297
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Vo Bo
Victor M. González

"EXTRACCION DENTAL CON HIPERCEMENTOSIS"

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA ALEJANDRA TRUJILLO GONZALEZ

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.

I N D I C E

Introducción

Definición 2

Etiología 3

METODOS AUXILIARES PARA LA EXTRACCION CON HIPERCEMENTOSIS.

a) Aspecto Clínico 5

b) Aspecto Radiológico 6

c) Aspecto Patológico 8

EXTRACCION DE DIENTES CON HIPERCEMENTOSIS

A) TECNICAS DE ANESTESIA 10

B) EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO (ODONTOSECCION) 16

a) Indicaciones 16

b) Estudio clínico previo 18

c) Estudio Radiografico 18

d) Porción Coronaria 19

e) Porción Radicular 19

f) Técnica de Extraccion por Seccionamiento 20

1) Extracción de los Molares Inferiores 20

a) Preparación del Colgajo 20

b) Ostectomia 21

c) Seccionamiento del Molar 21

d) Extracción propiamente dicha 22

e) Tratamiento en la cavidad ósea 24
f) Sutura 25
2) Extraccion del segundo Molar 26
3) Extraccion de los molares Superiores 26
(Técnica de extraccion por seccionamiento)
a) Preparación del colgajo 26
b) Ostectomia 26
c) Seccionamiento del Molar 27
d) Extracción propiamente dicha 27
Extracción de la raiz buco dental 28
Extracción de la raíz mesidobucal 28
Extracción de la raíz palatina 28
e) Tratamiento de la cavidad ósea 29
C) EXTRACCION TRANSALVEOLAR 30
D) COLGAJOS MUCOPERIOSTICOS 32
Remoción ósea 34
División del diente 36
E) SUTURA 39
Técnica de Sutura 39
F) CUIDADOS POSTOPERATORIOS 41
G) COMPLICACIONES EN LA EXTRACCION DENTAL 43

POSTOPERATORIO 44

CONCLUISIONES.

INTRODUCCION

El unico propósito de esta tesina es ayudar a adquirir conocimientos fundamentales en la extraccion con hipercementosis y las posibles complicaciones que el cirujano dentista puede tener al realizar o efectuar la extraccion.

La extracción dental ideal es la extirpación total del diente sin dolor o de la raiz dental con el mínimo de daño a los tejidos circundantes para que la herida cicatrice sin complicaciones y no crear Asi un problema mayor.

Básicamente solo existen dos métodos de extracción. El primer método se utiliza en la mayoria de los casos y es llamado "extracción por fórceps" y consiste en la remoción del diente o raiz mediante el uso de fórceps, elevadores o ambos. Los bocados de estos instrumentos son formados apicalmente hasta la membrana periodontal, entre diente, raiz y la pared alveolar. El otro método de extracción es la disección del diente o de la raiz de sus inserciones óseas.

Esa separación es llevada a cabo mediante la remocion de cierta parte del hueso que recubre la raices las cuales se eliminan mediante el uso de elevadores, fórceps o de ambos. Esta técnica es comúnmente llamada el método quirúrgico, aùnque el nombre mas adecuado seria el de extracción transalveolar.

Aunque muchas veces no es posible realizar la extracción transalveolar ideal por causas ajenas, si podemos evitarnos problemas realizando una buena operación preoperatoria de las dificultades que pueden hallarse o las complicaciones que pueden

ocurrir.

Los antecedentes de enfermedad general, nerviosismo, resistencia a anestesico o dificultad con extracciones previas y el metodo de extraccion del diente.

En ocasiones una estimación preoperatoria completa solo se logra si el examen clínico se acompaña una radiografía preextracción, es importante tomarla si se presenta cualquiera de las siguientes indicaciones; historia de extracciones difíciles o ya intentadas, un diente con resistencia anormal a la extraccion con forceps si después de un examen clínico se ha decidido remover un diente por disección.

Cualquier diente o raíz con cercanía al seno maxilar o nervio dentario inferior y mentoniano.

Todos los terceros molares inferiores, premolares retenidos o caninos en mal posición. El patrón radicular de estos dientes generalmente es anormal. En dientes ampliamente restaurados o despulpados, estos dientes casi siempre son muy frágiles.

Cualquier diente afectado por una enfermedad periodontal acompañado de esclerosis del hueso de soporte. Dichos dientes generalmente presentan hipercementosis y fragilidad.

Cualquier diente haya estado sujeto a algún trauma, puede presentarse fracturas de las raíces y hueso alveolar. Un molar superior aislado especialmente si no tiene antagonista y esta sobre erupcionado, el soporte óseo de dicho diente generalmente esta debilitado por la extensión del seno maxilar, esto puede predisponer ya sea la creación de una comunicación bucoatral o fractura de la tuberosidad del maxilar. Cualquier diente cuya

corona anormal o erupción retardada puede indicar la posibilidad de dislaceración, geminación u odontoma dilatado. Cualquier padecimiento que predisponga anormalidad dentaria o alveolar por ejemplo: osteitis deformante en donde las raíces presentan hipercementosis y hay predisposición a osteomielitis crónica; disostósis cleidocraneal, por que en este trastorno ocurren seudo anodoncias y raíces en forma de gancho.

DEFINICION

HIPERCEMENTOSIS

La hipercementosis se puede considerar como una alteración regresiva a los dientes, que se caracteriza por el depósito de cantidades excesivas de cemento en las superficies radiculares abarcando casi la totalidad de la raíz, en algunos casos la formacion es focal, solo en el ápice del diente. (1)

Laskin lo defino como : un depósito de cemento secundario en el ápice radicular que produce un agrandamiento que no permite extraer el diente por la cavidad alveolar normal. (2)

Generalmente se describe como un abultamiento del extremo de la raíz, la lamina dura y el espacio periodontal se hallan casi siempre intactos y algúnas veces se observa el contorno del diente dentro de la masa.

Los dientes con hipercementosis son a menudo vitales pero se pueden complicar por algún otro cambio patológico.

ETIOLOGIA

La hipercementosis se debe a diversas causas. Sin embargo cuando ocurre junto con periodontitis ápical crónica se considera como una respuesta reparadora. Puede encontrarse hipercementosis de cierta intensidad en la raiz de cualquier diente que muestra periodontitis periapical crónica, pero solo se reconoce como hipercementosis cuando se produce una cantidad excesiva de cemento. La resorción ósea asociada, la causa probablemente el tejido de granulación de la inflamación crónica más bien que la misma hipércementosis circundante.

