

127
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*No 30
Palacio M. H. H. H. H. H.*

ACCIDENTES MEDIATOS E INMEDIATOS EN LA
EXTRACCION DENTARIA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

HAYASHI PALAZUELOS SANDRA GUADALUPE

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA



MEXICO, D. F.

1992

**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.

INDICE

	PAGINAS
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I.....	3
Generalidades de la cavidad bucal	
CAPITULO II.....	9
Etiologia	
CAPITULO	
Complicaciones por solución anestésicas	
Accidentes inmediatos	
Dolor	
Lipotimia	
Tratamiento	
Shock	
tratamiento	
Hematoma	
Parálisis facial	
Anestesia de la región temporal	
Isquemia de la piel de la cara	
Inyecciones de las soluciones anestésicas de	
CAPITULO IV.....	16
Fractura del instrumental	
CAPITULO V.....	17
Lesiones a los troncos nerviosos	
CAPITULO VI.....	19
Daños a los tejidos blandos	
Desgarradura de la mucosa	
Tratamiento	
Lesión de lengua y piso de boca	
Lesión de labios	
Perforación de paladar blando	
Mucosa bucal	

CAPITULO VII.....	21
Lesión de los tejidos duros	
Fractura de la corona del diente	
Fractura de la raíz del diente	
Tratamiento	
Fractura de dientes vecinos	
Fractura de hueso alveolar	
Fractura de la tuberosidad	
Fractura de la mandíbula	
CAPITULO VIII.....	27
Desplazamiento dentario	
Desplazamiento dentro del seno maxilar	
Tratamiento	
Desplazamiento en el espacio mandibular	
CAPITULO IX.....	31
Perforación del seno maxilar	
CAPITULO X.....	33
Dislocación de la articulación temporomandibular	
CAPITULO XI.....	34
Accidentes mediatos o complicaciones posoperatorias	
Anestesia prolongada	
Infección en el lugar de la punción	
Tratamiento	
Dolor	
Necrosis tisular	
Tratamiento	
Hemorragia	
Tumefacción	
Hematomas	
Dolor	
Infección	
Trismus	
Alveolitis	
Causas	
Tratamiento	
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAFIA.....	44

INTRODUCCION

A continuación presento el siguiente trabajo de investigación bibliográfica sobre "Accidentes inmediatos y mediatos en la extracción" que suelen presentarse en el consultorio, y la responsabilidad con que debemos enfrentarlos, reconocerlos y resolverlos lo mejor posible.

La exodoncia es parte de la cirugía bucal que concierne a la extracción dentaria. De tal manera que no es tan sencilla como pudiera pensarse.

Intervienen muchos factores, poniendo en juego todos los conocimientos básicos del operador, así como la habilidad del mismo.

Esto se verá reflejado al hacer un diagnóstico, elegir el tratamiento correcto y la aplicación de una buena técnica, basándose principalmente en la realización de una buena historia clínica, exploración bucal e interpretación radiográfica de la zona a tratar.

Reconocer las indicaciones y contraindicaciones de la extracción dentaria, los principios por los que se rige y la técnica a aplicar.

En los siguientes capítulos a desarrollar se podrá observar que los accidentes originados por la extracción dentaria son múltiples y de distinta categoría, unos interesan al diente objeto de la extracción o a los dientes vecinos; otros al hueso y a las partes blandas que lo rodean.

Estos accidentes pueden evitarse en una gran proporción con un buen estudio radiográfico, con el conocimiento total de la técnica a seguir y con un buen plan quirúrgico.

No debemos considerar a la exodoncia como un acto de rutina ya que no existen dos extracciones iguales.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE LA CAVIDAD BUCAL

BOCA

Primer segmento del aparato digestivo. Es una cavidad situada por debajo de las fosas nasales y por encima de la región suprahioidea, está limitada por delante y por fuera por los labios y carrillos, teniendo como techo la bóveda palatina. Está dividida por los arcos dentarios en dos porciones: vestibulo de la boca y la boca propiamente dicha. (3)

VESTIBULO DE LA BOCA: es un espacio en forma de herradura, limitado por lo labios y por las mejillas en su pared anterolateral y por los arcos alveolodentarios en su pared posterointerna, ambas mitades se unen en el surco vestibular superior o inferior; estos canales presentan en la línea media un repliegue mucoso que es el frenillo labial, saliente para el labio superior más que para el inferior.

En la boca se distinguen las paredes que la limitan y las formaciones que contiene o que se agrupan cerca de ella.

Pared Anterior: constituida por los labios que son dos repliegues mucomembranosos, uno superior y otro inferior, adaptados a la convexidad de los arcos alveolodentarios.

Pared Posterior: formada por el velo del paladar y por el istmo de las fauces. El velo del paladar es continuación de la bóveda palatina; el cual está formado por una aponeurosis, músculos y mucosa palatina.

Pared Superior: integrada por la bóveda palatina y la parte anterior del velo del paladar. Es convexa y se halla limitada a los lados por los arcos dentarios del maxilar superior, presenta en la línea media un rafé, el cual termina por delante del tubérculo palatino, que corresponde al orificio inferior del conducto palatino anterior.

Pared Inferior: esta corresponde a la lengua y al piso de la boca, la lengua es un órgano móvil, musculoso, en el radica el sentido del gusto, el cual tiene dos caras, dos bordes, una base y un vértice o punta. En su cara superior se encuentra la V lingual, en su cara inferior se encuentra en su línea media un repliegue mucoso o frenillo lingual. Los bordes corresponden a la cara interna de los arcos dentarios y es en ellos donde constantemente se inician las lesiones crónicas que pueden degenerar en un cancer lingual.

La base corresponde al hueso hioides unidos por los repliegues glosos epiglóticos. El vértice o punta se forma por la convergencia de los surcos mediano e inferior. Anatomicamente la lengua se forma y conforma de tres partes: esqueleto osteofibroso, músculos de la lengua y mucosa lingual.

Los músculos de la lengua son ocho pares y un impar. Músculos pares: geniogloso, hiogloso, estilogloso, palatogloso, lingual superior y lingual inferior. Músculo impar: transversos de la lengua.

Paredes Laterales: constituidas por las mejillas y comprendidas exteriormente entre el borde inferior de la órbita por arriba, el borde de la mandíbula por abajo, el borde posterior del masetero por atrás y la comisura de los labios por delante.

