

184
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**" EXTRACCION DENTAL CON
HIPERCEMENTOSIS "**

**T E S I S I N A
PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :**

MIRNA ELVA MORENO GUEVARA

SEMINARIO DE EXODONCIA

TITUTAR: C.D. VICTOR MANUEL BARRIOS ESTRADA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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

INTRODUCCION.....

CAPITULO 1.- A) DEFINICION

B) ETIOLOGIA

CAPITULO 2.- METODOS AUXILIARES PARA LA EXODONCIA CON HIPERCEMENTOSIS

A) ASPECTO CLINICO

B) ASPECTO RADIOLOGICO

C) ASPECTO HISTOLOGICO

D) ASPECTO PATOLOGICO

CAPITULO 3.-EXTRACCION DE DIENTES CON HIPERCEMENTOSIS

A) EXTRACCION TRANSALVEOLAR

B) SUTURA

C) CUIDADOS POSTERIORES

CAPITULO 4.- COMPLICACIONES DE LA EXTRACCION DENTAL

A) OPERATORIAS

B) POSTOPERATORIAS

CAPITULO 5.-SUMARIO

BIBLIOGRAFIA.....

I

N

T

R

O

O

U

C

C

I

O

N

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

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

Basicamente solo existen dos metodos de extracción . El primer metodos se utiliza en la mayoría de los casos y es llamado "extraccion por forceps" y consiste en la remoción del diente o raiz mediante el uso de forceps, elevadores o ambos. Los bocados de estos instrumentos son forzados apicalmente hasta la membrana periodontal, entre diente raiz y a pared alveolar. El otro metodo de extracción es la diseccion del diente o de la raiz de sus inserciones osas.

Esta separación es llevada a cabo mediante la remoción de cierta parte del hueso que recubre las raices, las cuales se eliminan mediante el uso de elevadores, forceps o de ambos. Esta técnica es comunmente llamada el metodo quirurgico, aunque el nombre mas adecuado seria el de extracción transalveolar.

Aunque muchas veces no nos es posible realizar la extraccion ideal por causas ajenas, si podemos evitarnos problemas realizando una buena evaluación preoperatoria de las dificultades que pueden hallarse o las complicaciones que pueden ocurrir.

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

En ocasiones una estimación preoperatoria completa solo se logra si el examen clinico se acompaña de una radiografía preextracción, es importante tomarla si se presenta cualquiera de las siguientes indicaciones; Historia de extracciones dificiles o ya intentadas, Un diente con resistencia anormal a la extracción con forceps. Si despues de un examen clinico se ha decidido remover un diente por disección.

Cualquier diente o raíz con cercanía al seno maxilar o nervio dentario inferior o 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 que haya estado sujeto a algún trauma, pueden presentarse fracturas de las raíces y hueso alveolar.

Un molar superior aislado, especialmente si no tiene antagonista y está sobrerupcionado. El soporte óseo de dicho diente generalmente está debilitado por la extensión del seno maxilar. Esto puede predisponer ya sea a la creación de una comunicación buccoantral 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 anomalía dentaria o alveolar - por ejemplo; Osteitis deformante en donde las raíces presentan hipercementosis y hay predisposición a osteomielitis crónica; Disostosis cleidocraneal, porque en este trastorno ocurren pseudoanodoncias y raíces en forma de gancho.

D
E
F
I
N
I
C
I
O
N

La Hipercementosis (hiperplasia del cemento)

La hipercementosis es un estado observado con relativa frecuencia; probablemente lo causan diversos factores etiologicos.

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

Los dientes con hipercementosis son a menudo vitales, pero se pueden complicar por algun otro cambio patologico.

Tambien se define como un cambio regresivo de los dientes que esta caracterizado por las deposiciones de cantidades excesivas de cemento sobre las - - superficies radiculares.

E
T
I
O
L
O
G
I
A

La hipercementosis se debe a diversas causas. Sin embargo, cuando ocurre -
junto con periodontitis apical crónica, se considera como una respuesta repar -
adora. Puede encontrarse hipercementosis de cierta intensidad en la raíz de
cualquier diente que muestre periodontitis periepical 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 mas bien que la misma hipercementosis -
circundante.

