

879522
9
2ej



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EXODONCIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

IRMA YOLANDA CORRAL CHAVIRA



CHIHUAHUA, CHIH.,

1991



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.

Í N D I C E

P Á G.

| | |
|---------------------------|----|
| OBJETIVO+++++ | 6 |
| INTRODUCCIÓN+++++ | 8 |
| CAPÍTULO I | |
| ASEPSIA Y ANTISEPSIA+++++ | 10 |
| OPERADOR+++++ | 11 |
| INSTRUMENTAL+++++ | 12 |
| CALOR SECO+++++ | 13 |
| CALOR HÚMEDO+++++ | 13 |
| CAPÍTULO II | |
| EXAMEN DEL PACIENTE+++++ | 15 |
| FICHA DE IDENTIDAD+++++ | 15 |
| INTERROGATORIO+++++ | 15 |
| INSPECCIÓN+++++ | 16 |
| PALPACIÓN+++++ | 16 |
| PERCUSIÓN+++++ | 16 |
| AUSCULTACIÓN+++++ | 17 |
| MEDICIÓN+++++ | 17 |
| PUNCIÓN EXPLORADORA+++++ | 17 |
| APARATOS+++++ | 18 |
| DIGESTIVO+++++ | 18 |

| | | |
|--------------|--|----|
| | RESPIRATORIO+++++ | 19 |
| | CARDIOVASCULAR+++++ | 19 |
| | GENITOURINARIO+++++ | 19 |
| | NERVIOSO+++++ | 20 |
| CAPÍTULO III | | |
| | ANESTESIA LOCAL+++++ | 21 |
| | ANESTESIA POR COMPRESIÓN+++++ | 22 |
| | ANESTESIA POR REFRIGERACIÓN+++++ | 22 |
| | ANESTESIA POR SOLUCIONES+++++ | 23 |
| | ANESTESIA INFILTRATIVA+++++ | 24 |
| | A) ANESTESIA PERIFÉRICA TERMINAL+++ | 25 |
| | B) ANESTESIA TRONCAL O REGIONAL++++ | 28 |
| CAPÍTULO IV | | |
| | INDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN+++++ | 33 |
| CAPÍTULO V | | |
| | CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN+ | 36 |
| CAPÍTULO VI | | |
| | TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN CON FÓRCEPS+++++ | 38 |
| CAPÍTULO VII | | |
| | TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN CON BOTADOR+++++ | 44 |

CAPÍTULO VIII

| | |
|-----------------------------|----|
| ACCIDENTES Y COMPLICACIONES | |
| DE LA EXTRACCIÓN+++++ | 49 |
| ACCIDENTES DEBIDOS A | |
| INSTRUMENTOS+++++ | 49 |
| ACCIDENTES SOBRE LOS | |
| DIENTES+++++ | 50 |
| ACCIDENTES SOBRE LOS | |
| MAXILARES+++++ | 50 |
| ACCIDENTES QUE AFECTAN | |
| LAS PARTES BLANDAS+++++ | 51 |
| COMPLICACIONES+++++ | 51 |
| HEMORRAGIA+++++ | 51 |
| INFECCIÓN+++++ | 51 |
| TRASTORNOS NERVIOSOS+++++ | 52 |
| CONCLUSIONES+++++ | 72 |
| BIBLIOGRAFÍA+++++ | 75 |

O B J E T I V O

DEBIDO A LA GRAN IMPORTANCIA QUE TIENE ÉSTA RAMA DE LA ODONTOLOGÍA QUE ES LA EXODONCIA, ES NECESARIO QUE EL ODONTÓLOGO CONOZCA LAS TÉCNICAS ANESTÉSICAS Y DE EXTRACCIÓN, PARA EL ÉXITO, TANTO DE LA OPERACIÓN COMO PROFESIONALMENTE.

EL OBJETIVO DE ESTA TESIS ES AYUDAR AL ESTUDIANTE A CONOCER ESTAS TÉCNICAS Y A ORIENTARLO SOBRE SU USO PARA CONSEGUIR UNA COMPLETA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.

UNA VEZ HECHA LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y QUE ESTÉ LISTO PARA LA INTERVENCIÓN, OBSERVAREMOS QUE EL INSTRUMENTAL, EL CAMPO OPERATORIO REUNAN LAS CONDICIONES DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA QUE SE REQUIEREN, PROCEDEREMOS A LA ANESTESIA DEL MISMO, ELIGIENDO UN BUEN ANESTÉSICO, LA TÉCNICA ANESTÉSICA QUE SE EMPLEE SERÁ DADA POR LA PIEZA O REGIÓN QUE SE VA A-

OPERAR.

LA ELECCIÓN DEL INSTRUMENTAL DEBERÁ HACERSE CON MUCHO CUIDADO Y DE ACUERDO A LA PIEZA QUE SE TRATE.

DEBEMOS EMPLEAR TÉCNICAS CORRECTAS E INSTRUMENTAL DE BUENA CALIDAD PARA EVITAR ACCIDENTES; SI LLEVAMOS A CABO CORRECTAMENTE ESTOS PUNTOS TENDREMOS -- ÉXITO.

I N T R O D U C C I Ó N

LA EXODONCIA ES LA RAMA DE LA ODONTOLOGÍA QUE SE OCUPA DE LA AVULSIÓN DE LOS ÓRGANOS DENTARIOS.

LA EXTRACCIÓN DENTARIA ES LA OPERACIÓN QUE TIENE POR OBJETO DESALOJAR DE SUS ALVÉOLOS LAS RAÍCES DE -- LOS DIENTES QUE SE CONSIDERAN NOCIVOS.

LA EXTRACCIÓN DENTARIA FUÉ CONSIDERADA HASTA HACE POCO TIEMPO COMO UN ACTO QUIRÚRGICO DE ESCASA IMPORTANCIA QUE SE DEJABA EN MANOS DE EMPÍRICOS QUE RECIBIERON EL DESPECTIVO NOMBRE DE "SACAMUELAS". DICHA OPERACIÓN ERA CONSIDERADA SIN IMPORTANCIA, PUES SEGÚN EL EQUIVOCADO CRITERIO DE AQUELLA ÉPOCA, LA FUERZA -- BRUTA ERA LO ÚNICO DIGNO DE TENERSE EN CUENTA. AGRE GANDO LA IGNORANCIA ABSOLUTA DE LA RELIGIÓN, CARENCIA DE INSTRUMENTAL ADECUADO, Y DE ANESTÉSICOS CONVENIENTES.

SABEMOS QUE EN LA ANTIGÜEDAD SE HACÍAN EXTRACCIO

NES, PRINCIPALMENTE DE DIENTES MUY MÓVILES. LOS ---
INSTRUMENTOS EMPLEADOS ERAN LOS FÓRCEPS.

EL FÓRCEPS MODERNO NO ES SINO UN PERFECCIONAMIEN
TO DEL MÁS ANTIGUO DE ESTOS INSTRUMENTOS.

EL FÓRCEPS HA SIDO OBJETO DE MÚLTIPLES CAMBIOS,-
EN LA ACTUALIDAD EL CIRUJANO DENTISTA EN SU PRÁCTICA-
DIARIA EL INSTRUMENTO QUE MÁS SE UTILIZA ES EL FÓR---
CEPS ANATÓMICO, QUE NO ES SINO EL RESULTADO LÓGICO --
DEL CONSTANTE AFÁN PARA MEJORAR EL INSTRUMENTAL QUE -
SE UTILIZA EN ESTA IMPORTANTE RAMA DE LA ODONTOLOGÍA.

LA EXODONCIA, LA CUAL SEGUIRÁ PRACTICÁNDOSE POR-
MUCHO TIEMPO, PESE A LAS BUENAS INTENCIONES DE LA----
ODONTOLOGÍA PREVENTIVA.

CAPÍTULO I

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

LOS MÉTODOS QUE USAMOS Y LOS MEDIOS DE QUE NOS VALEMOS PARA EVITAR LA PENETRACIÓN DE GÉRMESES EN EL ORGANISMO, ES LO QUE SE LLAMA ASEPSIA; Y LOS MEDIOS Y PROCEDIMIENTOS USADOS PARA LA DESTRUCCIÓN DE GÉRMESES RECIBEN EL NOMBRE DE ANTISEPSIA.

LA ASEPSIA SE PUEDE LLEVAR A CABO POR DISTINTOS MEDIOS, YA SEAN MECÁNICOS, FÍSICOS, QUÍMICOS O BIOLÓGICOS.

LA ANTISEPSIA SE LOGRA POR MEDIO DE ANTISÉPTICOS QUE OBRAN DIRECTAMENTE SOBRE LOS GÉRMESES, ELIMINÁNDOLOS O NEUTRALIZÁNDOLOS.

COMO PARTE DE LOS TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS, SE EXIGEN LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- A) ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL OPERADOR.
- B) ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL CAMPO OPERATO--
RIO.
- C) ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL INSTRUMENTAL.

OPERADOR:

LAS MANOS DEL OPERADOR ESTARÁN EXENTAS DE TODO--
AQUELLO QUE PUEDA PRESENTAR RETENCIÓN DE GÉRMINES; --
LAS UÑAS CORTAS Y LIMADAS.

LA ESTERILIZACIÓN DE LAS MANOS SE INICIA CON UN-
PERFECTO CEPILLADO DE UÑAS, SE SEGUIRÁ CON LA PALMA -
Y DORSO DE LA MANO Y ANTEBRAZO, HASTA EL NIVEL DEL CO
DO.

ESTE CEPILLADO SE HARÁ DURANTE 5 MINUTOS CON ---
AGUA Y JABÓN O DESINFECTANTE, HECHO ESTO, SE ENJUAGAN
LAS MANOS CON AGUA ESTÉRIL, POR ÚLTIMO SE ENJUAGAN CON
ALCOHOL. LAS MANOS SE CUBREN CON GUAANTES DE HULE ES
TÉRILES.

INSTRUMENTAL:

SE EMPLEARÁ EL INSTRUMENTAL ADECUADO PARA LA OPERACIÓN QUE SE VA A PRACTICAR, PREVIA ESTERILIZACIÓN DEL MISMO.

A) LOS MEDIOS MECÁNICOS PARA OBTENER LA ANTI SEPSIA SON:

1.- LIMPIEZA MECÁNICA DEL CAMPO OPERATORIO, QUE CONSISTE EN PRACTICAR UN PROFILÁCTICO CON EL FIN DE ELIMINAR EL TÁRTARO ACUMULADO SOBRE LOS DIENTES.

B) ENTRE LOS MEDIOS FÍSICOS SE HAN EMPLEADO LA LUZ, CALOR, FRÍO, PERO SOLO MERECE TOMARSE EN CUENTA LO QUE SE BASAN EN EL USO DEL CALOR COMO MEDIO DE DESTRUCCIÓN DE LOS GÉRMINES.