En su cara interna, libre en su porción central, se adhiere en su periferia al esqueleto de la cara y está limitada por arriba y por abajo por un surco mucoso gingivoyugal que es prolongación del surco gingivolabial. Por detrás se prolonga hasta el pilar anterior del velo del paladar y por delante se continúa con la cara posterior de los labios, se presenta a nivel del segundo molar superior el orificio de desembocadura del conducto de Stenon, las mejillas están constituidas de afuera hacia adentro por piel, tejido celular subcutáneo, una capa muscular y al mucosa.

CONTENIDO DE LA BOCA: como elementos principales tenemos a las encías y a los dientes; como órganos anexos tenemos a las glándulas salivales y las amígdalas.

Encías: es la porción carnosa que recubre los bordes alveolares del maxilar y de la mandíbula, alcanzando a recubrir el cuello de cada diente. Están compuestas por un tejido fibroso, adherido a la mucosa. Aquí encontramos a la papila interdientaria, la cual llena el espacio interdental y evita en dentaduras normales la acumulación de dentritos en esos espacios que producen las fermentaciones ácidas y que ocasionan las caries.

Dientes: son un conjunto de piezas, duros, destinados a incidir, desgarrar y triturar los alimentos sólidos; están implantados en las cavidades alveolares. Aparecen en dos épocas de la vida, la primera dentición que es temporal y el número de dientes es de veinte.

La segunda etapa es de treinta y dos dientes y es permanente. Los dientes se dividen en incisivos centrales, incisivos laterales, caninos, primeros y segundos premolares y molares.

ANEXOS DE LA BOCA: aquí encontramos a las glándulas salivales; cuyo producto de secreción interviene en fenómenos de la digestión de algunos alimentos. Dicha secreción es la saliva, la cual tiene por objeto humedecer la lengua así como las paredes de la boca.

Las glándulas que la segregan son:

Glándulas parótidas.

Glándulas submandibulares.

Glándulas sublinguales.

GLANDULA PAROTIDA: está situada a cada lado de la cara por abajo y adelante del conducto auditivo externo, abraza el borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula, de su parte posterointerna se desprende una prolongación que sigue por la cara profunda de esta rama y llega casi hasta la pared externa de la faringe de su cara superficial y en borde anterior se ve desprenderse otra prolongación que cruza la

cara superficial del músculo masetero, de donde se desprende el conducto de Stenon. la cara externa de la glándula llega por detrás del conducto auditivo externo y por abajo hasta el ángulo mandibular. La glándula está envuelta por una aponeurosis. La parótida se inserta por arriba en el arco cigomático, atrás en el conducto auditivo externo y profundamente en la apófisis estiloides.

El conducto de Stenon, el cual es el escretor de la parótida y está formado por la reunión de 14 a 16 conductos que resumen las vías de excreción de los lóbulos. Emerge por el extremo anterior de la prolongación maseterina de la parótida, corre después por la cara externa del masetero junto con la arteria transversal de la cara, rodea la bola adiposa de Bichat alcanza al buccinador al cual perfora se desliza bajo la mucosa bucal y finalmente se abre en la cavidad bucal por un estrecho orificio situado frente al cuello del segundo molar superior. Su trayectoria está representada por una línea que va del tragus a la comisura labial.

GLANDULA SUBMANDIBULAR: está situada una parte debajo de la mandíbula y otra parte entre ésta y el hueso hioides, encima del tendón intermedio del digástrico. Su cara externa está en relación con la fosa submandibular y con el músculo pterigoideo externo.

La cara inferior está cubierta por la piel, la aponeurosis superficial y el músculo cutáneo. El extremo posterior de la

glándula presenta un surco profundo producido por la arteria facial.

Su conducto excretor el cual se conoce con el nombre de conducto de Wartheim, el cual corre hacia adelante por dentro del milohiideo y se abre en el piso de la boca a los labios del frenillo lingual. en el vértice de una papila, se conoce con el nombre de Ostium umbilical de Barden.

GLANDULA SUBLIGUAL: está situada profundamente por debajo de la mucosa del piso de la boca por encima del milohiideo y entre la cara interna de la mandíbula. El producto de su secreción es recogida por numerosos conductillos que posteriormente se suman en uno solo, conocido con el nombre de conducto de Rivin o de Bartholino.

AMIGDALAS: son vasos linfoides situados en el istmo de las fauces. La más voluminosa es la amígdala palatina, colocada entre los dos pilares del velo del paladar y unida por arriba con la amígdala faríngea por medio de franjas adenoides. Por abajo se une también a folículos cerrados que llegan hasta la base de la lengua que forman un conjunto de tejido adenoideo que recibe el nombre de anillo linfático de Waldeyer.

CAPITULO II

ETIOLOGIA

Las complicaciones surgen en la mayoría de los casos debido a errores de juicio.

Principalmente es la falta de la elaboración de un historia clínica, poco conocimiento de la zona a tratar y de las adyacentes y de la falta de un estudio radiográfico adecuado de la zona a tratar.

Existen cierto lugares en donde no se cuenta con aparatología ni rayos X e inclusive con el instrumental adecuado para realizar el tratamiento dental. Esto se presenta principalmente en los centros comunitarios de la áreas marginadas. Sin embargo no escuda al profesional de hacer un buen diagnóstico dentro de los limitantes que se le dan, y llevar el tratamiento de manera eficiente y sobre todo, del conocimiento profundo que debe tener de la zona a tratar.

Posteriormente tenemos una exploración bucal deficiente; un diagnóstico o interpretación radiográfica incorrecta; técnica inadecuada en la aplicación de los anestésicos; manejo incorrecto del instrumental, un acceso inadecuado de la zona a tratar; no crear la abertura de tamaño suficiente en el hueso, que permita la salida o extracción del diente; una técnica mal ejecutada al realizar la operación en sí; el empleo de las fuerzas no controladas poco desarrollo la habilidad del operador; utilizar instrumental sin previa

esterilización, la utilización de agujas oxidadas o contaminadas.

Lo mismo que la falta de asepsia de la zona a tratar. Y no debemos de dejar de tomar en cuenta que también el exceso de confianza en si mismo provoca que el profesionalista incurra en éstos errores.

