



**UNIVERSIDAD MICHOCANA**

Facultad de Odontología

**CONSIDERACIONES GENERALES  
SOBRE EXODONCIA.**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

**p r e s e n t a:**

**Ma. de Jesús Vázquez Pérez**

Morelia, Mich.

1974



**UNIVERSIDAD MICHUACANA**

**Facultad de Odontología**

**CONSIDERACIONES GENERALES  
SOBRE EXODONCIA.**

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

presente:

**Ma. de Jesús Vázquez Pérez**

Morelia, Mich.

1974

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Con Respeto y Cariño a mis Padres:

**Francisco Vázquez V.**  
**e Irene P. de Vázquez.**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Cariñosamente a mi Abuelita:  
**Ma. de Jesús Venegas Vda. de V.**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

En Testimonio de Gratitud y Afecto a mis Tfos:

**Manuel Ochoa O.  
e Isabel H. de Ochoa.**

Con Agradecimiento a mi Asesor:  
**Sr. Dr. J. Rafael Murguía López.**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

**Al H. Jurado y a mis Maestros**  
Respetuosamente.

# T E M A R I O

## Consideraciones Generales Sobre Exodoncia

### I N T R O D U C C I O N

|               |                                   |
|---------------|-----------------------------------|
| CAPITULO I    | Indicaciones y Contraindicaciones |
| CAPITULO II   | Interrogatorio General            |
| CAPITULO III  | Estudio Radiográfico              |
| CAPITULO IV   | Asepsia y Antiseptia              |
| CAPITULO V    | Anestesia                         |
| CAPITULO VI   | Extracción Propiamente Dicha      |
| CAPITULO VII  | Accidentes                        |
| CAPITULO VIII | Indicaciones Post-Operatorias     |
| CAPITULO IX   | Conclusiones                      |

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

# INTRODUCCION

Consideramos a la exodoncia, como una rama importante de la Odontología; dedicada a la extracción o remoción de los dientes de sus alveolos (como su nombre lo indica viene de dos raíces que son: (Exo=fuera, Odontos=diente).

La importancia que se acentúa considerando que es un término médico odontológico con el cual se designa a una operación de cirugía menor, destinada a aliviar el dolor humano. Cuando se practica una extracción es porque aquella pieza está afectada de una u otra manera o porque ésta está provocando un tipo de afección.

Aunque quisiéramos hacer menos uso de la exodoncia ya que la tendencia actual de la Odontología es conservar las piezas, recurriendo para ello a la endodoncia, parodoncia, prótesis, etc.: no es posible prescindir de ella por lo tanto no debemos desatender en ningún momento su estudio, desgraciadamente la cultura dental no es muy amplia en nuestro medio y un gran número de nuestros pacientes se presentan al consultorio hasta presentar una odontología fuerte y persistente, e insistiendo en la extracción.

Sería ideal que los pacientes cuando concurren al cirujano dentista por este u otro motivo, siguieran sus indicaciones de hacer un examen bucal periódicamente cada seis meses, para que así conservaran siempre sus piezas dentarias, haciéndoseles tratamientos de operatoria dental y no esperar hasta que vuelva a doler otra pieza dentaria para recurrir a nuestros servicios; de tal manera se practicaría odontología preventiva y no curativa. Pero desgraciadamente no es así, en el desempeño de mi servi-

cio social, he observado que el 75% de mis pacientes han recurrido a mis servicios con el fin de hacerse extracciones dentarias, de piezas que por lo regular les han dolido hace ya varios días, a todas esas personas les hice examen minucioso de su dentadura, aconsejándoles que algunas piezas estaban todavía a tiempo de obturarlas o practicar algún otro tratamiento conservador, pero realmente un 25% o menos siguieron mis indicaciones. Influyó bastante en dicha actitud la falta de factores económicos, negligencias, etc. y observé en la mayoría malos hábitos de origen bucodentarios, faltas de cultura dental y deficiencias alimenticias.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## CAPITULO I

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

# CAPITULO I

## INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La dentística conservadora dispone actualmente, de métodos y tratamientos que disminuyen extraordinariamente el número de piezas dentales que deben ser extraídas, por el adelanto logrado en otras especialidades, tales como: la Endodoncia, Protésis y otras, se han disminuido las indicaciones de la exodoncia quedando circunscritas a estas pocas indicaciones.

I.- Aquellos casos en que la inaccesibilidad de la pieza dental o de los conductos dentales no permitan aplicar las técnicas conservadoras.

II.- En todas aquellas piezas dentales que sean focos de infección.

III.- En caso de parodontopatías graves, que no puedan ya tratarse en los cuales se ha destruido una gran cantidad en el hueso de soporte.

IV.- En dientes con pulpas desvitalizadas o pulpitis aguda o crónica, cuando el tratamiento de conductos no está ya indicado.

V.- Piezas dentales supernumerarias o retenidas y no erupcionadas, que ameriten la extracción.

VI.- Piezas dentales temporales persistentes cuando la edad del paciente, de acuerdo con la cronología de la erupción, para permitir la normal erupción estética y funcionalmente.

VII.- Las piezas dentales retenidas que existan en dentados totales, antes de la preparación de la prótesis, deben

ser eliminadas.

VIII.- Piezas dentales en posición anormal, no tratables por medios ortodóncicos.

IX.- Fracturas que interesdan o interesen la cámara pulpar, y siempre y cuando la pieza dental no permite tratamientos de endodoncia.

X.- Piezas dentales con fracturas altas de raíces.

XI.- Piezas dentales con procesos fracturados como consecuencia de un traumatismo.

XII.- Piezas dentales que traumatizan los tejidos blandos.

XIII.- Piezas dentales cuyas raíces se encuentran dentro de tumores.

XIV.- Piezas dentales que el paciente exige le sean extraídos, bien sea por su ignorancia, o su falta de medios económicos.

## CONTRAINDICACIONES

Las Contraindicaciones pueden clasificarse tomando en cuenta la pieza por extraer y los tejidos circundantes y el estado general del paciente:

Entre las principales contraindicaciones, encontramos las siguientes:

I.- Piezas con abscesos agudos e inflamación, en donde hasta nuestra solución anestésica, podría ayudar a diseminar en un campo más amplio los gérmenes, aparte de que no actuarían

con suficiente eficacia; aquí lo aconsejable sería drenar por la pieza misma y esperar que pase el estado agudo, a menos que un padecimiento sistemático del paciente esté urgiendo la extracción y por supuesto con previa premedicación.

II.- En inflamaciones de tejidos vecinos, como gingivitis, abscesos parodontales, estomatitis de Vincent.

En el estado general del paciente tenemos las siguientes contraindicaciones:

I.- Abscesos agudos de la pieza, en personas que tengan antecedentes de Fiebre Reumática, hasta haber pasado el estado agudo.

II.- Enfermedades debilitantes como la Leucemia, Fiebres, etc.

III.- La Diabetes si no se puede bajar la glucosa en la sangre por el riesgo a la infección.

IV.- En las Cardiopatías.

V.- Hiperfroidismo.

VI.- Enfermedades Hematopoyéticas que presentan defectos de coagulación como la Hemofilia, Púrpura, etc.

En la menstruación y el embarazo aunque no constituye una contraindicación para la extracción dentaria, si no es urgente, siempre es preferible esperar a que pase ese estado, sobre todo en una persona pusilánime que la tema. Solo el embarazo podría ser una contraindicación cuando se tenga antecedentes de aborto.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## C A P I T U L O I I

### INTERROGATORIO GENERAL

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

# CAPITULO II

## INTERROGATORIO GENERAL

Interrogatorio- es una serie de preguntas que hace el profesionalista a el paciente con el objeto de llegar a un diagnóstico subjetivo.

Al hacer el interrogatorio debemos ir anotando en su historia clínica todos los datos obtenidos que nos son de importancia tanto en ese momento como posteriormente, porque a cada paciente le debemos de tener su kardex el cual nos va a servir como guía en citas posteriores, y para proporcionar datos en cualquier momento que se nos solicite, e incluso nos pudieran servir en medicina legal y junto con su historia clínica su estudio radiográfico completo y análisis de laboratorio.

Las preguntas que se deben tener en cuenta son las siguientes:

I.- Preguntaremos si se les han hecho extracciones de piezas dentarias anteriormente: esta pregunta nos sirve para valorar las experiencias que tuvo, por si hubo durante la intervención fracturas, traumatismos u otros accidentes y que al contestarnos nos ayudará como guía para darnos cuenta como viene a nosotros el paciente psicológicamente.

II.- Preguntaremos si ha tenido experiencias anteriores a la inducción de la substancia anestésica.

a).- Si es alérgico a el bloqueo propiamente dicho o a algún alimento.

b).- Si tiene conocimiento, de cual fué el anestésico que

usó su dentista durante las entrevistas anteriores.

c).- Si no hubo accidentes, como mareos, lipotimias, shoks durante el tiempo que duró la cita.

III.- Preguntar que si cuando se hace una herida que tiempo tarda en cohibirse la hemorragia.

a).- Esto nos sirve como dato para saber si debemos hacer o no la intervención o tener los cuidados correspondientes y estar preparados en caso de que la intervención tenga que ser de urgencia y si tenemos tiempo y hay sospecha de que está alterado el tiempo de sangrado y coagulación se le enviará hacer los exámenes del laboratorio correspondientes.

IV.- Investigar sistema cardiovascular.

a).- Presión Arterial.

b).- Disnea de Esfuerzo o de Reposo.

c).- Preguntar si hay edema de tobillos por la tarde y párpados por las mañanas.

V.- Preguntar o investigar si su función renal es normal.

a).- Esto es muy importante saber, porque las soluciones anestésicas y algunos medicamentos, como las sulfas son eliminadas por la orina.

VI.- Investigar si está correcta su función hepática.

VII.- Preguntar si es normal su sistema nervioso.