EL CALOR EMPLEADO PUEDE SER SECO O HÚMEDO

EL CALOR SECO:

LA ESTERILIZACIÓN POR CALOR SECO SE OBTIENE EN ESTUFAS METÁLICAS, GENERALMENTE DE COBRE CROMADO. LA FUENTE CALORÍFICA PUEDE SER GAS O ELECTRICIDAD Y LA ESTERILIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS SE OBTIENE MANTENIENDO EL CALOR A 160° DURANTE 40 MINUTOS.

EL CALOR HÚMEDO:

PARA LA ESTERILIZACIÓN CON CALOR HÚMEDO SE EMPLEA AGUA HIRVIENDO CORRIENTE Y VAPOR DE AGUA SATURADO A ALTA PRESIÓN. EL CALOR HÚMEDO ES MÁS EFICAZ QUE EL CALOR SECO, PORQUE EL VAPOR PENETRA POR OSMOSIS ATRAVÉS DE LAS MEMBRANAS DE LOS MICROORGANISMOS Y DE LAS ESPORAS Y COAGULA EL PROTOPLASMA CELULAR.

HAY NECESIDAD DE MANTENER LOS INSTRUMENTOS EN AGUA HIRVIENDO DURANTE 30 MINUTOS.

TOS, PERO TAMPOCO EN ESTE LAPSO SE CONSIGUE LA ESTERILIZACIÓN ABSOLUTA, PUES HAY ESPORAS QUE RESISTEN HASTA DOS HORAS EN AGUA HIRVIENDO. EL VAPOR DE AGUA SATURADO Y BAJO PRESIÓN ES EL IDEAL PARA LA ESTERILIZACIÓN Y SE CONSIGUE CON EL AUTOCLAVE.

C) LOS MEDIOS QUÍMICOS SON LOS QUE UTILIZAN FÁRMACOS O DROGAS QUE IMPIDEN EL DESARROLLO DE LOS MICROORGANISMOS PARA OBTENER LA ASEPSIA.

D) LOS MEDIOS BIOLÓGICOS EMPLEADOS ESTÁN CONSTITUIDOS POR LAS VACUNAS, SUEROS Y PENICILINAS.

LAS VACUNAS ACTIVAN LAS DEFENSAS ORGANICAS. LOS SUEROS LAS AYUDAN PARA LUCHAR CONTRA AGENTES INFECCIOSOS Y LA PENICILINA EJERCE ACCIÓN MUY POTENTE CONTRA LOS MICROORGANISMOS.

CAPÍTULO II

EXAMEN DEL PACIENTE

POR MEDIO DE LOS MÉTODOS DE QUE DISPONE LA PROPE--
DÉUTICA, FORMULAREMOS UN JUICIO GENERAL DEL PACIENTE,--
ESTOS MÉTODOS SON LOS SIGUIENTES:

FICHA DE IDENTIDAD:

AQUI PREGUNTAREMOS SOBRE EL NOMBRE, EDAD, SEXO, --
GRADO DE ESCOLARIDAD, OCUPACIÓN, ESTADO CIVIL Y LUGAR -
DE NACIMIENTO.

INTERROGATORIO:

LLAMADO TAMBIÉN "ANAMNESIS" ES UNA SERIE ORDENADA-
DE PREGUNTAS QUE NOS SIRVEN PARA ORIENTARNOS SOBRE LA--
LOCALIZACIÓN, PRINCIPIO DE EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL Y--
TERRENO EN QUE SE DESARROLLA EL PROCESO PATOLÓGICO. SE
DIVIDE EN DIRECTO, QUE ES EL QUE SE HACE DIRECTAMENTE -

AL PACIENTE, Y EL INDIRECTO ES EL QUE HACEMOS A LOS FAMILIARES O PERSONAS QUE RODEAN AL ENFERMO, CUANDO ESTE NO PUEDE POR SU EDAD, O POR SU ESTADO CONTESTAR A NUESTRAS PREGUNTAS.

INSPECCIÓN:

ES EL MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA QUE NOS SUMINISTRA DATOS POR MEDIO DE LA VISTA.

PALPACIÓN:

ES EL MÉTODO QUE NOS PROPORCIONA DATOS POR MEDIO DEL TACTO.

PERCUSIÓN:

ES EL PROCEDIMIENTO EXPLORATORIO QUE CONSISTE EN GOLPEAR METÓDICAMENTE LA REGIÓN EXPLORADA, CON OBJETO DE PRODUCIR FENÓMENOS, LOCALIZAR PUNTOS DOLOROSOS, PUEDE SER DIRECTA SIMPLE, ES LA QUE HACE LA PERCUSIÓN GOLPEANDO CON LOS DEDOS LA REGIÓN EXPLORADA, LA DIRECTA INSTRUMENTAL, ES LA QUE PRACTICAMOS CON LA AYUDA DE AL-

GÚN CUERPO. LA PERCUSIÓN INDIRECTA, ES AQUELLA EN LA QUE SE COLOCA UN CUERPO ENTRE LA SUPERFICIE PERCUTIDA Y EL ELENENTO PERCUSOR.

AUSCULTACIÓN:

ES LA EXPLORACIÓN QUE VERIFICAMOS POR MEDIO DEL -- OÍDO. SE DIVIDE EN DIRECTA E INDIRECTA; EN LA INDIRECTA NOS VALEMOS DE APARATOS PARA PERCIBIR MEJOR COMO EL- ESTETOSCOPIO.

MEDICIÓN:

NOS MUESTRA EL VALOR NUMÉRICO DE ALGUNAS PARTES DE NUESTRO ORGANISMO.

PUNCIÓN EXPLORADORA:

TIENE POR OBJETO LA EXTRACCIÓN DE UN LÍQUIDO DE -- UNA CAVIDAD NATURAL O PATOLÓGICA DEL ORGANISMO, MEDIAN- TE UN APARATO DE SUCCIÓN.

LA SEGUNDA PARTE DE NUESTRA EXPLORACIÓN CONSISTE -

EN PASAR UNA REVISTA AL FUNCIONAMIENTO DE LOS APARATOS Y SISTEMAS.

APARATOS:

DIGESTIVO, RESPIRATORIO, CIRCULATORIO, GENITOURINARIO Y SISTEMA NERVIOSO.

INTERROGANDO PRIMERO ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS, LUEGO LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS.

NO PATOLÓGICOS:

HÁBITOS ESPECIALMENTE ALCOHÓLICOS Y TABAQUISMO.

PATOLÓGICOS:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS DE LOS PADRES, DE LOS HERMANOS Y PARIENTES.

APARATO DIGESTIVO:

TRATÁNDOSE DEL APARATO DIGESTIVO, EN ODONTOLOGÍA LO QUE NOS INTERESA EN SU PRIMERA PARTE. SI LA MOVILI

DAD DE TODOS LOS MÚSCULOS DE LA BOCA ES NORMAL, SI LA OCLUSIÓN SE REALIZA BIEN Y SI LA MASTICACIÓN ES CORRECTA, SI LA DEGLUCIÓN ES NORMAL.

APARATO RESPIRATORIO:

SI EXISTE ALGÚN ESTADO PATOLÓGICO EN DICHO APARATO EJEMPLO: DISNEA INSPIRATORIA O ESPIRATORIA, ES DECIR, CUANDO LA DIFICULTAD PARA RESPIRAR ES AL INTRODUCIR O AL EXFULAR EL AIRE.

APARATO CARDIOVASCULAR:

SI EXISTE DOLOR PRECORDIAL O SI HAY DISNEA, EDEMA, OLIGURIA, PALPITACIONES, TAQUICARDIA.

APARATO GENITOURINARIO:

ESTUDIAREMOS LA ORINA, COLOR, OLOR, DENSIDAD, PRESENCIA DE SUSTANCIAS EXTRAÑAS, GLUCOSA, ALBÚMINA, ÁCIDO ÚRICO, PIGMENTOS BILIARES, ETC.

EL EDEMA PRODUCIDO POR UN PADECIMIENTO RENAL SE -

PRESENTA POR LAS MAÑANAS EN LOS PÁRPADOS, LOS LABIOS, -
EN LOS PIES.

SISTEMA NERVIOSO:

ESTUDIAREMOS LAS MANIFESTACIONES NERVIOSAS, VÉRTI
GOS, SI HAY ESTADOS PSICOPALES, CAMBIO DE CARÁCTER, IN
SOMNIO, CEFALEA, ETC.

UNA VEZ HECHA LA EXPLORACIÓN LOCAL Y GENERAL DEL-
PACIENTE, ESTABLECIDO EL DIAGNÓSTICO DE PRESUNCIÓN, --
INSTITUIREMOS EL TRATAMIENTO ADECUADO Y CONCIENTE EL--
ESTADO GENERAL DEL PACIENTE SABREMOS SI HAY CONTRAINDI
CACIONES PARA LA ANESTESIA LOCAL, REGIONAL O GENERAL -
PARA LA OPERACIÓN QUE VA A PRACTICARSE.

CAPÍTULO III

ANESTESIA LOCAL

LA ANESTESIA PUEDE SER GENERAL SI SUPRIME LA SENSIBILIDAD CON PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO A LA VEZ, Y LOCAL SI SUPRIME LA SENSIBILIDAD DE UNA PARTE EXTENSA O REDUCIDA DEL ORGANISMO SIN PÉRDIDA DEL CONOCIMIENTO.

EN ESTE CAPÍTULO SOLO HABLARÉ DE LA ANESTESIA LOCAL QUE ES LA QUE SE UTILIZA EN CIRUGÍA ODONTOMAXILAR.

LA ANESTESIA LOCAL SE PUEDE LLEVAR A CABO POR VARIOS MÉTODOS QUE SON LOS SIGUIENTES:

- A) POR COMPRESIÓN DIGITAL
- B) POR REFRIGERACIÓN.
- C) POR SOLUCIONES ANESTÉSICAS.

ANESTESIA POR COMPRESIÓN:

DESDE TIEMPOS MUY ANTIGUOS SE HA COMPROBADO QUE - LA COMPRESIÓN PRODUCE INSENSIBILIDAD PRÓXIMA AL SITIO-DONDE SE LA EJERCE, PERO DADOS LOS ADELANTOS LOGRADOS- CON LA ANESTESIA LOCAL, LA COMPRESIÓN HA PERDIDO POR-- COMPLETO LA IMPORTANCIA.

ANESTESIA POR REFRIGERACIÓN:

EL FRÍO SE HA EMPLEADO COMO AGENTE ANESTÉSICO, -- PRIMERAMENTE FUE USADO EL HIELO POR UN CIRUJANO LLAMA- DO JAMES ARNOTT.