Entre otras causas que pueden favorecer la deposición excesiva de cemento son:

La perdida de un antagonista, se acompaña por la hiperplasia del cemento aparentemente como la forma de mantener el ancho normal del ligamento parodontal. Esta hiperplasia es mas excesiva en el ápice de la raíz aunque la deposición de cemento secundario afecta por lo regular a toda la raiz teniendo un grosor que es más grande en la base y que disminuye hacia la porcion cervical de un diente.

Como medio de reparación de algún trauma oclusal que cause resorción radicular leve por ejemplo el bruxismo o fracturas radiculares, también se repara por disposición del cemento entre los fragmentos de la raíz asi como en la periferia.

La inflamación que se presenta en el ápice de una raíz.

dental que por lo regular es el resultado de una infección pulpar.

Esto no se presenta en el ápice de la raíz adyacente al área de la inflamación, debido a que los cementoblastos y sus precursores directos en esta área se han perdido por el proceso inflamatorio.

En su lugar el cemento descansa en la superficie radicular a alguna distancia por arriba del ápice .

La Osteítis deformante o enfermedad de Paget, es una enfermedad esquelética y generalizada que se caracteriza por la deposición de cantidades excesivas de cemento secundario en las raíces de los dientes y por la aparente desaparición de la lamina dura de los dientes. Así como otro aspectos relacionados con el propio hueso. (1)

METODOS AUXILIARES PARA LA EXTRACCION CON HIPERCEMENTOSIS

a) ASPECTO CLINICO

La hipercementosis no produce signos y sintomas clinicos que indiquen dicha alteración, no existe un aumento o una disminución en la sensibilidad dental, no hay sensibilidad a la percusión a menos que se presente inflamación periápical y no aparecen insitu cambios visibles importantes. (1)

En las extracciones de dientes con hipercementosis se nota un diametro mayor que lo normal y presentan ápices redondos.

Existe una frecuencia en dientes afectados con hipercementosis y estos son los premolares: la frecuencia en relación con los otros dientes es de casi 6 a 1 (Gardner y Goldstein, 1931): le siguen en orden de frecuencia el primero y el segundo molar. (3)

METODOS AUXILIARES PARA LA EXTRACCION CON HIPERCEMENTOSIS

a) ASPECTO CLINICO

La hipercementosis no produce signos y síntomas clínicos que indiquen dicha alteración, no existe un aumento o una disminución en la sensibilidad dental, no hay sensibilidad a la percusión a menos que se presente inflamación periápical y no aparecen insitu cambios visibles importantes. (1)

En las extracciones de dientes con hipercementosis se nota un diametro mayor que lo normal y presentan ápices redondos.

Existe una frecuencia en dientes afectados con hipercementosis y estos son los premolares: la frecuencia en relación con los otros dientes es de casi 6 a 1 (Gardner y Goldstein, 1931): le siguen en orden de frecuencia el primero y el segundo molar. (3)

b) ASPECTO RADIOLOGICO

Radiograficamente la hipercementosis se ve como un agrandamiento bulboso rodeado de un espacio periodontal continuo y sin interrupciones, la cortical alveolar se observa normal.

La densidad radiografica del cemento hiperplásico es menor que la de la dentina por tanto, los bordes de la dentina se ven a menudo con nitidez. La hipercementosis de los dientes anteriores aparecen en forma de masas esféricas de cemento ubicadas en el ápice de la raiz.

En el caso de los dientes tratados con endodoncia la hiperplasia del cemento puede verse estimulada por la inflamación crónica de la membrana periodontal.

Según Boyle (1949) el espacio para la formación del exceso de cemento se crea por la destrucción inflamatoria del hueso alveolar y la formación de una reacción protectora y reparativa.

Este tipo de hipercementosis se reconoce fácilmente en una radiografía ya que hay ruptura definitiva en la continuidad de la membrana periodontal y la cortical alveolar, es común observar una destrucción ósea en la zona periapical.

Existe una forma de hipercementosis de característica común en la enfermedad de Paget (Osteitis deformante) que ataca a las mandíbulas.

En la radiografía se observa ausencia absoluta de espacio entre la membrana periodontal y la cortical alveolar que rodea el cemento hiperplásico por lo tanto, este estado puede distinguirse con rapidez de las formas antes mencionadas.

La hipercementosis no patológica, como tal, es de intima significación. Antiguamente muchos dientes con hipercementosis se extraían por el erróneo concepto de que causaban numerosas condiciones sistémicas.

La remoción de dichos dientes para evitar tales condiciones esta contraindicada. Solo tienen importancia clínica si se les debe extraer por razones puramente dentales, ya que como bien se sabe su extracción representa un problema difícil. (3)

c) ASPECTO HISTOLOGICO

La raíz anatómica, esta cubierta de un tejido conectivo calsificado especial denominado cemento. Hay dos tipos histológicos de cemento.

El que cubre la mitad o tercio coronal de la raíz careçe de células en la matriz; por lo tanto recibe el nombre de cemento a celular.

El resto de cemento se llama celular porque contiene células cementositos dentro de su lagunas, estas últimas, como la de los huesos tienen canalículos que van de una a otra.

Sin embargo no hay sistemas haversianos en el cemento, normalmente no es vascular como los demás tejidos duros.

La unión entre la corona y la raíz del diente recibe el nombre de línea cervical.

En determinadas circunstancias el cemento puede ser reabsorbido aunque esto no ocurre con igual facilidad o frecuencia que en hueso. el hecho se observa clínicamente

durante el proceso de cambiar lentamente los dientes de posición.

La presión sobre un diente si es suficientemente sostenida origina resorción de hueso por delante del diente que se esta desplazando y el depósito del mismo por detras.

El cemento en tales circunstancias no es reabsorbido, el cemento como el hueso solo puede aumentar por adiciones a su superficie.

El caso de hipercementosis es de tipo característico en la cual se encuentra una cantidad excesiva de cemento secundario o celular depositada en forma directa sobre la capa delgada, caracterizada de cemento celular primario. El área afectada puede ser toda la raíz o solo una porción de ésta por lo regular en la región ápical. El Osteocemento esta ordenado en capas concéntricas alrededor de la raíz. (1)

EXTRACCION DE DIENTES CON HIPERCEMENTOSIS

A) TECNICAS DE ANESTESIA

No es posible obtener una anestesia eficaz si no se emplea una técnica adecuada para la inyección, independientemente del agente anestésico que se utilice.

Para lograr una analgesia completa, hay que depositar el anestesico en la proximidad inmediata de la estructura nerviosa que va a anestesiarse.

Las variaciones que pudieran haber en la posición de la aguja, se compensan en parte con las cualidades excelentes, en cuanto a profundidad y difusión, que son características de las buenas soluciones anestésicas (lidocaina y prilocaina).

