



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

EXODONCIA DE DIENTES PERMANENTES

Tesis Profesional

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

PETRA MATEOS BUSTOS

México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

	Pag.
INTRODUCCION	I
CAPITULO I.- HISTORIA CLINICA	2
a).- Examen general.	3
b).- Exámen local.	II
CAPITULO II- ARTICULACION ALVEOLODENTARIA.....	I3
a).- Maxilar inferior.....	I3
b).- Maxilar superior.....	I3
c).- Tejidos blandos.....	I4
d).-Tejidos duros	I7
e).- Elementos celulares.....	I9
CAPITULO III.- ANESTESIA.....	2I
a).- Anestesia local	2I
b).- Tecnicas de inyección	24
c).- Complicaciones de la anestesia local ...	27
d).- Anestesia general.....	30
CAPITULO IV.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXODONCIA	33
a).-Indicaciones	33
b).- Contraindicaciones locales para una extracción.....	37
c).- Contraindicaciones sistémicas para una extracción.....	38
CAPITULO V .- INSTRUMENTAL PARA LA EXTRACCION DENTAL.....	42
a).- Pinzas (forceps).....	42
b).- Elevadores (botadores).....	43
c).- Osteomos.....	44
d).- Escoplos y fresas.....	45
CAPITULO VI.- EXTRACCIONES DE DIENTES.....	47
a).- Posiciones del dentista y el paciente..	47
b).- Extracción dental simple.....	48

c).- Extracción de puntas de raíces rotas.....	52
d).- Extirpación quirúrgica de los dientes	53
CAPITULO VII.- COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.....	55
a).- Apósito de gasa.....	55
b).- Compresas calientes y frías.....	55
c).- Higiene bucal.....	56
d).- Dieta.....	56
e).- Sueño	56
f).- Actividad física	57
g).- Inflamación y trismus.....	57
CAPITULO VIII.- ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN LA EXODONCIA.....	59
I.- MAXILAR SUPERIOR.....	59
a).- Fractura y luxación del diente...59	
b).- Fractura y luxación de dientes vecinos.....	60
c).- Fractura de la lámina externa....	60
d).- Fractura de la lámina interna....	60
e).- Fractura de la tuberosidad del maxilar.....	61
f).- Seno maxilar	61
g).- Perforación del piso del seno maxilar	61
h).- Penetración de un apice en el seno maxilar.....	62
I).- Lesiones de la mucosa.....	63
j).- Hemorragias postextracción.....	63
k).- Infección	64
l).- Bacteremia	64
m).- Alveolitis.....	65

Pag.

2.- MAXILAR INFERIOR.....	65
a).- Fractura y luxación del diente....	65
b).- Fractura de lámina interna.....	66
c).- Fractura de la mandíbula	66
d).- Lesión de los troncos nerviosos...	67
CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFIA.....	69

INTRODUCCION

EXODONCIA.- Etimológicamente esta palabra proviene del griego Exos - que significa fuera y de Odontos - que significa diente.

DEFINICION DE EXODONCIA.- Es una rama de la odontología que se encarga de la avulsión o extracción de los órganos dentarios.

La extracción de los dientes fue considerada hasta hace poco tiempo, como un acto quirúrgico de escasa importancia que se dejaba en manos de empíricos que recibieron el nombre despectivo de sacamuelas. Es que en verdad dicha operación era conceptuada no solo sin importancia, sino hasta denigrante e inconveniente para ser realizada por manos expertas, según el equivocado criterio de aquella época, la fuerza bruta era lo único de tomarse en cuenta en esta intervención, los tiempos han cambiado, hoy la profesión odontológica sabe que la extracción aparentemente más sencilla debe de considerarse un acto quirúrgico delicado, 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.

La extracción de cada diente en particular tiene su técnica quirúrgica específica, conoce los requisitos de la asepsia así como la antisepsia que debe reunir todo acto operatorio, así como los principios de la anestesia que permitirá realizarlo sin dolor. Conocer también los posibles accidentes que se pueden producir o presentarse en el momento de ejecutarla o después de realizarla.

Con los principios que se exponen, podemos decir que el extraer un diente debe ser considerada en todos los casos como una operación no exenta de peligros y por lo tanto el examen del enfermo, la asepsia, la antisepsia y las técnicas de extracción deben de explicarse en conjunto para realizarla.

CAPITULO I
HISTORIA CLINICA

HISTORIA CLINICA

EXAMEN GENERAL.—La historia clínica médica que anteriormente era considerada solo un trámite en casos específicos, es considerada actualmente como un elemento indispensable en la práctica diaria.

Por lo tanto es importante que algunos de los exámenes generales sean practicados antes de cualquier intervención.

La elaboración de la historia clínica es el mejor método para obtener información del paciente.

Hay cuatro razones por el cual el dentista lleva a cabo la historia clínica.

- 1.— Para obtener la seguridad de que el tratamiento no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.
- 2.— Para averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de un determinado medicamento destinado a su tratamiento pueda entorpecer el éxito del tratamiento aplicado al paciente.
- 3.— Para detectar una enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial.
- 4.— para conservar un documento gráfico que pueda ser útil en casos de reclamación judicial por incompetencia profesional.

El tiempo que dedica el dentista al interrogatorio no solo es útil para establecer el diagnóstico y planear el tratamiento sino que representa un medio excelente para establecer buenas relaciones con el paciente, el interés, el respeto y la comprensión que muestra el dentista son factores importantes para que el interrogatorio resulte mas completo.

HISTORIA CLINICA

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

DIRECCION _____

TELEFONO _____ OCUPACION _____ ESTADO _____

NOMBRE Y DIRECCION DE MI MEDICO _____

¿ Esta bajo atención médica ? _____ Poque razón _____

¿Esta tomando medicamentos? _____ que tipo _____

Fiebre reumática _____ Soplo cardiaco _____

Hemorragia prolongada _____ Anticoagulantes _____

Otras enfermedades _____ Operaciones y lesiones _____

Hipertirohidismo _____ Anemia _____ Otitis _____

Sinusitis _____

Alergias:

Asma _____ Alimentaria _____ Penicilinas o sulfas _____

Barbituricos _____ Anestésicos locales _____

Aspirinas _____ U otros _____

Aparato cardiorrespiratorio;

Dolor precordial _____ Tos _____ Tobillos hinchados _____

Sudores Nocturnos _____ Disnea _____ Hipertensión _____

Aparato genito urinario;

Enfermedad renal _____ Piuria _____ Hematuria _____

Aparato gastro intestinal:

Náuseas y vómito _____ Ictericia _____ Anorexia _____

Huesos y articulaciones;

Fractura _____ Artritis _____ Disfunción Temporomaxilar _____

Estados fisiológicos en la mujer;

Embarazo _____ Menstruación _____ Menopausia _____

Rayos X _____ Tratamiento deseado _____

Diagnostico _____

Fecha _____

Firma del paciente _____

Firma del Dentista _____

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Como son fiebre reumática, angina de pecho, infarto al miocardio, endocarditis bacteriana, hipertensión arterial.

FIEBRE REUMÁTICA- Es una complicación de la infección es treptococcica de la faringe caracterizada por una extensa - reacción inflamatoria de tejido fibroso de las articulaciones de el corazón y otros órganos.

Cuando un paciente contesta afirmativamente debe de reci - bir medicación profiláctica y antibiótica antes de someterse a una extracción dentaria esto se hace en combinación con - el médico tratante.

ANGINA DE PECHO- Es un síndrome doloroso o precordial tran - sitorio, es la expresión de una disminución momentánea absolu - ta o relativa de la oxigenación del miocardio.

Este ataque anginoso suele seguir al agotamiento físico o - a la tensión emocional.

El paciente sufre dolor opresivo y abrumador en la región esternal, este dolor opresivo, se irradia de una forma caracte - rística a el hombro izquierdo y a lo largo del brazo has - ta la punta de los dedos cuarto y quinto pero puede invadir - zonas como suelo y maxilares.

El dolor dura unos minutos o segundos y desaparece en cuan - to cesa la causa que lo motiva.

A los pacientes que se encuentran en estos casos se debe - rán tener los siguientes cuidados; Que las consultas sean bre - ves y de preferencia por la mañana , a veces es necesario -- prescribir barbitúricos para disminuir la ansiedad y la -- ansiedad y la tensión .

El medicamento debe de administrarse media hora antes de - la consulta dental.

Debe de suspenderse cualquier tratamiento dental si el paciente se queja de dolor en el pecho y en tal caso se debe de aplicar una tableta de nitroglicerina en el espacio sublingual o darle a oler una cápsula de nitrito de amilo.

INFARTO AL MIOCARDIO- Es una necrosis isquémica de una parte del miocardio por la oclusión de una arteria coronaria .

Se presenta como un dolor intenso y duradero de tipo opresivo en la región cardiaca puede durar horas o días, en este caso el dolor no siempre se relaciona con el ejercicio, si no que puede ocurrir durante el reposo.

En estos casos hay que hacerle ver al paciente que conteste con veracidad ya que puede correr peligro su vida en caso de no hacerlo.

HIPERTENSION ARTERIAL- Cuando un paciente nos refiere que padece cefaleas, vértigos, zumbido de oídos , debilidad, debemos de pensar que es posible que este paciente sea hipertenso en este caso debemos tener cuidado en la elección del tratamiento , la premedicación , anestesia, la duración y la amplitud de las intervenciones.

Se debe de evitar todo aquello que eleve la presión sanguínea , Alergias Urticarias o fiebre del Heno. Estas preguntas tienen interés para el odontólogo, ya que puede haber una reacción con los agentes usados como anestésicos locales , antibióticos, yodo, aspirina, barbitúricos , codeína.

Anestésicos - Esta reacción es fácil de saber si se le pone un poco de anestésico en la punta de la lengua.

Penicilinas- Una respuesta afirmativa a esta pregunta deberá anotarse de manera visible en la ficha , en los individuos sensibles a la penicilina, el antibiótico de elección es la Eritromicina.

Barbitúricos- Si contesta afirmativamente , hay que averi-

guar el agente exacto, si es necesario la sedación, cabe utilizar otro preparado como el clorhidrato de meperidín, -- clorhidrato de prometazina.

Aspirinas..- Las respuestas alérgicas a las aspirinas no son muy frecuentes, en cambio si hay reacciones anormales en gastritis, en este caso se usa el clorhidrato de propoxifeno o la codeína.

Desvanecimientos o Ataques..- Es importante que el dentista sepa si su paciente padece epilepsia, pudiendo evitarse la aparición de un ataque durante el tratamiento.

Diabetes..- Los signos que se presentan en la diabetes mellitus.

La poliuria, Polidipsia, Polifagia, Pérdida de peso, prurito, Infecciones cutáneas, Abscesos, retraso de la cicatrización de las heridas, aliento cetónico, cuando se descubre alguno de estos signos el dentista ha de pensar en una diabetes y se procede a los exámenes de laboratorio.

Un diabético, no compensado con una infección oral aguda plantea un difícil problema en su tratamiento, es necesario que el dentista lo remita a un médico para que trate su diabetes mientras se administra un antibiótico y un sedante, incluso el diabético compensado con insulina puede causar serias preocupaciones.

Todo paciente que se somete a una extracción debe administrarse mas insulina vigilada por un médico, otro problema es el shock insulínico, el cual se combatirá con la administración de alguna forma de carbohidrato. Por ejemplo zumo de naranja azucarada en caso de urgencia se usa glucagón por vía intravenosa.