DESPUÉS DEL HIELO, HAN SIDO USADOS UNA SERIE DE - AGENTES REFRIGERANTES, COMO EL ÉTER, CLORURO DE ETILO, BROMURO DE ETILO, ETC.; PERO EL ÚNICO PRODUCTO QUE HOY SE EMPLEA ES EL CLORURO DE ETILO, QUE ES UN LÍQUIDO IN COLORO, DE SABOR DULCE, MUY VOLÁTIL E INFLAMABLE, UTILIZADO SOLAMENTE EN LA PUNCIÓN DE ABSCESOS, EXTRACCIÓN DE DIENTES PRIMARIOS O DIENTES MUY MÓVILES. LA TÉCNI CA USADA PARA LA ANESTESIA CON CLORURO DE ETILO ES LA- SIGUIENTE:

PRIMERAMENTE SE SECA LA REGIÓN CON TORUNDAS DE ALGODÓN, SE DIRIGE EL CHORRO DE CLORURO DE ETILO, QUE -- LLEGA EN FORMA PULVERIZADA A LA MUCOSA, Y SE OBTIENE-- EL RESULTADO EN UNO O DOS MINUTOS, CON BLANQUEAMIENTO DE LA REGIÓN.

EL ÚNICO INCONVENIENTE ES QUE LA ANESTESIA QUE SE OBTIENE ES MUY SUPERFICIAL Y NECESITA OPERARSE RÁPIDAMENTE.

ANESTESIA POR SOLUCIONES:

CUANDO SE PONEN EN CONTACTO SOLUCIONES ANESTÉSICAS CON LOS NERVIOS SENSITIVOS, SE PRODUCE LA INSENSIBILIDAD DE LAS REGIONES INERVADAS POR ELLOS.

LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON LAS TERMINACIONES NERVIOSAS POR ABSORCIÓN ATRAVÉS DE LAS MUCOSAS POR ELLOS INERVADAS, LAS CUALES SON PERMEABLES A LOS MEDICAMENTOS.

LOS MEDICAMENTOS USADOS CON ESTE FÍN SON:

NOVOCAÍNA O PROCAÍNA CON ADRENALINA (UNA GOTTA POR CM/3).

ADRENALINA:

ES UNA SUSTANCIA SECRETADA POR LAS GLÁNDULAS SUPRA RRENALES Y ES EL MEJOR COADYUVANTE DE LOS ANESTÉSICOS- LOCALES Y CON LA AGREGACIÓN DE ESTA LOS ANESTÉSICOS AD QUIEREN MUCHAS VENTAJAS:

- 1.- ABSORCIÓN LENTA DEL MEDICAMENTO.
- 2.- PROLONGACIÓN DE LA ANESTESIA.
- 3.- DISMINUYE LA TOXICIDAD DE LA ANESTESIA.
- 4.- HEMOSTÁSIS PREVENTIVA.
- 5.- EL PODER ANESTÉSICO SE INTENSIFICA.

ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA:

SE DIVIDE EN:

A) ANESTESIA PERIFÉRICA O TERMINAL.

B) ANESTESIA TRONCAL O REGIONAL.

C) ANESTESIA RAQUÍDEA.

SOLO HABLARÉ DE LAS DOS PRIMERAS, YA QUE LA RAQUÍDEA NO TIENE APLICACIÓN EN CIRUGÍA ODONTOMAXILAR.

ANESTESIA PERIFÉRICA O TERMINAL:

TIENE POR OBJETO CONSEGUIR LA SUPRESIÓN DEL DOLOR DE UNA MÁS O MENOS LIMITADA REGIÓN, COLOCANDO LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA LO MÁS PROFUNDO DE LOS TEJIDOS Y EN -- CONTACTO CON LAS TERMINACIONES NERVIOSAS.

EXISTEN VARIOS PROCEDIMIENTOS PARA LLEVAR A CABO-- ESTE TIPO DE ANESTESIA:

1.- INYECCIÓN SUBMUCOSA.

2.- INYECCIÓN DIPLOICA.

3.- INYECCIÓN DISTAL.

INYECCIÓN SUBMUCOSA:

SE CONSIGUE EMPLEANDO PRIMERAMENTE UN ANESTÉSICO-TÓPICO Y LUEGO SE INTRODUCE LA AGUJA, YA SEA EN EL TEJIDO LAXO O FONDO DE SACO O EN LA FIBROMUCOSA QUE ES LA MUCOSA ADHERIDA AL HUESO. ESTE PROCEDIMIENTO ESTÁ INDICADO EN LOS SIGUIENTES CASOS:

EXTRACCIÓN DE TODOS LOS DIENTES SUPERIORES--
DONDE NO EXISTEN PROCESOS INFLAMATORIOS.

EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES UNIRRADICULARES---
DEL MAXILAR INFERIOR.

EXTRACCIÓN DE TODOS LOS DEMÁS INFERIORES----
CUANDO SEAN DE FÁCIL AVULSIÓN.

EN INTERVENCIONES QUE NO REQUIEREN ANESTESIA
MUY PROFUNDA O MUY PROLONGADA.

INYECCIÓN DIPLOICA:

SE OBTIENE HACIENDO PENETRAR EL LÍQUIDO ANESTÉSICO EN EL DIPLOE DE LOS MAXILARES, DONDE SE PONE EN CON

TACTO CON LOS FILETES NERVIOSOS QUE DAN SENSIBILIDAD AL DIENTE, AL LIGAMENTO ALVÉOLO-DENTARIO, LAS PAREDES ALVEOLARES Y LA ENCÍA.

PARA CONSEGUIRLA, SE NECESITA ATRAVESAR UNA DE LAS TABLAS QUE RECUBREN LOS MAXILARES POR DENTRO Y -- POR FUERA, PREVIA PERFORACIÓN CON UN TALADRO O FRESA-- POR DONDE SE INTRODUCE LA AGUJA.

ESTÁ INDICADA EN LOS SIGUIENTES CASOS:

EXTRACCIÓN DE MOLARES Y PREMOLARES INFERIORES EN LOS QUE HAY CONTRAINDICACIÓN PARA -- REALIZAR LA ANESTESIA TRONCAL.

EN CASO DE HEPERESTESIA DENTINARIA, EN PREPARACIÓN DE CAVIDADES.

EXTIRPACIÓN INMEDIATA DE LA PULPA.

EN INYECCIÓN DE ALCOHOL EN EL ESPACIO RETRO MOLAR, EN CASOS DE NEUROLOGÍA DEL NERVIU -- DENTARIO INFERIOR.

INYECCIÓN DISTAL:

CONSISTE EN HACER LLEGAR EL LÍQUIDO ANESTÉSICO--
ATRAVÉS DEL LIGAMENTO Y DEL DIPLOE, CLAVANDO LA AGUJA
EN LA PARTE DISTAL DEL DIENTE QUE SE DESEA ANESTESIA.

ANESTESIA TRONCAL O REGIONAL:

CONSISTE EN COLOCAR EL LÍQUIDO ANESTÉSICO EN CON-
TACTO CON UN TRONCO NERVIOSO SENSITIVO Y SE CONSIGUE-
LA INSENSIBILIDAD DE TODA LA ZONA ANTERIOR POR ÉL ---
INERVADA.

EN LA ANESTESIA TRONCAL SE EMPLEAN TÉCNICAS POR-
VÍAS EXTERNAS E INTERNAS. LAS TÉCNICAS POR VÍA IN--
TERNA MÁS USADAS EN LA ACTUALIDAD SON:

ANESTESIA DEL NERVIJO MAXILAR SUPERIOR Y SUS RAMAS:

LA TÉCNICA MÁS EMPLEADA ES LA DE JEAY, CONSISTE-
EN ABORDAR AL NERVIJO EN LA FOSA PTERIGOMAXILAR VACIAN
DO AHÍ LA SOLUCIÓN.

ANESTESIA DEL NERVI0 INFRAORBITARIO:

PARA CONSEGUIR INSENSIBILIDAD, YA SEA EN EL LABIO SUPERIOR O LOS DIENTES ANTERIORES HASTA ABORDAR EL NERVI0 INFRAORBITARIO, A SU SALIDA DEL CRÁNEO POR EL AGUJERO DEL MISMO NOMBRE.

LA TÉCNICA MÁS EMPLEADA CONSISTE EN INTRODUCIR LA AGUJA EN LO MÁS ALTO DEL SURCO VESTIBULAR, A LA ALTURA DEL PRIMER PREMOLAR, SE LLEVA LA PUNTA DE LA MISMA HACIA ARRIBA Y LIGERAMENTE HACIA ATRÁS, HASTA UNA DISTANCIA DE 5mm. MÁS O MENOS DEL REBORDE ORBITARIO INFERIOR Y SE VACÍA EL CONTENIDO DE LA JERINGA.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES:

PARA CONSEGUIR INSENSIBILIDAD, SOLAMENTE DE LOS TRES MOLARES SUPERIORES, BASTA ABORDAR A LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES ANTES DE SU ENTRADA EN LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.

ANESTESIA DE LOS NERVIOS DENTARIOS MEDIOS:

PARA CONSEGUIR INSENSIBILIDAD DE LOS PREMOLARES- SE PUNZA EN EL SURCO VESTIBULAR EN EL ESPACIO COMPREN- DIDO ENTRE LOS DOS PREMOLARES Y SE LLEVA LA AGUJA A - UNA PROFUNDIDAD DE 1cm. MÁ S O MENOS Y SE VACÍA EL CON- TENIDO DE LA JERINGA.

ANESTESIA DEL NERVI O NASOPALATINO:

PARA CONSEGUIR LA INSENSIBILIDAD DE LA FIBROMUCO SA PALATINA SE DEBE ABORDAR AL NERVI O NASOPALATINO DE LA SALIDA POR EL AGUJERO PALATINO ANTERIOR.

ANESTESIA DE LOS NERVI OS PALATINOS ANTERIORES:

PARA ANESTESIAR ÉSTOS NERVI OS SE LES DEBE ABOR-- DAR A SU SALIDA POR LOS AGUJEROS PALATINOS POSTERIO-- RES.

ANESTESIA DEL NERVI O MAXILAR INFERIOR Y SUS RAMAS:

PARA OBTENER LA ANESTESIA COMPLETA DEL NERVI O -- MAXILAR INFERIOR, ES NECESARIO ABORDARLO A SU SALIDA- POR EL AGUJERO OVAL.

ANESTESIA DEL NERVIJO DENTARIO INFERIOR:

PARA CONSEGUIR LA ANESTESIA DE ÉSTE NERVIJO, SE NECESITA COLOCAR LA SOLUCIÓN EN LAS PROXIMIDADES DEL SITIO EN QUE ESTE NERVIJO HACE SU ENTRADA EN EL CANAL DENTARIO MAXILAR INFERIOR QUE SE ENCUENTRA EN LA CARA INTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE DEL HUESO.

LA TÉCNICA QUE SE SIGUE ES LA SIGUIENTE: TOMANDO COMO PUNTOS DE REFERENCIA EL ESPACIO RETROMOLAR, LA LÍNEA OBLICUA INTERNA Y LAS CARAS TRITURANTES DE LOS ÚLTIMOS MOLARES.

