella en la que el hueso ha quedado reducido en varios fragmentos o esquirlas.
7. = FRACTURA ESPONTANEA: Son fracturas que ocurren sin violencia externa, y se originan por una de las causas predisponentes ya mencionadas.
8. = FRACTURA CON IMPACTACION: Es el tipo de fracturas en las que un fragmento penetra y se incrusta en otro.
9. = FRACTURA INCOMPLETA: Es aquella en la que se rompe un lado del hueso, y el otro se rompe como una rama, se observa principalmente en los niños y en los huesos con calcificación defectuosa.
10. = FRACTURA ALVEOLAR: Es la fractura de la apófisis alvéolar sin lesionar alguna otra parte de los huesos maxilares.
11. = FRACTURA DE ESQUIRLA: Es aquella en la que se desprende un pequeño fragmento óseo, como sucede en la lámina alvéolar durante la extracción.

6.1.5 FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR:

Ocasionalmente durante la extracción de un molar superior se siente que se mueve el hueso de soporte y la

tuberosidad del maxilar con el diente. Está accidente generalmente se debe a la invasión de la tuberosidad por el seno, que es común cuando se presenta un molar superior aislado, especialmente si el diente está sobreerupcionado. La geminación patológica entre un segundo molar erupcionado, y un tercer molar superior no erupcionado es una causa predisponente aunque poco usual.

Cuando se presenta la fractura, se debe eliminar el fórceps y levantar un colgajo bucal mucoperiostico grande. La tuberosidad fracturada y el diente deben ser liberados de los tejidos blandos palatinos por disección roma, y levantados de la herida. Los colgajos de tejido blando se aposicionan con suturas de colchonero que voletea los bordes, y se deja en su lugar por lo menos de 10 a 15 días.

6.1.6. LUXACION DE LA MANDIBULA:

Es la salida total o parcial del condilo de la cavidad glenoidea, puede ocurrir por la abertura exagerada, el bostezar, al reír, o vomitarse, también las artritis crónicas causadas por las mal oclusiones, pueden tener como consecuencia esté tipo de luxación, así como intervenciones largas y prolongadas, como la extracción de terceros molares retenidos. Está problema lo puede solucionar el Cirujano Dentista de la siguiente manera, el paciente debe de estar sentado lo más abajo posible con la cabeza apoyada firmemente en el cabezal, y el operador deberá colocarse por delante del paciente, colocar los dedos pulgares sobre las

caras oclusares de los molares y los demás dedos sujetando el borde inferior del cuerpo de la mandíbula, a continuación se procederá a verificar los siguientes movimientos; se fuerza la apertura de la boca haciendo presión hacia abajo, después de un movimiento hacia arriba y hacia atrás, nos ayudaremos con el empleo de anti-inflamatorios, así como compresas húmedas calientes.

6.1.7 FRACTURA DE LA MANDÍBULA:

Entre las características y signos más frecuentes de las fracturas mandibulares se encuentran las siguientes:

La mandíbula es el hueso de la cara que se fractura más fácilmente. A causa de la forma en "U" de la mandíbula, en un traumatismo directo pueden producirse fracturas bilaterales, por ejemplo: La zona de premolares, y el cuello del cóndilo del lado opuesto, o ambos cuellos de los cóndilos pueden sufrir fracturas bilaterales a consecuencia de un traumatismo directo sobre el mentón.

El edema depende generalmente de la fuerza del impacto y del grado de desplazamiento de los fragmentos.

Hay dolor a la palpación sobre la zona de la fractura y a la masticación. En los casos de fractura completa hay una reducción manifiesta de la fuerza masticatoria hay un aumento de la salivación y del babeo y puede apreciarse un habla lenta.

La oclusión de los dientes está alterada, aunque el enfermo puede apreciarlo sólo en los casos de oclusión -

posterior prematura en las fracturas subcondíleas.

La movilidad de los fragmentos puede apreciarse agarrando firmemente la mandíbula por ambos lados, por debajo de la altura de los dientes.

Muchas veces la crepitación en el lugar de la fractura es más palpable que audible.

Quando hay una fractura del cóndilo, durante los movimientos de apertura y cierre de la mandíbula, no se puede palpar la cabeza del cóndilo mediante un dedo - introducido en el oído externo.

El desplazamiento de los fragmentos depende de la dirección tridimensional de las líneas de fractura y de la fuerza con que tiren los músculos.

La clave del tratamiento es un buen cierre de la boca. En la mandíbula sin dientes se restauran los arcos - con una satisfactoria relación centrada y se mantiene una oclusión correcta durante un periodo adecuado (4 a 7 semanas) mediante una fijación intermaxilar.

Las prótesis parciales o completas pueden convertirse en "stents" quirúrgicos y fijarse mediante alambres circunferenciales o transóseos. Pueden conservarse - los dientes de la línea de fractura para facilitar - el tratamiento y muchas veces pueden ser útiles para evitar una reducción cruenta.

Quando no puede conseguirse una reducción cerrada de los fragmentos, puede emplearse una reducción quirúrgica, intraoral o extraoral. Si se emplea una fuerza excesiva o incorrecta, o si han existido cambios patológicos que hayan debilitado la mandíbula.

No debe utilizarse la fuerza excesiva para extraer un

un diente, si no cede con la presión moderada, debe buscarse la causa y remediarla.

La mandíbula puede estar debilitada por Osteoporosis senil, atrofia, osteomielitis, radioterapia previa, u osteodistrofias, como osteitis deformante, displasia fibrosa, o fragilidad ósea, los dientes no erupcionados, quistes, hiperparotiroidismo o tumores, pueden ser causas predisponentes a la fractura.

En cualquiera de estas condiciones la extracción puede ser intentada después de una observación cuidadosa y ayuda radiográfica y de la construcción preoperatória de férulas.

6.1.8 LESION DEL SENO MAXILAR:

La lesión del seno maxilar es un accidente que puede presentarse en cualquiera de las siguientes condiciones; Perforación de la mucosa sinusal, Penetración o proyección de algún instrumento, Proyección y permanencia de alguna raíz o un diente completo dentro del seno maxilar, todo esto se puede deber al empleo de técnicas operatórias inadecuadas, como causa predisponente se puede citar la amplitud del mismo, y la veccindad que tiene con las raíces de algunos dientes como premolares y molares superiores.

6.1.9 PENETRACION DE UNA RAIZ EN EL SENO MAXILAR:

Cuando la raíz o diente ha quedado cerca de su alvéolo original se efectua una exploración de la zona, teniendo mucho cuidado para no introducir más el cuerpo en cuestión, si no es posible extraerlo por medio de

algún instrumento que tengamos a la mano se precederá a ampliar la comunicación entre el alvéolo y el seno maxilar, para que de ésta manera se pueda extraer el cuerpo extraño.

Una vez logrado ésto se tratan de afrontar los tejidos blandos para ver la cantidad de hueso y así saber la cantidad de lámina externa e interna que hay que eliminar; Esto nos permitirá el afrontamiento de los colgajos y poder lograr nuestra sutura, facilitando así la cicatrización del mismo.

Cuando la raíz ha quedado más arriba, la vía de acceso será la vestibular trazando dos incisiones convergentes que van del surco vestibular hasta el corte libre de la encía.

Al levantar el colgajo, ayudado por los Rayos X, vamos a determinar a que altura se encuentra la raíz, - hecho esto se practican unos trepanos (son unos puntos que se hacen con una fresa en el hueso), los cuales se van a venir posteriormente entre sí para poder lograr la ventana ósea y a expensas de la cual vamos a extraer la raíz o el diente; Una vez logrado ésto - hacemos la asepsia lo más perfecto posible y procedemos a suturar, al mismo tiempo administramos antibióticos y anti-inflamatorios como medida postoperatoria preventiva.

Cuando ya el diente se ha proyectado en el seno, o sea que está demasiado arriba y es bastante grande, - lo correcto es remitirlo al Cirujano.

La raíz palatina desplazada al seno, generalmente es la de un premolar o molar superior, así mismo la presencia de un seno maxilar grande es un factor predis-

ponente, pero la incidencia de esta complicación se puede reducir grandemente.

Nunca se debe aplicar el fórceps a un diente o Raíz superior posterior si no hay suficiente superficie expuesta tanto palatina como bucal. Para permitir que los bocados se coloquen bajo la visión directa del operador, - si no es posible eliminar la raíz palatina del molar superior se debe de dejar el tercio apical, si está - se retiene durante la extracción con fórceps y no podemos extraerla.

A menos que sea una indicación positiva para retirarla

No se debe intentar remover una raíz superior fracturada pasando instrumentos por arriba del alvéolo. Si está indicada su remoción, en nuestra ventana ósea colocaremos un elevador arriba de la superficie fracturada de la raíz, para que toda fuerza aplicada a la raíz tienda a retirarla del seno, y dirigirla hacia abajo - y afuera del antro

6.1.10 LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS (PARESTESIA):

Es un adormecimiento de una determinada parte del cuerpo con sensación de hormigueo, quemadura, pinchazo, - frialdad o prurito.