Entre las otras causas que pueden favorecer la deposición de cantidades -
excesivas de cemento son;

La pérdida de un antagonista se acompaña por la hiperplasia del cemento - -
aparentemente como la forma de mantener el ancho normal del ligamento parodon -
tal. Esta hiperplasia es mas excesiva en el apice de la raíz aunque la deposi -
ción de cemento secundario afecta por lo regular toda la raíz, teniendoun -
grosor que es mas grande en la base y que disminuye hacia la porción cervical de
un diente.

Como medio de reparación de algún trauma oclusal que cause resorción radi -
cular leve por ejemplo el bruxismo o fracturas radiculares también se repara por
deposición del cemento entre los fragmentos de la raíz así como en la periferia

La inflamación que se presenta en el apice de una raíz dental, que por lo -
regular es resultado de una infección púlpal. Esto no se presenta en el -
apice de la raíz adyacente al área de inflamación, debido que los cementoblas -
tos y sus precursores directos en esta area se han perdido por el proceso -
inflamatorio. En su lugar el cemento descansa en la superficie radicular a
alguna distancia por arriba del apice.

La osteitis deformante o enfermedad de Paget, es una enfermedad esquelética
y generalizada que se caracteriza por deposición de cantidades excesivas de -
cemento secundario en las raíces de los dientes y por la aparente desaparición
de la lámina dura de los dientes, así como otros aspectos relacionados con el -
propio hueso.

A
S
P
E
C
T
O
C
L
I
N
I
C
O

La hipercementosis no produce signos o síntomas clínicos importantes 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 periapical y no aparecen in situ cambios visibles importantes.

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

Existe una frecuencia en dientes afectados de hipercementosis y estos son los premolares.

A
S
P
E
C
T
O

P
A
T
O
L
O
G
I
C
O

En el aspecto patológico, el cemento excesivo es un cemento secundario o -
celular y puede estar formado por capas o ser bastante irregular con inclusiones
vasculares.

En algunas ocasiones, aparece una imagen que recuerda a los sistemas haver-
sianos.

A
S
P
E
C
T
D

R
A
D
I
O
L
O
G
I
C
D

Radiograficamente, se observan uno o varios nodulos, mas o menos regulares y redondos, sobre el apice de la raiz. Estos nodulos tienen la radiopacidad del cemento normal y aveces estan separados del hueso por un espacio periodontal ligeramente engrosado o guardan relación con una zona de resorción osea.

Una buena radiografia es desperdiciada si no se interpreta cuidadosamente, el uso de lupas y negatoscopios ayudan enormemente a la interpretación y facil manejo de los siguientes factores causantes de la dificultad sean detectados - como son la hipercementosis radicular que es el tema a tratar, así como otros - factores;

- 1.- Número anormal de raices
- 2.- Forma anormal de raices
- 3.- Fractura o resorción radicular
- 4.- Anquilosis
- 5.- Geminaciones
- 6.- Dientes impactados
- 7.- Esclerosis osea y patologia etc.

A
S
P
E
C
T
O
R
H
I
S
T
O
R
Y
I
S
T
O
R
Y
I
S
T
O
R
Y

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

El que cubre la mitad o el tercio coronal de la raíz carece de células en la matriz; por lo tanto, recibe el nombre de cemento acelular.

El resto del cemento se llama celular porque contiene células (cementocitos dentro de sus lagunas; estas últimas, como las de los huesos, tienen canaliculos que van de una a otra.

Sin embargo no hay sistemas haversianos en el cemento; normalmente no es vascular como los demás tejidos dentales duros. La unión entre la corona y la raíz del diente recibe el nombre de cuello y la línea visible de unión entre el esmalte y el cemento recibe el nombre de línea de cervical.

En determinadas circunstancias el cemento puede ser resorbido, aunque esto no ocurre con igual facilidad o frecuencia que en el hueso, el hecho se utiliza 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 está desplazando y depósito del mismo por detrás.

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

En caso de hipercementosis microscópicamente es de tipo característico en la cual se encuentra una cantidad excesiva de cemento secundario o celular depositada en forma directa sobre capa delgada caracterizada de cemento acelular primario.

El área afectada puede ser toda la raíz o solo una porción de esta por lo regular en la región apical. El osteocemento está ordenado en capas concéntricas alrededor de la raíz.

E
X
T
R
A
C
T
I
O
N
T
R
A
N
S
A
L
V
E
O
L
A
R

Este metodo de extracción comprende la disección del diente o raíz de sus inserciones oseas. A menudo es llamado el metodo "abierto o quirurgico".