CAPITULO III

COMPLICACIONES POR SOLUCION ANESTESICA

La utilización de la anestesia local para dominar el dolor durante los procedimientos dentales generalmente son seguros sin embargo, se puede originar fenómenos comunes que preocupen al odontólogo si éste no ha tenido experiencia en tales accidentes estos accidentes pueden ser debido a al inyección accidental de solución anestésica en una vena, idiosincrasia del paciente, anomalías anatómicas o a circunstancias desconocidas hasta el presente. A continuación se mencionarán algunas de estas causas de complicación por el anestésico.

ACCIDENTES INMEDIATOS

DOLOR: al llevar acabo alguna inyección, la aguja puede tocar un nervio y provocar dolor de distinta indole, intensidad, localización, radiación y persistencia (horas o dias). El dolor subsiguiente a la inyección se puede deber a inyecciones con agujas desafiladas las cuales desgarran a los tejidos, a la introducción demasiado rápida de las soluciones anestésicas o que estas estén muy calientes o muy frias.

LIPOTIMIA: conocida también como síncope o desmayo, es la pérdida temporal y repentina del conocimiento y la sensibilidad, consecutiva al descenso rápido de la presión sanguínea. Este período de inconciencia debido a la anorexia cerebral.

Las causas por las cuales se provoca un desmayo son variables en ocasiones el miedo puede desencadenar este accidente de origen neurogénico.

La lipotimia es una de las complicaciones más frecuentes al emplear anestesia local; los síntomas clínicos son: pulso rápido y palidez de la cara del paciente su piel se pone fría y sudorosa, la tensión arterial baja un poco aunque esto es transitorio. La lipotimia responde rápidamente a tratamiento sencillos.

TRATAMIENTO: se coloca el paciente con la cabeza más bajo que su cuerpo en la posición de Trendelenburg facilitar la circulación de la sangre al cerebro se da una inhalación de amoníaco y se aplica una toalla fría en la cara, o inhalación de oxígeno.

EL SINCOPE PUEDE EVITARSE

- A) Inyectando la solución anestésica lentamente.
- B) Observando el cambio de color del paciente durante la inyección.
- C) Usando agujas con filo.
- D) Empleando bajas concentraciones de epinefrina o un vasoconstrictor mejor tolerado.
- E) Administrando medicación previa para aquellos paciente demasiados nerviosos.
- F) Manejando adecuadamente al paciente.

SHOCK: esta reacción es muy parecida al síncope a diferencia de que es mucho más intensa, con descenso súbito de la presión arterial y del volumen de sangre circulante, pérdida de la conciencia y el pulso se vuelve rápido y débil, esto puede ser debido a la inyección intravascular del anestésico.

TRATAMIENTO: se coloca al paciente en posición supina con la cabeza bajo y administrarse un estimulante cardíaco o respiratorio. Aunque la idiosincrasia a los anestésicos es rara debe investigarse cualquier antecedente de reacción intensa que en caso afirmativo nos servirá para poder evitar más adelante un shock, o bien estar conciente de que el paciente puede presentar una idiosincrasia, y que de ésta manera no nos agarre desprevenidos.

Una vez presentado el cuadro de shock se le da inhalación de oxígeno; en caso de apnea se le debe tener ventilación controlada uso de cortisona por vía intravenosa.

HEMATOMA: la punsión de un vaso sanguíneo origina un derrame de intensidad variable sobre la region inyectada.

La complicación no es muy frecuente ya que los vasos sanguíneos se desplazan y no alcanzan a ser punzados. Este accidente es común en las inyecciones a nivel de los agujeros infraorbitarios o mentoniano, sobre todo si se introduce la aguja en el conducto óseo. El derrame sanguíneo es instantáneo y tarda varios días para su resolución.

TRATAMIENTO: consiste en la aplicación de una bolsa con hielo en lugar de la inyección.

PARALISIS FACIAL: este accidente puede ocurrir al estar anestesiando el nervio dentariounferior y sucede cuando se lleva la aguja por detrás del borde parotideo del hueso, inyectando la solución anestésica en la glándula parótida.

Este accidente también se debe por una inyección demasiado profunda y alta de tal manera que anestesia los músculos orbiculares y provoca pérdida del tono muscular de los párpados. Presenta los síntomas de la parálisis de Bell: caída de párpado, incapacidad de oclusión ocular además de la caída y desviación de los labios. Este es sin duda un accidente alarmante en el cual el paciente se pone sumamente nervioso, y es donde el profesionalista debe tranquilizarlo y explicarle que éste problema es temporal y durara el tiempo que persista la anestesia motivo por el cual no requiere ningún tratamiento en especial.

ANESTESIA DE LA REGION TEMPORAL: la anestesia de la región temporal se debe al depósito de la solución anestésica en un área atravezada por la rama auriculotemporal, esto puede suceder cuando la inyección es muy alta y la inserción es demasiado profunda en esa región.

ISQUEMIA DE LA PIEL DE LA CARA: a raíz de cualquier anestesia se notan sobre la piel de la cara del paciente zonas de intensa palidez, debidas a isquemias sobre esta región.

Está originada por la penetración y transporte de la solución anestésica con adrenalina en la luz de una vena. La adrenalina ocasiona la vasoconstricción isquémica. No requiere ningún tratamiento ya que el problema desaparecerá cuando se absorba el anestésico.

INYECCIONES DE LAS SOLUCIONES ANESTÉSICAS EN ORGANOS VECINOS

Es un accidente no común; el líquido puede inyectarse en las fosas nasales durante la anestesia del nervio maxilar superior no origina inconvenientes. Otro sería la inyección en la órbita durante la anestesia de los nervios del maxilar superior, puede provocar diplopia (visión doble), exoforia o esoforias (desviaciones oculares hacia afuera o adentro); esto dura lo que el efecto anestésico. No requiere ningún tratamiento.

CAPITULO IV

FRACTURA DE INSTRUMENTAL

No es raro que las pinzas o los elevadores se fracturen en acto quirúrgico cuando se aplica una fuerza excesiva sobre ellos pueden así herirse las partes blandas u óseas vecinas. Este accidente suele ocurrir por un instrumental flameado, oxidado, mala calidad o por su uso incorrecto.

