

879522

17  
29



# INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## LA EXODONCIA DENTAL, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ALICIA FELICITAS LOPEZ VELAZQUEZ



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1991



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Í N D I C E

P Á G I N A

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN+++++               | 7  |
| CAPÍTULO I                      |    |
| DEFINICIÓN+++++                 | 8  |
| CAPÍTULO II                     |    |
| HISTORIA DE LA EXODONCIA+++++   | 10 |
| CAPÍTULO III                    |    |
| DIAGNÓSTICO+++++                | 19 |
| CAPÍTULO IV                     |    |
| MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR     |    |
| Y MUSCULOS MASTICADORES+++++    | 35 |
| CAPÍTULO V                      |    |
| BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NER    |    |
| VIO MAXILAR SUPERIOR Y MAXI-    |    |
| LAR INFERIOR+++++               | 47 |
| CAPÍTULO VI                     |    |
| ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL OPE    |    |
| RADOR E INSTRUMENTAL+++++       | 51 |
| CAPÍTULO VII                    |    |
| POSICIONES DEL PACIENTE Y EL    |    |
| OPERADOR PARA LA EXODONCIA+++++ | 54 |
| CAPÍTULO VIII                   |    |
| PASOS Y TÉCNICAS PARA UNA EX    |    |
| TRACCIÓN Y SELECCIÓN DEL FOR    |    |
| CEPS+++++                       | 57 |

|                   |   |     |
|-------------------|---|-----|
| CAPÍTULO IX       |   |     |
|                   | MÉTODOS PARA LA EXTRACCIÓN<br>DENTAL+++++   | 60  |
| CAPÍTULO X        |   |     |
|                   | EXTRACCIÓN DE DIENTES+++++  | 83  |
| CAPÍTULO XI       |   |     |
|                   | INDICACIONES, CONTRAINDI<br>CACIONES Y COMPLICACIONES<br>DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA+++++ | 96  |
| CAPÍTULO XII      |   |     |
|                   | CONTROL POSTOPERATORIO DE<br>LAS EXTRACCIONES+++++                                      | 109 |
| CONCLUSIONES+++++ |   | 112 |
| BIBLIOGRAFÍA+++++ |   | 115 |

## I N T R O D U C C I Ó N

DESDE MI ETAPA DE ESTUDIANTE, AL CURSAR LA MATERIA DE EXODON-  
CIA EN LA ESCUELA DE ODONTOLOGÍA INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NA-  
CIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, CON LA EXPOSICIÓN DEL MAESTRO C.D. ---  
FEDERICO AGUILAR FUENTES, SURGIÓ LA INQUIETUD DE ADENTRARME EN EL  
ESTUDIO DE ESTA RAMA BÁSICA DEL CONOCIMIENTO DE NUESTRA PROFESIÓN

CON ESTE MODESTO TRABAJO PRETENDO EXAMINAR ALGUNOS ASPECTOS-  
QUE ESTIMO IMPORTANTES EN LA MATERIA, CONSCIENTE DE MIS LIMITACIO-  
NES DERIVADAS DEL INCIPIENTE CAMINO QUE EMPIEZO A RECORRER COMO -  
EGRESADO DE ÉSTA CARRERA.

AGRADEZCO PROFUNDAMENTE LA DEDICACIÓN DE MIS MAESTROS, A ---  
QUIENES AL FIN Y AL CABO DEBO LO POCO O LO MUCHO QUE PUEDA IR ---  
AVANZANDO EN EL MUNDO DE LA ODONTOLOGÍA, AL QUE TENGO EL PROPÓSITO  
DE ENTREGAR MIS MEJORES ESFUERZOS Y LA PREPARACIÓN ADQUIRIDA -  
EN ESTE PLANTEL.

## CAPÍTULO I

### DEFINICIÓN

RAMA DE LA ODONTOLOGÍA Y LA CIRUGÍA BUCAL QUE TRATA LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES FUERA DE SU ALVÉOLO, CAUSADO POR PROCESOS CARIOSOS, PARODONTALES, PROTÉSICOS, ORTODÓNTICOS Y ENDODÓNTICOS QUE HAN FRACASADO.

#### EXTRACCIÓN DENTAL.

ACTO QUIRÚRGICO QUE SE ENCARGA DE LA EXTRACCIÓN O AVULSIÓN DE UNA O VARIAS PIEZAS DENTALES, TOMANDO EN CUENTA LA ASEPSIA Y ANTISEPSIA Y LAS TÉCNICAS EXODÓNICAS ACTUALIZADAS, TOMANDO EN CUENTA QUE ES UN ACTO QUIRÚRGICO QUE SE PONE EN PELIGRO LA SALUD Y TAMBIEN LA VIDA DEL PACIENTE.

DEBEMOS PREPARAR AL PACIENTE PARA PONERLO EN LAS MEJORES CONDICIONES Y LLEVAR A CABO EL ACTO QUIRÚRGICO CON ÉXITO. DEBEMOS TOMAR EN CUENTA DOS INDICACIONES PREOPERATORIAS:

- a) EXAMEN DE ORINA.
- b) TIEMPO DE COAGULACIÓN.

TENIENDO CUIDADO DE OTROS ANTECEDENTES COMO: DIABETES, HEMOFILIA,

FALTA O DEFICIENCIA DE VITAMINA K.

USO DEL INSTRUMENTAL ADECUADO SEGÚN EL ACTO QUIRÚRGICO, ASÍ COMO-  
EL TIPO DE ANESTÉSICO, YA SEA LOCAL, REGIONAL O GENERAL.

## CAPÍTULO II

### HISTORIA DE LA EXODONCIA

EN ESTE CAPÍTULO NOS REFERIREMOS A LA HISTORIA DE LA ÉPOCA --  
DE LA ANTIGUA GRECIA (S.XIII A.D.C.) DONDE SURGEN LOS PRIMEROS --  
VESTIGIOS DE LA MATERIA.

LA PRÁCTICA EXODONTICA EN LA ANTIGÜEDAD ERA LLEVADA A CABO --  
POR CHARLATANES "SACAMUELAS CALLEJEROS" Y PELUQUEROS. EFECTUÁN--  
DOSE BAJO ASPECTO PSEUDOCIENTÍFICO.

EN EL SIGLO XIII A.D.C. ESCULAPIO, POR SU GRAN HABILIDAD, --  
POR SU ARTE DE CURAR Y SUS INTERVENCIONES EFECTUADAS EN LOS ENFER--  
MOS PARA DEVOLVERLES SU SALUD; FUE CONSIDERADO Y ACLAMADO COMO UN  
DIOS CASI LEGENDARIO; SE LE ATRIBUYÓ POR HABER SIDO EL PRIMERO EN  
ACONSEJAR LAS EXTRACCIONES DENTARIAS CUANDO EL DOLOR ES YA INSO--  
PORTABLE. ÉL MISMO INVENTÓ EL ODONTOGAGUM (INSTRUMENTO DE PLOMO  
UTILIZADO PARA EXTRACCIONES).

HIPOCRÁTES NACIÓ EN LA ISLA DE COS, 460 AÑOS A.D.C. ESTUDIÓ--



LA ANATOMÍA, PATOLOGÍA Y TERAPÉUTICA DE LA BOCA; ÉL DESCRIBE A --  
LOS DIENTES, ENCÍAS Y MAXILARES; CREE QUE LA CARIES SE DESARROLLÓ  
EN LOS TERCEROS MOLARES (MUELAS DEL JUICIO) CON PREFERENCIA A LOS  
OTROS DIENTES Y SE CURABAN CON MÁS FÁCILIDAD; DESCRIBE EN OTRA DE  
SUS OBRAS LA ETIOLOGÍA Y LA PATOLOGÍA DE LA CARIES DENTAL Y PARA-  
CALMAR RECOMIENDA GARGARISMOS O COLUTORIOS DE PIMIENTA Y CASTOREO  
ÉL RECOMIENDA LA EXTRACCIÓN DENTARIA ÚNICAMENTE EN DIENTES CARIA-  
DOS.

ERASISTRATO DE COS, NACIÓ EN GRECIA UNOS 100 AÑOS A.D.C., --  
NIETO DE ARISTÓTELES; FUNDÓ LA ESCUELA DE ALEJANDRÍA, CREÍA QUE --  
LOS DIENTES HAN DE SER CONSERVADOS Y QUE LAS EXTRACCIONES DEBEN --  
SER UN ÚLTIMO RECURSO. SU TEORÍA RECUERDA QUE LAS PINZAS DE EX-  
TRAER DIENTES ERAN DE PLOMO PARA NO TENER QUE HACER CON ELLAS ES-  
FUERZOS Y VIOLENCIAS DE NINGUNA CLASE. EN LA ANTIGUA GRECIA ---  
ERAN MUY FRECUENTES LAS INTERVENCIONES DENTALES, YA QUE EN MUCHAS  
TUMBAS SE HAN ENCONTRADO DIENTES ORIFICADOS Y EMPASTADOS.

#### EL ARTE DENTAL DURANTE EL IMPERIO ROMANO.

LOS BARBEROS ACTUABAN COMO DENTISTAS. LA TEORÍA DE ARISTÓ-  
TELES DE LA LONGEVIDAD DE LAS PERSONAS GUARDA RELACIÓN DIRECTA --  
CON EL ESTUDIO DE SU DENTADURA.

CATÓN, EL VIEJO, EN EL SIGLO II Y III A.D.C. ESCRIBIÓ UNA EN  
CICLOPEDIA QUE CONTIENE RECETAS, CLASE DE ENFERMEDADES Y RECOMIEN  
DA PARA COMBATIR EL DOLOR MEDIANTE UNA MIXTURA HECHA CON COL RIZA  
DA.

EL ARTE DENTAL LLEGÓ MUCHOS AÑOS ANTES DE CRISTO. EN LE---  
TRAN SE ENCONTRÓ UNA LÁPIDA FUNERARIA CON GRABADOS, ALGUNOS INS--  
TRUMENTOS; EN POMPEYA UN ORIGINAL FÓRCEPS PARA EXTRAER DIENTES RO  
TOS.

EN EL SIGLO I DE NUESTRA ERA, NACIO EN EL AÑO 43, MARCIAL EN  
BILBILIS HOY CALATAYUA, MENCIONA MÉDICOS ROMANOS QUE PRACTICABAN--  
EXTRACCIONES Y COLOCABAN DIENTES POSTIZOS, ESTOS CONSTRUIDOS CON--  
HUESOS DE BUEY Y ASEGURADOS CON GANCHOS DE ORO.

PLINIO EL VIEJO, NACIÓ EN EL AÑO 23 DE NUESTRA ERA, PUBLICÓ--  
SU HISTORIA, LA CUAL CONSULTÓ MÁS DE DOS MIL LIBROS DE 140 AUTO--  
RES ROMANOS Y 326 GRIEGOS, HALBA EXTENSAMENTE DE LA HIGIENE Y PA--  
TOLOGÍA DENTAL. RECOMIENDA REMEDIOS ABSURDOS COMO PARA EVITAR -  
EL DOLOR DE MUELAS, COMER UNA RATA AL MES; PARA LOS DOLORES DE --  
DIENTES Y MUELAS CORTAR LAS ENCÍAS CON HUESESILLOS DE DRAGÓN MARI  
NO. LOS EXCREMENTOS DE GORRIÓN Y CUERVO JUNTOS EN UN SAQUITO CO  
MO AMULETO, CURABAN EL MAL DE DIENTES. EN CASO DE FRACASO SE --

PROCEDE A LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE ENFERMO.

CELSE INVENTÓ LA VIZAGRA PARA EXTRAER RESTOS RADICULARES Y UN ESPEJO DE BOCA O ESPECILLUM.

CLAUDIO GALENO, NACIÓ EN PÉRGAMO EN EL AÑO 131, COPIA A HIPÓCRATES Y ARISTÓTELES LOGRANDO AMPLIAR LOS CONOCIMIENTOS DE ANATOMÍA, PATOLOGÍA Y TERAPÉUTICA BUCAL, CLASIFICA LOS DIENTES EN INCISIVOS, CANINOS Y MOLARES.

HABLA DE NERVIOS DENTARIOS, INFLAMACIÓN Y RECOMIENDA APLICACIONES CALIENTES, SI CONTINÚA EL DOLOR, DEBE PERFORARSE EL DIENTE CON UN PEQUEÑO TREPANO E INTRODUCIR POR EL ORIFICIO REMEDIOS APROPIADOS MEDIANTE UNA SONDA, SI FRACASA, SE HACE LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE.

DURANTE LOS PRIMEROS SIGLOS LA MEDICINA Y LA CIRUGÍA EVOLUCIONARON MUY POCO.

#### LA ODONTOLOGÍA DESDE LOS CALIFAS AL RENACIMIENTO.

ENTRE LOS ÁRABES, EL MÁS CONOCIDO FUE AVICENA CON OBRAS DE MEDICINA DENTAL, LLAMÁNDOLO "EL PRINCIPE DE LOS MEDICOS", NACIÓ EN PERSIA EN EL AÑO 980 Y SU OBRA FAMOSA FUE AL-KANU "CANON", DESCRIBE LA ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DENTAL DETALLADAMENTE, RECOMIENDA LAS-

EXTRACCIONES, SANGRÍAS, PURGAS, INFUSIONES, GARGARISMOS Y CAUTERIO SE DEDICA A LA PROFILAXIS DENTAL, DICE QUE DEBE EVITARSE CORRUPCIÓN DE LA COMIDA Y LA BEBIDA EN EL ESTÓMAGO, EVITAR DULCES Y COSAS MUY HELADAS O MUY CALIENTES. INDICA QUE LAS EXTRACCIONES SE REALICEN CON CUIDADO PARA EVITAR FRACTURAS EN EL MAXILAR Y PROPAGACIÓN DEL PUS, PORQUE PUEDE PRODUCIR DOLOR DE OJOS Y FIEBRE.

#### DENTISTAS DEL SIGLO XVI.

EMPEZÓ EL PROGRESO DE LA ODONTOLOGÍA, POR UN EXBARBERO Y SACAMUELAS FRANCÉS, AMBROSIO PARÉ, CON EXPERIENCIA ODONTOLÓGICA, EN UNA DE SUS OBRAS PUBLICÓ ENFERMEDADES DENTALES Y REMEDIOS Y EMPEZÓ A SER LA ODONTOLOGÍA MÁS CIENTÍFICA. INTRODUJO LA IMPLANTACIÓN Y REIMPLANTACIÓN DE DIENTES IN VIVO, TRATÓ LA CARIES CON CURACIONES, ENRIQUECIÓ EL INSTRUMENTAL, COMO ABREBOGAS, GATILLO Y EL PELICANO PARA LAS EXTRACCIONES.

MUCHOS ERAN LOS BARBEROS Y SANGRADORES QUE HABIENDO PASADO EL EXAMEN, OBTENÍAN LICENCIA PARA SACAR MUELAS Y DIENTES; EJERCIENDO EN CALLES Y MERCADOS.

EL LIBRO MÁS ANTIGUO DE ODONTOLOGÍA LLEVA POR TÍTULO ZENE ARTZNEI DIE GUT NUN GESUNDT ZUBEHALTEN, OBRA DE JUAN DAUBMAN EN NUREMBERG EN EL AÑO DE 1509.

EN EL AÑO DE 1578, EL PADRE JESUITA A.LÓPEZ DE HINOJOSA, PUBLICÓ UNA OBRA QUE INCLUYE UNA SECCIÓN A LAS AFECCIONES BUCALES.

EL PUEBLO INVOCABA A SANTA APOLONIA COMO DISPENSADORA DE SALUD - PARA SUS DIENTES Y ALMAS; CONFIABAN MÁS DE LA CELESTIAL INTERCESORA - QUE DE LOS DENTISTAS DE LAS FERIAS Y MERCADOS.

LOS FLEBOTOMIANOS Y DENTISTAS DEL SIGLO XVII.

LA CIRUGÍA DENTAL ASOMA UN MARCADO PROGRESO HACIA LA EVOLUCIÓN - CONSERVADORA, ALGUNOS DENTISTAS AMBULANTES CONTINUABAN EXTRAYENDO MUE - LAS.

EN 1663, EL FRANCÉS DUPONT RECOMENDABA LA EXTRACCIÓN CUANDO EL - DOLOR ERA MUY INTENSO Y DE REIMPLANTARLO DE NUEVO INMEDIATAMENTE, CON LO QUE SE AFIRMA CUANDO DESAPARECE EL DOLOR.

ALONSO MUÑOZ, CIRUJANO ESPAÑOL, RECOMIENDA ANTES DE SACAR UN --- DIENTE O MUELA ES "MIRAR BIEN LA QUE ES Y TENTARLA Y YA ENTERADO DE - LA QUE ES, LA DESCARNE MUY BIEN Y LA SAQUE, MIRANDO BIEN DE NO QUE-- BRARLA, SINO SAFAR LA PIEZA, YA SACADA LA PIEZA, SE APRIETA EL VASO- CON LOS DEDOS Y QUE SE ENJUAGUE CON VINO PURO Y UN POCO DE SAL MOLI- DA Y SUELE BASTAR CON ESO".

DESCRIBE LOS INSTRUMENTOS QUE SON: GATILLO, PELICANO, BOTADOR, -  
ALICATES Y LANCETAS.

SACAMUELAS Y DENTISTAS DEL SIGLO XVIII.

AÚN EXISTÍAN CHARLATANES, EMBAUCADORES Y DENTISTAS CALLEJEROS -  
DESCENDIENTES DEL SIGLO XVII. EL MÁS EMBAUCADOR EN PARÍS ERA EL ---  
GRAN THOMAS, OPERABA EN CALLES Y HACÍA COMPETENCIAS; LA CONFIANZA PÚ-  
BLICA LE RODEABA Y LA MULTITUD LO CONTEMPLABA EN SUS LABORES Y SE ---  
VEÍA HUIR A LO LARGO DE LAS CALLES A LOS MÉDICOS CONSTERNADOS Y CELO-  
SOS DE SUS ÉXITOS.

EN ALEMANIA, GARENGEST NACIDO EN 1740, FUÉ EL INVENTOR DE LA LLA  
VE INGLESA TAN ÚTIL EN LAS EXTRACCIONES DENTALES.

SE ESCRIBIÓ EN EL SIGLO XVIII EL TRATADO DE LAS OPERACIONES DE -  
LA DENTADURA Y MÉTODOS PARA CONSERVARLA EN BUEN ESTADO, PUBLICADO EN-  
1799 POR FÉLIX PÉREZ ARROYO; EL COMENTABA QUE SI LA CARIES ERA SUPER-  
FICIAL CON DOS APLICACIONES DE CAUTERIO Y LAS PROFUNDAS SI CONTINUABA  
EL DOLOR SE REALIZABA LA EXTRACCIÓN.

DECÍA QUE LOS ACCIDENTES Y DISLOCACIONES DE LOS ALVÉOLOS Y DE --  
LAS ENCIÁS, HEMORRAGIAS, FLUXIONES, INFLAMACIONES.

TRANSICIÓN A LA ODONTOLOGÍA MODERNA.

AL ENTRAR LA CIVILIZACIÓN, SE ESTABLECE LA PRÁCTICA DENTAL CON ESPECIALIDAD SANITARIA INDEPENDIENTE.

EL PRIMER BARBERO-CIRUJANO DEL MUNDO NUEVO DE LA EXODONCIA FUÉ-- WILLIAM DINLY. EL SEGUNDO DENTISTA FUE JAMES READING, QUE ACTUÓ EN- 1734. LA PRIMERA REVISTA Y LA PRIMERA SOCIEDAD DE ODONTÓLOGOS EN ES TADOS UNIDOS APARECIERON 1839-1840 Y EN 1867 EMPEZARON A APROBAR LE-- YES EN LAS QUE SE ESTABLECÍAN QUIEN PODÍA EJERCER.

LOS PROCESOS DEL ARTE DENTAL EN EL SIGLO XIX.

LA TERAPÉUTICA CIENTÍFICA IBA IMPONIENDOSE, PERO SEGUÍAN IMPO--- NIENDOSE LOS SACAMUELAS Y CHARLATANES.

EN EL IMPERIO AUSTRO-HÚNGARO, SOBRESALIÓ CARABELLI, EN 1842 PU-- BLICÓ UNA ANATOMÍA DE LA BOCA; EN 1889 FUNDÓ UN MUSEO DE ANOMALÍAS -- DENTALES Y DESCUBRIÓ UN TUBÉRCULO EN LOS PRIMEROS MOLARES, LLAMADO DE CARABELLI EN SU HONOR.

EL DR. HORACIO WELLS IMPLANTÓ USAR EL ÓXIDO DE NITRÓGENO COMO -- ANESTÉSICO EL DÍA 10 DE DICIEMBRE DE 1844.

EN 1859, EL DOCTOR EDWARD MEJORÓ LOS FÓRCEPS DENTALES, ADAPTÁNDO LOS A LA MISMA DIRECCIÓN DE LA LÍNEA DEL EJE DEL DIENTE Y FACILITAR -

SU EXTRACCIÓN.

EN ESPAÑA, EN 1869 PARA LA EXTRACCIÓN Y OPERACIONES DENTALES SIN DOLOR, SE ADMINISTRÓ EL PROTÓXIDO DE AZOE.

CON LA PROPAGACIÓN DE LOS NUEVOS PROCEDIMIENTOS DE ANESTESIA, DE SAPARECIERON LAS HORRIPILANTES ESCENAS DE DOLOR. CAUSA SUFICIENTE PARA QUE EL PÚBLICO ACUDIASE AL GABINETE DEL DENTISTA PARA REMEDIAR SUS MALES. EN LOS CONOCIMIENTOS DE ESTE SIGLO, LA ODONTOLOGÍA YA ERA CONSIDERADA COMO RAMA DE LA MEDICINA.

EN NORTEAMÉRICA, BERGER QUE ESTUDIA LA EXODONCIA Y STEAMMAN LA ANESTESIA LOCAL, EXODÓNICA.

AHORA YA NO VEREMOS ANTESALAS DE CLIENTES CON BOCAS DESDENTADAS, CARRILLOS HINCHADOS, PAÑUELOS ATADOS A LA CABEZA Y EL PÚBLICO SE PERCATA QUE NO ES NECESARIO PADECER CRUELES DOLORES PARA IR AL CIRUJANO DENTISTA.

LA RAMA INTEGRANTE DE LA ODONTOLOGÍA ES LA EXODONCIA; OCUPA UN LUGAR EN LA CIRUGÍA EFICAZ Y COMPLEMENTO DE LA CLÍNICA INTEGRAL ODONTOLÓGICA.

LA EXODONCIA Y LA CIRUGÍA BUCAL AYUDAN AL PROGRESO DE LA HUMANIDAD CONTANDO CON LOS ADELANTOS DE LA ASEPSIA Y ANESTESIA MODERNAS.



### CAPÍTULO III

#### D I A G N Ó S T I C O

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO ESTOMATOLÓGICO ESTRIBA EN PREPARAR AL ESTUDIANTE Y AL CIRUJANO DENTISTA, SIENDO SU MISIÓN PREVENIR Y CURAR, DEBE CONOCER Y DIFERENCIAR LOS ESTADOS NORMALES Y ANORMALES DE LA CAVIDAD BUCAL, POR LO QUE ES IMPORTANTE:

- a) ADQUIRIR LOS CONOCIMIENTOS CLÍNICOS, TEÓRICOS Y PRÁCTICOS - DE LAS ENFERMEDADES.
- b) ADQUIRIR LA HABILIDAD PARA APLICAR DICHS CONOCIMIENTOS EN- EL ESTUDIO CLÍNICO DE LOS PACIENTES.

EL DIAGNÓSTICO SE HACE DESPUÉS DE ESTUDIAR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE UNA ENFERMEDAD, QUE SON:

#### PROCEDIMIENTOS DE QUE CONSTA LA DIAGNOSIS:

- 1.- EXAMEN DE LA BOCA.
- 2.- EXAMEN DE LOS DIENTES.
- 3.- ANOTACIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA.

- 4.- DETERMINACIÓN DE FACTORES ETIOLÓGICOS.
- 5.- DIFERENCIACIÓN DEL ESTADO PATOLÓGICO COMO SÍNTOMA BUCAL.
- 6.- INVESTIGACIÓN DEL TRATAMIENTO BUCAL, QUE SE HAYA HECHO CON ANTERIORIDAD.

EXISTEN OTROS PROCEDIMIENTOS PARA LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO:

- a) PROCEDIMIENTO CLÍNICO.
- b) PROCEDIMIENTO DE LABORATORIO.
- c) PROCEDIMIENTO RADIOLÓGICO.

INDISPENSABLE EN TODOS LOS PACIENTES PARA EL DIAGNÓSTICO, YA QUE DESCUBRIREMOS ESTADOS PATOLÓGICOS DE LOS QUE NO SE TENÍA LA MENOR SOSPECHA.

ESTUDIO FÍSICO:

ES PARA DETERMINAR LA SEGURIDAD A LOS PELIGROS QUE PRESENTA EL PACIENTE AL SER SOMETIDO A UNA OPERACIÓN.

LAS EXTRACCIONES DENTALES U OPERACIONES DE CIRUGÍA MENOR EN LA BOCA TIENEN CONTRAINDICACIONES PRECISAS, EJEMPLO: LA DIABETES Y LAS CARDIOPATÍAS.

HALLAZGOS HISTOPATOLÓGICOS:

ES NECESARIO PRACTICAR EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES QUE PADECEN SÍFILIS, TUBERCULOSIS DE LA BOCA, NEOPLASIAS, QUISTES, - ETC., PARA HACER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y SABER DIFERENCIAR LOS ESTADOS PATOLÓGICOS MÁS SENCILLOS DE LOS CASOS MÁS COMPLICADOS QUE- REQUIEREN UN ESTUDIO MÁS DETALLADO.

HISTORIA CLÍNICA:

ES DE IMPORTANCIA PARA EL DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO, HAY QUE ESTUDIAR UN GRAN NÚMERO DE PACIENTES PARA PODER DESCRIBIR LA ENFERMEDAD.