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

- 1.-Cualquier diente que resista 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 relación con el seno maxilar.
- 3.- Antecedentes de extracciones dificiles ode intentos de extracción.
- 4.- Cualquier diente con restauraciones amplias, especialmente con endodoncia o sin pulpa.
- 5.- Dientes con hipercementosis o anquilosados
- 6.- Dientes geminados o dislacerados
- 7.- Dientes que muestren radiograficamente tener formas radiculares y raices con ~~líneas~~desfavorables o conflictivas en las guías de extracción.
- 8.- Cuando se desee colocar una dentadura, ya sea inmediatamente o poco des - pues de la extraccion. El metodo facilita cualquier recorte juicioso - que se requiera en el hueso alveolar para permitir la inserción de la protesis.

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

Componentes importantes de dicho plan son el diseño del colgajo mucoperiostico, el metodo que se utilice para liberar el diente o raices del alveolo y la remocion del hueso requerido para facilitar esto.

COLGAJOS MUCOPERIÓSTICOS

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

La cicatrización de primera intención no ocurre si las líneas de sutura son colocadas sobre el coágulo sanguíneo, el cual es el medio de cultivo perfecto - los microorganismos que proveen la lisis de las heridas. Los intentos para promover la cicatrización deben ser mediante la aproximación certera de los tejidos blandos sin tensión después de realizada la operación y diseñando las incisiones de tal manera que las líneas de sutura sean sostenidas por hueso.

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

La incisión se debe realizar con una presión firme y un bisturí filoso - atravesando las capas de mucosa y periostio de la encía 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 márgenes de los colgajos irregulares y retrasan la cicatrización. Cuando el margen gingival de un diente está involucrado en el colgajo debe ser incidido verticalmente, como se muestra en las figuras, antes de levantar el colgajo con un elevador de periostio.

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

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

Si la incision no es suficientemente profunda, el colgajo no podra ser - elevado y el hueso estara 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 realice la - elevacion del colgajo haciendo imposible la reposicion adecuada de los tejidos blandos al terminar la operacion y retrasando consecuentemente la cicatrizacion.

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

La cicatrizacion, no cae dentro de una mala vascularizacion ni en defectos oseos creados durante la operacion y las lineas de sutura yacen sobre una base - de hueso firme y no sobre el coagulo.

Hay varias ventajas pero tambien desventajas en la sobreextension del colgajo en direccion vertical, si el colgajo se extiende ala reflexion de la membrana mucosa la insercion alveolar del musculo buccinador es desinsertada del hueso y se produce un pequeño hematoma. Esto produce un aumento en la hinchazon - extrabucal postoperatorio y una reorganizacion del coagulo sanguineo con una - fibrosis resultante puede tener por consecuencia una perdida de la profundidad - del fondo de saco vestibular. Los nervios y vasos que pasan por el agujero men toniano pueden ser dañados durante la elevacion de los colgajos mucoperiosticos en la region premolar mandibular, especialmente si la diseccion del tejido bland se extiende abajo del nivel de reflexion de la membrana mucosa.

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

Remoción Osea.- 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 sera necesario eliminar parte de este hueso.

El hueso alveolar no debe ser sacrificado innecesariamente y su eliminación debe ser limitada a lo que se requiera para lograr ciertos objetivos.

Antes de la liberación del diente o raíz, el hueso debe ser incidido para exponer cualquiera de estos ultimos y proveer un punto para la aplicación del forceps o elevador y crear un espacio dentro del cual el diente o raíz pueda ser desplazado. Después de liberar el diente o raíz se deben remover todas las orillas filosas y proyecciones oseas. En algunas ocasiones estara indicada una mayor excisión de hueso ya sea para reducir el tamaño del coagulo mediante la disminución del tamaño del alveolo, o bien para eliminar algún obstaculo para el éxito de la protesis 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 remoción de hueso hecho correctamente con un cincel filoso es mas rapida y limpia que la remoción con una fresa la cual, sin embargo es mas adecuada para la extracción del hueso denso mandibular bajo anestesia local. La mayoría de los cirujanos dentistas manejan mas frecuente y eficientemente la fresa que el cincel.

Los osteotomos son instrumentos valiosos para recortar los bordes oseos después de la extracción del diente o de la raíz. El operador debera escoger el metodo de extracción osea de acuerdo a su habilidad y a las facilidades disponibles para el.

Extirpación del hueso con fresas.- para este proposito, las fresas redondas o de bola cortan con mas eficiencia, no se atascan tan facilmente y son mas faciles de controlar que las fresas de fisura plana, siendo estas ultimas mas utiles para remover 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 colgajo mucoperiostico debere 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 común de que la fresa se en-tierre en los tejidos blandos.