## CAPITULO III

### ESTUDIO RADIOGRAFICO

La radiografía es de absoluta necesidad en la práctica de exodoncia, no hay una sola afección quirúrgica de las piezas dentales o de los maxilares en la que aquella no constituya una valiosísima ayuda, cuando no un dato definitivo para el diagnóstico, ya se trate de la extracción de una pieza dental, que en apariencia no es difícil o de una incluida o mal colocada, se recurrirá a las radiografías para establecer con exactitud la dirección y forma de las raíces, los procesos patológicos que puedan afectar a la misma raíz o al hueso circundante, para darnos cuenta la relación que existe entre las piezas dentales con los senos de la cara o con el canal dentario, la posible existencia de una hipercementosis, odontomas, granulomas o quistes, caries profundas que muchas veces la clínica no las resuelve, reabsorción osea, lo compacto del hueso maxilar o mandibular, etc.

En una palabra, debemos tener una historia radiográfica completa de todo paciente en quien tengamos que realizar una intervención quirúrgica.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## CAPITULO IV

### ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

# CAPITULO IV

## ASEPSIA Y ANTISEPSIA

### DEFINICION:

**Asepsia.-** Es el método que se propone impedir la llegada de los gérmenes patógenos al organismo humano y evitar por lo tanto la producción de las enfermedades infecciosas.

**Antisepsia.-** Es el método que se propone evitar el desarrollo de los microbios o tratar de destruir a los mismos para combatir o impedir la instalación de procesos infecciosos.

En este capítulo daré algunos datos de asepsia y antisepsia de la cavidad oral puesto que esta lo requiere, ya que ninguna boca es completamente estéril y en consecuencia toda herida quirúrgica en la cavidad bucal, está expuesta a la invasión bacteriana, ya sea durante la operación o después de ella.

Por lo tanto es de suma importancia preparar al enfermo así como el campo operatorio, a efecto de reducir a lo mínimo el problema bacteriológico.

Examinando un frotis, tomado del espacio subgingival al rededor de un diente, se sabe perfectamente bien que la infección existe potencialmente incluso en la boca más sana.

Toda herida causada por una extracción dental es potencialmente una herida infectada, aunque la existencia de bacterias no signifique que haya manifestaciones clínicas de infección; toda agresión disminuye la defensa natural, lo que favorece el desarrollo de la enfermedad.

Para efectuar una asepsia adecuada primeramente se deberán suprimir los focos de infección; lo cual se hará con cautela para evitar exacerbaciones o infecciones secundarias ya sea por estreptococos o por algún otro germen.

Son medidas muy importantes que ayudan a reducir el número de complicaciones post-operatorias, la disminución de la flora bacteriana de la cavidad bucal, por medio de antisépticos, la eficaz aseptización del campo operatorio, incluso el espacio subgingival, y los colgajos pericoronales, la aplicación de antisépticos para evitar que la infección se disemine a tejidos contiguos y la protección del coágulo que se forma en la herida.

Para que el agente entiséptico tenga eficacia máxima, debe tener no solo acción bactericida, sino también bacteriostática prolongada.

Hay diversos factores del organismo que normalmente evitan las infecciones; estos factores son los siguientes:

La superficie de la mucosa que libera los microorganismos mediante la continua descamación de las células cargadas de bacterias. Por lo tanto los tejidos profundos solo pueden ser invadidos cuando pierde su integridad la superficie. El abundante riego sanguíneo de los tejidos bucales hace que estos microbios no se desarrollen, además de la reacción difusa que origina infiltración de leucocitos en el tejido invadido, por los mismos. La saliva también posee cierta acción bacteriostática, ya que impide el desarrollo de la mayor parte de los gérmenes, puesto que éstos se desarrollan en un medio ácido; y la saliva en su estado normal tiene un PH ácido de 6.75 con variación de 0.2.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

**C A P I T U L O V**

**A N E S T E S I A**

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

# CAPITULO V

## ANESTESIA

Para lograr una avulsión dentaria realmente sin dolor, es necesario conocer una buena técnica anestésica, apropiada para cada caso.

Aunque existe una técnica para cada una de las piezas dentales, las técnicas de anestesia intraoral las podemos reducir a dos, por infiltración y por bloqueo de la conducción.

### TECNICA DE LA INFILTRACION O SUPRAPERIOSTICA

La técnica de anestesia por infiltración es el método más empleado en la mayoría de los casos para los dientes del maxilar superior y las piezas dentales anteriores del maxilar inferior esto se debe a que el hueso que cubre los ápices de todas las piezas, anteriormente citadas es muy delgado lo cual implica que el anestésico depositado sobre el ápice de la pieza dental que nos interesa anestésiar, se difunde através del periostio, la porción cortical y el hueso, finalmente alcanza el nervio.

El sitio donde se debe hacer la punción, es el pliegue mucogingival o mucolabial y la dirección de la aguja debe ser paralela al eje mayor longitudinal de la pieza y depositando el líquido anestésico lentamente a la altura del ápice de la pieza.

El sitio de la punción debe estar seco y tener un anticéptico bucal, en la práctica diaria del cirujano dentista éste va depurando su técnica en la manera de introducir la aguja, pero la que me parece más convincente es la siguiente:

Esta técnica consiste en tomar el labio o el carrillo y jalarlo un poco con el fin de dejar tensa a la mucosa correspondiente; se coloca la aguja encima de la mucosa y hacemos movimientos de arriba hacia abajo ya sea del labio o del carrillo y de esta manera facilitamos la introducción de la aguja y se deposita el líquido anestésico lentamente. El movimiento que le damos a la mucosa aparte de que nos ayuda a introducir sin dolor la aguja nos distrae al paciente desde un punto de vista psicológico. Cuando se trata de introducir de una manera lenta y con la mucosa flácida, éste cede a la presión de la punta de la aguja hasta que se pone tensa dicha mucosa y permite la entrada de la aguja, lo cual da una sensación dolorosa en el paciente, que es precisamente lo que tratamos de evitar.

### BLOQUEO DE LA CONDUCCION

En este tipo de anestesia por medio del bloqueo de la conducción la solución anestésica se deposita en un punto del tronco nervioso situado entre el campo operatorio y el cerebro de esta manera se interrumpe la conducción nerviosa y por lo tanto la percepción dolorosa.

Esta técnica posee la gran ventaja de que anestesiamos una area extensa con un mínimo de inyecciones y la posibilidad de ser empleada cuando está contraindicada la anestesia supra-periostica.

#### TECNICA PARA ANESTESIAR CADA UNA DE LAS PIEZAS DENTARIAS POR INFILTRACION.

#### ANESTESIA DE TERCEROS Y SEGUNDOS MOLARES Y PARCIALMENTE EL PRIMER MOLAR SUPERIOR.

Para lograr anesteciar estas piezas dentales se hace la

infiltración cerca del nervio alveolar superoposterior que inerva totalmente los dos últimos molares y parcialmente el primer molar.

El lugar de la punción es el pliegue mucobucal sobre el segundo molar y la aguja debe llevar una dirección hacia arriba, y hacia atrás y depositar la solución anestésica sobre los ápices del tercer molar. Esta inyección produce suficiente anestesia para operatoria dental pero para exodoncia o cirugía se debe reforzar con una inyección palatina posterior.

Cuando se desea la anestesia completa del primer molar, se practica una inyección supraperiostica, sobre el ápice de la raíz del segundo molar.

#### ANESTESIA DE PRIMERO Y SEGUNDO PREMOLAR SUPERIOR Y LA RAIZ MESIAL DEL PRIMER MOLAR SUPERIOR.

(Nervio alveolar superior medio)

La punción se hace en el pliegue mucobucal a nivel del primer premolar procurando que la aguja llegue un poco más arriba del ápice de la pieza en donde se deposita la solución anestésica lentamente, con esto es suficiente para operatoria dental pero para exodoncia o cirugía es necesario combinar con una inyección palatina.

#### ANESTESIA DE CANINO, INCISIVO LATERAL E INCISIVO CENTRAL SUPERIOR.

(Nervio alveolar supero-anterior)

Cuando esta técnica se practica en ambos lados se logra la anestesia de las seis piezas dentales anteriores. El lugar de la punción es el pliegue mucolabial en la cara mesial del canino,

la aguja lleva una dirección hacia arriba y ligeramente hacia atrás, procurando que la aguja quede ligeramente por el ápice del canino, en donde se deposita lentamente la solución anestésica; en exodoncia y cirugía se debe reforzar con una inyección nasopalatina.

### ANESTESIA DEL CANINO SUPERIOR:

Para lograr el bloqueo del canino superior se practica una punción en el pliegue mucolabial en el punto medio entre el canino y el incisivo lateral superior, la aguja debe llevar una dirección hacia arriba y hacia atrás hasta llegar al ápice del canino en donde se deposita la solución anestésica lentamente.

### ANESTESIA DEL INCISIVO LATERAL SUPERIOR

La incisión de esta técnica se hace en el pliegue mucolabial con una dirección hacia arriba y hacia atrás, hasta llegar 1 o 2 mm. por encima del ápice del incisivo lateral en donde depositaremos lentamente la solución anestésica.

### ANESTESIA DEL INCISIVO CENTRAL SUPERIOR

Se hace la punción en el pliegue mucolabial con una dirección hacia arriba hasta llegar ligeramente por encima del ápice en donde se deposita lentamente la solución anestésica. Para lograr una anestesia profunda es necesario dirigir la aguja hacia el lado opuesto e inyectar en el ápice del incisivo del lado contrario, y a veces es necesario complementarla, con una inyección nasopalatina, para exodoncia o cirugía.

### PRINCIPALES TECNICAS ANESTESICAS POR MEDIO DEL BLOQUEO DE LA CONDUCCION EN EL MAXILAR SUPERIOR

## BLOQUEO INFRAORBITARIO.

En esta técnica se bloquean los nervios superiores, medios y anteriores y las ramas terminales del infraorbitario. Está indicada esta técnica cuando el proceso infeccioso impide la inyección supraperióstica. Lográndose con esta técnica la anestesia de la raíz mesial del primer molar, primero y segundo premolares, canino, incisivo lateral e incisivo central superior.