Como lo más común es que se inyecte de uno a dos mililitros Solamente, es conveniente asegurarse que la aguja sea colocada con la mayor exactitud posible. Al inyectar en el

pliegue bucal (anestesia por infiltracion) puede lograrse que la solucion sea depositada correctamente en el ápice. si se procura que la posición de la aguja tenga la misma direccion que el eje longitudinal del diente en el que se va a intervenir.En la anestesia por infiltracion. el volumen limitado de la solución que se utiliza. tiene que difundirse desde el sitio de la inyección, atravéz del periostio, y del hueso compacto, hasta llegar a las estructuras nerviosas que inervan la pulpa el periodonto y el maxilar.

Tanto en la anestesia por infiltracion como en la anestesia por bloqueo, la solucion debe ser aplicada correctamente para obtener el efecto máximo y, ya que para satisfacer los requisitos mencionados es conveniente recordar las características más importantes de la anatomía dental. (4)

a) SUPRAPERIOSTICA

Se debe sujetar el labio y la mejilla entre los dedos pulgar e índice, hacia afuera para distinguir la línea delimitante entre la mucosa alveolar móvil y la mucosa gigival firme y fija. Insertar la aguja atravéz de la mucosa alveolar cerca de la gingival. De inmediato se deposita una gota de la solución de anestésico en ese lugar, se espera de 4 a 5 seg. y se dirige la aguja a la región ápical del diente por anestesiar, inyectar una o dos gotas antes de entrar en contacto con el

periostio. La solucion se inyecta lentamente con el objeto de que no forme un deposito en el tejido. (5)

b) NERVIO PALATINO ANTERIOR

Se coloca el bisel de la aguja en sentido plano contra la mucosa distal al primer molar y en posición intermedia entre el margen de la encía y el techo de la boca, la jeringa se situa paralela al plano sagital del molar y apuntando en direccion un tanto distal. Debe aplicarse suficiente presion de tal forma que la aguja se doble ligeramente, cuando se observe una zona izquemica en la mucosa, se endereza la aguja penetrandose en el epitelio, se detiene la aguja y se inyecta una gota de la solución y se espera de 4 a 5 seg, y avanzar la aguja unos cuantos milímetros se detiene de nuevo y se inyecta una gota , se continua el procedimiento hasta que la aguja haya penetrado por debajo del tejido fibroso duro que ,recubre la depresión infundibular del paladar duro.

c) NERVIO ESFENOPALATINO

El bisel de la aguja colocarlo en posición plana sobre la mucosa y al nivel de la parte lateral de la papila incisiva y

presionar contra la mucosa. Se hace avanzar la aguja sólo lo suficiente como para que atraviese el epitelio y se inyecta una gota de la solución. Despues de unos cuantos segundos se dirige la aguja por debajo de la papila y se inyecta lentamente de 1 a 2 ml. de la solución. (5)

d) NERVIO SUBORBITARIO

Se localiza el agujero colocando suavemente el dedo índice sobre él. Levantar el labio y la mejilla hacia arriba con el pulgar, la aguja va dirigida en forma paralela al eje del segundo premolar, haciendo descansar suavemente el émbolo de la jeringa sobre el labio inferior se inserta la aguja en forma tal que al alcanzar la fosa suborbitaria su extremidad se dirige hacia la punta del dedo, cuando la aguja penetra en la mucosa se inyecta una gota de la solución anestésica se espera 4 a 5 seg. para seguir introduciendo suavemente la aguja. Cuando penetra el tejido adiposo areolar situado entre el músculo elevador del labio superior y canino generalmente se experimenta poca molestia. (5)

e) NERVIO MAXILAR INFERIOR

Con el dedo índice izquierdo se localiza la línea oblicua el borde interno se la rama de la mandíbula. Se hace la punción inmediatamente por dentro de ese punto a un centímetro por encima del plano oclusal del tercer molar. la jeringa debe mantenerse paralela al cuerpo de la mandíbula y sobre todo al plano oclusal de los dientes.

Desde aquí la punta de la aguja se introduce lentamente dos centímetros pegada a la cara interna da la rama al mismo tiempo de gira la jeringa hacia los premolares de lado opuesto manteniéndola siempre en el mismo plano horizontal.

La punta de la aguja se mantendrá durante toda la maniobra en contacto con la rama.

El bloqueo se puede efectuar también insertando desde el principio la aguja en la jeringa en la posición final descrita anteriormente y haciéndola avanzar directamente hacia la rama, para utilizar esta técnica es necesario tener una gran experiencia. (4)

f) NERVIO MENTONIANO

El agujero mentoniano se encuentra inmediatamente por detrás del primer premolar.

Con el dedo índice se palpa el paquete vasculonervioso a su salida del agujero mentoniano. dejando el dedo ahí se ejerce una

presión moderada mientras la aguja se introduce hacia dicho punto, hasta que la punta este en la cercanía inmediata al paquete vasculonervioso, ahí se inyectan uno á dos mililitros de anestésico. (4)

g) NERVIO LINGUAL

Se efectúa inyectando una pequeña cantidad de anestésico en el lado lingual, inmediatamente por detras del diente a tratar. (4)

B) EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO (ODONTOSECCION)

El método de odontoseccion consiste, como su nombre lo indica, en dividir previamente al diente antes de extraerlo. Esta division puede aplicarse a los dientes retenidos. La sección puede ubicarse a nivel del cuello del diente, separando la corona de la seccion radicular (para los retenidos), o bien dividir al órgano dentario en dos o mas fragmentos de acuerdo con el numero de raices que posea. Con este método se trata de hacer de un cuerpo único (un molar con tres raíces) tres elementos separados entre si, para extraer.

Asi son simplificadas la maniobras quirúrgicas.

La odontosección puede realizarse como coadyuvante de la operación a colgajo o llevarse a cabo sin en colgajo previo. Esta maniobra no es muy quirúrgica por lo menos, debe prepararse un colgajo minimo, con el objeto de no herir y traumatizar el tejido gingival. (6)

a) INDICACIONES.

Las indicaciones de las ondontosección son:

1.- Dientes en posicion anomala (heterotópicas ectópicos, en posición viciosa, parcialmente retenidos).

2.- Dientes portadores de piezas de protesis (pivots, jacket crowns).

3.- Dientes con corona profundamente destruidas por caries, y donde no puede haber punto util de aplicación de las fuerzas.

4.- Dientes fracturados en intentos quirurgicos previos.

5.- Alveolos hipercalcificados, en personas adultas, (esclerosis osea).