La parestesia de la segunda o tercera rama del trigémino es un problema postoperatorio ocasional, afortunadamente el pronóstico para el tratamiento es bueno y - su recuperación por lo común es sencilla, la técnica - de la inyección es a veces la responsable de ocasionar daño a los troncos nerviosos, también puede deberse a trastornos circulatorios, a la comprensión de un vaso

de relativo calibre, al histerismo y enfermedades del - del cerebro.

Existe la formación de hematomas por el tratamiento de la inyección que comprende la gran mayoría de las complicaciones locales, la técnica supraperiostica puede provocar edemas, dolor persistente, abscesos y ulceraciones ligeras en el punto de inserción de la aguja.

La perforación de los vasos se manifiesta por la aparición de hematomas que consisten en la difusión de san gre siguiendo planos musculares, se caracteriza por un aumento de volúmen a nivel del sitio operado y un cambio de coloración de la piel vecina que dura varios - días, misma que desaparece varios días después, generalmente entre 8 y 9 días.

La aparición de hematomas es más frecuentemente en la - arteria alvéolar.

La acumulación de sangre puede llegar a inyectarse produciendo dolor, fiebre intensa y reacción ganglionar, en estos casos es útil colocar bolsas con hielo para - disminuir el dolor y la inflamación, en algunos casos es necesario hacer una incisión con bisturí para ayudar a que drene la secreción purulenta.

6.1.11 PARALISIS FACIAL:

La parálisis facial es de comienzo brusco, sin causa conocida, es denominada "Parálisis de Bell" y es la causa mas frecuente de debilidad de los músculos de la - expresión facial.

La parálisis de Bell puede presentarse en personas de todas las edades, pero parece ser más frecuente en los

adultos jóvenes. Los varones se afectan con mayor frecuencia que las damas. La frecuencia de afectación de cada lado de la cara es aproximadamente la misma.

El comienzo de la parálisis de Bell es agudo. La parálisis facial es casi siempre unilateral y a menudo se acompaña de dolor en el interior del oído, hacia la región mastoidea o alrededor del ángulo del maxilar.

Pueden existir antecedentes de exposición al frío o de una infección respiratoria alta antes del comienzo de la debilidad facial, pero en la mayoría de los casos existen causas predisponentes apreciables.

Están igualmente afectados los músculos de la región superior y de la inferior de la cara. Las arrugas de la cara están atenuadas y es imposible arrugar o elevar las cejas, debido a la parálisis del músculo frontal.

También están borrados los pliegues normales alrededor de los labios y nariz, y la abertura palpebral es más ancha de lo normal. La parálisis de los músculos orbiculares hace imposible cerrar los ojos, cuando el enfermo se esfuerza para cerrarlos el globo ocular se desvía hacia arriba.

Si intenta sonreír, los músculos faciales inferiores son estirados hacia el lado opuesto al de la parálisis. La mejilla se hincha al respirar: los alimentos y la saliva tienden a estancarse entre los dientes y la mejilla.

El enfermo no puede enseñar los dientes, fruncir los labios o silbar. Puede haber perdido el sentido

del gusto, que afecta a los dos tercios anteriores de la lengua, y en casos raros puede haber intensificación de la audición cuando la parálisis también afecta al músculo estapedio. Falta el reflejo corneal como consecuencia de la parálisis del músculo orbicular de los párpados.

Se demuestra la sensibilidad corneal normal por la contracción palpebral en el lado no paralizado.

La parálisis facial debida a una lesión del cerebro - suele acompañarse de otros signos de lesión de la corteza cerebral y en ella no están afectados los músculos de la frente y del párpado superior. La debilidad facial debida a la parálisis de Bell afecta a todos los; en la parálisis debida a una afección cortical - existe disociación entre los movimientos faciales emocionales.

Las concentraciones efectuadas por orden pueden ser mayores o menores que las que se producen cuando el enfermo sonríe o ríe.

En casos raros la parálisis facial puede ser debida a una lesión del ganglio ótico y geniculado por el virus del herpes zoster.

En esta afección la parálisis facial se acompaña de una erupción cutánea que afecta a la membrana del tímpano y el conducto auditivo externo.

En la mayoría de los enfermos con parálisis de Bell se obtiene un restablecimiento parcial o completo al cabo de algunas semanas. Si el restablecimiento es parcial, aparecen contracturas en el lado paralizado y en un examen superficial, parece existir debilidad de los músculos faciales del lado sano.

La regeneración anormal del nervio durante el restablecimiento puede ocasionar unos movimientos faciales asociados anormales o una secreción anormal, como contracciones de los labios cuando el enfermo parpadea o lagrimea cuando las glándulas salivales son estimuladas en la comida.

No existe tratamiento específico de la parálisis de Bell. Los masajes y la estimulación eléctrica de los músculos paralizados se dirigen a mantener el tono muscular durante el período paralítico.

Deben tomarse medidas para proteger el ojo expuesto cuando el enfermo no puede cerrarlo. En ciertos casos pueden estar indicadas las intervenciones quirúrgicas, como la descompresión del nervio facial o la anastomosis del nervio facial al hipogloso.

Los síntomas más frecuentes que encontramos son:

- 1.- Caída del parpado o incapacidad de oclusión ocular.
- 2.- Caída y desviación de los labios.

Este tipo de parálisis es pasajera y tarda en desaparecer lo que él anestésico tarda en eliminarse, por lo general pasa desapercibido para el paciente pero sí es advertido por el profesionalista.

La parálisis facial puede ser central o periférica, dependiendo de la lesión, si está situada antes o después de su salida de la médula oblongada.

La parálisis facial periférica es originada por lesiones maxilofaciales y se corrigen, algunas veces, aplicando corriente eléctrica; Cuando hay

reacción muscular y debilitamiento de los músculos, - conviene emplear corriente eléctrica lentamente, así - mismo suprimir todo foco de infección de los órganos - dentarios o en los senos nasales accesorios, con el - fin de mejorar el estado general del paciente y acce- - rar su convalecencia.

6.1.12.1 LESION DE LAS PARTES BLANDAS:

ACCIDENTES EN LA MUCOSA

Esté accidente se provoca al realizar una intervención con brusquedad, en la mayoría de los casos las heridas pueden tratarse inmediatamente utilizadno suturas y la hemorragia la controlamos por medio de presión y tapo- namiento, aunado a esto debemos manter la asepsia co- rrecta de la zona afectada.

6.1.12.2 CONDUCCION O HERIDA DE LABIOS, CARRILLOS, PISO DE BOCA BOVEDA PALATINA Y LENGUA.

Algunos piquetes o laceraciones de la mucosa oral, pue- den causar ligeras alteraciones en la mucosa alvéolar, tanto por la parte interna del labio, piso de la boca y la lengua, estas ulceraciones reciben el nombre de - aftas, son extremadamente sensibles y dolorosas irra- diando el dólror con frecuencia a esta zona considera- ble de la cara.

Las heridas por instrumentos que resbalan de las manos del Cirujano Dentista son más alarmantes que peligro- sas y su tratamiento consiste en asegurarse que no - existan cuerpos extraños, una rigurosa asepsia y gene- ralmente se curan por granulación.

6.1.12.3 ENCIA:

El daño puede ser evitado por medio de una cuidadosa -
selección de fórceps y una buena técnica.

Si se adhiere la encía al diente que se está liberando
de su alvéolo, ésta deberá ser cuidadosamente separada
del diente, con un bisturí o con tijeras, antes de -
cualquier intento posterior para liberar al diente.

6.1.12.4 LABIO INFERIOR:

Debemos tener sumo cuidado de que no sea comprimido -
entre los mangos del fórceps y los dientes anteriores.

la habilidad de la mano izquierda debe asegurar que el
labio esté fuera del área del daño.

Hay que asegurarse de que los instrumentos estén com-
pletamente fríos después de su esterilización.

6.1.12.5 NERVIO DENTARIO INFERIOR:

Si el diente o raíz se encuentran en íntima relación -
con este nervio, se puede evitar o minimizar por medio
del estudio radiográfico preoperatorio, y llevado a -
cabo una disección cuidadosa.

El nervio mentoniano puede ser dañado ya sea, durante
la extracción de raíces de premolares, o por una infla-
mación aguda en los tejidos circulares. Protegeremos -
al nervio por medio de un retractor metálico durante -
la operación.

6.1.12.6 NERVIO LINGUAL:

Puede ser dañado debido a una extracción traumática de

un molar inferior cuando los tejidos blandos linguales son atrapados por el fórceps también con la fresa pueden ser dañados durante la remoción de hueso.

Debemos utilizar entonces nuestro retractor metálico, para proteger los tejidos blandos adyacentes cuando utilizamos la fresa.

6.1.12.7 LENGUA Y PISO DE LA BOCA:

Si utilizamos el elevador sin control adecuado se nos puede resbalar el instrumento y lastimaremos la lengua y el piso de la boca.