El lugar de la punción es el pliegue mucogingival del segundo premolar, o entre el incisivo central y el incisivo lateral.

Se localiza por palpación el agujero infraorbitario, que se encuentra situado inmediatamente por debajo del reborde del mismo nombre, en una línea imaginaria que pase por la pupila del ojo con un paciente mirando de frente, al colocar los dedos suavemente se siente el pulso.

En este momento se retrae la mejilla y se mantiene un dedo sobre el agujero infraorbitario, la dirección de la aguja debe ser siempre hacia arriba y paralela al eje mayor del segundo premolar, hasta que el dedo que tenemos arriba perciba que la aguja ha llegado, en donde depositaremos lentamente la solución anestésica. Para evitar entrar a la cavidad orbitaria debemos medir la distancia que hay del agujero infraorbitario y la cúspide vestibular del segundo premolar.

## TECNICA DE ANESTESIA REGIONER MANDIBULAR

Como los puntos anestésicos supraperiósticos en molares inferiores no son efectivos, se prefiere en esta zona bloquear el nervio dentario inferior, antes de entrar en el conducto dentario cuyo orificio se encuentra en el centro de la cara interna de la

rama ascendente del maxilar inferior. Produciendo anestesia en todos los dientes del lado bloqueado a excepción de los incisivos centrales e incisivos laterales ya que estos reciben también inervación de fibras nerviosas del lado opuesto.

Para lograr una buena anestesia del nervio dentario inferior en el surco mandibular debemos determinar dos elementos:

1.- La altura a la cual se hace la punción con la aguja, con respecto al plano oclusal inferior.

2.- El punto exacto de la punción de los tejidos una vez que dicha altura ha sido determinada.

Consideramos primeramente la altura de la punción. El orificio oseo, por el cual entra el tronco nervioso, está aproximadamente en el centro de la rama ascendente. Puesto que nos es imposible ver el orificio de nuestro paciente es necesario determinar su altura con respecto al plano oclusal inferior, por medio de algún elemento anatómico visible en la boca. El punto de referencia anatómico a utilizar es el punto de mayor depresión del borde anterior de la rama.

Para hallar esta depresión el operador se coloca de pie frente al paciente y palpa con su índice la rama ascendente se localiza inmediatamente, luego se busca el punto más deprimido de su borde anterior, se permite que la yema del dedo llene esa depresión, con la uña dirigida hacia el interior de la boca y el dedo mismo alineado paralelo a la superficie oclusal inferior, e inmediatamente por fuera de ella, corresponde entonces determinar la parte media de la uña, si se desea, una marca de lápiz tinta sobre la uña facilitaría su visualización, el centro de la uña correctamente alineada nos dará la altura de la punción.

Ahora que hemos determinado el primer punto de referencia vamos a localizar el segundo o sea el punto donde debe penetrar la aguja.

Para llegar a nuestra meta con un solo movimiento de profundización obio es que el cuerpo de la jeringa debe estar del otro lado de la boca a la altura de los premolares: al mismo tiempo es preciso evitar la punción del músculo pterigoideo interno y el contacto con hueso hasta que la aguja halla llegado a su punción final.

Para decidir el punto de la punción es preciso recordar que la aguja no debe de toparse con la línea oblicua interna ni con el músculo pterigoideo interno, solo así avanzará sin obstáculos por el espacio pterigomandibular.

Se le indica al paciente que abra la boca lo más que pueda, entonces se hace visible el ligamento pterigomandibular, este parece unir la superficie lingual del tercer molar superior con un punto inmediatamente por distal del tercer molar inferior; este elemento de aspecto tendinoso, forma el borde anterior del músculo pterigoideo interno, de manera que si punzamos por fuera del ligamento, sabemos que la aguja estará por fuera del músculo pterigoideo interno, pero a que distancia por fuera del ligamento se debe punzar la mucosa; inmediatamente por fuera de dicho ligamento aparece otro elemento anatómico de referencia que es el músculo bucinador.

Es un surco o depresión denominado surco pterigomandibular, el punto de punción está en la profundidad de dicho surco.

En resumen con lo explicado anteriormente ya tenemos

los dos puntos de referencia:

I.- La altura de la punción: El punto más deprimido de la escotadura coronoidea, determinado por la palpación con el dedo índice.

II.- El punto mismo de la punción: El surco pterigomandibular. Entre otras técnicas, ésta es la que me parece más indicada.

### TECNICA DE ANESTESIA REGIONAL MENTONIANA

Para bloquear el nervio mentoniano que se localiza en el agujero del mismo nombre; se toma como referencia anatómica para la punción la cúspide vestibular del segundo premolar, pues generalmente el agujero mentoniano se encuentra a la altura de ápice de su raíz, o en medio de ambos, la dirección de la aguja es de atrás hacia adelante y de arriba hacia abajo, pues es la dirección que sigue el conducto del agujero mentoniano. Se obtiene anestesia de los dos premolares, canino e incisivos del lado inyectado.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## CAPITULO VI

EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

# CAPITULO VI

## EXTRACCION PROPIAMENTE DICHA

La extracción propiamente dicha comprende nueve puntos que son:

- I.- Debridación.
- II.- Toma de forceps.
- III.- Introducción a la cavidad.
- IV.- Colocación del bocado interno.
- V.- Colocación del bocado externo.
- VI.- Fusión para que los bocados lleguen al cuello.
- VII.- Luxación interna.
- XIII.- Luxación externa.
- IX.- Movimiento de extracción.

Los bocados del forceps deben llegar hasta el cuello o más allá con el fin de no provocar fracturas de la corona, que en estos casos siempre presenta un grado más o menos intenso de destrucción.

Las luxaciones pueden ser amplias o pequeñas y se aplican las primeras hacia afuera y las segundas hacia adentro. La luxación amplia debe ser lenta y progresiva, calculada por el tacto. La resistencia y elasticidad de los tejidos duros para no determinar la fractura radicular o la alveolar. Las luxaciones

pequeñas, son menos amplias y más frecuentes y se aplican a piezas que presentan gran resistencia y en las muy destruidas. Hay otra luxación en forma de torción que se aplica solo a piezas monoradiculares cuando después de practicar las luxaciones interna y externa, y ya presentando mucha movilidad aún se resisten al total desprendimiento a pesar de que algunos cirujanos son muy cuidadosos y estrictos con las reglas de la exodoncia, se llegan a presentar una gran cantidad de accidentes, pero pueden evitarse en gran parte, con un poco de cuidado y prudencia. Sin embargo, como en todas las operaciones, hasta el más experto cirujano puede fallar ya que algunos accidentes no pueden preverse y si son previstos no pueden evitarse. Con mucha frecuencia, se atribuyen los accidentes a la ignorancia o impericia del cirujano, pero hay que tener en cuenta, innumerables factores que hay que vencer además de que en ciertos casos particulares, el práctico más prudente no está al abrigo de accidentes inevitables.

El exodoncista siempre debe tener su instrumental completo y adecuado, y usar precisamente los forceps, o instrumentos necesarios para cada caso en particular y muchas veces, hasta en estas condiciones se presentan fracturas debidas entonces a poca práctica del operador, pues cuando se tienen años trabajando la exodoncia, se adquiere una especie de sentido táctil que permite graduar la fuerza que se ha de hacer según las sensaciones transmitidas a la mano por el instrumento en el curso de la operación se siente la rotura de las fibras del ligamento alveolo dentario. El esfuerzo que se debe hacer no debe de ser ni muy brusco ni muy intenso pues es suficiente la acción de la muñeca, y hay que tomar en cuenta, que a mayor esfuerzo debe ser más lenta y progresiva su aplicación y el instrumento debe estar bien colocado.

En cuanto a la anestesia, debe ser perfecta para inspirar confianza al paciente, y para evitar movimientos bruscos por el dolor.

Sin embargo, hay fracturas inevitables en la raíz o en el alveolo en caso de anomalías de forma y de dirección de las raíces, así como factores patológicos que hacen inevitables las fracturas, tales como apiñamientos de los dientes, la irregularidad de los terceros molares, los procesos cariosos avanzados con sus complicaciones, las lesiones del ligamento (cuando hay una resistencia desigual de ligamentos) alveolo dentario, también la existencia de odontoma radicales o la unión anormal de las raíces del diente con las raíces del diente vecino y por último se presentará la fractura en los casos en que la raíz del diente esté soldada con el alveolo.

En algunos de estos casos está indicada la extracción quirúrgica o de colgajo a saber:

- A.- Anomalías de forma y dirección de las raíces.
- B.- Mala posición de los terceros molares o curvaturas de sus raíces.
- C.- Dientes en mala posición incluidos etc.
- D.- Unión anormal de las raíces de dientes por extraer, con las raíces de un diente vecino.
- E.- Procesos cariosos muy avanzados.
- F.- Restos radicales.

Esta clase de extracción se lleva a cabo, empleando una

técnica especial, cuya ejecución correcta, nos simplifica:

I.- La avulsión dentaria, disminuye el traumatismo y por consiguiente el schok quirúrgico y nos permite una cicatrización correcta lo que facilita la colocación posterior de aparatos dentoprotésicos.

El colgajo, que da su nombre a esta técnica, es una porción de mucosa sana que desprendemos de sus adherencias naturales y levantamos con instrumentos especiales para dejar al descubierto regiones óseas de los maxilares en los que vamos a intervenir. Este colgajo tiene forma y características propias para cada una de las intervenciones, pero hay una indicación de orden general que el cirujano debe tener siempre presente, una vez que se ha terminado de operar, el colgajo que se había desprendido y levantado deberá adaptarse a su posición primitiva, para proteger a la superficie en la que se ha intervenido.

Como se puede suponer por lo anterior al ejecutar esta técnica, se interviene:

- I.- Sobre los tejidos blandos.
- II.- Sobre los maxilares y
- III.- Sobre el diente y el ligamento alveolo dentario.