EN LA HISTORIA CLÍNICA (ANAMNESIA):

- a) SE HARÁ UNA HISTORIA CLÍNICA CONTENIENDO TODOS LOS DATOS NECESARIOS.
- b) SE ARCHIVARÁ UNA GRÁFICA DE LOS HALLAZGOS, AMBAS DEBEN INDICAR LA SITUACIÓN EXACTA DEL ÁREA AFECTADA DE LOS DIENTES CARIADOS O INFECTADOS.

ES IMPORTANTE EL SIGNIFICADO DE CADA UNO DE LOS SÍNTOMAS DE CADA ENFERMO ANOTÁNDOLO EN LA HOJA CLÍNICA.

HAY CONDICIONES ANATÓMO-FUNCIONALES Y ANATOPATOLÓGICAS QUE SIRVEN PARA OBTENER EL DIAGNÓSTICO, POR EJEMPLO: LOS DIENTES DE HUT---

CHINSON Y MOLARES EN FORMA DE MORA INDICAN SÍFILIS CONGÉNITA. LA-  
CIANOSIS INDICA INSUFICIENCIA CARDIACA. LA ESCLERÓTICA AMARILLA -  
INDICA INSUFICIENCIA HEPÁTICA.

EL CASO ANTE EL CUAL SE ENFRENTA, ES EL DOLOR, QUE PUEDE SER -  
PULSÁTIS E INTENSO EN ALGUNAS ALTERACIONES PARODONTALES; CIRCUNSCRI-  
TA EN ALTERACIONES PULPARES DE LA ZONA AFECTADA, ES IMPORTANTE ANO-  
TAR EL TIPO DE DOLOR Y EL LUGAR EN QUE ESTÉ SITUADO Y NOS SIRVE PA-  
RA HACER EL DIAGNÓSTICO DE UNA NEUROLOGÍA O NEURITIS.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE (FICHA DE IDENTIFICACIÓN):

ANOTAREMOS EL NOMBRE DEL PACIENTE, EDAD, SEXO, ESTADO CIVIL, -  
OCUPACIÓN, LUGAR DE NACIMIENTO, ETC.

CARA:

TOMAR EN CUENTA SI HAY DEFORMIDADES O DEFORMACIONES, ACTINOMIA  
SIS PARÁLISIS FACIAL PRODUCIDA POR LESIONES TRAUMÁTICAS, NEOPLASIAS  
ENFRIAMIENTOS, ETC.

LABIOS:

INSPECCIÓN, PALPACIÓN, CONTORNO, COLOR, CONFIGURACIÓN Y PRESEN-  
CIA O NO DE LESIONES.

MUCOSA LABIAL Y BUCAL:

INSPECCIÓN DEL LABIO SUPERIOR E INFERIOR, ANOTANDO COLOR E IRREGULARIDADES; LA PALPACIÓN DETERMINA CONFIGURACIÓN Y PRESENCIA DE --- ADHESIONES AL FRENILLO O LESIONES, ORIFICIOS DE GLÁNDULAS PARÓTIDAS- Y LA PRESENCIA O AUSENCIA DE LESIONES EN LA MUCOSA BUCAL.

PALADAR:

INSPECCIÓN Y PALPACIÓN DEL PALADAR DURO Y BLANDO, ÚVULA Y TEJIDOS FARÍNGEOS ANTERIORES, ANOTANDO SU COLOR, CONFIGURACIÓN, CONTORNO ORIFICIOS Y SI HAY NEOPLASIAS, PERFORACIONES, LESIONES SIFILÍTICAS, ETC.

ENCÍAS:

DETERMINACIÓN DEL COLOR, FORMA Y CONFIGURACIÓN, BUSCANDO LESIONES COMO INFLAMACIONES, HIPERTROFIAS, RETRACCIONES Y ULCERACIONES.

ESPACIO SUBLINGUAL:

OBSERVAREMOS LA PRESENCIA DE RÁNULAS, CARCINOMA, CELULITIS CRÓNICA, ETC.

FARINGE:

OBSERVAR LA EXISTENCIA DE INFECCIONES AMIGDALIAN, ANGINA DE --- VINCENT, ABSCESOS.

ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR:

OBSERVAR ANOMALÍAS DE LA ARTICULACIÓN (FRACTURAS, LUXACIÓN, ANQUILOSIS).

ESTADO HIGIÉNICO DE LA BOCA:

LOS MALOS HÁBITOS DE HIGIENE ORAL PUEDEN SER CAUSA DE ALGÚN FOCO INFECCIOSO.

DIAGNÓSTICO DENTAL:

SI ES EXTRACCIÓN, LA ANOTAREMOS CUANDO PRESENTE CRIES DE 4o. - GRADO, RESTOS RADICULARES, MOVILIDAD DE 3er. GRADO, FALTA DE SOSTÉN-ÓSEO POR REQUERIMIENTOS ORTODÓNTICOS O RAZONES PROTÉSICAS.

TRATAMIENTO EXODÓNTICO:

ANOTAREMOS EL NÚMERO DE PIEZAS A EXTRAER Y LOS CUADRANTES EN -- QUE SE LOCALIZAN.

ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS.

APARATO CARDIOVASCULAR:

PREGUNTAR SI TIENE HIPERTENSIÓN ARTERIAL O ALGÚN SÍNTOMA, TAQUICARDIA, ARRITMIA, BRADICARDIA, SOPLOS; SI HA SUFRIDO ALGUNA EMBOLIA- Y CONSTATAR SI ESTA CONTROLADO POR SU MÉDICO.

APARATO RENAL:

PONER MAYOR ÉNFASIS POR EL RIÑÓN, LO QUE HAY QUE SABER SI HAY POLIURIA, PUEDE SER SÍNTOMA DE DIABETES, NICTURIA, HEMATURIA, ALIGURIA, DIFICULTAD AL ORINAR, EL COLOR, OLORES, CISTITIS, NEFRITIS, HINCHAZÓN - DE TOBILLOS Y PÁRPADOS.

SISTEMA NERVIOSO:

SI ES UN PACIENTE APREHENSIVO, TRATARLO CON SEDANTES O TRANQUILIZANTES, SI HA TENIDO CONVULSIONES (EPILEPTICO) TEMBLORES, TENSIÓN EMOCIONAL, DEPRESIONES, MALESTAR EN HABITACIONES DONDE HAY PERSONAS, ETC

APARATO DIGESTIVO:

SE INTERROGARA AL PACIENTE, PREGUNTÁNDOLE SI TIENE FALTA DE APETITO, ERUCTUS, GASTRITIS, (DISPEPSIAS), TRASTORNOS COMO: DIARREAS, HEMORRAGIAS GÁSTRICAS, HEMATEMESIS (VOMITO DE SANGRE), ÚLCERAS, ESTREÑIMIENTO, AGRURAS, COLITIS, ICTERICIA, HEPATITIS, PÉRDIDA O AUMENTO DE PESO, ETC.

APARATO RESPIRATORIO:

PREGUNTAR SI TIENE TOS, ACCESOS FRECUENTES DE TOS, FLEMAS CON SANGRE, RESFRIADOS, HEMORRAGIAS POR NARIZ (EPISTAXIS) HEMORRAGIAS POR BOCA, FATIGA, DISNEA, SINUSITIS, ASMA, ETC.

ESTADOS FISIOLÓGICOS DE LA MUJER:

- a) MENSTRUACIÓN.
- b) EMBARAZO.
- c) LACTANCIA.
- d) MENOPAUSIA.

MENSTRUACIÓN:

ESTE ESTADO, NO HAY NINGUNA CONTRAINDICACIÓN PARA LA EXODONCIA, - ES NECESARIO SABER SI HAY DISMENORREA (APARICION DIFÍCIL DE LA REGLA- QUE ES A MENUDO DOLOROSA). AMENORREA (SUPRESIÓN DEL FLUJO MENSTRUAL , SI SU SANGRADO DURA MÁS DE 4 DÍAS, HAY QUE PEDIR PRUEBAS DE LABORA- TORIO, ES CONVENIENTE ADMINISTRARLE TRANQUILIZANTES O SEDANTES.

EMBARAZO:

NO HAY CONTRAINDICACIÓN Y TENER MÁS PRECAUCIONES, AUNQUE LA ANES- TESIA USADA ES UN TABÚ POR EL PELIGRO QUE IMPLICA, SI SE PUEDE EFEC- TUAR LA INTERVENCIÓN, YA QUE RESULTARÍA MÁS NOCIVO UNA PIEZA DENTAL - EN MAL ESTADO Y SERÍA UN FOCO DE INFECCIÓN QUE PUEDE PERJUDICAR MÁS - AL PRODUCTO QUE LA ANESIA MISMA.

HAY QUE TOMAR EN CUENTA CUANTOS HIJOS TIENE, ABORTOS ANTERIORES; ENTONCES ES PREFERIBLE NO HACER NINGUNA INTERVENCIÓN A MENOS QUE HAYA PREVIA AUTORIZACIÓN DE SU GINECÓLOGO.



DURANTE LOS PRIMEROS 3 MESES, EL FETO NO ESTÁ FIJADO EN EL UTERO Y CON LA ANESTESIA PUEDE HABER UNA CONTRACCIÓN BRUSCA DEL MISMO, POR-LO QUE DESALOJARÍA EL PRODUCTO. ASÍ COMO EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES, CON LA ANESTESIA PUEDE HABER UN RELAJAMIENTO DEL CUELLO UTERINO Y DESALOJAR AL PRODUCTO, YA QUE SU PESO ES MUCHO MAYOR.

LACTANCIA:

NO HAY NINGUNA CONTRAINDICACIÓN, SOLO QUE CON TENSIÓN NERVIOSA Y ANGUSTIA SU ORGANISMO PRODUCE UNA SUSTANCIA LLAMADA "MAGRO", LA CUAL-AL COMBINARLA CON LA LECHE, PRODUCE DIARREA EN EL NIÑO, ES PREFERIBLE DARLE PLACEBOS PARA CALMAR A DICHA PACIENTE O RECOMENDARLE QUE NO LE-DE SU LECHE AL NIÑO DURANTE DOS DÍAS PARA NO PRODUCIRLE DICHO TRASTOR-NO AL NIÑO.

MENOPAUSIA:

ES EL ESTADO FISIOLÓGICO EN QUE SU ORGANISMO DEJA DE MENSTRUAR. NO VA HABER NINGUNA CONTRAINDICACIÓN PARA EFECTUAR LA EXODONCIA, PERO HAY QUE TOMAR EN CUENTA QUE EL ESTADO HORMONAL Y EMOCIONAL DE LA PA--CIENTE ESTÁ ALTERADO Y SE TRANQUILIZARÁ CON EL DIÁLOGO MÉDICO-PACIEN-TE, SI NO DA RESULTADO, SE NECESITARÁ ADMINISTRARLE ALGÚN TRANQUILI--ZANTE (ATARÁXICO) O SEDANTE.

PRUEBAS DE LABORATORIO:

- a) BIOMETRÍA HEPÁTICA.
- b) TIEMPO DE SANGRADO.
- c) TIEMPO DE COAGULACIÓN.
- d) TIEMPO DE PROTROMBINA.
- e) V.D.R.L. (ENFERMEDADES VENÉREAS).
- f) MANTOUX (MALTA).
- g) GENERAL DE ORINA.
- h) QUÍMICA SANGUÍNEA.

ESTUDIO RADIOLÓGICO:

TIPO DE RADIOGRAFÍAS:

PERIAPICALES, OCLUSALES, DE ALETA DE MORDIDA, EXTRAORALES, ETC.

ESTADO GENERAL:

BASADO EN EL INTERROGATORIO ANTERIOR, ANOTAR SI ES O NO SATISFAC  
TORIO (SE ANOTARAN TRES LECTURAS S.D.P.).

INDICADA LA EXTRACCIÓN DENTARIA:

ANOTAR SI O NO, SEGÚN SU INDICACIÓN O CONTRAINDICACIÓN.

ANALGESIA INDICADA:

EL TIPO DE BLOQUEADOR SE EMPLEARÁ DE ACUERDO A CONCENTRACIÓN DEL  
VASO CONSTRICTOR QUE CONTIENE: ATANEST OCTAPRESIN, CITANEST 30, KILO-  
CAINA AL 2% CON O SIN EPINEFRINA, CARBOCAÍNA PARA PACIENTES CARDIACOS

GLAVICAINA, NO RECOMENDABLE Y HAY MUCHOS CASOS DE PACIENTES CON SHOCK ANAFILÁCTICO.

TÉCNICA EMPLEADA:

SE REFIERE AL TIPO DE BLOQUEO: SI ES LOCAL, SUPRAPERIÓSTICO O IN FILTRATIVA. LAS REGIONALES SUPERIORES TENEMOS: LA SUPERIOR CIGOMÁTICA, LA INFRAORBITARIA, LA DEL NERVI PALATINO ANTERIOR Y LA NASOPALATINA. LA REGIONAL INFERIOR TENEMOS: LA MENTONIANA Y LA DEL DENTARIO INFERIOR O TRONCULAR.

PRESCRIPCIONES OPERATORIAS:

SE REFIERE A LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS, TANTO EN EL PRE COMO - EN EL POSTOPERATORIO.

COMPLICACIONES:

EN EL PERÍODO POSTOPERATORIO, PRESENCIA DE CUERPOS EXTRAÑOS, --- LUXACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR, INFECCIONES, TRISMUS, - ETC.

EXAMEN RADIOGRÁFICO:

ES NECESARIO UN EXAMEN RADIOGRÁFICO EN LA PRÁCTICA DIARIA, YA -- QUE LOS DATOS SON TAN COMPLETOS QUE NO ESTÁ POR DEMÁS MENCIONARLOS.

AVOCÁNDONOS A LO QUE ES LA EXODONCIA, ES UN EXAMEN RADIOGRÁFICO ADECUADO, QUE ABARCA LA TOTALIDAD DE LA PIEZA A EXTRAER Y LAS ESTRUCTURAS VECINAS, CON IMÁGENES CLARAS Y SIN SUPERPOSICIÓN, NOS AUXILIARÁ SI EXISTE LA PRESENCIA DE FRAGMENTOS RADICULARES TOTALMENTE CUBIERTOS POR LOS TEJIDOS BLANDOS, ETC.

AL VER LA RADIOGRAFÍA OBSERVAMOS LO SIGUIENTE:

- a) PIEZA A EXTRAER.
- b) HUESO DE SOSTÉN.
- c) DIENTES VECINOS.
- d) ESTRUCTURAS VECINAS.
- e) LESIONES PATOLÓGICAS, LESIONES PERIAPICALES, HIPERCEMENTOSIS, FRACTURAS DENTALES, ETC.

a) PIEZA A EXTRAER:

ESTUDIAR LA CORONA DEL DIENTE O PARTE DE ESTA, PARA EVALUAR SU RESISTENCIA, PUEDE ESTAR DESTRUÍDA POR CARIES O POR RESTAURACIONES EXTENSAS. LA RADIOGRAFÍA INDICA SI HAY PROCESOS APICALES O TRATAMIENTOS DE CONDUCTOS Y OBSERVAR LOS MOLARES QUE TIENEN MÁS DE UNA RAIZ, ASÍ COMO ESTAR FUSIONADAS COMO SI FUERA UNA SOLA.

LA FORMA DE UNA RAÍZ PUEDE SIMPLIFICAR LA INTERVENCIÓN, ASÍ COMO COMPLICARLA; POR LO QUE HAY RAÍCES RECTAS, CÓNICAS Y CURVAS O CON DILACERA--

CIONES EN TROMPETA, BAYONETA O ÁNGULO RECTO.

b) HUESO DE SOSTÉN:

OBSERVAR LA CANTIDAD DE HUESO EXISTENTE, TOMANDO EN CUENTA LA ALTURA DE ESTE, QUE CUANTO MAYOR SEA, MAYOR SERÁ LA RESISTENCIA A VENCER. TOMAR EL GRADO DE CALCIFICACIÓN DEL HUESO, EL CUAL ESTARÁ REPRESENTADO POR LA RADIO-OPACIDAD Y/O RADIOLUCIDEZ Y LA DIRECCION DEL TRABECULADO.

SE CONTINÚA CON EL LIGAMENTO ALVÉOLO-DENTARIO QUE PUEDE ESTAR AUMENTADO Q DISMINUIDO EN ESPESOR Y REPRESENTAR FACILIDAD EN LA PROFUNDIZACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS; O SIGNIFICAR UNA FIRME IMPLANTACIÓN EN CADA CASO SUCESIVAMENTE, ASÍ COMO PUEDE ESTAR AUSENTE Y ES POSIBLE ANQUILOISIS.

LAS ESTRUCTURAS PERIAPICALES, PODEMOS DETECTAR LA PRESENCIA DE ABSCESOS, GRANULOMAS Y QUISTES. CUANDO LA DIMENSIÓN DE LOS PROCESOS SEA ---- IGUAL O MAYOR AL DEL ALVÉOLO, LA EXODONCIA ES CORRECTA, POR LO GENERAL ES TAN ADHERIDOS AL ÁPICE Y RESULTA IMPOSIBLE SU TRAYECTORIA POR LA VÍA ALVEOLAR; HAY QUE RECURRIR AL CURETAJE APROPIADO A LAS TÉCNICAS DE COLGAJO Y DISECCIÓN PARA LA ENUCLEACIÓN DE LAS VÍAS ALVEOLARES O VESTIBULAR Y QUE DA A CRITERIO DEL OPERADOR.

c) DIENTES VECINOS:

RADIOGRÁFICAMENTE ESTAREMOS CONSTATANDO LA DIRECCIÓN DE LA RAÍZ Y DE SU ALVÉOLO, PARA DEFINIR LA TRAYECTORIA A REALIZAR Y LOS MOVIMIENTOS AL -

BOTADOR NO LO HAGAN IMPACTARSE CONTRA LOS DIENTES VECINOS.

d) RELACIONES CON ESTRUCTURAS VECINAS:

LA FOSA PTERIGO MAXILAR, EL SENO MAXILAR, EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR, EL AGUJERO MENTONIANO Y LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR.

FOSA PTERIGOMAXILAR:

AL EFECTUAR LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES SUPERIORES, HAY QUE ACUTUAR CUIDADOSAMENTE AL APLICAR LA FUERZA, YA SEA CON EL BOTADOR O EL FÓRCEPS, YA QUE PUEDE DARSE DE QUE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR (SUPERIOR) ESTE FORMANDO LA PARED DISTAL DEL ALVÉOLO, CON LA FINALIDAD DE PREVENIR LA FRACTURA DE LA PARED ALVEOLAR.

SENO MAXILAR:

DEBEMOS EVALUAR EL ESPESOR DEL TABIQUE INTER-APICO-SINUSAL PARA PREVENIR LA PROYECCIÓN E INTRODUCCIÓN AL SENO DE LOS ELEMENTOS CUYA EXTIRPACIÓN SE INTENTA.

SE DEBE PONER ESPECIAL CUIDADO DE NO CONFUNDIR ESTRUCTURAS ANATÓMICAS NORMALES, CON LESIONES PERIAPICALES A LA HORA DE LA EXTRACCIÓN, SE OBSERVA EL CONTORNO Y DENSIDAD RADIOGRÁFICA DE UN QUISTE QUE ES MUY PARECIDO AL DEL SENO MAXILAR, POR TENER SU LÍMITE RADIO-OPACA Y DENSIDAD RADIO-LÚCIDA, FORMA OVOIDAL Y RELATIVAMENTE GRANDE Y SE PUEDE CONFUNDIR CON EL AGUJERO O FORAMEN MENTONIANO POR TENER SUS LÍMITES DIFUSOS.

DE IGUAL MANERA CON INCISIVOS CENTRALES SUPERIORES, ES FÁCIL CONFUNDIR LAS FOSAS NASALES POR SU DENSIDAD Y CONTORNO PERIFÉRICO CON UNA ANORMALIDAD.

LO MISMO EN MOLARES SUPERIORES CON EL CONJUNTO DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICO, POR SU DENSIDAD RADIO-OPACA SE CONFUNDE CUN UN GÉRMEN DENTARIO.

LA HIPERCEMENTOSIS COMPLICARÍA UNA EXTRACCIÓN POR LA RETENCIÓN -- QUE PRESENTA EN LA RAÍZ A NIVEL DEL TERCIO MEDIO Y APICAL.

CONDUCTO DENTARIO INFERIOR:

ES IMPORTANTE EL ESTUDIO DE LAS RELACIONES ANATÓMICAS QUE PUDIERA GUARDAR EL CONDUCTO CON RESPECTO A LAS RAÍCES Y ALVÉOLOS CORRESPONDIENTES, CON EL OBJETO DE PREVENIR ACCIDENTES.

AGUJERO MENTONIANO.

ES DIFÍCIL OBSERVAR LA LESIÓN DEL NERVIO MENTONIANO AL EFECTUAR - EXTRACCIONES EN GENERAL, PERO SU HERIDA PUEDE PRODUCIRSE AL EFECTUAR - UN COLGAJO SIN PRESTAR ATENCIÓN A LA PRESENCIA DEL NERVIO EN LA TRAYECTORIA DEL BISTURÍ, POR LO QUE DEBE UBICARSELE Y PREVENIR EL ACCIDENTE - CADA VEZ QUE SE INTERVENGA EN ESTA REGIÓN.

RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA:

ES IMPORTANTE EVALUAR LA RELACIÓN DE LA RAMA ASCENDENTE CON EL --  
TERCER MOLAR INFERIOR, YA QUE EN OCASIONES SON DIENTES APARENTEMENTE --  
SIN OBSTÁCULOS, BIEN ERUPCIONADOS, PUEDEN ENCONTRAR SU ELEVACIÓN IMPE-  
DIDA POR ESTE ELEMENTO, CON FRECUENCIA OCURRE POR DILACERACIÓN RADICU-  
LAR QUE IMPONE ELEVACIÓN HACIA DISTAL.

SI EL OPERADOR NO ADVIERTE EL OBSTÁCULO, PUEDE LOGRAR LA LUXACIÓN  
DEL SEGUNDO MOLAR, LA FRACTURA CORONARIA DEL TERCERO Y LA FRACTURA DEL  
ÁNGULO DEL MAXILAR INFERIOR.



## CAPÍTULO IV

### MAXILAR SUPERIOR E INFERIOR Y MÚSCULOS MASTICADORES

#### MAXILAR SUPERIOR:

FORMA LA MANDÍBULA SUPERIOR, FORMA CUADRANGULAR; PRESENTA DOS CARAS, 4 BORDES, 4 ÁNGULOS Y UNA CAVIDAD O SENO MAXILAR.

#### CARA INTERNA:

EN SU CUARTA PARTE INFERIOR PRESENTA LA APÓFISIS PALATINA, CUADRANGULAR, FORMA PARTE DEL PISO DE LAS FOSAS NAALES; EL BORDE INTERNO DE ESTA SE ARTICULA CON EL MISMO BORDE DE LA APÓFISIS PALATINA DEL MAXILAR OPUESTO, Y EL BORDE EXTERNO AL ARTICULARSE CON EL DEL OTRO MAXILAR VA A FORMAR LA ESPINA NASAL ANTERIOR, EXISTIENDO POR DETRÁS UN SURCO, QUE CON EL DEL OTRO MAXILAR ORIGINA EL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR Y PASAN EL NERVIO ESFENOPALATINO INTERNO Y UNA RAMA DE LA ARTERIA ESFENOPALATINA.

LA APÓFISIS PALATINA DIVIDE LA CARA INTERNA DEL MAXILAR EN 2 PORCIONES; LA INFERIOR ES MUY RUGOSA Y FORMA LA BÓVEDA PALATINA. LA SUPERIOR, MÁS AMPLIA, PRESENTA EN SU PARTE DE ATRAS HAY RUGOSIDADES Y SE ARTICULA EN FORMA VERTICAL DEL PALATINO, MÁS ADELANTE SE ENCUENTRA EL-

ORIFICIO DEL SENO MAXILAR, CON EL CRÁNEO ARTICULADO, QUEDA DISMINUIDO POR LA INTERPOSICIÓN DE LAS MASAS LATERALES DEL ETMOIDES POR ARRIBA, EL CORNETE INFERIOR POR ABAJO, EL ANGUS POR ADELANTE Y POR DETRÁS LA RAMA-VERTICAL DEL PALATINO.

CARA EXTERNA:

EN PARTE ANTERIOR ESTÁ LA FOSETA MIRTIFORME Y SE INSERTA EL MÚSCULO Y ESTÁ LIMITADA POR LA EMINENCIA O GIBA CANINA. POR DETRÁS Y ARRIBA SE LOCALIZA LA APÓFISIS PIRAMIDAL, Y TIENE UNE BASE Y SE UNE CON EL-RESTO DEL HUESO, UN VÉRTICE Y SE ARTICULA CON EL HUESO MALAR, 3 CARAS Y 3 BORDES.

LA CARA SUPERIOR U ORBITARIA, FORMA PARTE DEL PISO DE LA ÓRBITA Y-LLEVA UN CANAL ANTEROPOSTERIOR Y PENETRA EN LA PARED CON EL NOMBRE DE -CONDUCTO SUBORBITARIO.

LA CARA ANTERIOR, EN ESTA SE ABRE EL AGUJERO SUBORBITARIO, SALEN -UNOS CONDUCTILLOS EXCAVADOS EN EL ESPESOR DEL HUESO Y VAN A DAR A LOS -ALVÉOLOS DENTARIOS DESTINADOS AL CANINO Y A LOS INCISIVOS; SON LOS CONDUCTOS DENTARIOS ANTERIORES.

LA CARA POSTERIOR ES CONVEXA, POR DENTRO ES LA TUBEROSIDAD DEL ---MAXILAR Y POR FUERA LA TASA CIGOMÁTICA. HAY DIVERSOS CANALES Y ORIFI---CIOS DENOMINADOS AGUJEROS DENTARIOS POSTERIORES, Y PASAN LOS NERVIOS --

DENTARIOS POSTERIORES Y LAS ARTERIAS ALVEOLARES, DESTINADAS A LOS -- GRUESOS MOLARES.

DE LOS TRES BORDES DE LA APÓFISIS PIRAMIDAL, EL INFERIOR FORMA PARTE SUPERIOR DE LA HENDIDURA VESTIBULOCIGOMÁTICA; EL ANTERIOR FORMA LA PARTE INTERNA E INFERIOR DE LA ÓRBITA, EL BORDE POSTERIOR CON EL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES, FORMANDO LA HENDIDURA ESFENOMAXILAR.