La lengua está muy vascularizada y puede presentar san grado abundante después de la lesión.

6.1.13 HEMORRAGIA:

La ~~hem~~orragia excesiva puede complicarnos la extracción de dientes: Por lo tanto debemos averiguar si existe historia previa de sangrado y obtener todos los detalles acerca de cualquier episodio hemorrágico previo:

Interesarse en el tiempo de inicio del sangrado de la extracción, su duración, abundancia así como de las me didas necesarias para combatirla.

Si nuestro paciente tiene una historia familiar, previa de hemorragia post-operatoria, es conveniente limi tar el número de dientes que se vayan a extraer - -

en la primera visita, hay que suturar los tejidos blandos y observar el progreso post-operatorio.

Si todo marcha bien aumentaremos nuestras cirugías gradualmente. El flujo constante de sangre durante la operación nos entorpece la visión y hace difícil la extracción.

Nos podemos ayudar con gasa o por medio del uso de un ejetor. Un sangrado más abundante podemos controlarlo por presión con una gasa con solución salina normal - por un tiempo de dos minutos.

Hay ocasiones en las cuales el sangrado puede deberse a la ruptura de un vaso mayor, entonces hay que levantarlo y sujetarlo con una pinza hemostática.

6.1.14 SHOCK:

Es también conocido como colapso circulatorio, es un estado de profundo quebrantamiento con declinación brusca e intensa en todos sus funciones vitales que a menudo conduce a la muerte.

Se podría definir como un transtorno en todas las funciones orgánicas caracterizadas por el entorpecimiento de las facultades mentales, de la sensibilidad, depresión circulatoria - con gran descenso de la presión sanguínea, respiración irregular, temperatura subnormal.

Existen varios tipos de shock, el que más nos interesa es el shock anafiláctico, que se puede definir: como la reacción violenta y a veces fatal que produce la ceguera, por dosis de algún medicamento que sensibilizó al paciente la primera vez que se administró, sus principales síntomas son:

- a).= Piel pálida con diaforesis.
- b).= La presión sanguínea disminuye.
- c).= El pulso se acelera y se vuelve débil.
- d).= La respiración es superficial.
- e).= Ansiedad.
- f).= Sobreviene la pérdida del conocimiento.

Su tratamiento adecuado es:

Colocar al paciente en posición de Tren de Lem Brug, aflojar las ropas que obstruyan la circulación, se hace la aplicación de drogas que aumenten la tensión arterial como es el caso de la adrenalina, también se puede utilizar la transfusión de sangre o plasma, así como frotados calientes para elevar la temperatura corporal.

6.1.15 LIPOTIMIA:

Es la pérdida repentina y temporal del conocimiento - así como de la sensibilidad, como consecuencia de una anemia cerebral consecutiva de descanso rápido de la tensión sanguínea, generalmente tiene su origen en la depresión de la acción cardíaca causada por alguna acción o factor del medio, en el caso que nos ocupa generalmente es el stress.

Sus principales síntomas son:

Piel pálida con sudoración, dificultad visual, zumbido de oído, mareos, conducta insegura, en algunas ocasiones náuseas, y el pulso acelerado.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en posición de Tren de Lem Brug, con el objeto de que exista mayor aporte sanguíneo al cerebro, hay que aflojarle -

las ropas que puedan ejercer cierta presión al cuerpo, y por lo tanto dificultad de la respiración así como - de la circulación.

En algunos casos beneficia bastante darle al paciente a que inhale sales amonicales, alcohol, o la ingestión - de bebidas calientes como café o té.

6.1.16 EDEMA ANGIONEUROTICO (Urticaria gigante, ronchas gigan - tes).

Es una manifestación alérgica al anestésico y otros - que se presentan en la boca o en sus contornos inmedia - tos.

El acumulo de líquido puede ser generalizado y afectar a la mayor parte de la cara o de la boca, o ambas. A - menudo, la reacción edematosa está localizada en si - tios de tejido específico, como los párpados, labios, lengua, mucosa labial, etc., los cuales pueden tener - importancia decisiva en el diagnóstico.

El signo clínico más manifiesto del edema angioneuróti - co es la tumefacción y engrosamiento de los tejidos - afectados, debido a la acumulación de líquido. Los teji - dos engrosados suelen ser de color normal: en algunos casos son pálidos o incluso pueden aparecer ligeramen - te enrojecidos.

La palpación demuestra cierto grado de dureza, aunque a veces la región afectada aparece blanda, lo cual in - dica que la acumulación de líquido está localizada su - perfiacialmente.

En la mayoría de los casos de edema angioneurótico de los tejidos bucales no constituye una amenaza - -

para la vida del enfermo, ya que, una vez que se ha sospechado el diagnóstico, la determinación y eliminación del antígeno o alérgeno causante del trastorno van seguidas de la rápida disminución o desaparición del edema, a menudo en 12 ó 24 horas.

En algún caso la duración es mayor, especialmente cuando existen dificultades para identificar al alérgeno.

6.2 ACCIDENTES MEDIATOS:

6.2.1. ALVEOLITIS U OSTEITIS ALVEOLAR:

También se le conoce con el nombre de alvéolo seco, alvéolo doloroso, osteomielitis localizada, que es en realidad la cicatrización en falso que se acompaña de dolor, el cual puede variar desde leve hasta desespesante.

La técnica para el tratamiento consiste en anestesiarse primeramente al paciente, limpiar los restos del coágulo, así como restos alimenticios del alvéolo, utilizando una cucharilla o pinza de curación envuelta en torunda de algodón.

Luego se hará un lavado a presión con agua bidestilada o solución de suero fisiológico, empleando para ello una jeringa hipodérmica con aguja, la cual llevaremos hasta la región periápical.

Esto se hace con el fin de eliminar todo el tejido necrosado o contaminado, después se colocará en el alvéolo una esponja, de fibrina (Gelfoam), para posterior-

mente cubrirlo con una mezcla sólida de Wonderpack, -
o bien Zoe.

6.2.2 HEMORRAGIA:

La causa más común es la ruptura de un vaso, aunque -
existen ocasiones que los vasos que sangran no son -
pequeños, y entonces se presenta un sangrado constan-
te al que hay que atender por medio de los siguientes
pasos:

- 1.= MEDIOS MECANICOS: Entre estos el más común es la
presión, la cual debe hacerse presionado con los
dedos, también puede lograrse haciendo que el -
paciente muerda una gasa estéril.
- 2.= MEDIOS BIOLÓGICOS: Podemos mencionar, medicamen-
tos de origen biológico, como es la espuma de -
fibrina, la celulosa, etc. Los cuales se apli-
can localmente, y van a favorecer la formación -
del coágulo.
- 3.= MEDIOS QUIMICOS: Citaremos los hemostáticos que
pueden ser coagulantes y vaso constrictores como
por ejemplo; el ácido oxálico, ácido tánico y el
percloruro de hierro.

6.2.3 HEMATOMA:

Si los tejidos blandos no son manipulados cuidadosa--
mente durante la extracción, el edema traumático pue-
de dilatar la cicatrización.

Los instrumentos redondeados, la tracción excesiva del colgajo mal diseñado, son predisponentes a este trastorno. Cuando se rasamos los tejidos fuertemente la inflamación post-operatoria, debida al edema o formación de hematoma, puede causar descarnación de los tejidos blandos, y colapso de la línea de sutura.

6.2.4 OSTEOMILITIS:

Causa depresión total y toxicidad, hay una marcada pirexia, y el dolor es muy intenso. Algunas veces la mandíbula está extremadamente sensible a la palpación extrabucal.

El inicio de la pérdida de la sensibilidad algunas horas, o hasta días después de la extracción es característico de osteomilitis aguda de la mandíbula.

6.2.5 ENFISEMA

Se caracteriza por una reacción inflamatoria crónica de los bronquios y bronquiólos y la destrucción del parénquima pulmonar en las porciones del pulmón que contiene alvéolos.

Consiste en la obstrucción de la corriente aérea y desigualdad de la ventilación y de la circulación sanguínea en porciones localizadas del pulmón.

Es característica la disminución de la saturación de oxígeno de la sangre arterial y en los casos más intensos existe una tensión alta de dióxido de carbono (hipercapnia) y acidosis respiratoria.

Los enfermos suelen aquejar principalmente tos diurna expectoración y disnea del esfuerzo. Debido a la obstrucción de la corriente aérea bronquial, el tórax - suele mantenerse en posición inspiratoria forzada durante la respiración, el diámetro anteroposterior pue de estar aumentado y la fase expiratoria de la respiración está alargada.