## INCISION

Aseptizar la mucosa y las piezas dentales, se tomará un bisturí de hoja cortante y se cortará la mucosa profundamente hasta tocar el periostio, empezando la incisión al nivel de la papila dentaria, del diente vecino continuandola a la papila del diente por extraer, de donde se continuara paralelo al eje de

esta última pieza hasta llegar al nivel del ápice de la misma, pudiendo ser este último trayecto del corte de forma semicircular.

Al practicar esta incisión debe tenerse en cuenta la presencia de los vasos y nervios principales de la región así como las insercciones musculares para no seccionarlas.

### LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO

Una vez efectuada la incisión, debemos proceder a levantar el colgajo para lo que se emplea, una legra desprendiendo el colgajo, éste será sostenido por el ayudante con un separador adecuado. En este momento y después de haber efectuado la hemostasis, se verá claramente la tabla externa del maxilar, así como una parte de la raíz por extraer, teniendo antes de todos estos pasos la respectiva radiografía.

### OSTEOTOMIA

Al llegar el momento de practicar la osteotomía necesaria recordamos que en este sitio la tabla externa es delgada y compacta como puede observarse y por lo tanto, el hueso puede cortarse de preferencia primero marcándolo con una fresa y después con un cincel impulsado a presión manual o a lo sumo aplicándole leves golpes de martillo se procede a la osteotomía.

### MOVILIZACION DE LA RAIZ

Una vez practicada la osteotomía necesaria será casi siempre fácil, movilizar de su alveolo a la raíz o cuando sea necesario seccionarlo para hacerlo con mayor facilidad su remoción; esta movilización se realizará en la mayoría de los casos con un elevador o un instrumento apropiado.

Una vez terminada la extracción y por supuesto después

de haber eliminado todos los tejidos enfermos que puedan existir, se deben alisar los bordes oseos cortantes y puntiagudos por medio de pinzas, gubias, cucharillas o limas.

Cumplidos los pasos mencionados, se lleva el colgajo a su posición normal y se le oprime suavemente con una gasa esterilizada sosteniéndole con dos o más puntos de sutura con lo que se finalizará nuestra intervención quirúrgica, uno de los requisitos es que los bordes de los colgajos deberán quedar fuera de la zona de hueso eliminado.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## CAPITULO VII

### ACCIDENTES

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

# CAPITULO VII

## ACCIDENTES

Los accidentes en exodoncia se consideran muy importantes por lo que es necesario saber las causas y evitarlas hasta donde sea posible, ya que la exodoncia es de práctica diaria en un consultorio dental y por lógica estamos expuestos a tales accidentes, por lo que éstos no pueden resultar graves y algunas veces fatales si no estamos preparados y tomamos todas las precauciones que están a nuestro alcance.

Los accidentes los podemos dividir en tres y son los siguientes:

- I.- Accidentes de la exodoncia en sí.
- II.- Accidentes de la anestesia.
- III.- Accidentes del post-operatorio.

### ACCIDENTES DE LA EXODONCIA EN SI

Los movimientos bruscos o forzados de una técnica inadecuada del profesionista pueden ocasionar dichos accidentes. Los accidentes pueden no solo tratarse de la pieza dentaria, sino también de la piezas vecinas o antagonistas por resbalarse un instrumento como el forceps.

Los tejidos blandos por desgarramiento, por falta de debridación o punción de algún instrumento como el botador al desviarse por un mal uso en forma de un esfuerzo excesivo.

Entre los accidentes de la exodoncia en sí tenemos:

- I.- Fractura de las piezas por extraer.
- II.- Luxación de las piezas contiguas.
- III.- Fractura de los dientes vecinos o antagonistas.
- IV.- Fractura alveolar.
- V.- Fractura del maxilar inferior.
- VI.- Fractura de la tuberosidad del maxilar superior.
- VII.- Luxación de la mandíbula.
- VIII.- Lesiones y penetraciones de las raíces en el seno maxilar.
- IX. Lesiones de los nervios dentarios superior, inferior y mentoniano.
- X.- Lesiones de los tejidos blandos.
- XI.- Lesión de folículos permanentes.
- XII.- Desalojación de aparatos protésicos, obturaciones e incrustaciones.
- XIII.- Lesión de articulaciones.
- XIV.- Penetración de las piezas dentarias o raíces a las vías digestivas o respiratorias.
- XV.- Penetración de cuerpos extraños en los tejidos.

#### FRACTURAS DE LAS PIEZAS POR EXTRAER

Este accidente es de lo más común en una avulsión den-

taria y el que tiene las más variadas causas. Las causas principales pueden ser dos:

I.- Debido a la constitución o condiciones en que se encuentra la pieza por extraer.

II.- Y los accidentes causados por el operador, ya sea por falta de una técnica adecuada o una preparación deficiente.

En la fractura de una pieza por extraer podemos hacer el siguiente grupo:

a) Fractura de la corona, ya sea total o parcial.

b).- Fractura de la raíz, abarcando la fractura una tercera parte o sus dos terceras partes.

Al fracturarse la corona de la pieza siendo ésta parcial, trataremos de hacer los movimientos más lentos introduciendo más los bocados del forceps, para evitar la fractura de nuevo.

Si ésta se presenta haciendo una fractura total de la corona, procederemos de acuerdo con la pieza dentaria en que esta interviniendo.

Si es una pieza monoradicular, usaremos el botador recto, luxando la raíz con cuidado de no fracturarla, introduciendo el botador entre el alveolo y la pieza fracturada, de preferencia en los ángulos. Después de esto usaremos la raigonera adecuada para el caso, de ser posible.

Si es una pieza multiradicular, procederemos de acuerdo a la situación en que queden las raíces, ya sea unidas o separadas.

Si quedan separadas usaremos el botador recto o de bandera para luxarlas introduciéndolo entre el alveolo y la raíz, usando después la raigonera, para concluir la extracción, teniendo la precaución de que quede el alveolo vacío.

Si quedan unidas las raíces, trataremos si es un molar inferior de tomarlas con el cuerno de vaca, o bien procederemos a la separación de las raíces por medio de una fresa de fisura o un cincel en la unión de éstas y extraerlas como piezas monoradiculares, usando botadores o raigoneras ya que la separación de las raíces nos facilita mucho la terminación de la extracción y es lo que debe de hacerse.

Si la fractura se efectúa hasta la raíz al hacer una avulsión dentaria procederemos de acuerdo si la fractura de la raíz se efectúa en su tercio apical o en su tercio medio o cervical. Al ocurrir la fractura en su tercio cervical tendremos un accidente laborioso ya sea por su poca visibilidad si tratamos en un molar inferior, o la resistencia que tenga el alveolo al tratar de ensancharlo para la luxación de la raíz con el botador, ya sea recto o de bandera, procederemos si esto no nos dá resultado, a usar las fresas de bola o de fisura para hacer una separación entre el alveolo y la raíz, haciendo estas intervenciones poco a poco para no fracturarla de nuevo. Si esto no nos dá resultado destruiremos la tabla externa y así luxaremos con un botador de bandera, esta intervención se hará solo en casos muy necesarios.

Si la raíz se fractura en el tercio medio o apical trataremos de usar un instrumento con punta delgada y resistente, ya sea un instrumento de limpieza preparado e introducirlo entre el alveolo y la raíz en el lugar que nos presenta menos resistencia y hacer una palanca pequeña, tratando de introducirlo lo más profundo que nos sea posible en el alveolo. A veces con

esta maniobra sencilla basta para luxar la raíz, aunque algunas veces se rompe la punta del instrumento cuando se hace una palanca excesiva complicando más la operación pues tendremos que sacar primero la punta del instrumento y después la raíz fracturada. Si esta intervención nos resulta negativa usaremos la fresa quirúrgica para hacer una separación entre raíz y alveolo o también destruiremos las tablas externa a interna, esto en último caso, pero nunca dejar en el alveolo raíces fracturadas por las complicaciones que pueda acarrear nuestra decidia o impericia.

En nuestra práctica diaria veremos las complicaciones que se nos presentan, al concurrir al consultorio pacientes con raíces fracturadas, ya sea de reciente fecha o de mucho tiempo atrás, por la falta absoluta de seriedad de algunos compañeros o personas con falta de conocimientos necesarios e irresponsabilidad.

Algunos profesionistas se basan al dejar parte de la raíz fracturada en que el organismo las tratará como cuerpos extraños expulsándolos o quedando en el tejido oseó y por algún proceso infeccioso que tenga la raíz fracturada ocasionará una reabsorción del alveolo quedando descubierto el fragmento apical.

Pero esto ocurre en un porcentaje muy pequeño siendo frecuente que quede atrapado en el tejido oseó del maxilar, que si bien puede no ocasionar problemas infecciosos si puede ser causa de flegmones alveolares, quistes o granulomas, ocasionando destrucciones pequeñas o extensas del tejido oseó, habiendo casos hasta la pérdida de las piezas contiguas y parte del maxilar.

Así pues nunca se dejará una extracción incompleta y si

por causas mayores no se terminara en una sesión, se concluirá en otra cita, advirtiéndole al paciente de la importancia y los accidentes a que se expone al no volver a concluir la extracción.

Las causas pueden ser:

a).- Estado de destrucción de la pieza.

Generalmente una pieza se extrae por lo avanzado de destrucción de su caries, estando a veces con una destrucción completa de la corona tornándola frágil. Al ver que una pieza no resistirá los movimientos con los bocados del forceps, se tratará como una pieza fracturada.

b).- Piezas dentales con tratamientos radiculares.