EL MAXILAR PRESENTA CUATRO BORDES QUE SON: BORDE ANTERIOR, POSTERIOR, SUPERIOR E INFERIOR.

1) BORDE ANTERIOR:

PRESENTA ABAJO LA PARTE ANTERIOR DE LA APÓFISIS PALATINA CON LA ESPINA NASAL ANTERIOR; ARRIBA FORMA EL ORIFICIO ANTERIOR DE FOSAS NA SALES Y MAS ARRIBA, EL BORDE ANTERIOR DE LA APÓFISIS ASCENDENTE.

2) BORDE POSTERIOR:

FORMA LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR, SU PORCIÓN ALTA PRESENTA RUGOSIDADES PARA LA APÓFISIS ORBITARIA DEL PALATINO. EN SU PARTE BAJA ARTICULA CON LA APÓFISIS PIRAMIDAL DEL PALATINO Y EL BORDE ANTERIOR DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES. ESTA ESTÁ PROVISTA DE UN CANAL QUE FORMA EL CONDUCTO PALATINO POSTERIOR Y PASA EL NERVIJO PALATINO ANTERIOR

3) BORDE SUPERIOR:

FORMA EL LÍMITE INTERNO DE LA PARED INFERIOR DE LA ÓRBITA Y AR-

TICULA POR DELANTE CON EL UNGUIS, DESPUÉS EL ETMOIDES Y ATRÁS CON LA APÓFISIS ORBITARIA DEL PALATINO.

4) BORDE INFERIOR:

ES LLAMADO BORDE ALVEOLAR. PRESENTA UNA SERIE DE CAVIDADES CÓNICAS O ALVÉOLOS DENTARIOS, DONDE SE ALOJAN LAS RAÍCES DE LOS DIENTES. LOS ALVÉOLOS SON SENCILLOS EN PARTE ANTERIOR Y EN PARTE POSTERIOR PRESENTAN DOS O MÁS CAVIDADES SECUNDARIAS. SU VÉRTICE PERFORADO DEJA PASO AL PAQUETE VASCULONERVIOSO DEL DIENTE Y LOS DIVERSOS ALVEOLOS SE SEPARAN POR TABIQUES ÓSEOS QUE FORMAN LAS APÓFISIS INTERDENTARIAS.

LA RELACIÓN DE LOS DIENTES EN EL MAXILAR SUPERIOR ES: EL INCISIVO CENTRAL Y EL LATERAL, ESTÁN EN ÍNTIMA RELACIÓN CON LAS FOSAS NASALES, EL CANINO EN OCASIONES EN INDIVIDUOS DE FOSAS NASALES ANCHAS, - CON EL SENO MAXILAR Y OCUPA LA PARTE CENTRAL DEL HUESO; EL PRIMER -- PREMOLAR PRESENTA CASOS DE ÍNTIMA RELACIÓN CON EL SENO MAXILAR, SE -- DAN CASOS EN QUE EL ÁPICE DE DICHO PREMOLAR PENETRA EN LA BASE ANTERIOR DEL SENO; EL PRIMER MOLAR SUPERIOR EN ÍNTIMA RELACIÓN AL SENO -- MAXILAR Y CUANDO LAS RAÍCES DE LOS PRIMEROS MOLARES SON MUY LARGAS, -- PENETRAN AL SENO FORMANDO ELEVACIONES QUE LLAMAMOS CUPULAR. EL SE-- GUNDO MOLAR SUPERIOR PRESENTA ÍNTIMA RELACIÓN AL SENO EN LA PARTE -- POSTERIOR DE ESTE. EL TERCER MOLAR SE RELACIONA CON EL SENO EN SU-- PARTE MÁS POSTERIOR.

MAXILAR INFERIOR:

FORMA LA MANDÍBULA INFERIOR Y SE PUEDE CONSIDERAR DIVIDIDO EN UN--  
CUERPO Y DOS RAMAS.

CUERPO:

FORMA DE HERRADURA, LA CONCAVIDAD ES VUELTA HACIA ATRÁS. SE DIS--  
TINGUEN DOS CARAS Y DOS BORDES.

CARA ANTERIOR:

PRESENTA EN LÍNEA MEDIA LA SÍNFISIS MENTONIANA. AFUERA Y ATRÁS --  
SE ENCUENTRA EL AGUJERO MENTONIANO Y SALEN EL NERVIO Y VASOS MENTONIA--  
NOS. ADEMAS SE VE LA LÍNEA OBLICUA EXTERNA DEL MAXILAR DONDE SE INSER  
TAN: EL TRIANGULAR DE LOS LABIOS, EL CUTÁNEO DEL CUELLO Y EL CUADRADO --  
DE LA BARBA.

CAARA POSTERIOR:

PRESENTA EN LA LÍNEA MEDIA CUATRO TUBÉRCULOS LLAMADOS APÓFISIS GE--  
NI, EN LOS DOS SUPERIORES SE INSERTAN LOS MÚSCULOS GENIOGLOSOS Y EN LOS  
DOS INFERIORES SE INSERTAN LOS DENIOHIOIDEOS. PARTIENDO DEL BORDE AN--  
TERIOR DE LA RAMA VERTICAL, SE ENCUENTRA LA LÍNEA OBLICUA INTERNA O MI--  
LOHIOIDEA, SE INSERTA EL MÚSCULO MILOHIOIDE, TERMINA EN EL BORDE INFE--  
RIOR DE ESTA CARA. POR FUERA DE LAS APÓFISIS GENI Y POR ENCIMA, SE EN  
CUENTRA LA FOSA SUBLINGUAL, ALOJA A LA GLÁNDULA DEL MISMO NOMBRE. MÁ--  
S AFUERA, POR DEBAJO DE LA LÍNEA OBLICUA, HAY UNA FOSETA LLAMADA SUBMAXI--

LAR DONDE SE ALOJA LA GLÁNDULA SUBMAXILAR.

BORDE INFERIOR:

PRESENTA LAS DOS FOSETAS DIGÁSTRICAS, SITUADAS UNA A CADA LADO DE LA LÍNEA MEDIA; SE INSERTA EL MUSCULO DIGÁSTRICO.

BORDE SUPERIOR:

LLAMADO BORDE ALVEOLAR, PRESENTA UNA SERIE DE CAVIDADES O ALVÉOLOS DENTARIOS. LOS ANTERIORES SON SIMPLES, LOS POSTERIORES ESTÁN COMPUESTOS DE VARIAS CAVIDADES Y SE HALLAN SEPARADOS ENTRE SÍ POR PUENTES ---- ÓSEOS O APÓFISIS INTERDENTARIAS Y SE INSERTAN LOS LIGAMENTOS CORONARIOS DE LOS DIENTES.

DICHAS CAVIDADES O ALVÉOLOS DENTARIOS CONTIENEN LOS ÁPICES DE CADA UNA DE SUS PIEZAS CORRESPONDIENTES.

LOS ALVÉOLOS DENTARIOS SON CONICOS; PRESENTAN UNA BASE Y CUATRO PAREDES QUE SON DOS PRINCIPALES Y DOS SECUNDARIAS; LAS DOS PAREDES PRINCIPALES SON VESTIBULAR Y PALATINA O VESTIBULAR Y LINGUAL Y ESTÁN FORMADAS POR HUESO COMPACTO Y TIENDEN A SER ELÁSTICAS, PARA MOVIMIENTOS DE LUXACIÓN EN LOS TIEMPOS QUIRÚRGICOS DE LA EXTRACCIÓN. LAS PAREDES SECUNDARIAS SON LA MESIAL Y DISTAL Y SON FORMADAS POR HUESO ESPONJOSO.

LA BASE VIENE A SER LA TERMINACIÓN DEL ÁPICE CON PERFORACIONES PARA LA PENETRACIÓN DEL PAQUETE VASCLONERVIOSO.

LOS ÁPICES Y LAS CAVIDADES DEL MAXILAR INFERIOR DEL PRIMERO AL TERCER MOLAR ESTÁN RELACIONADOS CON EL CONDUCTO DENTARIO; LOS DOS PREMOLARES INFERIORES EN RELACIÓN CON EL AGUJERO MENTONIANO POR SU PARTE MESSIAL Y DISTAL, LOS INCISIVOS INFERIORES ESTÁN EN ÍNTIMA RELACIÓN CON LA APÓFISIS GENI.

RAMAS:

UNA IZQUIERDA Y UNA DERECHA; CUADRANGULAR, PRESENTA DOS CARAS Y 4-BORDES.

CARA EXTERNA:

PARTE INTERIOR PRESENTA RUGOSIDADES PARA LA INSERCIÓN DEL MÚSCULO-MASETERO.

CARA INTERNA:

EN SU PARTE MEDIA SE LOCALIZA EL ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO, SE INTRODUCEN NERVIOS Y VASOS DENTARIOS INFERIORES. UNA SALIENTE TRIANGULAR O ESPINA DE SPIX, SOBRE EL CUAL SE INSERTA EL LIGAMENTO ESFENOMAXILAR, EN EL ORIFICIO SE CONTINÚA HACIA EL CUERPO DEL HUESO DEL CANAL MILOHIOIDEO. EN LA PARTE INFERIOR Y POSTERIOR SE INSERTA EL MÚSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.

BORDE ANTERIOR:

SE SEPARA A NIVEL DEL BORDE ALVEOLAR DEL HUESO, CONTINUÁNDOSE SOBRE LAS CARAS INTERNA Y EXTERNA CON LAS LÍNEAS OBLICUAS CORRESPONDIEN-

TES; ESTE BORDE FORMA EL LADO EXTERNO DE LA HENDIDURA VESTIBULOCIGOMÁTICA. EL BORDE POSTERIOR O PARÓTIDEO, POR SU RELACIÓN CON LA GLÁNDULA - PARÓTIDA.

BORDE SUPERIOR:

PRESENTA LA ESCOTADURA SIGMOIDEA ESTÁ ENTRE DOS GRUESAS SALIENTES: LA APÓFISIS CORONOIDES POR DELANTE, DONDE INSERTA EL MÚSCULO TEMPORAL, - Y EL CÓNDILO DEL MAXILAR INFERIOR POR DETRÁS Y ES APLANADO, ELIPSOIDAL - Y SE ARTICULA CON LA CAVIDAD GLENOIDEA DEL TEMPORAL Y SE UNE AL HUESO - POR MEDIO DE UN ESTRECHAMIENTO LLAMADO CUELLO DEL CÓNDILO Y SU CARA INTERNA SE INSERTA EL MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.

BORDE INFERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE:

SE CONTINUA CON EL BORDE INFERIOR DEL CUERPO, POR DETRÁS AL UNIRSE EN BORDE POSTERIOR, FORMA EL ÁNGULO DEL MAXILAR INFERIOR O GONION.

MÚSCULOS MASTICADORES:

LOS MÚSCULOS MASTICADORES SON 4, INTERVIENEN EN LOS MOVIMIENTOS DE ELEVACIÓN Y LATERALIDAD DEL MAXILAR INFERIOR. SON: TEMPORAL, MASETERO PTERIGOIDEO INTERNO Y EXTERNO.

TEMPORAL:

Ocupa la fosa temporal y se extiende en forma de abanico, cuyo vértice se dirige hacia la apófisis coronoides del maxilar inferior.



INSERCIONES:

ESTE SE FIJA POR ARRIBA EN LA LÍNEA CURVA TEMPORAL INFERIOR, FOSA TEMPORAL, CARA PROFUNDA DE LA APONEUROSIS TEMPORAL Y CARA INTERNA DEL-ARCO CIGOMÁTICO. SUS FIBRAS ESTRECHANDOSE HACIA ABAJO FORMANDO UN --TENDÓN QUE ACABA EN EL VERTICE, BORDES Y CARA INTERNA DE LA APÓFISIS -CORONOIDES.

RELACIONES:

SU CARA SUPERFICIAL SE RELACIONA CON LA APONEUROSIS TEMPORAL, VASOS Y NERVIOS TEMPORALES SUPERFICIALES, EL ARCO CIGOMÁTICO Y LA PARTE-SUPERIOR DEL MASETERO. SU CARA PROFUNDA SE RELACIONA CON FOSA TEMPO-RAL, NERVIOS Y ARTERIAS TEMPORALES PROFUNDAS, ANTERIOR, MEDIA Y POSTE-RIOR Y LAS VENAS CORRESPONDIENTES; PARTE INFERIOR, SE RELACIONA POR --DENTRO CON LOS PTERIGOIDEOS, BUCCINADOR Y LA BOLA GRASOSA DE BICHOT.

INERVACIÓN:

INERVADO POR LOS TRES NERVIOS TEMPORALES PROFUNDOS, RAMAS DEL ---MAXILAR INFERIOR. ESTÁ FORMADO POR UN HAZ SUPERFICIAL DIRIGIDO OBLI-CUAMENTE HACIA ABAJO Y ATRÁS Y OTRO HAZ PROFUNDO DIRIGIDO OBLICUAMENTE HACIA ABAJO Y ADELANTE.

INSERCIONES:

EL HAZ SUPERFICIAL INSERTA POR ARRIBA EL BORDE INFERIOR DEL ARCO-CIGOMÁTICO Y ABAJO SE INSERTA EN ÁNGULO DEL MAXILAR INFERIOR Y EN LA -CARA EXTERNA DE ÉSTE. EL HAZ PROFUNDO INSERTA POR ARRIBA EN BORDE IN

FERIOR Y CARA INTERNA DE LA APÓFISIS CIGOMÁTICA Y POR ABAJO INSERTA EN CARA EXTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR.

RELACIONES:

LA CARA EXTERNA DEL MASETERO ESTÁ RECUBIERTA POR LA APONEUROSIS MASETERINA, POR FUERA DE ÉSTA HAY TEJIDO CONJUNTIVO CON LA ARTERIA TRANSVERSA DE LA CARA, LA PROLONGACIÓN MASETERINA DE LA PARÓTIDA, EL CANAL DE STENON, LAS RAMAS NERVIOSAS DEL FACIAL Y LOS MÚSCULOS CIGOMÁTICOS MAYOR Y MENOR, RISORIO Y CUTÁNEO DEL CUELLO.

LA CARA PROFUNDA ESTÁ RELACIONADA CON EL HUESO Y SE INSERTA CON LA ESCOTADURA SIGMOIDEA Y CON LA ARTERIA Y EL NERVIO MASETERINOS, LA APÓFISIS CORONOIDES, INSERCIÓN DEL TEMPORAL Y CON LA BOLA ADIPOSA DE BICHAR.

INERVACIÓN:

INERVADO POR EL NERVIO MASETERINO, ES RAMO DEL MAXILAR INFERIOR.

ACCIÓN:

ELEVA EL MAXILAR INFERIOR.

PTERIGOIDEO INTERNO:

SE INICIA EN LA APÓFISIS PTERIGOIDES Y TERMINA EN PORCIÓN INTERNA DEL ÁNGULO DEL MAXILAR INFERIOR.

INSERCIÓNES:

EN PARTE SUPERIOR SE INSERTA EN CARA INTERNA DEL ALA EXTERNA DE -

LA APÓFISIS PTERIGOIDES, CARA EXTERNA DEL ALA INTERNA DE POR MEDIO DEL FASCÍCULO PALATINO DE JUVARA, EN APÓFISIS PIRAMIDAL DEL PALATINO. DES DE ESTOS LUGARES DESCIENDEN SUS FIBRAS PARA IR A FLJARSE EN LA PORCIÓN INTERNA DEL ÁNGULO DEL MAXILAR INFERIOR.

RELACIONES:

SU CARA EXTERNA SE RELACIONA CON EL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO. ENTRE LA CARA INTERNA DEL PTERIGOIDEO INTERNO Y LA FARINGE SE ENCUEN-- TRA EL ESPACIO MAXILO-FARÍNGEO Y ATRAVIESAN LOS NERVIOS NEUMOGÁSTRICOS GLOSO-FARÍNGEO, ESPINAL E HIPOGLOSO; ASÍ IMPORTANTES VASOS COMO SON CA-- RÓTIDA, INTERNA Y YUGULAR INTERNA.

INERVACIÓN:

INERVADO POR EL NERVIO PTERIGOIDEO INTERNO, RAMO DEL MAXILAR INFE-- RIOR.

ACCIÓN:

ELEVAR EL MAXILAR INFERIOR Y PEQUEÑOS MOVIMIENTOS LATERALES.

PTERIGOIDEO EXTERNO:

DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES AL CUELLO DEL CÓNDILO DEL MAXILAR INFE-- RIOR. DIVIDIDO EN DOS HACES, UNO SUPERIOR O ESFENOIDAL Y UNO INFE--- RIOR O PTERIGOIDEO.

INSERCIONES:

EL HAZ SUPERIOR INSERTA EN SUPERFICIE CUADRÍLATERA DEL ALA MAYOR--

DEL ESFENOIDES Y EN LA CRESTA ESFENOTEMPORAL. EL HAZ INFERIOR SE FIJA EN CARA EXTERNA DEL ALA EXTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES; LAS FIBRAS DE AMBOS SE UNEN EN PARTE INTERNA DEL CUELLO DEL CÓNDILO, EN LA CÁPSULA ARTICULAR.

RELACIONES:

PARTE SUPERIOR, SE RELACIONA LA BÓVEDA DE LA FOSA CIGOMÁTICA, EL - NERVIO TEMPORAL PROFUNDO MEDIO Y EL MASETERINO; PARTE ANTERO-EXTERNA RELACIONA CON LA ESCOTADURA SIGMOIDEA Y LA BOLA GRASOSA DE BICHAT. PARTE POSTERO-INTERNA SE RELACIONA CON EL MÚSCULO PTERIGOIDEO INTERNO, LOS NERVIOS Y VASOS LINGUALES Y LOS DENTARIOS INFERIORES.

INERVACIÓN:

INERVADO POR DOS RAMOS NERVIOSOS PROCEDENTES DEL BUCAL.

ACCIÓN:

PROYECTAR HACIA ADELANTE EL MAXILAR INFERIOR; CON MOVIMIENTOS DE - LATERALIDAD Y ÉSTOS MÚSCULOS PTERIGOIDEOS EXTERNOS SON LOS PRINCIPALES- EN LA MASTICACIÓN.

## CAPÍTULO V

### BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR Y MAXILAR INFERIOR.

#### NERVIO INFRAORBITARIO:

CONTINÚA DIRECTAMENTE DEL NERVIO MAXILAR SUPERIOR, SE DISTRIBUYE -  
POR LA PIEL DEL PÁRPADO INFERIOR, LA PORCIÓN LATERAL DE LA NARÍZ Y EL -  
LABIO SUPERIOR, ASÍ COMO POR MUCOSA DEL VESTÍBULO NASAL.

#### TÉCNICA:

SE PALPA CON EL DEDO MEDIO LA PORCIÓN MEDIA DEL BORDE INFERIOR DE-  
LA ÓRBITA DESCENDIENDO DE ESTE PUNTO CERCA DE UN CENTÍMETRO DONDE POR -  
LO GENERAL SE PUEDE PALPAR EL PAQUETE VASCULONERVIOSO QUE SALE POR EL -  
AGUJERO INFRAORBITARIO. MANTENIENDO EL DEDO MEDIO EN EL MISMO LUGAR, -  
SE LEVANTA CON EL PULGAR Y EL ÍNDICE EL LABIO SUPERIOR Y CON LA OTRA MA  
NO INTRODUCIMOS LA AGUJA EN EL REPLIEGUE SUPERIOR DEL VESTÍBULO ORAL, -  
DIRIGIENDOLA HACIA EL PUNTO EN EL CUAL HEMOS MANTENIDO EL DEDO MEDIO, -  
DE ESTA MANERA SENTIREMOS COMO LA SOLUCIÓN ES INYECTADA EN LOS TEJIDOS-  
SUBYACENTES, INYECTANDO DE 2 a 3ml. DE XILOCAINA AL 2% CON EPINEFRINA.

#### INDICACIONES:

EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL LUGAR DE DISTRIBUCIÓN DEL NER-  
VIO INFRAORBITARIO EXTRACCIONES COMPLICADAS EN RESECCIÓN DE COLGAJO SO-

DE UNO O VARIOS INCISIVOS O CANINOS, ASÍ COMO EN EXTIRPACIÓN DE QUIS--  
TES RADICULARES O GRANULOMAS DENTARIOS.

EL NERVI<sup>O</sup> INFRAORBITARIO VA A DAR ORIGEN A LAS RAMAS ALVEOLARES SU  
PERIORES, POSTERIORES, MEDIAS Y VARIAS RAMAS ANTERIORES.

LAS RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES POSTERIORES SE BLOQUEAN INTRODU--  
CIENDO LA AGUJA POR DETRÁS DE LA CRESTA INFRACIGOMÁTICA EN DISTAL AL SE  
GUNDO MOLAR; DIRIGIENDO LA AGUJA HACIA EL TUBÉRCULO MAXILAR Y SE INTRO--  
DUCE DE 2 a 3cms. INYECTANDO 2ml. DE XILOCAINA AL 2%.

ESTA TÉCNICA SE LE DENOMINA TAMBIÉN "INYECCIÓN DE LA TUBEROSIDAD".

LAS RAMAS ALVEOLARES SUPERIORES MEDIAS Y ANTERIORES SE VAN A BLO--  
QUEAR SEPARADAMENTE PARA CADA DIENTE EN PARTICULAR BUSCANDO EL ÁPICE DE  
LA RAIZ INYECTANDO 1-2ml. DE XYLOCAINA O LIDOCAINA AL 2% EFECTUANDO LI--  
GEROS MOVIMIENTOS EN ABANICO CON LA PUNTA DE LA AGUJA, PARA ASÍ LOGRAR--  
ANESTESIAR HASTA TRES DIENTES DESDE EL MISMO PUNTO DE INSERCIÓN.

SI SE TRATA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, ES NECESARIO APLICAR --  
CON LA FINALIDAD DE REFORZAR.

NERVI<sup>O</sup> PALATINO ANTERIOR:

INERVA LA MUCOSA DEL PALADAR DURO Y LA ENCÍA PALATINA CORRESPON--  
DIENTE, ESTE NERVI<sup>O</sup> SE BLOQUEA AL LADO DEL AGUJERO DEL CONDUCTO PALATI--  
NO POSTERIOR UBICADO A LA ALTURA DEL SEGUNDO MOLAR, UN CENTÍMETRO POR --  
ENCIMA DEL REBORDE GINGIVAL.

NERVIO NASOPALATINO:

ES EL MAYOR DE LAS RAMAS NASALES POSTERIORES; DA RAMAS A LA ENCÍA QUE RODEA LOS INCISIVOS SUPERIORES.

SE BLOQUEA AL LADO DEL CONDUCTO INCISIVO SITUADO EN LA LÍNEA MEDIA POR DETRÁS DE LOS INCISIVOS.

BLOQUEO DE LAS RAMAS DEL NERVIO MAXILAR INFERIOR.

NERVIO ALVEOLAR INFERIOR:

ES CONTINUACIÓN DEL NERVIO MAXILAR INFERIOR, ENTRA EN EL ORIFICIO DEL CONDUCTO DENTARIO QUE SE ENCUENTRA MÁS O MENOS EN EL PUNTO MEDIO DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR EN SU CARA INTERNA POR DEBAJO DE LA ESPINA DE SPIX.

TÉCNICA:

HACEMOS LA PUNCIÓN POR DENTRO DE LA LÍNEA OBLICUA INTERNA A UN CM. POR ENCIMA DEL PLANO OCLUSAL DEL 3er. MOLAR INFERIOR, MANTENIENDO LA JERINGA PARALELA AL PLANO OCLUSAL DE LOS DIENTES DE LA MANDÍBULA, INTRODUCIMOS LA AGUJA LENTAMENTE, GIRANDO AL MISMO TIEMPO LA JERINGA HACIA LOS PREMOLARES DEL LADO OPUESTO, MANTENIENDO EL MISMO PLANO HORIZONTAL, HASTA QUE HAYAMOS ALCANZADO EL PUNTO DESEADO, DONDE DEPOSITAREMOS EL ANESTÉSICO; SI ES NECESARIO BLOQUEAR TAMBIÉN EL NERVIO LINGUAL, SE INYECTA UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE ANESTESIA CUANDO LA AGUJA REBASE LA LÍNEA MILOHIOIDEA.

PARA ANESTESIAR EL NERVI0 BUCAL, SE APLICARÁ LA SOLUCIÓN INMEDIATAMENTE POR ENCIMA DEL PLIEGUE DE LA MUCOSA CORRESPONDIENTE AL TERCER-MOLAR.

CUANDO SE TRATA DE PACIENTES SIN DIENTES, ES IMPORTANTE CONOCER LA POSICIÓN EXACTA DE LAS PARTES ANATÓMICAS PARA MANTENER SIEMPRE LA JERINGA EN EL PLANO HORIZONTAL ADECUADO.

NERVIO MENTONIANO:

SE ORIGINA EN EL CONDUCTO DENTARIO INTERIOR A PARTIR DEL NERVI0 ALVEOLAR 1. ERIOR, SALE POR EL AGUJERO MENTONIANO A LA ALTURA DE LOS PREMOLARES; INERVA LA PIEL Y MUCOSA DEL LABIO INFERIOR Y LA PIEL DE LA MANDÍBULA.

TÉCNICA:

INTRODUCIMOS LA AGUJA EN EL REPLIEGUE INTERIOR VESTIBULAR INMEDIATAMENTE POR DETRÁS DEL PRIMER PREMOLAR HASTA QUE LA PUNTA ESTÉ CERCA DEL PAQUETE VASCULO NERVIOSO; DEPOSITANDO DE 1 a 2ml. DE XYLOCAÍNA AL 2% PARA LOGRAR EL BLOQUEO.

EL INTRODUCIR LA AGUJA EN EL PROPIO AGUJERO MENTONIANO PARA OBTENER MEJOR ANESTESIA NO ES RECOMENDABLE, DEBIDO AL RIESGO QUE SE CORRE DE PRODUCIR LESIONES NERVIOSAS CON TRASTORNOS DE LA SENSIBILIDAD DEL LABIO INFERIOR COMO CONSECUENCIA. SI FUESE DIFÍCIL ORIENTARSE ADECUADAMENTE, MUCHAS VECES ES SUFICIENTE CON INYECTAR EL ANESTÉSICO EN EL TEJIDO VECINO A LA FOSA MENTONIANA.