6.- Fragilidad del diente. "muchos de los dientes que deben ser extraidos, son dientes sin vitalidad". Su dentina, habiendo perdido su metabolismo, pierde su elasticidad y se hace frágil. La fuerza aplicada cuando se extraen tales dientes se traduce en fracturas mas comunes que en un diente no devitalizado. En la dentina de muchos dientes se encuentran áreas esclerosadas que aumentan con la senilidad. Como ha sido señalado por Beust, lo cual contribuye a hacer el diente quebradizo, aumentando su fragilidad.

El seccionamiento se aplica en dientes retenidos y en dientes erupcionados.

En la extracción de los molares donde puede aplicarse exitosamente este procedimiento tan sencillo y que sin embargo puede trasformar una extracción complicada y llena de sobresaltos, en una maniobra fácil, sin traumatismos y

sobresaltos. (6)

b) ESTUDIO CLINICO PREVIO

Dos son las condiciones clínicas que requiere la aplicación de este sistema: Condiciones que pueden coincidir en el mismo paciente. La primera se refiere al grado o intensidad de Calcificación del sistema oseo. Por lo tanto esta condición se encuentra en los individuos de edad aduita, y ancianos. en los cuales el índice de elasticidad del hueso está disminuido. predisponiendo a la fractura del molar en los intentos de extracción.

La segunda esta dada por el estado de la corona del diente; molares profundamente cariados, o con obturaciones que debilitan la resistencia de la corona. no permitiendole ser un punto util para la aplicación de la fuerza (pinza para extracciones). (6)

c) ESTUDIO RADIOGRAFICO

El estudio radiográfico dará la base mas seria para la aplicación del metodo. (6)

d) PORCION CORONARIA

En la radiografia será considerado el tamaño y la forma de la caries, el grado de descalcificacion de la corona. Comparando los hallazgos radiográficos y clínicos, nos impondremos el método de extracción indicado. Coronas que no pueden ser utilizadas en el método de la extracción con pinzas, requieren el seccionamiento preciso. Es mas sencillo y requiere menos tiempo y menos gasto de energia.

Cortar la corona y separar las raíces, que enfrentarse intempestivamente con una fractura coronaria por debajo del borde óseo; "El shock psiquico" que esta complicación origina al pacíente es muy desagradable. (6)

e) PORCION RADICULAR

Como para la extracción de colgajo, la forma, tamaño y dirección de las raíces (largas, finas, encurvadas, con estrechamientos), la existencia de dilaceraciones y cementosis.

Los tratamientos radiculares (ensanchamiento de conducto), la fragilidad del diente devitalizado, la presencia de un séptum interradicular considerable, hueso de gran condensación (esclerosis ósea) son indicaciones para la sección previa y la separación de las raíces. (6)

f) TECNICA DE LA EXTRACCION POR SECCIONAMIENTO.

Este método tiene como fin dividir un molar en varias raíces, trasformando un cuerpo dentario único, en 2 o más porciones, para facilitar su enucleación por separado. Puede hacerse, repetimos, como coadyuvante del método a colgajo, o practicarse sin él. Pero, volvemos a repetirlo, se necesita por lo menos la preparación de un colgajo mínimo, del lado vestibular, para no traumatizar la cubierta gingival.

Vamos a considerar ahora dos eventualidades:las extracciones en el maxilar inferior y las extracciones de los molares superiores. (6)

1) EXTRACCION DE LOS MOLARES INFERIORES

Extracción del primer molar inferior. Se trata de extraer un primer molar inferior derecho, que clínica y radiográficamente se encuadra en las indicaciones para esta clase de tratamiento.

a) Preparación del colgajo. La preparación del colgajo sigue las normas señaladas para la extracción con alveolectomía. En el caso de intentarse la extracción con un colgajo mínimo, se procede de idéntica manera, efectuando una solo incisión

vertical que, partiendo de la lengüeta intermediaria mesial, descienda medio centímetro oblicuamente hacia abajo y adelante. Con el mismo bisturí se realiza el desprendimiento de la encía en las caras lingual y bucal del molar. Se separa el colgajo obtenido por la incisión vertical, con una espátula de Freer, o con el periostótomo. Thoma indica el colgajo a dos secciones verticales.

b) Ostectomía. Puede ser realizada a escoplo, o fresa. (redonda No.5 a 8).

c) Seccionamiento del molar. Con el objeto de separar las raíces nos valemos de un disco de carburo, que se aplica verticalmente en la porción media de la corona calculando coincidir con el espacio interradicular (no en los surcos bucales que escotan la corona).El disco debe ser humedecido durante su trabajo con un chorro de agua, para evitar el recalentamiento del diente y la posible transmisión del calor al hueso.

El colgajo en esta maniobra, debe ser cuidadosamente apartado con un separador o con un instrumento que haga sus veces.

El disco está dedicado sobre todo a seccionar el esmalte. Por lo tanto es suficiente que el corte por este medio llegue hasta la altura del cuello del diente.

Puede también seccionarse el molar a nivel de su cuello separando así la corona, de las raíces. Se emplea para esta

maniobra una fresa redonda, con la cual se realizan orificios. La corona se elimina con un golpe de escoplo; también el escoplo puede separar la corona , aplicándolo a nivel del cuello o sobre las caras del molar.

Uso de la fresa. Para contemplar el corte de la corona se usa la fresa de fisura No. 560 puntada en el ángulo recto .

La fresa se dirige de bucal a lingual tratando de llegar al espacio interradicular. Dos son los fines que se buscan con el seccionamiento a fresa: el primero, como es lógico, separar las raíces; el segundo, crear un espacio en la corona, que permita desplazar cada una de las porciones seccionadas, hacia distal o mesial, en el momento de la aplicación de los elevadores.

Para comprobar que el diente está perfectamente seccionado y dividido en dos entidades, se introduce un elevador fino en el espacio creado por la fresa y se imprime al instrumento un movimiento hacia mesial y hácia distal, con lo cual aseguramos la separación radicular y facilitamos un cierto grado de luxación a las raíces.

d) Extracción propiamente dicha. Separados los elementos mesial y distal, puede proceder a la eliminación de las raíces con pinzas; este instrumento está indicado en las raíces rectas y cuando se ha hecho suficiente osteotomía en la tabla externa. Con todo, somos partidarios de los elevadores que nos evitan riesgos inútiles.

Aplicación de los elevadores. Extracción de la raíz mesial. Se usa un elevador recto. Este se introduce con pequeños

movimientos giratorios de penetracion. en el espacio anterior. Esta maniobra será muchas veces suficiente para luxar, hacia distal, la raíz mesial, a expensas de espacio creado por la fresa.