SE COLOCA EL DEDO ÍNDICE SOBRE LAS CARAS TRITURANTES DE LOS ÚLTIMOS MOLARES Y PALPANDO LA LÍNEA OBLICUA INTERNA SE INTRODUCE LA AGUJA 12mm., Y ENTONCES SE INCLINA HACIA EL LADO OPUESTO A LA ALTURA DE LOS PREMOLARES, SE PROFUNDIZA LA AGUJA 5mm. MÁS Y SE VACÍA LA SOLUCIÓN LENTAMENTE. LA ANESTESIA DE LOS NERVIOS BUCAL Y LINGUAL SE CONSIGUEN EN LA PRIMERA INTRODUCCIÓN DE LA AGUJA DE LA TÉCNICA DE LA ANESTESIA DEL DENTARIO INFERIOR.

ANESTESIA DEL NERVIIO MENTONIANO:

SE CONSIGUE INTRODUCIENDO LA AGUJA EN EL FONDO--
DEL SURCO GINGIVOLABIA A LA ALTURA DE LOS DOS PREMOLA
RES Y VACIANDO EL CONTENIDO. EN RESUMEN: TODAS LAS-
TÉCNICAS EMPLEADAS PARA LA ANESTESIA LOCAL DEBEN AJUS
TARSE A LAS SIGUIENTES INDICACIONES:

- A) PREPARACIÓN DEL PACIENTE.
- B) ASEPSIA RIGUROSA DE LAS MANOS DEL OPERA-
DOR, DEL CAMPO OPERATORIO DEL INSTRUMEN-
TAL Y DE LA SOLUCIÓN A INYECTAR.
- C) INYECCIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA, EN-
LAS PROXIMIDADES DEL TRONCO QUE SE DESEA
ANESTESIAR.
- D) PRECAUCIÓN DE NO VACIAR LA JERINGA EN LA
LUZ DE UN VASO.
- E) ESPERAR DE 5 a 10 MINUTOS POR LO MENOS,-
ANTES DE REALIZAR CUALQUIER INTERVENCIÓN.

CAPÍTULO IV

INDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN

1.- AFECCIONES DENTARIAS:

AFECCIONES PULPARES PARA LAS CUALES NO HUBIERA--
TRATAMIENTO CONSERVADOR, CARIES DE CUARTO GRADO QUE--
NO PUEDEN SER TRATADAS Y COMPLICACIONES DE DICHAS CA-
RIES.

LA ODONTOLOGÍA CONSERVADORA DISPONE ACTUALMENTE--
DE MÉTODOS Y TRATAMIENTOS QUE DISMINUYEN EXTRAORDINA-
RIAMENTE EL NÚMERO DE DIENTES QUE DEBEN SER EXTRAÍDOS
POR EL ADELANTO LOGRADO EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCT--
TOS RADICULARES SE HAN DISMINUÍDO LAS INDICACIONES DE
LA EXODONCIA, QUEDANDO CIRCUNSCRITAS EN CASOS DE AFEC-
CIONES DEL DIENTE, O EN CASOS EN QUE LOS CONDUCTOS NO
PERMITAN APLICAR LAS TÉCNICAS CONSERVADORAS.

2.- AFECCIONES DEL PARODONTO:

EN ESTE CASO ESTÁ INDICADA LA EXTRACCIÓN EN PARODONTOSIS QUE NI PUEDEN SER TRATADAS.

3.- RAZONES PROTÉTICAS, ESTÉTICAS U ORTODÓNICAS, ---
DIENTES TEMPORALES PERSISTENTES, DIENTES SUPERNUMERARIOS, DIENTES PERMANENTES POR RAZONES PROTÉTICAS U ORTODÓNICAS, CUYA INDICACIÓN SERÁ DADA POR EL ORTODONCISTA.

LOS DIENTES TEMPORALES PERSISTENTES DEBEN SER -- EXTRAÍDOS CUANDO LA EDAD DEL PACIENTE, DE ACUERDO CON LA CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN DENTARIA, INDICA LA NECESIDAD DE SU ELIMINACIÓN PARA PERMITIR LA NORMAL ERUPCIÓN DE LOS DIENTES PERMANENTES.

4.- ANOMALÍAS DEL SITIO:

RETENCIONES Y SEMIRETENCIONES SIN TRATAMIENTO ORTODÓNICO. LOS DIENTES QUE PERMANEZCAN EN LOS MAXILARES DEBEN SER EXTRAÍDOS CUANDO PRODUCEN ACCIDENTES:

NERVIOSOS, INFLAMATORIOS O TUMORALES.

LA EXTRACCIÓN PUEDE EVITARSE EN AQUELLOS CASOS--
EN QUE LA TÉCNICA ORTODÓNCICA LOGRA UBICARLOS EN SU -
SITIO NORMAL DE IMPLANTACIÓN.

5.- ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES:

ESTÁ INDICADA LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLA
RES CUANDO PRODUCEN ACCIDENTES TALES COMO: PERICOROAR
TRITIS A REPETICIÓN, ACCIDENTES INFLAMATORIOS NERVIO-
SOS O TUMORALES.

CAPÍTULO V

CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRACCIÓN.

EN REALIDAD NO EXISTE NINGUNA CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA PARA EXTRAER UN DIENTE. PERO, HAY ESTADOS PATOLÓGICOS O FISIOLÓGICOS EN QUE HAY QUE DIFERIRLA, CON EL OBJETO DE PREPARAR AL PACIENTE QUE VA A SER OPERADO. LA GRAVIDEZ, AUNQUE NO SE HA OBSERVADO JAMÁS UN ACCIDENTE A CONSECUENCIA DE LA EXTRACCIÓN EN UNA MUJER EMBARAZADA. SOLAMENTE HAY QUE EVITARLA EN MUJERES QUE SON MUY NERVIOSAS, AL MENOS DURANTE LOS PRIMEROS TRES MESES DE EMBARAZO Y SIEMPRE QUE LOS DOLORES Y EL PELIGRO DE LA INFECCIÓN NO ACONSEJEN INTERVENIR DE INMEDIATO, TOMANDO EN ÉSTE-CASO LAS DEBIDAS PRECAUCIONES.

ENTRE LOS ESTADOS PATOLÓGICOS QUE PUEDEN OPORTUNARSE A LA EXTRACCIÓN SE ENCUENTRAN: LAS ENFERMEDADES

DES DE LA SANGRE, HEMOFILIA Y LA PÚRPURA, ETC., DIABETES, CIERTAS INFECCIONES CARDÍACAS Y HEPÁTICAS. PERO CUALQUIERA DE ESTOS CASOS PREVIA PREPARACIÓN-- DEL PACIENTE PUEDE PRACTICARSE LA EXTRACCIÓN.

EN LAS PERSONAS CARDÍACAS, ES CONVENIENTE CONOCER EL GRADO DE EMOTIVIDAD, PUES GENERALMENTE SE DEBEN A ESTAS LOS SÍNCOPES. EN CUALQUIERA DE ÉSTOS ESTADOS GENERALES SERIOS, ES ACONSEJABLE CONSULTAR CON EL CLÍNICO Y QUE DÉ SU PUNTO DE VISTA, EN CUANTO AL PELIGRO DE HACER LA EXTRACCIÓN.

CAPÍTULO VI

TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN CON FÓRCEPS.

LOS REQUISITOS QUE DEBE REUNIR UNA BUENA EXTRACCIÓN SE SINTETIZA EN EL SIGUIENTE AXIOMA: TANTO EL OPERADOR COMO EL PACIENTE DEBEN ESTAR LO MÁS CÓMODO POSIBLE Y QUE EL CAMPO QUIRÚRGICO ESTÉ BIEN ILUMINADO Y DE FÁCIL ACCESO.

UNA VEZ ANESTESIADO EL PACIENTE, SE PROCEDE A LA SINDESMOTOMÍA, O SEA EL CORTE DE LAS ADHERENCIAS DE LA ENCÍA AL CUELLO DEL DIENTE A LAS FIBRAS DE LA MEMBRANA PERIDONTAL QUE ESTÉN MÁS PROXIMAS A ÉSTE.

ESTA SE LLEVA A CABO CON EL FÍN DE AYUDAR A LA FÁCIL PENETRACIÓN DE LOS MORDIENTES DEL FÓRCEPS Y--ASÍ DEBILITAR LA UNIÓN DEL DIENTE CON EL ALVÉOLO.

CON ESTE FIN SE LLEVA A CABO EL USO DE INSTRUMENTOS DE FORMA VARIABLE PARA QUE TENGAN ACCESO ALREDEDOR DEL CUELLO DEL DIENTE Y ASÍ DESPRENDER LAS FIBRILLAS GINGIVALES.

UNA VEZ HECHA LA SINDESMOTOMÍA, SE HACE LA ELECCIÓN DEL FÓRCEPS QUE SE USARÁ, EL CUAL DEBE DE CORRERRESPONDER AL DIENTE DE QUE SE TRATA.

EXISTEN VARIAS RAZONES PARA DECIR QUE ES MÁS FÁCIL, LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES SUPERIORES QUE LA DE LOS INFERIORES.

- A) EL MAXILAR SUPERIOR FORMA UN TODO CON LOS HUESOS DE LA CARA Y DEL CRÁNEO Y NO ES MÓVIL COMO EL INFERIOR.
- B) LAS RAÍCES SON MÁS CÓNICAS Y RECTAS QUE LAS DE LOS INFERIORES.
- C) LA TABLA EXTERNA DEL MAXILAR SUPERIOR ES MÁS DELGADA QUE LA DEL INFERIOR, Y--

EL TEJIDO ESPONJOSO MÁS ABUNDANTE.

D) EL ACCESO, LA ILUMINACIÓN Y LA VISIBILIDAD DE LOS DIENTES SUPERIORES ES MÁS FÁCIL Y PERMITE TRABAJAR CON MAYOR COMODIDAD.

E) EL CAMPO OPERATORIO ESTÁ MÁS LIBRE DE SANGRE Y DE SALIVA Y LA LENGUA NO ENTORPECE LAS MANIOBRAS.

PERO EN CAMBIO, LAS EXTRACCIONES EN LOS MAXILARES SUPERIORES PRESENTAN ALGUNAS DIFICULTADES QUE NO HAY EN EL MAXILAR INFERIOR, COMO LA PROXIMIDAD DE LAS FOSAS NAALES, LOS SENOS DEL MAXILAR Y LA FOSACIGOMÁTICA.

LA TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN PUEDE DIVIDIRSE EN TRES TIEMPOS:

- 1.- COLOCACIÓN DE LOS MORDIENTES.
- 2.- LUXACIÓN DEL DIENTE.
- 3.- TRACCIÓN DEL MISMO FUERA DEL ALVÉOLO.

COLOCACIÓN DE LOS MORDIENTES:

DEBE HACERSE CON SUAVIDAD ADAPTANDO PRIMERO EL INTERNO Y LUEGO EL EXTERNO. UNA VEZ PUESTOS LOS -- DOS, SE INTRODUCEN LO MÁS PROFUNDAMENTE POSIBLE DESLIZÁNDOLOS SOBRE LA RAÍZ, LO CUAL RESULTA FÁCIL SI SE HA HECHO PREVIAMENTE LA SINDESMOTOMÍA.