HEPATITIS..- Es importante tener precaución especial para cuando se esterilizan los instrumentos que se han utilizado los pacientes con afecciones hepáticas pueden tener alterada la absorción y la utilización de la vitamina K, la producción de protombina puede ser insuficiente para mantener los niveles hepáticos normales, por lo tanto se puede prever fenómenos hemorrágicos anormales.

Cuando un paciente nos revela los siguientes datos debemos de sospechar de enfermedades gastrointestinales o hepáticas.

- a).- Anorexia- Disminución o pérdida de apetito.
- b).- Disfagia - Dificultad al tragar.
- c).- Dispepsia - Problemas en la digestión.
- d).- Meteorismo - Gases.
- e).- Estreñimiento y diarreas frecuentes.
- f).- Dolores frecuentes de estomago.
- g).- Náuseas y vómito y si en estas últimas hay sangre.
- h).- Melena - Presencia de sangre en las heces fecales .

Nota - En caso de que nos haya referido alguno de estos-sintomas, nos veremos precisados a requerir de la opinión del médico general.

APARATO RENAL - Entre los signos que nos haria sospechar - si hay problemas renales son los siguientes;

- a).- Dolor lumbar al sentarse.
- b).- Albuminuria - Presencia de albúmina en la orina que se - comprueba por el olor fétido y la espuma persistente.
- c).- Hematúria - Presencia de sangre en la orina.
- d).- Disuria - Dolor al orinar.
- e).- Piúria - Presencia de pus en la orina.
- g).- Sequedad en la boca.
- h).- Nictúria - Necesidad frecuente de orinar durante la noche.

TUBERCULOSIS - El operador debe de tener cuidado y tomar precauciones para evitar el contagio cuando se trata de - un paciente con tuberculosis diagnosticada, debe de usar --- guantes desechables, mascarilla y todo el instrumental que- se use debe de ser de preferencia desechable.

EMBARAZO No esta contraindicada la extracción siempre y cuando el embarazo sea normal, el momento óptimo es en el segundo trimestre, por que pasada esta etapa la paciente no puede estar demasiado tiempo sentada y en los primeros meses hay náuseas y vómitos y dificulta la tarea de el odontólogo.

EXAMEN ORAL

El exámen oral debe de ser metódico y completo, no solo limitarse a ver el grado de caries, si no de observar todos los tejidos bucales haciendo un juicio de todo lo que se observa e interpretar todos los datos obtenidos y relacionar signos y síntomas en función de todo el organismo.

El exámen bucal consiste en ;

- 1.- Con la boca cerrada vamos a observar los labios en posición de descanso, y observar la simetría de la cara.
- 2.- Separamos suavemente los labios para ver el color , textura y contornos de la superficie interna. textura de la encía , la posición del márgen gingival en relación con los dientes , la profundidad del vestibulo, inserción de los frenillos , relación de ambas arcadas, los dientes faltantes y la cara bucal de los dientes presentes.
- 3.- Se observa la mucosa de los carrillos y los orificios de la salida del conducto de stemon.
- 4.- Se le indica al paciente que abra la boca al máximo y observaremos ; úvula, paladar blando y duro , color y textura de la encía en relación con los dientes.
- 5.- Vamos a observar la cara vertebral de la lengua, inserción del frenillo lingual , las caras masticatorias y linguales .
- 6.- En caso necesario se utilizará la palpación.

CAPITULO II
ARTICULACION ALVEOLODENTARIA

ARTICULACION ALVEOLODENTARIA

Para poder describir la articulación alveolodentaria , es importante describir primero a la mandíbula y el maxilar superior lugar donde se encuentra la articulación alveolodentaria.

MANDIBULA- Presenta forma de herradura consta de dos ramas y dos bordes, por la cara externa del cuerpo y en la parte media se encuentra la sínfisis mentoniana , hacia atrás se encuentra el agujero mentoniano, por donde salen los vasos y nervios mentonianos , mas atrás se observa la línea oblicua externa donde se insertan los músculos triangulares de los labios, cutáneo y cuadrado de la barba.

En la cara posterior encontramos la apófisis genios superiores que sirven de inserción a los músculos genioglosos y dos inferiores donde se insertan los genioglosos, mas atrás nos encontramos con la línea media milohidea y por encima de éste se encuentra la foseta sublingual, donde se aloja la glándula sublingual, mas afuera y por debajo de esta línea se encuentra la foseta submaxilar donde se aloja la glándula submaxilar.

En el borde inferior se presentan las fosetas digástricas lugar de inserción del músculo digástrico.

En el borde superior presentan los alvéolos dentarios.

Ramas- En la cara externa de la rama , en la parte inferior se inserta el músculo masetero. En la cara interna se encuentra el orificio superior del conducto dentario por donde se introducen nervios y vasos dentarios inferiores - ahí encontramos la espina de Spix sobre la cual se inserta el ligamento esfenomaxilar.

Hacia abajo vemos el surco milohiideo donde se alojan vasos y nervios del mismo nombre.

En el borde superior nos encontramos con la escotadura sigmoidea situada entre dos salientes, por delante la apofisis coronoides y por detrás el cóndilo de la mandíbula.

Maxilar superior.- Este hueso consta de dos caras, y cuatro bordes, cuatro ángulos, y seno maxilar.

En su cara interna se encuentra una saliente horizontal llamada apófisis palatina, la cara superior de ésta, forma el piso de las fosas nasales y la inferior forma gran parte de la bóveda del maxilar y el interno articula con el borde de la apófisis palatina del maxilar opuesto.

Este borde en su parte anterior, termina en una prolongación que al articularse con la del lado opuesto, forma la espina nasal anterior.

La articulación alveolodentaria, esta formada por diversos elementos y se pueden dividir en elementos blandos y duros como son; Hueso, Diente, Encía y periodonto.

La extracción en cuyos movimientos tiene como fin separar dichos elementos a consecuencia de esto es necesario distender y dilatar el alvéolo, por lo tanto el periodonto se encuentra toda su longitud, por la elasticidad del hueso alveolar que el diente puede abandonar el alvéolo, dirigido por el instrumento apropiado, la residencia ósea que lo aloja.

TEJIDOS BLANDOS.- Encía o tejido gingival- Es la mucosa que cubre el proceso alveolar hasta el cuello de los dientes, tanto por el lado lingual, como por el bucal, cubriendo lo que es la corona anatómica dejando al descubierto la corona clínica.

En condiciones normales es de un color rosa y el aspecto en su superficie semeja algunos cítricos como el limón o el naranjo.

Anatómicamente hablando la encía se divide en tres tipos diferentes;

Encía marginal- Rodea el cuello de los dientes y forma la pa-

pila correspondiente al intersticio gingival , esta papila tiene forma de campana.

Encía Insertada- No es móvil, ni laxa y se encuentra hacia - apical de la encía marginal y llega a la encía alvéolar, Presenta un color rosa pálido y un aspecto punteado y esto se debe a su inserción con el hueso.

Encía alvéolar- Esta la forma el vestíbulo , su color es rosa fuerte y se confunde con la mucosa interna de labios y carrillos.

La encía histológicamente se compone de dos partes y son;

La membrana mucosa y el tejido mucoso.

La membrana mucosa esta formada por tejido epitelial estratificado el cual contiene diferentes tipos de células en la superficie, son células escamosas y en la parte interna son células columnares.

La membrana basal se denomina red de Malpigy y es la que realiza generación de nuevas células empujando a las células externas y contribuye a su constante renovación.

Esta membrana está formada de cuatro capas de afuera hacia dentro;

- 1.- Capa córnea- Está constituida por células estratificadas que son aplanadas y comprimidas unas con otras y son que ratinizadas.
- 2.- Capa lúcida- se denomina así por las células que la constituyen en el momento de la tinción, presenta un aspecto translúcido.
- 3.- Capa granulosa- Está compuesta por dos o tres capas de células que contienen gránulos de melanina.
- 4.- Capa germinativa o basal- Está formada por células columnares que forman la mayor parte del tejido.

LIGAMENTO PARODONTAL:

Es el ligamento de unión entre el diente y el alvéolo lo --

constituye el periodonto el cual es tejido conjuntivo especializado que sirve de pericemento al diente y de periodonto al hueso.

Desde un punto de vista histológico el periodonto esta formado por tejido fibroso y fibras colágenas que al estar en tensión se consideran rectilíneas y se ondulan en estado de relajamiento, está constituido, por fibras, elementos celulares, vasos y nervios y por lo tanto es un tejido ricamente innervado.

Las fibras que componen al ligamento parodontal, mantienen suspendido al diente en el alveolo.

Las fibras cuya disposición varia para algunos autores, pero se pueden clasificar de acuerdo a su situación o escalonandolas desde la porción cervical al ápice.

- 1.- Fibras gingivales libres- Que van del cuello del diente hacia la encía, su función consiste en mantener el diente unido a la encía.
- 2.- Fibras transdentales- Son las que van del cemento a la parte mesial de una pieza, al cemento de la parte distal de la otra pieza pasando sobre la cresta alveolar.
- 3.- Fibras crestalveolares- que van de la porción cervical de un diente hasta la cresta alveolar, éstas deben resistir las fuerzas tensionales laterales.
- 4.- Fibras horizontales- Son las que se dirigen horizontalmente del cemento de un diente hasta el hueso y resisten las fuerzas y presiones laterales y verticales.
- 5.- Fibras oblicuas- Se dirigen oblicuamente desde el cemento dental hasta el hueso alveolar, estas fibras son las mas numerosas, su función es similar a las horizontales.
- 6.- Fibras apicales- Van del ápice al hueso en forma irradiada.

TEJIDOS Duros:

Hueso alveolar- Las apófisis alveolares son la porción de - el maxilar o mandíbula que forma y sostiene a los alvéolos que a su vez soporta a los dientes.

El alvéolo dentario tiene la forma de un cono, en los dientes unirradiculares , de dos conos ocupados por dientes de - dos raíces y de tres conos por dientes de tres raíces , cuyo - eje mayor convergen hacia un punto que puede considerarse próximo al centro de la cara triturante de dicho diente, El alvéolo está adaptado a las distintas modalidades , dilaceraciones- y patología que presentan las raíces dentarias.

El alvéolo está constituido por tejido óseo, el cual varía en su disposición y formación de acuerdo con la edad del paciente , en ancianos existe cierta mineralización del hueso y a consecuencia de esto hay menos elasticidad y dificultad en los movimientos de la extracción comprometiendo la igualdad del alvéolo o del diente.

Las apófisis alveolares se distinguen en dos partes que son

a).- Hueso alveolar propiamente dicho.

b).- Hueso de soporte.

El primero consta de una lámina delgada que recubre la raíz del diente y en la cual se insertan las fibras del ligamento - parodontal.

En la segunda que corresponde al hueso de soporte rodea al hueso alveolar y sirve de sosten a su función , este consta de láminas corticales , de hueso compacto del lado vestibular , - palatino y lingual de las apófisis alveolares y de hueso esponjoso que se encuentra entre la lámina cortical y el hueso - alveolar.

La pared interna del alvéolo se llama también lámina dura , esta tiene muchas perforaciones para la entrada y salida de - vasos en condiciones normales , la cresta alveolar depende -

del contorno del diente en la unión cemento esmalte.

La parte esponjosa del hueso alveolar es más densa en sus dos tercios cervicales que en el profundo , presentando variaciones según los distintos alveolos, los alveolos del maxilar inferior son mas compactos que los del maxilar superior por que los primeros poseen una cortical más gruesa y menos tejido esponjoso.