Para contemplar la extracción se gira el elevador, en el sentido de adelante atrás, como marca la flecha del dibujo, o apoyándose en el tabique mesial y dirigiendo el mango del elevador hacia adelante y hacia la línea media del paciente, la raíz puede ser desplazada hacia arriba y atrás. El distinto grado de curvatura de la raíz mesial condiciona la intensidad y la dirección de la fuerza. La raíz debe ser desplazada en el sentido de su curvatura, siguiendo el arco que esta raíz mesial describe.

Extracción de la raíz distal. Eliminada la entidad mesial, se habrá simplificado la operación en un 75%. La extracción de la raíz distal ofrece menos inconvenientes, pues puede ser abordada desde dos puntos distintos: el alveolo mesial deshabitado, o luxándola de distal a mesial por el mismo procedimiento con que fue eliminada la raíz anterior.

Para la extracción de la raíz distal se prefiere el elevador angular de Winter No. 12 o 13 (según el tamaño de la raíz) o, el No. 14. Esos instrumentos junto con elevador recto y sus similares, no deben faltar en la caja de cirugía de ningún operador que intente hacer una exodoncia correcta.

Extracción de la raíz distal con elevadores angulares. (Winter, Mead, de Bary, Ash. etc.). Pueden presentarse dos condiciones distintas en la extracción de la raiz distal: Un

tabique interradicular alto y un tabique interradicular bajo. La posicion alta del tabique debe ser eliminada sin consecuencias. Para esta maniobra es suficiente la punta aguda del elevador angular que, actuando como "un pico", extirpa esta parte del hueso.

Sin esta porción del tabique que se interponga a la acción del elevador, se introduce el elevador distal (No. 12, 13 o 14 de Winter) en el alvéolo mesial vacío y apoyando la punta de la hoja del instrumento contra la cara mesial de la raíz distal, e imprimiendo al mango del instrumento un pronunciado movimiento giratorio, se desplaza la raiz hacia arriba y atrás.

Extracción de la raíz con elevador recto. Se coloca el elevador recto en el espacio interdentario distal, con los mismos movimientos de rotación que los señalados para la raíz mesial .

La raíz debe ser dirigida hacia el alvéolo vacío, con un movimiento similar (pero en sentido opuesto que el que se señalo para la Extracción de la raíz mesial).

e) Tratamiento en de la cavidad ósea.

El tratamiento de la cavidad ósea se realiza colocando dentro de ella, a) medicamentos (directamente) b)gasas con medicamentos o c)drenaje.

Medicamentos. En el curso de la obra detallaremos, a propósito de cada afección, la terapéutica especial a

aplicarse en la cavidad ósea. Se emplean las distintas preparaciones indicadas para el tratamiento las alvéolitis, los cementos quirúrgicos, los lavajes de los alvéolos o cavidades con soluciones analgésicas o antisépticas, las sustancias diversas tales como vaselina boricada, pastas de distintas fórmulas, caldos y vacunas.

Gasas con medicamentos. Taponamiento. La gasa sola o impregnada con medicamentos (gasa yodoformada, xeroformada, euroformada, al rivanol, con fenol alcanforado, balsamo del peru, tintura de benjuí, etc), se usa para taponear cavidades de distinto volumen: alvéolos postextracción cavidades de quistes o tumores.

El taponeamiento se hace con dos fines: evitar la entrada a la cavidad de sustancias o cuerpos extraños y prevenir la hemorragia y el dolor.

Drenaje. Afecciones hay que exigen la comunicación, por tiempo variable, de la cavidad ósea con el exterior. Tal comunicación se realiza con drenes de gasa o de goma.

f) Sutura. Con colgajo completo o colgajo mínimo, esta indicada la sutura. (6)

2.- EXTRACCION DEL SEGUNDO MOLAR INFERIOR.

Se encuadra en un todo, en el método señalado para la extracción del primero. La única diferencia reside en la

arquitectura del alveolo del segun molar resistencia de sus tablas bucal y lingual, que en algunas ocasiones exige una ostectomia mas pronunciada. (6)

3.- EXTRACCION DE LOS MOLARES SUPERIORES

Los tres molares superiores son susceptibles de ser extraidos por el método de la odontoseccción. Las indicaciones para la extraccion de los molares superiores son las mismas que las dadas para el maxilar inferior.

La técnica de extracción por seccionamiento.

Como consideramos objetivamente para el maxilar inferior, se trata de extraer el primer molar superior izquierdo que se encuentra dentro de las indicaciones conocidas.

a) Preparación del colgajo. El colgajo se inicia en la lengüeta interdentaria anterior, pudiendo llegarse a la lengüeta siguiente hacia el lado mesial.

b) Ostectomía. Puede realizarse a fresa, escoplo y martillo o escoplo manual. La delgades de la tabla externa permite el uso del escoplo bajo presión manual, con lo cual se elimina la porción necesaria de hueso.

c) Seccionamiento del molar. Con un disco de carburo se secciona la porción coronaria que posea esmalte. El corte debe

llegar hasta el el nivel del cuello del diente como para los molares inferiores, puede seccionarse la corona con fresas o escoplo dejando libre las tres raices por tratarse de un molar superior debemos dividir el cuerpo dentario en tres elementos: un mesiobucal; otro distobucal. y el tercero palatino. Este objeto se consigue seccionando el molar con una fresa de fisura No. 560. Se comienza por separar las raices bucales. La fresa de fisura dirigidas perpendicularmente al plano del cuello dentario llega hasta el espacio interdentario que separa las raices bucales. A continuacion la fresa secciona y separa el maciso palatino de las raices bucales ya divididas. La fresa llega profundamente hasta el espacio interradicular, consiguiendo separar la raiz palatina de las bucales. se comprueba como en el maxilar inferior, si estan realmente separadas las raices. Se coloca un elevador en la cara bucal entre las raices bucales, y dirigiéndolo de atrás a adelante (o viceversa) nos cercioramos de la separación radicular y al mismo tiempo se imprime un cierto grado de luxación a las raices bucales. Parecida maniobra se realiza colocando verticalmente la hoja del elevador recto en la encrucijada de las tres raices. Se imprime al instrumento un movimiento rotatorio. Con esto se logra luxar ligeramente las raices facilitando la operación posterior. En otras ocasiones algunas de las raices se movilizan lo suficiente como para ser extraidas sin esfuerzo.

d) Extracción propiamente dicha. Las raices, como en el caso del molar inferior pueden ser extraidas con un elevador

recto.

Extracción de la raíz bucodistal. Se coloca el elevador recto perpendicularmente en el espacio interdentario distal, lo mas cerca posible del borde óseo, el elevador debe insinuarse en el espacio interdentario por pequeños movimientos oscilatorios, como fue indicado antes para el maxilar inferior. Se dirige el mango del elevador hacia atrás y se logra luxar la raiz hacia abajo y afuera.

