



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

LA EXODONCIA Y SUS TECNICAS

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

MARIA TERESA CEDILLO ROSAS



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

INDICE

	Pág.
I.- INTRODUCCION.	1
II.- HISTORIA CLINICA.	3
III.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA EXTRAC- CION DENTARIA.	10
IV.- INSTRUMENTAL EMPLEADO PARA EFECTUAR LA EXTRAC- CION DENTARIA.	14
V.- EXTRACCION DE LOS DIENTES DEL MAXILAR SUPERIOR..	23
VI.- EXTRACCION DE LOS DIENTES DEL MAXILAR INFERIOR.	27
VII.- EXTRACCION DE RAICES FRACTURADAS Y RESTOS RADI- CULARES.	32
VIII.- EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR.	36
IX.- EXTRACCION DEL CANINO SUPERIOR RETENIDO.	40
X.- ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN LA EXODONCIA.	44
XI.- HEMORRAGIA Y SU TRATAMIENTO.	48
XII.- CUIDADOS POST-OPERATORIOS.	52
XIII.- CONCLUSIONES.	55
XIV.- BIBLIOGRAFIA.	57

C A P I T U L O I

INTRODUCCION

EXODONCIA.- Etimológicamente esta palabra proviene del griego EXOS que significa fuera y de ODONTOS que significa diente; de ahí que la Exodoncia es una rama de la odontología que nos enseña las reglas para poder hacer una buena extracción dental.

La extracción dental es un acto quirúrgico muy antiguo que antes se dejaba en manos de empíricos que recibieron el nombre de "Sacamuelas". Y es que dicha operación era conceptuada, no sólo sin importancia, sino hasta denigrante para ser realizada por manos expertas; pues según el equivocado criterio de aquella época; solo la fuerza brutal era lo único digno de tomarse en cuenta en esta intervención. Pero los tiempos han cambiado y la profesión odontológica actualmente se sabe que la extracción dental aparentemente más sencilla debe considerarse un acto quirúrgico delicado, en el que hay que realizar con pleno conocimiento del estado general del paciente cuya salud puede ser perjudicada, y hasta poner en peligro su vida.

Se sabe también que la extracción de cada diente en particular tiene su técnica quirúrgica específica. Y se conocen los requisitos de la asepsia que debe reunir el acto operatorio; -

así como los principios de la anestesia que le permitirá realizarla sin dolor. No ignora tampoco los posibles accidentes que pueden presentarse en el momento de ejecutarla o después de realizarla.

Con los principios que se exponen en la presente tesis, podemos decir que el extraer un diente debe ser considerado en to dos los casos como una operación no exenta de peligro, y por lo tanto, el examen del enfermo, la asepsia, la antisepsia, la anestesia, y técnicas de extracción deben aplicarse conjuntamente para realizarla.

C A P I T U L O I I

HISTORIA CLINICA

La historia clínica es la recopilación de datos que nos refiere el paciente para efectuar una evaluación general del estado de salud en que se encuentra, esto es muy importante tanto para el paciente como para el operador, y así podemos formar un concepto global acerca del tipo de paciente que vamos a tratar.

Una importante negligencia, que ocurre a menudo en los cuidados quirúrgicos del paciente dental, es la falta de una adecuada evaluación pre-operatoria; así tratan los dentistas con frecuencia a los pacientes que sufren trastornos locales que representan para ellos leves o peligrosos riesgos quirúrgicos; por lo tanto, es importante que algunos de los exámenes generales de cada paciente sean practicados antes de la intervención. Por lo tanto, se debe permanecer atento a todos los signos expuestos por el paciente y que pueden ser sugestivos o peculiares de una enfermedad sistémica. Estos signos pueden ser hallados en la apariencia general del paciente. Muchas veces, el descubrimiento de una seria afección puede ser el resultado de una consulta con el médico que trata al paciente y las modificaciones que pueden presentarse requieren el aplazamiento del propósito quirúrgico oral, hasta que aquellas sean controladas o corregidas. Por-

eso la consulta médica es siempre importante en la evaluación de los pacientes y serían el punto de partida al que debe recurrir con frecuencia el dentista.

Una historia clínica completa consta de los siguientes datos y antecedentes:

Datos Generales:

Nombre, Dirección, Telefono, Edad, Sexo, Ocupación, Estado-Civil, Origen.

Nombre.- Es importante ya que nos es útil para el archivo e identificación del paciente.

Dirección y Telefono.- Es necesario para cualquier cambio en el horario de citas o bien para darles recomendaciones especiales que se nos hubieran pasado -- desapersibidas.

Edad.- Es muy útil ya que en la diferentes etapas de la vida se puede presentar diferentes enfermedades, a nosotros este dato nos es útil para la erupción dentaria en la cavidad bucal.

Sexo.- Este nos indica que otro tipo de enfermedades podemos encontrar en uno o en otro sexo, así como las diferentes enfermedades propias de cada sexo.

Ocupación.- Nos es útil porque por medio del empleo que-- desarrolle el paciente nos podemos dar cuenta del

padecimiento.

Estado Civil.- Puede traer como consecuencias diferentes clases de trastornos emocionales según estado civil en el que se encuentre.

Origen.- Esta puede darnos diferentes clases enfermedades que afectan en mayor o menor grado, según la raza del individuo.

Antecedentes hereditarios y familiares.

En esta parte de la historia clínica se pregunta al paciente las enfermedades que han padecido sus familiares como son, abuelos paternos y maternos, tios, padres, hermanos. Y con estos datos podemos obtener una historia clínica completa y útil para el diagnóstico.

Entre las enfermedades más comunes hereditarias encontramos la siguientes; **Deabetes**, Hemofolia, padecimientos cardiovasculares.

Diabetes.- Es un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono, debida a una inadecuada secreción de la hormona insulina de la glándula pancreática.

Cuando la enfermedad prevalece, la oportunidad de prever el tratamiento para el paciente

diabético, se presenta con frecuencia. -Como re
gla el paciente diabético es un paciente satis-
 factorio para la cirugía; oral en el consulto--
 rio, pero deben tomarse todas las precauciones--
 para prevenir, primero el desarrollo de una - -
 emergencia médica tal como el coma diabético o -
 shock insulínico, y segundo para asegurar el --
 cuidado operatorio y post-operatorio.

Hemofilia.- Es una enfermedad típicamente hereditaria de-
 la sangre de carácter hemorrágico que consiste-
 esencialmente en un retardo intenso del fenóme-
 no de la coagulación de la sangre extravasada -
 por hemorragia; lo que predispone con gran faci-
 lidad para padecer hemorragias abundantes y a -
 veces incoersibles y con lesiones de los vasos-
 sanguíneos de pequeño calibre.

El atender una paciente así nos puede traer como consecuen-
 cia producir una hemorragia que de no ser atendida rápidamente
 puede traer consecuencias fatales.

Padecimientos Cardiovasculares.- La enfermedad cardiovascular
 es uno de los desórdenes médicos más comunes en los pacientes-
 dentales que pasan de los cuarenta años de edad; puede manifes-
 tarse en las siguientes formas:

- a).- Enfermedad de las arterias coronarias.- Caracterizada por una disminución en la luz de las arterias coronarias, que disminuye el aporte de sangre al corazón y se asocia con arterioesclerosis. La oclusión completa de estas arterias vitales priva de sangre al músculo cardíaco causando un infarto agudo del miocardio o ataque al corazón.
- b).- Angina pectoris (Angina de pecho), es un trastorno caracterizado por un agudo y penetrante dolor en la región subesternal, que se irradia hacia la parte izquierda de la espalda y brazo correspondiente. Una transitoria vasoconstricción de la arteria coronaria reduce la corriente de sangre al corazón produciendo la anoxia tisular, responsable del dolor. Muchos pacientes afectados por angina de pecho llevan consigo tabletas de nitroglicerina para usar en caso de emergencia.
- c).- Presión arterial.- Es la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales al ser expulsada por la contracción del ventrículo izquierdo hacia la circulación general: La presión normal es 120/80.