Estas piezas dentarias presentan mucha fragilidad por tratarse de una pieza desvitalizada al darse cuenta por medio de la inspección e interrogatorio de que se trata de una pieza desulpada, se procederá con sumo cuidado aprisionándola cuidadosamente con los bocados de forceps más si se trata de piezas premoles por ser estos de raíces más delgadas y frágiles, las luxaremos primero con el botador, para después tomarla con el forceps y hacer movimientos pequeños y suaves para no fracturarla pero si a pesar de esto se fractura trataremos de luxar la raíz con mucho más cuidado, todo esto a causa de la fragilidad de la pieza dental pues al usar los botadores o cualquier otro instrumento indicado se puede ir fracturando al hacer los movimientos y las palancas un poco fuerte.

c).- Al existir en la raíz o en los tejidos, quistes, tumores granulomas etc. también nos presentan problemas por demasiada resistencia como hipercementosis.

d). Morfología, mal posición o demasiada calcificación de la pieza o tejido oseó circundante.

Las piezas dentarias presentan muchas y muy variadas morfologías, siendo las más comunes divergencias o convergencias exageradas de las raíces, existencia de curvaturas, mayor número etc.

Que nos trae como consecuencia las fracturas de las mismas. La mal posición de las piezas dentarias son debidas a una erupción incorrecta, debido a falta de espacio, por extracción temprana de los temporales o permanencia anormal de estos en la arcada dentaria o estado en su posición normal y la posición anormal de las piezas contiguas, encontrándose entre dos o más piezas dentarias.

Comunmente se presentan en los terceros molares por falta de espacio, dificultando tomarlos correctamente con los forceps, y aún así por no poder hacer los movimientos normales pues deben ser paralelos a su eje longitudinal, necesitándose la fractura de los mismos para facilitar su extracción y no hacer una palanca excesiva que perjudicaría a las piezas contiguas o al maxilar, procediendo siempre con precisión necesaria no teniendo nunca prisa por acabar.

Muchas veces depende de la calcificación más o menos grandes de los huesos pues entre más calcificado esté un hueso habrá lógicamente más oposición del alveolo a expandirse donde se encuentran las raíces, siendo muchas veces mayor la resistencia del alveolo a los movimientos de la extracción o a las raíces mismas de la pieza, más si se trata de piezas multiradiculares.

La fuerza debe estar controlada para no romper la pieza

dentaria y si la fuerza necesaria para extraerla, trataremos de luxarla antes un poco con el botador, o practicar un fraccionamiento previo.

## LUXACION DE LAS PIEZAS CONTIGUAS O ANTAGONISTAS

En un accidente poco frecuente debido a la falta de precaución del operador, ya sea por el mal uso de los forceps teniendo un punto de apoyo en la pieza contigua. Hay casos en que por malformaciones de las raíces o estén entrelazadas dos piezas al tratar de extraer una pieza se luxa necesariamente la otra.

En el uso de botador nunca se debe apoyar en las piezas contiguas pues puede llegar a una simple luxación hasta la avulsión completa de la pieza.

Al luxar una pieza contigua trae como consecuencia una artitis, una muerte pulpar que se ocasiona después de la extracción de la afectada. Muchas veces una artitis es causada por el aflojamiento pequeño de la pieza contigua, desapareciendo la molestia a los pocos días. Al producirse la extracción parcial o total de la pieza contigua es un accidente molesto y penoso para el profesionista ya que lo desacredita pudiendo traer líos judiciales. Algunos autores recomiendan hacer la reimplantación de la pieza al ocurrir el accidente inmediatamente haciendo presión sobre el alveolo.

Otro accidente parecido ocurre al hacer los movimientos en una extracción un poco exagerados cediendo de repente las fuerzas del alveolo que sujetan a la pieza, desviándose el forceps con fuerza y golpear las piezas antagonistas ocasionando luxación o fractura conforme a la fuerza del accidente.

Para evitar este accidente se recomienda no desviar nuestra atención en otras cosas, además de una técnica adecuada, sin hacer esfuerzos excesivos.

## FRACTURA DE LOS DIENTES VECINOS

Las causas de este accidente son las mismas que las anteriores pudiendo fracturarse la corona total o parcial concluyendo con la extracción de la pieza.

En estos accidentes pueden ser debidos también por una mala posición del paciente o por un movimiento brusco que nos va a ocasionar cualquiera de estos accidentes, debemos tener siempre el cabezal bien puesto, pues puede que al hacer los movimientos de la extracción el paciente haga la cabeza hacia atrás, empujando el cabezal y si no está bien puesto se aflojará, haciendo un movimiento brusco e inesperado, tanto para el paciente como para el operador al irse la cabeza hacia atrás; esto sucede cuando se trabaja en la arcada superior haciendo perder el control de los movimientos del forceps o botador.

## FRACTURA ALVEOLAR

La fractura de los alveolos es un accidente muy frecuente sobre todo en extracción de los caninos pudiendo ser intencional para facilitar la extracción dentaria pues sería más traumático en la luxación de la pieza fracturada. La frecuencia de la fractura alveolar lo explica su constitución delgada, pudiendo a veces encontrar perforaciones o soluciones de continuidad. La lámina externa está más propensa a las fracturas por ser más delgada que la lámina interna pues esta es más compacta y gruesa sobre todo en el maxilar superior. La amplitud de la fractura alveolar está relacionada con la conformación de los maxila-

res y con la edad, pues en los individuos jóvenes son más elásticos los huesos y en las personas maduras son menos elásticos y más frágiles. También la existencia de algún proceso patológico en el tejido oseo influye mucho al tomar con los bocados del forceps en una extracción dentaria. Comúnmente sucede la fractura en lo que corresponde a la pieza con que se trabaja, pero a veces hay desprendimientos de la mina alveolar de una o más piezas dentarias contiguas, trayendo consigo, las complicaciones post-operatorias. El tratamiento se limita en las fracturas de una sola pieza en sacar las esquirlas del alveolo solamente tratándose de un desprendimiento del alveolo. Cuando se trata de un desprendimiento grande que abarque la porción de una o más piezas dentarias, se tratará de coactarlo si no ha perdido su irrigación más si influyen en la estabilidad de las piezas; teniendo cuidado de una infección posterior haciendo una asepsia y antisepsia de la cavidad oral ya que la menor infección que pueda tener el hueso alveolar fracturado, tendremos que extraerlo por actuar como un cuerpo extraño al organismo con las consecuencias que pueda después, si lo dejamos en su sitio, siendo el éxito mayor cuando queda adherido a la mucosa por prestarse a una coacción más exacta y una consolidación con el resto del maxilar posteriormente.

### FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR

La fractura del maxilar inferior, en el transcurso de una extracción dentaria es poco común y tiene varias causas, las que debemos conocer para prevenir este lamentable y serio accidente, más si es por ineptitud, por una fuerza excesiva abarcando con los bocados del forceps partes muy profundas de las tablas alveolares. Para esto debe de haber una causa que predisponga a la fractura del maxilar o bien por una técnica defectuosa,

también puede ser en ocasiones sin haber existido manipulación alguna debido a esto a l g ú n proceso infeccioso avanzado, también sucede que a pesar de aplicar una técnica adecuada con todas las precauciones, se efectúe la fractura, esto último es debido a la existencia de estados patológicos o anomalías de los maxilares y padecimientos generales de éstos.

Así tenemos entre las causas patológicas: Quistes, neoplasias, inclusiones profundas, ostiomielites, sinusitis, etc. entre las causas que predisponen a la fractura del maxilar inferior tenemos la fragilidad de los huesos en personas de edad avanzada, el raquitismo, la enfermedad de paget (Osteitis deformante) que produce huesos blandos y esponjosos etc. también el la avulsión de los terceros molares incluidos inferiores, predisponen a una fractura, pues ocasionan a un punto de menor resistencia en dicho sitio que al hacer una palanca excesiva se puede producir la rotura de la rama ascendente.

Todas estas causas son indispensables conocerlas aunque sea someramente para que al hacer nuestro diagnóstico le diremos al paciente las causas a que puede estar expuesta la extracción de la pieza dentaria y si al efectuarla se produce la fractura, la responsabilidad del cirujano quede a salvo y con el prestigio de un buen diagnóstico.

Los puntos más débiles en que se ocasionan las fracturas del maxilar inferior es el agujero mentoniano o en el ángulo del maxilar y en el cuerpo del maxilar, también aunque raras veces al nivel del cuello del cóndilo y apofisis coronoides.

Se aprecia inmediatamente la fractura por lo marcado de la elevación del lado en que se produce en comparación con la otra arcada, teniendo una triada sintomática muy característica.

1.- Importancia funcional. Caracterizada por la imposibilidad de efectuar la masticación.

2.- Dolor circunscrito. Recorriendo el borde inferior del maxilar inferior, con las llemas de los dedos se llega a la fractura produciéndose inmediatamente dolor.

3.- Crepitación osea. Esto se investiga al movilizar los dos fragmentos entre si, oyéndose como si tocaran o frotaran dos piedras entre si.

Su tratamiento consiste en la inmovilización del maxilar inferior por los medios ya conocidos facilitando así la consolidación de las partes fracturadas. Actualmente se usan con éxito las férulas.

La alimentación del enfermo será absolutamente líquida, siendo muy importante la asepsia y antisepsia, así como la administración de antibióticos para prevenir una infección.

## FRACTURA DE LA TUBEROSIDAD DEL MAXILAR SUPERIOR

Este accidente es menos frecuente que el anterior, casi la mayoría de estos accidentes son debido a causas patológicas como sinusitis crónica, la enfermedad de Paget etc. otras causas son los accidentes o traumatismos demasiado fuertes que traen como consecuencia no solo la fractura del maxilar superior sino de circundantes, siendo estos casos muy serios por su gravedad. Estos son frecuentes en accidentes automovilísticos, o por técnica inadecuada.

## LUXACION DE LA MANDIBULA

La luxación de la mandíbula es la salida anormal del cón-

dilo de su cavidad glenoidea ya sea parcial o total, unilateral o bilateral.

La más frecuente es la que se luxa hacia adelante también se luxa hacia atrás, siendo esto más raro y se presenta con fracturas.

La luxación es más frecuente en exodoncia cuando se aplica anestesia general por la relajación de los músculos y al no haber fuerza que contraste el exceso de ésta.

Cuando hay anestesia local los músculos contrarrestan o se oponen a la fuerza contraria.