Extracción de la raíz mesiobucal. Igual maniobra se practica para extraer la raiz mesiobucal. Se introduce el elevador en el espacio interdentario mesial, dirigiendo el mago del instrumento hacia adelante; se luxa la raiz hacia atrás y abajo siempre siguiendo la via de menor resistencia.

Extracción de la raíz palatina. La raiz palatina puede ser extraida con el mismo elevador empleado para las raices bucales. Se coloca la hoja del instrumento, aplicándola contra la cara bucal de la raíz palatina en el espacio periodóntico, todo lo que le permita el ancho del instrumento. El elevador puede actuar como cuña, o como palanca. Para hacerlo actuar como cuña, es mejor emplear el elevador en media caña.

Cuando actúa como palanca, se mueve el elevador hacia arriba con lo cual se desaloja la raiz hacia abajo y adentro.

La raíz palatina también puede ser extraida con pinza para extracciones.

e) Tratamiento de la cavidad ósea. Tiene las misma indicaciones antes señaladas.

f) Sutura. Como para las extracciones en maxilar inferior o mandibula. (6)

C) EXTRACCION TRANSALVEOLAR

Este método se extraccion comprende la diseccion del diente o raiz de sus inserciones oseas. A menudo es llamado metodo "abierto o quirúrgico"

No obstante como todas las extracciones realizadas son procedimientos quirurgicos, un nombre mas adecuado es el de extracción transalveolar y este método debe emplearse cuando alguna de las siguientes indicaciones este presente.

1.- Cualquier diente que resiste a los intentos de extracción intraalveolar cuando es empleada una fuerza moderada.

2.- Raices retenidas que no pueden ser sujetadas con el forceps o liberadas con botador, especialmente aquellos en relacion con el seno maxilar.

3.- Antecedentes de extracciones difíciles o de intentos de extracción.

4.- Cualquier diente con restauraciones amplías, especialmente con endodoncia o sin pulpa.

5.- Dientes con Hipercementosis o anquilosados.

6.- Dientes geminados o dilacerados.

7.- Dientes que muestren radiograficamente tener formas radiculares y raíces con lineas desfavorables o conflictivas en las guias de extraccion.

8.- Cuando se desee colocar una dentadura, ya sea inmediatamente o después de la extracción. El método facilita cualquier recorte juicioso que se requiera en el hueso alveolar para permitir la inserción de la prótesis.

Una vez que se ha decidido emplear el metodo transalveolar para remover un diente o raíz debe decidirse el tipo de anelgósia que se va emplear y el plan de tratamiento para sobre llevar las dificultades y evitar o tratar las posibles complicaciones.

Componentes importantes de dicho plan son el diseño del colgajo mucoperiostico, el método que se utilice para liberar el diente o raíces del alvéolo y la remoción del hueso requerido para facilitar esto. (2 y 7)

D) COLGAJOS MUCOPERIOSTICOS

Estos son levantados para proveer un campo operatorio visiblemente claro y accesible y su diseño debe ser tal que permita una vision y accesos mecánicos adecuados. La base de dicho colgajo debe ser mas amplia que su borde libre y debe tener un riego sanguineo completo.

La cicatrizacion de primer intencion no ocurre si las lineas de sutura son colocadas sobre el coagulo sanguineo, el cual es el medio de cultivo perfecto para los microorganismos que provean las lisis de las heridas. Los intentos para promover la cicatrizacion deben ser mediante la aproximación certera de los tejidos blandos sin tensión, después de realizada la operación y diseñando las inserciones de tal manera que las lineas de sutura sean sostenidas por hueso.

No deben producirse dificultades para los procesos tales como la obliteracion del fondo de saco bucal durante levantamiento de los colgajos.

La incisión se debe realizar con una presión firme y un bisturí filoso atravesando las capas de mucosas y periostio de la encia hasta llegar al hueso. El bisturí debe emplearse como pluma y no como cuchillo y los tejidos blandos deben ser cortados en ángulos rectos a la superficie del hueso adyacente.

Las incisiones de longitud adecuada deben hacerse en una sola intención ya que las extensiones y segundos cortes generalmente dejan los margenes de los colgajos irregulares y retrasan la cicatrización. Cuando el margen gingival de un

diente esta involucrado en el colgajo debe ser incidido verticalmente, antes de levantar el colgajo con un elevador de periostio.

Algunas veces es necesario recortar el mucho periostio del diente adyacente que no se va a extraer. Si las incisiones son regulares y los tejidos son reemplazados adecuadamente la profundidad de la bolsa gingival del diente no extraído sera clinicamente inalterada cuando cicatrice.

El colgajo mucoperiostico se levanta del hueso insertando la punta filosa del elevador de periostio de bajo de la orilla anterior del colgajo a unos cuantos milimetros del margen gingival. El hueso compacto sera expuesto si la incision se ha llevado a cabo atraves de ambas capas de la encia.

Si la incision no es suficientemente profunda el colgajo no podrá ser elevado y el hueso estará cubierto por astillas de periostio fibroso, el cual debera ser dividido con el bisturi antes de realizar otros intentos para levantar el colgajo si la incision tiene una profundidad inadecuada las capas de mucosa y periostio del mucoperiostio seran separadas cuando se realicen la elevacion del colgajo haciendo imposible la reposicion adecuada de los tejidos blandos al terminar la operación y retrasando consecuentemente la cicatrización.

Ventajas de colgajos grandes.- siempre es buena practica crear colgajos grandes en el plano horizontal en lugar de pequeños colgajo, un colgajo que es largo en su dimensión anteroposterior proporciona vision y acceso mecanico adecuado sin necesidad de estirar o jalar los tejidos blandos.

La cicatrización no cae dentro de una mala vascularización ni en defectos óseos creados durante la operación y las líneas de sutura yacen sobre una base de hueso firme y no sobre el coagulo.

Hay varias ventajas pero también desventajas en la sobre extensión del colgajo en dirección vertical, si el colgajo se extiende a la reflección de la membrana mucosa la inserción alveolar del músculo buccinador es descinsertada del hueso y se produce un pequeño hematoma. Esto produce un aumento en la hinchazón extrabucal postoperatoria y una reorganización del coagulo sanguíneo con una fibrosis resultante, puede tener por consecuencia una perdida del fondo del saco vestibular. Los nervios y vasos que pasan por el agujero mentoniano pueden ser dañados durante la elevación de los colgajos mucoperiosticos en la región premolar mandibular, especialmente si la disección del tejido blando se extiende abajo del nivel de reflexión de la membrana mucosa.