Hipertensión.- Es un signo de origen variable manifestado por una anormal presión de sangre. En tales pacientes una presión sistólica de 160 a 220 mm y una presión diastólica de 100 a 150 mm. no es excepcional.

El hipertenso, candidato a la cirugía oral, requiere cuidadosa atención y todas las precauciones deben ser tomadas para -- evitar una elevación de la tensión arterial.

Antecedentes personales no patológicos.

Esto se refiere a las condiciones en que vive el paciente, -- ejemplo condiciones de vivienda, hábitos, higiene.

Antecedentes personales patológicos.

Enfermedades que ha padecido, operaciones que le han practicado y si es alérgico a algún medicamento.

Padecimiento actual.

Es el motivo por el cual el paciente acude a la consulta.

Aparato digestivo.- Dificultad al tragar, crecimiento abdominal, falta de apetito, diarrea, estreñimiento y presencia de -- sangre en heces fecales.

Aparato cardiovascular.- Dificultad al respirar al reali--zar algún esfuerzo, cefalea, vértigos y epixtasis.

Aparato respiratorio.- Tos, expectoración, dolor torácico, disnea.

Aparato genitourinario.- Dificultad en la micción, trastornos menstruales.

Sistema endocrino.- Hipotiroidismo, hipertiroidismo, temblores en los dedos.

Sistema hematopoyético.- Anemia, palidez, sangrado de las encías.

Sistema nervioso.- Cefaleas, intranquilidad, trastornos de la sensibilidad, pérdida de la coordinación.

SINTOMAS GENERALES.

Son los síntomas que el paciente refiere en una forma general.

EXAMENES PREVIOS

Esto es si el paciente tiene exámenes realizados ya.

DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

Este lo obtenemos con todos los datos que nos a referido el paciente.

EXPLORACION FISICA

Consta de inspección general, peso, pulso, estatura, presión arterial, temperatura. Cualquier alteración indica un trastorno en el paciente.

C A P I T U L O I I IINDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
DE LA EXTRACCION DENTARIA

1).- Indicaciones de la extracción dentaria:

a).- Los dientes cuyos tejidos de sostén están debilitados por alguna enfermedad en forma tal que su utilidad es nula.

b).- Todos aquellos dientes con infecciones periapicales, - cuya conservación impide la curación completa de la enfermedad, - deben ser extraídos.

c).- También es recomendable la extracción de los dientes - que por su colocación, impide la inserción de dentaduras artificiales, así como habrá que recurrir a la intervención exodóntica cuando se trata de librar a los pacientes del sufrimiento ocasionado por dientes incluidos o mal erupcionados que constituyen focos de infección o son causa de neuralgia.

d).- Los dientes que se presentan apañados, completamente fuera de la arcada, y que en el tratamiento ortodóntico está contraindicado, deben extraerse para evitar caries y enfermedades - periodontales, ocasionados por contactos defectuosos.

e).- Los dientes caducos que impiden la erupción de sus sucesores permanentes, y los dientes supernumerarios que tienden a impedir la debida alineación de la dentición permanente, la articulación fonética o la higiene bucal.

f).- Los dientes a través de los cuales se ha introducido-

a los tejidos periapicales, sondas radiculares o bien cualquier material irritante, cuya eliminación por vía transalveolar está contraindicada.

g).- Los dientes cuya pulpas se han destruido antes de -- que la calcificación de la raíz esté suficientemente adelantada para justificar todo intento de obliteración del conducto radicular, y de los dientes que constituyen núcleos de quistes, épulis u otras formaciones neoplásicas.

2.- Contraindicaciones de la extracción dentaria:

a).- Los dientes que están adheridos en sus alveolos y que se comprenden en la línea de la fractura del maxilar inferior de ben guardarse en posición hasta después de la reducción de la - fractura, cuando ya el proceso reparador está muy avanzado después podrán eliminarse sin atacar la debida unión.

b).- La presencia de gingivitis ulcerosa aguda o cualquier proceso ulcerativo agudo que ataque los tejidos bucales, pueden- fácilmente extenderse a los alvéolos después de una extracción, - y dan lugar a una hemorragia secundaria grave o necrosis alveo- lar.

c).- Se debe aplazar la extracción de dientes relacionados con abscesos alveolares bien desarrollados cuando existe fluctua- cion y en el cual el camino más corto para evacuar el pus es la- incisión gingival, en estos casos es preferible evacuar el con- tenido de la cavidad del absceso sin pérdida de tiempo y retra-- sar la extracción del diente causante hasta que hayan desapareci- do los síntomas inflamtorios agudos.

d).- Los pacientes atacados de neuralgia del trigémino, pi- den la extracción de dientes que no presentan señal de enferme-- dad. La extracción de estos dientes deben negarse porque la ex- periencia ha demostrado que el alivio, después de estas extrac-- ciones, es despresiable, y si se obtiene es de duración extrema- damente corta.

e).- Los caninos temporales no deberían extraerse nunca-- para dejar espacio libre a la erupción de los incisivos laterales permanentes; así como no debe extraerse nunca un diente temporal para facilitar la erupción de ningún diente permanente, como no sea su propio sucesor.

f).- En caso de dientes defectuosos cuya extracción será necesaria en último término, pero no se ocasionan síntomas locales o generales en presencia de cualquiera de las condiciones antes citadas, se aplazará la extracción. Sin embargo, cuando uno o más dientes sean causa del dolor, que no pueda combatirse por medio de medidas paliativas la alteración está indicada enseguida y es menos probable que las consecuencias sean desagradables que si se deja el paciente con sus dientes, y con el consiguiente sufrimiento.

g).- Igualmente las enfermedades febriles y toda enfermedad que deprima la resistencia orgánica, las afecciones nerviosas, etc., presentan problemas que pueden decidirse después del madurado estudio y consulta entre el médico a cuyo cargo está el paciente y el odontólogo.

C A P I T U L O I V

INSTRUMENTAL EMPLEADO PARA LA EXTRACCION DENTARIA

El instrumental que se emplea para realizar la extracción de los dientes se puede dividir en :

- a).- Instrumental propio
- b).- Instrumental suplementario.

A).- Instrumental propio.- Dentro de este instrumental -- estan los destinados a extraer el diente Pinzas para extraer -- (forceps y elevadores o botadores).

B).- Los destinados a extraer el hueso que cubre o rodea total o parcialmente a los dientes: Osteótomos, escoplos y fresas. Forceps o pinzas extractoras.- La pinza para extracciones es un instrumento basado en el principio de la palanca de primer género, en el cual se toma al diente a extraer, imprimiendo movimientos particulares por medio de los cuales se elimina el organo dentario del alvéolo.

La pinza para extracciones consta de dos partes que son:

- 1).- Parte activa.
- 2).- Parte pasiva.

Unidas entre si por una articulación de tijera es de un funcionamiento más suave, más fuerte y mucho más resistente al uso y a las fuerzas destructivas y a la esterilización. Es más fá--

cil de limpiar y de esterilizar, secar y lubricar.

Existen en términos generales, dos tipos de pinzas para extracciones, aquellas destinadas a extraer dientes del maxilar superior y las destinadas a los dientes del maxilar inferior. La diferencia principal entre ambos modelos reside en que las del maxilar superior poseen las partes pasivas y activas en la misma línea, mientras que las pinzas para el maxilar inferior tienen ambas partes en ángulo recto.

Cada diente o grupo de dientes exige una pinza particular-- diseñada según la anatomía del órgano a extraer.

Cuando se usa la palabra universal y con el número de fórceps, esto indica que ese fórceps sirve para la extracción de los dientes de ambos lados del mismo maxilar, pero no para extraer los del maxilar opuesto.

Hemos dicho que la pinza para extracciones consta de dos partes la activa y la pasiva.