Uno de los accidentes más comunes es el que consiste en la fractura de la parte activa del instrumental que puede quedar clavada en el hueso o en tejido blando desde donde puede ser eliminado con una pinza de curación, hemostática, portaguñas, etc.; algunos de estos fragmentos pueden quedar como cuerpos extraños en los huesos, originándose una gama de trastornos para extraerlos, si es fácil el acceso se eliminarán en el mismo momento, en caso se hará un estudio radiográfico para localizarlo y de acuerdo con ello se determinará el grado de complicación y se remitirá al cirujano bucal, si así se cree conveniente.

CAPITULO V

LESIONES A LOS TRONCOS NERVIOSOS

La lesión puede hacerse al extrirpar un ápice radicular en la región de los molares, durante la extracción de un diente incluido o en la extirpación de quistes o tumores.

Estas lesiones pueden redicarse en los nervios dentarios superiores e inferiores. Los accidentes más importantes son los que tiene lugar sobre el nervio palatino anterior, dentario inferior y mentoniano.

El examen radiográfico preoperatorio es de gran importancia para evitar lesiones al nervio, el traumatismo sobre el tronco nervioso puede consistir en sección, aplastamiento o desgarré del nervio; lesiones que se traducen por neuritis, neuralgias o anestésias en zonas diversas.

En las extracciones de tercer molar retenido la lesión sobre el nervio dentario tiene lugar por aplastamiento del conducto del mismo nombre que se realiza al girar el tercer molar retenido. El ápice se pone en contacto con el conducto y aplasta a éste ocasionando anestésia definitiva prolongada o pasajera según el grado de la lesión.

Cuando se realizan extracciones de premolares inferiores o de sus ápices, los instrumentos de exodoncia pueden lesionar el paquete nervioso a nivel del agujero mentoniano, los cuales pueden provocar anestésia y algunas veces parestésia de la mitad del labio inferior y del mentón.

La regeneración del nervio lesionado depende de la magnitud de la lesión, puede durar de 6 semanas a 6 meses o más tiempo.

Su tratamiento es térmico ya sea húmedo o seco en la región afectada.

Si el nervio se encuentra dentro del sitio quirúrgico o cerca del mismo deberá procederse con cuidado durante la extracción del diente y fragmentos óseos. El conocimiento de su presencia y la cirugía cuidadosa son la mejor protección contra la lesión a estas estructuras.

En éstos casos, se advertirá al paciente del riesgo que implica, así como las consecuencias que pueden presentarse.

CAPITULO VI

DANOS A LOS TEJIDOS BLANDOS

La laceraciones o lesiones de los tejidos blandos se deben al inadecuado uso del instrumental durante el procedimiento quirúrgico. A continuación se nombrarán algunas:

DESGARRADURA DE LA MUCOSA;

Se produce al deslizar los instrumentos de la mano del operador (después de extracciones laboriosas o fatigables) y herir la encía o las partes blandas vecinas.

TRATAMIENTO: después de la extracción se unen cuidadosamente las partes desgarradas por medio de puntos de sutura.

LESION DE LENGUA Y PISO DE BOCA: si el operador utiliza un elevador sin control adecuado se le puede resbalar el instrumento y lastimar la lengua o el piso de la boca. La lengua esta muy vascularizada y puede presentarse sangrando sangra abundante después de dicha lesión. Esta hemorragia puede ser controlada colocando unos puntos de sutura en el lugar de la lesión.

LESION DE LABIOS: las heridas más frecuentes en los labios son el pellizcamiento con los instrumentos que causan lesiones traumáticas de la comisura, estas lesiones son frecuentes en el curso de las extracciones laboriosas.

PERFORACION DE PALADAR BLANDO: cuando se llega a perforar ésta perforación se eliminan por la contractura de los músculos alrededor de la perforación.

Lo que si está indicado es el examen de la herida para asegurarse para que no quede parte del objeto. No es necesaria la sutura está contraindicada por lo que la herida sana por granulación. Pero si existieran laceraciones deben ser suturadas.

MUCOSA BUCAL: lesión causada por el manejo incorrecto de fresas durante las extracciones dentarias por odontosección; las laceraciones de la mucosa bucal generalmente no son de profundidad suficiente para justificar la sutura, únicamente si la herida es muy profunda se podrá considerar utilizar punto de sutura.

Los accidentes a tejidos blandos ocurren durante el uso de elevadores y ocasionan una herida de tipo perforante. Estas heridas son más alarmantes que peligrosas, ya que la herida por punción rara vez sangra profundamente y por lo general los tejidos se colapsan y cierran la herida cuando se quita el objeto que la ha causado.

CAPITULO VII
LESIONES DE LOS TEJIDOS DUROS

La fractura es el accidente más frecuente de la exodoncia, en el curso de la extracción, las causas de éste accidente son múltiples.

Los órganos dentarios pueden fracturarse por la aplicación inadecuada del instrumento.

El diente puede estar debilitado y así la fractura es inevitable.

Por la disposición y por anomalías radiculares, por el incompleto estudio clínico y radiográfico del diente a extraerse y equivocada técnica quirúrgica.

La fractura es un accidente evitable en una gran porción de los casos, el estudio radiográfico del diente a extraerse impone la técnica a continuación se mencionarán algunas.

FRACTURA DE LA CORONA DEL DIENTE: se puede producir si el diente está debilitado ya sea por caries o por una restauración amplia, sin embargo casi siempre es debido a la aplicación inadecuada del forceps al diente, colocando los bocados de éste sobre la corona en lugar de la raíz o cuerpo radicular o con su eje longitudinal perpendicular al diente.

Si el manejo de forceps no se mantiene firmemente los bocados se pueden resbalar fuera de la raíz y fracturar la corona del diente. El empleo de fuerza excesiva en un intento para vencer

la resistencia no es recomendable y puede ser una de las causas de fractura.

Otra causa es por el uso de forceps para extracciones que no corresponden al diente por extraer.

También por la fragilidad del diente debido a la edad del paciente o desvitalización del mismo.

FRACTURA DE LA RAIZ DE DIENTE: una fractura de la unión esmalte cemento o más abajo puede no ser visible clínicamente, la cual únicamente la podemos observar radiográficamente: el pronóstico de tales fracturas radiculares será determinado por la aproximación de los segmentos fracturados, la salud del paciente y la localización de la fractura de la raíz: mientras más apical sea la fractura mejor será el pronóstico para el tratamiento pero si el diente persistiera éste deberá ser examinado periódicamente buscando movilidad, vitalidad dolor a la percusión y cambios radiog gráficos.