La elevación del colgajo puede ser complicada por fibrosis que resulta de una inflamación crónica debido a una cicatriz causada por dentaduras mal ajustadas.

Remoción ósea. La superficie del hueso alveolar que recubre al diente o raíces a extraer es expuesta cuando se levanta el colgajo mucoperiostico y en la mayoría de los casos será necesario eliminar parte de este hueso.

El hueso alveolar no debe ser sacrificado innecesariamente y su eliminación debe ser limitada a lo que se refiera para

lograr ciertos objetivos.

Antes de la liberacion del diente o raiz el hueso debe ser incidido para exponer cualquiera de estos últimos y proveer un punto para la aplicacion del forceps o elevador y crear un espacio dentro del cual el diente o la raiz pueda ser desplazado. despues de liberar el diente o raiz se deben remover todas las orillas filosas y proyecciones óseas. En algunas ocasiones estara indicada una mayor escision de hueso ya sea para reducir el tamaño del coágulo mediante la disminución del tamaño del alveolo. o bien para eliminar algun obstaculo para el éxito de la prótesis postoperatoria.

El hueso generalmente es eliminado con una fresa dental o por medio del uso de un cincel,gubia o martillo con presión manual. Por lo general la remocion de hueso hecho correctamente con un cincel filoso es más rápida y limpia que la remoción con una fresa la cual, sin embargo es más adecuada para la extracción del hueso denso mandibular bajo anestesia local. La mayoria de los cirujanos dentistas manejan más frecuentemente y eficientemente la fresa que el cincel.

Los osteotomos son instrumentos valiosos para recortar los bordes óseos después de la extracción del diente o de la raíz.

El operador deberá escoger el método de extraccion ósea de acuerdo a su habilidad y a las facilidades disponibles para él.

Extirpacion del hueso con fresas.-Para este proposito, las fresas redondas o de bola cortan con más eficiencia, no se atascan tan fácilmente y son mas faciles de controlar que las

fresas de fisura plana, siendo estas ultimas mas utiles para remover el hueso alrededor de la membrana periodontal. Ya que no cortan dentro de la sustancia dentaria tan facilmente.

Las fresas quirurgicas de Ash son excelentes para cortar el hueso mandibular mas denso de una manera rapida y eficiente.

El coagulo mucoperiostico deberá extraerse del lugar donde se va a utilizar la fresa con un retractor plano. Los colgajos grandes facilitan este procedimiento . De esta manera se evita el accidente comun de que la fresa se entierre en los tejidos blandos.

No debe permitirse el sobrecalentamiento del hueso, y para prevenir esto se deben emplear lavados constantes o por lo menos frecuentes de solución salina estéril, esto también con el fin de remover astillas y evitar el atascamiento de la fresa.

El hueso puede ser extirpado con fresa, ya sea simplemente cortándolo por medio de una fresa redonda o fisura plana o mediante el método de estampilla postal. Esta tecnica consiste en hacer una hilera de pequeños agujeros con una fresa pequeña y unirlos después.

Cuando se están cortando las raices de premolares inferiores, la remoción de hueso deberá ser máxima mesialmente al primer premolar y distal al segundo premolar. Este procedimiento minimiza el riesgo de daños a los nervios y vasos que atraviesan el foramen mentoniano.

División del diente.-Es obvio que las raices de algunos dientes multirradiculares se antagonizan y en estos casos ya sea el forceps o la aplicacion vestibular de un elevador, retira el

diente si es que el hueso alveolar sede y es suficientemente elástico y las raices no están extendidas.

Si estas medidas no son suficientemente eficaces se tendra que seccionar la masa radicular y retirar cada raiz por separado siguiendo la vía de retiro.

La masa radicular debe ser seccionada, ya sea con fresa quirúrgica, esta técnica permite que el corte se realice adecuadamente y crea un espacio entre las raices separadas por lo que ayuda a su remoción.

Antes de hacer esto, el operador debe proveer puntos de aplicación para facilitar la eliminación de las raices .

Cuando se va a dividir la masa radicular de un molar inferior se debe exponer la bifurcación y separar las raíces de abajo hacia arriba con una fresa.

Cuando se utiliza este método el operador sabe cuando las raíces están completamente divididas mientras que es difícil estar seguros si corta hacia abajo, hacia la bifurcación.Las raíces separados son liberadas con elevadores pequeños utilizando los puntos de aplicación determinados para sus líneas individuales de extracción .

El seccionar un diente con fresa toma tiempo por lo que el cirujano con experiencia puede preferir el uso de un osteotomo. Se debe advertir que este procedimiento aparentemente simple no es tan fácil como parece a simple vista, no es necesaria una fuerza excesiva si los principios indicados son seguidos y si la sucesión de ellos es correcta, si un diente o raíz se resiste, el elevador debe ser descartado y la causa vista y remediada.

Limpieza del alveolo.-La operacion no termina con la remocion del diente, sino que el progreso de la cicatrizacion y la ravidad de dolor posterior son grandemente influenciados por los cuidados que se tengan con la limpieza posterior del alveolo.

Las prominencias oseas no deseadas deben ser removidas ya sea con osteotomo, cinceles fresas y los bordes agudos deben ser suavizados con limas para hueso.Las limas para hueso son dentadas para cortar solo en dirección única y no solo son tan utiles en cirugia dental. Los osteotomos deben emplearse como tijeras de hueso y no con torsión.

La remocion juiciosa del hueso va a acelerar la cicatrización por la disminución de la cantidad de hueso por resorberse y remodelarse y el volumen de coágulo sanguineo que llena el alveolo.

Cuando la extirpacion de hueso es completa y los bordes alisados, la herida debe ser irrigada con la solución salina tibia y todos los restos oseos y el tejido granulomatoso infectado deben ser eliminados ya sea mediante el alisador o con una legra.

El colgajo mucoperiostico se reposiciona y se decide si es necesario o no suturar. (6)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

E) SUTURA

Toda sutura es cuerpo extraño y solo debe ser insertada en los tejidos únicamente si existe una indicación positiva para su uso. Durante la operacion se puede colocar una sutura para retraer un colgajo mucoperiostico del sitio de operacion. Al terminar una intervencion quirúrgica bucal se colocan las suturas para aproximar los bordes cortados de los tejidos blandos para promover la cicatrizacion por primera intención para hacercar los tejidos blandos minimizando la contaminación de la herida con restos alimenticios o para detener la hemorragia.