Los alveolos correspondientes a los incisivos , canino y premolares , en ambos maxilares , poseen una tabla interna, por que en la región vestibular la compacta alveolar está muy-próxima a la cortical externa , mientras que en la región lingual ambas compactas están separadas por una espesa cantidad de tejido esponjoso .La densidad de ambas tablas , a nivel de molares inferiores , es uniforme por tener equivalente cantidad de tejido esponjoso.

Diente;

La porción radicular constituida por cemento en la cara externa es la que forma parte de la articulación alveolodentaria

El cemento es el tejido que cubre toda la raíz del diente-hasta el cuello anatómico del mismo , este es menos duro que el esmalte y de color amarillento y en este no hay sensibilidad .

De acuerdo a su disposición el cemento puede poner trabas en la exodoncia (cementosis). El cemento consta de dos capas, una intracelular y otra extracelular, la extracelular , fija las fibras del ligamento parodontal y continuamente se está formando con apósitos de capas nuevas que mide de 0.1 mm a 1mm en el ápice .

Químicamente el cemento se encuentra constituido de un 50 a un 55% de material inorgánico y de un 50 a un 45 % de material orgánico .

La función del cemento consiste en mantenerse implantado el diente en el hueso alveolar y de permitir la constante renovación de las fibras de la membrana parodontal.

ELEMENTO CELULAR:

Se encuentra una gama de elementos pero mencionaremos los más importantes como són. Fibróscitos , cementoblastos, osteoclastos .

Los osteoclastos intervienen en la formación de hueso .

VASOS SANGUINEOS:

El parodonto está ricamente vascularizado sus vasos provienen y desembocan en los vasos de las paredes alveolares y - dá la encía .

En la ruptura de estos vasos, en las maniobras de la exodoncia llena el alvéolo de sangre , a expensas de la cual se realiza la cicatrización .

Nervios; Como los anteriores tienen su origen en los nervios del hueso y de la encía.

CAPITULO III

ANESTESIA

ANESTESIA

Existen muchos anestésicos locales de los cuales el dentista puede elegir, según sus necesidades o las del paciente.--

Algunos como la Lidocaína (Xylocaine)y. Tetracaína (Pantocaine) son efectivos tanto tópicamente como en inyección - algunos como la Procaína (Novocaine), se usan sólo en forma inyectable, debido a que son relativamente ineficaces cuando se administran tópicamente por ser muy tóxicos cuando se inyectan. Los agentes que se mencionarán a continuación son los de uso mas común en odontología.

ESTERES:

La procaína (Novocaine) fue el primer anestésico local sintético, probablemente es el menos potente y el menos tóxico de los agentes que se han en odontología, tiene un rápido inicio de acción, pero duración corta, lo cual combinado con su baja potencia lo ha hecho menos popular, su duración de acción dependerá en cierto grado de la concentración del vaso constrictor presente.

En odontología se usa bajo una forma de una solución al 2% de clorhidrato de cocaína.

La Propoxicaína (Ravocaine) es más potente y más tóxica que la procaína. En odontología se usa como una solución al 0.4 % al 2% de procaína, esta combinación produce un inicio rápido y una duración relativamente larga de la anestesia.

La Tetracaína (Pantocaine), Es un agente con una potencia relativamente elevada, alta toxicidad y acción de duración prolongada, se ha usado en odontología en una concentración de 0.15 % en combinación con procaína al 2% por ciento también muy efectiva administrada tópicamente en concentraciones de el 2% ya sea sola o con otros agentes como la benzocaína, debido a la alta toxicidad de la tetracaína debe-

tenerse la precaución de evitar su uso en cantidades excesivas.

La Benzocaina es un anestésico local relativamente débil, es disponible para uso tópico en muchos preparados de venta libre así como en preparados para uso en odontología, como es un éster del ácido p-aminobenzóico, puede producir alergia a otros ésteres de este ácido tales como la procaina, propoxicaina y tetracaina y a sí misma.

AMIDAS:

La lidocaina (Xilocaine) es probablemente el anestésico local de uso más frecuente en odontología, tiene un inicio bastante rápido y una duración de acción relativamente prolongada así como una potencia y (toxicidad) 2 o 3 veces mayor que la procaina, cuando se usa sin vasoconstrictor es sumamente efectiva, pero la velocidad de absorción y la toxicidad aumentan y disminuyen la duración de la acción, en odontología se usa en una concentración al 2% y se ha convertido en estándar con lo cual se comparan muchos otros agentes.

La Mepivacaina (Carbocaine) Tiene propiedades muy semejantes a las de la lidocaina, pero se dice su inicio de acción es más rápido y su acción más prolongada que la de ésta. En odontología se usa en una solución al 2% con vasoconstrictor o en solución a 3% sin este.

La prilocaina (Citanest) También tiene propiedades muy semejantes a la lidocaina, cuando se usa en solución al 4% sin agregar vasoconstrictor produce una anestésia satisfactoria de duración un tanto más corta que la lidocaina o la mepivacaina.

La Bupivacaina (Marcaine) Un nuevo agente de tipo amida que en la actualidad está captando la atención en el uso médico de la anestésia local, debido a que tiene una duración de acción considerablemente más prolongada que las demás amidas ya men-

cionadas, su utilidad y seguridad en odontología aun no se ha evaluado.

USO DE VASOCOSTRICTORES:

Las amidas simpatomiméticas, particularmente la adrenalina, se usan ampliamente con anestésicos locales.

Esta disminución en la velocidad de la absorción prolonga la duración de la acción reduce la cantidad necesaria de anestésico local y el peligro de toxicidad general.

Sin embargo la vasoconstricción no es la única acción de las aminas simpatomiméticas, como la adrenalina puede también producir vasodilatación, particularmente de los vasos sanguíneos de los músculos estriados. Estos efectos contrastantes se atribuyen a la presencia de diferentes receptores para la adrenalina y otras aminas simpaticomiméticas.

La presencia de estados patológicos en el paciente debe de considerarse en relación con el uso de vasoconstrictores.

Los pacientes con hipertiroidismo, hipertensión y padecimientos cardiacos, son particularmente susceptibles a los efectos presor y cardíaco de la adrenalina.

También es conveniente recordar con enfermedades respiratorias crónicas (como por ejemplo asma y enfisema), generalmente tienen padecimientos cardiacos concomitantes, por lo tanto si se emplea adrenalina y otros constrictores, deben de usarse con precaución, además de las restricciones impuestas por el mismo estado patológico, debe de considerarse el uso de medicamentos antihipertensores, como la metildopa, reserpina y guanetidina, pueden ser mas sensibles a los efectos de los vasos constrictores.

Los pacientes que estan recibiendo antidepresores triciclicos serán mas sensibles a los vasoconstrictores, es muy conveniente reducir al mínimo o evitar el uso de vaso constrictores en pacientes que reciben estos medicamentos para tratar la

hipertensión o la depresión.

Recomendaciones para evitar accidentes con los anestésicos locales.

- 1.- Haber revisado cuidadosamente la historia clínica.
- 2.- Escoger el anestésico que mayor efectividad tenga con la menor cantidad.
- 3.- Utilizar en la zona de la inyección un antiséptico.
- 4.- Los tejidos deben de estar tensos al introducir la aguja.
- 5.- Evitar que el paciente vea la aguja .
- 6.- Evitar la inyección intravasal.
- 7.- Inyectar la sustancia lentamente .
- 8.- Observar al paciente durante la inyección y si se presenta cualquier reacción , iniciar de inmediato las técnicas de reanimación y de sostén .

TECNICAS DE LA INYECCION:

Dentario inferior o bloqueo mandibular.

Mediante esta técnica se logra la anestésia de la parte -- lingual y bucal en piezas posteriores inferiores.

La inyección supraperióstica no resulta satisfactoria debido a que la sustancia anestésica no se difunde rápidamente por que el hueso es compacto .

El agujero dentario inferior, se localiza aproximadamente en la parte media de la rama ascendente , en su parte antero inferior , existe una saliente de forma triangular que se -- conoce como Spina de Spioks, es el sitio donde se debe de -- depositar la sustancia.

- 1.- Se indica al paciente que abra la boca cuanto le sea posible.
- 2.- Se acomoda al paciente de tal forma que el plano oclusal sea paralelo al piso.
- 3.- El operador se coloca al lado opuesto de donde vaya a colocar la inyección .

4. - Se introduce el dedo índice en el surco gingivolabial.
- 5.- Con una orientación hacia arriba y hacia atrás hasta -- tocar la línea oblicua externa que es la continuación del -- borde anterior de la rama ascendente, se gira el dedo de la -- mano .
- 6.- Después en contacto con los tejidos se desliza la yema -- de el dedo hacia atrás y adentro sesiente una depresión -- que es el espacio retromolar, inmediatamente se percibe otro -- borde que corresponde , a línea oblicua interna , la bola adi -- posa de bichat que cubre la línea oblicua interna , la empu -- jamos hacia atrás con el fin de quitarla del trayecto de la -- aguja.
- 7.- Se suspende todo movimiento , se toma la jeringa prepara -- da con aguja de 25 mm con el viciel de la aguja viendo hacia -- el hueso, el cuerpo de la jeringa se apolla en los premolares del lado opuesto, se introduce la aguja hasta tocar hueso -- el sitio de la punción va a ser aproximadamente en el centro de la uña y atrás de la cara oclusal del último molar se de -- posita la mitad del cartucho , la aguja no debe de penetrar -- mas de 12 o 13 mm, sin mover la jeringa retiramos la mitad -- 6mm , y ahí se deposita la otra mitad, esperamos cinco o diez minutos para que haga efecto. Hay calor y sensación de hormigueo en la comisura labial, la misma sensación se percibe -- en la lengua.

Errores de la anestesia del dentario inferior .

Si la punción se realiza muy alta con respecto a la línea oblicua interna y si penetra la aguja profundamente se percibe adormecimiento de la oreja como consecuencia de haber -- anestésiado el nervio auriculotemporal o bien se pueda anestesiar el músculo masetero, causando dolor y trismus y trismus , en la porción baja de la línea oblicua interna.

Quando la punción es baja no presenta ningún problema --

pero si es demasiado profunda se puede depositar la substancia en el pterigoideo interno, en la vena facial, y acelerar los efectos tóxicos puede alcanzar las ramas terminales del nervio facial cuando la anestesia alcanza éstos músculos se presenta una parálisis que dura el tiempo de la anestesia y si es mucha la cantidad de anestesia se anestesiará la glándula parótida que durará varios días, debido a que la absorción es muy lenta en el tejido glandular.

Bloqueo del nervio mentoniano o incisivo.

La rama mentoniana tiene dos ramas, el incisivo y el mentoniano, se localiza aproximadamente entre los premolares a tres centímetros de la línea media.

- 1.- Se acomoda al paciente de tal manera que el plano oclusal sea paralelo al piso.
- 2.- El operador se sitúa a un lado y atrás del paciente.
- 3.- Con el dedo pulgar se retrae la comisura labial hacia atrás y abajo.
- 4.- El cuerpo de la jeringa debe de ser perpendicular al plano oclusal, de tal manera que el cuerpo de la aguja forme un ángulo de 45 grados, con respecto al eje longitudinal del segundo premolar, se introduce la aguja 5 o 6 mm hasta tocar hueso y se deposita medio cartucho, al cabo de cinco minutos se obtiene anestesia profunda de segundo premolar a la línea media.

Anestesia del nervio dentario superior o Cigomático.

- 1.- Se coloca al paciente de tal manera que la cabeza, cuello y tórax queden en línea recta y el plano oclusal del maxilar forme un ángulo de 45 grados con el piso.
- 2.- Se coloca el dedo índice en el surco gingivolabial a nivel del segundo premolar.
- 3.- Se dirige el dedo hacia atrás hasta tocar la apófisis cigomática.