Producida la fractura se debe extraer la porción radicular quedada en el alvéolo.

TRATAMIENTO: eliminar los trozos óseos y dentarios que lo cubren, cohibir la hemorragia de las partes blandas aclarar la visión del muñón radicular fracturado; los fragmento se retiran con pinzas para algodón se lava la región con chorro de solución isotónica, se seca con gasa se practica la hemostasia con los medicamentos disponibles.

Una vez detenida la hemorragia se practica la extracción de las raíces.

FRACTURADE DIENTES VECINOS:

En ocasiones se lesionan dientes adyacentes al realizar procedimientos exodónticos. Estas lesiones comprenden aflojamientos avulsión o fractura.

El aflojamiento de dientes puede ocurrir por el uso incorrecto de elevadores, por elegir pinzas de picos demasiado anchos para el espacio interdentario disponible o por eliminar demasiado hueso al hacer la extracción quirúrgica.

Si el grado de movilidad es mínimo, no se requiere tratamiento.

En este caso se le advierte al paciente que lleve una dieta blanda, no masticable por varios días. Cuando existe mucha movilidad, se debe inmovilizar el diente; para este fin pueden emplearse ligaduras de alambre, una barra arqueada, bandas ortodónticas o una ferula de acrílico rápido. La fijación debe mantenerse de dos a cuatro semanas. También puede ocurrir la avulsión de un diente adyacente por el uso incorrecto de los instrumentos esto sucede cuando las raíces son cónicas.

El diente se debe colocar inmediatamente en el alvéolo y hay que fijarlo con firmeza en su posición. El diente deberá ser limpiado con solución salina estéril, protegiendo las fibras periodontales.

La manipulación excesiva y la contaminación de la superficie radicular deberán ser evitados.

El alveólo deberá ser irrigado antes de la implantación, ya reimplantado deberá ser inmovilizado durante 6 semanas aproximadamente. El diente deberá ser examinado periódicamente para ver si no existen cambios radiográficos.

Si el diente permanente a permanecido más de 30 minutos fuera del alveólo se recomienda hacer la obturación endodóntica del conducto radicular. Este tratamiento no se debe hacer en el momento del accidente por que la manipulación adicional del diente agrava la lesión del tejido periodontal y del cemento reduciendo así la probabilidad de que quede bien reinsertado.

Las lesiones de los dientes adyacentes pueden ser causadas por los instrumentos usados en exodoncia, o por fuerzas excesivas o mal dirigidas. Para evitar lesiones a los dientes adyacentes será necesario utilizar correctamente los instrumentos en el acto operatorio que nos permitirá suministrar fuerzas controladas durante la extracción del diente.

FRACTURA DEL HUESO ALVEOLAR: de la variedad de la fractura depende la importancia del accidente. El trozo de hueso se extirpa con el órgano dentario o queda relegado en el alveólo, en el primer caso no hay tratamiento a seguir.

En el segundo debe eliminarse el trozo fracturado, de lo contrario el secuestro origina procesos inflamatorios, osteitis, abscesos, que no terminan hasta la eliminación del hueso. El hueso se quiebra siguiendo líneas variadas, en general se quiebra en la tabla externa, un trozo de la cual se extrae con el diente.

FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD; en la extracción del tercer molar, en los dientes retenidos y por el uso de botadores, ésta tuberosidad o parte de ella puede desprenderse acompañada del molar o algunas veces podría abrirse el seno maxilar dejando una comunicación mucosinusal; tendremos que conjuntar los bordes lo más que podamos y suturar a la vez.

FRACTURA DE LA MANDIBULA; se puede fracturar la mandíbula si se emplea una fuerza excesiva o incorrecta o a cambios patológicos que debiliten la mandíbula. Nunca debe utilizarse fuerza excesiva para extraer un diente, si el diente no cede a presión moderada.

La mandíbula puede estar debilitada por osteoporosis senil, osteomielitis, radioterapia previa, fragilidad ósea, dientes no erupcionados, quistes o tumores son también causas que predisponen una fractura de mandíbula si se presenta cualquiera de estas condiciones, la extracción debe ser intentada después de una observación cuidadosa y ayuda radiográfica, así como de una construcción preoperatoria de férula.

Si el paciente es predispuesto a una fractura, se le debe de informar antes de la operación la posibilidad de la fractura mandibular; si se presenta una fractura durante la cirugía dental, debe colocarse un soporte extrabucal.

Esta lesión puede presentarse durante la cirugía de la extracción de caninos incluidos o extracción de un diente incluido atrófico en la mandíbula.

El tratamiento oportuno y adecuado deberá proporcionar reparación completa sin daños permanentes. Se debe inmovilizar el maxilar inferior con números de 2 a 8 semanas dependiendo de la extensión de la fractura, grado de desplazamiento y edad de paciente. En algunos casos no es necesaria la inmovilización, tan sólo una dieta blanda y observación cuidadosa en otros casos puede ser necesario realizar alambrado directo intraóseo en combinación con la inmovilización.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CAPITULO VIII

DESPLAZAMIENTO DENTARIO

Generalmente es el resultado de un intento ineficaz de sujetar a la raíz cuando el acceso visual es inadecuado, esta complicación se puede evitar si el operador sólo intenta sujetar las raíces bajo visión directa. A continuación se mencionarán los tipos de desplazamientos:

DESPLAZAMIENTO DEL SENO MAXILAR: Generalmente la raíz desplazada es la de un premolar o molar superior y casi siempre es la raíz palatina. La presencia de un seno maxilar grande es un factor predisponente y la incidencia de esta complicación se podría reducir si se siguen las siguientes reglas:

A) Nunca aplicar el fórceps a un diente o raíz posterior si no suficiente superficie expuesta, tanto palatina como bucal para permitir que los bocados se coloquen bajo visión directa.

B) Dejar el tercio apical de una raíz palatina de un molar superior si esta se retiene durante la extracción con fórceps, a menos que haya una indicación positiva para realizarla.

C) Nunca intentar remover una raíz superior fracturada pasando instrumental por arriba del aveólo.