La reducción de la mandíbula es naturalmente fácil aunque a veces se recurre a la anestesia general para obtener relajamiento muscular, facilitando así su operación:

Su tratamiento es el siguiente: Colocando los dedos pulgares envueltos en gasa o algodón para protegerlos encima de las caras oclusales de los molares inferiores y los demás dedos apoyados en cada lado de la mandíbula abarcando el borde inferior de ésta sujetando la cabeza con algún vendaje y con un ayudante que la sostenga fuertemente se hará presión hacia abajo y a medida que se ve o se siente que el cóndilo va salvando la eminencia del temporal llamada eminencia condilea, ejercemos la presión hacia atrás haciendo el resto los músculos maseteros las fibras posteriores del temporal y el pterigoideo interno con su acción muscular ayudándolos con un esfuerzo hacia arriba.

Efectuada la colocación del cóndilo en su articulación se le pondrá un vendaje para sujetarlo y evitar una repetición posible y todo movimiento de la articulación. La alimentación será

líquida por dos o tres días, recomendando que efectúe la masticación de los alimentos comenzando con cosas suaves y así progresivamente hasta su restablecimiento normal.

La reducción unilateral, es igual su tratamiento; si se presenta después de la reducción alguna inflamación y dolor se pondrán compresas calientes y húmedas, premedicando algún analgésico y antiflogísticos.

### LESION Y PENETRACION DE RAICES AL SENO MAXILAR

La morfología del seno maxilar es de lo más irregular en la anatomía, pues ésta es variable en sus límites, habiendo varias opiniones de autores, algunos dicen que sus límites llegan hasta el canino en su parte anterior y posteriormente hasta la tuberosidad; otros incluyen hasta la segunda molar. Su piso es muy anfractuoso pues es muy variable, también algunas veces existen piezas dentarias con sus apex normalmente dentro del seno maxilar.

Quando se necesita saber los límites del seno con mayor seguridad, se recurrirá a la radiografía. Para saber la distancia en que se encuentra su piso de los apex de las raíces y su extensión, ya que es muy variable, habiendo casos en que se extiende hasta el incisivo lateral. Para comprobar la comunicación antro bucal se le aprieta la nariz al paciente y se le pide que trate de expeler aire por la misma con la boca abierta y veremos burbujas en el alveolo.

Por lo anterior se deduce que algunas veces se hace la comunicación o penetración al hacer los movimientos de luxación cuando el piso del seno cede alrededor de la raíz.

Sucede también que al fracturarse una pieza y al tratar de

extraer la raíz se efectue la penetración de la raíz al seno maxilar por una presión normal del botador sin encontrar resistencia, por estar propiamente la raíz dentro del seno maxilar separándose una ligera capa de mucosa o cuando hay una delgada capa o sea se hace la comunicación al hacer una fuerza excesiva con el botador, introduciendo la raíz al seno maxilar. También sucede que al luxar o extraer una molar superior o premolar se venga consigo una parte de la pared del seno, haciendo la comunicación o penetración del seno maxilar, o simplemente que exista ya la comunicación por un proceso patológico como una sinusitis crónica o un absceso originado, por una caries de cuarto grado.

Para comprobar la comunicación antro bucal se le aprieta al paciente la nariz y se le pide que trate de expeler el aire por la misma con la boca abierta y veremos burbujas en el alveolo; al ver esto, se deberá indicar inmediatamente al paciente que no cierre la boca para que no se contamine la mucosa del seno con la saliva y cavidad oral, no introduciendo ningún instrumento ningún lavado con ninguna solución antiséptica por débil que sea su concentración, pues el epitelio de la mucosa del seno, cuando está sana es muy sensible aún por soluciones muy débiles, pudiendo producir alteraciones en ellas.

Después procederemos a limpiar el alveolo cuidadosamente tratando de retirar alguna pasible esquirla, inmediatamente se procederá a suturar o tratar de lograr un buen coágulo, solo en casos que no pueda efectuarse alguno de estos pasos, se procederá al taponamiento del alveolo evitando pasar del tercio medio para no introducir la curación al seno maxilar, para lo que se puede usar cemento de wards adicionado a una gasa de tamaño adecuado evitando las curaciones seguidas, procurando

que se desalojen solas indicando al paciente que no lo moleste con la lengua o los dedos, esto se hará siempre y cuando no haya infección.

### LESION DEL NERVI0 MENTONIANO

Esta lesión puede suceder al tratar de extraer los premolares o hasta un primer molar, por fractura de la lámina externa, o por mala técnica al usar el botador cuando hubo fractura de alguno de los premolares ocasionando parestesia del lado lesionado.

### LESION DE TEJIDOS BLANDOS

La lesión de los tejidos blandos al efectuarse una extracción dentaria, puede deberse al operador o al paciente; al operador por mala técnica y al paciente por movimientos bruscos.

Otra causa que al momento de colocar el forceps alguno de los bocados este sobre los tejidos blandos provocando un desgarramiento con los movimientos propios de la extracción.

Si es grande la porción destruida se pondrán puntos de sutura y lógicamente habrá cierta hemorragia ocasionada por el mismo desgarramiento, habiendo casos en que el desgarramiento es tan grande que tendremos hemorragia a pesar de la sutura, o de las buenas condiciones del paciente.

### ACCIDENTES DEBIDO AL OPERADOR

Los accidentes que pueden ocurrir por parte del operador son: las técnicas mal usadas al trabajar con botadores usados sin el apoyo debido, y por supuesto poco control del operador. Para prevenir este accidente se procurará tener un buen punto de

apoyo y una buena técnica para el uso del botador.

## DESALOJAMIENTO DE PROTESIS

Estos accidentes ocurren en pacientes con prótesis removibles que no se tomó el cuidado de retirar antes de la extracción o prótesis fijas por mala manipulación o apoyo indebido.

## PENETRACION DE CUERPOS EXTRAÑOS EN LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES

Sucede siempre este accidente en la fractura de una pieza dentaria y al extraer una raíz, se puede introducir entre la encía y el alveolo pedazos de corona y de raíz, por lo que es conveniente darse cuenta de lo que se va extrayendo y después explorar el alveolo y por la palpación los tejidos circundantes a éste, este accidente es poco serio y sin consecuencias al extraer siempre todas las partes de la pieza dentaria, otro caso es proyectar una pieza que se escapa del forceps contra los tejidos blandos dependiendo el accidente del impulso que lleven.

## ACCIDENTES DE LA ANESTESIA

Nosotros veremos los accidentes causados durante la anestesia local y regional, porque es la más usada por nosotros en la práctica diaria.

Entre los accidentes de la anestesia tenemos los siguientes:

- I.- Trastornos por soluciones anestésicas.
- II.- Rotura de aguja.
- III.- Lipotimias.
- IV.- Síncope o colapso.

V.- Shock.

VI.- Paro Respiratorio o Paro Cardíaco.

VII.- Dolor de la Región Lumbar.

VIII.- Parálisis Facial.

IX.- Trastornos Pasajeros de la Visión.

X.- Vómitos y Nauseas.

### TRASTORNOS POR SOLUCIONES ANESTESICAS

Puede ser debido al agente anestésico o bien al vasoconstrictor. Cuando son debido al vasoconstrictor, se presentan inmediatamente y desaparecen en seguida aunque no siempre.

Cuando son debidos al agente anestésico, son más lentos y duraderos, desapareciendo lentamente, se presentan con malestar general, dolor de cabeza, sudoración, vómitos, nauseas, palidés, temblores, convulsiones, angustia, baja de presión arterial, culminando en síncope o shock.

Estos accidentes dependerán no solo de la cantidad de anestésico, sino de la concentración que alcance en el torrente circulatorio. Una causa puede ser que el anestésico esté ya descompuesto, por lo que siempre debe tenerse la precaución de examinarlo, antes de su uso; debe permanecer como el agua pura, transparente y sin precipitaciones, otra causa sería el introducir el anestésico dentro de un vaso; bien sea por alergia del paciente o el anestésico. Para evitar este accidente, usaremos de preferencia jeringa de succión o de cristal en la anestesia del nervio dentario inferior, pues es en la región que encontramos

vasos de mayor calibre al puncionar, absorberemos con el embolo de la jeringa para darnos cuenta si no estamos en un vaso y retirar un poco la aguja para no, anestesiar en el vaso.

## ROTURA DE LA AGUJA

Este accidente producirse en el transcurso de la anestesia diploica o regional. La importancia de este accidente está en la región donde se rompió la aguja, ya sea profunda o superficial. Esto se previene usando agujas inoxidables en buenas condiciones y de buen material.

Teniendo cuidado de no forzarla al introducirla o que el paciente haga movimientos involuntarios bruscos. Si a pesar de esto se produce la rotura de la aguja, se palpa la región para ver si asoma su extremo.

Si por estar más profunda no se puede palpar se procederá a sacar una radiografía de diferentes ángulos para darse cuenta más o menos de la dirección de la aguja y el lugar.

En la anestesia del dentario inferior, debe usarse una aguja más larga, inoxidable de iridio platinizado, haciendo los movimientos suaves no forzados.

## LIPOTIMIAS

Se presentan éstos en pacientes nerviosos, impresionables, alcohólicos y desnutridos, presentando una ligera sensación de nauseas, lividez, sudoración, pupila dilatada, pero con reacción a la luz, respiración superficial al principio y ruidosa después, pulso débil y lento debido a una pasajera anemia. La causa de este accidente es siempre emotiva, casi debido a la preparación del instrumental frente al paciente, sangre, nerviosismo, temor

a la operación, al dolor causado por una autosugestión, etc.

**TRATAMIENTO.** Se le aflojará al paciente todas las ropas, para facilitar la circulación periférica, se inclinará el sillón, quedando la cabeza inclinada hacia abajo, los pies más altos que ésta, en forma horizontal, de arriba abajo para facilitar la circulación cerebral (posición de Trendelenburg), y oxigenación.