Anestesia del nasopalatino:

El esfenopalatino es una rama , el cual al salir , pasa por el agujero anterior y da sensibilidad al paladar de la parte media a la parte anterior.

Bloqueo del conducto incisivo:

El agujero se localiza a un centímetro arriba y atrás del margen gingival sobre la línea media y atrás de los incisivos-centrales.

- 1.- Posición del paciente, su cabeza inclinada hacia atrás para poder ver cómodamente la región .
- 2.- La jeringa debe de estar paralela al eje longitudinal de los incisivos centrales superiores.
- 3.- Se introduce la aguja de 4 a 5 mm y se deposita medio cartucho .

Bloqueo del agujero palatino posterior:

El agujero palatino posterior se localiza entre la línea media y el margen gingival , aproximadamente entre la raíz del primer y segundo molar éste va a dar sensibilidad a la mitad del paladar desde la cara distal del canino hasta cornetes y se anastomosa con el nasopalatino.

- 1.- Colocación del paciente, el cual la cabeza debe de tener una posición hacia arriba y hacia atrás.
- 2.- El cuerpo de la jeringa se lleva del lado opuesto formando el ángulo de 45 grados con respecto al proceso.
- 3.- Se introduce la aguja de tres a cuatro milímetros y se deposita medio cartucho, ésto es suficiente para anestésiar.

COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL

Entre las complicaciones mas frecuentes tenemos las lipotimias y los shocks.

Lipotimias - Es un desvanecimiento ligero, el paciente si—

ente desmayarse pero no llega a efectuarse.

Etiología - Pacientes nerviosos, estado anémico, enfermedades degenerativas, (hemorragias intermitentes, diabetes, el ciclo menstrual cuando no es normal).

Síntomas- El paciente palidece, su piel se pone fría, su pulso es lento y rápido, mucho calor y sensación de falta de oxigenación.

Tratamiento- Se coloca al paciente en posición de Trendelenburg, Inhalaciones de alcohol con un poco de amoníaco retirado de la barba.

Si es por causa neurogénica, basta con golpear la cara con agua fría.

Shocks- La insuficiencia de tipo shock consiste en una perfunción (paso de líquidos de capilares a células), inadecuada general y duradera, a nivel de los tejidos, debido a la desproporción entre el volumen circulante efectivo y la capacidad del hecho vascular.

Tipos de Shocks :

Cardiogénico- Donde el volumen de sangre no circula de un modo efectivo debido a un fallo cardíaco (insuficiencia cardíaca, angina de pecho, infarto al miocardio, lesiones vasculares, dilatación excesiva del sistema vascular neurogénico).

Oclusivo- Por oclusión de un gran vaso, trombosis embolia.

Hipovolémico- Dan el volumen de sangre que es escaso.

Síntomas- Pérdida de la conciencia.

Su piel se pone fría y sudorosa.

Su pulso se hace débil rápido con tendencia a caer

Tratamiento- Posición de Trendelenburg.

Aflojar la ropa opresiva.

Masaje cardíaco (60 veces por minuto).

Oxigenoterapia con tanque o de boca a boca 20 veces por minuto.

Si el paciente presenta muerte somática se le debe de aplicar una inyección de adrenalina al 5 %.

- 4.- Se procura que el cuerpo de la jeringa sea perpendicular al plano oclusal superior.
- 5.- Se introduce la aguja a nivel de la raíz distovestibular del segundo molar, la penetración de la aguja sería de 10 a 13 mm. Con esta técnica se obtiene anestesia de los tres molares, con excepción de la raíz mesial del primer molar la cual está inervada, por el nervio dentario medio, por lo tanto si se necesita la anestesia del primer molar se pondrá una supraperiódica.

Técnica de anestesia del nervio dentario superior anterior o Anestesia del nervio dentario Infraorbitario.

Este nervio al salir del agujero da tres ramas; Labial - que va al labio superior, carrillo y nasal. Esta técnica se utiliza cuando se desea anestésiar, dientes anteriores, caninos y premolares.

El agujero se localiza a un centímetro abajo de la escotadura infraorbitaria y a un centímetro por fuera del ala de la nariz. (Corresponde aproximadamente al centro de la pupila).

- 1.- Se coloca al paciente en línea recta, el torax, cuello y cabeza y que el plano oclusal sea paralelo al piso.
- 2.- El operador se sitúa enfrente y a un lado del paciente.
- 3.- Se localiza el agujero por palpación con el dedo índice, y se levanta el labio con el pulgar.
- 4.- Colocamos el cuerpo de la jeringa a que forme un ángulo de 45 grados con respecto a la línea media.
- 5.- Se introduce la aguja en el fondo de saco unos 10 a 12mm sin profundizar más, se deposita medio cartucho y en tres minutos se obtiene anestesia profunda en tejido blando - hasta la línea media, (cuando es muy prominente el molar hay que virar unos cinco milímetros para evitar que choque con la fosa canina).

ANESTESIA GENERAL

La anestesia general es un servicio que responde a una demanda y a una necesidad en pacientes ambulatorios como en - pacientes internados en sanatorio, en la actualidad es común encontrar equipos para la anestesia general en consultorios - dentales.

Indicaciones:

- a).- En los niños indóciles o miedosos.
- b).- En pacientes con trismus.
- c).- En extracciones de dientes con procesos inflamatorios - agudos , absesos, flemones.
- d).- En casos que hay que realizar extracciones múltiples en ambas arcadas , preparaciones quirúrgicas de maxilares - para prótesis.
- e).- Para la apertura de absesos, quistes supurados , absesos - pericoronarios, extracción de secuestros en osteomielitis .
- f).- En pacientes nerviosos, para los cuales la extracción - dentaria les representa verdaderas angustias.
- g).- Pacientes que presentan marcada susceptibilidad por la - adrenalina y anestésicos locales.
- h).- Extracciones de dientes, cuando éstos órganos son cau - santes de afecciones generales , (fiebre reumática, - septicemia). En aquellos casos en que el diente es el fo - co séptico causante de la afección general.
- i).- Pedido del paciente, de que su intervención sea reali - zada bajo narcosis.

Contraindicaciones:

- a).- Alcoholicos y fumadores.
- b).- Enfermedades generales graves de aparatos y sistemas, en

enfermedades del aparato circulatorio si éste no esta compensada

d).- Embarazo si éste no tiene un proceso normal, y en los tres-
primeros meses de embarazo se debe de tener ciertos cuida -
dos.

e).- Menstruación si la intervención no es de urgencia debe de -
posponerse hasta la normalización del estado.

f).- Senilidad Avanzada, los enfermos de edad avanzada o los de-
bilitados presentan un tiempo de circulación mucho más -
lento que los pacientes jóvenes y saludables , por lo tanto
se recomienda administrarles dosis más pequeñas a interva--
los más largos.

CAPITULO IV

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXODONCIA

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PARA LA EXODONCIA

INDICACIONES:

1.- Afecciones dentarias.

a).- Afección pulpar, para las cuales no existe un tratamiento conservador, ya sea por razones anatómicas, mecánicas o bien que el pronóstico para su tratamiento sea desfavorable, dada la cooperación del paciente, tanto física como moral y cultural del paciente.

b).- Caries de cuarto grado que no pueden ser tratadas con el fin de eliminar focos de infección que pudieran dañar los tejidos contiguos y aun el organismo en general.

c).- Complicaciones de dichas caries, tales como son las lesiones periapicales.

Estas lesiones son; Periodontitis, absceso periapical agudo o crónico, fístula, granuloma, quiste de origen dentario y osteomielitis.

Estos tipos de lesión son consecuencia de caries de cuarto grado, la cual evoluciona por etapas; Después de la agresión cariosa se presenta una pulpitis, posteriormente una parodontitis y por último la gangrena pulpar, provocando un taponeamiento en el foramen apical y por consiguiente una colección purulenta en el parodonto.

2.- Afecciones del parodonto.

a).- Parodontosis avanzadas que no pueden ser tratadas.

b).- Casos en los que sea imposible establecer un correcto ajuste oclusal- cuspídeo o incisal.

c).- Cuando existe destrucción alveolar extensa.

d).- En dientes multirradiculares, en los que se ha perdido el tabique interradicular a la altura de la bifurcación de las raíces del diente.

e).- Cuando se presenta resorción apical de la raíz o condensación del parodonto, aun en presencia de vitalidad

pulpaes.

f).-Por pérdida de soporte óseo o en presencia de raíces enanas , lo cual ocasiona movilidad de tercero a — cuarto grado .

3.- Razones estéticas.

- a).- Dientes supernumerarios , los cuales radiológicamente muestren que obstaculiza la erupción del diente permanente normal.
- b).- Dientes supernumerarios o ectópicos que ocasionen molestias , trastornos o anomalías en el aspecto estético y, o funcional.

4.- Dientes Sanos por razones protésicas.

- a).- Dientes que provoquen anomalías de oclusión , las cuales no pueden ser corregidas por medio de desgaste — selectivo para hacerlo ocluir en posición correcta — con su antagonista.
- b).- Anormalidades anatómicas, como pueden ser coronas conicas en dientes anteriores o que presenten anomalías de morfología radicular.
- c).- Cuando por falta de antagonista, la erupción pasiva — ha sido excesiva y no hay posibilidad para colocar un aparato protésico.
- d).- Cuando la inclinación excesiva de una pieza impide — la colocación de una prótesis removible, al no permitir el ajuste y la retención de los ganchos.

5.- Dientes sanos por razones ortodónticas.

- a).- Mal posiciones dentarias que no pueden ser tratadas — por medio de aparatos ortodónticos.
- b).- Cuando el tamaño de las arcadas dentarias es insuficiente para contener el número normal de dientes .
- c).- Retenciones y semirretenciones que no pueden corregirse por medio de aparatos de ortodoncia.

6.- Anomalías de sitio.

a).- Dientes que permanezcan retenidos dentro de los maxilares, provocando alteraciones nerviosas, problemas inflamatorios o bien tumorales en casos ya muy avanzados .

b).- Todo diente retenido debe de extraerse, ya que es un problema en potencia , por la cantidad de trastornos que traen consigo su oclusión en los maxilares .

7.- Accidentes de erupción de terceros molares.

a).- Pericoronitis a repetición.

b).- Accidentes nerviosos, inflamatorios y en algunos casos tumorales , que indicaran la extracción del diente causante de esos trastornos.

8.- Trastornos de la masticación.

Cuando un diente impide la correcta masticación o bien cuando durante los movimientos propios de ésta, lesione la mucosa bucal o labial, y que no exista ningún medio para corregir dicha anomalía, deberá extraerse el diente causante , por ejemplo los terceros molares superiores bucalizados

9.- Tratamiento de tumores perióísticos maxilares.

Muchas ocasiones con el objeto de la total extirpación de la masa tumoral, nos veremos obligados a extraer dientes sanos .

10.- En presencia de tumores benignos.

Este tipo de tumores bucales, aunque clínicamente son benignos , tienden a la recidiva.

Estos tumores pueden ser del tipo de épulis, odontomas o quistes .

11.- En presencia de tumores malignos.

Como son epiteliomas y osteosarcomas.

En estos casos la extracción quedará relegada a un plano --

secundario teniéndose en cuenta el no titubear en no titubear en extirpar todo diente incluido en el proceso tumoral o bien que por simple contigüidad contribuya a su irritación .

12- Trastornos por infección .

a).- Tics dolorosos.

b).- Parálisis faciales.

13- Dientes con raíces fracturadas .