## CAPÍTULO VI

### ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL OPERADOR E INSTRUMENTAL

#### ASEPSIA:

(DEL GRIEGO A-PRIV. Y SEPSIS - INFECCION). MÉTODO PREVENTIVO QUE TIENE POR OBJETO IMPEDIR LA LLEGADA DE MICROORGANISMOS A LAS ÁREAS ANATÓMICAS QUE SE VAN A INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE CON UN PROCEDIMIENTO QUE CON--UN PROCEDIMIENTO QUE CONSISTE EN LAVAR LA ZONA CON - JABÓN Y AGUA ESTÉRIL.

#### ANTISEPSIA:

(DEL GRIEGO ANTI-CONTRA Y SEPSIS- PUTREFACCIÓN) MÉTODO TERAPÉUTICO BASADO EN LA DESTRUCCIÓN DE MICROORGANISMOS POR MEDIO DE AGENTES QUÍMICOS VARIADOS. EN BOCA PREVIA A LA EXTRACCIÓN, SE PUEDE APLICAR MER THIOLATE, TINTURA DE YODO, ETC.

ASÉPTICO:

QUE NO TIENE MICROORGANISMOS PATÓGENOS, EJEMPLO AGUA ESTÉRIL, JABÓN LÍQUIDO ESTÉRIL.

ANTISÉPTICO:

(DEL GRIEGO ANTI-CONTRA Y SEPSIS-PUTREFACCIÓN). PRODUCTO QUÍMICO, QUE DETIENE LA PUTREFACCIÓN, LA INFECCIÓN Y DESTRUYE LOS MICROORGANISMOS.

DESINFECCIÓN:

MÉTODO DE HIGIENE QUE TIENE POR OBJETO DESTRUIR LOS AGENTES PATÓGENOS EN LOS PUNTOS EN QUE SE ENCUENTREN (ESCAMAS, INSECTOS, MATERIAS FECALES, ESPUTOS, -ORINAS, ROPAS DE CAMA, MOBILIARIOS, HABITACIONES, PARÁSITOS).

ESTERILIZACIÓN:

MÉTODO QUE SE UTILIZA PARA DESTRUIR TODOS LOS - MICROORGANISMOS EN UN OBJETO (INSTRUMENTOS, GASA, - - ETC.), POR MEDIO DE APARATOS COMO SON: EL AUTOCLAVE,

EL ESTERILIZADOR Y LA ESTUFA.

EL AUTOCLAVE ES EL APARATO QUE BRINDA MEJORES -  
RESULTADOS, YA QUE DESTRUYE TODO TIPO DE ESPORAS.  
Y CONSISTE EN LA UTILIZACIÓN DE VAPOR A PRESIÓN A -  
160°C., VARIÁNDO DE ACUERDO AL MATERIAL QUE SE ESTE-  
RILICE. EL INSTRUMENTAL CORTANTE Y DE FILO (TIJE--  
RAS Y HOJAS DE BISTURÍ) NO SE DEBEN SOMETER A ESTE -  
TIPO DE ESTERILIZACIÓN, YA QUE PIERDEN SU CARACTERÍS-  
TICA CORTANTE, DÉBEN SER COLOCADOS EN RECIPIENTES --  
CON SUSTANCIAS QUÍMICAS DE ALTO PODER BACTERÍCIDA Y-  
BACTERIESTÁTICO POR DETERMINADO TIEMPO.

## CAPÍTULO VII

### POSICIONES DEL PACIENTE Y EL OPERADOR PARA LA EXODONCIA

EN EL EJERCICIO DE LA EXODONCIA, EL PACIENTE Y EL OPERADOR DEBEN-  
UBICARSE EN LA SALA DE OPERACIÓN, EN UNA RELACIÓN QUE FACILITE LAS MA-  
NIOBRAS OPERATORIAS.

LA POSICIÓN DEL PACIENTE; DEBE ESTAR CONFORTABLEMENTE SENTADO EN-  
EL SILLÓN DENTAL, SU ESPALDA APOYADA EN EL RESPALDO DEL SILLÓN Y SU CA-  
BEZA COLOCADA COMODAMENTE EN EL CABEZAL, QUE DESCANSA SOBRE EL OCCIPI-  
TAL.

LA ALTURA A QUE DEBE COLOCARSE EL SILLÓN VARÍA SEGÚN SE REALICEN-  
LAS INTERVENCIONES EN EL MAXILAR O EN LA MANDÍBULA.

#### POSICIÓN DEL PACIENTE PARA OPERAR EN EL MAXILAR SUPERIOR:

CUANDO SE ESTÉ EXTRAYENDO UN DIENTE SUPERIOR, EL SILLÓN DEBE SUJE-  
TARSE PARA QUE EL SITIO OPERATORIO QUEDE A LA ALTURA DE LOS HOMBROS --  
DEL OPERADOR; DE ESTA FORMA LA VISIÓN, LAS MANIOBRAS, EL ESFUERZO Y EL  
TRABAJO SERÁN MÁS ÚTILES.

POSICIÓN DEL PACIENTE PARA INTERVENIR LA MANDÍBULA:

LADO IZQUIERDO:

DURANTE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE INFERIOR LA ALTURA DEL SILLÓN- DEBE SER AJUSTADA PARA QUE LA CABEZA DEL PACIENTE QUEDE A LA ALTURA DE LOS CODOS DEL OPERADOR. LA CABEZA ESTARÁ EN EL MISMO EJE DEL TRONCO, POR LO QUE LA ILUMINACIÓN Y VISIÓN SOBRE LA MANDÍBULA SERÁ MEJOR.

LADO DERECHO:

EL OPERADOR REALIZARA LAS MANIOBRAS ESTANDO SITUADO DETRÁS DEL PA- CIENTE, POR LO QUE DEBE COLOCARSE EL SILLÓN EN SU POSICIÓN INFERIOR, - PARA PERMITIRLE UNA VISIÓN CLARA DEL CAMPO OPERATORIO Y QUE ESTÉ EN -- UNA POSICIÓN CÓMODA MIENTRAS OPERA.

POSICIONES DEL OPERADOR:

PARA LA EXTRACCIÓN DE TODAS LAS PIEZAS DENTALES DEL MAXILAR SUPE- RIOR, EL OPERADOR DEBE COLOCARSE A LA DERECHA DEL SILLÓN DENTAL Y LIGE- RAMENTE ADELANTE DEL PACIENTE, DÁNDOLE EL FRENTE GIRANDO UN POCO DE SU LADO IZQUIERDO HACIA ATRÁS.

PARA LA EXTRACCIÓN DE LAS PIEZAS DENTALES INFERIORES DEL LADO DE- RECHO, EL OPERADOR ALCANZA SU MAYOR EFICIENCIA UBICÁNDOSE DETRÁS DEL - PACIENTE, DEBIENDO DOMINAR EL CAMPO OPERATORIO, INCLINANDO SU CUERPO - POR ARRIBA DE LA CABEZA DEL PACIENTE. PREVIAMENTE CON LA PALMA DE LA MANO IZQUIERDA SE VA A HACER PRESION EN EL MENTÓN PARA TENER BIEN FIJA LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y ASÍ TENER MAYOR MARGEN DE SEGURII--

DAD EN LAS LUXACIONES DEL CÓNDILO DE LA MANDÍBULA O EN UN REMOTO CASO-  
DE FRACTURAS DEL CUELLO DEL CÓNDILO.

PARA LA EXTRACCIÓN DE LAS PIEZAS DE LA MANDÍBULA EN SU LADO IZ---  
QUIERDO, SE SITUARA A LA DERECHA Y ADELANTE, Y UN POCO MÁS CERCA DEL -  
EJE MEDIO DEL PACIENTE, PARA PODER DOMINAR EL CAMPO OPERATORIO Y NO IN-  
TERFERIR CON LA ILUMINACIÓN NECESARIA, AUNQUE TAMBIÉN EL OPERADOR PUE-  
DE COLOCARSE DEL LADO IZQUIERDO DEL PACIENTE Y DESPUÉS DE HABER COLOCA-  
DO PERFECTAMENTE LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS SOBRE LA PIEZA A EXTRAER, SE-  
COLOCARÁ ATRÁS DEL PACIENTE, TENIENDO LA MISMA PRECAUCIÓN QUE EN LAS -  
PIEZAS INFERIORES DERECHAS, O SEA, HACER PRESIÓN DEL MENTÓN PARA TENER  
FIJA LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON LA MANO IZQUIERDA Y LOS MO-  
VIEMENTOS DE LUXACIÓN DE LA PIEZA HACERLOS CON LA DIESTRA.

POSICIONES DE LAS MANOS DEL OPERADOR:

LA MANO DERECHA ESTÁ DESTINADA AL MANEJO DE LOS INSTRUMENTOS QUI-  
RÚRGICOS.

LA MANO IZQUIERDA DEBE SER SU COLABORADORA, YA SEA SOSTENIENDO EL  
MEXILAR, SEPARANDO LOS LABIOS, LA LENGUA O LAS MEJILLAS; AL TOMAR EL -  
INSTRUMENTO CUBRE DE TAL MODO EL PROCESO ALVEOLAR QUE PROTEGE LA VECIN-  
DAD DEL LUGAR DE EXTRACCIÓN DURANTE LA INTERVENCIÓN Y FIJA LA CABEZA -  
POR LIGERA PRESIÓN CONTRA EL SOPORTE PARA LA CABEZA.

## CAPÍTULO VIII

### PASOS Y TÉCNICAS PARA UNA EXTRACCIÓN Y SELECCIÓN DEL FÓRCEPS

#### PASOS PARA UNA EXTRACCIÓN:

- 1.- RECIBIMIENTO DEL PACIENTE.
- 2.- INTERROGATORIO.
- 3.- EXPLORACIÓN DE LA CAVIDAD ORAL.
  - a) EXPLORACIÓN DE LABIOS.
  - b) EXPLORACIÓN DE CARRILLOS.
  - c) EXPLORACIÓN DE PISO DE BOCA.
  - d) EXPLORACIÓN DE LA LENGUA.
  - e) EXPLORACIÓN DEL PALADAR.
  - f) EXPLORACIÓN DEL ÍTSMO DE LAS FAUCES.
  - g) EXPLORACIÓN DE LA PIEZA QUE MOLESTA.
- 4.- DIAGNÓSTICO.
- 5.- SELECCIÓN DEL INSTRUMENTAL.
- 6.- POSICIÓN DEL PACIENTE PARA ANESTESIA Y POST-ANESTESIA.
- 7.- SELECCIÓN DEL MATERIAL QUIRÚRGICO.
- 8.- POSICIÓN DEL PACIENTE PARA LA INTERVENCIÓN.

- 9.\_ EXTRACCIÓN PROPIAMENTE DICHA.
- 10.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS INMEDIATOS.
- 11.- INDICACIONES POSTOPERATORIAS.

TÉCNICA PARA LA EXTRACCIÓN POR MEDIO DE UN FÓRCEPS:

LA EXTRACCIÓN COMPRENDE LOS PASOS QUE SERÁN EJECUTADOS DE UNA MANERA PARA NO LASTIMAR NI TRAUMATIZAR AL PACIENTE Y A LA VEZ TENER ÉXITO EN LA EXODONCIA.

LOS PASOS A SEGUIR SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- DEBRIDACIÓN.
- 2.- TOMA DEL FÓRCEPS.
- 3.- INTRODUCCIÓN DEL FÓRCEPS EN LA CAVIDAD BUCAL.
- 4.- PRESIÓN PARA LLEGAR MÁS ALLÁ DE LA CORONA.
- 5.- COLOCACIÓN CORRECTA DE LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA, -  
PARA PROTEGER LAS TABLAS ÓSEAS, INTERNA Y EXTERNA.
- 6.- LUXACIÓN DE LA PIEZA.
- 7.- EXTRACCIÓN HACIA LA LUXACIÓN EXTERNA.
- 8.- INSPECCIÓN DEL ALVÉOLO.
- 9.- REGULARIZACIÓN DE LOS BORDES DE LA TABLA EXTERNA O INTERNA.
- 10.- COMPRESIÓN DIGITAL SOBRE LAS TABLAS EXTERNA O INTERNA, -  
CON LA FINALIDAD DE APROXIMAR LOS BORDES DE LA HERIDA.



11.- HEMOSTASIS.

12.- DESPEDIDA DEL PACIENTE CON SUS INDICACIONES.

SELECCIÓN DEL FÓRCEPS.

FÓRCEPS PARA PIEZAS INFERIORES:

- 17 UNIVERSAL, MOLARES INFERIORES.
- 23 UNIVERSAL. (CUERNO DE VACA) MOLARES INFERIORES.
- 151 INCISIVOS, CANINOS, PREMOLARES, RAÍCES INFERIORES.

FÓRCEPS PARA PIEZAS SUPERIORES:

- 150 INCISIVOS, CANINOS, PREMOLARES, RAÍCES SUPERIORES.
- 88R MOLARES SUPERIORES DERECHOS.
- 88L MOLARES SUPERIORES IZQUIERDOS.
- 53R MOLARES SUPERIORES DERECHOS.
- 53L MOLARES SUPERIORES IZQUIERDOS.

ELEVADORES PARA RAÍCES:

ELEVADOR RECTO

ELEVADOR DE BANDERA

a) IZQUIERDO

b) DERECHO.

## CAPÍTULO IX

### MÉTODOS PARA LA EXTRACCIÓN DENTAL.

HAY BÁSICAMENTE DOS MÉTODOS PARA LA EXTRACCIÓN DENTAL: MÉTODO INTRAALVEOLAR Y MÉTODO TRANSALVEOLAR.

#### MÉTODO INTRAALVEOLAR:

EL MÉTODO INTRAALVEOLAR, EL MÁS UTILIZADO, CONSISTE EN LA REMOCIÓN DEL DIENTE O RAÍZ MEDIANTE EL USO DEL FÓRCEPS, ELEVADORES O AMBOS ESTOS SON FORZADOS APICALMENTE HACIA LA MEMBRANA PERIODONTAL, ENTRE DIENTE-RAÍZ Y PARED ALVEOLAR.

EL USO DEL FÓRCEPS HACE POSIBLE SUJETAR LA PORCIÓN RADICULAR DEL DIENTE Y DISLOCARLO DE SU ALVÉOLO APLICANDO PRESIÓN SOBRE ÉL, HABIÉNDONOS CERCIORADO DE QUE LA TOTALIDAD DE LA SUPERFICIE INTERIOR DE LOS BOCADOS DEL FORCEPS DEBEN ABARCAR LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ; PENETRARÁN A LO LARGO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL, YA QUE CORTARÁ LIMPIAMENTE LAS FIBRAS PERIODONTALES Y SE SENTIRÁ SU TRAYECTO A LO LARGO DE LAS RAÍCES.

HAY QUE TOMAR EN CUENTA QUE EXISTE UNA GRAN VARIEDAD EN LA FORMA Y TAMAÑO DE LAS RAÍCES, POR LO QUE ES UN POCO DIFÍCIL CUMPLIR CON LA FINALIDAD DE SUJETAR LA RAÍZ DE UNA MONEDA CORRECTA; NOS ABOCAREMOS A TRATAR DE LOGRAR EL CONTACTO DE DOS PUNTOS CUANDO SELECCIONEMOS EL FÓRCEPS PARA CADA EXTRACCIÓN EN PARTICULAR.

POR EL CONTRARIO SI SOLO EXISTE UN PUNTO DE CONTACTO ENTRE LA RAÍZ Y EL BOCADO DEL FÓRCEPS, AL PRESIONAR LA RAÍZ SERÁ QUEBRADA.

OTRO FACTOR IMPORTANTE ES LA COLOCACIÓN DEL FÓRCEPS AL DIENTE, QUE DEBERÁ COINCIDIR EL EJE LONGITUDINAL DE LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS PARALELOS AL EJE LONGITUDINAL DE LA RAÍZ DEL DIENTE, YA QUE LOS FÓRCEPS HAN SIDO DESIGNADOS PARA SUJETAR LA RAÍZ O CUERPO RADICULAR DE LOS DIENTES Y NO LA CORONA. SE DEBE SELECCIONAR UN PAR DE FÓRCEPS CON BOCADOS QUE NO TOQUEN LA CORONA CUANDO LAS RAÍCES SEAN PRESIONADAS.

EN EXTRACCIONES DE INCISIVOS Y CANINOS SUPERIORES, APLICAREMOS FÓRCEPS SUPERIORES RECTOS, AL SER APLICADOS EN DIENTES POSTERIORES SUPERIORES (PREMOLARES), OPTAREMOS POR INTRODUCIR FÓRCEPS DE DOS CURVAS QUE POSEEN 1 & 2 RAÍCES: BUCAL Y PALATINA.

EN LOS MOLARES SUPERIORES, SE HAN DESIGNADO FÓRCEPS PARA IZQUIERDOS Y DERECHOS. YA QUE POSEEN UNA RAÍZ PALATINA Y DOS RAÍCES BUCALES (MESIO Y DISTOBUCAL); YA QUE LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS PARA LA EXTRACCIÓN SON DIFERENTES. SIENDO DISEÑADO EL PALATINO PARA APRISIONAR UNA RAÍZ Y EL BOCADO BUCAL PARA APRISIONAR LAS RAÍCES MESIO Y DISTO BUCAL POR ENCIMA DE LA BIFURCACIÓN.

LA DIFERENCIA ENTRE LOS BOCADOS JUNTO CON LA CURVA DEL FÓRCEPS, -- EVITA LA INTERFERENCIA CON EL LABIO INFERIOR Y ASEGURAMOS SU CORRECTA APLICACIÓN.

EN PIEZAS DENTALES INFERIORES, COMO INCISIVOS, PREMOLARES Y RAÍCES UTILIZAREMOS FÓRCEPS DE BOCADOS "FINOS"; PARA CANINOS O RAÍCES LARGAS - SE UTILIZARA FÓRCEPS DE BOCADOS MÁS GRUESOS; EN MOLARES INFERIORES LOS FÓRCEPS TIENEN UN DISEÑO SIMILAR, ESTE MOLAR PRESENTA RAÍCES MESIAL Y - DISTAL Y EL MISMO FÓRCEPS PUEDE SER UTILIZADO EN MOLARES INFERIORES IZQUIERDOS Y EN DERECHOS.

#### EXTRACCIÓN CON FÓRCEPS DENTAL.

PARA INICIAR INDICAREMOS AL PACIENTE QUE SE SIENTE COMODAMENTE AL SILLÓN, AJUSTAMOS EL CABEZAL PARA ACOMODAR LA NUCA Y EL CUELLO; SE PROCEDE A INSPECCIONAR EL DIENTE QUE VA A SER EXTRAÍDO, SELECCIONANDO LOS INSTRUMENTOS Y BANDEJA ESTÉRIL REQUERIDOS A UN LADO DEL PACIENTE, FUERA DE SU ALCANCE DE VISIÓN.

ASEGURAMOS LA ANESTESIA PARA INICIAR LA INTERVENCIÓN.

EL FÓRCEPS SE TOMA Y CONTROLA CON LA MANO DERECHA; LA POSICIÓN DEL DEDO PULGAR POR ABAJO DE LA ARTICULACIÓN DEL FÓRCEPS Y LA POSICIÓN DEL MANGO EN LA PALMA DE LA MANO PROPORCIONA UNA PRESIÓN FIRME Y UN CONTROL SOBRE EL INSTRUMENTO. EL DEDO MEÑIQUE O EL ÍNDICE SE COLOCAN DENTRO DEL MANGO DEL FÓRCEPS, PARA CONTROLAR LA APERTURA DE LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS DURANTE SU APLICACIÓN SOBRE LA RAÍZ,

LA MANO IZQUIERDA DESEMPEÑA UNA FUNCIÓN DURANTE LA EXTRACCIÓN; ES UTILIZADA PARA DESPÑAZAR LA LENGUA, CARRILLOS Y LABIOS DE LA ZONA DE EXTRACCIÓN, MEJORA EL ACCESO VISUAL Y MECÁNICO, NOS AYUDA A FIJAR LA MAN-

DÍBULA DURANTE LA REMOCIÓN DE DIENTES INFERIORES. CUANDO SE TRABAJA - CON PACIENTES BAJO ANESTESIA GENERAL, YA QUE LA DEPRESIÓN DE LA MANDÍBULA INTERFIERE CON LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA AÉREA. BAJO ANESTESIA LOCAL, EL SOPORTE DE LA MANDÍBULA DISMINUYE LA DISLOCACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR. LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA TIENEN LA FINALIDAD DE SUJETAR Y SOPORTAR EL ALVÉOLO ALREDEDOR DEL DIENTE QUE VA A SER EXTRAÍDO.

#### LA APLICACIÓN DE LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS AL DIENTE.

COLOCANDO LA MANO IZQUIERDA EN POSICIÓN Y TENER UNA CLARA VISIÓN - DE LA PIEZA, SE APLICAN LOS BOCADOS DEL FORCEPS EN LAS SUPERFICIES BUCAL Y LINGUAL DE LA RAÍZ O CUERPO RADICULAR, CON SUS EJES MAYORES PARALELOS AL DEL DIENTE.

EMPUJANDO LOS BOCADOS A TRAVÉS DE LA MEMBRANA PERIODONTAL ENTRE EL DIENTE O RAÍZ Y EL HUESO ALVEOLAR DE RECUBRIMIENTO HACIA EL ÁPICE.

EL DEDO MEÑIQUE O EL ÍNDICE, SE UTILIZA PARA MANTENER LOS BOCADOS- DEL FÓRCEPS EN LA MEMBRANA PERIODONTAL, YA CUANDO HA SIDO PRENSADO, EL DEDO DEBERÁ COLOCARSE JUNTO A LOS DEMÁS QUE FUERA DEL MANGO DEL FÓRCEPS

#### EL DESPLAZAMIENTO DEL DIENTE FUERA DE SU ALVÉOLO:

CUANDO LOS BOCADOS O PUNTAS DEL FÓRCEPS HAN SIDO FORZADOS LO MÁS - ABAJO POSIBLE, DEBEMOS TOMAR FIRMEMENTE A LA RAÍZ Y EFECTUAR MOVIMIENTOS BUCOLINGUALES Y LINGUOBUCALES. LA PRESIÓN QUE SE APLIQUE DEBE SER FIRME, SUAVE Y CONTROLADA.

DESPUÉS DE EFECTUAR ALGUNOS MOVIMIENTOS LATERALES, EL DIENTE SE SIENTE MÓVIL Y EMPIEZA A EXPULSARSE FUERA DE SU ALVÉOLO. CUANDO SE PRESENTA ESTA MOVILIDAD SE LIBERA EL DIENTE EN UN POCO TIEMPO EFECTUANDO MOVIMIENTOS ROTATORIOS O EN "OCHO".

HAY QUE TOMAR EN CUENTA QUE ALGUNAS VECES EL DIENTE SE ENCUENTRA FLOJO DENTRO DEL ALVÉOLO Y CON LA ENCÍA ADHERIDA A SU REGIÓN CERVICAL. POR LO TANTO, EL TEJIDO BLANDO DEBERÁ SER DISECADO DEL CUELLO DEL DIENTE YA SEA CON TIJERAS, BISTURÍ O DEBRIDAR LA ENCÍA CON UN BOTADOR; SI HACEMOS CASO OMISO DE ESTE PASO, PROVOCAREMOS UNA LACERACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS CON EXPOSICION DEL HUESO ALVEOLAR SUBYACENTE.

#### BOTACIÓN DE DIENTES:

EN LOS DIENTES INCISIVOS CENTRALES INFERIORES Y SÉGUNDOS PREMOLARES INFERIORES, QUE POSEEN RAÍCES RECTAS CÓNICAS, SE OPTA POR EFECTUAR UN MOVIMIENTO ROTATORIO PRIMARIO PARA SEPARARLAS DE SUS ALVÉOLOS; SI SE RESISTEN, DEBEREMOS REALIZAR MOVIMIENTOS BUCOLINGUALES COMO LO DESCRIBIMOS UN POCO ANTES.

LOS MOVIMIENTOS ROTATORIOS SON ÚTILES PARA FINALIZAR LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE LUXADO POR OTROS MEDIOS, ASÍ SE EVITA LA DISTORSIÓN Y LACERACIÓN DE LA PARED BUCAL Y MUCOSA RESULTANTE DE LOS MOVIMIENTOS LATERALES EXCESIVOS.

#### ERRORES COMUNES EN LA EXTRACCIÓN CON FÓRCEPS.

- 1.- FALLA AL SUJETAR LA RAÍZ FIRMEMENTE CON LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS.

- 2.- CUANDO NO HA HABIDO MOVIMIENTO COMO RESPUESTA A LA APLICACIÓN DE UNA FUERZA MODERADA.
- 3.- SUJETAR LA CORONA EN LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS EN LUGAR DE LA RAÍZ, (LO QUE OCASIONARA FRACTURA DE LA CORONA, ESPECIALMENTE SI ESTÁ CARIADA O AMPLIAMENTE RESTAURADA).
- 4.- LA ALINEACIÓN INCORRECTA DE LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS AL EJE LONGITUDINAL DE LA RAÍZ.

APARTE DE ESTOS ERRORES, SE CONSIDERAN LA CAUSA MÁS COMÚN DEL FRA CASO "EL APRESURAMIENTO", LA EXTRACCIÓN CON FÓRCEPS ES UN PROCEDIMIENTO PRÁCTICO Y DELICADO; Y PODEMOS CONSIDERAR QUE EL BUEN EXTRACTOR TRABAJA CON ECONOMÍA DE MOVIMIENTO Y NO DEJARSE LLEVAR POR LA TENTACIÓN DE LA PRISA, SI ESTÁ YA SEA INSEGURO DE SU ANESTESIA O ESTÁ MUY OCUPADO Y QUE SE DEDUCE QUE: EL TIEMPO EMPLEADO EN LA APLICACIÓN CUIDADOSA DE LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS A LA SUPERFICIE O PORCIÓN RADICULAR DE LOS DIENTES NUNCA ES DESPERDICIAO".