No debe permitirse el sobrecalentamiento de la fresa durante la remoción del hueso, y para prevenir esto, deben emplear lavados constantes o por lo menos frecuentes de solución salina esteril, esto tambien con el fin de remover asti-llas y evitar el atascamiento de la fresa.

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

Cuando se estan cortando las raices de premolares inferiores, la remoción de hueso debere ser maxima 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 multiradi-culares se antagonizan y en estos casos ya sea el forceps o la aplicación vesti-bular de un elevador, retirara el diente si es que el hueso alveolar sede y es suficientemente elastico y las raices no estan extendidas. Si estas medidas no son suficientemente eficaces se tendra que seccionar la masa radicular y retirar cada raiz por separado siguiendo su via de retira.

La masa radicular debe ser seccionada, ya sea con fresa quirurgica, esta tec-nica permite que el corte se realice adpuedamente y crea un espacio entre las raices separadas 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 raices de abajo hacia arriba con una fresa.

Cuando se utiliza este metodo el operador sabe cuando las raices estan - completamente divididas mientras que es dificil estar seguros si corta hacia - abajo , hacia la bifurcacion. Las raices separadas son liberadas con elevadores pequeños utilizando los punto de aplicación determinados por sus lineas individuales de extracción.

El seccionar un diente con fresa toma tiempo por lo que el cirujano con - experiencia pueda preferir el uso de un osteomo. Se debe advertir que este - procedimiento aparentemente simple no-es tan facil como parece a simple vista.

No es necesaria una fuerza excesiva si los principios indicados son segui - dos y si la sujeción de ellos es correcta, si un diente o raiz 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 cicatrización y la cantidad de dolor posterior son - grandemente influenciados por los cuidados que se tengan con la limpieza poste - rior del alveolo.

Las prominencias oseas no deseadas deben ser removidas ya sea con osteoto - mos , cincelas fresas y los bordes agudos deben ser suavizados con limas de - hueso. Las limas de hueso son dentadas para cortar solo en direccion unica , y no son tan utiles en cirugia dental. Los osteotomos deben emplearse como - tijeras de hueso y no con torsion.

La remoción juiciosa del hueso va a acelerar la cicatrización por la dis - minución de la cantidad de hueso por resorberse y remodelarse y el volumen de coagulo sanguineo que llena el alveolo.

Cuando la extirpacion de hueso es completa² y los bordes alisados, la heri - da 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.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SUTURA

Toda sutura es un cuerpo extraño y solo debe ser insertada en los tejidos - únicamente si existe una indicación positiva para su uso. Durante la operación se puede colocar una sutura para retraer un colgajo mucoperiostico del sitio de operación. Al terminar una intervención quirúrgica bucal se colocan las suturas para aproximar los bordes cortados de los tejidos blandos, para promover la cicatrización por primera intención, para acercar 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 suturar. Cuando esta indicada la inserción de suturas la seda esteril simple negra es el material de elección y una sutura simple interrumpida o una sutura horizontal interrumpida de colchonero estara 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 mas movil. Las pinzas de diseccion dentadas se utilizan para detener el colgajo y la aguja debe ser insertada cerca de la punta de los picos y por lo menos a 3 mm de cualquier borde. La sutura debe ser colocada mas cerca del borde libre que de la base del colgajo. Esto controla la parte mas movil del colgajo y asegura que la sutura este en tejido firme.

Las suturas siempre deben ir flojas para permitir cualquier inflamación pequeña de los tejidos blandos y los nudos deben ir aun lado de la línea de incisión.

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

CUIDADOS POSTERIORES

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

Se debe instruir al paciente para que evite enjuagues bucales vigorosos, - ejercicio violento, estimulantes o comida o bebidas muy calientes por el resto del día 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 día de la operación. La cicatrización se puede ayudar por medio de la utilización de enjuagues bucales con solución salina caliente frecuentes durante los siguientes dos o tres días. La solución 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 llevarle al sitio de la extracción tanto como sea posible. Uso inmediato de enjuagues bucales despues de las - comidas ayuda particularmente.

Siempre que sea posible las instrucciones verbales postextracción deben ser complementadas dando al paciente instrucciones escritas.