CAPITULO VII

CUIDADOS PRE Y POST OPERATORIOS

S U M A R I O

- 7.1. METODOS DE DIAGNOSTICO
 - 7.1.1. RADIOLOGIA
 - 7.1.2. LABORATORIO
- 7.2. FARMACOS
 - 7.2.1. ANALGESICOS
 - 7.2.1.1. ANALGESICOS LEVES
 - 7.2.1.2. ANALGESICOS MODERADOS
 - 7.2.1.3. ANALGESICOS POTENTES
 - 7.2.2. ANTIBIOTICOS
 - 7.2.3. ANTIINFLAMATORIOS
- 7.3. CONDUCTA A SEGUIR EN EL POSTOPERATORIO
 - 7.3.1. ALVEOLO
 - 7.3.2. COAGULO
 - 7.3.3. RAICES

CUIDADOS PRE Y POST-OPERATORIOS

7.1. Métodos de diagnóstico.

7.1.1 RADIOLOGIA

ESTUDIO RADIOGRAFICO.- El cual será pre y post-operatorio ya que muchas anomalías que no pueden ser diagnosticadas clínicamente se describen mediante éste tipo de examen.

INDIACIONES PARA TOMAR UNA RADIOGRAFIA PRE-OPERATORIA

- 1.- Cualquier diente o raíz que se encuentre cerca del seno maxilar.
- 2.- Cualquier diente o raíz que se encuentre cerca del nervio dentario inferior o mentoniano.
- 3.- un diente que presenta resistencia, fuera de la resistencia normal a la extracción con fórceps.
- 4.- En caso de que se requiera seccionar un diente.
- 5.- En caso de que el diente esté afectado por una enfermedad periodontal acompañado de esclerosis del hueso de soporte. Ya que en éstos casos generalmente, éstos dientes presentan hipercementosis.
- 6.- Dientes ampliamente restaurados.
- 7.- Terceros molares, dientes retenidos, o dientes en mal posición como caninos, éstos lo requieren debido a que generalmente sus raíces son anormales.
- 8.- Dientes que no tienen antagonista, y están sobre erupcionados.
- 9.- Raíces retenidas, o un diente no erupcionado.
- 10.- Cualquier diente que haya estado sujeto a un

trauma. Puede presentarse fractura de las raíces y del hueso alvéolar.

11. = Dientes que presenten alguna anomalía dentaria como geminación, dilaceración, etc.
12. = Pacientes con radioterapia de la mandíbula y - por lo tanto con predisposición a la osteo-radionecrosis.
13. = Disostosis cleidocraneal porque por esté trastorno pueden presentarse pseudoanodoncias y raíces en forma de gancho.
14. = Osteítis deformante, las raíces presentan hiper cementosis.

Es importante que el material sea de buena calidad y debe observarse en seco, antes de establecer el diagnóstico final.

REQUISITOS DE UNA RADIOGRAFIA ANTES DE LA EXTRACCION

Debe mostrar toda la estructura radicular y el hueso alvéolar circundante al diente.

En algunos casos se requerirá que tomemos una radiografía periapical y una radiografía oclusal, por ejem: Cuando existen pequeños fragmentos radiculares totalmente cubiertos por tejido blando.

Cuando examinemos la radiografía deberemos poner mayor atención a la pieza por extraer, al hueso de sosten y a los dientes vecinos.

Al observar la película radiográfica se debe poner especial cuidado de no confundir estructuras anatómicas normales, con lesiones periápicales, o con otro tipo de anomalías para evitar accidentes.

Mediante el exámen radiográfico se revelan afecciones que no podrían haberse diagnosticado sin su ayuda, como son; raíz curvada, aparición de quiste, abscesos, exposición cariosa de la pulpa sobre un diente adyacente, etc.

La radiografía postoperatoria puede mostrar esquirlas óseas y sequestros, o indicar que hay un alvéolo limpio y sano, que nos asegurará la disminución de complicación o la ausencia de ellas.

REQUERIMIENTOS DE UNA RADIOGRAFIA.

Debe mostrar toda la estructura radicular y el hueso alvéolar circundante al diente.

En muchos casos una radiografía periápical intrabucal será suficiente, pero hay veces que se requerirá una radiografía extrabucal lateral oblicua de la mandíbula, para mostrar toda la raíz, o el estado, estructura, y cantidad de huesos de soporte.

Se debe saber interpretar una radiografía, para facilitar los factores causantes de la dificultad, cuidadosamente detectados;

- 1.= Número anormal de raíces.
- 2.= Forma anormal de raíces.
- 3.= Patrón radicular desfavorable.
- 4.= Extensión cariosa a la raíz o masa radicular.
- 5.= Fractura o resorción radicular.
- 6.= Hiper cementosis radicular.
- 7.= Anquilosis
- 8.= Geminaciones.
- 9.= Dientes impactados.

10.- Esclerosis ósea y patología.

Si bien es fácil diagnosticar zonas de esclerosis ósea localizada en una radiografía, una evaluación adecuada de la esclerosis ósea generalizada solo es posible si la técnica de exposición y de revelado son fácilmente estandarizadas

Una guía menos certera pero útil, está basada en el tamaño de los espacios de hueso canceroso que semuestran en la radiografía, por lo general los espacios grandes se encuentran en el hueso elástico que cede con facilidad, mientras los espacios pequeños rodeados por trabeculas gruesas radio-opacas caracterizan al hueso esclerótico.

Una interpretación cuidadosa de la radiografía también puede revelar la posibilidad de las siguientes complicaciones.

- 1.- Involucración y daño, a los nervios dentarios inferiores y mentoniano.
- 2.- La creación de una comunicación buco-antral o buco-nasal.
- 3.- Retención por padecimientos intra óseos.
- 4.- El desplazamiento de un diente o raíz dentro del seno maxilar.
- 5.- Fractura de la tuberosidad del maxilar.

Una vez que las dificultades y complicaciones han sido diagnosticadas, se puede decidir el método de extracción a seguir para remover el diente.

La especificidad en ordenar los estudios radiográficos la certeza que el radiologo tenga la suficiente información clínica sobre el paciente o sus problemas

es de suprema importancia, de manera que pueda alcanzarse el diagnóstico radiográfico esclarecedor.

7.1.2 LABORATORIO

ESTUDIO PREOPERATORIO

El recuento hematológico completo, que incluye la - evaluación de la hemoglobina y los índices del hematocrito, un recuento total de leucocitos con fórmula diferencial, la evaluación de las plaquetas circulantes, así como análisis de orina macro y microscópico, deben ser de rutina en el estudio de laboratorio preoperatorio.

Una historia cuidadosamente registrada, y el examen físico generalmente ha de dirigir la atención hacia la presencia de cualquier alteración hemorrágica lo suficientemente grave como para tener consecuencias.

Una prueba de tiempo de tromboplastina parcial, y una evaluación de la cantidad de plaquetas circulantes - frecuentemente son índices utilizados en la detección preoperatoria de las tendencias hemorrágicas.

7.2. FARMACOS.

El deber del Cirujano Dentista hacia su paciente es asegurarse de que el periodo postoperatorio sea lo más indoloro y tranquilo posible.

7.2.1 ANALGESICOS

Los analgésicos son un grupo de medicamentos que amortiguan o interrumpen la percepción para la interpretación.

del dolor, sin producir inconciencia. Por está razón son quizá el grupo de medicamentos más ampliamente usados.

7.2.1.1 ANALGESICOS LEVES

Los medicamentos en este grupo son usados para aliviar el dolor de baja intensidad como las cefaleas o las neuralias ligeras.

ASPIRINA

La aspirina se abrevia como AAS, debido a que su principal ingrediente químico es el ácido acetilsalicílico. Tiene la función no solo de aliviar el dolor, también es un agente antipirético por poseer excelentes propiedades antirreumáticas.

La aspirina puede ser usada sola o en combinación con otros medicamentos analgésicos. Existe cierto número de pacientes que son alérgicos a la aspirina; por lo tanto, antes de prescribirles cualquier analgésico, el Cirujano Dentista debe asegurarse que éste no contenga ningún componente de la aspirina.

La aspirina sin capa entérica no se prescribe a pacientes que reporten una úlcera péptica reciente. La aspirina promedio para adultos en tabletas contiene 300 mg. de aspirina, y la dosis usual es de 1 a 2 tabletas (300 a 600 mg) cada 3 ó 4 horas, según sea necesario para el dolor.

La aspirina pediátrica contiene 81 mg. y tiene la tercera o cuarta parte de la potencia de la aspirina para adulto, A pesar de que la aspirina es un medica-

mento relativamente seguro, en dosis elevadas puede tener efectos colaterales graves y aun llegar a causar la muerte.

FENACETINA

Tiene un valor analgésico similar al de la aspirina, puede usarse en pacientes que son alérgicos o hipersensibles a la aspirina y puede usarse solo o en combinación con otros agentes analgésicos. La fenacetina y la aspirina se utilizan a menudo en combinación con la cafeína, es el compuesto denominado con el nombre de Emprin, y la tableta conocida como APC.

la cafeína se usa debido a sus efectos en el encéfalo, los cuales pueden aliviar la tensión que producen ciertos tipos de dolores de cabeza. La aspirina o la fenacetina, pueden también combinarse con pequeñas dosis de barbitúricos como el fenobarbital y ser éste fabricado bajo el nombre de Phenaphen.