1).- La parte pasiva.- Es el mango de la pinza, sus ramas son paralelas y según sus distintos modelos, están labradas en sus caras externas para impedir que el instrumento se deslice de la mano del operador. La ramas de las pinzas se adaptan a la palma de la mano derecha. El dedo pulgar se coloca entre ambas ramas, actuando como tutor para vigilar y regular el movimiento -

y la fuerza a ejercer.

2).- La parte activa.- Se adapta a la corona anatómica del --
diente, sus caras externas son lisas, y las internas además de--
cóncavas presentan estrías para impedir su deslizamiento. Los--
bordes o mordientes de la pinza siguen las modalidades del cue--
llo dentario. Estos mordientes son distintos según los modelos

Las que se adaptan a los cuellos de los molares presentan--
mordientes en forma de ángulo diedro para adaptarlos a las bi--
furcaciones de las raíces, de estos dientes.

Números de fórceps que se utilizan en la extracción de los
dientes de la arcada superior.

Incisivos	Fórceps # 150
Canino	Fórceps #150
Premolares	Fórceps # 150
Primer Molar	Fórceps # 18 R ó 18 L.
Segundo Molar	Fórceps # 18 R ó 18 L.

Números de Fórceps que se lutilizan en la extracción de los
dientes de la arcada inferior.

Incisivos	Fórceps # 151
Canino	Fórceps # 151
Premolares	Fórceps # 151
Primer Molar	Fórceps # 17.
Segundo Molar	Fórceps # 17.

Elevadores.- Los elevadores o botadores son instrumentos que basados en principios de física tienen aplicación en odontología con el objeto de movilizar o extraer dientes o raíces dentarias.

Como palanca deben ser considerados en el elevador tres factores además de la palanca propiamente dicha, el punto de apoyo, la potencia y la resistencia. El elevador considerándolo esquemáticamente consta de tres partes que son: El mango, el tallo y la hoja.

1).- El mango.- El mango adaptable a la mano del operador tiene, según los distintos modelos, diversas formas. En general el mango está dispuesto con respecto al tallo de dos maneras: en la misma línea, perpendicular al tallo formando una "T". En esta última disposición es más útil en la aplicación de la fuerza y el mango es más sencillo.

2).- El tallo.- Es la parte del instrumento que une al mango con la hoja; debe adaptarse a las modalidades de la cavidad bucal. Está construido de acero lo suficientemente resistente como para cumplir su cometido sin variar de forma.

3).- La hoja.- Está construida en distintas formas, según la aplicación que se le dé al instrumento. Dos son las formas generales de presentación, de las cuales depende la forma de actuar, la hoja de esta línea con el tallo (elevadores rectos) forma con

él un ángulo de grado variable (elevadores curvos).

A).- El punto de apoyo.- Para actuar la palanca destinada a elevar un diente o una raíz dentaria debe valerse de un punto de apoyo el cual está dado en exodoncia por dos partes o elementos:

- 1.- El hueso maxilar.
- 2.- Los dientes vecinos.

1.- El hueso maxilar como punto de apoyo.- El hueso maxilar es un punto útil como punto de apoyo para el elevador el borde alveolar, cuando es fuerte y resistente permite el apoyo de instrumentos para movilizar un diente retenido en la implantación normal o raíces dentarias. Generalmente el apoyo se busca en el ángulo Mesio-bucal del diente a extraer, pero cuando algunas condiciones así lo exijan, el elevador puede tener aplicación lingual, medial, distal o bucal.

2.- Los dientes vecinos como punto de apoyo.- Los dientes vecinos el segundo molar, en caso de la extracción del tercer molar inferior, constituyen puntos de apoyo útil. El uso de un diente vecino exige, en este órgano algunas condiciones para que resulte eficaz a este propósito. La corona debe mantener su integridad anatómica, no estando viciados el papel del punto de apoyo por la disminución de su resistencia física, en el caso de ser portador de prótesis u obturaciones proximales. La raíz debe ser arquitectónicamente fuerte y bien implantada.

Instrumental Suplementario

Dentro de este instrumental se encuentran los destinados a la extracción del hueso que cubre total o parcialmente a los dientes, además que sirve para separar y cortar la encía o tejidos blandos en la extracción de dientes retenidos.

Dentro de este instrumental se encuentra el siguiente:

a).- Instrumental para tejidos blandos:

- 1).- Mango y hoja de bisturi.
- 2).- Tijeras finas para encía (pinzas de addson).
- 3).- Pinzas y tijeras de disección.
- 4).- Legras (para desprender el epitelio y mucoperiostio).
- 5).- Separadores (celdín para separar carrillos y otros para colgajos).

b).- Instrumental para tejidos duros:

- 1).- Motores de alta y baja velocidad.
- 2).- Fresas.
- 3).- Alveolotomo u osteotomo (pinza gubia).
- 4).- Lima para hueso.
- 5).- Martillo y escolpo (actualmente casi en desuso por lo traumático).

PASOS QUIRURGICOS EN EXODONCIA

- 1).- Historia clínica.
 - 2).- Examen radiográfico.
 - 3).- Asepsia y antisepsia de la región
 - 4).- Anestesia indicada.
 - 5).- Debridación.
 - 6).- Extracción.
- a).- Extracción con pinzas.
 - 1).- Prehención
 - 2).- Luxación.
 - 3).- Tracción
 - b).- Tiempos de exodancia con elevadores.
 - 1).- Aplicación
 - 2).- Luxación.
 - 3).- Elevación o tracción propiamente dicha.
- 7).- Formación del coágulo.
 - 8).- Sutura (cuando el caso lo requiera).

Extracción de dientes permanentes.

Posición del paciente y del operador.- El paciente debe estar sentado cómodamente con el cuerpo vertical o ligeramente inclinado hacia atrás con el sillón lo más bajo posible. Para la extracción de los dientes anteriores superiores y los molares supe-

riores izquierdos, el operador debe estar de pié a la derecha del sillón y hacia la parte posterior de éste. El brazo izquierdo abraza la cabeza del paciente manteniéndola firme en el cabezal; los dedos de la mano izquierda servirán de separadores de labios y mejillas, facilitando de este modo la visualización del campo operatorio. La contrapresión ejercida por los dedos restantes sobre los dientes de la arcada superior contribuyen de gran manera a fijar la cabeza del paciente durante los variados movimientos de extracción con los fórceps o los botadores. Para comodidad del operador se imprime a la cabeza del paciente un movimiento de rotación hacia la derecha, cuando se opera en el área de los bicúspides y molares izquierdos, y hacia la izquierda cuando se procede a la extracción de los bicúspides derechos. Cuando se opera sobre los molares derechos, el operador está de pié a la derecha del sillón delante del paciente; el pulgar y los demás dedos que convengan de la mano izquierda se utilizan como separadores de la mejilla y para producir contrapresión. El brazo se levanta sólo lo suficiente para retraer la mejilla sin estorbar la visualidad.

Es conveniente que el sillón pueda hacerse desender hasta una posición en que el asiento esté a unos 40 cm. de suelo, a fin de que el operador pueda gobernar las fuerzas que se aplican a la labor exodóntica, el sillón debe estar en una posición muy baja.

Preparación del campo operatorio.- Las coronas de todos -- los dientes y la mucosa del campo operatorio deben friccionarse, ante todo con gasa, a fin de limpiarlos de residuos y mucosida-- des que puedan tener adheridos. Después se aplica alguna solu-- ción antiséptica en la región que se va a operar a fin de comba-- tir la vida microbiana.

C A P I T U L O V

EXTRACCION DE DIENTES DEL MAXILAR SUPERIOR

1).- Extracción del diente incisivo central superior.

Este diente tiene una raíz cónica sencilla que, por término medio, tiene una longitud de 1.25 cms., ligeramente aplanada en las superficies labial, mesial y distal; no es fácil que se fracture si no está debilitada por caries o ensanchamiento excesivo del conducto en caso de tratamiento endodóntico.