ESTE PASO INICIAL ES MUY IMPORTANTE PARA EL ÉXITO FINAL, SI SE HA COMETIDO ALGÚN ERROR EN SU EJECUCIÓN, PODEMOS MALOGRARLO, A PESAR DE QUE LOS SIGUIENTES SEAN CORRECTAMENTE REALIZADOS.

LALUXACIÓN DEL DIENTE:

CONSISTE EN EJECUTAR CIERTOS MOVIMIENTOS CON EL FÓRCEPS PARA DESPRENDER LAS RAÍCES DE SUS UNIONES -- CON LAS PAREDES ALVEOLARES, Y ASÍ FACILITAR SU ELIMINACIÓN.

LOS MOVIMIENTOS QUE SE EJECUTAN EN ESTA TÉCNICA SON DE VAIVÉN Y DE ROTACIÓN, O DE AMBOS SEGÚN EL CA-

SO Y SEGÚN LA PIEZA A EXTRAER, AL EFECTUARSE EL MOVIMIENTO DE VAIVÉN DEBEN TOMARSE EN CUENTA LAS TABLAS-EXTERNA E INTERNA DEL MAXILAR EN EL CUAL SE OPERA, A FIN DE EVITAR EN TODO MOMENTO LA FRACTURA DE ÉSTAS O LA COMPRESIÓN INNECESARIA DEL TEJIDO ÓSEO.

EL MOVIMIENTO SE HARÁ PRIMERO HACIA VESTIBULAR- Y LUEGO HACIA PALATINO EN EL MAXILAR SUPERIOR Y HACIA VESTIBULAR Y LINGUAL EN EL MAXILAR INFERIOR Y LA AMPLITUD DE CADA UNO SERÁ SEGÚN EL CASO.

EL MOVIMIENTO DE ROTACIÓN NO EN TODOS LOS DIENTES ESTÁ PERMITIDO EMPLEARLO Y SERÁ EJECUTADO DESPUÉS DE UN VAIVÉN.

SOLAMENTE SE PERMITE EN DIENTES UNIRRADICULARES Y DE RAÍZ CÓNICA, COMO LOS INCISIVOS CENTRALES, LATERALES Y CANINOS SUPERIORES, ASÍ COMO TAMBIÉN EN LOS-PREMOLARES INFERIORES CUANDO TENGAN ESTE TIPO DE RAÍZ (POR MEDIO DE RADIOGRAFÍA). SI SE REALIZAN MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN EN DIENTES MULTIRRADICULARES,-

SE PRODUCIRÁ LA FRACTURA DE ÉSTOS Y DE LAS PAREDES -
ALVEOLARES.

TRACCIÓN DEL DIENTE PARA RETIRARLO DE SU ALVÉOLO:

SE HACE UNA VEZ QUE SE LE HA DISLOCADO, ES DE--
CIR, CUANDO ESTÁN ROTAS GRAN PARTE DE LAS FIBRAS DEL
LIGAMENTO ALVÉOLODENTARIO Y SE EJERCERÁ SIGUIENDO LA
DIRECCIÓN DEL EJE MAYOR DEL DIENTE.

EN LOS DIENTES MULTIRRADICULARES SE OPODRÁN A-
SU SALIDA LA FORMA Y DIRECCIÓN DE LAS RAÍCES.

ESTAS PUEDEN SER EXTRAÍDAS ÍNTEGRAMENTE Y SIN -
FRACTURA DE UNA O MÁS DE ELLAS, GRACIAS A LA ELASTI-
CIDAD DEL HUESO MAXILAR, PERO LOS MOVIMIENTOS DE LA-
TERALIDAD NO DEBEN SER EXAGERADOS, PUES PODRÍAN PRO-
VOCAR FRACTURA DE LAS PAREDES ALVEOLARES.

CAPÍTULO VII

TÉCNICA DE LA EXTRACCIÓN CON BOTADOR.

EL BOTADOR ES UN INSTRUMENTO INDISPENSABLE EN--
CUALQUIER EXTRACCIÓN POR MÁS SENCILLA QUE ÉSTA SEA,--
SE LE HA LLAMADO TAMBIÉN ELEVADOR IMPROPIAMENTE.

EL BOTADOR ESTÁ BASADO EN EL PRINCIPIO DE LA PA
LANCA. LA POTENCIA DE ESTE INSTRUMENTO SE HAYA EN-
EL MANGO, QUE ES DE FORMA VARIABLE, PERO QUE SE ADAP
TA A LA MANO DEL OPERADOR.

LA RESISTENCIA ESTÁ LOCALIZADA EN EL DIENTE Y--
LOS TEJIDOS QUE RODEAN AL DIENTE Y LO MANTIENEN UNI-
DO AL MAXILAR.

EL PUNTO DE APOYO SE HAYA CON FRECUENCIA EN EL_
HUESO Y RARA VEZ EN LOS DIENTES VECINOS.

EL BOTADOR ESTÁ COMPUESTO POR: MANGO, VÁSTAGO Y HOJA.

A).- EL MANGO:

ES DE FORMA VARIABLE SEGÚN LOS MODELOS Y PERMITE SER TOMADO CON CIERTA COMODIDAD. LOS HAY EN LOS CUALES SIGUE LA MISMA DIRECCIÓN DEL VÁSTAGO Y OTRA - QUE FORMA UNA "T" CON RESPECTO AL VÁSTAGO.

CON EL BOTADOR EN FORMA DE "T" SE PUEDE DESARROLLAR UNA FUERZA MAYOR Y ESTÁ INDICADO EN LOS MOLARES INFERIORES.

B) EL VÁSTAGO:

CONSTITUYE EL BRAZO DE PALANCA, PUEDE SER RECTO O ALGO ENCORVADO PARA ADAPTARSE A LA CAVIDAD BUCAL, - DEBE TENER UNA RESISTENCIA QUE NO DEFORME NI SE ROMPA AL APLICAR LAS FUERZAS.

C) LA HOJA:

ES LA PARTE MÁS IMPORTANTE DEL INSTRUMENTO Y ES EN LA QUE SE ENCUENTRA EL PUNTO DE APOYO Y EL PUNTO-DE APLICACIÓN A LA RESISTENCIA.

HAY DOS FORMAS DE HOJA, LA QUE SIGUE LA MISMA-- DIRECCIÓN DEL VÁSTAGO QUE ES EL BOTADOR RECTO Y LA-- QUE FORMA UNA LÍNEA QUEBRADA CON EL VÁSTAGO, QUE --- CONSTITUYE EL BOTADOR ANGULADO.

EL BOTADOR DEBE SER TOMADO DE MANERA QUE PERMI-- TA DESARROLLAR COMODAMENTE LA FUERZA DE PALANCA Y -- EVITE QUE ESCAPE DEL PUNTO DE APLICACIÓN Y PUEDA IR-- A HERIR LOS TEJIDOS VECINOS.

EN LA ACTUALIDAD SE CONSTRUYEN BOTADORES MECÁNI-- COS QUE ACTÚAN POR LA RELAJACIÓN DE UN RESORTE LOCA-- LIZADO EN EL INTERIOR DE ÉSTE.

SUS HOJAS SON DISTINTAS EN FORMA PARA ADAPTARSE SEGÚN EL CASO.

- 1.- LA TÉCNICA EN EL USO DEL BOTADOR ES---
SENCILLA Y CON FRECUENCIA EVITA ACCI--
DENTES QUE PUEDEN OCURRIR EN EL CURSO-
DE UNA EXTRACCIÓN COMÚN.

- 2.- EL ESTUDIO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO DEL--
CASO, SERÁ EL QUE DECIDA LA TÉCNICA A--
SEGUIR Y EL INSTRUMENTAL A EMPLEAR.

- 3.- LA ELECCIÓN DEL BOTADOR DEBE SER HECHA
CON MUCHO CUIDADO.

- 4.- LA ELECCIÓN DEL PUNTO DE APOYO ES DE --
VITAL IMPORTANCIA, ESTE SE TOMARÁ DE--
PREFERENCIA SOBRE EL HUESO EN LUGAR DE
HACERLO SOBRE LOS DIENTES VECINOS.

- 5.- EL ODONTÓLOGO SE COLOCARÁ DE TAL MANE-
RA QUE PUEDA REALIZAR SU TRABAJO CON--
COMODIDAD. DEBE DOMINAR EL USO DEL--
INSTRUMENTO Y LA FUERZA QUE ÉSTE DESA-
ROLLA.

6.-- DEBE COLOCARSE EL DEDO ÍNDICE DE LA -
MANO QUE ES EL QUE LIMITARÁ EN DADO--
CASO QUE EL INSTRUMENTO SE DESLICE DEL
PUNTO EN QUE HA SIDO APLICADO Y LOS -
DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA PROTEGERÁN
LAS PARTES BLANDAS QUE SE ENCUENTRAN-
CONTIGUAS AL LUGAR EN QUE SE OPERA.

CAPÍTULO VIII

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA EXTRACCIÓN

POR MÁS HÁBIL Y CUIDADOSO QUE SEA EL CIRUJANO -
DENTISTA Y POR MÁS QUE HAYA TOMADO LAS PRECAUCIONES-
POSIBLES PUEDEN PRODUCIRSE ACCIDENTES Y COMPLICACIONES
EN EL CURSO DE UNA EXTRACCIÓN, DURANTE EL ACTO--
OPERATORIO O DESPUÉS DE ÉSTE, EN MUCHOS DE LOS CUA--
LES NINGUNA CULPA TIENE.

ACCIDENTES.

I.- ACCIDENTES DEBIDOS A LOS INSTRUMENTOS:

- a).- POR MALA CALIDAD.
- b).- POR SER UNA HOJA DEMASIADO DELGADA.
- c).- POR SER MANEJADOS INCORRECTAMENTE

II.- ACCIDENTES SOBRE LOS DIENTES:

- a).- FRACTURA EN EL DIENTE EN EL CUAL-
SE OPERA.
- b).- LUXACIÓN DE LOS DIENTES VECINOS.
- c).- DESALOJAMIENTO DE OBTURACIONES O-
PRÓTESIS.
- d).- LESIÓN O EXTRACCIÓN DE GÉRMESES -
DE LA DENTICIÓN PRIMARIA.

III.- ACCIDENTES SOBRE LOS MAXILARES:

- a).- FRACTURA DE LOS REBORDES ALVEOLA-
RES.
- b).- FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL --
MAXILAR SUPERIOR.
- c).- FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR.
- d).- LUXACIÓN DEL MAXILAR INFERIOR.
- e).- ABERTURA ACCIDENTAL DEL SENU MAXI
LAR.

- f).- PENETRACIÓN DE RAÍCES O DIENTES-
EN EL SENO O EN LA FOSA NASAL.
- g).- PENETRACIÓN DE RAÍCES O DIENTES-
EN LOS TEJIDOS BLANDOS VECINOS.
- h).- PENETRACIÓN DE RAÍCES EN VÍAS DI-
GESTIVAS O AÉREAS.

IV.- ACCIDENTES QUE AFECTAN LAS PARTES BLAN-
DAS:

- a).- DESGARRAMIENTO DE LAS ENCÍAS.
- b).- CONTUSIÓN Y HERIDA DE LOS LABIOS
DE LOS CARRILLOS O DE LA LENGUA.
- c).- ENFISEMA.