Bien sea que haya sido ocasionado por lesión traumática o por accidente en las estructuras vecinas al diente.

14- Dientes que compriman el paquete vasculonervioso provocando necrosis del mismo .

15- Procesos inflamatorios.

Que son provocados por dientes no erupcionados totalmente. Como llega a suceder con los terceros molares inferiores semirretenidos, los cuales por falta de espacio, no erupcionan totalmente, provocando dolor e infección en esa zona.

16- Dientes que ocasionan infección en el antro de Etmoro.

Esto se observa en premolares y molares superiores cuyas raíces se encuentran muy cerca del seno del maxilar , en los cuales al presentarse un absceso este provoca una comunicación al seno maxilar y origina una sinusitis .

17- Por necesidad de una radioterapia profunda en la cavidad oral, al haber necesidad de que el paciente reciba radiaciones , se harán las extracciones que sean necesarias y se dejará transcurrir , un mínimo de diez días entre éstas y la radioterapia , ya que se reduce considerablemente la actividad celular ósea , lo cual predispondrá al paciente a una infección , puesto que disminuye la resistencia a la misma.

18- Dientes que se encuentran en la línea de fractura .

Al encontrarse una pieza en estas condiciones sera peli-

*
grosos para el paciente conservarla en un lugar, ya que dar lugar a la formación de un falso callo óseo, lo cual ocasionaría trastornos al no quedar correctamente implantado en su alveolo.

CONTRAINDICACIONES LOCALES PARA LA EXTRACCION

- 1.- Aficciones dentarias que puedan tratarse y curarse por medios conservadores.
- 2.- Presencia de abscesos periapicales agudas .
- 3.- Infecciones gingivales agudas.
Como las que son producidas por estreptococos o fusospiroquetas.
- 4.- Pericoronitis aguda.
Como la que presentan los terceros molares parcialmente erupcionados, en estos casos primero se combatirá la infección y se normalizarán los tejidos por medio de fármacos y ya después se procederá a efectuar la extracción .
- 5.- Presencia de estomatitis ó gingivitis ulceromembranosa .
Las cuales serán combatidas antes de proceder a hacer la extracción .
- 6.- Presencia de sinusitis maxilar aguda.
En este caso se deberá de efectuar la extracción de premolares y molares superiores.
- 7.- Presencia de pericementitis y celulitis.
En este caso se someterá al paciente a tratamientos químicos con antibióticos antes y después de efectuar la extracción.
- 8.- Sospecha de tumores malignos .
En este caso se toma una biopsia y la enviaremos al patólogo y la extracción será relegada a un plano secundario.
- 9.- Dientes que han permanecido en hueso irradiado.
Se debe de recordar que ha consecuencia de la irradiación

sobreviene una falta de vascularización y por lo tanto baja la resistencia a la infección , a pesar de los anti bióticos que se le administran al paciente, de todas formas se presentará la infección y puede terminar en una osteomielitis de lenta evolución.

CONTRAINDICACIONES SISTEMICAS PARA UNA EXTRACCION

Es importante que el cirujano dentista no tome unicamente en cuenta el estado local de las piezas, si no también importancia al estado general del organismo del paciente y así — reducir el riesgo de complicaciones trans y pos- operatorias

Las contraindicaciones sistémicas se han dividido en ;

I.- Estados fisiologicos.

II.- Estado patológico.

I.- Estados fisiologicos:

Menstruación - Los investigadores han demostrado la falsedad de estas creencias , ya que el uso de anestésicos o bloqueadores locales no influyen en este estado fisiológico.

Nota; Siempre y cuando la menstruación sea normal y dependiendo del carácter de cada persona.

Embarazo: Siempre ha existido temor por parte del cirujano dentista cuando la paciente esta embarazada , por el riesgo de provocar un aborto o un parto prematuro , y secundariamente, el temor de causar daño físicos a la criatura , pero todo esto es falso .

Por ejemplo en un tratamiento de emergencia ; En presencia de dolor .

Un tratamiento necesario, aunque no de emergencia ejem. absceso periapical crónico, en estos casos se realizará el — tratamiento quirúrgico, . pero en tratamiento de elección, el profesional deberá de tomar en cuenta el estado general del — paciente, si es adecuado o no , y tener en cuenta las complicaciones posibles.

Las intervenciones en el último caso se harán en el momento óptimo, es probablemente entre el tercero y sexto mes de embarazo, por que pasada esta etapa la paciente no puede permanecer demasiado tiempo sentada y en los tres primeros meses hay náuseas y vómitos .

Lactancia- Anteriormente se creia que si se anestesiaba a una paciente durante el periodo de lactancia, la solución anestésica se mezclaba con la leche y esto ocasionaba el rechazo por parte del niño , o al ser ingerida por este le iba a ocasionar diarreas .

Todo esto es falso, ya que se ha demostrado científicamente, ya que el anestésico se elimina por via renal y hepática , mas no por los conductos galactóforos.

Pero si se debe de tomar muy en cuenta el estado emocional de la paciente, pues es frecuente que por una tensión nerviosa o una impresión muy fuerte , pueda interrumpirse la secreción lactea.

Menopausia- Este proceso fisiológico tiene una gran importancia para el cirujano dentista , por la irritabilidad, el estado emocional y las alteraciones hormonales que provoca este periodo en la mujer.

No es ninguna contraindicación , pero se debe de tomar en cuenta el grado de alteración que presente el paciente.

II.- Estados patológicos:

Las contraindicaciones de tipo patológico son ocasionadas por trastornos de los diversos aparatos y sistemas del organismo , poniendo mayor cuidado en los pacientes diabéticos o con afecciones cardiovasculares.

En el aparato cardiovascular se pueden encontrar alteraciones como la hemofilia o arterioesclerosis.

Los signos clásicos de alguna alteración cardiovascular son las disneas de reposo, la cual se presenta cuando el paciente--

cuando esta acostado , se presenta aparentemente sin que nada lo provoque se le llama también disnea de decúbito dorsal.

Otros de los síntomas de alteraciones cardiovasculares son; mareos frecuentes ,edema de tobillos , por lo general por las tardes.

Taquicardias- Pulsaciones que en ocasiones ascenderán a --- 100, 120 ó 150 por minuto, siendo lo normal entre 70 y 80 por minuto , Otro signo importante sería dolores precordiales.

Hemofili - Es una enfermedad que padecen los hombres y que transmiten las mujeres , se caracteriza por la dificultad que presenta la sangre en coagular, dada la falta de trombina que existe en el plasma.

Esta enfermedad se manifiesta desde la niñez y si persiste--- después de los 20 , es muy difícil que desaparezca.

Cuando en el consultorio llega a presentarse un paciente en este estado, el cirujano dentista realizará la extracción de --- la siguiente forma;

a).- Premedicado con coagulantes al paciente (Vitamina K).

Por lo menos 72 horas antes de la extracción.

b).- Vigilancia continua sobre la zona de la herida, hasta--- la correcta formación del coágulo, y vigilancia duran--- te la cicatrización.

También para la correcta formación del coágulo se usarán --- todos los medios hemostáticos que se conocen.

El síntoma mas claro son hematomas y podrán ser espontá--- neos o traumáticos.

Arteriosclerosis- Por lo general un paciente con arterio--- esclerosis, es un paciente hipertenso, lo cual lo hace un pa--- ciente de alto riesgo para el tratamiento con bloqueadores con vasoconstrictores.

CAPITULO V

INSTRUMENTAL PARA LA EXTRACCION DENTAL

INSTRUMENTAL PARA LA EXTRACCION DENTAL

Hay dos tipos de instrumental destinados en términos generales

- a).- Pinzas (Forceps).
- b).- Elevadores (Botadores).

Los destinados a extraer hueso;

- a).- Osteomos.
- b).- Escoplos y fresas.

Las pinzas están formadas por dos partes ; la pasiva y la activa , unidas entre si por una articulación.

En términos generales hay dos tipos de pinzas para la extracción , aquellas destinadas a extraer dientes del maxilar superior y las destinadas al maxilar inferior.

La diferencia que existe es que las del maxilar superior poseen las partes , pasiva y activa en la misma línea , mientras que las pinzas del maxilar inferior tienen ambas partes en ángulo recto .

Cada pinza está destinada según la anatomía del órgano a extraer.

Los tiempos en que se realiza la exodoncia con pinzas.

El acto de extraer el diente de su alveolo con pinzas requiere prehensión , luxación y tracción.

Prehensión: Este tiempo es fundamental de el depende el éxito de los siguientes tiempos , libre el campo de labios , mucosa y lengua, se colocan los bocados de la pinza seleccionada - debajo del borde gingival hasta llegar al cuello del diente , - la corona dentaria no debe de intervenir como elemento útil en la aplicación de fuerzas, su fractura sería la consecuencia de esta falsa maniobra , por lo tanto el instrumento debe introducirse hasta abajo del borde gingival.

Luxación- En este tiempo se logra la desarticulación de el diente en el cual rompe las fibras del periodonto y dilata el alvéolo, se realiza este tiempo según dos mecanismos.

a).- Movimientos de rotación ; La rotación solo puede ser aplicada a dientes monorradiculares , una sola fuerza actúa en este movimiento que imprime la rotación.

b).- Movimientos de lateralidad; Vamos a dividirla en dos tiempos, el primero impulsando al diente en dirección a la tabla ósea de menor resistencia , generalmente es bucal , es la mas elastica , este movimiento tiene un límite que está dado por la dilatación del alvéolo -- excediendo el movimiento, la tabla externa se fractura

Si esta tabla es lo suficientemente sólida como para no fracturarse, será el diente el que tendrá que -- fracturarse , por eso los movimientos laterales de luxación , deben de ser dirigidos , por el tacto de quien opera y este se obtiene con la práctica.

Tracción;Es el tiempo donde se ejerce menor cantidad de fuerza de lo contrario se pueden lesionar dientes antagonistas-

La tracción se realiza cuando los movimientos preliminares han dilatado al alvéolo y roto los ligamentos .

Elevadores; Los elevadores vienen en tantos tipos y formas y con tantas variaciones de mangos como se pueda imaginar.

Consta de tres partes; El mango, el tallo y la hoja.

Estos instrumentos son tipos de palancas y operan con el -- principio de la cuña, el plano inclinado y el pico con filo.

El elevador recto , se emplea para maniobrar entre el diente , encía y borde alveolar, con la idea de seccionar adhesiones fibrosas , gingivales y periodontales en el lado bucal y -- palatino, en dientes superiores y el lado bucal y lingual en -- dientes inferiores , y para ampliar con delicadeza la abertura alveolar en el cuello del mismo , con el fin de introducir mas profundo el fórceps.

Para adaptarse al diente y ajustarse al espacio, tiene ligeramente forma de gubia y un extremo afilado.

Elevadores curvos - tienen extremos afilados peniformes, se emplean para extraer grandes segmentos de raíces rotas de dientes multirradiculares, y hueso interradicular, se utilizan -- solamente cuando ya no hay corona o se haya perdido a causa de caries o traumatismo o por que se haya extirpado como parte -- del procedimiento de extracción. El instrumento se emplea haciendo movimientos de rotación para extraer hueso interradicular.

El dedo índice debe colocarse en el tallo del elevador para evitar que salga de nuestro control, y llegue a herir partes blandas como velo del paladar, carrillo, lengua.

Punzones para puntas de raíces - Son elevadores pequeños en forma de gubia, ya sea recto o en forma de ángulo con mangos -- más delicados, estos instrumentos se insertan en el fondo del alvéolo cuando pueden verse las puntas de las raíces claramente y observarse cómo el punzón las maneja y las saca a la superficie o las coloca en su sitio desde el cual pueden extraerse con pinzas de hemostasia pequeñas y hasta por aspiración.