Empuñando con la mano derecha el fórceps, núm. 150, se separan las ramas del fórceps lo suficiente para abarcar la raíz, la rama o pico lingual se aplica primero entre la raíz y el repliegue gingival libre; después se aplica de un modo idéntico la rama labial, imprimiendo a los picos labial y lingual un movimiento de rotación que las fuerzas alternativamente en la zona sublingual, hasta llegar a la cresta alveolar. Se coge ahora con firmeza el mango del fórceps y se ejerce moderada fuerza labial, con lo que se rompen algunas de las fibras periapicales de la superficie lingual, debilitando así la unión fibrosa en la superficie labial de la raíz, volviendo el diente a su posición original, se le imprime una rotación en sentido mesial, después de lo cual, basta una ligera tracción para extraer el diente de su alvéolo.

2).- Incisivo lateral superior.

Tiene la raíz ligeramente más larga que la del central y difiere de él notablemente por su forma; es decididamente más aplana en sus caras mesial y distal. Esto unido al hecho frecuente al presentar una decidida curvatura distal en su tercio apical excluye la posibilidad de la rotación en el alvéolo.

Se toma el mismo fórceps utilizando para la extracción del central, se coloca el pico lingual, se coloca el labial, y ambos se introducen profundamente bajo la cresta a fin de hacer presa en la raíz lo más cerca posible del ápice, reduciendo así el peligro de posible fractura. Cogiendo firmemente el mango del fórceps se inicia un movimiento en sentido labial; estos movimientos se repiten cuidadosamente para impedir la fractura de la raíz que es muy frágil, hasta que el diente se suelta y puede ser removido de su alvéolo por una ligera tracción.

3).- Canino superior.

Debido a su tamaño, forma y longitud radicular, y la fuerza extraordinaria que ha de resistir durante la masticación, está sujeto en su alvéolo con una gran firmeza y su extracción requiere muchas veces un esfuerzo considerable.

Al aplicar el fórceps No. 150 los picos deben penetrar profundamente forzándolos bajo la cresta alveolar en las superficies-

labial y lingual. Se recurre a la aplicación alternada de fuerza en sentido labial y lingual, mayor siempre en sentido labial - en caso de estas aplicaciones de fuerzas no se logra romper la unión periapical, se aplica la combinación de movimientos rotatorios y aplicación alternada de fuerza en sentido lingual, seguido de rotación y fuerza en sentido labial; la rotación debe ser en sentido mesial para evitar la fractura de la punta radicular, ya es frecuente el caso de presentar el extremo apical una curvatura en sentido distolingual. La tracción es de poca utilidad - hasta que se ha roto la adherencia fibrosa periapical. En caso de que estos movimientos no logren soltar el diente, debe aplicarse de nuevo el fórceps, forzando esta vez más profundamente - bajo la cresta alveolar, sujetando la raíz más cerca del ápice y repitiendo los movimientos anteriormente descritos.

4).- Premolares Superiores.

Colocados el paciente y el operador en la forma ya descrita, se hace uso del fórceps No. 150 aplicándolo como en los dientes anteriores, o sea primeramente el pico lingual, después el vestibular, ambos introducidos lo más profundamente posible pasada la cresta alveolar, prendiendo firmemente la raíz sobre la porción coronaria del diente. Las láminas del proceso alveolar, tanto lingual como vestibular, ceden fácilmente en esta región y por consiguiente, se aplica la fuerza alternativamente en las direc-

ciones vestibular y lingual hasta que el alvéolo se dilate y la adherencia periapical quede rota; entonces una ligera tracción en el sentido de menor resistencia separara el diente del alvéolo. Casi más de la mitad de los primeros premolares tiene dos raíces, y como son muy delgadas hay que tener mucho cuidado de no aplicar la fuerza tanto en sentido vestibular como lingual, en forma exagerada para evitar la fractura de una de ellas o de ambas a la vez. La raíz del segundo premolar tiene forma algo cilíndrica y su extracción raras veces ofrece dificultad.

5).- Molares superiores.- A causa de su similitud de su forma y colocación se estudiarán juntos. Colocados paciente y operador de la posición descrita, se aplica los fórceps de molar superior No. 18 R o No. 18 L (derecho e izquierdo respectivamente), según el caso, con el pico redondeado aplicado a la raíz lingual y el angulado a la superficie vestibular; la uña de este pico se ajusta a la bifurcación de las raíces vestibulares.

Hay que tener sumo cuidado en aplicar profundamente los picos del fórceps, a fin de que se adapten correctamente a las superficies dentarias. Cogiendo el mango del fórceps con firmeza se aplica una tracción continua en sentido vestibular; se aplica después a lingual en menor grado, cuidando la fractura de la raíz lingual. Repitiendo estos movimientos con tracción moderada

da siguiendo siempre la línea de menor resistencia, el proceso alveolar cederá bajo la fuerza de palanca hasta permitir la salida de dientes con raíces muy divergentes, sin fractura ni del diente ni del proceso.

Los terceros molares superiores están, a menudo, inclinados hacia la mejilla, pero su extracción se lleva a cabo fácilmente aplicando la fuerza en sentido distovestibular.

C A P I T U L O V I

EXTRACCION DE LOS DIENTES DEL MAXILAR INFERIOR

La extracción de los dientes inferiores presentan mayores dificultades que la de los superiores. El maxilar inferior no es un hueso fijo en el esqueleto y por lo consiguiente, el operador debe proporcionarle soporte durante los movimientos de la extracción. La lengua y tejidos vestibulares dificultan con frecuencia la adaptación de los fórceps y botadores, y la sangre y saliva enmascaran el campo operatorio, dificultando así la labor de extracción. Un accidente frecuente es el desplazamiento de coronas u obturaciones, o fractura de algún diente superior con el fórceps, debido al relajamiento súbito de un diente en dirección superior, bajo la fuerza de tracción ejercida por el dentista.

Posición del paciente y del operador.- Se coloca el sillón en su posición más baja, el operador a la mano derecha del paciente. Al operar los dientes anteriores y los premolares y molares izquierdos, el brazo izquierdo del operador abraza la cabeza del paciente, manteniéndola firme en su posición en el cabezal mientras la mano izquierda sujeta la mandíbula inferior, ejerciendo contrapresión antagónica de los movimientos de la extracción. Esto alivia mucho al paciente y evita la luxación de

la articulación temporomaxilar. Al operar sobre los premolares y molares inferiores derechos el operador está frente al paciente, y estabiliza la mandíbula desde adelante sujetándola con la mano izquierda, cuyo pulgar se coloca en las superficies oclusales de los dientes y los dedos debajo del borde inferior.

1).- Extracción del incisivo central y lateral.

Son tan estrechos en su diámetro mesiodistal que para evitar la extracción de más de uno a la vez se necesita un fórceps de picos estrechos. En caso de que el fórceps regular No.151--no se ajuste fácilmente, como sucede en caso de apilamiento,--se puede recurrir al fórceps de bayoneta para raíces superiores No.65, que se aplica en este caso estando el operador detrás --del paciente con el sillón bien inclinado hacia atrás, y ejecutando entonces los movimientos regulares de extracción. Debido a lo delicado de las raíces, hay que tener mucho cuidado en no emplear una fuerza exagerada que podría producir su fractura. --Se coloca primero la rama lingual del fórceps, después se ajusta la labial, cuidando de evitar la inclusión de encía entre --las ramas o picos del fórceps. Se realizan entonces, cautelosamente movimientos de báscula en sentido labial y lingual cuidando de que la mayor inclinación sea en el sentido de la lámina --labial del proceso alveolar, que es más delgada, y que al ceder da lugar a la expansión del alvéolo y a la fractura de la adherencia, desprendiéndose el diente del alvéolo en la línea de su

eje longitudinal.