COMPLICACIONES:

I.- HEMORRAGIA:

II.- INFECCIÓN:

- a).- DEL ALVÉOLO.
- b).- DE LOS MAXILARES.

c).- DE LAS PARTES BLANDAS.

1.- ADENITIS

2.- EDEMA.

3.- FLEMÓN.

4.- ABSCESO.

TRASTORNOS NERVIOSOS:

a).- NEURALGIA.

b).- ANESTESIA PROLONGADA.

c).- PARESTESIA.

d).- ACCIDENTES SOBRE EL SIMPÁTICO.

1.- ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS.

2.- MUJERES EN ESTADO DE GRAVIDÉZ, DE LACTANCIA O MENS---
TRUAL.

ACCIDENTES:

I.- ACCIDENTES DEBIDOS A LOS INSTRUMENTOS

EL ACCIDENTE MÁS COMÚN CONSISTE EN LA-FRACTURA DE LA PARTE ACTIVA DEL INSTRU-MENTO, GENERALMENTE CUANDO SE EMPLEA -EL BOTADOR Y SE PUEDE EXPLICAR POR UNA DE LAS RAZONES SIGUIENTES:

- a).- POR USAR INSTRUMENTOS DE MALA CA-LIDAD.
- b).- POR SER SU HOJA MUY DELGADA.
- c).- EMPLEAR TÉCNICAS INCORRECTAS.

CUALQUIERA DE ÉSTAS POSIBILIDADES PUEDE EVITARSE USANDO INSTRUMENTOS DE BUENA CALIDAD Y RESERVAR LOS--INSTRUMENTOS DE HOJA DELGADA PARA CASOS QUE NO REQUIE-RAN MUCHA FUERZA.

II.- ACCIDENTES SOBRE LOS DIENTES:

a).- FRACTURA DEL DIENTE EN EL CUAL SE OPERA:

ES UNO DE LOS ACCIDENTES MÁS COMUNES Y EL DE ME-NOR IMPORTANCIA, HAY CIRCUNSTANCIAS EN LAS CUALES LA-

FRACTURA DEL DIENTE SE PRODUCE DE MANERA INESPERADA.-
POR EJEMPLO: EN LOS DIENTES UNIRRADICULARES, LAS RAÍ-
CES SON MUY PLANAS O PRESENTAN CURVATURA EN EL ÁPICE-
YA SEA MESIAL O DISTAL, EN LOS DIENTES MULTIRRADICULA
RES Y PRINCIPALES EN LOS MOLARES, ÉSTAS CURVATURAS --
PUEDEN CONVERGER Y JUNTARSE SUS ÁPICES APRISIONANDO-
GRANDES TROZOS DE DIPLOE MAXILAR, EL CUAL OPONE GRAN-
RESISTENCIA AL TRATAR DE HACER LA EXTRACCIÓN.

LA FRACTURA DE LOS DIENTES DEPENDE TAMBIÉN DE LA
CONSTITUCIÓN DE LOS TEJIDOS, EN OCASIONES LA CARIES--
DESTRUYE GRAN PARTE DE LA CORONA Y CUALQUIER PRESIÓN-
QUE SE EJERZA CON LOS MORDIENTES DEL FÓRCEPS PROVOCA-
LA FRACTURA DE LA CORONA. CON EL FÍN DE EVITAR ÉSTE
TIPO DE ACCIDENTES ES NECESARIO TOMAR RADIOGRAFÍAS AN
TES DE PROCEDER A OPERAS, LAS CUALES NOS PROPORCIONAN
UNA VISIÓN MÁS AMPLIA DEL ÁREA EN QUE SE VA A OPERAR-
Y DE LAS CONDICIONES DE LOS TEJIDOS DENTARIOS.

b).- LUXACIÓN O FRACTURA DE LOS DIENTES VECINOS:

LA LUXACIÓN O FRACTURA DE LOS DIENTES VECINOS AL

CUAL SE VA A EXTRAER, SE DEBE CASI SIEMPRE AL EMPLEO DE MALAS TÉCNICAS. POR EJEMPLO: CUANDO SE APOYA EL BOTADOR EN FORMA DE CUÑA ENTRE DIENTE Y DIENTE, LUXANDO LOS DOS AL MISMO TIEMPO.

c).- DESALOJAMIENTO DE OBTURACIONES O PRÓTESIS VECINOS:

ESTE ACCIDENTE ES ATRIBUÍDO A FALLAS TÉCNICAS O A LA MALA APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS, PRINCIPALMENTE EL BOTADOR, EL CUAL SE HA APOYADO EN UN DIENTE-OBTURADO O CORONADO EN LAS CARAS PROXIMALES.

d).- LESIÓN O EXTRACCIÓN DE GÉRMESES DE LA DENTICIÓN-PRIMARIA:

ESTE ACCIDENTE SOLO OCURRE AL INTENTAR EXTRAER UN DIENTE TEMPORAL, PRINCIPALMENTE UN MOLAR, YA QUE--LOS GÉRMESES DE LA DENTICIÓN PERMANENTE SE DESARROLAN ENTRE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES TEMPORALES.

CUANDO SE HACEN EXTRACCIONES EN NIÑOS ENTRE LOS 7 Y LOS 10 AÑOS, ES RECOMENDABLE NO PROFUNDIZAR MUCHO

LOS MORDIENTES DEL FÓRCEPS Y EVITAR HASTA DONDE SEA - POSIBLE EL USO DEL BOTADOR, PUES EN ESTA EDAD LAS RAÍCES DE LOS DIENTES TEMPORALES ESTÁN MUY REABSORBIDAS- Y LOS GÉRMENES DE LOS PERMANENTES ESTÁN MUY PRÓXIMOS- AL REBORDE ALVEOLAR.

III.- ACCIDENTES SOBRE LOS MAXILARES:

a).- FRACTURA DE LOS REBORDES ALVEOLARES:

EN EL TRANSCURSO DE UNA EXTRACCIÓN PUEDEN FRACTURARSE LAS SUPERFICIES DE LOS REBORDES ALVEOLARES, LO CUAL NO ES DE MUCHA IMPORTANCIA. EN ESTOS CASOS ES-PREFERIBLE ELIMINAR LOS FRAGMENTOS ÓSEOS, PORQUE ENTORPECEN LA CICATRIZACIÓN.

SI EL FRAGMENTO ÓSEO ES MEDIANO O GRANDE, DEBE HACERSE UN EXAMEN CLÍNICO DE SU SITUACIÓN Y DE SUS RELACIONES. SI NO HA SIDO DESALOJADO, SI LA IRRIGACIÓN NO HA SIDO CORTADA O INTERRUMPIDA SE LE PUEDE VOLVER A SU LUGAR, LO MÁS PROBABLE ES QUE EL HUESO SOLDE.

SI LA PARTE FRACTURADA NO REUNE LAS CONDICIONES-
DESCRITAS, ES PREFERIBLE DESALOJARLO ANTES DE QUE OCA-
SIONE UN PROCESO DE SUPURACIÓN QUE CONDUCE A FORMAR -
UN SECUESTRO.

EN CASO DE TENER QUE RETIRAR LA PARTE FRACTURADA
Y LLEGARAN A QUEDAR ALGUNAS DE LAS RAÍCES DE LOS DIEN-
TES CONTIGUOS DESCUBIERTAS, DEBERÁN SER CUBIERTAS CON
LOS TEJIDOS BLANDOS.

b).- FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR:

ES LA MÁ S PELIGROSA DE LAS FRACTURAS DEL MAXILAR
SUPERIOR, DEBIDO A LA PROXIMIDAD DE ÓRGANOS IMPORTAN-
TES COMO LA ARTERIA MAXILAR INTERNA CON SUS RAMAS ---
PLEXO PTERIGOIDEO, Y NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES.

ESTE ACCIDENTE PUEDE OCURRIR AL EXTRAER EL TER--
CER MOLAR Y SE HACE MOVIMIENTO DE LUXACIÓN EXTERNO --
MUY AMPLIO.

EN ESTE CASO NO DEBE INTENTARSE RETIRAR EL FRAG-

MENTO FRACTURADO PORQUE PUEDE TRAER GRAVES CONSECUENCIAS Y DEBE ESPERARSE A QUE SOLDE.

c).- FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR:

PUEDE OCURRIR AL TRATAR DE EXTRAER LOS TERCEROS MOLARES, DEBIDO A SU POSICIÓN Y A LAS DIFICULTADES -- QUE OPONE AL EXTRAERLO, PERO ES DIFÍCIL QUE ASÍ SUCE-- DA, SI SE ADOPTA UNA NUEVA TÉCNICA AL MENOS QUE EL -- HUESO ESTE ATACADO POR UN PROCESO PATOLÓGICO (OSTEO-- MIELITIS) O TUMORAL DEBILITA AL HUESO. EN ÉSTOS CA-- SOS CUANDO HAY ALGUNA SOSPECHA ES NECESARIO HACER UN-- EXAMEN CLÍNICO Y RADIOLÓGICO DE LA LESIÓN PARA EVITAR ACUSACIONES INJUSTAS.

d).- LUXACIÓN DEL MAXILAR INFERIOR:

PUEDE PRODUCIRSE LA LUXACIÓN DEL MAXILAR INFE--- RIOR AL REALIZAR MANIOBRAS DE EXTRACCIÓN CON EL FÓR-- CEPS O EL BOTADOR, AUNQUE ES MUY RARO QUE SE PRESENTE EN CASO DE SUCEDER SE CORRIGE INMEDIATAMENTE MEDIANTE UNA SENCILLA MANIOBRA, QUE CONSISTE EN TOMAR CON AM--

BAS MANOS LA MANDÍBULA APOYANDO LOS DEDOS EN LAS CARRAS MASTICATORIAS DE LOS MOLARES Y BAJANDOLA HACIA EL CUELLO Y LUEGO SUBIÉNDOLA, CON LO CUAL VUELVE A SU POSICIÓN NORMAL.

e).- ABERTURA ACCIDENTAL DEL SENO MAXILAR:

COMO EL MAXILAR SUPERIOR, ALGUNOS DE LOS DIENTES TIENE SUS RAÍCES EN ÍNTIMO CONTACTO CON EL SENO MAXILAR, PUEDE OCURRIR QUE UN PROCESO PATOLÓGICO DE ALGUNO DE ESTOS DIENTES DESTRUYA LA DELGADA LÁMINA QUE -- LOS SEPARA DE ESTAS CAVIDADES Y AL HACER LA EXTRACCIÓN DE ESTOS QUEDA COMUNICADO CON EL ALVÉOLO.

f).- PENETRACIÓN DE RAÍCES O DIENTES EN EL SENO O EN LA FOSA NASAL:

EN EL CURSO DE UNA EXTRACCIÓN, SOBRE TODO PRIMERO Y SEGUNDO MOLARES SUPERIORES, ALGUNA DE SUS RAÍCES -- PUEDE INTRODUCIRSE ACCIDENTALMENTE EN LA CAVIDAD SINUSAL DEBIDO A LAS RELACIONES CON EL PISO DE ESTA O POR EL MAL EMPLEO DEL BOTADOR. CUANDO ESTO SUCEDE, ES -

NECESARIO TOMAR UNA RADIOGRAFÍA PARA SABER LA POSI---
CIÓN DE LA RAÍZ, SI ESTÁ HUNDIDA O PRÓXIMA A LA PER-
FORACIÓN SE TRATARÁ DE ELIMINARLA CON INSTRUMENTO---
DELGADO Y ENSANCHANDO EL ALVÉOLO.

g).- PENETRACIÓN DE RAÍCES O DIENTES EN LOS TEJIDOS-
BLANDOS VECINOS:

ALGUNAS VECES EN EL TRANSCURSO DE UNA EXTRAC---
CIÓN LABORIOSA PUEDE PERDERSE UNA RAÍZ LA CUAL NO SE
ENCUENTRA EN EL ALVÉOLO, A PESAR DE NO HABERLA EX---
TRAÍDO, Y SI TOMAMOS UNA RADIOGRAFÍA LA OBSERVAREMOS
PERO FUERA DE ESTA, PUES HAY OCASIONES EN QUE LA LÁ-
MINA EXTERNA O INTERNA ES MUY DELGADA Y LAS RAÍCES--
PENETRAN EN LOS TEJIDOS BLANDOS.

h).- PENETRACIÓN DE RAÍCES EN VÍAS DIGESTIVAS O ----
AÉREAS:

EN EL CASO DE UNA INTERVENCIÓN CON ANESTESIA GE
NERAL Y MEDIANTE EL EMPLEO DEL BOTADOR, UNA RAÍZ PUE

DE SALIR DEL ALVÉOLO E INTRODUCIRSE EN LA FARINGE O LA LARINGE.

SI EL DIENTE O RAÍZ PASA AL ESÓFAGO, NO TIENE - IMPORTANCIA, PUES SERÁ ELIMINADO POR LAS VÍAS NATURALES.

SI EL DIENTE CAE EN LA LARINGE PUEDE SER ELIMINADO POR UNA TOS ESPASMÓDICA, PERO ESTO NO SUCEDE A VECES Y QUEDA ENCALVADO EN LA TRÁQUEA O PASA A UN -- BRONQUIO PRODUCIENDO UNA ASFIXIA RÁPIDA.

IV.- ACCIDENTES QUE AFECTAN LAS PARTES BLANDAS:

a).- DESGARRAMIENTO DE LAS ENCÍAS:

ESTE ACCIDENTE NO DEBE DE OCURRIR SÍ EL CIRUJANO HA PRACTICADO CORRECTAMENTE LA SINDESMOTOMÍA AL INICIAR UNA EXTRACCIÓN, PRINCIPALMENTE EN LOS TERCEROS-MOLARES SUPERIORES O INFERIORES, YA QUE EN ÉSTOS LA ADHERENCIA POR SU CARA DISTAL ES EXTENSA Y FUERTE, Y ES FÁCIL DESGARRAR LA ENCÍA.

OTRA DE LAS CUALES ES POR LA MALA COLOCACIÓN DE--
LOS MORDIENTES DEL FÓRCEPS. CUANDO EL DESGARRE ES EX
TENSO ES CONVENIENTE UNIR LOS BORDES DE LA HERIDA ME--
DIANTE UNO O MÁS PUNTOS DE SUTURA. CUANDO EL DESGA--
RRE ES PEQUEÑO DEBEN SECCIONARSE LOS BORDES DE LA ENCÍA
YA QUE RETARDAN LA CICATRIZACIÓN.

b).- CONTUSIÓN Y HERIDA DE LOS LABIOS, DE LOS CARRILLOS
O DE LA LENGUA:

SI EL OPERADOR NO TIENE LA PRECAUCIÓN DE PROTEGER
LAS PARTES BLANDAS CON LA MANO OPUESTA, PUEDE CORRER -
EL RIESGO DE LESIONAR CUALQUIERA DE LAS PARTES BLANDAS
MENCIONADAS, YA SEA AL EMPLEAR EL FÓRCEPS, BOTADOR O -
BISTURÍ.

c).- ENFISEMA:

SE PRODUCE INSTANTÁNEAMENTE DEBIDO A LAS HERIDAS-
DE LA MUCOSA DEL CARRILLO EN SUJETOS DE ABUNDANTE TEJI
DO CELULAR, EL DIAGNÓSTICO ES FÁCIL Y EL TRATAMIENTO--
CONSISTE EN HACER COMPRESIÓN, MANTENIDA PERMANENTEMEN-

CON VENDAS ELÁSTICAS. ESTE ACCIDENTE PASA SIN DEJAR-
RASTRO.

COMPLICACIONES.

I.- HEMORRACIA:

LA HEMORRACIA ES LA SALIDA DE LA SANGRE CON TODOS
SUS ELEMENTOS A CONSECUENCIA DE LA ROTURA DE LAS PARE-
DES DE UN VASO.

EN UNA EXTRACCIÓN LA SALIDA DE LA SANGRE ES MÍNIMA
Y LA HEMOSTASIS SE EFECTÚA DE 1 a 10 MINUTOS EN FOR-
MA ESPONTÁNEA Y DEFINITIVA, PERO NO SIEMPRE OCURRE ASÍ
PORQUE ALGUNAS VECES LAS HEMORRACIAS SE REPITEN Y NO--
SE DETIENEN ESPONTÁNEAMENTE, MÁXIME CUANDO SE TRATA DE
PACIENTES CON ENFERMEDADES TALES COMO: LA HEMOFILIA, Y
TODO TIPO DE ENFERMEDADES DE LA SANGRE.

LA HEMOSTASIS A VECES SE CONSIGUE POR MEDIO DE --
COMPRESIÓN CON GASA EN EL ALVÉOLO, SÍ CON ESTO NO SE -
CONSIGUE LA HEMOSTASIS, SE APLICARÁN MEDICAMENTOS A VE

ES DE VITAMINA "K", QUE ES COMO TODOS SABEMOS UN FACTOR QUE INTERVIENE EN LA COAGULACIÓN DE LA SANGRE.

TAMBIÉN SE APLICA VITAMINA "C" COMO PREVENCIÓN DE--
UNA AVITAMINOSIS ESCORBÚTICA QUE TAMBIÉN CAUSA HEMORRA--
GIA.

II.- INFECCIÓN.

a).- INFECCIÓN DEL ALVÉOLO:

UNA DE LAS MÁS FRECUENTES Y MUY MOLESTAS ES LA AL--
VEOLITIS QUE PUEDE SER DE DOS CLASES:

- 1.- POR INFLAMACIÓN DEL PERIOSTIO QUE RE--
CUBRE LAS PAREDES ALVEOLARES.
- 2.- POR DESTRUCCIÓN DEL MISMO. (ALVÉOLO -
SECO).

EL PACIENTE EXPERIMENTA DOLORES INTENSOS Y SÍ EXAMI

NAMOS EL ALVÉOLO SE ENCONTRARÁ VACÍO, DESPROVISTO DEL COÁGULO SANGUÍNEO Y DE TEJIDO DE GRANULACIÓN, EL ALIENTO FÉTIDO, MAL SABOR DE BOCA, ETC., Y LOS DOLORS NO SE ELIMINAN CON NINGÚN ANALGÉSICO.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN LAVAR EL ALVÉOLO CON SUERO DE PREFERENCIA SECARLO CON GASA ESTÉRIL Y TAPONEARLO CON GASA EMBEBIDA EN EUGENOL. ESTA CURACIÓN DEBE CAMBIARSE CADA 24 HORAS, SE EMPLEARÁ UN ANTIBIÓTICO PARA AYUDAR A LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO.

b).- INFECCIÓN DE LOS MAXILARES:

EN ALGUNOS CASOS LA INFECCIÓN NO SE DETIENE, NOSOLAMENTE EN EL ALVÉOLO, SINO QUE INVADIR EL TEJIDO ÓSEO VECINO Y DÁ ORIGEN A UNA OSTEÍTIS O HASTA UNA OSTEOMIELITIS, MÁS O MENOS EXTENSA.

EN ESTOS CASOS NUESTRO PAPEL SE REDUCE AL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO PARA CALMAR EL DOLOR Y A LUCHAR CONTRA LA INFECCIÓN, TANTO LOCAL COMO GENERAL.

c).- INFECCIÓN DE LAS PARTES BLANDAS:

1.- ADENITIS:

DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN, ALGUNOS PACIENTES NOS INDICAN QUE HAY UN PUNTO DOLOROSO Y UNA BOLITA QUE SE MUEVE POR DENTRO DE LA PIEL EN LA REGIÓN SUBMAXILAR. ESTOS SÍNTOMAS SON DEBIDO A QUE HAY ALGÚN GANGLIO INFORTADO, LO CUAL SIGNIFICA QUE HAY INFECCIÓN, LA QUE DEBEMOS TRATAR OBSERVANDO LA HERIDA, PUES QUIZÁ ESTÉ-INFECTADA Y SEA LA CAUSA DE ESTE PROCESO, ASÍ COMO--- APLICANDO ANTIBIÓTICOS PARA AYUDAR A LAS DEFENSAS ORGÁNICAS.

2.- EDEMA:

EL EDEMA PUEDE APARECER EN FORMA REPENTINA DES--PUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE, SE HINCHA LA CARA LA PIEL SE PONE BRILLANTE Y TENSA, PRIMERO SE EDEMATI ZA EL PÁRPADO INFERIOR Y LUEGO EL SUPERIOR. CUANDO--ESTAMOS SEGUROS DE QUE EL DIAGNÓSTICO ES EDEMA, COLO--CAREMOS UNA BOLSA CON HIELO O UN PAÑO EMPAPADO CON --

AGUA HELADA SOBRE LA ZONA EDENATOZA DURANTE 15 MINU--
TOS, BUCHES CALIENTES CON UN ANTISÉPTICO Y FOMENTOS -
INTERNOS COLOCADOS SOBRE EL DIENTE QUE SE EXTRAJO.

EL EDEMA DESAPARECE EN UN TIEMPO DE 40 a 72 HO--
RAS. PUEDE SUCEDER QUE EL EDEMA EVOLUCIONE A FLEMÓN

3.- FLEMÓN:

ES LA INFLAMACIÓN DEL TEJIDO CONJUNTIVO, ESPE---
CIALMENTE DEL SUBCUTÁNEO Y EL SUBAPONEURÓTICO. PUE-
DEN SER CIRCUNSCRITOS O DIFUSOS. LOS CIRCUNSCRITOS-
QUE SE ORIGINAN EN LA CAVIDAD BUCAL PUEDEN SER DE DOS
NATURALEZAS. LOS OSTEOFLEMONES Y LOS ADENOFLEMONES.