ACETAMINOFEN

Es un derivado de la fenacetina tiene ciertas ventajas sobre ésta y la aspirina.

Este medicamento se está haciendo cada vez más popular y a menudo se encuentra marcado bajo el nombre de Tylenol y Percogésico.

7.2.1.2 ANALGESICOS MODERADOS.

El dolor que se incluye dentro de esta categoría como ni ligero ni extremadamente grave. No tiene ningún valor el tratar a un paciente con dosis bajas de un analgésico leve si el dolor es intermedio; ni sobredosificarlo con un analgésico fuerte si éste no es necesario

Hay dos medicamentos dentro de esta categoría:

DARVON Y ZACTIRIN

Se clasifican a éstos dentro del grupo de analgésicos

DARVON

Este medicamento puede ser producido de tres maneras diferentes; Combinado con aspirina, Fenacetina y cafeína (darvon compuesto) con aspirina o sin ningún otro componente. La preparación más fuerte es el darvon - compuesto 65, el cual contiene el doble de la cantidad que la preparación regular de darvon compuesto.

ZACTIRIN

Este medicamento abarca el mismo aspecto que el Darvon en cuanto a su efecto analgésico. El Zactirin contiene aspirina en su preparación; y también puede encontrarse combinado con APC, además de una dosis más

alta del compuesto básico, se produce como Zactirin - compuesto-100.

7.2.1.3. ANALGESICOS POTENTES

Estos medicamentos los dividimos en dos grupos, los que no son narcóticos y los narcóticos.

NO NARCOTICOS

TALWIN:

Este medicamento se ha venido haciendo cada vez más popular durante los últimos años, debido a que es un medicamento potente y no narcótico, el cual puede ser usado continuamente por un período largo de tiempo - sin llegar a producir evidencia, hábito o - - - - - toxicomanía. Parece ser el equivalente de la codeína en su fuerza analgésica.

NARCOTICOS:

Los narcóticos se subdividen en aquellos que se producen de manera natural como derivados del opio y los sintéticos. Todos los narcóticos deben tener un uso limitado. Narcóticos naturales;

MORFINA:

Este medicamento tiene propiedades analgésicas sumamente altas y es el narcótico natural más fuerte. La morfina produce euforia y por lo tanto, toxicomanía. Dosis mayores que las normales pueden producir sueño profundo y depresión excesiva del sistema respiratorio.

Tienen un uso limitado en la práctica diaria de la -

Odontología debido a su potencia y al hecho que debe ser administrada por vía parenteral.

CODEINA:

Este medicamento es ampliamente usado dentro de la Odontología para el alivio del dolor intenso. Deprime el sistema respiratorio menos que la morfina y su efecto analgésico es aproximadamente la sexta parte de la morfina. Difiere adicionalmente de la morfina en que no provoca sedación progresiva y carece de euforia. Esto disminuye la toxicomanía a la codeína, debido a que al aumentar la dosis de la morfina aumenta también la euforia dentro de un sueño profundo.

La codeína se usa a menudo en unión de la aspirina. El APC o un barbitúrico de acción corta.

Los barbitúricos ayudan a inducir el sueño, en tanto que la codeína alivia el dolor. La codeína también puede producirse con el compuesto Empirin, el cual consiste de codeína y APC o con Phenaphen. La codeína se puede administrar por vía parenteral o bucal.

DILAUDID

Este medicamento se produce mediante alteraciones químicas de la morfina, tiene las mismas características tanto buenas como malas, de la morfina, es más potente y por tanto se usa en dosis más pequeñas.

PERCODAN

Este medicamento que contiene APC parece tener un efecto analgésico similar a la codeína pero posiblemente de mayor duración. Su tendencia hacia la toxicomanía es menor que la morfina, pero mayor que la de la codeína debido a la euforia que produce. Analgésicos narcóticos sintéticos;

CLORHIDATO DE DEMEROL (MEPERIDINA).

Esta droga es quizá el analgésico narcótico más ampliamente usado, tiene propiedades analgésicas intermedias entre la morfina y la codeína. El demerol es bastante usado en la Odontología debido a que, además de sus efectos analgésicos, tiene un efecto similar a la atropina en tanto que seca la boca. El demerol puede presentarse tanto en forma de píldoras conteniendo APC o en solución para inyección.

METADONA

Esta droga es un analgésico potente, cuya potencia es por lo menos igual y posiblemente superior a la de la morfina, en lo que se refiere a aliviar el dolor, pero causa menos náusea y constipación que la morfina. Sus propiedades eufóricas son muy ligeras.

LERITINA

Esta droga posee una acción similar a la del Demerol, pero parece ser considerablemente más potente.

7.2.2 ANTIBIOTICOS

Esta sección sólo cubrirá algunos puntos más sobresalientes del tema, ya que éste es muy amplio.

Los antibióticos se definen como sustancias que son producidas por microorganismos (una sustancia viva, microscópica como una bacteria) los cuales tienen la capacidad, aún en concentraciones muy bajas, ya sea de destruir o de inhibir el crecimiento de bacterias y de otros microorganismos.

El término de antibiótico anti-contra, biosis-vida,

significa contra la vida de otros organismos.

Existen por lo menos tres criterios que debe tener - cualquier antibiótico ideal, pero aún en la actualidad no existe ninguno que satisfaga estos tres requisitos que son los siguientes;

- 1.- Debe tener actividad bactericida (no bacteriostática) para un amplio espectro de microorganismos sin llegar a desarrollar resistencia al medicamento.
- 2.- El antibiótico debe ser capaz de distribuirse - uniformemente através de todos los tejidos y líquidos del cuerpo y una vez que se ha distribuido, debería permanecer en ellos por periodos largos.
- 3.- La acción del antibiótico debe llevarse a cabo - sin dañar al nuésped, es decir a la persona que está tomando el medicamento.

Al elegir un antibiótico, se debe tener un enfoque racional debido a que no existe un antibiótico para todas las infecciones. Puesto que la mayoría de las infecciones dentro de la cavidad bucal responden bien - a la penicilina, este es usualmente el antibiótico de elección cuando se presenta una infección dental. - Existen infecciones en otras partes del cuerpo, como en el riñón, en las cuales las bacterias pueden responder mejor a una de las sulfonamidas.

PENICILINA

La penicilina, es un producto de un moho microscópico fue descubierta por Fleming en 1928 y años más tarde estuvo disponible para su uso clínico.

Fleming identificó a la colonia de hongos, con los cuales estaba trabajando, como *PENICILLIUM NOTATUM*, y catalogó el principio activo que tenía la capacidad para inhibir el crecimiento de cierta bacteria como penicilina.

La penicilina, como todos los medicamentos, tienen una estructura química con una porción central núcleo el cual puede ser modificado por la adición de cadena laterales a los lados de núcleo.

Este núcleo central fué originalmente producido por un hongo y ahora puede ser sintéticamente producido, desarrollando una nueva clase de penicilinas semisintéticas.

Todas estas penicilinas contienen un núcleo común difieren solamente en la naturaleza de sus cadenas laterales.

Los organismos son destruidos por la penicilina solamente cuando éstos son expuestos al medicamento durante su fase reproductiva o sea la multiplicación.

La penicilina trabaja interfiriendo con la formación de la pared celular de la bacteria. Si la bacteria no posee una pared celular no puede vivir.

La penicilina en dosis bajas es bacteriostática y en dosis altas es bactericida. Puede ser administrada por vía bucal, intramuscular, intravenosa o por vía subcutánea, pero no todas las penicilinas pueden ser administradas por todas estas vías.

La penicilina que quizá sea la más comunmente usada es la * G *. Ha habido varias modificaciones de esta penicilina, en un intento para prolongar su duración de actividad y para impedir que los jugos gástricos, que son ácidos, la destruyan y la inutilicen.

Las modificaciones para prolongar su actividad incluyen la adición de procaína a la penicilina G, de tal manera que se puede administrar por vía intramuscular y podrá durar por un período largo de tiempo, debido a que la procaína provoca que se absorba a una velocidad menor. La penicilina G puede ser disuelta en cloruro de sodio. ésta preparación da rápidamente valores de concentración muy altos en sangre, pero que solo durarán periodos cortos de tiempo.

la penicilina, cuando se administra por inyección, es medida mediante unidades, en tanto que si se administra por vía bucal puede ser en miligramos o unidades. Por ejemplo; la dosis normal de penicilina G procaína intramuscular es de 600,000 unidades. Se debe asegurar la diferenciación entre unidades y miligramos, debido a que no son lo mismo; 600,000 unidades no equivalen a 600,000 mg. 250 mg. son equivalentes aproximadamente a 400,000 unidades y en otras 250 mg. son equivalentes a 500,000 unidades.

Alterando una sola molécula de oxígeno en la estructura de la penicilina G, se produjo la penicilina V.