Las suturas generalmente deben permanecer in situ hasta por siete días, se aflojan en los tejidos y despues deben ser retiradas deteniendo el rudo y corten do la seda en el lugar donde entra a los tejidos. Se retira la sutura. Si esta se corta a distancia del punto de entrada a los tejidos el material de sutura contaminado sera arrastrado dentro de la herida en cicatrización, infectandola .

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

POSTOPERATORIO

A) Prescribir analgesico que sean requeridos

B) Dar instrucciones acerca de;

Higiene bucal incluyendo enjuague bucal con solución salina caliente

Hemorragia, dolor e inflamación en el postoperatorio

Indicaciones para tratamiento de urgencia y arreglos adecuados para el mismo

C) Dar próxima cita.

SUMARIO

El empleo de un plan de ataque sistemático permite al dentista escoger un método correcto para la extracción dentaria, resolver dificultades y evitarlas y tratar adecuadamente las posibles complicaciones.

Diagnostico y plan de tratamiento.- Toma cuidadosa de historia y examen clínico, complementadas con métodos especiales de examen cuando estén indicados, permiten valorar las dificultades potenciales, considerar las posibles complicaciones y escoger correctamente la técnica de extracción que se va a efectuar.

Decisiones que deben tomarse antes de la cirugía.

A) Paciente ambulatorio o interno determinado por:

- 1.-condición médica general del paciente
- 2.-probable duración de la operación
- 3.-tipo de anestesia indicada

B) Se requiere arreglos especiales?

- 1.-instrucciones al paciente (ej. no maneje automóvil, si se deben o no tomar alimentos, período probable de incapacidad si se debe o no ser acompañado, etc.
- 2.-premedicación conveniente
- 3.-cualquier indicación para protección con antibióticos
- 4.-cualquier necesidad de otras formas de tratamiento médico (anticonvulsivos, insulina, anticoagulantes o terapéutica esteroidea etc)

En la operación

A) asegurarse de que todos los instrumentos que se necesitan estén disponibles y esterilizados

B) Colocar los instrumentos en orden sobre una charola o la cubierta de un carro estéril.

C) Cuando se van a utilizar los instrumentos de una sola punta, solo deben tocarse los mangos.

D) otros requerimientos; luz adecuada, asistentes experimentados, radiografías de la región operatoria, anestesia efectiva y un plan de tratamiento diseñado a manejar las dificultades y evitar complicaciones.

C
O
M
P
L
I
C
A
C
I
O
N
E
S

Las complicaciones de la extracción dental son muchas y muy variadas y algunas pueden ocurrir aun cuando se emplee mucho cuidado. Otras se pueden evitar si el plan de tratamiento diseñado para tratar con las dificultades diagnósticas, durante un cuidadoso examen preoperatorio, es llevado a cabo por un operador que se apoye a principios quirúrgicos correctos durante la extracción.

Fracaso en;

Asegurar la anestesia

Extraer el diente, ya sea con forceps o elevadores.

Fractura de ;

Corona del diente al ser extraída*

Raíces del diente al ser extraídas

Hueso alveolar

Tuberosidad del maxilar

Dientes adyacentes u opuestos

Mandíbula

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 extracción dentaria

Al terminar la extracción

Postoperatoria

Daño a; Encías, labios, Nervio Denterio Inferior o cualquier rama, Nervio lengua

Lengua y piso de la boca.

DOLOR POSTOPERATORIO DEBIDO A:

Daño a los tejidos duros o blandos

Alveolo seco

Osteomielitis agudas de la mandibula

Artritis traumatica de la articulacion temporomandibular

HINCHAZON POSTOPERATORIA DEBIDA A:

Edema

Formacion de hematoma

Infeccion

Trismo

La creacion de una comunicacion bucoantral

Sincope

Paro respiratorio

Paro cardiaco

Urgencias anestesicas.

D

B

S

E

R

V

A

C

I

O

N

E

S

Se pueda 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 deposición 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.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
W.G. SHAFER
ED. INTERAMERICANA
- 2.- EXTRACCION DENTAL
GEOFFREY L. HOWE
ED. EL MANUAL MODERNO S.A. DE. C.V.
- 3.- CIRUGIA BUCAL
ARCHER
- 4.- CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO A . RIES CENTENO
ED. EL ATENEO
- 5.- TRATADO DE HISTOLOGIA
ARTHUR W. HAM
EDITORIAL INTERAMERICANA
- 6.- RADIOLOGIA DENTAL
A.H. WUERHMANN
SALVAT