LOS OSTEOFLEMONES SE ORIGINAN PRINCIPALMENTE EN-
UN ALVÉOLO, Y LOS ADENOFLEMONES INVADEN SOLAMENTE LAS
PARTES BLANDAS.

EL TRATAMIENTO DE TODO FLEMÓN CONSISTE PRIMERO -
EN VER SI SE HAYA TODAVÍA EN EL PERÍODO DE INFLAMA---

CIÓN SIN SUPURACIÓN O SI YA EXISTE UNA COLECCIÓN PURULENTA.

DEBEMOS EXTRAER LAS RAÍCES ENFERMAS, O LOS DIENTES CON PULPAS PUTREFACTAS SI ELLOS FUERAN LA CAUSA, COLOCAREMOS FOMENTOS CALIENTES EXTERNOS PARA PROVOCAR LA FORMACIÓN DE PUS CERCA DE LA PIEL O INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE Y CON ANTIBIÓTICOS.

EN EL OSTEOFLEMÓN LO USUAL ES DARLE SALIDA AL PUS POR LA CAVIDAD ORAL, YA QUE LA SUPURACIÓN DURA MUCHOS DÍAS HASTA QUE SE ELIMINAN UN SECUESTRO Y DESPUÉS LA CURACIÓN DEFINITIVA.

LOS FLEMONES DIFUSOS QUE SE ORIGINAN EN LA BOCA SE LOCALIZAN CASI SIEMPRE EN EL PISO DE ÉSTA Y SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE ANGINA DE LUDWING.

4.- ABSCESO:

CUANDO UN FLEMÓN NO CURA COMPLETAMENTE, PUEDE -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FORMAR UNA COLECCIÓN DE PUS QUE PUEDE ESTAR MÁS ----
PRÓXIMA A LA MUCOSA DE LA PIEL O A LA DE LA BOCA, --
CUALESQUIERA QUE SEA EL CASO, EL ABSCESO DEBE DRENAR
SE MEDIANTE UNA PEQUEÑA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN -
LA CUAL SE COLOCAN MECHAS DE HASA YODOFORMADA Y SE--
PROTEGE LA HERIDA CON VENDA.

LAS MECHAS DEBEN CAMBIARSE CADA 48 HORAS HASTA-
QUE DEJE DE SUPURAR.

TRASTORNOS NERVIOSOS.

a).- NEURALGIA:

SURGE DESPUÉS DE UNA EXTRACCIÓN LABORIOSA Y EL-
DIENTE QUE SE EXTRAJO O SUS RAÍCES ESTUVIERON EN CON
TACTO CON UN TRONCO NERVIOSO Y ÉSTE SE LO DESGARRA O
SE LO COMPRIME O PUEDE QUEDAR AL DESCUBIERTO POR NO-
FORMARSE EL COÁGULO PROTECTOR. EL PACIENTE EXPERI-
MENTA DOLOR LANCINANTE, SE AGOTA Y NO DUERNE, ETC.

EL TRATAMIENTO CONSISTE EN AGREGAR UN TAPONA---
MIENTO CON CEMENTO QUIRÚRGICO Y SUMINISTRAR COMPLEJO
"B".

b) Y c).- ANESTESIA PROLONGADA Y PARESTESIA:

OCURRE POR DESGARRE O LESIÓN DE ALGÚN NERVIJO AL
PRACTICAR UNA EXTRACCIÓN DIFÍCIL.

EL PACIENTE PRESENTA ADORMECIMIENTO DEL LABIO,-
LOS DIENTES DEL LADO AFECTADO NO LOS SIENTE, SE MUER
DE CON FRECUENCIA EL LABIO, CARRILLO, ETC. ES UNA-
SENSACIÓN PASAJERA, PERO TARDA DE UN MES A MES Y ME-
DIO EN DESAPARECER.

d).- ACCIDENTES SOBRE EL SIMPÁTICO:

1.- ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS:

CIERTOS PROCESOS INFECCIOSOS DE LOS DIENTES, RE
PERCUTEN EN LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS, ESPECIALMEN

TE EL OJO Y EL OÍDO.

ES FRECUENTE QUE LESIONES OCULARES Y AUDITIVAS-
DE MAYOR O MENOR INTENSIDAD TENGAN SU ORIGEN EN UN -
FOCO DENTARIO, Y QUE LAS LESIONES DESAPAREZCAN AL HA
CER LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE CAUSAL.

2.- MUJERES EN ESTADO DE GRAVIDEZ, DE LACTANCIA O---
MENSTRUAL:

NUNCA SE HA OBSERVADO NINGÚN PROBLEMA AL HACER-
EXTRACCIONES EN MUJERES EN CUALQUIERA DE ÉSTOS ESTA-
DOS, PERO DEBEMOS EVITARLAS EN MUJERES QUE SEAN DEMA
SIADO NERVIOSAS O POSPONERLA A MENOS QUE SEA URGENTE

HAY OCASIONES EN QUE ES NECESARIO INDICAR A LA-
PACIENTE QUE CONSULTE A SU MÉDICO PARA MÁS TRANQUILI
DAD DE ELLA Y DE NOSOTROS, PUES EN CASO DE QUE SUCE-
DA ALGÚN PROBLEMA, QUEDAMOS EXENTOS DE TODA RESPONS
BILIDAD.

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

ATRAVÉS DE LA HISTORIA NOS DAMOS CUENTA QUE LA-
EXTRACCIÓN DENTARIA SE PRACTICA DESDE TIEMPOS MUY AN-
TIGUOS, LA CUAL SE LLEVABA A CABO DE UNA MANERA MUY-
RÚSTICA, PUES NO SE CONTABA CON EL INSTRUMENTAL ADE-
CUADO NI CON LOS MÉTODOS DE ASEPSIA QUE EXISTEN EN--
LA ACTUALIDAD.

ACTUALMENTE, LAS EXTRACCIONES DENTARIAS HAN DIS-
MINUÍDO DEBIDO A LA ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y A LA --
EDUCACIÓN DENTAL QUE RECIBE LA GENTE DE PARTE DE LOS
DENTISTAS, ASOCIACIONES DENTALES, CAMPAÑAS DE EDUCA-
CIÓN DENTAL, ETC.

EN ALGUNOS PAISES DICHA EDUCACIÓN DENTAL ESTÁ--
MÁS DESARROLLADA Y LA GENTE SE PREOCUPA POR ACUDIR -
CON SU DENTISTA POR LO MENOS UNA O DOS VECES POR AÑO

AQUÍ EN MÉXICO SEGUIREMOS PRACTICANDO LA EXODONCIA POR MÁS TIEMPO, HASTA QUE NOS PÓNGAMOS A LA ALTURA DE LOS DEMÁS PAÍSES, EN LOS CUALES LA GENTE ACUDE CON MÁS FRECUENCIA A PRACTICARSE EXÁMENES DENTALES.

CUANDO UN PACIENTE ACUDE AL CONSULTORIO POR PROBLEMAS DE ALGUNA PIEZA DENTAL EN LA QUE HAY NECESIDAD DE HACER EXTRACCIÓN, PRIMERAMENTE NOS VALEMOS DE LOS MÉTODOS DE LA PROPEDEÚTICA CON EL FÍN DE FORMULARNOS UN JUICIO DEL PACIENTE PARA SABER SI EXISTE CONTRAINDICACIÓN ALGUNA, PROCEDEREMOS A HACER LA EXTRACCIÓN.

UNA VEZ HECHA LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE Y QUE ESTÉ LISTO PARA LA INTERVENCIÓN, OBSERVAREMOS QUE EL INSTRUMENTAL Y EL CAMPO OPERATORIO REUNAN LAS CONDICIONES DE ASEPSIA Y ANTISEPSIA QUE SE REQUIEREN ENSEGUIDA PROCEDEREMOS A LA ANESTESIA DEL MISMO, LA ELECCIÓN DEL ANESTÉSICO QUE SE EMPLEE DEBE SER EL -- QUE REUNA LOS REQUISITOS DE UN BUEN ANESTÉSICO Y LAS CONDICIONES QUE EL CASO REQUIERE.

LOS HAY CON ADRENALINA PARA PACIENTES NORMALES--
Y HAY SIN ADRENALINA PARA PACIENTES HIPERTENSOS. LA
TÉCNICA ANESTÉSICA QUE SE EMPLEE SERÁ DADA POR LA --
PIEZA QUE SE TRATE. DESDE UN PRINCIPIO DEBEMOS DE-
CIDIRNOS SI USAREMOS FÓRCEPS O BOTADOR, ESTO DADO---
POR EL EXAMEN CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO, DEBEMOS EM----
PLEAR TÉCNICAS CORRECTAS E INSTRUMENTAL DE BUENA CA-
LIDAD, PUES SÍ SE USAN INSTRUMENTOS DE MALA CALIDAD-
O DE HOJA DELGADA, SE CORRE EL RIESGO DE PROVOCAR AC
CIDENTES EN EL CURSO DE LA EXTRACCIÓN.

CUANDO SE PRESENTA UN ACCIDENTE REPENTINO DURAN
TE LA EXTRACCIÓN DEBE CORREGIRSE EL DAÑO INMEDIATA--
MENTE.

CUANDO SURGE UNA COMPLICACIÓN DESPUÉS DE LA EX-
TRACCIÓN, DEBEMOS OBSERVAR LA CAUSA QUE LO PROVOCA Y
ELIMINARLA INMEDIATAMENTE SI ESTÁ A NUESTRO ALCANCE-
O SI EL PROBLEMA ES HEMORRÁGICO, INFECCIOSO O NERVIO
SO, PRESCRIBIR EL MEDICAMENTO O MEDICAMENTOS ADECUA-
DOS. SI LLEVAMOS A CABO CORRECTAMENTE CADA UNO DE --
LOS PUNTOS ARRIBA CITADOS, TENDREMOS ÉXITO, TANTO EN
LA OPERACIÓN COMO PROFESIONALMENTE.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- CUEVAS FRANCISCO
MANUAL DE TÉCNICA MÉDICA PROPEDEÚTICA.
EDICIÓN 1951
85 PÁGINAS.

- 2.- DURANTE AVELLANAL CIRO
DICCIONARIO ODONTOLÓGICO.
SEGUNDA EDICIÓN
120 PÁGINAS

- 3.- HOWE, GEOFFEREY L.
EXTRACCIÓN DENTAL.
SEGUNDA EDICIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA
275 PÁGINAS

- 4.- KENNETH BURDON Y ROBERTS WILLIAMS
MICROBIOLOGÍA
EDITORIAL PGSA
PRIMERA EDICIÓN 1971
350 PÁGINAS

5.- LÓPEZ ALONSO GUILLERMO

FUNDAMENTOS DE ANESTESIOLOGÍA.

EDITORIAL LA PRENSA MÉDICA MEXICANA

SEGUNDA EDICIÓN

205 PÁGINAS

6.- MARTÍNEZ CERVANTES LUIS

CLÍNICA PROPEDEÚTICA MÉDICA

EDITORIAL FRANCISCO MÉNDEZ OTEO

EDICIÓN 1975

75 PÁGINAS