Si se ha introducido una raíz dentro del antro es necesario extraer el, primero hay que establecer si la raíz está en el

antro o si se ha deslizado entre la pared externa de la lamina yugular y el periostio. Cuando la raiz está en el seno maxilar, puede alojarse debajo de una membrana o esta puede haberse perforado, de modo que la raiz se encuentra dentro de la cavidad sinusal. Muchas veces tales raices están a la cavidad alveolar por las fibras periodontales apicales.

Existen varios métodos sencillos para retirar raices del seno maxilar:

1.- Indique al paciente que sople por la nariz con las fosas nasales ocluidas mientras el cirujano observa al perforación por si aparece la raiz.

2.- La colocación del pico del aspirador en el alveólo puede contribuir a la extracción, en particular si la raiz sólo se ha desplazado un poco dentro del seno.

3.- Se irriga el seno con solución fisiológica estéril procurando arrastrar la raiz fuera de la cavidad alveolar, si no se puede extraer la raiz, abórdece el seno directamente.

TRATAMIENTO: El examen radiográfico previo, nos impondrá la ubicación exacta de la raiz; ya sea que la extracción de la raiz se intente en las misma sesión o se realice posteriormente.

La vía de elección para su búsqueda es siempre la vestibular, ya que la vía alveolar es mala y antiquirúrgica, por ésta hay peligro de dejar una comunicación con el seno.

Se trazan dos incisiones convergentes desde el surco vestibular al borde libre.

Esta incisión coincidirá con las lenguetas mesial y distal del alveólo que estamos considerando. Se desprende el colgajo y expuesto el hueso se calcula por el examen radiográfico la altura en que se encuentra el piso del seno y la raíz que se requiere extraer. Se practica la osteotomía de la tabla externa a escoplo o fresa.

Generalmente la mucosa sinusal queda desgarrada, en caso contrario se le incide con bisturí para poder llegar al interior del antro. Abierto el seno y proyectando la luz hacia el interior de su cavidad y se busca la raíz.

Ya encontrada se le toma con una pinza larga o se le elimina con una cuharilla para hueso. Para que la perforación vestibular y transalveolar traumática se obturen, recurrimos a una maniobra plástica. La boca del alveólo debe ser cubierta con tejido gingival se disminuyen la altura del borde óseo alveolar y se desprende el colgajo palatino se puede alargar con el bisturí la sección del periostio con lo cual se logra largar el colgajo.

Una sutura cierra la boca del alveólo y otros dos puntos afrontan los labios de la herida hacia distal y mesial.

DESPLAZAMIENTO EN EL ESPACIO SUBMANDIBULAR: Las raíces de los molares segundos y terceros pueden ser empujadas através de una perforación en la superficie lingual de la mandíbula hasta la región de la fosa submandibular.

El fino hueso puede fracturarse al extraer la punta de la raíz o puede ser que no haya habido cobertura ósea. Una perforación causada por una infección periapical facilita el desplazamiento de la raíz durante la instrumentación.

El ápice radicular esta en relación con el borde milohiideo, si es por encima de él entrará al espacio sublingual, si está abajo entrará al espacio submandibular.

Si el órgano dentario que se esta extrayendo posee una pulpa infectada, especialmente cuando existe problema periapical, la posibilidad de que el ápice desplazado actúe como foco de infección es grande esto dará como resultado la infección del espacio submaxilar o sublingual. Dependiendo del espacio que penetre el ápice radicular la extracción del ápice radicular es indispensable para la solución rápida de la infección..

La extracción del fragmento radicular en el momento que es desplazado es el mejor método especialmente si se puede recuperar através de la abertura inicial en la placa cortical lingual sin cirugía adicional.

Con frecuencia el fragmento radicular puede ser palpable con el dedo en el piso de la boca contra la placa cortical lingual es la zona de la perforación. Si se localiza el fragmento radicular deberá ser llevado hasta el sitio de la extracción através de perforación original.

CAPITULO IX
PERFORACION DEL SENO MAXILAR

Durante la extracción de los molares y premolares superiores, puede abrirse el piso del antro ésta perforación adquiere dos formas:

A) ACCIDENTAL: Por razones anatómicas de vecindad del molar con el piso del seno, al efectuarse la extracción de dicho diente puede quedar la comunicación, la cual inmediatamente se advierte por la mucosa antral presente.

B) INSTRUMENTAL: Los instrumentos de exodoncia como cuharillas y elevadores pueden perforar el piso y desgarrar la mucosa, estableciendose dicha comunicación.

Inmediatamente se advierte el accidente por que el agua del enjuagatorio pasa al seno y sale por la nariz. En algunas ocaciones el paciente nota que ha cambiado el timbre de su voz.

Esta complicación es más común cuando los dientes penetran dentro del seno, que si existiera una cantidad considerable de hueso entre el piso del seno y los ápices de las raices. Las infecciones apicales favorecen las perforaciones por que pueden ser que el proceso inflamatorio haya destruido el hueso.

En la mayoría de los casos la perforación es muy pequeña y el cirujano no la nota.

El coágulo sanguíneo que llena la herida de la extracción suele cerrar estas perforaciones pequeñas y salvo que el seno esté infectado, el área cura espontáneamente.

TRATAMIENTO: Aplíquese sutura vestibulopalatina a través del alveólo para aproximar al tejido gingival lo más posible, colóquese un trozo de esponja de gelatina absorbible para rellenar el tercio oclusal del alveólo y sostener el coágulo de sangre que está abajo. Las aberturas grandes se pueden cerrar con un colgajo vestibular. No debe usarse la torunda de gasa para obturar la cavidad alveolar ya que puede ser motivo de una comunicación bucosinusal posterior.

Adviertase al paciente que no se suene la nariz por el término de una semana, que mantenga la boca abierta si estornuda, que no haga buches con fuerza y que consuma alimentos blandos por varios días. Después de la operación puede ocurrir cierto sangrado retrógrado por la nariz el cual se puede controlar comprimiendo la fosa nasal o taponeado con una tira de gasa impregnada con vaselina.