Instrumentos para extraer hueso:

Los dientes que permanecen retenidos en los maxilares o -- aquellos que para extraerlos sea necesario retraer las estructuras que los cubren exige el empleo de instrumentos para eliminar huesos, a estos instrumentos se les denomina osteomos, -- escoplos y fresas.

Escoplos - Consta de un martillo y una barra metálica, uno de los extremos esta cortado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado, actúa a presión manual o accionado por el torno dental, su empleo en la extracción de -- terceros molares retenidos es de mucha utilidad.

Osteomos - Estos instrumentos están destinados a la eliminación de la estructura para la eliminación dental.

Pinzas gubias; Estas pueden ser rectas o curvas, actúan atrayendo el hueso por medio de mordiscos, previa preparación de una ventana con los escoplos o directamente, cuando se desea cortar bordes cortantes, crestas óseas que emergen de la superficie del hueso.

Fresas: La osteotomía con fresa es muy sencilla, tiene inconvenientes cuando se aplica con ciertos cuidados.

Debe de usarse una fresa nueva en cada intervención y reemplazarla varias veces para que el corte sea uniforme, el instrumento debe de estar irrigado constantemente por suero fisiológico, para evitar el calentamiento del hueso y con esto evitamos necrosis y trastornos posoperatorios como dolor y alveolitis.

Las fresas, en la separación de raíces, en la sección de dientes son de gran utilidad, la odontosección en terceros molares inferiores, debe de estar contraindicada por la posición del diente, en relación con el paquete vasculonervioso dentario inferior, con el objeto de evitar lesiones a estos elementos, como son hemorragias y parestesias consiguientes.

Limas para hueso: Vienen en una gran variedad de formas y tamaños.

Este instrumento se usa para limar y pulir bordes de hueso que han sido maltratados o comprimidos durante extracciones de dientes u otro tipo de cirugía, la lima corta solo cuando se tira de ella, por eso es preferible tener el dedo apoyado firmemente y manejarla por medio de movimientos digitales, que dar pasadas amplias e incontroladas que pueden arrancar y lacerar tejidos blandos.

CAPITULO VI

EXTRACCIONES DE DIENTES

EXTRACCIONES DE DIENTES

El procedimiento quirúrgico bucal que se lleva a cabo con más frecuencia es, desgraciadamente, la extracción de dientes.

Pero ni el dentista ni el paciente deben de considerarla como una operación sencilla y sin posibilidad de penosas complicaciones. Ningún diente debería extraerse sin estudiar cuidadosamente las radiografías y sin planear por anticipado la vía de acceso más eficaz.

Debe de tomarse en cuenta el estado de salud en general del paciente, así como cualquier sangrado que pudiera presentar problemas.

POSICIONES DEL DENTISTA Y EL PACIENTE

Para extraer cualquier diente superior y casi cualquier diente inferior, el operador tiene que estar de pie, ergido, frente al paciente, de modo que pueda mirar directamente al interior de la boca. Para extraer dientes superiores el sillón se eleva para que los hombros del paciente estén al nivel del codo del operador. Se coloca al paciente en posición reclinada de modo que el operador tenga una visión directa al campo quirúrgico. Si el dentista es diestro, se colocará siempre del lado derecho del paciente. Al operar en el maxilar superior izquierdo, sostiene el borde alveolar y la cabeza del paciente colocando el índice izquierdo sobre el hueso alveolar bucal o labial y el pulgar izquierdo sobre el hueso alveolar palatino. Cuando la cirugía afecta el maxilar superior derecho, las posiciones del pulgar y el índice izquierdo son a la inversa de la posición de los dedos izquierdo del dentista diestro.

Al extraer dientes del maxilar inferior, se coloca al paciente de modo que la parte superior de su cabeza esté nivel del codo del operador, quien puede ver así los dientes-

facilmente, sin inclinarse a doblarse . igual que al extraer dientes superiores; el operador está de pie, ergido, ase el diente con las pinzas y sostiene firmemente al maxilar inferior . Con la otra mano, de modo que al manipular al diente el maxilar no se desplace de la cavidad glenoidea (subluxación). El operador puede estar adelante o atrás del paciente , lo que le sea más cómodo y le permita extraer el diente sin emplear demasiada fuerza . Es más comodo colocarse atrás del paciente para extraer dientes inferiores , por que esto permite que la cabeza y el maxilar inferior del paciente se sostenga más firmemente , contra el costado del operador , — quien coloca un brazo alrededor de la cabeza del paciente — y ase el maxilar inferior , Colocando el pulgar bajo el borde alveolar, retrayendo el labio y los otros dedos bajo la barbilla .

EXTRACCION DENTAL SIMPLE

Cuando no hay complicaciones , como raices divergentes o posición defectuosa o implantación del diente , puede extraérsele simplemente con un elevador o con pinzas de extracción , usados solos o en combinación . El elevador en forma de gubia se usa para comprobar la profundidad de la anestesia, separar la encía del área cervical del diente en la superficie labial o bucal y luxar el diente suavemente cuando la punta del elevador acuña en el espacio periodontal , entre el hueso bucal y el diente , Cuando el elevador se ha empotrado en el espacio periodontal debe moverse rápida y delicadamente , primero en dirección apical y despés lateralmente , hacia el centro del diente. El diente se luxa haciendo girar el elevador , de modo que su borde más cercano a la superficie de oclusión del diente ejerza presión en el mismo.

Cuando la fuerza no es suficiente para desalojar el diente

te , es indicación de que hay alguna obstrucción ósea debe eliminarse mediante buril o cincel, o que el diente mismo - debe seccionarse para extraerlo fácilmente, cuando la extrac- ción es entre dos dientes debe tratarse de lastimar lo me- nos posible esas piezas dentarias .

Generalmente se coloca primero el pico lingual o palati- no ; se incerta entre la enofa y la corona del diente y se- le mantiene en esta posición mediante el pulgar o el índice de la otra mano, se coloca entonces el pico bucal en el bor- de gingival bucal. Las pinzas se mueven delicadamente en -- dirección apical de modo que los picos queden tan lejos -- hacia el ápice sobre las raíces del diente como el operador- pueda moverlos.

Entonces, se aprietan los mangos firmemente, para empotrar- los picos en la raíz , de modo que no resbalen durante el ma- nejo subsecuente de las pinzas.

Los molares superiores suelen aflojarse con un movimiento- bucolingual y sacarse en dirección bucal. El borde alveolar palatino es grueso y resiste , al desplazamiento, pero si se ejerce alguna presión sobre él , se ayuda a comprimir y rom- per las fibras periodontales de ese lado, el borde alveolar- bucal del maxilar superior es delgado, excepto por el lecho óseo engrosado, que frecuentemente se encuentra a lo largo - del margen alveolar.

La morfología de las raíces de los molares superiores es- tal que la raíz palatina se opone a la raíz bucal distal , - generalmente es voluminosa y fusiforme y forma un ángulo ha- cia la línea media de aproximadamente 20 grados en relación con el eje longitudinal del diente. Por esta razón, cuando -- el diente se extrae en dirección bucal, la raíz palatina si- gue un camino recto a partir del alveolo y por lo tanto ca- si nunca se fractura . Las raíces bucales son mas pequeñas -- y generalmente paralelas al eje longitudinal del diente del-

diente de modo que, que al extraerlo , las raíces deben dar la vuelta y por ello son más propensas a fracturarse.

Al mover las pinzas en dirección bucolingual y luxar el diente, el dentista frecuentemente puede recorrer las paredes del alveolo con el diente al moverlo y lo libera lenta y deliberadamente de su alveolo. todos los movimientos con las pinzas deben ser firmes y deliberados , no repentinos y violentos ni espasmódicos .

Los premolares superiores pueden extraerse del mismo modo que los molares. Cuando el primer premolar tiene raíces fundidas, puede hacérsele girar y se puede mover en dirección bucolingual. Siempre que se haga girar el diente, debe tratarse de conservar los dientes adyacentes sin lastimar.

Deben extirparse el hueso en los ángulos bucomedial y labial, para facilitar la extracción del diente , puede moverse en dirección labiolingual, también es muy ventajoso complementar este movimiento con otro de rotación .

Los incisivos superiores pueden extraerse fácilmente mediante movimientos bucolingual y rotatorio.

Un molar o un premolar primero en giroversión con raíces delicadas y bien definidas pueden extraerse a menudo empleando la técnica simple con pinzas si el acceso se ha planeado cuidadosamente. Las pinzas para molares especializadas no podrán adaptarse a un molar en giroversión, pero las pinzas universales pueden ser ideales.

Después de la luxación inicial y cuando se ha comenzado a liberar el diente dentro de los picos de las pinzas la corona se moverá ligeramente dentro de estos , de modo que el diente pueda seguir su propia vía fracturando innecesariamente al borde alveolar.

En el maxilar inferior, el hueso de los bordes alveolares bucal y labial, es delgado entre los dientes anteriores y premolares ; Empieza a engrosar a la altura del primer o --

segundo molar y puede ser muy grueso en la región de un tercer molar que ha brotado por completo. Al aplicar las pinzas se coloca el pico lingual primero en el borde gingival y debe tenerse mucho cuidado de no incluir el piso de la boca en el pico de las pinzas y la corona del diente, cuando se han colocado ambos picos, antes de asir las pinzas firmemente y empujar en dirección apical, debe de revisarse de nuevo el área lingual, para tener la seguridad de que no se ha tomado tejido lingual.

Los milares, premolares y canino inferior, pueden extraerse mediante movimientos rotatorios a medida de que el diente se hace salir, en el caso de molares, la configuración de raíces determina si pueden ser o no girados.

Las pinzas de cuerno de vaca pueden emplearse para extraer molares inferiores, pero tienen ciertas limitaciones que deben de tomarse en cuenta. Deben colocarse los picos cuidadosamente, pero con estas pinzas puede causarse un daño mayor al hueso alveolar y a los dientes adyacentes, si los picos resbalan de su posición en la bifurcación.

Cuando el dentista está seguro de que las pinzas han tomado la bifurcación, se comprimen firmemente, de modo que los picos se deslicen dentro de ella. Las pinzas en cuerno de vaca no tienen substancia dental, y así existe la posibilidad de que el diente se salga de las pinzas al ser extraído y caiga tal vez en la faringe. Para evitar este peligro, el operador debe colocar un dedo o una pieza de gasa lingual y posterior al diente cuando este se eleva o cambiar de pinzas antes de extraer el diente por completo. Después de la extracción, deben de examinarse la encía marginal y el borde alveolar, para buscar cualquier lesión por compresión o fractura que haya podido ocurrir cuando los picos de las pinzas se movieron hacia abajo dentro de la bifurcación. Si es necesario, se puede dar entonces tratamiento adecuado.

En los dientes incisivos inferiores es mejor maniobrar en sentido labiolingual, para tener la seguridad de que se han liberado de sus conexiones y luego elevarlos con un movimiento de rotación mínimo por que si se hace un movimiento de torsión puede partirse la porción apical de la raíz.

EXTRACCIONES DE PUNTAS DE RAICES ROTAS

Las puntas de raíces fracturadas, son a menudo partes pequeñas y delicadas, pero generalmente pueden recuperarse rápido y fácilmente.