EN CASOS EN QUE EL FÓRCEPS SE MUEVA SOBRE LA RAÍZ, O SI EL OPERADOR SE ENCUENTRA EN UNA POSICIÓN INCÓMODA O SE CANSA, ES PREFERIBLE PAR RAR PARA CHECAR Y REVISAR LA SITUACIÓN, DESCANSAR Y DEFINIR SI SE CONTINÚA CON LA MISMA TÉCNICA, MISMO FORCEPS O UNO MÁS CONVENIENTE PARA TERMINAR LA EXTRACCIÓN.

DESPUÉS DE HABER TRATADO LA EXTRACCIÓN CON FÓRCEPS EN TÉRMINOS GE

NERALES, SE TOMARÁ EN CUENTA LAS FORMAS EN QUE ESTA TÉCNICA DEBE ADAPTARSE A LA EXTRACCIÓN.

DIFICULTADES PARA LA MANIPULACIÓN DEL FÓRCEPS.

SE PRESENTAN AL INTENTAR LA EXTRACCIÓN DE DIENTES FRACTURADOS, EN MAL POSICIÓN, EN ZONAS POCO ACCESIBLES, APIÑADOS, EN FRACTURAS PROFUNDAS DE LA CARA VESTIBULAR, LINGUAL O AMBAS.

DIFICULTADES PARA LA APREHENSIÓN CON FÓRCEPS:

EN PRESENCIA DE PIEZAS, LAS CUALES PRESENTAN EN SU CORONA PAREDES REBLANDECIDAS QUE SE DESHACEN A LA MENOR PRESIÓN, EN REMANENTES CÓNICOS DE PAREDES CONVERGENTES HACIA OCLUSAL EN LOS QUE EL FÓRCEPS ESCAPA AL PRETENDER CERRARLO, CRIES DE CUELLO, GIROVERSIONES.

DIFICULTADES PARA LA AVULSIÓN CON FÓRCEPS:

PUEDE OBSERVARSE UN DIENTE LUXADO CON MARCADA MOVILIDAD SIN CONSEGUIR DESALOJARLO DEL ALVÉOLO. ESTO SE DEBE POR LO GENERAL A QUE EXISTE UNA MARCADA DIVERGENCIA RADICULAR O LA PRESENCIA DE DISLACERACIONES APICALES, VERDADEROS GANCHOS QUE EN MUCHAS OCASIONES NO PUEDEN SER REVELADOS POR LA RADIOGRAFÍA POR PROYECTARSE EN DIRECCIÓN VESTIBULAR O PALATINA.

DIFICULTADES PARA LA LUXACIÓN CON FÓRCEPS:

LA PRÁCTICA DE LUXACIÓN MEDIANTE LA DILATACIÓN DE TABLAS FRACASANTE LA IMPOSIBILIDAD DE LOGRAR MOVIMIENTOS RAZONABLES. SE DEBERÁN RAÍCES DE GRAN TAMAÑO O MARCADA DIVERGENCIA RADICULAR, HUESOS INEXTEN-



SIBLES. POR LO QUE SI LAS RAÍCES SON CÓNICAS Y RECTAS, EL BOTADOR ES TÁ PLENAMENTE INDICADO.

AUSENCIA DE BOCA DE SALIDA:

SE PUEDEN ENCONTRAR ADEMÁS DE ESTRECHEZ MESIODISTAL, QUE LAS RAÍCES SE ENCUENTRAN PARCIALMENTE OCULTAS POR LOS TEJIDOS BLANDOS, A VECES GRANULOMATOSOS Y SANGRANTES. LAS TENTATIVAS DE EMPLEAR UN BOTADOR ESTÁN IMPEDIDAS, PUDIENDO LAS TENTATIVAS DE FORZARLO, PRODUCIR DESGARRAMIENTOS DE LOS TEJIDOS GINGIVALES, FRACTURA DE LA PIEZA MOTIVO DE LA INTERVENCIÓN, LUXACIÓN, AVULSIÓN O FRACTURA DE LOS DIENTES PROXIMALES, FRACTURA DE LAS PAREDES ALVEOLARES Y UNA TOTAL INEFICACIA DE LAS MANIOBRAS. EL CASO, QUEDA A CRITERIO DEL OPERADOR LA ELECCIÓN DE UNA INCISIÓN CIRCULAR QUE PERMITA LA EXTIRPACIÓN DE LA MUCOSA FACILITANDO LA VISUALIZACIÓN Y LAS MANIOBRAS OPERATORIAS O EL TALLADO DE UN COLGAJO.

LA EXTRACCIÓN POR EL MÉTODO TRANSALVEOLAR:

ES TAMBIÉN LLAMADO MÉTODO "ABIERTO" O QUIRÚRGICO", COMPRENDE LA DISECCIÓN DEL DIENTE O RAÍZ DE SUS INSERCIÓNES ÓSEAS.

COMO TODAS LAS EXTRACCIONES REALIZADAS SON PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, UN NOMBRE MÁS ADECUADO ES EL DE EXTRACCIÓN TRANSALVEOLAR.

ESTE MÉTODO DEBE EMPLEARSE CUANDO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES INDICACIONES ESTÉ PRESENTE.

- 1.- CUALQUIER DIENTE QUE RESISTA A LOS INTENTOS DE EXTRACCIÓN INTRAALVEOLAR CUANDO ES EMPLEADA UNA FUERZA MODERADA.
- 2.- RAÍCES RETENIDAS QUE NO PUEDEN SER SUJETADAS CON EL FÓRCEPS O LIBERADAS CON UN ELEVADOR, ESPECIALMENTE AQUELLOS EN RELACIÓN CON EL SENO MAXILAR.
- 3.- ANTECEDENTES DE EXTRACCIONES DIFÍCILES O DE INTENTOS DE EXTRACCIÓN.
- 4.- CUALQUIER DIENTE CON RESTAURACIONES AMPLIAS, ESPECIALMENTE CON ENDODONCIA O SIN PULPA.
- 5.- DIENTES CON HIPERCEMENTOSIS O ANQUILOSADOS.
- 6.- DIENTES GERMINADOS O DISLACERADOS.
- 7.- DIENTES QUE MUESTREN RADIOGRÁFICAMENTE FORMAS RADICULARES Y RAÍCES CON LÍNEAS DESFAVORABLES O CONFLICTIVAS CON LAS GUÍAS-DE EXTRACCIÓN.
- 8.- CUANDO SE DESEE COLOCAR UNA DENTADURA, YA SEA INMEDIATAMENTE O POCO DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN.

EL MÉTODO VA A FACILITAR CUALQUIER RECORTE QUE SE REQUIERA EN EL HUESO ALVEOLAR PARA LA INSERCIÓN DE LA PRÓTESIS.

UNA VEZ TOMADA LA DECISIÓN DE LLEVAR A CABO ESTE MÉTODO TRANSALVEOLAR PARA LA REMOCIÓN DE UN DIENTE O RAÍZ, DEBE DECIDIRSE EL TIPO DE ANESTESIA QUE SE VA A EMPLEAR (LOCAL O GENERAL). EL PLAN DE TRATAMIENTO PARA SOBRELLEVAR LAS DIFICULTADES Y EVITAR O TRATAR LAS POSIBLES COMPLICACIONES QUE PUEDAN PRESENTARSE.

FORMAN PARTE DEL PLAN EL DISEÑO DEL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, EL MÉ-  
TODO QUE SE UTILIZA PARA LIBERAR EL DIENTE O RAÍCES DEL ALVÉOLO Y LA RE-  
MOCIÓN DEL HUESO QUE SEA NECESARIO PARA FACILITAR LA INTERVENCIÓN.

COLGAJOS MUCOPERIÓSTICOS:

SON LEVANTADOS CON LA FINALIDAD DE OBTENER UN CAMPO OPERATORIO LO-  
SUFICIENTEMENTE CLARO Y ACCESIBLE, Y CUYO DISEÑO DEBE PERMITIR UNA VI-  
SIÓN Y ACCESOS MECÁNICOS ADECUADO.

LA BASE DEL COLGAJO DEBE SER MAS AMPLIA QUE SU BORDE LIBRE CON LA-  
FINALIDAD DE OBTENER 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 PARA LOS MICROORGANISMOS QUE PROVEAN LA LISIS DE LAS HERIDAS.  
LOS INTENTOS PARA LLEVAR A CABO UNA CICATRIZACIÓN ADECUADA DEBEN SER ME  
DIANTE LA APROXIMACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS SIN TENSIÓN DESPUÉS DE HA  
BER REALIZADO LA OPERACIÓN Y DESEÑADO LAS INCISIONES DE TAL MANERA QUE-  
LAS LÍNEAS DE SUTURA SEAN SOSTENIDAS POR HUESO.

PARA LA INCISIÓN, DEBEMOS ACTUAR CON PRESTÓN FIRME Y UN BISTURÍ FI  
LOSSO ATRAVESANDO LAS CAPAS DE MUCOSA O PERIOSTIO DE LA ENCÍA HASTA LLE-  
GAR AL HUESO.

EL BISTURÍ DEBEMOS EMPLEARLO COMO PLUMA Y NO COMO CUCHILLO.

LAS INCISIONES DE LONGITUD DEBEN EFECTUARSE DE UNA SOLA INTENCIÓN, YA QUE LAS EXTENSIONES Y "SEGUNDOS CORTES" DEJAN LOS MÁRGENES DE LOS -- COLGAJOS DE UNA FORMA IRREGULAR Y POR CONSIGUIENTE SE RETRASA LA CICA-- TRIZACIÓN. CUANDO EL MARGEN GINGIVAL DE UN DIENTE SE ENCUENTRA INVOLU CRADO EN EL COLGAJO DEBE SER INCIDIDO DE UNA FORMA VERTICAL ANTES DE LE VANTAR EL COLGAJO CON UN ELEVADOR DE PERIOSTIO.

DURANTE LA EXTRACCIÓN DE TERCEROS MOLARES SEMI-ERUPCIONADOS SERÁ -- NECESARIO RECORTAR EL PERIOSTIO DEL DIENTE ADYACENTE QUE NO SE VA A EX TRAER (O SEA, DEL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR).



INCISIÓN ESTANDAR PARA LA EX TRACCIÓN DE UN TERCER MOLAR SUPERIOR.

SI EFECTUAMOS LAS INCISIONES DE UNA FORMA REGULAR Y LOS TEJIDOS -- SON REEMPLAZADOS ADECUADAMENTE, LA PROFUNDIDAD DE LA BOLSA GINGIVAL DEL DIENTE NO EXTRAÍDO SERA CLÍNICAMENTE INALTERADA CUANDO CICATRICE.

EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO LO LEVANTAREMOS DEL HUESO INSERTANDO LA PUNTA FILOSA DEL ELEVADOR DE PERIOSTIO DEBAJO DE LA ORILLA ANTERIOR DEL

COLGAJO A UNOS MILÍMETROS DEL MARGEN GINGIVAL.

EL HUESO COMPACTO SERÁ EXPUESTO SI LA INCISIÓN SE HA EFECTUADO A TRAVES DE AMBAS CAPAS DE LA ENCÍA (MUCOSA Y PERIOSTIO). SI LA INCISION NO HA SIDO LO SUFICIENTEMENTE PROFUNDA, EL COLGAJO NO PODRÁ SER ELEVADO Y EL HUESO ESTARÁ CUBIERTO POR ASTILLAS DE PERIOSTIO FIBROSO, EL CUAL DEBERÁ SER DIVIDIDO CON EL BISTURÍ ANTES DE LLEVAR A CABO OTROS INTENTOS PARA ELEVAR EL COLGAJO. SI SE EFECTÚA INCISIÓN DEFECTUOSA, NO OBTENDREMOS UNA PROFUNDIDAD ADECUADA Y LAS CAPAS DE MUCOSA Y PERIOSTIO SERÁN SEPARADAS CUANDO SE REALICÉ LA ELEVACIÓN DEL COLGAJO, HACIENDO IMPOSIBLE LA REPOSICIÓN ADECUADA DE LOS TEJIDOS BLANDOS AL TERMINAR LA INTERVENCIÓN Y RETRASANDO POR CONSIGUIENTE LA CICATRIZACIÓN.

VENTAJAS DE COLGAJOS GRANDES:

SIEMPRE HAY VENTAJA AL CREAR COLGAJOS GRANDES EN EL PLANO HORIZONTAL EN LUGAR DE PEQUEÑOS COLGAJOS. UN COLGAJO QUE ES GRANDE EN SU DIMENSIÓN ANTEROPOSTERIOR PROPORCIONARÁ VISIÓN Y ACCESO MECÁNICO ADECUADOS SIN NECESIDAD DE ESTIRAR O JALAR LOS TEJIDOS BLANDOS. LA CICATRIZACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN ES LOGRADA, YA QUE EL COLGAJO PRESENTA BUENA VASCULARIZACIÓN Y NO CAE DENTRO DE LOS DEFECTOS ÓSEOS CREADOS POR LA INTERVENCIÓN Y LAS LÍNEAS DE SUTURA SE ENCUENTRAN SOBRE UNA BASE DE HUESO FIRME Y NO SOBRE EL COÁGULO.

EXISTEN ALGUNAS DESVENTAJAS EN LA SOBREENSIÓN DEL COLGAJO EN DIRECCIÓN VERTICAL. AL EXTENDERSE EL COLGAJO A LA REFLEXIÓN DE LA MEMBRANA

BRANA MUCOSA, LA INSERCIÓN ALVEOLAR DEL MÚSCULO BUCCINADOR VA A SER DESINSERTADA DEL HUESO Y SE PRODUCE UN PEQUEÑO HEMATOMA; LO QUE VA A PROVOCAR UN AUMENTO EN LA HINCHAZÓN EXTRABUCAL POSTOPERATORIA, ADEMÁS UNA REORGANIZACIÓN DEL COAGULO SANGUÍNEO CON UNA FIBROSIS RESULTANTE, PUEDE TENER POR CONSECUENCIA UNA PÉRDIDA DE LA PROFUNDIDAD DEL FONDO DEL SACO VESTIBULAR.

EN EL CASO DE LOS VASOS Y NERVIOS QUE PASAN POR EL AGUJERO MENTO--NIANO PUEDEN SER DAÑADOS DURANTE LA ELEVACIÓN DE LOS COLGAJOS MUCOPERIÓSTICOS EN LA REGIÓN PREMOLAR MANDÍBULA, ESPECIALMENTE SI LA DISECCIÓN DEL TEJIDO BLANDO SE EXTIENDE ABAJO DEL NIVEL DE REFLEXIÓN DE LA MEMBRANA MUCOSA.

#### REMOCIÓN ÓSEA:

LA SUPERFICIE DEL HUESO ALVEOLAR QUE RECUBRE AL DIENTE O RAÍCES A EXTRAER ES EXPUESTA CUANDO SE LEVANTA EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO, Y EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS VA A SER NECESARIO ELIMINAR PARTE DE ESTE HUESO.

EL HUESO ALVEOLAR NO DEBE SER SACRIFICADO INNECESARIAMENTE, POR LO QUE SU ELIMINACIÓN DEBE ABARCAR EXCLUSIVAMENTE LA ZONA QUE SE REQUIERA PARA LOGRAR CIERTOS OBJETIVOS.

ANTES DE LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE O RAÍZ, EL HUESO DEBERÁ SER INCISIDO PARA LOGRAR SU EXPOSICIÓN Y LOGRAR UN PUNTO PARA LA

APLICACIÓN DEL FÓRCEPS O ELEVADOR, PROPORCIONANDO UN ESPACIO ADECUADO -  
POR DONDE LA PIEZA PUEDA SER DESPLAZADA.

EL HUESO ES ELIMINADO CON UNA FRESA DENTAL, LA CUAL ES MÁS ADECUA-  
DA PARA LA ELIMINACIÓN DEL HUESO BAJO ANESTESIA LOCAL.

LA REMOCIÓN DEL HUESO HECHA CORRECTAMENTE CON UN CINCEL FILOSO ES-  
MÁS RÁPIDA Y LIMPIA QUE LA REMOCIÓN CON UNA FRESA DENTAL.

EN ALGUNAS OCASIONES SERÁ NECESARIO UNA MAYOR EXCISIÓN DE HUESO , -  
YA SEA PARA REDUCIR EL TAMAÑO DEL COÁGULO MEDIANTE LA DISMINUCIÓN DEL -  
TAMAÑO DEL ALVÉOLO, O BIEN, PARA EVITAR ALGUN OBSTÁCULO PARA EL ÉXITO -  
DE UNA PRÓTESIS POSOPERATORIA.

PARA LA EXTIRPACIÓN DEL HUESO CON FRESAS, TENEMOS LAS FRESAS DE BQ  
LA #8 ó 10, NO SE ATASCAN TAN FÁCILMENTE Y SON MÁS FÁCILES DE CONTROLAR  
QUE LAS FRESAS DE FISURA, SIENDO MÁS ÚTILES PARA REMOVER HUESO ALREDE--  
DOR DE LA MEMBRANA PERIODONTAL.

LA VENTAJA DE UN COLGAJO GRANDE ESTRIBA EN QUE OBTENDREMOS UN CAM-  
PO OPERATORIO CON LA SUFICIENTE VISIBILIDAD Y TENDREMOS MANERA DE AC---  
TUAR, UTILIZANDO LA FRESA DENTAL, EVITANDO ENTERRARLA EN TEJIDOS BLAN--  
DOS.

CUANDO VAYAMOS A EFECTUAR LA EXTRACCIÓN DE LAS RAÍCES DE PREMOLA--  
RES INFERIORES, LA REMOCIÓN DEL HUESO DEBERÁ SER MÁXIMA MESIALMENTE AL-  
PRIMER PREMOLAR Y DISTAL AL SEGUNDO PREMOLAR, YA QUE LLEVANDO A CABO ES

TE PROCEDIMIENTO, DISMINUIREMOS EL RIESGO DE CAUSAR ALGÚN DAÑO A LOS VA  
SOS Y NERVIOS QUE ATRAVIESAN EL FORÁMEN MENTONIANO.

LA LUXACIÓN DEL DIENTE O RAÍZ DE SU ALVÉOLO SE LLEVARÁ A CABO ME--  
DIANTE EL EMPLEO DEL FÓRCEPS, O MEDIANTE EL USO DE ELEVADORES.

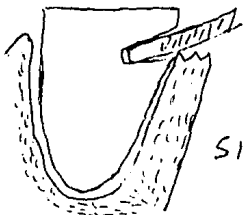
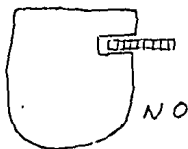
#### DIVISIÓN DEL DIENTE.

TOMANDO EN CUENTA QUE LAS RAÍCES DE ALGUNOS DIENTES MULTIRADICULA--  
RES SE ANTAGONIZAN, EN ESTOS CASOS, YA SEA UTILIZANDO EL FÓRCEPS O APLI  
CANDO UN ELEVADOR, SE RETIRARÁ EL DIENTE EN CASO DE QUE EL HUESO ALVEO--  
LAR CEDA Y SEA LO SUFICIENTEMENTE ELÁSTICO Y QUE LAS RAÍCES DE LAS PIE  
ZAS NO SE ENCUENTREN MUY EXTENDIDAS. POR LO QUE SI ÉSTAS MEDIDAS NO--  
RESULTAN, TENDRÁ QUE SER SECCIONADA LA MASA RADICULAR Y EFECTUAR LA EX--  
TRACCIÓN DE CADA RAÍZ SEGÚN SU TRAYECTORIA DE RETIRADA.

LAS RAÍCES DEBERÁN SER SECCIONADAS UTILIZANDO FRESA QUIRÚRGICA, O--  
FRESAS DE BOLA O FISURA; DE ESTA MANERA LOGRAR QUE EL CORTE SE REALICE--  
ADECUADAMENTE, LOGRANDO UN ESPACIO ENTRE LAS RAÍCES SEPARADAS, LO QUE -  
FACILITARÁ SU RETIRADA.

ES RECOMENDABLE EFECTUAR UNA MUESCA O PUNTO DE APLICACIÓN EN LAS--  
RAÍCES CON UNA ANGULACIÓN DE 45° CON RESPECTO AL EJE LONGITUDINAL VERTI  
CAL DE LA RAÍZ.





ES UN ERROR DIVIDIR EL DIENTE DEJANDO SUS RAÍCES COMPLETAMENTE SUMERGIDAS EN HUESO; AL EFECTUAR LA DIVISIÓN DE LA MASA RADICULAR DE UN MOLAR INFERIOR SE DEBE EXPONER LA BIFURCACIÓN Y SEPARAR LAS RAÍCES UTILIZANDO LA FRESA CON MOVIMIENTO DE ABAJO HACIA ARRIBA; POR LO QUE HACIENDOLO DE ESTA MANERA, NOS DAREMOS CUENTA EN EL MOMENTO QUE LAS RAÍCES ESTÉN COMPLETAMENTE DIVIDIDAS. MIENTRAS QUE SI EFECTUARAMOS EL CORTE HACIA ABAJO, HACIA LA BIFURCACIÓN, SERÍA MÁS DIFÍCIL ESTAR SEGUROS DE LA DIVISIÓN DE AMBAS RAÍCES.

AL LOGRAR LA SEPARACIÓN DE LAS RAÍCES SE PROCEDE A LIBERARLAS MEDIANTE UN ELEVADOR, UTILIZANDO LOS PUNTOS DE APLICACIÓN QUE HAYAN SIDO DETERMINADOS POR SUS LÍNEAS INDIVIDUALES DE EXTRACCIÓN.

#### LIMPIEZA DEL ALVÉOLO:

YA HABIENDO EFECTUADO LA REMOCIÓN DE LA PIEZA, AÚN NO TERMINA LA INTERVENCIÓN, POR LO QUE EL AVANCE DE LA CICATRIZACIÓN Y EL DOLOR POSTERIOR SON EN GRAN PARTE INFLUENCIADOS POR LOS CUIDADOS QUE SE TENGAN CON LA LIMPIEZA POSTERIOR DEL ALVÉOLO.

LAS PROMINENCIAS ÓSEAS DEBERÁN SER REMOVIDAS MEDIANTE EL USO DEL OSTEOTOMO; ES UN INSTRUMENTO MUY ÚTIL PARA RECORTAR LOS BORDES ÓSEOS -- DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE, EMPLÉANDOSE COMO TIJERAS DE HUESO- DE HUESO Y NO CONTORSIÓN; LOS BORDES AGUDOS PUEDEN SER SUAVIZADOS CON LIMAS PARA HUESO, LAS CUALES SON DENTADAS PARA CORTAR EN UN SOLO SENTIDO.

LA REMOCIÓN DE HUESO VA A FACILITAR LA CICATRIZACIÓN DEBIDO A LA DISMINUCIÓN DE LA CANTIDAD DE HUESO POR RESORBERSE Y REMODELARSE Y EL VOLUMEN DEL COÁGULO SANGUÍNEO QUE LLENA EL ALVÉOLO.

CUANDO LA EXTIRPACIÓN DE HUESO HA SIDO TERMINADA Y LOS BORDES ALISADOS, SE IRRIGARÁ LA HERIDA CON SOLUCIÓN SALINA, TODOS LOS RESTOS ---- ÓSEOS, Y EL TEJIDO GRANULOMATOSO DEBERÁN SER ELIMINADOS, PUDIENDO PARA ESTO UTILIZAR LA LEGRA O UN ALISADOR, PARA LUEGO COLOCAR EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO EN SU LUGAR Y DECIDIR SI ES NECESARIO O NO SUTURAR.

#### SUTURA:

TOMANDO EN CUENTA QUE TODO TIPO DE SUTURA REPRESENTA UN CUERPO EXTRAÑO, DEBEREMOS INSERTARLA EN LOS TEJIDOS ÚNICAMENTE CUANDO EXISTA UNA INDICACIÓN PARA SU USO.

AL TERMINAR UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA BUCAL SE COLOCAN LAS SUTURAS PARA APROXIMAR LOS BORDES CORTADOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS, PARA PRO MOVER LA CICATRIZACIÓN POR PRIMERA INTENCIÓN, MINIMIZANDO LA CONTAMINACIÓN DE LA HERIDA CON RESTOS ALIMENTICIOS Y PARA DETENER LA HEMORRAGIA.

SI AL COLOCAR EL COLGAJO EN SU LUGAR YACE BIEN AJUSTADO EN POSICIÓN Y EL SANGRADO HA SIDO CONTROLADO, NO HABRÁ NECESIDAD DE SUTURAR.

USO DE ELEVADORES:

LOS ELEVADORES SON UTILIZADOS CON EL PRINCIPIO DE PALANCA Y FULCRO CON LA FINALIDAD DE DOZAR EL DIENTE O RAÍZ A LO LARGO DE LA LÍNEA DE EXTRACCIÓN. A LO LARGO DE ESTE CAMINO, EL DIENTE O RAÍZ SERÁ DESPLAZADO FUERA DE SU ALVÉOLO CON EL MÍNIMO DE APLICACIÓN DE FUERZA. EL FULCRO-UTILIZADO PARA LA ELEVACIÓN DE DIENTES SIEMPRE DEBE SER ÓSEO.

EL USO DE UN DIENTE ADYACENTE COMO FULCRO SOLO SE PERMITE SI ESE DIENTE SE VA A EXTRAER EN LA MISMA CONSULTA.

LA MODALIDAD MÁS CLÁSICA PARA EL EMPLEO DE LOS ELEVADORES, ES AL EFECTUAR LA EXTRACCIÓN DE DIENTES RETENIDOS, TERCEROS MOLARES INFERIORES NORMALMENTE ERUPCIONADOS Y RESTOS RADICULARES; ESPECIALMENTE INFERIORES.

LAS TÉCNICAS ACTUALES AMPLÍAN SUCAMPO DE ACCIÓN PARA LA DILATACIÓN DE LAS TABLAS ALVEOLARES, LA SECCIÓN DE TABIQUES INTER E INTRAALVEOLARES Y LA ODONTOSECCIÓN. PARA ESTA ÚLTIMA FINALIDAD SE LES APLICA EN GUÍAS PREVIAMENTE TALLADAS EN LOS DIENTES O EN LAS ZONAS DEBILITADAS.