CAPITULO X

DISLOCACION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

Se presenta frecuentemente en algunos pacientes; consiste en la salida del cóndilo de la mandíbula de su cavidad glenoidea el accidente que se produce en ocasiones por las extracciones de los molares inferiores. en operaciones largas y fatigantes, puede ser unilateral o bilateral:

Se puede prevenir si sostiene la mandíbula durante la extracción. Si se presenta la dislocación ésta debe reducirse inmediatamente.

Si el tratamiento se retrasa el espasmo muscular puede hacer imposible la reducción, excepto bajo anestesia general.

TRATAMIENTO: Se colocan los dedos pulgares de ambas manos sobre la arcada dentaria del maxilar inferior y los dedos restantes sostienen el borde externo inferior de la mandíbula se imprime fuertemente a este hueso tres movimientos: uno hacia abajo otro hacia atrás y por último hacia arriba.

Se debe advertir al paciente que no abra mucho su boca ni bostece durante varios días posoperatorios y debe colocarse un soporte extrabucal que debe utilizarse hasta que la sensibilidad de la articulación afectada se apacigue.

CAPITULO XI
ACCIDENTES INMEDIATOS
COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

La responsabilidad del cirujano no termina al completar la operación sino que también debe cerciorarse de que el paciente se recupere de manera satisfactoria. La atención satisfactoria para evitar complicaciones y sufrimientos innecesario después de la operación están importante como una buena operación.

La finalidad principal de la asistencia posoperatoria es acelerar la curación evitar y aliviar el dolor y la tumefacción.

Las complicaciones consecutivas a la extracción dentaria pueden ser graves y a veces fatales esto rige en particular para las infecciones posoperatorias. El cirujano debe reconocer estos estados temprano y tratarlos apenas comiensen. A continuación se nombran los más comunes:

ANESTESIA PROLONGADA: Después de la inyección del dentario inferior puede ocurrir que la anestesia se prolongue días, semanas y aún meses.

Esta complicación se debe cuando no es de origen quirúrgico, al desgarrar del nervio por agujas con rebabas o a la inyección del alcohol junto con el anestésico, alcohol que puede quedar como residuo de la jeringa en aquellos casos en

que se acostumbra conservar estos instrumentos en ese material.

No hay tratamiento más eficaz que el tiempo, el nervio regenera lentamente y después de un período variable se recupera la sensibilidad.

INFECCION EN EL LUGAR DE LA PUNSION: Las inyecciones en la mucosa bucal puede acompañarse de procesos infecciosos, la falta de esterilización de la aguja o de la antisepsia del sitio de punsion son los culpables de este problema. En algunas ocasiones en punsiones múltiples se originan zonas dolorosas e inflamadas.

La inyección séptica a nivel de la espina de spix ocasiona transtornos más serios, absesos y flemones acompañados de fiebre, trismus o dolor.

TRATAMIENTO: Consiste en calor, antibiótico y abertura quirúrgica de los absesos. El trismus debe ser vencido muy lentamente. Las infecciones posoperatorias pueden exigir el uso de antibióticos y sedación si ésta está indicada.

DOLOR: Puede persistir dolor en el lugar de la punsion, este fenómeno se observa en la anestesia troncular del dentario inferior cuando la aguja a desgarrado o lesionado el periostio de la cara interna del maxilar.

NECROSIS TISULAR: El efecto que produce el inyectar demasiado liquido en el tejido da por resultado daño tisular local.

Este puede variar desde isquemia hasta necrosis tisular, el paladar es especialmente vulnerable a cantidades excesivas de anestésicos.

La necrosis se inicia por una coloración blanquesina pasando al rojo y azulada de la mucosa, de contornos limitados o por la aparición de vesículas; tras la secuestación de la parte afectada de la mucosa.

Se presenta ulceración de los bordes cortantes superficial y a veces profunda llegando hasta hueso, siendo el principio muy doloroso.

TRATAMIENTO: Se elimina la secuestación de las partes blandas y en determinados casos de partes óseas, como protección frente a los dolores por agentes mecánicos o contaminantes.

Se emplea un apósito con una gasa que se cambia cada dos o tres días para la limpieza y debe ser llevada hasta la epitelización de la superficie de granulación.

HEMORRAGIA: La hemorragia se define como la salida de sangre de los vasos sanguíneos. Se clasifica según el siguiente criterio:

Tiempo: primario, interna y secundaria.

Vasos afectados: arterial, venosa y capilar.

Deficiencia de algún factor: extravascular e intravascular .

El sangrado arterial es de color rojo brillante y pulsátil. El

sangrado venoso es de color rojo oscuro y mana, mientras que el sangrado capilar también es rojo pero mana lentamente.

La hemorragia después de una extracción va a tener una duración de 5 a 20 minutos, incluso de una forma intermitente puede persistir durante algunas horas. Se debe evitar los enjuagues violentos durante las primeras doce horas empezando el período de curación de la herida.

La hemorragia posoperatoria es un sangrado que se presenta varios días después de la intervención y suele deberse a una infección de la herida que ha ocasionado la disolución del coágulo o la erosión de vasos en el tejido de granulación.

Examínese la herida de la extracción para verificar el origen del sangrado. El tratamiento que elija dependerá de si la sangre proviene de la encía el hueso o ambas cosas; la hemorragia gingival puede controlarse suturando los márgenes de la herida. Si la sangre proviene del hueso también se le puede cohibir aproximando la encía sobre la cavidad alveolar.

Cuando no se puede ejercer una presión satisfactoria de ésta manera se colocan suturas através de los márgenes de la herida, se rellena el alveolo con un material absorbible (esponja de gelatina) y se anudan las suturas sobre el relleno. a continuación se aplica una gran compresa de gasa sobre el alveolo y se sujeta firmemente con los dientes por uno 15 a 30 minutos.

Si la hemorragia parece haber cedido se retira la compresa de gasa, se observa al paciente por unos 10 a 15 minutos para verificar si se reanuda la hemorragia antes de enviarlo a su casa.

TUMEFACCION: Después de las intervenciones quirúrgicas extensas aparece la mayoría de la veces un edema inflamatorio simple en los tejidos adyacentes. Esto es inevitable y suele ser proporcional al grado de traumatismo quirúrgico.

Ocurre con frecuencia cuando se extraen dientes con el método abierto que con los fórceps. La laceración de partes blandas, la traumatización del periostio, la separación intespectiva de los colgajos y la irritación por fragmentos óseos figuran entre las causas más comunes del edema.