La porción del diente extraído debe de revisarse para ver si no se quedó parte de la raíz dentro del alveolo, cuando esto sucede debe insertarse un punzón para puntas de raíces en la cresta alveolar de modo que su superficie cóncava esté dirigida hacia el hueso y exactamente encima de la parte más alta del fragmento de la raíz, esto puede desprenderse suavemente el fragmento del borde alveolar, si esto no se realiza fácilmente, se inserta el punzón opuesto dentro del alveolo, de modo que la superficie cóncava esté dirigida al fragmento de raíz ; se acuña de nuevo en el área situada entre el hueso y el fragmento en un esfuerzo por desalojar la punta.

Si una punta de raíz no puede desalojarse como se ha descrito, debe reflejarse el tejido gingival en un colgajo bucal en forma de sobre y extirpar hueso del borde para llegar a la superficie fracturada del fragmento de la raíz o se perfora el delgado hueso apical, de modo que pueda tenerse acceso al fragmento por debajo y empujarlo hacia arriba.

El dentista no debería de emplear mas de 30 segundos intentando desalojar puntas de raíces sin reflejar un colgajo y obtener alivio adicional ,Los esfuerzos continuos , sondeando y apalancando son desagradables para el paciente, frustrantes para el dentista y no llegan al éxito en suficientes ocasiones para garantizar este tipo de acceso, siempre que se busquen --

puntas de raíces deben verse y no sondearse ciegamente.

Las raíces deben verse y observarse su extracción para tener la certeza de que la punta ha desaparecido, si no se ve la punta de raíz abandonando el alveolo, debe tomarse una radiografía posoperatoria, para saber si no se ha introducido en una cresta oculta, donde podría pasar inadvertida, pero podría ser fuente de complicaciones posoperatorias, como dolor edema, infección o hemorragia.

EXTIRPACION QUIRURGICA DE LOS DIENTES

El colgajo en forma de sobre se prepara para proporcionar exposición suficiente de la cresta alveolar, de modo de que cualquier lecho engrosado de este hueso se esponga claramente y pueda extirparse empleando pinzas gubias o un buril redondo del num. 6, refrescado por copiosa irrigación con solución salina normal estéril, el hueso debe extirparse sobre una distancia que representa la anchura mesiodistal, en su totalidad, del diente que va a sacrificarse.

Después de que este lecho óseo se ha extirpado por completo o de haber reducido la cresta alveolar se toma el diente firmemente con unas pinzas y se luxa con suavidad. Si las raíces no son muy divergentes, o si están fundidas o son voluminosas el diente generalmente podrá liberarse y extraerse con las pinzas. Si el diente tiene raíces muy divergentes pueden seccionarse de la corona una o dos raíces, para facilitar la extirpación. El diente debe luxarse antes de seccionar, para facilitar la extracción de las porciones radiculares que quedan.

Las raíces bucales se extraen acunando un elevador entre el lado más largo de cada raíz y el hueso alveolar y elevándolas rara vez es necesario seccionar de la corona las dos raíces bucales y palatina.

CAPITULO VII

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

La operación que se lleva a cabo con más frecuencia en la práctica general es la extracción de dientes. Pero la asistencia posoperatoria suele ser la misma para todo tipo de cirugía intrabucal.

Apósitos de gasa.

Al terminar la operación, debe de colocarse apósitos de gasa húmedos para ocluir el alveolo abierto y ejercer presión sobre las membranas mucosas que han sido reflejadas.--

Esto evitará la acumulación de sangre bajo el colgajo y limita la sangre al alveolo, mientras se efectúa el proceso de coagulación. Un hematoma bajo un colgajo retarda la curación y proporciona un sitio favorable a la infección.

El paciente debe dejar los apósitos en su sitio durante 30 a 45 minutos después de abandonar el consultorio, si el escurrimiento continúa después de quitar los apósitos, deben de colocarse nuevos apósitos húmedos durante otros 30 a 45 minutos. Esto puede repetirse cuatro veces, pero si el sangrado aun continúa, debe de consultar al dentista.

Compresas calientes y frías.

Debe de aconsejarle al paciente que coloque hielo envuelto en tela o compresas frías sobre la cara, durante las ocho horas siguientes a la operación, el hielo debe de aplicarse a la cara durante 20 minutos y quitarlo durante otros 10 minutos en forma alternada.

Cuando se ha extraído un diente con absceso agudo, el dentista puede prescribir la aplicación continua de compresas húmedas calientes a la cara según sea necesario, el frío es para reducir al mínimo la inflamación y el calor se supone que aumenta la circulación.

Higiene bucal.

El paciente no debe de escupir ni enjuagarse la boca durante las primeras doce horas después de la extracción. Esto es difícil de cumplir pero evitará que el paciente lo lleve a cabo - en una forma excesiva . La lengua y los dientes que quedan no - afectados por la operación deben de cepillarse a la hora de acostarse . Esto limpia la boca de sangre y proporciona al paciente, una sensación de fresca limpieza que hará que el paciente se sienta más cómodo.

El cepillo suave no lesiona los tejidos y así el paciente - se puede hacer la limpieza a fondo.

Dieta.

El paciente debe de recibir instrucciones explícitas acerca de mantener una ingestión adecuada alimentos y líquidos .

Alimentos para el bebé , gelatinas , flanes, natillas, polvos para preparar bebidas que contengan suplementos alimenticios , preparaciones de dieta líquida , polvos que se mezclen con leche y sopas son alimentos que pueden sugerirse al paciente, la extensión del área quirúrgica afectará la capacidad del paciente para comer, tanto como su tolerancia a la operación. La tolerancia es variable y la afectan la edad, sexo, educación , - experiencia previa y muchos otros factores .

Puede sugerírsele al paciente que varias comidas pequeñas - son más agradables al paladar que unas pocas mas grandes.

La ingestión de bebidas alcohólicas no se recomienda.

Sueño.

El paciente debe dormir sobre dos almohadas cubiertas con - una toalla o alguna otra cosa de altura equivalente que le mantenga la cabeza elevada en un ángulo de aproximadamente 30 grados , esto se debe que con la cabeza elevada puede deglutirse las secreciones, como la saliva teñida de sangre, durante la noche.

Actividad física.

No hay duda de que el paciente se recupera y regresa más rápidamente a sus actividades normales, si se le aconseja que descanse uno o mas días después de la cirugía , según la extensión de la cirugía , se le debe advertir de antemano cuanto tiempo - necesitará para descansar y recuperarse . Deben de evitarse el trabajo físico extenuante y los deportes.

Inflamación y trismus.

La inflamación y trismus durante las primeras cuarenta y -- ocho horas después de la operación suelen atribuirse al traumatismo asociado con la cirugía.

Retradores y separadores bucales durante la operación pueden causar escoriaciones de las comisuras bucales y a veces se producen ulceraciones de la mucosa bucal por instrumentos o --- compresas, el paciente puede notar que su temperatura corporal aumenta de 37.8 grados centígrados , esto es habitual después de la cirugía y puede reflejar un cierto grado de deshidrata --- ción.

La persistencia de cualquiera de estos dos estados, sin mejoría justifica una visita para valorar la situación, si los --- signos y síntomas empeoran a las 48 horas debe considerarse la posibilidad de infección. El aumento de temperatura, y la in --- flamación que estira el tejido es muy suave a la palpación, son prueba de infección; por lo que hay que administrar tratamiento con antibióticos.

CAPITULO VIII

ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN LA EXODONCIA

ACCIDENTES MAS FRECUENTES EN LA EXODONCIA

La extracción dentaria es una operación quirúrgica que en un porcentaje elevado de casos no presenta problemas serios. Hay ocasiones, sin embargo en que la extracción de una pieza dentaria obliga al cirujano dentista a hacer uso de su habilidad, conocimientos y experiencia.

De la perfección y delicadeza con que se practiquen las extracciones dependerá un postoperatorio sin complicaciones - además de un corto tiempo de intervención : A veces, no obstante , existen causas previsibles o no que complican la intervención o el postoperatorio.

MAXILAR SUPERIOR

1.- FRACTURA Y LUXACION DEL DIENTE.

Esta complicación se encuentra con frecuencia , ocasionada bien sea, por técnica incorrecta o por alteración morfológica de la pieza por extraer.

El procedimiento a seguir en la extracción del diente -- fracturado dependerá del tamaño del fragmento y la localización del mismo; siendo los pequeños fragmentos los que realmente van a complicar la extracción .

Cuando se trata de ápices, es recomendable hacer un pequeño colgajo en la mucosa, seguido por osteotomía de la lamina -- externa y finalmente la remoción del resto radicular, el uso -- indiscriminado y alternativo de fórceps y elevadores no hacen mas que prolongar una intervención que se resuelve mediante -- la extracción a cielo abierto.

En esta forma el cirujano dentista tiene un campo más amplio , lo que brinda mayor seguridad y le permite traumatizar -- mucho menos los tejidos , por llegar directamente al resto -- radicular, permitiendo que el tejido óseo se encuentre en -- mejores condiciones que si estuviese urgando una y otra vez -- en una zona de poca visibilidad.

En el maxilar superior y sobre todo a partir de los segundos premolares , la técnica a cielo abierto permite rechazar hacia abajo el resto radicular, evitando así la penetración en el seno, cosa que es muy factible que ocurra si el resto se encuentra cerca del seno maxilar y con el elevador se presiona hacia arriba.

Hay que tener en cuenta que la incisión de la mucosa no ha de coincidir con la zona en que se va a realizar la ostetomía, ya que la sutura de dicha mucosa al no descansar sobre un plano óseo sano, se desgarrará y retrasará fácilmente.

2.- FRACTURA Y LUXACION DE DIENTES VECINOS.

En ocasiones al estar realizando la extracción de una pieza al realizar un movimiento inadecuado o una presión innecesaria se puede provocar la fractura del diente vecino, por estar su corona debilitada por caries, restauraciones amplias, etc. o incluso producir la luxación del mismo por la disposición anatómica de sus raíces.

3.- FRACTURA DE LA LAMINA EXTERNA.

Es un accidente frecuente que no presenta gran trascendencia, dependiendo del tamaño de la zona fracturada, En ocasiones sobre todo en la extracción de molares superiores y caninos superiores , la lamina ósea aparece firmemente adherida a las raíces.

En otras ocasiones dicha lámina está adherida a la mucosa o laxamente adherida al hueso. Cuando la tabla externa ha sido removida es conveniente redondear las aristas cortantes y eliminar los fragmentos óseos fracturados.

4.- FRACTURA DE LA LAMINA INTERNA.

Cuando la fractura de la lámina interna ocurre en el maxilar superior, puede dar lugar a que la raíz palatina de la molar se ubique entre la fibra mucosa y el hueso. En este caso se hará el acceso por la vía alveolar , si no que previa locali-

zación radiográfica se practicará una pequeña incisión en la zona abultada de la mucosa correspondiente, eliminando el resto radicular y colocando puntos de sutura después.

5.- FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.

Este accidente suele ocurrir al hacer la extracción del tercer molar superior, sobre todo si éste se encuentra retenido— en este caso se deberá actuar con cautela puesto que la tuberosidad del maxilar superior puede fracturarse por manipulaciones violentas y ser extraída junto con el molar. Habrá de tomarse muy en cuenta la posible comunicación con el seno maxilar y el posterior dierra mediante colgajos de la mucosa.

6.- SENO MAXILAR.

Hemos de tomar en cuenta que el practicar la extracción de piezas dentarias (principalmente molares), cuyos ápices tienen una íntima relación de cercanía con el seno maxilar, puede ocurrir que la simple extracción provoque una comunicación sinusal. Otras veces por la misma constitución anatómica o por la existencia previa de una infección apical favorecedora de un debilitamiento de las estructuras óseas, en este caso será imposible evitar la comunicación.