EL ELEVADOR DEBE SUJETARSE CON LOS DEDOS Y FORZARSE POR ABAJO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL, YA SEA MESIAL, BUCAL O DISTALMENTE AL DIENTE QUE ESTÁ SIENDO EXTRAÍDO; EN UN ANGULO DE 45° CON RESPECTO AL EJE LONGI

TUDINAL DE LA RAÍZ.

LA PUNTA DEL DEDO ÍNDICE SE APOYARÁ SOBRE EL HUESO ALVEOLAR Y PERMITE UN CONTROL SOBRE EL INSTRUMENTO.

EL PUNTO DE APLICACIÓN PARA UN ELEVADOR, EL SITIO EN LA RAÍZ SOBRE EL CUAL DEBE APLICARSE LA FUERZA, VA A ESTAR DETERMINADO SEGÚN LA DIRECCIÓN DEL DIENTE O RAÍZ.

EJEMPLO:

APLICACIÓN BUCAL.- SI LA RAÍZ ES RECTA O CÓNICA SE APLICA FUERZA A SU SUPERFICIE BUCAL, MOVIENDO HACIA ARRIBA Y LIGERAMENTE HACIA LINGUAL.

APLICACIÓN MESIAL.- SI EL ÁPICE DE LA RAÍZ ESTÁ DIRIGIDO HACIA DISTAL, EL ELEVADOR APLICA A LA SUPERFICIE MESIAL DE LA RAÍZ, YA QUE LA LÍNEA DE EXTRACCIÓN ES HACIA ARRIBA Y ATRÁS.

D  
I  
S  
T  
A  
L



M  
E  
S  
I  
A  
L

\* APLICACIÓN DEL ELEVADOR.

AL APLICAR EL ELEVADOR AL DIENTE AXIAL, EL INSTRUMENTO ES ROTADO ALREDEDOR DE SU EJE AXIAL, CON EL FIN DE QUE EL BORDE INFERIOR DE LA HQ

JA AJUSTE SOBRE EL CEMENTO QUE CUBRE A LA SUPERFICIE RADICULAR Y SE LOGRE MOVER EL DIENTE FUERA DE SU ALVÉOLO.

CUANDO EXISTE UNA RADIOGRAFÍA PREOPERATORIA, SE PODRÁ DETERMINAR - CON MAYOR FACILIDAD LA LÍNEA A SEGUIR PARA LA EXTRACCIÓN DE LA RAÍZ O - DEL DIENTE, Y DEL PUNTO DE APLICACIÓN ADECUADO PARA SU ELEVADOR.

TOMANDO EN CUENTA QUE LA TRAYECTORIA RADICULAR DE ALGUNOS DIENTES- Y LA FORMA DE ALGUNAS RAÍCES SON SIMILARES, EL OPERADOR CON EXPERIENCIA UTILIZA ELEVADORES PARA EXTRAERLOS SIN NECESIDAD DE UNA RADIOGRAFÍA PRE OPERATORIA.

LOS DIENTES MÁS COMÚNMENTE ELEVADOS DE SUS ALVÉOLOS MEDIANTE UNA - APLICACIÓN MESIAL SON LOS SEGUNDOS Y TERCEROS MOLARES INFERIORES, YA -- QUE LOS ÁPICES DE MUCHOS DE ESTOS DIENTES SE ENCUENTRAN INCLINADOS HA-- CIA DISTAL. CLARO QUE EN MUCHAS OCASIONES EL PATRÓN RADICULAR SERÁ -- DESFAVORABLE PARA DICHA ELEVACIÓN, O QUE EN ALGUNOS DIENTES MULTIRADICU LARES LAS GUÍAS DE RETIRO DE LAS RAÍCES PUEDEN SER ANTAGONISTAS. LA - APLICACIÓN MESIAL ESTÁ CONTRAINDICADA Y DEBERÁ SER ABANDONADA.

#### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

##### INDICACIONES:

- 1.- CUANDO LA PIEZA A EXTRAER SEA INACCESIBLE AL FÓRCEPS.
- 2.- CUANDO LA ZONA DE IMPLANTACIÓN SEA INACCESIBLE AL FÓRCEPS, COMO OCURRE CON FRECUENCIA EN LOS TERCEROS MOLARES INFE-- RIORES, SUPERIORES Y PREMOLARES INFERIORES EN POSI---

CIÓN LINGUAL.

- 3.- CUANDO NO SE PUEDA PROFUNDIZAR ADECUADAMENTE EL FÓRCEPS; DES---  
TRUCCIÓN PARCIAL O TOTAL DE LA CORONA, TABLAS INEXTENSIBLES, --  
FRACTURA INTRAALVEOLAR, RAÍCES CON CARIES, ETC.
- 4.- CUANDO LA PIEZA A EXTRAER SIENDO ACCESIBLE, PRESENTE IMPEDIMEN-  
TOS A LOS FÓRCEPS: DIENTES DISTALIZADOS, GIRADOS, APIÑADOS O EN  
MALA POSICIÓN.
- 5.- EN CASOS DE CONFORMACIÓN RADICULAR ANÓMALA.
- 6.- CUANDO LAS MANIOBRAS NORMALES CON LOS FÓRCEPS NO CONSIGNAN MOVI-  
LIZAR LA PIEZA Y SE CONSTATE TÉCNICA Y RADIOGRÁFICAMENTE AUSEN-  
CIA DE OBSTÁCULOS PARA LA ELEVACIÓN RADICULAR.
- 7.- CUANDO SE DESEE APROVECHAR UN ALVÉOLO LIBRE DEL MISMO DIENTE O-  
DEL VECINO PARA EXTRAER RAÍCES INACCESIBLE, UTILIZANDO LOS BOTÁ-  
DORES DE BANDERA, HACIENDO MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN.
- 8.- DIENTES IMPACTADOS CON PREVIA ODONTOSECCIÓN.

CONTRAINDICACIONES:

- 1.- CUANDO SE TRATE DE DIENTES RETENIDOS SIN ADECUADA LIBERACIÓN.
- 2.- EN EL CASO EN QUE SE COMPROMETA A TEJIDOS U ÓRGANOS VECINOS.
- 3.- CUANDO LAS MANIOBRAS CON EL FÓRCEPS PUEDAN LLEVARSE A CABO CO--  
RRECTAMENTE.

- 4.- CUANDO EL APOYO DENTARIO LATERAL ADYACENTE SEA DÉBIL Y NO PUEDA SER REFORZADO.
- 5.- CUANDO EL APOYO ÓSEO SEA DÉBIL Y NO PUEDA SER REFORZADA.
- 6.- EN CASOS DE RAÍCES Y ÁPICES EN FRANCA RELACIÓN CON EL SENO MAXILAR.
- 7.- CUANDO SE PRETENDA EXTRAER PIEZAS DE RAÍCES DIVERGENTES SIN --- ODONTOSECCIÓN PREVIA.
- 8.- CUANDO SE PRODUZCA FRACTURA APICAL EN EL MOMENTO EN QUE LA PIEZA A EXTRAER SE ENCUENTRE FRANCAMENTE LUXADA, SIENDO PREFERIBLE ELEVAR EL ÁPICE CON OTROS INSTRUMENTOS.

#### VENTAJAS DEL USO DE LOS ELEVADORES.

LOS ELEVADORES PUEDEN HACERSE EN CUALQUIER CARA DE LOS DIENTES, PERMITEN AL OPERADOR EJECUTAR SUS MANIOBRAS CON MAYOR RAPIDEZ, CONTRIBUYEN A EVITAR FRACTURAS DE TABLAS, Y AYUDAN A LOGRAR MEJORES POSTOPERATORIOS. YA QUE LA EXTRACCIÓN DENTARIA DEBE REALIZARSE EN EL PERÍODO DE TIEMPO --- MÁS BREVE DE LA MANERA MÁS SENCILLA Y CON EL MENOR TRAUMATISMO POSIBLE.

#### INCONVENIENTES:

LOS INCONVENIENTES PARA EL USO DE LOS ELEVADORES, PRETENDEN EL EMPLEO DEL BOTADOR PARA LA EXTRACCIÓN DE TODOS LOS DIENTES, AÚN CUANDO SU APLICACIÓN ESTÉ CONTRAINDICADA, AL DESCONOCIMIENTO DE LA TÉCNICA CORRESPONDIENTE A ESTOS INSTRUMENTOS, A LA FALTA DE UN CLARO CONCEPTO DE LO ---

QUE SE PRETENDE REALIZAR, AL INSUFICIENTE ESTUDIO CLÍNICO-RADIOGRÁFICO - DEL CASO Y A LA FALTA DE CONOCIMIENTO DE LOS POSTULADOS DE LA EXODONCIA - Y DE LA CIRUGÍA.

PROFUNDIZACIÓN DEL BOTADOR:

UNA VEZ COLOCADO EN SU POSICIÓN CORRECTA, PROFUNDIZAREMOS SUAVE Y - GRESIVAMENTE LA HOJA EN SENTIDO APICAL.

ESTO SIGNIFICA QUE YA ESTAMOS EMPLEANDO EL BOTADOR COMO UNA CUÑA, - HAY QUE PONER CUIDADO A LO SIGUIENTE:

- 1.- FIJACIÓN MANDIBULAR.
- 2.- NO APOYARSE EN PIEZAS PROXIMALES PARA EVITAR SU MOVILIZACIÓN.
- 3.- EVITAR MOVILIZACIÓN DEL REBORDE ALVEOLAR.
- 4.- QUE EXISTA EFICIENCIA AL PROFUNDIZAR.
- 5.- EVITAR RIESGOS DE PROYECCIÓN DENTARIA.
- 6.- SEGURIDAD DEL PACIENTE.

TIEMPOS DE LA EXODONCIA CON BOTADOR:

- 1.- ELECCIÓN, TOMA Y APLICACIÓN.
- 2.- ACUÑAMIENTO.
- 3.- APALANCAMIENTO.
- 4.- AVULSIÓN.



## CAPÍTULO X

### EXTRACCIÓN DE DIENTES

#### EXTRACCIÓN DE DIENTES SUPERIORES:

INCISIVOS CENTRALES.- PRESENTAN UNA RAÍZ RECTA Y FORMA CONOIDE, CEDEN A LA ROTACIÓN PRIMARIA.

INCISIVOS LATERALES.- PRESENTAN UNA RAÍZ FINA DE FORMA CONOIDE, DELGADA Y ESTRECHA EN SENTIDO MESIODISTAL; ESCOGEREMOS FÓRCEPS CON PUNTAS O BOCADOS FINOS, SE EXTRAE CON MOVIMIENTOS OSCILANTES, SUSTITUIDOS FINALMENTE POR UNA LIGERA ROTACIÓN EN DIRECCIÓN MESIAL.

CANINOS.- SON LOS DIENTES MÁS ESTABLES EN LOS ARCOS DENTALES, PRESENTAN RAÍZ ÚNICA, RECTA, FORMA CONOIDE, CON UN CORTE TRANSVERSAL TRIANGULAR, ES LA MÁS PODEROSA POR SU LONGITUD, GROSOR Y ANCHURA, ESTÁ FIRMEMENTE ANCLADO AL HUESO ALVEOLAR.

ÚNICOS DIENTES QUE POSEEN UNA SOLA CÚSPIDE CÓNICA. AYUDAN A SOSTENER LA MUSCULATURA FACIAL, POR LO QUE SU PÉRDIDA TRAE COMO CONSECUENCIA UN APLANAMIENTO DE LA CARA EN ESA REGIÓN Y PARA RESTABLECER EL ASPECTO NORMAL ES MUY DIFÍCIL.

SON "AMORTIGUADORES", AYUDANDO A ALIGERAR LA CARGA SOBRE LOS DIENTES POSTERIORES DE LAS FUERZAS HORIZONTALES EXCESIVAS Y POTENCIALMENTE DESTRUCTORAS QUE APARECEN DURANTE LOS MOVIMIENTOS DE EXCURSIÓN DEL MAXI-

LAR INFERIOR.

EL CANINO SE EXTRAHE MEDIANTE MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN, SI ES QUE LA RAÍZ ES TOTALMENTE RECTA Y CÓNICA. SI EL DIENTE ESTÁ MUY FIRMEAMENTE ANCLADA A SU ALVÉOLO, PUEDE LEVANTARSE UN COLGAJO Y ELIMINARSE PARTE DEL HUESO DE LA CARA VESTIBULAR.

PRIMER PREMOLAR.- RAÍZ BIFIDA QUE PUEDEN SER CURVAS Y DIVERGENTES - EN MÁS DEL 50% DE LOS CASOS; LA BIFURCACIÓN DE LA RAÍZ PRESENTA VARIOS - ASPECTOS DESDE UNA PEQUEÑA INSINUACIÓN EN EL ÁPICE O LLEGAR HASTA EL TERCIO CERVICAL. PRESENTA ÁPICES MUY FINOS.

ESTÁN EN ÍNTIMA RELACIÓN CON LA APÓFISIS PALATINA DEL HUESO MAXILAR

EL EJE LONGITUDINAL SE INCLINA MESIALMENTE CONFORME VA HACIA ARRIBA SU ÁPICE SE ENCUENTRA MÁS CERCA AL ÁPICE DEL CANINO QUE DEL SEGUNDO PREMOLAR.

SE RECOMIENDA QUE ESTE DIENTE DEBE JALARSE HACIA AFUERA, SE REQUIEREN LOS MOVIMIENTOS LATERALES PARA LOGRAR LA AVULSIÓN DEL DIENTE CON RAÍCES DELGADAS Y DIVERGENTES.

SI EL DIENTE ESTÁ DESPULPADO O AMPLIAMENTE RESTAURADO, O SI EL PACIENTE PRESENTA UNA HISTORIA DE EXTRACCIONES DIFÍCILES, ESTARÁ INDICADA LA EXTRACCIÓN POR EL MÉTODO TRANSALVEOLAR O QUIRÚRGICO.

EN CASO DE QUE EL PRIMER MOLAR SUPERIOR PERMANENTE ESTÉ AUSENTE, -- LOS PREMOLARES SUPERIORES TIENEN LA FACILIDAD DE GIRAR DISTALMENTE Y RO-

TAR ALREDEDOR DE SU RAÍZ PALATINA. POR LO QUE DEBEMOS TOMAR EN CONSIDERACIÓN DICHA ROTACIÓN E INCLINACIÓN DE LA PIEZA CUANDO SE APLICAN LOS BUCADOS DEL FÓRCEPS AL DIENTE.

SEGUNDO PREMOLAR.- PRESENTAN UNA RAÍZ QUE ES MÁS LARGA QUE LA DEL - PRIMER PREMOLAR, APLASTAMIENTO MESIO-DISTAL, INCLINACIÓN HACIA DISTAL; - EXISTEN CASOS EN LOS CUALES SE PRESENTAN LA RAÍZ BIFURCADA, ASÍ COMO --- RAÍZ ENANA.

LA EXODONCIA SE INICIA CON MOVIMIENTOS OSCILANTES, CONTINUANDO CON OTROS DE ROTACIÓN PARA EVITAR QUE, DEBIDO A LA ESTRECHA RELACIÓN DE ESTA PIEZA CON EL SENO MAXILAR, PUEDE PROVOCARSE UNA COMUNICACIÓN ENTRE ÉSTE Y EL ALVÉOLO DENTARIO.

EN PERSONAS QUE PRESENTAN APIÑAMIENTO DENTAL, EL SEGUNDO PREMOLAR, - SE LE ENCUENTRA LINGUALIZADO, EN ALGUNAS OCASIONES EXISTE LA POSIBILIDAD DE SUJETAR EL DIENTE MESIODISTALMENTE MANTENIENDO EL FÓRCEPS EN POSICIÓN CRUZADA AL ARCO DENTAL, POR LO QUE AL NO FUNCIONAR ESTA MANIOBRA, EL --- DIENTE DEBERÁ SER EXTRAÍDO POR DISECCIÓN.

PRIMER MOLAR.- PRESENTA UNA TRIFURCACIÓN, LOS CUERPOS RADICULARES - SE ENCUENTRAN UNIDOS EN UN SOLO TRONCO, INICIÁNDOSE LA SEPARACIÓN DE LAS TRES RAÍCES A NIVEL DE LA UNIÓN DEL TERCIO CERVICAL CON EL TERCIO MEDIO-RADICULAR.

ES EL MÁS GRANDE DE LOS TRES MOLARES PERMANENTES, SIENDO TAMBIÉN EL QUE MUESTRA MENOS VARIACIONES MORFOLÓGICAS.

LAS RAÍCES PUEDEN ESTAR MUY DIVERGENTES, DICHAS RAÍCES SON: MESIO--  
VESTIBULAR, DISTOVESTIBULAR Y PALATINA.

RAÍZ MESIOVESTIBULAR.- ÁPICE MUY AGUDO, LIGERAMENTE HACIA DISTAL.

RAÍZ DISTOVESTIBULAR.- ES LA MÁS PEQUEÑA EN LONGITUD, ES RECTA, EN  
OCASIONES SE ENCUENTRA SU ÁPICE DIRIGIDO HACIA LA PARTE MESIAL EN FORMA  
DE GANCHO.

RAÍZ PALAATINA.- ES LA MÁS LARGA, ADOPTA LA FORMA DE GANCHO O CUER-  
NO CON SU ÁPICE INSINUADO HACIA VESTIBULAR.

AL HACER USO DE FÓRCEPS, HAY QUE TOMAR LA PRECAUCIÓN DE QUE LOS BO-  
CADOS O PUNTAS DEL FÓRCEPS SE ENCUENTREN POR ARRIBA DE LA MEMBRANA PERIO-  
DONTAL PARA PRENSAR LOS CUERPOS RADICULARES, CON LA FINALIDAD DE EVITAR-  
LA FRACTURA DE LA CORONA.

EN OCASIONES ESTÁ INDICADA LA EXTRACCIÓN TRANSALVEOLAR CON DIVISIÓN  
RADICULAR, INICIANDO LA SECCIÓN DE LA PARED PULPAR CON LA FRESA EN DIREC-  
CIÓN MESIODISTAL. DESPUÉS DE SECCIONAR LA RAÍZ PALATINA, SE SEPARAN --  
LAS RAÍCES BUCALES POR LA PROXIMIDAD DEL SENO MAXILAR, DEBE EVITARSE EL-  
QUE LA FRESA VAYA MÁS ALLÁ DE LA CÁMARA PULPAR. EL ÚLTIMO PUENTE DE --  
DENTINA PUEDE ROMPERSE CON UNA LIGERA TORSIÓN DEL ELEVADOR, LA RAÍZ DIS-  
TOBUCAL SE EXTRAE CON MOVIMIENTO DE PALANCA DEL BOTADOR, UTILIZANDO COMO  
PUNTO DE APOYO LA RAÍZ MESIOBUCAL. ES IMPORTANTE LUXAR LA RAÍZ HACIA -  
ABAJO Y AFUERA, SI LA ANATOMÍA ES DESFAVORABLE, BASTA UNA LIGERA PRESIÓN  
PARA INTRODUCIRLA EN EL SENO, SI LA RADIOGRAFÍA PREOPERATORIA MUESTRA --

QUE EL LÍMITE ENTRE EL SENO Y EL ALVÉOLO ES MUY JUSTO, ES MEJOR EXTRAERLAS RAÍCES QUIRÚRGICAMENTE LEVANTANDO UN COLGAJO Y RESECANDO PARTE DE LA TABLA ÓSEA BUCAL.

LA RAÍZ PALATINA PUEDE EXTRAERSE CON UN FÓRCEPS DE RAÍCES, YA QUE -- ES MENOS ARRIESGADO QUE UTILIZAR EL BOTADOR QUE PUEDE INTRODUCIRLA EN EL SENO.

CUANDO HAY AUSENCIA DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR, EXISTE LA POSIBILIDAD DE QUE LOS OTROS MOLARES SUPERIORES TIENDEN A ROTAR HACIA ADELANTE -- ALREDEDOR DE LA RAÍZ PALATINA E INCLINARSE MESIALMENTE.

SEGUNDO MOLAR. -- SU RAÍZ SE ENCUENTRA TRIFURCADA, AL IGUAL QUE EL -- PRIMER MOLAR, SU ESPACIO INTERADICULAR ES MUY REDUCIDO Y CON FRECUENCIA -- NO EXISTE, PORQUE LAS RAÍCES SE ENCUENTRAN SOLDADAS ENTRE SÍ. SUS RAÍCES VESTIBULARES PRESENTAN POR LO GENERAL UNA INCLINACIÓN DISTAL BIEN DE FINIDA.

EL SEGUNDO MOLAR SUPERIOR COLOCADO OBLICUAMENTE CON RESPECTO A LA -- CORONA, LOS LLAMADOS "MOLARES CON RAÍCES OBLICUAS".

PUEDE RESULTAR DIFÍCIL SUJETAR EL CUERPO RADICULAR CON FÓRCEPS PARA MOLARES, DEBIENDO UTILIZAR UN FÓRCEPS PARA PREMOLARES SUPERIORES, COLOCANDO LA PUNTA BUCAL SOBRE LA RAÍZ MESIOBUCAL O DISTOBUCAL, PERO NUNCA -- ENTRE ELLAS.

TERCER MOLAR.- EL MOLAR MÁS INCONSTANTE EN FORMA Y NÚMERO SU MORFOLOGÍA SE PUEDE COMPARAR AL PRIMERO Y SEGUNDO MOLAR SUPERIOR, PERO CON DIMENSIONES COMPARATIVAMENTE VARIABLES, TANTO EN LA CORONA COMO EN LA RAÍZ PUEDEN SER DE MAYOR O MENOR VOLUMEN EN TODO SENTIDO, ENCONTRÁNDOSE FRECUENTEMENTE FUSIONADAS, ADEMÁS DE QUE PRESENTAN UNA INCLINACIÓN MÁS MARCADA DE LOS TRES MOLARES.

MUCHAS VECES UNIRADICULAR, AUNQUE SE CONSIDERA CLÁSICAMENTE LA RAÍZ DE ESTE DIENTE TRIFURCADA.

EN OCASIONES PRESENTAN HASTA SEIS DELGADOS APÉNDICES RADICULARES -- CON DIRECCIONES COMPLETAMENTE INCONCEBIBLES.

EL EJE LONGITUDINAL DEL TERCER MOLAR SUPERIOR, ES TAL, QUE SU CORONA SE ENCUENTRA COLOCADA MÁS POSTERIORMENTE QUE SUS RAÍCES. PUEDE HACER DIFÍCIL LA APLICACIÓN DEL FÓRCEPS, Y AÚN MÁS, CUANDO LA BOCA DEL PACIENTE SE ABRE MUY AMPLIAMENTE, EL PROCESO CORONOIDE PUEDE INTERFERIR -- CON EL ACCESO Y AUMENTAR LA DIFICULTAD. SI EL PACIENTE CIERRA UN POCO LA BOCA Y EMPLEAMOS UN FÓRCEPS DE PREMOLARES O DE BAYONETA, POR LO REGULAR ES POSIBLE SUJETAR EL DIENTE DE UNA FORMA CORRECTA Y LA PRESIÓN BUCCAL LO LIBERARÁ.

ESTE MOVIMIENTO BUCAL SE FACILITA INDICÁNDOLE AL PACIENTE QUE DESVÍE SU MANDÍBULA HACIA EL LADO DE LA EXTRACCIÓN, APARTANDO ASÍ EL PROCESO CORONOIDE DEL CAMPO OPERATORIO.

EN CASO DE QUE EL TERCER MOLAR PRESENTE UNA FORMA RADICULAR COMPLI-  
CADA, CAUSARÁ RESISTENCIA DEL DIENTE, A LA EXTRACCIÓN CON FÓRCEPS, POR -  
LO QUE ESTARÁ INDICADA LA EXTRACCIÓN POR DISECCIÓN.

NO DEBE HACERSE NINGÚN INTENTO DE APLICAR UN FÓRCEPS A UN TERCER MO-  
LAR SUPERIOR SEMIERUPTIONADO NI A RAÍCES DE DIENTES POSTERIORES A MENOS-  
QUE LAS SUPERFICIES BUCAL Y LINGUAL ESTÉN VISIBLES. SI LA PRESIÓN ES -  
APLICADA EN UNA DIRECCIÓN ASCENDENTE, EL DIENTE O RAÍZ PUEDEN SER DESPLA-  
ZADOS AL SENO MAXILAR.

#### EXTRACCIÓN DE DIENTES INFERIORES.

##### INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES:

PRESENTAN RAÍCES ÚNICAS, FINAS, RECTAS Y CÓNICAS, CON REDUCCIÓN ME-  
SIODISTAL MARCADA. FÁCILES A EXTRAER, EN OCASIONES SON MUY FRÁGILES,--  
POR LO QUE HAY QUE LUXAR CON DELICADEZA PARA EVITAR FRACTURAS DEL ÁPICE-  
O DEL HUESO, DEBIENDO UTILIZAR FÓRCEPS DE BOCADOS FINOS Y EFECTUAR PEQUE-  
ÑOS MOVIMIENTOS DE BALANCEO QUE UNA VEZ MOVILIZADA LA PIEZA, DEBEN SUBS-  
TITUIRSE POR OTROS DE TIPO ELIPSOIDAL O DE ROTACIÓN.

CANINBOS.-- LA RAÍZ DEL CANINO INFERIOR ES MÁS LARGA Y MÁS FUERTE --  
QUE LA DE LOS DIENTES ADYACENTES. EL ÁPICE SE ENCUENTRA INCLINADO DIS-  
TALMENTE, ES MÁS ESTRECHO EN SENTIDO MESIODISTAL QUE EL CANINO SUPERIOR.

PARA LA EXTRACCIÓN UN FÓRCEPS CON BOCADOS GRUESOS Y TENER CUIDADO -  
EN SU APLICACIÓN, SE FACILITA SU LUXACIÓN EFECTUANDO MOVIMIENTOS DE ROTA-  
CIÓN, ASÍ COMO VESTÍBULO-LINGUALES Y VICEVERSA.

EXISTEN CASOS EN LOS QUE LA RAÍZ SE BIFURCA O TRIFURCA CON MÁS FRECUENCIA QUE EL CANINO SUPERIOR: LO QUE PROVOCA PROBLEMAS AL EFECTUAR LA EXODONCIA, YA QUE ES DIFÍCIL EN OCASIONES CONOCER ÉSTOS DETALLES, AÚN -- CON LA RADIOGRAFÍA.