Este medicamento es más estable que la mayoría de las preparaciones de penicilina G, para resistir la acción de los jugos gástricos en el estómago. Cuando se ingiere bucalmente la penicilina V usualmente producirá valores sanguíneos más altos y más prolongados que la misma cantidad de penicilina G, pero cuando se administra por vía intramuscular, la penicilina V produce cifras más bajas que la penicilina G.

Cuando la penicilina G se administra bucalmente, aproximadamente sólo 20% es absorbida por la sangre, en tanto que el resto es destruido por los jugos gástri-

cos y la penicilina que es producida por las bacterias en el intestino.

Nombres comerciales de penicilinas semisintéticas; - Staphcillin, Prostaphillin, Resistopen, Unipen, Dynapen y Veracillin, Estos medicamentos tienen la capacidad de que su estructura no se ve alterada por la acción de la penicilina y, por lo tanto, son efectivos contra los estafilococos, los cuales eran resistentes a las antiguas formas de penicilina.

Un nuevo medicamento, totalmente sintético, ha sido desarrollado llamándose ampicilina. Está, a pesar de ser destruida por la penicilina, tiene un espectro mucho más amplio respecto a las bacterias contra las que es efectiva, en contra de las penicilinas normales.

La administración de penicilinas puede provocar reacciones colaterales agudas, que pueden variar desde reacciones eruptivas menores (urticaria) hasta el choque, inconsciencia y muerte. La mayoría de las reacciones graves ocurrirán en el transcurso de segundos hasta 30 minutos después de la administración del medicamento, que aunque algunas han ocurrido más tarde. Existe una posibilidad muy alta de reacciones graves después de la inyección del medicamento en relación con su administración bucal.

Sin embargo, también han ocurrido reacciones después de la administración bucal.

ESTREPTOMICINA

Es usada dentro de la Odontología, en unión con la penicilina, debido a que en ocasiones puede ser efectiva contra alguna de las bacterias que producen infe-

ciones dentales, en contra de las cuales la penicilina no es efectiva.

La combinación de dos medicamentos dá un espectro más amplio de actividad contra los microorganismos.

Este medicamento no puede ser efectivo si se administra por vía bucal, debido a que no es absorbido en forma significativa en el sistema digestivo y por lo tanto, debe ser administrado por vía intra-muscular.

TETRACICLINAS:

Son antibióticos de amplio espectro debido al gran número de microorganismos contra los que son efectivos. No son tan eficaces como la penicilina G o V en las infecciones dentales, no son usados extensivamente en Odontología. Sus nombres comerciales son; Achromycin, Aureomicin, Terramycin y Declomycin.

En el tratamiento de una mujer después de cuatro meses de embarazo, o en niños durante la lactancia y niñez temprana no debe de administrarse la tetraciclina pues podría producir un cambio de color del diente y un subdesarrollo del esmalte, llamado amelogénesis imperfecta

En ocasiones, tanto las tetraciclinas como la penicilina suprimen el crecimiento de tantos organismos bacterianos, que se pueden llegar a desarrollar un hongo producido por levaduras dentro de la cavidad bucal. Esta infección es llamada algodoncillo o moniliasis y se presenta como una infección de color blancuzco como cuajo dentro de la cavidad bucal, la cual debe ser tratada con medicamentos fungicidas.

ERITROMOCINA

Este es un antibiótico con un espectro de efectividad similar al de la penicilina. A menudo es usado en pacientes alérgicos a la penicilina, se administra por la boca, a pesar de que puede ser administrada por vía intravenosa o intramuscular.

Un derivado de la eritromocina es el Ilosone, se dice que produce cifras sanguíneas más elevadas y mayor duración que la eritromicina.

El Ilosone está totalmente contraindicado en pacientes con enfermedades hepáticas, debido a que en ocasiones puede producir lesiones al hígado.

SULFONAMIDAS

Estos medicamentos fueron los primeros agentes antibacterianos, se descubrieron en 1937. Han sido desplazados en la Odontología en gran parte debido al advenimiento subsiguiente de los antibióticos éstas son todavía usadas exhaustivamente para ciertas infecciones.

7.2.3. ANTIINFLAMATORIOS

AGENTES ANTINFLAMATORIOS

Los encontramos de 3 tipos:

- 1).= Enzimáticos fibrinolíticos
- 2) = Proteolíticos
- 3).= Otros, como son los No hormonales

Las sustancias como antirreumáticos y antiinflamatorios influyen en el metabolismo del tejido conectivo.

ANTINFLAMATORIO DE ORIGEN VEGETAL

ANANASE F.

Refuerza los mecanismos antiinflamatorios fisiológicos y propicia el alivio de la sintomatología, con reducción del edema y el dolor que acompañan a los procesos inflamatorios. Incrementa la absorción de los antibióticos y facilita la penetración en los tejidos. Posee acción fluidificante de las secreciones bronquiales.

Esta contraindicado en los trastornos de la coagulación sanguínea, insuficiencia hepática o renal grave.

Dosis: Una o dos gageas, 4 veces al día.

ANTINFLAMATORIO QUE ES PRODUCIDO POR UNA BACTERIA

DANZEN TAKEDA

Es una proteasa producida por una bacteria serratia - (CEPA E 15), familia de los enteobacteriáceas orden de los Schiromycetes. Es encontrada en el intestino del gusano de seda, de donde se ha obtenido la serratio - peptidasa, en zima proteolítica con gran actividad antiinflamatoria.

Por sus efectos fibrinolíticos y antibradiquimina: Disminuye el edema inflamatorio, la tumefacción y el hematoma al mejorar la circulación del fluido tisular y facilitar la absorción de los productos de descomposición a través de la sangre y los vasos linfáticos.

Acelelera la desintegración del moco viscoso y adherente y de la secreción purulenta.

Facilita la limpieza de las lesiones favoreciendo su cicatrización.

Favorece la concentración de los antibióticos en el tejido infectado, incrementando su acción terapéutica

Dosis: 1 a 2 tabletas / via oral / 3 al día.

ANTIINFLAMATORIO ENZIMATICO FIBRINOLITICO

NEOZYMES

Contiene Tripsina y Quimotripsina:

Antiinflamatorio para el alivio de la inflamación, el edema y el dolor.

Dosis: 1 gragea 4 veces al día.

ANTIINFLAMATORIO DE ORIGEN ANIMAL

PARENGESICO F.

Contiene acetaminofen, Tripsina y Quimotripsina, para el alivio de la inflamación, el edema y el dolor en estados moderados asociados con; cirugía oral, cirugía dental, posteriormente a extracciones.

Dosis: 1 Cápsula antes de la operación seguida de 1 cápsula 4 veces al día por 1 ó 2 días después de la operación.

ANTIINFLAMATORIO NO HORMONAL, CON EFECTOS ANALGESICOS Y ANTIPIRETICO.

AFLAMINA

Aflamina desarrolla su potente acción antiinflamatoria, analgesica y antipirética, en los procesos infla

matorios de cualquier origen.

Su tolerancia gástrica es excelente aún en tratamientos prolongados, No provoca retención de líquidos y - sí en cambio posee discreta acción diurética.

Esta indicada en los procesos inflamatorios: Post-in traumáticos, postquirúrgicos, infecciosos.

Dosis: 1 cápsula 3 a 2 veces al día, preferentemente después de los alimentos, o 1 supositorio, 3 - veces al día.

ANTIINFLAMATORIO Y ANTINEURITICO

DEXABION

Ampolletas; contiene Vitamina B, Vitamina B6, Vitamina B12, 21, fosfato de dexametasona.

Reúne las propiedades antiinflamatorias y antiexudativas de la dexametasona con la actividad neuroregeneradora de las vitaminas neurotropas B1, B6, y B12.

Está indicado en todos los casos que presentan reacciones inflamatorias agudas.

Dosis: Una aplicación cada 2 ó 3 días.

ANTIINFLAMATORIO Y ANTIEXUDATIVO CON ACCION ANALGESICA Y ANTIPIRETICA.

FLANAX

Cápsulas y supositorios.- contienen Metroxipropiociu sodico . Es un eficaz antiinflamatorio y antiexudativo, es analgesico y antipiretico tiene una buena tolerancia en general, es de acción rápida: alcanza su nivel plasmático máximo en 30 a 60 minutos. Está indica

do con antibióticos o sólo y asociado al tratamiento etiológico en:

Odontología flemores, abscesos dentales, pulpitis, - periostitis, periodontitis, gingivitis, estomatitis, pericoronitis, gingivectomías, extracciones dentales, cirugía maxilofacial.

Precauciones: se fija firmemente a las proteínas plasmáticas y puede producir desplazamiento, por competencia, de otros fármacos. Se recomienda vigilar estrechamente a pacientes que reciban cumarina, vasfarina, hidantoína, sulfonilurea: sulfamida, porque su desplazamiento puede ocasionar efectos indeseables o disminuir su actividad terapéutica. Flanax puede interferir en la adhesividad de las plaquetas y prolongar el tiempo de sangrado. Debe usarse con precaución en pacientes con insuficiencia cardiaca, hepática o renal.