7.- PERFORACION DEL PISO DEL SEÑO MAXILAR.

La penetración en el seno maxilar puede ocurrir de forma accidental o de forma instrumental durante la extracción de premolares y sobre todo de molares.

En la primera forma, el paciente nota dolor, sensación de vacío, y como al tomarse agua está fluye por la fosa nasal correspondiente. En estos casos no hay duda de la ruptura de la mucosa nasal. También puede haber ruptura de el piso del seno sin sin perforar la mucosa.

En la forma instrumental, son los elevadores, cucharillas etc. los responsables de lesionar la mucosa y establecer la comunicación.

Normalmente el coágulo es el encargado de obturar la comunicación bucosinusal. Se puede favorecer la acción de este al aplicar al alveolo esponja de celulosa (gel-foam, surgycel, etc.), aunque su utilidad es discutible, y ayudando con de aproximación de los bordes gingivales.

Cuando el alveolo es muy grande o ha sido excesivamente traumatizado, se recurrirá entonces a despegar la fibromucosa, tanto por bucal como por palatino, procediendo a efectuar la osteotomía de los bordes alveolares, suturando después.

8.-PENETRACION DE UN APICE EN EL SENO MAXILAR.

Un fragmento radicular puede desgarrar la mucosa sinusal durante las maniobras de una extracción y alojarse en el piso de el seno maxilar, estableciéndose una franca comunicación con la cavidad bucal. En ocasiones, sin embargo el fragmento se insinúa entre el piso y la mucosa del seno, sin llegar a romper ésta o incluso alojarse en una cavidad quística infrasinusal.

En estos casos, la extracción del fragmento radicular puede hacerse de dos maneras; I.- Por vía alveolar, 2.- Por vía sinusal.

I.- La vía alveolar no es recomendable ya que además de la escasa visibilidad, hay el riesgo de desgarrar una mucosa sinusal que había permanecido intacta en la extracción.

2.- La vía de elección es la sinusal y se efectúa de la siguiente forma;

I.- Se trazan dos incisiones convergentes que parten del fondo de saco al borde libre gingival; se realiza la osteomía de la lámina externa mediante fresa.

II.- Se amplía la abertura de la mucosa mediante cureta o pinzas especiales, para la remoción de fragmentos de raíz se realiza la extracción.

III.- Se cierra el alveolo deslizando hacia abajo el colgajo vestibular hasta afrontarlo al borde gingival palatino suturando con puntos en "U". Con puntos aislados, las incisiones convergentes se afrontan borde a borde.

9.- LESIONES DE LA MUCOSA.

Estas ocurren por manipulación defectuosa del instrumental o bien durante el transcurso de una extracción difícil.

En estos casos si la herida o desgarré de los tejidos son amplios, se procederá a suturarse con los puntos suficientes para afrontar los bordes y cerrar lo más posible la herida.

10.- HEMORRAGIA POSTEXTRACCION.

La hemorragia postextracción dentaria es otra complicación se presenta con alguna frecuencia a los cirujanos dentistas.

Dicha hemorragia aunque no es difícil de contener generalmente no por eso deja de ser alarmante para el paciente. Incluso puede ser peligrosa si abundante y duradera y mucho más si existe alguna alteración hemática que la complica tal como pudiera ser; Hemofilia, Púrpura, Trombopatías, Diabetes, etc.

La hemorragia puede presentarse unas horas o incluso días después de la exodoncia, en caso de tener un paciente que presente hemorragia postextracción, el cirujano dentista realizará los siguientes pasos:

Previa anestesia de la zona de la hemorragia se procederá a la limpieza de la zona sangrante de coágulos, tratando de encontrar el foco hemorrágico. Localizando este (si procede del fondo o paredes alveolares), se intenta cohibir la hemorragia el taponamiento con espuma de fibrina o preparados similares ayudando además con 1 o 2 puntos de sutura con el objeto de aproximar el borde gingival, lo cual aseguraría la permanencia del taponamiento.

La hemorragia de los vasos gingivales se puede reducir mediante electrocoagulación o mejor aún, con sutura cuidadosa de los desgarros de la mucosa.

En la hemorragia abundante por lesión del paquete dentario u otro vaso de relativa importancia cuyo trayecto sea intraóseo, la utilización de cera estéril para hueso da excelentes resultados introducida en el orificio del hueso.

El recurrir a la ligadura del tronco principal (arterial o venoso) tributario de la zona sangrante será una medida excepcional que habrá de tenerse en cuenta.

En caso de hemorragia grave deben vigilarse los signos vitales (pulso, presión arterial, etc.) y administrar sueros y sangre si fuera preciso.

En ocasiones a pasar del taponamiento y sutura de los bordes gingivales, puede aparecer una pequeña pérdida hématica que suele parar espontáneamente o con la simple presión de una torunda de algodón o una gasa con las piezas dentarias antagonistas.

Toda la gama de medicamentos hemostáticos de cualquier tipo, usados convenientemente pueden actuar como coadyudantes en una hemorragia, pero en la terapéutica local la que por su efecto inmediato resolverá de un modo seguro la situación

11.- INFECCION.

La infección es la complicación postoperatoria que puede presentarse con mayor o menor intensidad según sea la virulencia de los gérmenes, la localización y las defensas del enfermo. La infección puede estar perfectamente localizada en la cavidad alveolar; otras veces extendida a los tejidos circundantes o incluso por vía linfática, afretar a territorios más lejanos, es poco frecuente que la afección de piso de boca (Angina de Ludwig), el absceso cerebral o la trombosis del seno cavernoso, puedan presentarse, si se ha hecho el tratamiento con los fármacos adecuados.

a).- BACTEREMIA .

Existe la posibilidad de una bacteremia postextracción dentaria que puede resultar peligrosa en enfermos reumáticos o con

alteraciones cardíacas, se ha descrito, incluso la aparición de una endocarditis bacteriana subaguda por remoción de un foco -- infeccioso apical tras la extracción dentaria, el cuadro séptico puede aparecer inmediatamente después de la exodoncia o pocas horas después de la misma, de ahí la importancia de un tratamiento oportuno y adecuado en estos pacientes.

b).- ALVEOLITIS.

La alveolitis o infección pútrida del alvéolo es una complicación que se presenta de maneras diversas:

- I.- Forma parte de osteítis, flemonesperimaxilares, periostitis
- II.- Alveolitis de predominio alveolar, con una formación inflamatoria de tipo fungoso, fácilmente sangrante y muy doloroso
- III.- Alveolitis seca, por desintegración del coágulo que al desprenderse deja al alvéolo sin tejidos de granulación, siendo también muy doloroso.

En estos casos el alvéolo presenta su cavidad recubierta por un magma gris verdoso y mal aliento, mientras que los bordes -- gingivales aparecen rojizos y adematosos.

Otras ocasiones las paredes alveolares se encuentran desnudas o tapizadas por una película verdosa, habiendo en su fondo restos alimenticios, dentritus y pus, los ganglios de la región se hallan infartados y dolorosos.

El tratamiento para estos pacientes será a base de antibióticoterapia, lavado de la zona con alguna solución estéril y la colocación de algún tapón quirúrgico para proteger el alvéolo.

MAXILAR INFERIOR.

I.- FRACTURA Y LUXACION DEL DIENTE.

En la mandíbula y debido al mayor grosor y menor elasticidad del hueso alveolar de algunos pacientes, será necesario en caso de que hubiere fractura de raíces, realizar la técnica antes -- descrita de colgajo o a cielo abierto, con el objeto de trauma-

tizar lo menos posible la zona apical o bien lesionar el nervio dentario inferior o provocar la erosión con el botador del hueso alveolar.

Con objeto de evitar llegar a este paso se puede realizar la odontosección individualizando las raíces y extrayéndolas por separado, en piezas posteriores, en piezas anteriores que son monorradiculares los cuidados son mayores por la facilidad con que las raíces pueden fracturarse y quedar en el alveólo, con lo que se tendría que hacer remoción quirúrgica.

2.- FRACTURA DE LA LAMINA INTERNA.

En ocasiones puede ocurrir que al hacer la remoción de un resto radicular, se fracture la tabla interna, y el resto vaya a alojarse en el piso de la boca por encima del milohiideo o más raramente por debajo de él.

Se recurrirá en estos casos a practicar una incisión junto al maxilar, por su cara lingual la cual debe de profundizarse hasta el milohiideo y con palpación bimanual, previa localización radiográfica, se procederá a la extracción del ápice.

3.- FRACTURA DE LA MANDIBULA.

La fractura de la mandíbula ocasionada por la aplicación exagerada de una fuerza durante la extracción de algunas piezas dentarias retenidas ó no, y la técnica incorrecta para sujetar la mandíbula es una complicación rara entre accidentes de exodoncia, pero se puede llegar a presentar en el consultorio dental.

Esta fractura puede estar favorecida por la disminución de la resistencia ósea al quedar una gran cavidad (Osteoporosis), o bien por una osteomielitis ó formaciones quísticas.

Las enfermedades del metabolismo del calcio, predisponen a los huesos a fracturarse, incluso con esfuerzos mínimos.

El tratamiento a estos casos, sera la inmovilización total de la mandíbula y el control radiográfico hasta que el tejido óseo este regenerado por completo.

4.- LESION DE LOS TRONCOS NERVIOSOS.

Las lesiones pueden deberse a aplastamientos, desgarrro o - -
sección del tronco, quedando como secuela a estos, neuralgias y
paraestesis de la zona afectada y que son de evolución lenta.

La lesión del dentario inferior es frecuente generalmente -
durante la extracción del tercer molar por manipulación en el -
alveólo sin una visibilidad adecuada.

De igual forma puede lesionarse el nervio mentoniano actuan-
do sobre la zona del canino o del primer premolar inferiores.

La lesión del nervio palatino anterior aunque posible es - -
mucho menos frecuente.

CONCLUSIONES

La exodoncia nunca debe de ser usada como tratamiento odontológico de elección sino como un último recurso, una vez ya agotados todos los recursos posibles con respecto a la conservación del diente o dientes en la boca.

Solamente se pensará en un tratamiento de restauración cuando se tengan grandes posibilidades de éxito, ya que de otra manera el tratamiento sería engañoso y posiblemente el paciente no solo terminaría perdiendo una, sino tal vez varias piezas dentarias por alteraciones tanto en oclusión como en su morfología bucal.

No es adecuado extraer dientes por extraerlos, pero tampoco es adecuado intentar tratamientos que no se tenga la seguridad, o al menos un 50% de posibilidades de salvar la pieza, y también si hay riesgos de perjudicar a los demás dientes.

Esa es la razón de por qué es tan importante la preparación continua a modo de poder realizar tratamientos restaurativos con mayor margen de seguridad en su duración, disminuyendo el uso de la extracción cada vez en mayores ocasiones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- CIRUGIA BUCAL, COSTICH WITE.
Editorial Interamericana, Primera Edición en Español
1974.
- 2.- ANESTESIA ODONTOLÓGICA, NIELS BJORN JORGENSEN
JESS HAYDEN JR.
Editorial Interamericana, Segunda Edición en español
1982.
- 3.- CIRUGIA BUCAL, W HARRY ARCHER.
Editorial Mundi, Segunda edición, 1968.
- 4.- RECOPIACION DE DIVERSOS APUNTES.
DE LOS MAESTROS.
- 5.- TESIS.
LA EXODONCIA COMO ULTIMO RECURSO DE LA ODONTOLOGIA.
SERGIO ARIOSTO HERNANDEZ, 1979.
GENERALIDADES DE LA EXODONCIA, GREGORIO MANZANO MOLINA
1979.