2).- Canino inferior.

Se extrae de un modo casi idéntico a los incisivos inferiores, con la particularidad de que se necesita mucho más fuerza para romper su adherencia. La raíz está mucho menos aplanada - en sentido mesio-distal, y por lo mismo menos propensa a la -- fractura; hasta se recurre con frecuencia a la rotación para -- romper la adherencia especialmente cuando la lámina labial del proceso tiene una adhesión que continúa después de que se ha -- roto la adherencia lingual.

3).- Premolares inferiores.

Están colocados entre láminas alveolares lingual y vestibular, que por ser muy macizas son resistentes a la presión. Las raíces tienen una longitud aproximada de 1.25 cm., son cónicas y casi rectas. Si existen curvaturas, se encuentran en el tercio apical y dirigidas en sentido distal, los premolares inferiores tienen una inclinación general decidida hacia la cara -- lingual, por lo que al aplicar el fórceps se ajusta primero la rama lingual, cuidado de evitar la inclusión de encía, después de lo cual se aplica el pico vestibular y se hace penetrar el -- fórceps cuanto sea posible en sentido apical, hasta obtener una presa firme. Las fuerzas que se aplican son lingual, vestibular y la rotación, todas en el orden mencionado; más eficaz es la rotación, pero supone la expansión previa del alvéolo por la

aplicación de las fuerzas lingual y vestibular. Estos dientes-son asiento frecuente de excementosis, y en este caso pueden resistir todos los esfuerzos de la extracción hasta que el proceso alveolar es intervenido suficientemente con una fresa para -permitir la liberación del extremo radicular bulboso.

4).- Molares inferiores.

Tienen dos raíces, la mesial ancha en sentido vestibulo- -lingual y aplanada en sentido mesio-distal. La raíz distal es- de forma cónica. Tiene una curvatura general e inclinación en- sentido distal. Las raíces del primer molar inferior están se- paradas regularmente por un tabique o septum de proceso alveo- -lar grueso, son mayores y de forma más constante que la del se- gundo y tercero. Las raíces del segundo molar no son tan cur- -vas o divergentes, presentando a veces una unión que simula una raíz única. El tercer molar posee variaciones en abundancia, - siendo la más frecuente el caso del multiplicidad radicular con curvatura apical pronunciada en sentido distal.

La lámina ósea lingual y vestibular poseen gran firmeza, y requieren a menudo la aplicación de fuerza considerable para -- comprimirlas lo suficiente durante la ejecución de los movimien- tos de extracción, para romper la adherencia y extraer el dien- te. La lámina lingual, sin embargo, es más delgada en la re- -gión del segundo y tercer molar, y resiste menos que la vestibular. El fórceps universal de molares inferiores No.17 se ajus-

ta cuidadosamente de manera que las dos uñas de sus picos ajusten a la bifurcación de las raíces. Hay que tener cuidado al aplicar el fórceps que éste no se desplace en sentido distal, haciendo presa en el diente posterior contiguo al que hay que extraer. Los movimientos de extracción están limitados a las direcciones lingual y vestibular, y han de ir acompañados de -- tracción moderada. Deben ejecutarse lentamente y seguir la línea de menos resistencia; esta última es difícil de determinarse si los movimientos de extracción son rápidos. La falta de observación de estas precauciones dará por resultado la fractura innecesaria de muchas raíces.

Dientes temporales.

La extracción de los dientes temporales no difiere de los permanentes si no es que el operador debe siempre tener presente que debajo de un diente caduco se encuentra el germen de un diente permanente y que los movimientos violentos de extracción pueden perjudicar la existencia del último; igualmente conviene advertir que una aplicación exagerada de fórceps puede extraer ambos dientes, el caduco y su sucesor permanente.

C A P I T U L O V I I

EXTRACCION DE RESTOS RADICULARES Y RAICES FRACTURADAS

Raíces fracturadas. Las raíces que han sido desalojadas de sus conexiones periodontales deben ser extraídas ya que causan dolor y además dan origen a reacciones propias de un cuerpo extraño, tales como infecciones e inflamaciones, la extracción de estos restos radiculares se pueden hacer de diferentes maneras tales como:

1).- En dientes multirradiculares, cuando el diente ya no se puede tomar con el fórceps, lo más conveniente es separar las raíces, (en caso de no presentar unión radicular), se procede a cortar el diente con una fresa esférica grande, hasta alcanzar el septum interradicular, entonces, por medio de una fresa grande de fisura se separan las raíces, en el maxilar superior se separa la raíz palatina de las dos vestibulares; en la mandíbula, se separa la mesial de la distal. Cuando están separadas las raíces, lo más difícil es extraer la primera, entonces se procederá a extirpar el tabique interradicular de preferencia con una fresa de fisura lo que permite insinuar entre ambas raíces, un botador puntiagudo y luxar una de ellas.-

Cuando en la mandíbula no se logra con ello el resultado deseado, se inserta el botador mesial o distalmente con respecto a la pieza dentaria y se luxa la raíz el espacio que se ha de-

jado libre la extirpación del tabique, en dado caso que no pueda introducirse lo suficiente el botador ya sea mesial o distalmente entre el hueso y la raíz se hará una ranura en sentido longitudinal con respecto a la raíz, con el fin de poder aplicar en ella el botador. En el maxilar superior no se requiere las más de las veces, el auxilio del fresado, puesto que es fácil introducir el botador en el hueso esponjoso condensado. También es más fácil coger las raíces separadas con el fórceps de bayoneta, ya que se puede introducir a través del hueso esponjoso.

2).- Exceptuando los terceros molares inferiores, una extracción más difícil que la de los dientes multirradiculares con raíces fracturadas, puede ser la de los bicúspides y caninos inferiores, cabe en ellos obtener por medio de la separación de las raíces un punto de inserción para el botador en el septum interradicular.

3).- Cuando el diente está fracturado cerca del borde alveolar cabe en algunos casos resecar por medio de un escoplo hueso-alveolar vestibular en una pequeña extensión, eventualmente hueso lingual también, para poder tomar las raíces con el fórceps oblicuamente desde abajo, no en ángulo recto con el hueso, a uno o dos milímetros del borde óseo.

4).- Otra posibilidad de extraer raíces fracturadas la constituye la resección de encía y hueso. Se entiende por este método

do en resecar toda la pared alveolar, y a continuación proceder a la extracción de las raíces. Ante todo debe desprenderse la encía respecto al hueso. La incisión gingival puede hacerse en diversas formas: en forma de "T", en "L", en forma de hoja de puerta, etc. Una de las más comunes es la que a continuación se describe: Se hace una incisión vertical, ya sea mesial o distal, con respecto a la zona por operar, esta incisión debe ser continuada en escuadra por una incisión transversal sobre la apófisis alveolar. Se despega el colgajo gingival lo suficiente para obtener la exposición del huso correspondiente a toda la longitud radicular. En la región de los bicúspides inferiores hay que tener cuidado con el nervio mentoniano. Toda incisión vertical en esta región no debe ser demasiado próxima al labio, y no rebasar el repliegue vestibular, con el objeto de no lesionar el nervio en su trayectoria desde el agujero mentoniano.

Hecho todo esto, procedemos a resecar toda la pared ósea vestibular. Esto se hace primero usando una fresa de bola y haciendo con ésta una serie de perforaciones próximas una de la otra delimitando la zona por resecar, después se unen con el uso de una fresa de fisura, lo que permitirá levantar toda la pared de una vez. De este modo queda la raíz expuesta en tal extensión que cabe extraerla aplicando un botador recto o el escoplo desde el vestibulo. Extraídas las raíces se procederá a irrigar el campo operatorio y se sutura la mucosa, tanto lateralmen-

te como sobre la apofisis alveolar, con lo cual se logra una cicatrización por primera intención, sólo se recurre al taponamiento cuando exista infección. Como la encía no tiene mucha consistencia, lo mejor suele ser suturar primero todo el borde gingival y después suturar el resto, se usa de preferencia hilo de seda de 00 ó 000 para suturar.