La tumefacción que persiste después de la extracción varios días, suele ser de causa infecciosa presentando temperatura cutánea, enrojecimiento de los tejidos adyacentes y la presencia usual de fiebre. Se le trata con compresas húmedas y calientes externas a razón de 30 minutos por hora buches de solución fisiológica calientes cada tres o cuatro horas y administración de antibiótico. Si se forma pus es necesario incidir y drenar la región.

HEMATOMAS: Es un accidente frecuente, consiste en la difusión de la sangre, siguiendo planos musculares o a favor de de la menor resistencia que le opone a su paso los tejidos vecinos del lugar donde se ha practicado la operación bucal.

El hematoma se caracteriza por un aumento de volumen al nivel del sitio operado y un cambio de color de la piel vecina, este cambio de color sigue las variaciones de la transformación sanguínea de la descomposición de la hemoglobina, así toma primeramente un color rojo vinoso que se hace más tarde violeta y amarillo. El cambio de color de la piel dura varios días y termina generalmente por resolución al octavo o noveno día. Pero la colección sanguínea en sí puede infectarse produciendo dolor local, rubor, fiebre intensa, reacción ganglionar todo esto dura aproximadamente una semana.

Su tratamiento consiste en colocar una bolsa de hielo para disminuir el dolor y la tensión, dar sulfaminoterapia y antibióticos. Si el hematoma llegar a abcedarse será necesario abrir el foco con un bisturí, electrocauterio o separando los labios de la herida operada por los cuales emergerá pus un trozo de gasa yodoformada mantendrá espedita la vía de drenaje.

DOLOR: El dolor que dura más de 24 horas desde la extracción o que empieza a los 3 o 5 días de la intervención casi siempre se debe a una infección. Esta infección suele tomar al hueso alveolar, al periostio o ambas estructuras al mismo tiempo. Estas infecciones suelen seguir una evolución limitada y el problema principal es aliviar el dolor que se produce desde el punto de vista eficaz.

INFECCION: Es proceso de infección se caracteriza porinchazón, dolor ,trismus, fiebre y malestar general. Cuando la infección sea grave puede ser abordada si es reconocida oportunamente y tratada enérgicamente.

Cuando aparezcan señales de infección está indicada la administración de antibióticos; si fracasara el tratamiento anterior puede ser necesario intervenir quirúrgicamente para drenar la infección una vez localizada.

TRIMUS: Es la imposibilidad de abrir la boca debido a un espasmo muscular. puede ser causado por edema posoperatorio, formación de hematoma o inflamación de los tejidos blandos, un bloqueo puede ser seguido de trismus aunque se administre por otras razones que no sea extracción. (6)

El tratamiento del trismus varía según la causa que lo produzca; la aplicación de calor intrabucal por medio de luz infraroja o por el uso de anjuagues de solución salina caliente alivia en casos leves, pero en otros pacientes requieren de la dministración de antibióticos o tratamiento especial para aliviar sus síntomas.

ALVEOLITIS: También llamada alveólo seco u osteitis alveolar; es un estado desintegración del cuágulo, siendo el aspecto del alveólo al principio de un color grisáceo, desprendiéndose y dejando al hueso desnudo de tejido de cicatrización no hay supuración pero si cierta fetidez, existe neuralgia la cual persiste por varios días.

Los síntomas suelen comenzar a partir del segundo o tercer días de haberse hecho el acto quirúrgico; cuando existe alveolitis se encuentra hueso expuesto, dolor espontáneo y a la vez a la inspección el cual puede proyectarse hasta el oído, no siempre se encontrará abierto el alveolo, pues en ocasiones perisite tejido de granulación necrosado. (cuágulo) que aún no ha sido expulsado o puede estar cubierto por un colgajo blancusco a manera que no se note el alveolo seco.

CAUSAS: La alveolitis se puede originar por diferentes factores, los cuales pueden ser infección preexistente al acto quirúrgico (infección que quedó del acceso radicular y que fué removido en su totalidad después del acto quirúrgico), traumatismo del hueso durante la extracción infección introducida después de la extracción o por pérdida del cuágulo por los enjuagues o la succión hecha por el paciente. También se cree que los principales factores del alveolo seco se atribuyen a la desnutrición, por la mala alimentación y a la deficiencia de calcio los cuales ayudan a la cicatrización normal así como también a la calcificación del colágeno que se forma durante el proceso de reparación de la herida ósea.

TRATAMIENTO: Como existe dolor agudo insoportable debemos anestesiarse el campo herido.

Una vez anestesiado, con una cucharilla debemos retirar tejido de granulación necrosado (si éste existiera), las esquirlas que pudieran llegar a quedar después de la extracción y todos los cuerpos extraños que llegáramos a encontrar. Posteriormente lavaremos con una solución salina, ya limpio rasparemos las paredes ligeramente del alveólo para producir en si un sangrado; una vez tenido esto colocaremos un apósito quirúrgico en la superficie del alveólo.

CONCLUSIONES

Como nos hemos podido dar cuenta en este trabajo, es de suma importancia realizar una rigurosa historia clínica, un examen clínico bucal completo, un examen radiográfico de la zona a tratar así como de una buena interpretación de los datos obtenidos.

De esta manera podremos preveer o prevenir accidentes de cualquier tipo, no sólo en la extracción dentaria, sino en cualquier otra área de la estomatología.

BIBLIOGRAFIA

1.- RIES CENTENO G.

Cirugia Bucal

Editorial El Ateneo.

9a. Edicion

Pags. (125 a 127) (340 a 349)

2.- LASKIN DANIEL.

Cirugia Bucal y Maxilofacial.

Editorial Panamericana, Buenos Aires.

Pags. (39 a la 52)

3.- IGNACIO ALCARAZ DEL RIO.

Fco.Mendez O. Editor y distribuidor.

Libreria Medicina.

Pags. (303 a la 348)

4.- HANS EVERS GLENN HAEGERTAN.

Manual de anestesia local en Odontologia

Editores Salvat S.A.

Pags. (203 a la 204)

5.- BELL TAMES

Editorial Salvat.

Pags. (70 a la 71) (165 a la 166)

6.- HOWE GEOFFEREY L.

La extracción Dental.

Editorial El Manual Moderno.

Pags. (70 a 71) (165 a 166)