Dosis: 2 cápsula c/8 hrs.

Niños mayores de 6 años por término medio, un supositorio infantil (50 mg) c/8 hrs.

INDOMETACINA

Los compuestos del indol con cadena lateral ácida en posición 3 han sido estudiados intensamente en virtud de sus efectos analgésicos y antiinflamatorios. Su toxicidad suele impedir su empleo por largo tiempo.

QUÍMICA: La indometacina es el ácido 5- metoxi - 2 - metilindol - 3 acético.

Propiedades farmacológicas. Los principales efectos de la indometacina son antipiresis, analgesia y alivio de la inflamación. El efecto analgésico de la indometacina es evidente solo en aquellos estados pato-

lógicos en que el dolor acompaña a un estado inflamatorio.

La indometacina produce potente efecto antiinflamatorio en animales de experimentación y en el hombre.

La indometacina desaclota la fóforilación oxidativa - en los mitocondrios del tejido cartilaginoso y del parénquima hepático y su mecanismo de acción puede estar relacionado con este efecto.

Reprime el factor de permeabilidad de los ganglios - linfáticos en reacciones de hipersensibilidad retardada y como la colquicina, inhibe los movimientos de los leucocitos polimorfocitares.

Absorción, distribución, biotransformación y eliminación.

La indometacina ingerida es rápidamente absorbida y - casi en su totalidad, por el tubo digestivo. El nivel máximo en el plasma se alcanza en el término de una - a cuatro horas, según el tamaño de las partículas del preparado ingerido.

La indometacina se une químicamente a las proteínas - del plasma en cantidad que puede llegar a 90 por 100. Solo pequeñas cantidades entran en el líquido cefalorraquídeo. La excreción urinaria del fármaco es de 50 por 100 en 48 horas. El resto sale con las heces, - principalmente sin alteración.

Una pequeña porción de la indometacina es metabolizada en el hígado y convertida en derivados o desmetilados y no desclorbenzoilados. La substancia inalterada y - sus productos de biotransformación entran con la bilis en el intestino y son resorbidas pasan a la san-

gre, se conjugan en el riñon y se excretan con la orina en forma de acilglucurónidos.

En el hombre, la indometacina, totalmente en forma de glucurónidos experimenta la fibrilación glomerular y la secreción tubular; esta es inhibida por la probenecida con lo que aumenta el nivel sanguíneo del medicamento.

La indometacina no interfiere en el efecto uricosúrico de la probenecida.

Preparados y dosis:

indometacina (Indomcin) es un polvo blanco finamente cristalizado, scasi insoluble en agua. Las cápsulas - contienen 25 ó 50 gmg. dos veces al día y puede aumentarse si es necesario.

Usos terapéuticos: La indometacina se emplea en terapéutica por sus efectos analgésico, antipirético y antiinflamatorio, no se recomienda su empleo como, analgésico de dolores leves ni como antipirético, el uso principal de este medicamento es el alivio de las enfermedades inflamatorias reumatoides y no reumatoides.

Alivia el dolor, reduce la tumefacción y la sensibilidad de las articulaciones y eleva la fuerza de presión.

Efectos de toxicidad y precauciones. Los trastornos y complicaciones gastrointestinales son anorexia, náuseas, dolor abdominal y úlcera péptica, a veces con hemorragia y perforación. Hay casos de pancreatitis aguda. Puede producirse diarrea, a veces con lesiones ulcerosas del intestino. Las lesiones hepáticas son -

raras. En el S.N.C. el efecto más frecuente es la - fuerte cefalalgia frontal. Son frecuentes los vahidos el vértigo, atolondramiento y confusión mental. Se - han registrado grave depresión, psicosis, alucinaciones y suicidios.

En los efectos visuales, se citan opacidad corneal, alteraciones del campo visual y palidez de la papila óptica. Las reacciones de la hematopoyesis son neutropenia y anemia aplásica.

Reacciones de hipersensibilidad se manifiestan en forma de exantemas menores, prurito, urticaria y de mayor entidad, ataques agudos de asma.

La indometacina no debe darse a mujeres embarazadas, a niños, ni a personas con trastornos psiquiátricos, epilepsia o parkinsonismo. Está contraindicada en individuo con enfermedad renal o lesiones ulceradas de estómago o intestino.

ANTIPIRINA Y AMINOPIRINA

Son derivados de la fenilpirazolona . Los dos efectos principales de la aminopirina y la antipirina son - analgesia y antipirexis, ambas producen efecto anti-inflamatorio.

La antipirina se absorbe pronto y casi por completo - en el tubo digestivo humano y en la primera o segunda hora se alcanza la concentración máxima en el plasma.

Como los efectos de la aminopirina son parecidos a los de la antipirina y como su toxicidad suele impedir su uso clínico, no se la explicará con detalles, ni es - recomendable su uso.

7.3. CONDUCTA A SEGUIR EN EL POSTOPERATORIO.

Se debe instruir al paciente, para que evite los enjuagues vigorosos, ejercicio violento, estimulantes o comida, bebidas muy calientes por el resto del día para minimizar el riesgo sanguíneo de hemorragia postextracción.

No solo se deberán dar estas instrucciones postoperatorias al paciente quirúrgico en el momento en que se despacha del consultorio dental, sino que es una buena política llamar al paciente al día siguiente de la cirugía para saber cómo se ha sentido y si tiene preguntas adicionales.

Esta llamada postoperatoria es hecha de manera sistemática, aunque sólo se haya hecho la extracción de un diente, es muy apreciada por los pacientes y a menudo se contestan las preguntas que pudieran tener en ese momento.

INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS SISTEMICAS

- 1.- GASA: Déjese la gasa que tienen en la boca por lo menos 30 minutos.

Esto es muy importante para la hemostásis

- 2.- ENJUAGUES: No se enjuague la boca el día de hoy, sino que comience mañana a enjuagarse la suavemente cada 3 ó 4 horas, en especial después de los alimentos, utilizando una cucharadita de sal en un vaso con agua tibia. Continúe con estos enjuagues por varios días.

Deberá enjuagarse insistentemente por los siguientes días de tal manera que

los residuos no se acumulen en la zona evitándose la infección.

3.- REPARACION: No moleste a la encía herida tocándola con los dedos, palillos de diente o la lengua, debido a que la irritación, sangrado e infección podría instalarse en la herida. El coágulo se ha formado es el método del organismo para realizar la curación y éste no deberá ser molestado.

Los pacientes tienen la tendencia a jugar con las zonas quirúrgicas dentro de la cavidad bucal. Puede ser que no se estén dando cuenta de que están haciendo un daño potencial a la herida y por esto se les llama la atención en ésta precaución.

4.- NO FUMAR: Ni ingerir bebidas alcohólicas durante las primeras seis horas.

Le pedimos al paciente que no fume dentro del periodo de tiempo inmediato, de tal manera que en las primeras etapas de la formación del coágulo no se introduzcan residuos de tabaco dentro del alvéolo que actúen como cuerpo extraño.

Se le pide que no ingiera bebidas alcohólicas, debido a que el alcohol es vasodilatador y provoca que los vasos sanguíneos amplíen su tamaño y por lo tanto, puede estimular el sangrado durante estas primeras horas del postoperatorio.

5.- INFLAMACION: Una bolsa de hielo en pedacitos en una toalla deberán ser aplicados en la zona quirúrgica durante las primeras 24 hrs. por períodos de media

hora y con descansos de media hora. Después se deberá aplicar una bolsa de agua caliente a la zona de manera similar, hasta que la inflamación haya disminuido.

La inflamación postoperatoria llamada edema es la acumulación de líquido entre las células, las cuales alcanzarán su punto máximo en las 48 horas posteriores y entonces y comenzarán a disminuir.

El hielo se utiliza dentro de las primeras 24 horas - en un intento para reducir el edema, pero no es utilizado constantemente debido a que produce vasoconstricción (estrechamiento de los vasos sanguíneos) y la sangre es necesaria en la zona para ayudar al cuadro postoperatorio.

La bolsa de agua caliente es utilizada en los días ulteriores, de tal manera que se trae sangre adicional dentro de la zona para ayudar a la reparación de la zona quirúrgica.

6.- SANGRADO: Después de las extracciones es de esperarse cierto sangrado.

Al paciente se le advierte que puede tener algún sangrado y él sabe que es lo normal.

Si el sangrado persiste y el paciente ha hecho todo lo que se le ha ordenado, entonces se deberán tomar otras medidas.

7.- DOLOR: Para el dolor de tipo leve al tipo promedio, se utilizan medicamentos del tipo de la aspirina o bien el que se le haya recetado.

Para el dolor sistemático, el paciente podrá utilizar un medicamento del tipo de la aspirina.

Si esto no llena todos los requisitos para aliviar el dolor, se le dará una receta para un medicamento más fuerte.

8.- ALIMENTACION: Se le aconseja al paciente una alimentación blanda o líquida durante las primeras 24 hrs. Asegúrese de consumir grán cantidad de líquidos.