C A P I T U L O VIII

EXTRACCION DEL TERCER MOLAR INFERIOR

Entre un tercer molar inferior completamente erupcionado y uno - parcial o completamente retenido, hay todos los grados de transi- ción, y por lo mismo ocurre con los respectivos métodos exodónti- cos.

1).- Si el diente ha erupcionado por completo, aunque esté- cubierto de mucosa, se luxará en sentido distal en la forma típi- ca con un botador, sirviendo como punto de apoyo el borde óseo-- distal. El botador se introducirá en el espacio entre el segun- do y tercer molares a la mayor profundidad posible y se le impri- rá una rotación en sentido distal. No debe emplearse gran fuer- za ya que se corre riesgo de fractura del maxilar o bien la frac- tura correspondiente de la corona. Si el diente está recubierto de encía, debe está extirparse previamente con las tijeras gingi- vales, porque de lo contrario una vez luxado el diente, se corre fácilmente bajo la mucosa y puede agarrarse con el fórceps.

2).- Si el diente se encuentra a nivel más profundo toda- - vía, la corona debe estar aún rodeada de hueso distalmente, y - muy a menudo también presenta una ligera mesioversión. Se trata- rá también de luxarla en sentido contrario distal. Primeramente se establece en la cara mesial del diente en punto de aplicación del botador y en segundo lugar se reseca la cantidad necesaria -

de hueso distal para que la corona sobresalga del borde óseo hasta el cuello. Ante todo se rechaza la mucosa, después de haber practicado una incisión en ángulo recto, a un lado del cual sigue el borde lingual de la apófisis alveolar y el otro yugal, con respecto al segundo molar, se dirige a la mejilla. Con un separador se mantiene alejada de la mucosa.

Debe hacerse penetrar una porción del botador en el intersticio periodóntico del tercer molar, y precisamente en el ángulo mesio-vestibular.

Además, debe resecarse a menudo el hueso en este punto en una pequeña extensión a lo largo de la raíz.

En muchos casos se luxará el diente mejor oblicuamente en sentido lingual que en sentido distal, cuando esté bien vertical, o sea en mesioversión y el hueso sea más débil en sentido lingual que en sentido vestibular. En este caso se debe establecer un punto de aplicación para el botador en la cara vestibular, se hará entonces una ranura vertical en el hueso, usando para ello una fresa en el hueso con respecto a la bifurcación, y se aplica el botador en el fuerte hueso de la línea oblicua con el cual se luxa el diente en dirección vestibulo-lingual.

3).- Si el diente está aún más profundo del hueso, de manera que éste recubra también vestibularmente y en parte oclusalmente, debe resecarse aún más hueso para exponer el diente. Rechazada la mucosa, no basta la simple resección de un poco de

hueso del lado distal; debe exponerse toda la cara triturante y la vestibular. Esto se lleva a cabo fácilmente deslindando el hueso que recubre el diente por medio de orificios hechos con una fresa de bola en todo su perímetro los cuales deben tener la dirección radicular. Si se tiene cuidado en practicar los próximos, se pueden unir por medio de una fresa de fisura o con un eg coplo y así resecar el hueso de una sola pieza.

Antes de luxar el diente, se aqueja una mesioversión pronunciada, debemos exponer por completo sus cúspides, y también la superficie distal de la corona hasta el cuello dentario. Finalmente, con fresas de bola, se interviene un poco el segmento coronario de la raíz. Entonces se puede luxar el diente en sentido distal o en sentido lingual, quizás también cogerlo con un fórceps superior de bayoneta.

4).- Si el diente yace casi o del todo horizontal, su corona choca contra el cuello del segundo molar y no lo podemos extraer completo sin sacrificar el segundo molar o gran cantidad de hueso, si la pared del alvéolo del segundo está destruída por el tercer molar, extraeremos el segundo de lo contrario, dividiremos el tercer molar, después de haber resecaado vestibularmente la pared ósea. Se ofrecen entonces dos posibilidades de extracción del tercer molar.

a).- Cabe extirpar las cúspides mesiales, que yacen bajo el segundo molar, valiéndose para ello de un disco carborundum o --

también de diamante o, partiendo del surco central, fresar hacia el límite de cemento-adamantino, y desde la dentina fresar una retención para después aplicar un escoplo.

b).- Si el tercer molar está completamente horizontal, resulta más fácil dividirlo en su cuello, interviniéndolo con una fresa esférica y después de fisura, por ambos lados. Es recomendable extirpar con una fresa o un disco dentario, a fin de obtener un espacio libre que permita extraer primero la corona y a continuación la raíz.

Más difícil todavía puede ser la extracción del tercer molar cuando se encuentra a gran altura en la rama ascendente a gran profundidad en el ángulo del maxilar. En estos casos cabe, muchas veces, coger la corona con un fórceps superior, si el diente está rodeado de un quiste folicular o si se puede exponer en un foco inflamatorio, y muchas veces se deberá recurrir a la división del diente, la mayoría de las veces se opera por vía bucal, excepcionalmente por vía externa mediante una incisión cutánea bajo el ángulo del maxilar inferior.

El tercer molar inferior puede ser crónico, con raíces unidas pero también posee tres o cuatro raíces delgadas, acodadas en todas las direcciones, cuya fractura es extraordinariamente fácil. Tal fractura puede evitarse, a menudo, con una amplia exposición del diente y con una luxación precavida.

C A P I T U L O IX

EXTRACCION DEL CANINO SUPERIOR (RETINO)

La retención de los caninos superiores es clasificada como: labial, palatina e intermedia. La localización es importante ya que la técnica quirúrgica para la extracción de los tres tipos - varía mucho y de ellas casi no se han relatado operaciones. Las radiografías intraorales pueden ser leídas para determinar la -- forma del diente, así como su localización. La exacta relación-- se hace por medio de exámenes intraorales, que son frecuentemen-- te necesarios. La palpación clínica sobre el vestibulo bucal no es segura hasta que el relieve permita tocar el diente retenido-- o el desplazamiento vestibular de la raíz del incisivo o del -- premolar.

Canino en posición palatina.- La posición palatina es la -- presentación más frecuente en el paladar, comenzando con el espa-- cio situado entre los premolares de un lado y alrededor de la fi-- bras libres gingivales del paladar y los espacios interdentaless-- al espacio del premolar del otro lado. El grueso colgajo obteni-- do es separado del hueso con una legra. El contenido del foramen incisivo es dividido por el bisturí cuando se confecciona el col-- gajo.

El hueso es resecado con fresa, comenzando con un pequeño --

rectángulo por detrás del incisivo situado cerca de la retención en la radiografía. El rectángulo debe ser inicialmente más bien ancho, pero se va alargando tan pronto como el esmalte de la corona es localizado. Debe tenerse mucho cuidado en la diseción de la región anterior de los incisivos, conservando una distancia de uno o dos milímetros del borde o margen óseo alrededor de los que deben ser conservados. Cuando la mitad o los dos tercios -- del diente están expuestos, se procede a cortarlo a nivel del cuello anatómico. Si la corona está cerca de los incisivos de modo que su punto se apoye en una mucosa, un segundo corte se hará inmediatamente a tres milímetros desde el primer corte y alrededor del ápice. La pequeña pieza es extraída, la corona moviliada en el espacio y luego retirada.

La raíz es desplazada con un botador. Las espículas óseas y restos de tejido son retirados, los bordes de la herida ósea alisados con una lima o cureta y se deja en ella algún medicamento antibiotico. La herida se cierra con dos o tres puntos de sutura a través de los espacios interdentes y anudados sobre-vestibular.