PRIMER PREMOLAR.- ES UNIRADICULAR EN UN 95% DE LOS CASOS, AUNQUE EN OCASIONES PUEDE ENCONTRARSE BIFURCADA QUEDANDO UNA RAMA DEL LADO VESTIBULAR Y OTRA DEL LINGUAL, RAÍCES DELGADAS, EN SU TERCIO APICAL CON UNA INSINUACIÓN HACIA DISTAL.

LAS RAÍCES DE LOS PREMOLARES INFERIORES SE ENCUENTRAN CUBIERTAS POR HUESO DENSO, POR LO QUE AL FRACTURARSE AL MOMENTO DE LA EXTRACCIÓN, DEBEN SER DISECADAS O SECCIONADAS PARA PODERLAS RETIRAR.

DEBEMOS EMPLEAR FÓRCEPS DE BOCADOS FINOS, PARA PODER DAR "DOS PUNTOS DE CONTACTO" SOBRE LA RAÍZ. LOS PRIMEROS MOVIMIENTOS DEBEN SER FIRMES PERO SUAVES, DE LATERALIDAD Y ROTACIÓN.

SEGUNDO PREMOLAR.- PRESENTA UNA RAÍZ CON MÁS LONGITUD QUE LA DEL -- PRIMER PREMOLAR, ES RARO ENCONTRARLO CON BIFURCACIÓN DE LA RAÍZ, LA CUAL ES RECTA Y CÓNICA.

PARA LA EXTRACCIÓN, UTILIZAREMOS FÓRCEPS DE BOCADOS FINOS. PUDIENDO INICIAR CON MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN. SI SE PRESENTA RESISTENCIA A ESTA ROTACIÓN PRIMARIA, DEBEMOS ABANDONAR Y SEGUIR CON MOVIMIENTOS DE LATERALES MÁS CLÁSICOS. SI SE CONTINÚAN LOS INTENTOS DE ROTACIÓN SE PUEDE PRODUCIR UNA FRACTURA EN ESPIRAL DE LA RAÍZ, DEJANDO UN FRAGMENTO RADICULAR QUE ES DIFÍCIL DE REMOVER.



HAY QUE TENER PRESENTE EL AGUJERO MENTONIANO, ÉL SE ENCUENTRA DE -- 2 a 3mm. UN POCO HACIA ABAJO DEL APICE DEL SEGUNDO PREMOLAR INFERIOR,-- ES FRECUENTE QUE SE ENCUENTRE EN MEDIO DE LOS DOS ÁPICES DE LOS DOS PREMOLARES Y CASÍ A LA MISMA ALTURA QUE ELLOS.

PRIMER MOLAR.-- PRESENTAN 2 RAÍCES, UNA MESIAL, MÁS VOLUMINOSA Y DE MAYOR LONGITUD Y UNA DISTAL; CADA CUERPO RADICULAR ES DE FORMA CONOIDE -- CON SU ÁPICE ROMO.

PRESENTAN VARIACIONES FRECUENTES COMO SON: LA CURVATURA EXAGERADA -- DE LA RAÍZ MESIAL, LAS MODIFICACIONES EN EL GRADO DE INCLINACIÓN Y EN EL TAMAÑO DE LA RAÍZ DISTAL, RAÍCES MESIALES CON UN ANCHO VESTÍBULO-LINGUAL DESCOMUNAL, UNA VARIACIÓN RARA ES LA RAÍZ DISTAL SUPERNUMERARIA, QUE PUE DE SER MUY VARIABLE EN CUANTO AL TAMAÑO, INCLINACIÓN O AMBOS.

ES FAVORABLE EXTRAER ESTOS MOLARES POR MEDIO DE FÓRCEPS PARA MOLA-- RES. TENIENDO EL CUIDADO DE COLOCAR LOS BOCADOS DEL FÓRCEPS POR DEBAJO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL PARA SUJETAR EL CUERPO RADICULAR, YA QUE LA -- CORONA DEL DIENTE SERÍA QUEBRADA DENTRO DEL FÓRCEPS.

SI SE ENCUENTRA MUY CARIADA LA PIEZA, ES RECOMENDABLE EMPLEAR FÓR-- CEPS PARA RESTOS RADICULARES APLICÁNDOLO SOBRE LA RAÍZ EN LA CUAL EXISTA MAYOR PARTE DE LA CORONA SALUDABLE.

ÉSTOS MOLARES SON LUXADOS EFECTUANDO MOVIMIENTOS BUCOLINGUALES, COM-- BINANDO LA ROTACIÓN SECUNDARIA.

EL TRATAMIENTO, CUANDO UNA PIEZA NO SE PUEDE EXTRAER CON EL FÓRCEPS ES LA ODONTOSECCIÓN. CON LA FRESA SE CREA UN PROFUNDO SURCO EN LA ZONA INTERRADICULAR Y SE SEPARAN LAS RAÍCES. LA SECCIÓN SE INICIA EN LA CÁMARA PULPAR, DIRIGIENDO LA FRESA HACIA LOS BORDES BUCAL Y LINGUAL.

EN EL SURCO, SE INTRODUCE UN ELEVADOR DE BANDERA, EXTRAYENDO PRIMERO LA RAÍZ DISTAL, YA QUE ES LA QUE OFRECE MENOR RESISTENCIA, ESTO LO HACEMOS APOYÁNDONOS EN LA RAÍZ MESIAL.

SE COLOCA EL BOTADOR EN EL ALVÉOLO DE LA RAÍZ DISTAL Y SE EXTRAE LA RAÍZ MESIAL, ES NECESARIO PERFORAR EL SEPTO INTERRADICULAR CON LA PUNTA DEL ELEVADOR, CUYO MANGO SE GIRA PARA DAR A LA RAÍZ UN MOVIMIENTO ASCENDENTE DE SALIDA. SE INSPECCIONA EL SEPTO Y SI SE OBSERVA ALGUN FRAGMENTO SUELTO DE HUESO SE RETIRA, O SI ESTÁ MUY DESTRUIDO, SE EXTIRPA TOTALMENTE CON EL BOTADOR.

SEGUNDO MOLAR.— PRESENTA DOS RAÍCES, UNA MESIAL Y UNA DISTAL, SE LE CONSIDERA MÁS DESVIADAS HACIA DISTAL QUE EN EL PRIMER MOLAR.

CON FRECUENCIA HAY RAÍCES UNIDAS EN UN SOLO CUERPO RADICULAR, ASÍ - COMO PRESENTA RAÍZ ÚNICA QUE ES RECTA Y CÓNICA.

LA EXTRACCIÓN DE SEGUNDOS Y TERCEROS MOLARES INFERIORES PUEDE SER - FACILITADA POR MEDIO DE LA APLICACIÓN MESIAL DE UN ELEVADOR ANTES DE LA APLICACIÓN DEL FÓRCEPS.

ESTA TÉCNICA NO DEBE UTILIZARSE EN LA EXTRACCIÓN DE PRIMEROS MOLARES INFERIORES PERMANENTES, YA QUE CON LOS DIFERENTES PATRONES RADICULA-

RES DE ESTE DIENTE Y DEL SEGUNDO PREMOLAR, PODRÍAN LESIONARSE LAS INSER-  
CIONES DE ESTE ÚLTIMO, DEBIDO A LA FUERZA TRANSMITIDA POR EL TABIQUE IN-  
TERDENTAL. EN CASO DEL TRATAMIENTO DE ODONTOSECCIÓN, SE SEGUIRÁ EL MIS-  
MO PROCEDIMIENTO QUE EN EL PRIMER MOLAR.

SI SE PLANEAN EXODONCIAS MÚLTIPLES, ES MEJOR EMPEZAR POR LAS PIEZAS  
SUPERIORES Y POR LAS DISTALES.

TERCER MOLAR.- EN UN 60% DE LOS CASOS , LOS ENCONTRAMOS QUE NO HA-  
CEN OCLUSIÓN Y MÁS DE LA MITAD DE LAS OCASIONES NO HACEN ERUPCIÓN FUERA-  
DE LA ENCÍA.

EL DIENTE QUE PRESENTA MAYOR VARIEDAD DE FORMAS, ANOMALÍAS Y DISPO-  
SICIONES. SE PARECE AL PRIMER MOLAR INFERIOR, EN OTROS AL SEGUNDO Y EN  
ALGUNOS CASOS NO TIENE PARECIDO CON OTROS DIENTES.

SE ENCUENTRAN RAÍCES MUY LARGAS O MUY CORTAS; RECTAS O MUY INCLINA-  
DAS. PRESENTAN CUATRO RAÍCES GRANDES BIEN DEFINIDAS, TAMPOCO ES RARO -  
ENCONTRAR PEQUEÑAS RAICES ACCESORIAS QUE PARECEN "RAMIFICARSE" A PARTIR-  
DE LA RAÍZ PRINCIPAL.

NO ES RARA LA AUSENCIA CONGÉNITA DEL TERCER MOLAR, ASÍ COMO EXISTE-  
LA POSIBILIDAD DE ENCONTRAR UN CUARTO Y AÚN UN QUINTO MOLAR. EL GIGAN-  
TISMO Y EL ENANISMO SON ANOMALÍAS FRECUENTES EN ESTE DIENTE.

EL TERCER MOLAR INFERIOR ES BIRRADICULAR (MESIAL Y DISTAL). SON -  
FRECUENTES LOS MOLARES CON TRES, CUATRO Y CINCO RAÍCES, ADOPTA UNA FORMA  
INDESCRIPCIÓN CAPRICIOSA.

EN OCASIONES PRESENTA BIFIDEZ DE LA RAÍZ MESIAL, HACE AL MOLAR BIRRADICULAR, EN OTROS CASOS SON RAÍCES SUPERNUMERARIAS CON ENANISMO O GIGANTISMO, ACOPLADAS A LA RAÍZ MESIAL O A LA DISTAL, O COLOCADAS SIN CONCIERTO, PUEDEN ENCONTRARSE CON SUS RAÍCES FUSIONADAS, DANDO TAL DISPOSICIÓN UNA FORMA CÓNICA A ESTA PARTE DEL DIENTE, PUDIENDO PRESENTAR SUS CONDUCTOS RADICULARES DE MODO ÚNICO, DOBLE O TRIPLE.

#### EXTRACCIÓN DE DIENTES DECIDUALES.

PARA LA EXTRACCIÓN DE DIENTES DECIDUALES ES POR LO REGULAR MUY SENCILLA, SI SE EMPLEA LA TÉCNICA BÁSICA, LOS DIENTES POSTERIORES DECIDUALES EN ALGUNAS OCASIONES SON MÁS DIFÍCILES DE EXTRAER QUE SUS SUCESORES PERMANENTES. ASÍ TENEMOS UN ACCESO LIMITADO EN LA BOCA DEL NIÑO ES PEQUEÑA Y LOS PREMOLARES EN FORMACIÓN ESTÁN ENCERRADOS ENTRE LAS RAÍCES DE SUS DECIDUALES PREDECESORES, POR LO QUE PODRÍAMOS DAÑARLOS AL SER EXTRAÍDOS ESTOS ÚLTIMOS.

LOS MOLARES DECIDUOS NO POSEEN CUERPO RADICULAR, LA CARIES INVADE CON FRECUENCIA LAS RAÍCES, LO QUE PROVOCA LA DIFICULTAD AL SUJETARLOS.

LA RESORCIÓN DE LAS RAÍCES DE DIENTES TEMPORALES NO SE PRESENTA DE UNA MANERA ORDENADA DEL ÁPICE A LA CORONA, GENERALMENTE UN LADO DE LA RAÍZ SE PUEDE RESORBER, POR LO QUE LA RETENCIÓN DE FRAGMENTOS RADICULARES SE HACE INEVITABLE.

ES DE IMPORTANCIA APLICAR EL FÓRCEPS ASEGURÁNDONOS DE QUE LOS BOCADOS SEAN LO SUFICIENTEMENTE FINOS PARA PASAR POR ABAJO DE LAS MEMBRANAS PERIODONTALES Y DE APLICARLOS A LAS RAÍCES.

SI SE COLOCAN SOBRE LAS SUPERFICIES BUCAL Y LINGUAL DEL DIENTE Y SE FORZAN HACIA LOS TEJIDOS, PUEDE OCURRIR QUE EL SUCESOR PERMANENTE SEA DAÑADO, APLICANDO CORRECTAMENTE EL FÓRCEPS Y SEGUIR UN MOVIMIENTO FIRME -- LINGUAL, SE PRODUCE QUE EL DIENTE SE ELEVE EN SU ALVÉOLO Y PUEDE SER LIBERADO MOVIENDO BUCALMENTE Y ROTÁNDOLO.

EN OCASIONES ES PREFERIBLE DEJAR UN PEQUEÑO FRAGMENTO RADICULAR DE UN DIENTE DECIDUAL CON LA FINALIDAD DE QUE SE REABSORBA O SUFRA EXFOLIACION, A IR A CAUSAR DAÑO O DESPLAZAR AL PERMANENTE SUCESOR AL INTENTAR-- LOCALIZARLO Y REMOVERLO.

AL LLEVAR A CABO LA REMOCIÓN DEL FRAGMENTO RADICULAR DEBEN SEPARARSE LOS TEJIDOS BLANDOS LO SUFICIENTE, CON LA FINALIDAD DE OBTENER UN CAMPO CON LA VISIBILIDAD DIRECTA LO MÁS POSIBLE, PARA VER LA RELACIÓN EXACTA CON EL SUCESOR PERMANENTE; Y DE ESTA MANERA NOS PERMITA EFECTUAR LA -- REMOCIÓN SATISFACTORIAMENTE.

LAS RAÍCES DE LOS DIENTES DECIDUOS EXTRAÍDOS DEBEN SER EXAMINADOS -- PARA VERIFICAR QUE ESTÁN COMPLETAS. LAS SUPERFICIES DE LAS RAÍCES FRACTURADAS SON PLANAS Y BRILLANTES CON MÁRGENES FILOSOS, Y LAS RAÍCES REABSORBIDAS SON ÁSPERAS Y NO BRILLANTES CON MÁRGENES IRREGULARES.

## CAPÍTULO XI

### INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA.

#### INDICACIONES.

##### 1.- AFECCIONES DENTARIAS:

- a) AFECCIONES PULPARES PARA LAS CUALES NO HAY TRATAMIENTO ENDODÓNTICO CONSERVADOR.
- b) DIENTES DESTRUIDOS POR CARIES DE 4o. GRADO Y NO SON TRATADOS Y LOS ESFUERZOS PARA UN TRATAMIENTO CONSERVADOR NO GUARDAN PROPORCIÓN RAZONABLE CON SU VALOR FUNCIONAL MENOSCABADO Y -- CUANDO TAMPOCO SU RAÍZ PUEDE SER YA CONSIDERADA APTA PARA UN SUSTITUTO ARTIFICIAL.
- c) COMPLICACIONES DE DICHAS CARIES.

##### 2.- AFECCIONES DEL PARODONTO:

PARODONTOSIS QUE NO HAY TRATAMIENTOS.

##### 3.- RAZONES PROTÉSICAS, ESTÉTICAS U ORTODÓNTICAS.

DIENTES TEMPORALES RETENIDOS, DIENTES SUPERNUMERARIOS, DIENTES PERMANENTES, POR RAZONES PROTÉSICAS U ORTODÓNTICAS, CUYA INDICACIÓN SERÁ DADA POR EL PROTESISTA U ORTODONCISTA.

LOS DIENTES TEMPORALES RETENIDOS SON EXTRAÍDOS CUANDO LA EDAD DEL PA-  
CIENTE, DE ACUERDO CON LA NECESIDAD DE SU ELIMINACIÓN PARA PERMITIR LA --  
NORMAL ERUPCIÓN DE LOS PERMANENTES. (LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS Y ECTÓ-  
PICOS QUE MOLESTAN ESTÉTICA Y FUNCIONALMENTE DEBEN SER EXTRAÍDOS).

LA EXTRACCIÓN DE DIENTES TEMPORALES ESTÁN INDICADAS EN LA PARODONTI-  
TIS PERIAPICAL. EN CIERTOS CASOS CRÓNICOS SE DEJA AL DIENTE COMO MANTE-  
NEDOR DE ESPACIO, PERO LA DECISIÓN PARA LA EXTRACCIÓN DENTARIA VIENE FACI-  
LITADA POR LA POSIBILIDAD DE EMPLEAR UN APARATO REMOVIBLE COMO PRESERVA--  
DOR DEL LUGAR. NO HAY QUE DEMORAR LA EXTRACCIÓN DE LOS DIENTES TEMPORA-  
LES MOVIBLES, BAJO LOS CUALES TRATA DE IRRUMPIR EL DIENTE PERMANENTE Y EN  
CIERTAS CIRCUNSTANCIAS PUEDEN OBLIGAR YA A LA EXTRACCIÓN UNA AMPLIA DES--  
TRUCCIÓN DEL DIENTE POR UNA PULPITIS. CUANDO LA RAÍZ DE UN DIENTE TEMPO-  
RAL HA PERFORADO LA MUCOSA Y CONTIENE UNA LESIÓN ULCEROSA, LA EXTRACCIÓN-  
ESTARÁ INDICADA COMO LA DE LOS RESTOS DE LOS DIENTES TEMPORALES QUE HAN -  
QUEDADO ENTRE LOS DIENTES PERMANENTES.

4.- ANOMALÍAS DE SITIO. - (RETENCIONES O SEMIRETENCIONES SIN TRATAMIENTO--  
ORTODÓNTICO).

LOS DIENTES RETENIDOS EN MAXILARES, DEBEN SER EXTRAÍDOS. CUANDO --  
PRODUCEN ACCIDENTES (NERVIOSOS, INFLAMATORIOS O TUMORALES).

LA EXTRACCIÓN DEBE EVITARSE EN CASOS DE QUE LA TÉCNICA ORTODÓNTICA -  
LOGRE UBICARLOS EN SU SITIO DE NORMAL IMPLANTACIÓN. ESTÁ JUSTIFICADA EN  
CASOS EN QUE LA ORTODONCIA NO LOGRA ÉXITO O EL DIENTE RETENIDO PRODUZCA -  
MOLESTIAS.

EL ESTUDIO RADIOGRÁFICO DE MAXILARES, ANTES DE LA PREPARACIÓN DE PRÓTESIS TOTALES, DESCUBRIRÁ EN MUCHAS OPORTUNIDADES DIENTES RETENIDOS CUYA EXODONCIA SE IMPONE.

5.- ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES:

LOS ACCIDENTES DE ERUPCIÓN INDICAN ELIMINACIÓN EXODÓNTICA DEL DIENTE CAUSANTE (PERICORONITIS O REPETICIÓN, ACCIDENTES INFLAMATORIOS, NERVIOSOS O TUMORALES).

CONTRAINDICACIONES LOCALES Y GENERALES DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA.

LAS CONTRAINDICACIONES SE PUEDEN CLASIFICAR RELACIONÁNDOLAS CON EL DIENTE EN SÍ, CON LOS TEJIDOS PERIDENTARIOS O CON EL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

1.- AFECCIONES QUE DEPENDEN DEL DIENTE A EXTRAER ENFERMEDADES LOCALES Y ESTADOS GENERALES CAUSADOS POR LA AFECCIÓN DENTARIA O PERIDENTARIA.

2.- AFECCIONES QUE DEPENDEN DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

a) ESTADO FISIOLÓGICO: MENSTRUACIÓN Y EMBARAZO.

b) ESTADO PATOLÓGICO: FIEBRE, AFECCIONES DE LOS APARATOS Y SISTEMAS.

1.- AFECCIONES QUE DEPENDEN DEL ESTADO DE LA REGIÓN DEL DIENTE A EXTRAER:

EL PROBLEMA DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA EN PROCESOS INFLAMATORIOS AGUDOS NO PUEDEN SER RESUELTOS CON FÓRMULAS SIMPLÉS, NI DAR PRECEPTOS GENERALES PARA TRATAR CASOS TAN EMINENTEMENTE PARTICULARES.



CADA PACIENTE Y CADA PROCESO INFECCIOSO ES UN CASO PARTICULAR.

EN LA PRODUCCIÓN DE UN PROCESO INFECCIOSO DE ORIGEN DENTARIO (COMPLICACIÓN DE LA CARIES DE 4o. GRADO, ACCIDENTES DE ERUPCIÓN DE LOS DIENTES - RETENIDOS) INTERVIENEN DISTINTOS FACTORES.

LOCALES: ESTADO DEL DIENTE, GRADO DE INFECCIÓN.

GENERALES: ESTADO DEL PACIENTE, ÍNDICE DE SUS DEFENSAS.

LA ESTADÍSTICA O LA EXPERIENCIA APOYAN EL CRITERIO DE LA EXTRACCIÓN-DENTARIA, ANTE LOS PROCESOS INFLAMATORIOS AGUDOS.

LA ÚNICA CONTRAINDICACIÓN SERIA PARA LA EXTRACCIÓN DENTARIA, ES LA PRESENCIA EN LA ZONA A INTERVENIR EN TODA LA ARCADA ALVEOLAR DE UNA ESTOMATITIS O GINGIVITIS ULCERO-MEMBRANOSA, ESTA CREA MUY MAL TERRENO PARA LAS INTERVENCIONES, POR EL ESTADO PARTICULAR DEL TEJIDO GINGIVAL VECINO AL LUGAR DE LA OPERACIÓN; LA VIRULENCIA MICROBIANA SE INCREMENTA EN TALES CONDICIONES Y NO SON RARAS LAS NECROSIS Y PROPAGACIONES. SE TENDRÁ QUE SEGUIR UN JUICIOSO PROCEDIMIENTO PARA TRATAR LA GINGIVITIS ANTES DE LA CIRUGÍA O EXODONCIA.

EL TERCER MOLAR RETENIDO, ES LA FUENTE Y ORIGEN DE LA LESIÓN GINGIVAL, PUEDE Y DEBE OPERARSE BAJO VIGILANCIA ANTIBIÓTICA.

2.- AFECCIONES QUE DEPENDEN DEL ESTADO GENERAL DEL PACIENTE:

a) ESTADOS FUSIOLÓGICOS: MENSTRUACIÓN Y EMBARAZO.

MENSTRUACIÓN: EL CONCEPTO DE LA CIRUGÍA EN ESTADO FISIOLÓGICO HA VARIADO, YA NO SE CONTRAINDICA LA EXODONCIA EN LA ÉPOCA MENSTRUAL, SALVO -- QUE TAL ESTADO CREA EN EL PACIENTE PARTICULARES PROBLEMAS.

EMBARAZO: EL EMBARAZO, EXCEPCIÓN DE CASOS PARTICULARES, NO ES UNA -- CONTRAINDICACIÓN PARA LA EXTRACCIÓN DENTARIA. ACARREAN MÁS TRASTORNOS -- PARA LA PACIENTE Y SU HIJO, LOS INCONVENIENTES QUE ACARREAN EL DOLOR Y -- LAS COMPLICACIONES DE ORIGEN DENTARIO, QUE EL ACTO QUIRÚRGICO DE LA EX-- TRACCIÓN DENTARIA. SE SOSTIENE QUE CUANTO MÁS ADELANTADA ESTÁ LA GESTACIÓN, MENOS INCONVENIENTES SUFRE LA MADRE, ÉSTOS INCONVENIENTES ESTÁN MÁS CON EL "SHOCK PSÍQUICO" QUE CON EL ACTO OPERATORIO.

LA PSICOTERAPIA, LA SEDACIÓN PREQUIRÚRGICA, LA ANESTESIA GENERAL, -- PERMITEN SOLUCIONAR CON ÉXITO PROBLEMAS EN LAS EMBARAZADAS.

LOS CASOS PARTICULARES PARA CONTRAINDICAR LA EXODONCIA EN LAS EMBARAZADAS SE REFIEREN A ESTADOS PATOLÓGICOS ESPECIALES DEL EMBARAZO. EN TALES CASOS EL OBSTETRA INFORMARÁ AL ODONTÓLOGO DE LA OPORTUNIDAD DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA.

b) ESTADOS PATOLÓGICOS: AFECCIONES EN LOS APARATOS Y SISTEMAS.

NOS REFERIMOS SOLO BREVEMENTE A LAS ENFERMEDADES GENERALES QUE CONTRAINDICAN TODA INTERVENCIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL. LA PROHIBICIÓN DE LA OPERACIÓN ESTARÁ DADA POR EL CLÍNICO; ENFERMEDADES DE LOS APARATOS Y SISTEMAS, ESTADOS INFECCIOSOS AGUDOS, EN EL ÚNICO CASO QUE ES NECESARIO HACER HINCAPIÉ COMO UNA CONTRAINDICACIÓN ES EN EL CASO DE HEMOFILIA, EN EL-

QUE SERÍA PREFERIBLE QUE EL PACIENTE TUVIERA MOLESTIAS LOCALES, AL GRAN RIESGO DE UNA COPIOSA HEMORRAGIA.

EN EL CASO DE LA DIABETES NO CONTROLADA, EN LA ESTOMATITIS Y EN LA--  
ANGINA GANGRENOSA HABRÁ QUE CUIDARSE DE NO PRODUCIR, SIN VERDADERA NECESI  
DAD UNA HERIDA EN LA BOCA.

COMPLICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA:

LAS COMPLICACIONES DURANTE LA EXTRACCIÓN DENTAL, PRESENTA EN MUCHAS-  
Y MUY VARIADAS OCASIONES, AUN CUANDO SE EMPLEE MUCHO CUIDADO. SE PUEDEN  
EVITAR SI EL TRATAMIENTO DISEÑADO PARA TRATAR LAS DIFICULTADES DIAGNOSTI-  
CADAS, DURANTE EL EXAMEN PREOPERATORIO ES LLEVADA A CABO POR UN OPERADOR-  
QUE SE APEGUE A PRINCIPIOS QUIRÚRGICOS CORRECTOS DURANTE LA EXTRACCIÓN.