Para prevenir este accidente es necesario premedicar al paciente con sedantes nerviosos, no dejar ver las preparaciones del instrumental ni que perciba la aguja, poniendo un anestésico tópico para que no sienta mucho la punción, dándole sensación de bienestar, distrayéndolo, demostrándole que no tiene importancia la operación por más laboriosa que ésta sea.

### SINCOPE O COLAPSO

El colapso o síncope es una complicación más grave, asociada a la anestesia local en el consultorio dental, es una forma de shock neurogénico causado por una anemia cerebral secundaria, o una vasodilatación o incremento del lecho vascular, con el correspondiente descenso de la tensión sanguínea. Cuando el paciente está sentado en el sillón dental, el cerebro se encuentra en posición superior en relación al resto del cuerpo y es más susceptible al reducido aflujo de sangre.

El colapso no siempre está asociado a la pérdida del conocimiento, porque una persona puede sentir un desfallecimiento o náuseas, aunque conserve el dominio de los sentidos. La pérdida del conocimiento es una extrema manifestación de anemia cerebral, suficiente para inferir la función cortical.

Esta complicación debe tratarse al principio, antes que el paciente haya perdido el conocimiento. En la mayoría de los casos es posible advertir cambios en el paciente (su aspecto) como la palidez, o el mismo paciente puede quejarse de sentirse raro, en ese momento debe de suspenderse cualquier tratamiento y colocar al paciente en posición de trendelenburg, y administrar oxígeno, este tratamiento sencillo basta a veces, y el paciente recobra el conocimiento, de no ser así, se aplicarán estimulantes.

## SHOCK

Sus características se confunden con el colapso, hay una agresión muy marcada, presentándose aún en individuos con el aparato circulatorio sano, se presenta generalmente en individuos impresionables, dura más que el colapso, habiendo depresión circulatoria y nerviosa, caracterizada por inmovilidad e indiferencia psíquica; raramente se presenta con excitación nerviosa y delirio su tratamiento es el mismo que la lipotimia.

## PARO RESPIRATORIO Y PARO CARDIACO

Cuando se nos presenta un paro cardiaco hay pérdida de la conciencia desde el primer momento, descenso brusco de la presión arterial, relajación muscular completa, conservando algo al principio de las funciones sensoriales. La pupila aumenta de tamaño aproximadamente siete veces este accidente es frecuente en pacientes hipertensos, enfermos de bocio, arterioesclerosis y en personas con excitación del seno carotídeo, pues este seno interviene en la regulación de la circulación sanguínea.

En el paro respiratorio también tenemos pérdida de conocimiento, conservando imperceptiblemente la circulación du-

rante dos o tres minutos viendose después la anoxia cardiaca, hay que recurrir a la respiración artificial u oxigenación.

En el paro cardiaco además de recurrir a la respiración artificial hay que dar masaje cardiaco externo (de catorce a diez y seis compresiones por tres o cuatro insuflaciones) además tenemos que recurrir a estimulantes cardiacos como la adrenalina.

### DOLOR DE LA REGION LUMBAR

Este accidente se presenta en la anestesia del nervio dentario inferior, raramente dura de dos a tres minutos, creyéndose que sea un reflejo nervioso.

### PARALISIS FACIAL

Este accidente se efectúa al anestesiar el dentario inferior al desviar la aguja al borde de la rama ascendente del maxilar inferior, puncionando al lobulo de la glándula parótida. Puede suceder que la parótida tenga una inervación normal en la cara interna de la rama ascendente del maxilar por medio de una membrana.

Al puncionarla, recordaremos que el nervio facial penetra en dicha glándula después de salir del agujero estilomastoideo.

Anestesiaremos una o varias ramas del nervio facial, variando la parte anestesiada según la rama del nervio facial por donde se propague la anestesia.

Si es la temporo facial, se anestesiara las partes siguientes: Párpados, carrillos y labio superior.

Si es la cervico facial, anestesiaremos los músculos del

cuello y labio inferior. Si se anestesian las dos ramas anteriores obtendremos la anestesia, de la mitad de la cara del lado que se anestesió que son: Párpados, labio superior e inferior desviados, impedimento de la contracción de la frente, carrillo y nariz, ocasionando secreción lagrimal. Todo esto se presenta del mismo lado hasta la línea media, presentándose a los segundos o terceros minutos de haber anestesiado, durando de dos a tres horas generalmente.

Dilatando a veces la anestesia, hasta uno o varios días y cuando existe alguna lesión del nervio por haberlo lesionado en la anestesia, puede durar uno o varios meses, según lo grave de la lesión.

Este accidente se previene haciendo una anestesia correcta, salvo el caso de anormalidades anatómicas.

### TRASTORNOS PASAJEROS DE LA VISION

Esto puede suceder al anestesiar el nervio dentario superior nervios dentarios posteriores y anteriores, al poner demasiada solución anestésica o desviar la aguja.

Cuando se hace muy alta la anestesia del nervio dentario superior, es fácil que la anestesia se difunda al nervio oftálmico. Ocasionando isquemia alrededor del ojo y trastornos pasajeros en la visión. Estos accidentes son pasajeros, sin complicaciones posteriores ocasionando únicamente molestias al paciente.

### VOMITOS Y NAUSEAS

Este fenómeno se presenta al anestesiar el nervio palatino posterior al poner demasiada substancia anestésica, o bien al regarse el líquido en la boca al salir del porta-agujas y por la po-

sición de la cabeza, pararse o deglutirse y por su sabor amargo, ocasiona vómitos y nauseas, siendo siempre pasajeros estos síntomas.

## ACCIDENTES DEL POST-OPERATORIO

Los accidentes más frecuentes del post-operatorio son:

- 1.- Hemorragias.
- 2.- Dolor post-operatorio.
- 3.- Edema traumático.

## HEMORRAGIA

La hemorragia es la salida de la sangre con todos sus elementos, al romperse las paredes de un vaso, arteria o vena.

Cuando el vaso es pequeño, espontaneamente se detiene la hemorragia por el fenómeno de la coagulación. Pero cuando la hemorragia es causada por la rotura de un vaso grande o sus paredes no se contraen normalmente en el tiempo de coagulación estando este alterado, la hemorragia no se detiene espontaneamente por lo que tendremos que intervenir ya sea suturando el vaso roto o ayudar al organismo con su coagulación para su hemostasis.

La hemorragia es un accidente considerado serio en todos sus aspectos y en toda clase de intervenciones quirúrgicas.

La hemorragia es un accidente que se cohibe normalmente y espontaneo en una extracción dentaria, siendo esta mínima pero no siempre sucede así, a veces se presentan hemorragias que pueden durar desde algunos minutos hasta horas, en algu-

nos casos graves pueden durar hasta días, trayendo consigo estados anémicos en el estado general del paciente, facilitando el colapso o síncope por la pérdida del tono muscular.

Hay otras causas que predisponen a la hemorragia como la hemofilia, enfermedad que se caracteriza por no efectuarse al fenómeno de la coagulación en la sangre, pudiendo la más ligera punción o cortada producir hemorragias fatales.

La causa es un secreto que el hombre no ha podido curar y decifrar, es hereditaria transmitiéndola la mujer, padeciéndola el hombre, pues el trastorno de la sangre está en su constitución primitiva.

Otra causa puede ser la reacción de enfermedades de la sangre, entre estas tenemos: Leucemia, Anemia Perniciosa y Púrpura Hemorrágica.

O ser consecutivas a enfermedades infecciosas como: la Tifoidea, Tuberculosis, Difteria, etc.

También puede ser por avitaminosis como el Escorbuto.

Conviene recordar que la región que nos ocupa está irrigada por la carotida externa, la cual es rama de la carotida primitiva. La carotida se divide en dos ramas al nivel del cuello del cóndilo que son: La temporofacial y la maxilar interna.

Las hemorragias pueden ser arteriales, venosas o capilares según el vaso que las produzca.

La hemorragia arterial se distingue por su color vivo y su salida en surtidor y sacudidas.

La hemorragia venosa por el color de la sangre rojo obs-

curo y por la fluidez sin interrupción, (lenta).

La hemorragia capilar por producirse en capas y no distinguir claramente donde se produce la hemorragia.

Las hemorragias pueden ser internas y externas, las hemorragias internas se notan por la hematoma que producen apareciendo debajo de la piel o mucosa. La hemorragia puede ser inmediata o mediata si se presentan a las pocas horas.

Para cohibir la hemorragia: haremos primero presión, taponamiento, ligadura del vaso que la provoque cuando es posible y en ocasiones será necesario transfusiones o suero. Después se usará si no cede la hemorragia exicel, novocel, gelfoan, etc. haciendo presión para empacar completamente dentro del alveolo, teniendo el cuidado de haber quitado el cuagulo antes de empacar el oxicel, haciendo presión sobre él con un algodón impregnado de algún antiséptico.

También hay hemostáticos que actúan en la composición de la cuagulación como: Premarin inyectable serpentase, etc.

### DOLOR POST OPERATORIO

La intensidad del dolor va relacionada casi siempre con el traumatismo hecho al hacer la extracción o el grado de infección de la pieza por extraer aunque se presenta después de hecha la avulsión.

Es natural que de hacer una herida en un campo aséptico como el medio bucal, se presente el dolor post operatorio, máxime que es una operación un poco traumática.

Por lo general se administran analgésicos como el dipirol,

magnopiro, falgo, etc. este lo usaremos en pacientes que les causen trastornos estomacales los otros analgésicos, por contener oxido de aluminio.

El dolor se puede ocasionar también, por la lesión de un nervio, ya sea que aprisione esquirlas que puedan quedar en el alveolo o bordes oseeos cortantes, que impriman la mucosa. Estas causas hay que quitarlas, limpiando el alveolo de esquirlas y limando las partes cortantes del alveolo, redondeándolo.

### EDEMA TRAUMATICO

Se presenta muchas veces por intervenciones quirúrgicas ya sean traumáticas o no. Inevitablemente aparecerá una inflamación simple de los tejidos circundantes o región donde se trabaja, o donde se haga la exodoncia.