Un buen taponamiento de gasa debe ser colocado contra el paladar durante 15 minutos, para prevenir la formación de un gran hematoma. Para mantener el colgajo contra el hueso, se usa generalmente una férula de acrílico transparente. Una incisión y drena-

je de goma a través de la mucosa palatina es empleado en algunas ocaciones por algunos Cirujanos Dentistas para prevenir la formación de los hematomas.

Canino en posición Labial.- Después que la retención ha sido localizada, se traza una incisión semilunar bien larga, siguiendo la curvatura gingival, extendiéndose desde el frenillo labial hasta la zona de los premolares. El hueso labial es resacado hasta que el diente sea localizado, pudiendo aparecer sobre la superficie facial del maxilar. Debe practicarse una resección suficiente hasta que el diente pueda ser elevado con un instrumento adecuado.

Canino en posición intermedia.- Generalmente corresponde a esta posición cuando la corona del diente está situada en el paladar y la raíz apoyándose sobre los ápices del premolar y cerca de la cortical bucal. Cuando esta situación no es diagnosticada en el pre-operatorio, puede sospecharse que habrá más dificultades en la extracción de la raíz palatina que en cualquier otro caso de canino situado en el paladar.

La posición palatina debe ser realizada de la manera usual y la corona extraída. Un amplio colgajo bucal se efectúa en la región sugerida por la radiografía y los estudios clínicos, por lo general en lo alto y entre los premolares del mismo lado.

Debe tenerse mucho cuidado en la resección ósea al - -
descubrir el extremo de la raíz retenida, puesto que puede ser-
proyectada de la abertura bucal al interior de la herida palati-
na, los dos campos se cierran con puntos.

C A P I T U L O X

ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN LA EXODONCIA

Pueden presentarse de vez en cuando complicaciones y accidentes imprevistos que exigen intervención rápida y ponen a prueba el espíritu de iniciativa del odontólogo. Si se sospecha algún accidente desagradable hay que avisar al paciente el posible peligro antes de empezar la operación, así se evitará posibles censuras al operador. A continuación describimos algunos de los accidentes más comunes:

a).- Puede existir una excrementosis tan extensa que la extracción del ápice radicular por vía alveolar resulte verdaderamente imposible. En estas condiciones por medio de fresas se ensancha el alvéolo hasta obtener espacio suficiente para permitir la salida de la raíz.

a).- Es probable la fractura de dientes y raíces en que se haya insertado una corona de espiga y de aquellos cuyas pulpas han sido desvitalizadas con gran anterioridad. Al ocurrir esta fractura se recurre al fórceps radicular que se introduce entre la raíz y proceso alveolar, cortando este último y asegurando un amarre firme sobre la raíz; también puede recurrirse a botadores cuyas hojas se colocan a lo largo de la raíz, practicando la extracción por apalancamiento.

c).- El síncope. No es raro que los pacientes caigan en estado sincopal después de la extracción dentaria. Tal accidente es más probable en individuos atacados por abscesos alveolares. Cuando se notan síntomas de malestar, ansiedad, palidez labial, sudoración fría y debilidad general puede deducirse que el síncope es inminente, y entonces se inclina el sillón hacia atrás hasta que el paciente esté en posición casi horizontal y se le da a oler al paciente sales aromáticas (amoniacales). También se puede sentar al paciente y hacer que baje la cabeza hasta o entre las rodillas durante unos minutos esto nos ayuda a combatir la hipoxia cerebral aguda.

d).- La extracción de un diente contiguo es un accidente inevitable en caso de coalescencia, pero en caso contrario, hay que evitarlo.

e).- Cuando un diente ha sido causa de un absceso alveolar puede fácilmente ser forzado en pleno seno maxilar; se produce generalmente este accidente por no separarse bastante los picos del fórceps, con lo cual, en vez de hacer presa en la raíz, la empuja en caso de ocurrir este accidente se ensancha el alvéolo en dirección vestibular y la raíz se saca del seno maxilar con pinza.

f).- También puede darse el caso de introducirse un diente

por medio del fórceps o los botadores en los tejidos vestibulares, linguales o faríngeos.

g).- Perjudicar otros dientes por medio de un golpe con fórceps o estropear coronas o puentes contiguos son accidentes evitables, que el profesional ha de tener sumo cuidado de que no ocurran.

h).- También son evitables, si el operador es cuidadoso, las contusiones y pellizcos de las mejillas y labios por medio del fórceps. En caso de contusiones se emplearán fomentos calientes. Las laceraciones de los tejidos se tratarán con tintura de yodo y enjuagues apropiados. Las heridas de la lengua y piso de la boca son rara vez graves a no ser que resulte lesionada alguna arteria, en cuyo caso puede ser necesario recurrir a la ligadura. Si el paciente es víctima de una herida profunda ocasionada por punción de un botador debe tratarse con una vacuna antitetánica además del tratamiento local.

i).- También puede producirse la luxación de la articulación temporo maxilar, al extraer dientes inferiores sin propiciar al respectivo maxilar el obligado soporte. Cuando esto ocurre debe reducirse inmediatamente la luxación, en cuyo caso la única consecuencia será el dolor local en la masticación durante algunos días.

j).- La fractura de los huesos maxilares durante la integ

vención no es corriente, pero puede ocurrir. Puede ser debida a la fragilidad ósea ocasionada por enfermedad constitucional, o debilidad causada por infecciones, quistes, dientes incluidos o impactados y también a neoplasmas.

k).- El proceso alveolar expuesto, desnudo de tejido gingival ha de extirparse con fórceps de cortar, cucharillas o fresas.

l).- Cuando no se forma un coágulo sanguíneo firme, dejando las paredes alveolares expuestas a los fluidos bucales, se produce una osteítis u ostiomielitis. En una causa del dolor posoperatorio persistente.

m).- La lesión del nervio mentoniano y alveolar inferior.

n).- Dolor postexodóntico e infección aguda.

C A P I T U L O X I

HEMORRAGIA Y SU TRATAMIENTO

Como consecuencia de la extracción dentaria, es inevitable una hemorragia. Hemorragia es la salida de la sangre con todos sus elementos, a consecuencia de la ruptura de las paredes de un vaso. Cuando el vaso es pequeño, la hemorragia se detiene espontáneamente, por lo general, obedeciendo al fenómeno fisiológico de la coagulación de la sangre; pero cuando estos son de grueso calibre o cuando sus paredes no se contraen normalmente o cuando la coagulación de la sangre está entorpecida, la hemorragia no se detiene en forma natural y se debe intervenir, ya sea para obliterar el vaso roto o para ayudar al organismo a que forme el coágulo, el cual es el medio de que se vale para cohibirla, es decir para producir la hemostasis. Las hemorragias han sido consideradas en todos los tiempos como accidentes peligrosos; en las intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que sean, es una complicación digna de tenerse en cuenta, para tratar de evitarlas, o detenerlas si se hubieran producido. En general, en las intervenciones bucales y especialmente después de una extracción dentaria, la salida de sangre es mínima y la hemostasis se efectúa en un tiempo que varía de unos diez minutos, en forma espontánea y definitiva. Pero no siempre sucede así, porque algunas veces las hemorragias se re-

pitén, durante mucho tiempo y no se detienen espontáneamente, - poniendo en peligro la vida del paciente y produciendo estados anémicos graves. Las hemorragias pueden ser: arteriales, venosas y capilares. Se distinguen las primeras por el color rojovivo de la sangre y por su salida a sacudidas siguiendo el ritmo del corazón; las venosas y capilares, por el color oscuro de la sangre y por la salida de ésta en napas. Las hemorragias pueden ser primitivas o inmediatas y secundarias o mediatas, según se produzcan inmediatamente después del traumatismo o varias horas o días más tarde. Pueden ser internas o externas, dependiendo de que la sangre fluya hacia el exterior o se derrame en el interior de los órganos o de los tejidos. Estas últimas se manifiestan por hematomas que aparecen por debajo de la piel o de las mucosas de los tejidos de la cara, a consecuencia de heridas bucales. Por último las hemorragias pueden producirse en el hueso o en las partes blandas.