MUCHOS FRACASOS Y ACCIDENTES DE DIVERSA GRAVEDAD, ALGUNOS DE ELLOS --  
MUY SERIOS, SE DEBEN A UNA MALA EJECUCIÓN DE LA TÉCNICA POR FALLAS BÁSI--  
CAS EN LA FORMACIÓN DEL EXODONCISTA O POR NEGLIGENCIA DEL MISMO. SI ANA  
LIZAMOS ESTOS ERRORES, ENCONTRAMOS QUE SE DEBEN A LA ADOPCIÓN DE INADECUA  
DAS POSICIONES DEL PACIENTE Y DEL OPERADOR, POR LO QUE RESULTAN:

- a) VISUALIZACIÓN INSUFICIENTE.
- b) APOYO INCORRECTO DEL OPERADOR.
- c) FALTA DE PRECISIÓN.
- d) CARENCIA DE ENERGÍA.
- e) FALTA DE CONTROL.

a) VISUALIZACIÓN INSUFICIENTE:

EL OPERADOR NO CONSIGUE VISUALIZAR CORRECTAMENTE LA PIEZA A EXTRAER-  
POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

- 1.- PACIENTE MAL SENTADO, OCURRE CON FRECUENCIA AÚN COLOCANDO CORREC-  
TAMENTE EL SILLÓN, QUE EL PACIENTE POR CARESCIA DE INDICACIONES-  
SE ENCUENTRE DEMASIADO RECLINADO SENTADO EN EL BORDE DEL SILLÓN.
- 2.- POSICIÓN INCORRECTA DEL SILLÓN, ALTURA INCORRECTA, BRAZOS DEL SI-  
LLÓN ABIERTOS, ÁNGULO DEL RESPALDO INCORRECTO.
- 3.- POSICIÓN INADECUADA DE LA CABEZA DEL PACIENTE, LA CABEZA DEL PA-  
CIENTE DESVIADA HACIA LA IZQUIERDA O DERECHA, FLEXIÓN EXAGERADA,  
HIPEREXTENSIÓN.
- 4.- POSICIÓN INADECUADA DE LA MANO Y DEDOS IZQUIERDOS NO APARTANDO -  
DEBIDAMENTE LOS TEJIDOS BLANDOS.
- 5.- POSICIÓN INADECUADA DEL OPERADOR, PARADO SOBRE SUS PIES MUY JUN-  
TOS, APOYADO SOBRE LOS BRAZOS DEL SILLÓN O SOBRE EL PACIENTE, --  
ALEJADO, INCLINADO LATERALMENTE O AGACHADO.
- 6.- LÁMPARA LUMINOSA INSUFICIENTE O MAL ORIENTADA.
- 7.- HEMORRAGIA EN CAMPO OPERATORIO.
- 8.- PODEMOS CONSIDERAR TAMBIÉN FALLAS EN ALGUNOS CASOS EN EL EMPLEO-  
DEL ESPEJO.

b) APOYO INCORRECTO DEL OPERADOR:

EL OPERADOR DEBE TRABAJAR SIEMPRE BIEN PARADO SOBRE SUS PIES. SE OBLIGADO A TRABAJAR INCLINADO E INCONSCIENTEMENTE MANTIENE EL EQUILIBRIO APOYÁNDOSE SOBRE EL SILLÓN E IGUALMENTE SOBRE EL PACIENTE Y PEOR AÚN CARGANDO UN SOBREPESO SOBRE EL INSTRUMENTO CON EL QUE SE OPERA.

c) FALTA DE PRECISIÓN:

ESTO OCURRE POR TOMAR INADECUADAMENTE EL INSTRUMENTAL QUE PUEDE RESBALAR HIRIENDO AL PACIENTE, ASÍ COMO LA INSUFICIENTE FIJACIÓN DE LA CABEZA Y MANDÍBULA SOBRE LA QUE SE ESTÉ TRABAJANDO.

d) CARENCIA DE ENERGÍA:

OCURRE CUANDO LAS MANOS DEL OPERADOR SE ALEJAN DEMASIADO DE SU CUERPO, O SE PRETENDAN POSICIONES FORZADAS EN HIPEREXTENSIÓN. LO QUE OCASIONARÁ PÉRDIDA DE ENERGÍA Y POR LO TANTO, LOGRAR EFECTIVIDAD EN LA INTERVENCIÓN.

e) FALTA DE CONTROL DEL INSTRUMENTAL:

ES DEBIDO AL MAL EMPLEO DEL INSTRUMENTAL O LA MALA POSICIÓN DEL OPERADOR, INCORRECTA FIJACIÓN MANDIBULAR, APOYO INCORRECTO SOBRE EL INSTRUMENTO, EXCESO DE FUERZA DURANTE LAS MANIOBRAS OPERATORIAS, INADECUADA VISIÓN DE LO QUE SE ESTÁ HACIENDO Y CARENCIA DE SENSACIÓN TÁCTIL QUE NOS ADVIERTA LO QUE ESTÁ OCURRIENDO EN EL SENO DE LOS TEJIDOS SOBRE LOS QUE ACTUAMOS.

POR LO QUE LOS DEDOS DE LA MANO IZQUIERDA QUE NOS TRANSMITEN IMPOR-

TÁNTOS DATOS, DEBEN ADEMÁS, ESTAR COLOCADOS DE MANERA QUE SE INTERPONGAN EN EL CAMINO DEL ELEVADOR EN CASO DE QUE ESCAPE ÉSTE O SE DESPLACE SIN CONTROL.

INSUFICIENTE ESTUDIO DEL CASO.

NO DEBEMOS TOMAR A LA EXODONCIA COMO UN ACTO SIMPLE DE RUTINA, YA QUE ESTARÍAMOS TOMANDO UNA ACTITUD COMPLETAMENTE ERRÓNEA, PORQUE NO HAY DOS EXTRACCIONES IGUALES.

DEBEMOS DE LLEVAR A CABO SIEMPRE UN EXHAUSTIVO ANÁLISIS CLÍNICO Y RADIOGRÁFICO CON LA FINALIDAD DE OBTENER TODOS LOS DATOS POSIBLES SOBRE LO SIGUIENTE:

INFORMACIÓN GENERAL:

- a) COLABORACIÓN.
- b) CONSTITUCIÓN ESQUELÉTICA.
- c) ANTECEDENTES DE LA EXODONCIA.

a) COLABORACIÓN:

GRAN PARTE DE LOS FRACASOS QUE SE OBSERVAN SON DEBIDOS A LA IMPOSIBILIDAD DEL PACIENTE PARA PRESTARNOS UNA ADECUADA COLABORACIÓN DURANTE EL ACTO OPERATORIO Y DESPUÉS DEL MISMO. TAL ES EL CASO DE PACIENTES NERVIOSOS, TEMEROSOS, QUE NO PUEDEN PERMANECER QUIETOS DURANTE NUESTRAS MANIOBRAS O NOS TOMAN LAS MANOS MIENTRAS OPERAMOS, ADEMÁS LOS QUE SUFREN NAÚSEAS Y LIPOTIMIA NO SON LOS QUE PODRÍAMOS LLAMAR IDEALES PARA CONTRIBUIR AL ÉXITO.

CUANDO NO HA SIDO POSIBLE INSPIRARLE CONFIANZA AL PACIENTE MEDIANTE-UNA ADECUADA COMUNICACIÓN, DEBE POSPONERSE EL ACTO OPERATORIO Y RECURRIR- A LA MEDICACIÓN ADECUADA CON LA FINALIDAD DE DISMINUIR O ELIMINAR LOS IN-CONVENIENTES QUE SU CONDUCTA PUEDE PRODUCIR.

EN ALGUNOS CASOS, CUANDO SE VA A TRATAR CON PACIENTES EPILÉPTICOS PODRÁ SER INDICADA LA ANESTESIA GENERAL.

OTRO TIPO DE PACIENTES SON LOS QUE NO COLABORAN DURANTE EL POSTOPERA-TORIO Y NO ATIENDEN NUESTRAS INDICACIONES, POR LO QUE HAY QUE ALERTARLOS-ACERCA DE LOS INCONVENIENTES QUE SU ACTITUD PUEDE PROVOCAR (TAL ES EL CA-SO DE HEMORRAGIAS, INFECCIONES, ETC.), E INCLUSO EL INCONVENIENTE A LO REFERENTE DEL ORDEN ECONÓMICO.

b) CONSTITUCIÓN ESQUELÉTICA:

DEBEMOS PRESTAR ATENCIÓN A LA CONFORMACIÓN ESQUELÉTICA EN TODOS LOS-PACIENTES, SI SE SOSPECHA DE HUESOS POCO EXTENSIBLES EN LOS PACIENTES BA-JOS Y ROBUSTOS EN GENERAL, PARTICULARMENTE CUANDO SON ANCIANOS.

LA CONFORMACIÓN FACIAL, CUANDO PRESENTA HUESOS MARCADAMENTE DESARRO-LLADOS, CON MÚSCULOS POTENTES Y CONFORMACIÓN MAXILAR FUERTE, ESTO NOS AD-VIERTE SOBRE LA POSIBILIDAD DE UNA FIRME IMPLANTACIÓN DENTARIA.

c) ANTECEDENTES DE EXODONCIA:

SI EL PACIENTE NOS MANIFIESTA QUE DURANTE EXTRACCIONES ANTERIORES --LAS MANIOBRAS HAN SIDO MUY LABORIOSAS Y TRAUMÁTICAS, ES CONVENIENTE PRO--

FUNDIZAR Y OPTAR POR RECURRIR A LAS TÉCNICAS O COLGAJO, A LA MENOR SEÑAL-  
DE COMPLICACIONES. EL CASO DE LOS PACIENTES QUE HAN SIDO SOMETIDOS A ME  
DICACIÓN CLASIFICANTE, YA QUE SERÍA UN GRAVE ERROR CREER QUE NUESTRA EXPE  
RIENCIA Y HABILIDAD RESOLVERÁN FÁCILMENTE EL PROBLEMA, EN ESPECIAL CUANDO  
ADVIRTAMOS QUE EN VARIAS OCASIONES Y EN MANOS DE DISTINTOS PROFESIONALES,  
LA EXODONCIA HA RESULTADO COMPLICADA.

INFORMACIÓN ESPECIAL:

SE REFIERE AL CAMPO OPERATORIO SOBRE EL QUE VAMOS A ACTUAR.

- a) LA PIEZA A EXTRAER.
- b) LAS RELACIONES QUE TIENE CON SUS VECINOS.
- c) LA COFORMACIÓN DE LOS REBORDES ALVEOLARES.
- d) EL RECUBRIMIENTO GINGIVAL.

A) LA PIEZA A EXTRAER:

EN EL CASO DE UNA PIEZA MÁS O MENOS COMPLETA, ATENDEREMOS SU TAMAÑO,  
DIRECCIÓN CORONARIA, CONFORMACIÓN Y GRADO DE CALCIFICACIÓN. OBSERVARE--  
MOS LOS FACTORES QUE PUDIERAN DEBILITAR SU ESTRUCTURA, TAL ES EL CASO DE--  
CARIES ABRASIONES, OBTURACIONES VOLUMINOSAS, ESPECIALMENTE EN EL CUELLO,-  
TRATAMIENTO DE CONDUCTOS INDICADORES DE SU GRADO DE IMPLANTACIÓN, MOVILI-  
DAD, ETC.

EN CASO DE EXISTIR MOVILIDAD, DEBEMOS DE PONER CUIDADO Y NO CONFIAR--  
NOS, YA QUE EN ALGUNOS CASOS DE DIENTES MÓVILES, PUEDEN SER ASIENTO DE HI  
PERCEMENTOSIS APICAL, ESTAR LOCALIZADOS SOBRE UNA PORCIÓN FRACTURADA O SO  
BRE UN TUMOR.



CUANDO SE EFECTÚE LA EXTRACCIÓN DE PIEZAS FRACTURADAS, DEBEMOS CONTROLAR LA TOMA DEL FRAGMENTO REMANENTE.

B) LAS RELACIONES QUE TIENE CON SUS VECINOS:

LA PIEZA A EXTRAER PUEDE PRESENTAR ALGUNOS INCONVENIENTES:

- 1) ESPACIO MESIODISTAL DISMINUIDO.
- 2) DIRECCIÓN CORONARIA.
- 3) APIÑAMIENTO.
- 4) MAL POSICIÓN.
- 5) DIASTEMAS.
- 6) DIENTES AISLADOS.

C) CONFORMACIÓN DE LOS REBORDES ALVEOLARES:

EN ESTE PUNTO ATENDEREMOS A SU FORMA EN GENERAL, SU ESPESOR Y LAS ANOMALÍAS QUE PUDIERA PRESENTAR.

LA APÓFISIS ALVEOLAR TIENE COMO ÚNICA FUNCIÓN LA DE ALOJAR A LAS - PIEZAS DENTARIAS, YA QUE AL PRODUCIRSE LA EXODONCIA TIENDE A ATROFIARSE

SU FORMA EN GENERAL VA A ESTAR EN RELACIÓN CON LAS PIEZAS QUE ALOJA.

D) EL RECUBRIMIENTO GINGIVAL:

MEDIANTE UN EXAMEN CUIDADOSO DE LAS ENCÍAS, PODEMOS OBTENER IMPORTANTE INFORMACIÓN ACCESORIA.

EL DESCENSO GINGIVAL, LA SUPURACIÓN MARGINAL, PRESENCIA DE BOLSAS-PARODONTALES SON SIGNOS DE ATROFIA ÓSEA, DATOS QUE ACOMPAÑADOS DE MOVILIDAD DENTARIA PUEDEN SIGNIFICAR UNA EXTRACCIÓN SENCILLA.

LA PRESENCIA DE ABSCESOS GENERALMENTE VA ACOMPAÑADA DE MOVILIDAD - DE LA PIEZA AFECTADA POR DESTRUCCIÓN ÓSEA E INFLAMACIÓN DEL LIGAMENTO, ASÍ COMO TAMBIÉN UNA FÍSTULA SIGNIFICA DESTRUCCIÓN ÓSEA Y PÉRDIDA DE LA IMPLANTACIÓN, DE CUALQUIER FORMA DEBE PROFUNDIZARSE EL ESTUDIO, YA QUE- PODRÍAMOS ENCONTRAR LA PRESENCIA DE OTROS PROCESOS PATOLÓGICOS QUE DOMI NEN EL CUADRO, RELEGANDO LA IMPORTANCIA DE LA EXODONCIA A SEGUNDO TÉRMI NO.

## CAPÍTULO XII

### CONTROL POSTOPERATORIA DE LAS EXTRACCIONES

CONCLUIDA LA EXTRACCIÓN DEBEREMOS REALIZAR UNA CUIDADOSA INSPECCIÓN DEL ALVÉOLO, CUIDANDO DE QUE TODO PROCESO PROLIFERATIVO APICAL O MARGINAL QUE PUDIERA PERMANECER EN LA CAVIDAD DEBERÁ SER ELIMINADO CON LA CURETA.

SE PROCEDERÁ A RETIRAR TODO CUERPO EXTRAÑO, ESQUIR--LAS ÓSEAS O DENTARIAS, FRAGMENTOS FRACTURADOS EN LAS TABLAS O TABIQUES SEPTALES O INTERSEPTALES.

LA EXISTENCIA DE BORDES MUY PROMINENTES EN LOS TABIQUES O CUANDO SE OBSERVE QUE SU IMPLANTACIÓN COMPROMETA - SU IRRIGACIÓN NOS DECIDIRÁ TAMBIÉN POR SU REGULARIZACIÓN- O EXTIRPACIÓN.

EN CASO DE OBSERVARSE HERIDAS O DESGARRAMIENTOS, DEBERÁ PROCURARSE REALIZAR LA CORRESPONDIENTE REGULARIZA---CIÓN O SUTURA.

SE PUEDE DAR EL CASO DE ENCÍAS FLOTANTES, SIN HUESO SUBYACENTE, FRECUENTES EN LOS PARADENTÓSICOS O RESULTANTES DE EXTRACCIONES SERIADAS, EN LAS QUE SE OBSERVA UNA GRAN HERIDA DE BORDES EN GUIRNALDA- EN LUGAR DE VARIOS ALVÉOLOS INDEPENDIENTES ENTRE - SÍ Y ENCÍAS FIRMEMENTE ADHERIDAS.

EN CASOS DE ENCÍAS DESPRENDIDAS Y BRECHAS IMPORTANTES IMPONEN SU SISTEMÁTICA SIMPLIFICACIÓN -- CON LAS TIJERAS O BISTURÍ Y LA SUTURA CORRESPON--- DIENTE.

EL OBJETIVO ES QUE SIEMPRE QUE SE HAYA REALIZADO UNA INTERVENCIÓN QUIRÚGICA, DEBERÁ CONTROLARSE QUE LOS TEJIDOS REMANENTES QUEDEN EN LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES, A FIN DE LOGRAR UN BUEN- POSTOPERATORIO.

POR ÚLTIMO, SE PROCEDERÁ A LA REDUCCIÓN DE -- LAS TABLAS QUE HAN RESULTADO DILATADAS POR NUES---

TRAS MANIOBRAS, APLICANDO EL DEDO ÍNDICE Y EL PULGAR, UNO POR VESTIBULAR Y OTRO POR LINGUAL O PALATINO REALIZANDO UNA INTENSA COMPRESIÓN DIGITAL.

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

PRIMERA: DEL ESTUDIO DE LA ODONTOLOGÍA A TRAVÉS DE LA HISTORIA, -  
PODEMOS ESTABLECER QUE ÉSTA DISCIPLINA SIEMPRE HA ESTADO PRESENTE EN -  
LA VIDA DEL SER HUMANO: DESDE LAS MÁS RUDIMENTARIAS PRÁCTICAS EN LA --  
ERA ANTIGUA A BASE DE CURACIONES CON VEGETALES Y ESPECIES EN LA ANTI--  
GUA GRECIA, HASTA LOS MÁS SOFISTICADOS APARATOS QUE SE UTILIZAN EN LA-  
ACTUALIDAD, EN QUE YA NO SOLO SE PROPONE LA CURACIÓN DEL PACIENTE, SI-  
NO QUE TAMBIÉN SE ATIENDE AL ASPECTO ESTÉTICO DEL INDIVIDUO COMO INTE-  
GRANTE DE UNA SOCIEDAD.

SEGUNDA: EL ESTUDIO DEL ENFERMO CONSTITUYE UN PASO PREVIO QUE EL-  
ODONTÓLOGO DEBE CONSIDERAR COMO UN ASPECTO DE LA MAYOR IMPORTANCIA PA-  
RA ATENDER ADECUADAMENTE AL PACIENTE, PUES ANTES DE CUALQUIER INTER---  
VENCIÓN QUIRÚRGICA O TERAPÉUTICA, ES MENESTER CONOCER CON LA MAYOR PRE-  
SICIÓN POSIBLE EL ESTADO GENERAL DE SALUD QUE GUARDA EL PACIENTE, SU -  
HISTORIA CLÍNICA, LA CONDICIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE SUS ÓRGANOS Y SISTE-  
MAS, UTILIZANDO PRUEBAS DE LABORATORIO Y TODOS LOS DEMÁS ELEMENTOS QUE  
LA CIENCIA PROPORCIONA.

TERCERA: LA EXTRACCIÓN DENTARIA ES UN PROCEDIMIENTO A QUE DEBE SU-  
JETARSE EL DENTISTA EN CUANTO A LA OBSERVANCIA DE DETERMINADAS REGLAS-  
DE LO QUE DEBE Y PUEDE HACER PARA ATENDER CORRECTAMENTE CADA CASO, OB-  
SERVANDO UNA SERIE DE INDICACIONES Y CUIDANDO DE NO INCURRIR EN PRÁCTI

CAS QUE NO SE AJUSTEN A PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA TÉCNICA DENTAL. -ES-  
DECIR, EL DENTISTA DEBE ACTUAR TENIENDO PRESENTE DIVERSAS INDICACIONES  
EN CUANTO A LA EXTRACCIÓN DENTARIA.

CUARTA: LA EXTRACCIÓN DENTAL DEBE PRACTICARSE ATENDIENDO A LAS CA  
RACTERÍSTICAS PECULIARES DE ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DE CADA PIEZA-  
DENTAL, SEGÚN SE TRATE DE UN INCISIVO, UN CANINO, UN PREMOLAR O UN MO-  
LAR, PUES ES BIEN SABIDO QUE CADA UNO DE ELLOS CONSTITUYE UNA INDIVI--  
DUALIDAD EN CUANTO A LA FORMA DE LA CORONA, EL NÚMERO DE RAÍCES Y SU -  
UBICACIÓN ÓSEA, CARACTERÍSTICAS QUE IMPONEN VARIANTES DE DENSIDAD, PO-  
ROSIDAD, ETC.

QUINTA: EN LA EXTRACCIÓN DENTAL EXISTEN FUNDAMENTALMENTE DOS MÉTO  
DOS SEGÚN LA COMPLEJIDAD DEL CASO: EL INTRAALVEOLAR Y EL TRANSALVEOLAR  
QUE REQUIEREN TÉCNICAS DISTINTAS EN CUANTO A PROCEDIMIENTO E INSTRUMEN  
TAL QUE PARA SU DESEMPEÑO HACEN NECESARIO UN DIAGNÓSTICO LO MÁ S COMPLE  
TO POSIBLE PARA OBTENER EL MEJOR RESULTADO CON EL MENOR TRAUMATISMO PA  
RA EL PACIENTE.

SEXTA: LOS ELEVADORES CONSTITUYEN UN INSTRUMENTAL BÁSICO EN LA EX  
TRACCIÓN DENTAL, SOBRE TODO EN LOS CASOS EN QUE SEA NECESARIO DILATAR-  
LA TABLA ALVEOLAR PARA FACILITAR LA EXTRACCIÓN DE LAS PIEZAS DENTALES,  
QUE TAMBIÉN REQUIEREN DE DIVERSAS INDICACIONES EN CUANTO A LA TÉCNICA-  
DE UTILIZACIÓN PARA PROTEGER AL MÁXIMO LOS TEJIDOS ADYACENTES.

SÉPTIMA: EN EL PROCEDIMIENTO DE EXTRACCIÓN DENTINA, SURGEN DIFERENTES COMPLICACIONES QUE EL OPERADOR DEBE RESOLVER, POR EJEMPLO: UN INSUFICIENTE ESTUDIO PREVIO DEL CASO, UNA FALTA DE CONTROL DEL INSTRUMENTAL, ETC., QUE DEBEN SUPERARSE MEDIANTE LA OBSERVANCIA DE UNA TÉCNICA ADECUADA, AUNADA A LA EXPERIENCIA QUE PROPORCIONA LA PRÁCTICA.

OCTAVA: TAN IMPORTANTE COMO EL ESTUDIO DEL PACIENTE, PREVIO A LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DEL DENTISTA, ES EL CONTROL POSTOPERATORIO DE LAS EXTRACCIONES, QUE SE DESARROLLA MEDIANTE LA REVISIÓN DE LOS TEJIDOS, UNA VEZ EXTRAIDA LA PIEZA Y LA MEDICACIÓN QUE SE RECETA AL PACIENTE PARA EVITAR TRASTORNOS POSTERIORES.

NOVENA: LA ASEPSIA Y LA ANTISEPSIA SON MÉTODOS PREVENTIVOS QUE DEBEN UTILIZARSE PARA IMPEDIR LA LLEGADA DE MICROORGANISMOS A LAS ÁREAS ANATÓMICAS QUE SE VAN A INTERVENIR O PARA DESTRUIRLOS POR MEDIO DE AGENTES QUÍMICOS VARIADOS. AMBOS MÉTODOS TIENEN RELACIÓN DIRECTA CON EL MARCO DE HIGIENE QUE DEBE RODEAR PERMANENTEMENTE LA ACTIVIDAD DEL DENTISTA, QUE SE DESARROLLA EN TORNO AL OBJETIVO PRIMORDIAL DE PROTEGER LA SALUD DEL PACIENTE.

DÉCIMA: LOS FÓRCEPS DENTALES, AL IGUAL QUE LOS ELEVADORES SON PARTE INDISPENSABLE DEL INSTRUMENTAL MÉDICO NECESARIO PARA LLEVAR A CABO LA EXTRACCIÓN DE LAS DIFERENTES PIEZAS DENTALES Y DEBEN UTILIZARSE CON LA MAYOR HABILIDAD Y TÉCNICAS POSIBLES PARA LOGRAR SUJETAR LA SUPERFICIE RADICULAR MEDIANTE LOS MOVIMIENTOS VESTIBULO-LINGUALES Y ROTATIVOS CULMINAR LA EXTRACCIÓN.



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- DIAMOND MOSES  
ANATOMÍA DENTAL  
EDITORIAL HISPANOAMERICANA  
BARCELONA ESPAÑA  
3a. EDICIÓN  
492 PÁGINAS
  
- 2.- ESPONDA VILA RAFAEL  
ANATOMÍA DENTAL.  
EDITORIALES MANUALES UNIVERSITARIOS  
MÉXICO, 1978  
386 PÁGINAS
  
- 3.- HOWE GEOFFREY L.  
LA EXTRACCIÓN DENTAL.  
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO  
MÉXICO, 1979  
123 PÁGINAS
  
- 4.- MORRIS ALVIN L. HARRY M. BOCHANNAM.  
LAS ESPECIALIDADES EN LA PRÁCTICA GENERAL.  
EDITORIAL LABOR S.A.
  
- 5.- QUIROZ GUTIÉRREZ FERNANDO  
ANATOMÍA HUMANA.  
EDITORIAL PORRÚA, S.A.  
MÉXICO, D.F., 1989  
21a. EDICIÓN  
525 PÁGINAS

- 6.- RIES CENTENO GUILLERMO A.

EL TERCER MOLAR INFERIOR RETENIDO

EDITORIAL EL ATENEO

1a. EDICIÓN

BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1960

334 PÁGINAS

- 7.- ROMERO GONZÁLEZ JOSÉ DE J.

GALINDO BENTON EDUARDO

CURSO DE EXODONCIA.

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

2a. EDICIÓN 1981

- 8.- LABORATORIA ASTRA, SUECIA

MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGÍA

SUECIA, 1969

39 PÁGINAS---

- 9.- ZEGARELLI EDWARD V. AUSTIN H.

KUTSCHER, GEORGE A. HUMAN

DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL

EDITORIAL SALVAT

BARCELONA, ESPAÑA 1981

651 PÁGINAS