Si el colgajo yace bien ajustado en posición y el sangrado es controlado no hay necesidad de controlar. Cuando este indicada la inserción de suturas la seda estéril simple negra es el material de elección y una sutura simple interrumpida o una sutura horizontal interrumpida de colchonero estará indicada.

Técnica de sutura. La aguja es sostenida en el portaagujas. Nunca debe sostenerse del ojo o de la punta la zona por suturar debe secarse con el aspirador o con una gasa para que los bordes cortados se puedan ver claramente. La aguja generalmente se pasa primero por el colgajo más movil. Las pinzas de disección dentadas se utilizan para detener el colgajo y la aguja debe ser insertada cerca de la aguja de los picos y por lo menos a 3 ml. de cualquier borde. La sutura debe ser colocada mas cerca del borde libre que de la base del colgajo. Esto controla la parte mas móvil del colgajo y asegura que la sutura este en tejido

firme.

La sutura simple deben ir flojas para permitir cualquier inflamación pequeña de los tejidos blandos y los nudos deben ir a un lado de la linea de incisión.

Cuando se coloca una sutura en el mucoperiostio lingual mandibular la aguja siempre debe pasarse en una dirección liguovestibular lejos de la lengua, la punta de la aguja no debe ser introducida al hueso o se romperia

F) CUIDADOS POSTOPERATORIOS

El deber del cirujano dentista hacia su paciente no termina con la colocacion de un empaque o de la ultima sutura. Debe asegurarse de que el periodo postoperatorio del paciente sea lo mas indoloro y tranquilo posible. Se debe prescribir una analgesico adecuado.

Se debe instruir para que al paciente. para que evite enjuagues vigorosos. ejercicio violento, estimulantes o comida o bebidas muy calientes por el resto del dia. para minimizar el riesgo de hemorragia postextracción antes de despedir al paciente, se le debe enseñar como colocar un empaque de gasa doblado sobre el alveolo y morderlo firmemente para eliminar cualquier hemorragia que pueda presentarse.

La herida de la extracción debe ser limpiada por medio de un enjuague bucal con solución salina tibia inmediatamente antes de acostarse en el dia de la operación. La cicatrización se puede ayudar por medio de la utilización do enjuagues bucales con solución salina caliente frecuentes durante los siguientes dos o tres dias. la solucion se prepara disolviendo media cucharadita de sal en un vaso con agua caliente, pero no hirviendo. abundantes cantidades deben ser frecuentemente tomadas dentro de la boca para llevarla al sitio de la extracción tanto como sea posible. Uso inmediato de enjuagues bucales después de las comidas ayuda particularmente.

Siempre que sea posible las instrucciones verbales

postextraccion deben ser complementadas dando al paciente instrucciones escritas.

Las suturas generalmente deben permanecer insitu hasta por 7 dias, se aflojan en los tejidos y después deben ser retiradas deteniendo el nudo y cortando la seda en el lugar donde entra a los tejidos. Se retira la sutura si esta, se corta a distancia del punto de la entrada a los tejidos, el material de sutura contaminado, será arrastrado dentro de las herida en cicatrización infectándola.

Las suturas insertadas para controlar las hemorragias, pueden ser retiradas a las ocho horas postextracción, mientras que las suturas empleadas para reparar una comunicación se dejar hasta 10 dias a menos que se infecten.

COMPLICACIONES EN LA EXTRACCION DENTAL

Las complicaciones de extraccion dental son muchas y muy variadas y algunas pueden ocurrir cuando se emplee mucho cuidado. Otra se pueden evitar si el plan de tratamiento diseñado para tratar con las dificultades diagnosticas. durante un cuidadoso examen preoperatorio es llevado acabo por un operador que se apegué a principios quirurgicos correctos durante la extraccion.

Fracaso en:

Asegurar la anestesia.

Extraer el diente. ya sea con fórceps o elevadores.

Fractura de :

Corona del diente al ser extraída.

Raíces del diente al ser extraídas.

Hueso alveolar.

Tuverosidad del maxilar.

Dientes adyacentes u opuestos.

Mandibula.

Dislocación de:

Dientes adyacentes.

Articulación temporomandibular.

Desplazamiento de una raíz.

Dentro de los tejidos blandos.

Dentro del seno maxilar.

Bajo anestesia general en el sillón dental.

Hemorragia excesiva.

Durante la extraccion dentaria.

Al terminar la extraccion.

Postoperatorio.

Daño a encías, labios, nervio dentario inferior o cualquier rama, nervio lingual, lengua y pizo de la boca.

Dolor postoperatorio debido a:

Daño a los tejidos duros o blandos.

Alveolitis.

Osteomielitis agudas de la mandibula.

Artritis traumática de la articulación teporomandibular.

Hinchazón postoperatoria debido a:

Edema.

Formación de hematoma.

Infección.

Trismo.

La creación de una comunicación bucoantral.

Sincope.

Paro respiratorio.

Paro cardiaco. (7)

A) POSTOPERATORIO

a) Prescribir analgésico que sea requerido.

b) Dar instrucciones acerca de: higiene bucal, incluyendo

enjuague bucal con solucion salina caliente. hemorragia. dolor e inflamacion en el postoperatorio.

Indicaciones para tratamiento de urgencia y arreglo adecuados para el mismo.

c) Dar próxima cita.

CONCLUSIONES.

Se puede presentar hipercementosis de etiología desconocida ya sea generalizada, afectando a todos los dientes o - localizada que afecta a un diente.

La función dental parece favorecer la disposición de cemento en la superficie radicular.

De hecho los estudios que se han realizado indican que - el grosor del cemento aumenta en los dientes que no funcionan incluyendo los impactados o incrustados.

El estímulo en estos casos se desconoce.

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

(1) - William G. Shafer, Maynard K. Hine, Barnet M. Levy. Tratado de patologia bucal. págs. 302. 305 y 306. Terecera edición. Ed. Nueva editorial interamericana S.A. de C.V.

(2) - Laskin. Cirugia Bucal, pág. 34

(3) - Stafme. Diagnóstico radiológico en odontologia, págs. 37 y 38.
Quinta edicion Ed. Médica Panamericana.

(4) - Astra. Manual ilustrado de odontologia. Pags. 15,27, 28.

(5) - N. B. Jorgensen, J. Hayden, jr. Anestesia odontológica Pags. 64, 65, 68, 69, 79.
Tercera Edición, Ed. Interamericana

(6) - Guillermo A. Ries Centeno. Cirugia Bucal con patología, clínica y terapeutica. Pags. 197. 198, 199, 200. 201, 202. 203. 204.
Ed. Bueno Aires. Octava edicion.

(7) - Geossrey L. Howe. Extraccion Dental. Paq. 1
Ed. El manual moderno S.A. de C.V.