Tratamiento local de una hemorragia.

- 1).- Toda herida en la boca, especialmente si se deja una cavidad, como la extracción de dientes o la extirpación de quistes, debe limpiarse perfectamente retirando cualquier cuerpo extraño, cuya presencia obstaculiza la coagulación normal.
- 2).- El mejor tratamiento local es el taponamiento de la cavidad, cuando la hemorragia es de las cavidades óseas.
- 3).- En los casos rebeldes en sujetos predispuestos, se re

forzará la acción del taponamiento con la adición de substancias hemostáticas.

Tratamiento general de una hemorragia. El tratamiento general de una hemorragia variará de acuerdo con la causa generadora; así el que corresponda a una hemorragia provocada por una afección hepática o por trastornos de los órganos hematopoyéticos, estará ligado al tratamiento de estas enfermedades; en los pacientes hipertensos habrá que intentar el descenso de la presión sanguínea. En los casos en que el retardo de la coagulación no tenga una causa evidente, habrá que recurrir a substancias que aumenten el poder coagulante. Los medicamentos destinados a ser administrados al interior, con el objeto de prevenir una hemorragia o de cohibirla, son de dos clases:

1).- Medicamentos vasoconstrictores.

2).- Medicamentos coagulantes.

1).- Medicamentos vasoconstrictores. La substancia de acción vasoconstrictora por excelencia es la ergotina, la cual se suministra en dosis de 2 ³ cm , como máximo, en inyecciones subcutáneas. Es un poderoso vasoconstrictor debido al poder que ejerce sobre las fibras musculares lisas. Por esta misma razón no debe emplearse durante los períodos menstruales ni en el embarazo, por que su acción sobre el útero puede determinar la detención del flujo menstrual o un falso alumbramiento o aborto.- Todos los vasoconstrictores están contraindicados en los pacientes

tes hipertensos, en los cardíacos y en los renales. En el caso de los cardíacos puede emplearse adrenalina, en solución al 1% en dosis progresivas. Cuando estas sustancias hayan fracasado puede tentarse a la inyección subcutánea de 1 a 2³cm de pituitrina, la que según algunos autores tiene una acción rápida y eficaz.

2).- Medicamentos coagulantes. En toda hemorragia relacionada con diástasis hemorrágicas de cualquier naturaleza, está indicado el suministro de medicamentos destinados a aumentar el poder coagulante de la sangre. De todas las sustancias que se usan con este fin, las más comunes que se emplean son el cloruro de calcio y el lactato de calcio, ambos se emplean por vía oral en dosis total de 20grs. dividida en 5 días. El cloruro de amonio asociado con el lactato de calcio o el cloruro de calcio, refuerza extraordinariamente el poder coagulante de la sangre, la vitamina K es un recurso que debe tenerse en cuenta, en los casos en los que se compruebe la hipotrombinemia. En casos de hemorragias graves hay que recurrir a la transfusión sanguínea.

C A P I T U L O X I I

CUIDADOS POST-OPERATORIOS

Las instrucciones posoperatorias adecuadas son absolutamente necesarias para asegurar el éxito de la intervención. Es bien sabido que la inadecuada o simplemente falta de instrucción posoperatoria, puede ser causa de un fracaso aún en las heridas mejor operadas. Con todo, y a pesar de ello, muchos dentistas no dan instrucciones para proteger su cirugía. A pesar de que la palabra escrita al final de una intervención es mucho más efectiva - que todas las instrucciones verbales que pueden darse al paciente. Algunos de los cuidados posoperatorios son los siguientes:-

- 1).- Irrigación. El paciente no debe irrigarse por lo menos durante 24 horas.
- 2).- Cuidado de la herida. El paciente no se debe tocar la herida con la lengua.
- 3).- La dieta debe ser líquida o blanda y debe estar en una proporción alta en calorías y proteínas.
- 4).- Para combatir el edema se colocará una bolsa de hielo sobre la cara. Si la inflamación persiste es necesario administrar un anti-inflamatorio.
- 5).- Calor. No debe usarse en la cara.
- 6).- Dolor. Se administrará algún analgésico.
- 7).- Complicaciones. Puede haber edema por lo menos duran

te cinco días si se ha empleado colgajo, pero en los subsiguientes pueden presentarse complicaciones tales como: un dolor incontrolable, una severa hemorragia, fiebre, dificultad para abrir la boca, etc. Es responsabilidad del profesional seguir el curso del posoperatorio tan uniformemente como sea posible y un orden para llevarlo puede ser el siguiente:

1).- Prescripción de una medicación adecuada de acuerdo con la intensidad del dolor.

2).- Capacidad para pronosticar con alguna certeza el curso del posoperatorio.

3).- Reconocimiento de una anormalidad en el posoperatorio.

4).- Preparación para enfrentarse con las complicaciones. - Infección posoperatoria. Puede ser causada de una celulitis, pero este estado debe ser diferenciado del edema y del hematoma -- posoperatorio, si la infección se presenta es recomendable el siguiente método de tratamiento:

1).- Instrucción dietética.

2).- Analgésicos y sedantes.

3).- Incisión y drenaje tan pronto como sea posible. (Evacuación del pus e incrementar la resistencia tisular).

4).- Prescripción de antibióticos si se considera necesario. (Con el objeto de disminuir la resistencia bacteriana).

Osteísis alveolar. El dolor posoperatorio generalmente precede-

a una infección localizada en las paredes del alveólo, llamada osteítis alveolar. Los tres síntomas que contribuyen al diagnóstico de una osteítis alveolar son:

- a).- Dolor obtuso persistente.
- b).- Exposición de hueso.
- c).- Olor fétido del alveólo.

Estos síntomas no son evidentes siempre en cada caso, pero el diagnóstico no es difícil. Los síntomas comienzan por igual con ese dolor obtuso, a los tres o cuatro días, y si no es atendida o es mal tratada, una osteítis puede transformarse en una ostiomielitis.

CONCLUSIONES

En la práctica diaria de la exodoncia en el consultorio dental; el cirujano dentista tiene la disponibilidad cada día mayor de recursos técnicos aplicables en cualquiera de las ramas de la odontología, como una consecuencia del mejor conocimiento que cada vez se tiene sobre la historia natural de las enfermedades - tanto locales como generales.

La cualidad más importante del profesional de la odontología es la observación, y más aún cuando se lleva a la práctica - la cirugía bucal.

Es un hecho que ya no admite duda que el diagnóstico odontológico debe de contemplar los factores higiénicos y nutricionales además de los hallazgos clínicos y por otros medios auxiliares de diagnóstico., en virtud de que el plan de tratamiento no debe concretarse a la aplicación de las medidas restaurativas o rehabilitadoras únicamente, sino también a la búsqueda de un cambio de actitud y aptitud en cuanto a las prácticas higiénicas y factores nutricionales y pérdida de las piezas dentales.

La explicación más lógica a la incidencia de piezas dentales retenidas, es la reducción evolutiva gradual del tamaño de los maxilares; y así no provee de suficiente espacio para una erupción normal de los dientes.

Las víctimas de las enfermedades de la cavidad bucal, son - personas y los especialistas odontológicos no pueden hacer otra- cosa que ayudarlas a proteger y a mejorar la salud de la boca.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Odontología Clínica de Norteamérica.
Serie tres, Volumen 9
Tomo: Cirugía Oral en el Consultorio
Por Eduard C. Hinds
Editorial Mundi.

- 2.- La Práctica Odontológica.
Por C. N. Johnson.
Editorial Labor, S. A.

- 3.- Cirugía Bucal y de los Maxilares.
Por los doctores :
Dr. Hans Phichler
y
Dr. Richar Trauner.
Editorial Labor, S. A.

- 4.- Diccionario Medico
Por Dr. Luigi Segatore.
Editorial Teide, S.A.