Una alimentación blanda es fácil de manejar por el paciente y es poco probable que estime cualquier sangrado postoperatorio.

9.- BORDES OSEOS: Son fragmentos pequeños y afilados de hueso que podrían llegar hasta la encía durante el proceso de sangado. Estas no son raíces y si están molestando regrese al consultorio para que le sean retirados.

La razón es hacer incapié en que no son raíces, ni ípices. El paciente no se da cuenta que puede haber virtas óseas que tratan de salir por las encías y lo primero que viene a la mente es que parte del diente le fué dejado en el alvéolo.

10.- SUTURAS: Si se han colocado suturas y van a ser retiradas, hay que asegurarse que esto sea un procedimiento indoloro.

El paciente que regresa para la remoción de las suturas, expresará un gesto de alivio después que le han sido retiradas.

11.- SINTOMAS: Si llegara a ocurrir cualquier síntoma poco usual, el paciente deberá comunicarse al consultorio de inmediato.

Si se le asegura al paciente que la respuesta está - tan cercana como el teléfono, se le dará confianza - adicional durante el período postoperatorio y de curación, pues sabe que puede llamar en caso de que surja cualquier problema o pregunta.

Luego de utilizar anestesia local los labios, le lengua o los carrillos pueden quedar adormecidos por dos o tres horas, los cuales pueden ser dañados por mordeduras. El paciente debe ser advertido de esté peligro y debe instruirse para regresar a consulta si cualquier complicación sucediera antes del periodo de cicatrización.

Siempre que sea posible las instrucciones verbales - postextracción deben ser complementadas dando al paciente instrucciones estrictas o impresas.

7.3.1 ALVEOLO.

El alvéolo cuando un diente ha sido extraído el alvéolo debe de limpiarse cuidadosamente de restos, de esquirlas óseas y se alisarán los bordes agudos con una lima para hueso, posteriormente lavaremos con suero fisiológico y comprimirémos el alvéolo para reducir cualquier distorsión de los tejidos de soporte.

La reparación de un alvéolo después de una extracción habitualmente, se lleva a cabo de la siguiente manera

1.- Inmediatamente después de la cirugía existe la formación de un coágulo que llenará el alvéolo.

2. La organización de este coágulo se lleva a cabo por la proliferación de tejido conjuntivo joven 4 a 6 días después.
3. Existe un reemplazo gradual de este tejido conjuntivo joven por hueso inmaduro después de 4 a 6 semanas.
4. Existe un reemplazo de este hueso inmaduro en el transcurso de 4 a 6 meses ulteriores. Por lo tanto en 4 a 6 meses la zona de la mandíbula y del maxilar, en donde fué extraído un diente, deberá tener apróximadamente el mismo hueso que lo rodea, que el que tenía desde el nacimiento.

7.3.2. COAGULO

Le daremos al paciente una gasa para que la muerda firmemente hasta que se presente el coágulo sanguíneo firme dentro del alvéolo.

La gasa debe de estar de tal forma que se pueda ejercer una presión firme sobre los márgenes sangrantes del alvéolo, esta gasa puede estar cubierta por celofán estéril para evitar así que absorba la sangre del alvéolo.

7.3.3 RAICES

Revisaremos las raíces de los dientes extraídos para estar completamente seguros de que no dejemos nada dentro del alvéolo, si fueron sacados en partes, las reconstruiremos para estar seguros y si existe alguna duda nos ayudaremos de los rayos X

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Estos son absolutamente necesarios para asegurar el éxito de la intervención. La inadecuada o simple falta de instrucción postoperatoria puede ser causa del fracaso en la operación, aún en las heridas mejor operadas.

Con todo y a pesar de ello, muchos Cirujanos Dentistas no dan las instrucciones para proteger su cirugía. A pesar de que la palabra escrita al final de una intervención es mucho más efectiva que todas las instrucciones que puedan dársele al paciente. Es responsabilidad del profesionista seguir el curso del postoperatorio tan uniformemente como sea posible y un orden para llevarlo puede ser el siguiente;

1. = Prescripción de un medicamento adecuado de acuerdo con la intensidad del dolor.
2. = Capacidad para pronosticar con alguna certeza el curso del postoperatorio.
3. = Reconocimiento de una anomalía en el postoperatorio.
4. = Preparación para enfrentarse con las complicaciones.

INFECCION POSTOPERATORIA.

Puede ser causada por una celulitis éste estado debe ser diferenciado del edema y del hematoma postoperatorio.

Si la inflamación se presenta es recomendable el siguiente método de tratamiento;

1. = Instrucción dietetica.
2. = Analgésicos y sedantes (terapia de mantenimiento y para incrementar la resistencia del huésped).
3. = Incisión y drenaje, tan pronto como sea posible, (evacuación del pus, e incrementar la resistencia tisular).
4. = Prescripción de antibióticos, si se considera necesario, (con el objeto de disminuir la resistencia bacteriana).

CONCLUSIONES

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

Existen varias causas por las cuales se tendra que recurrir a la extracción de los órganos dentarios.

- Una de las más comunes es el proceso carioso avanzado; tal que no permita la restauración del órgano dentario por los medios convencionales.
- Otra causa es una periodontopatía, una infección aguda y crónica (absceso, quiste, granuloma).
- O bien se recurre a la extracción cuando se va a realizar un tratamiento de Ortodoncia, prótesis Fija o Removible.
- En un diente fracturado.
- Cuando no existe el espacio adecuado para una correcta oclusión.
- Cuando los clientes que van a extraer no puedan ser restaurados por los procedimientos de Operativa Dental o Endodoncia.

El Cirujano Dentista deberá realizar diversos procedimientos para la correcta extracción del órgano dentario.

- Una completa y minuciosa Historia Clínica,

- Asepsia y Antiseptia del operador, de la región y del instrumental.
- Una correcta técnica de Anestesia y la elección del anestésico adecuado.
- Una correcta posición del operador, dependiendo de la región en donde se encuentre el órgano dentario por extraer.
- La elección del instrumental debe ser cuidadosa y bien definida para cada caso en particular. Es importante tener disponible además del instrumental requerido, un instrumental complementario para los casos de complicaciones.

Deben tomarse en cuenta los procedimientos pre y post operatorios que se deben llevar a cabo y una antibioterapia adecuada a cada paciente.

Por lo tanto tomando en consideración algunos de los factores en los cuales es necesaria la realización de la extracción de los órganos dentarios, me he basado y permitido la realización de esta tesis, esperando contribuir con ella a que el estudiante de Odontología y todas las personas a las cuales les interese este tema puedan ampliar sus conocimientos en base a la presente.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

DUNN J. MARTIN.- Farmacología, Analgesia, Técnicas México 1980.

BOOTH F. DONALD. De esterilización y Cirugía

CLANCY MARIE . - Bucal en la Práctica Dental

Edit. El Manuel Moderno, S.A.

p.p. 23-36-49-166-190

GOODMAN S. LUIS.-Bases farmacológicas de la Terapeu-México 1974
tica, Edit. Interamericana,

p.p. 256 - 280

HOWE L. GEOFFREY.- La extracción dental, Edit. El México 1982

Manuel Moderno.

p.p. 1-13-25-26-96-109-114

KRUGER O. GUSTAV.- Cirugía Buco-maxilo facial, Buenos Aires 1982
Edit. Panamericana,

p.p. 52-75-80-192-197-596-597

ROSENSTEIN EMILIO.-Diccionario de Especialidades México 1981
farmaceuticas. Edit. Mexicana

p.p. 15-63-257-408-666-724

ROUSSY GUSTAVO.- Diccionario de Medicina. Edit. México 1982
Mexicana

p.p. 67-103-234-752

ZEGARELLI U. EDWARD.- Diagnóstico en Patología Barcelona 1979

KUTSCHER H. AUSTIN .- Oral, Edit. Salvat,

HYMAN A. GEORGE

p.p. 58-59-119-120-322-571-572-623

FE DE ERRATAS.

<u>página.</u>	<u>línea</u>	<u>dice</u>	<u>debe decir.</u>
s/n (ind)	10	lección	lesión.
14	12	abstendemos	abstendremos.
19	5	en contrario	en caso contrario.
23	7	activo	activa y pasiva
24	3	punto de app yo potencia, y resistencia.	punto de apoyo o fulcro, y palanca, en la palanca se -- consideran 3 factores; pun- to de apoyo, potencia y re- sistencia.
49	7	cuchillas	cucharillas.
53	24	dientes im- plantados.	dientes normalmente implan- tados.
57	24	que forme	que el respaldo forme.
63	15	dientes son inservibles.	dientes en una fractura al- véolar es importante. inclu- so si los dientes son inser- vibles.
67	27	extraoral. si se emplea	extraoral La fractura de la mandíbula puede complicar - la extracción dental si se emplea.
73	14	los; en	los movimientos; en
94	12	euforia den- tro.	euforia con la resultante - de que el paciente realmen- te puede sumergirse dentro.