Se aplicarán compresas húmedas frías, para tratar o reducir la inflamación durante las primeras horas varias veces, si al otro día persiste la inflamación se aplicarán compresas húmedas calientes poniendo una capa de vaselina por encima de la piel inflamada para evitar poner las compresas directamente. Lo caliente de las compresas origina una vasodilatación y por consiguiente una mayor circulación de sangre; estos casos de inflamación, generalmente van asociados al dolor.

### INFECCION

La infección más común que se nos presenta en las extracciones dentarias es la alveolitis y sus causas están más o menos discutidas, desconociéndose en el fondo y pueden causarla la falta de asepsia, infección preexistente en el alveolo, traumatismos fuertes, permanencia del vasoconstrictor que puede ocasionar una necrosis superficial, por falta del cuáguo protector.

Esta infección se observa más en aquellos pacientes con desnutrición o con alimentación deficiente y sobre todo en enfermedades debilitantes, en individuos que tengan bajas sus defensas orgánicas.

La alveolitis es una infección mixta, pudiendo ser piógena o pútrida, o también con el nombre de osteitis alveolar y alveolo seco.

En las alveolitis encontramos gran cantidad de microorganismos. Está caracterizada por la descomposición pútrida del coágulo, encontrando en la alveolitis las paredes alveolares sin tejido de granulación sensibles al tacto, no hay supuración pero sí un olor fétido característico, y dolor extremadamente agudo.

La entrada del alveolo no siempre está descubierta, pues se puede formar un tejido de granulación necrosado y de detritus.

Los síntomas se presentan del segundo al tercer día, persistiendo algunas veces hasta treinta días. Es uno de los accidentes de la exodoncia, más molesto y doloroso.

Su tratamiento consiste en la limpieza del alveolo lavándolo con algunas sustancias sépticas, y después se hace una mezcla cemento de Words (Wander Pack) Xilocaina en pomada, y un antiséptico como el Vidaseptal, todo esto se introduce en el alveolo e inmediatamente se siente mejoría, también hay compuestos de patente como el Piloclastro etc. también se recomienda la vacuna Zetavec, la cual es un frasco ampola, y una ampolleta de 5 cm. de suero fisiológico. Se reparte en cuatro días en inyecciones intramusculares, de la manera siguiente: Primer día  $\frac{1}{2}$  cm. cúbico, Segundo día 1 cm. cúbico, Tercer día

1,1/2 cm. cúbico y Cuarto día 2 cm. cúbicos para completar los 5 cm. cúbicos. Esta vacuna contiene pus hiolizado.

Este accidente es muy molesto y doloroso para el paciente, pudiendo degenerar en ostiomielitis en casos que no se atienden o no se emplee el tratamiento adecuado.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## CAPITULO VIII

### INDICACIONES POST-OPERATORIAS

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## CAPITULO VIII

### INDICACIONES POST-OPERATORIAS

Se entiende por cuidados post-operatorios el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención quirúrgica, reparar los daños que surjan con dicho motivo y colaborar con la naturaleza para el logro del perfecto estado de salud.

Vamos a ocuparnos ahora de los cuidados que debe tenerse con el paciente, inmediatamente después de operarlo, y de las indicaciones que hay que hacerle, para favorecer la curación y evitar complicaciones.

Realizado el acto operatorio y comprimidas las paredes del alveolo, con el fin de volverlos a su sitio, no se permitirá que el enfermo escupa ni cierre la boca, para evitar que la saliva se ponga en contacto con la herida.

Como ya hemos dicho, si la radiografía no ha mostrado la existencia de granulomas, quistes o abscesos, debemos abstenemos de raspar las paredes oseas y de lavar el alveolo y nos concretaremos a cuidar que no queden colgajos de encía, restos dentarios o de obturaciones o de esquirlas de reborde alveolar.

Si ha existido una colección purulenta en el alveolo del diente que se ha extraído, se dará salida al pus y se harán abundantes lavados con una solución salina tibia, lavados que deben ser realizados a débil presión y con gran cantidad de líquido, para provocar el arrastramiento de aquel y de los restos de tejidos enfermos que pudieran subsistir. Con el propósito de facilitar la formación del coágulo sanguíneo, se colocará sobre la

herida abierta, una torunda de gasa esterilizada que no debe penetrar en el alveolo, pues su objeto es aislarlo por algún tiempo del ambiente infectado.

Si después de este tiempo siguiera sangrando la herida, ello ya constituiría un estado anormal y entonces se rellenará con gelfoam y oxiceel el alveolo en forma de tapón colocando una torunda grande que el paciente deberá morder, con el objeto de comprimir el tapón para que éste a su vez obture el vaso roto y cohiba la hemorragia.

Esta curación se dejará durante 20 minutos, tiempo después se refira la gasa grande, dejando el tapón.

Si ha terminado la salida de sangre, podemos despedir al paciente con la recomendación de no quitar el material que quedó. En ningún caso el enfermo deberá abandonar el consultorio hasta que no haya cesado la hemorragia al despedirlo le entregaremos por escrito, los consejos a tener en cuenta después de la operación, y lo hacemos así, porque todo paciente que acaba de ser intervenido, está más o menos desconcertado, y si se las damos verbalmente las olvidará o las interpretará mal. Si va acompañado por un familiar, las indicaciones verbales se las haremos de preferencia a este último, quien está en mejores condiciones de interpretarlas, además de estas instrucciones, le daremos también la receta de un analgésico para en casos de que experimente dolor.

Las instrucciones que daremos a nuestros pacientes, una vez operados, son las siguientes:

I.- No enjuagarse la boca durante las tres horas que siguen después de la operación.

II.- Cuando se enjuague la boca hágalo con extrema suavidad.

III.- Durante las primeras 24 horas tome alimentos líquidos, tibios solamente.

IV.- En el caso posible de que sienta dolor, tome un analgésico como lo indica la receta.

V.- Si le sale sangre en horas, durante las cuales no pudiera concurrir al consultorio, haga una bola con gasa esterilizada de tamaño de una nuez, más o menos y aplíquela sobre la herida apretándola fuertemente con los dientes antagonistas, consérvelo en su sitio hasta que vuelva al consultorio, lo que en este caso, deberá hacerlo lo antes posible.

VI.- Si se nota que se inflama la cara, coloque sobre la piel afectada, una bolsa de goma que contenga hielo y regresar al consultorio lo más pronto posible.

VII.- Que regrese al consultorio al día posterior de que se le hizo la extracción.

Como se podrá observar al dar estos consejos, evitamos el empleo de palabras técnicas que puedan confundir o alarmar al paciente y así decimos: Salida de sangre en lugar de hemorragia y no mencionaremos para nada la palabra infección.

Daremos las razones que nos guíen, para hacer las indicaciones precedentes:

I.- No enjuagarse la boca durante las tres primeras horas después de la extracción: Para nosotros la mejor defensa del alveolo es el cuáguo y si el paciente realiza enjuagatorios

desde los primeros momentos es posible que lo desprenda y favorezca la hemorragia como también la infección.

II.- Enjuagarse la boca con suavidad: Tiene la misma explicación, es decir, no desalojar el cuágulo sanguíneo de reciente formación.

III.- Tomar solo alimentos líquidos tibios, durante las primeras 24 horas: El objeto de esta prescripción es que el enfermo no tenga que masticar y por lo tanto no avive la herida en un descuido, lo que podría dar lugar a hemorragias, a dolores o a penetración de alimentos en el alveolo, con la consiguiente infección.

IV.- Al recetar al paciente un analgésico: Debemos tomar en cuenta su temperamento y su idiosincrasia. Hay algunos que nos previenen de antemano que sus dolores, de cualquier naturaleza que ellos sean se calman fácilmente tomando una tableta de determinado medicamento a lo que no titubaremos en recetarles el mismo medicamento en el cual ellos tienen confianza, por el resultado feliz obtenido en otras ocasiones, pues, no debemos olvidar que en la terapéutica de el dolor hay que contar con el factor psicológico.

V.- Aconsejamos al paciente que comprima una torunda de gasa esterilizada en caso de hemorragia: Por lo menos, para disminuir la cantidad de sangre, hasta que llegue al consultorio.

VI.- Aconsejamos al paciente la aplicación de frío sobre la parte que tienda a inflamarse por las siguientes razones:

a.- El frío produce una vasoconstricción periférica acompañado de una vasodilatación profunda.

b.- Ejerce una acción benéfica sobre los tejidos inflamados, según algunos autores los microorganismos sufren la acción de el frío; según otros el descenso de temperatura incita a las defensas orgánicas.

c.- El frío obra como analgésico.

VII.- Lo hacemos volver al día siguiente: A todo enfermo a quien le hemos extraído una pieza dental, para comprobar si el cuáguulo está bien constituido y si la herida no se ha infectado.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

## CAPITULO IX

### CONCLUSIONES

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

Biblioteca  
Facultad de Odontología  
U.M.S.N.H.

# CAPITULO IX

## CONCLUSIONES

La intención de este tema no es solamente el de la extracción de las piezas dentarias, sino el conocer las complicaciones que se nos presentan en el consultorio, y conociendo esas causas, el poder evitarlo no, exponiendo el estado de salud de nuestro paciente, por lo anterior podemos ver que la mayoría de los accidentes tanto benignos como graves, podemos prevenir cuando se poseen los conocimientos suficientes y los que se nos presentan poderlos tratar concretamente, siendo esto un beneficio tanto del paciente como del profesionista.

También trataremos hasta donde nos sea posible acabar con la charlatanería que tanto mal hace a la profesión odontológica por lo cual, el mejor medio de combatirlo, es tratando de superarnos cada día más en nuestros conocimientos y técnicas.

## BIBLIOGRAFIA

- I.- Tratado de Odontología. Dr. CIRO DURANTE AVELLANAL.
- II.- Diccionario Odontológico. Dr. CIRO DURANTE AVELLANAL.
- III.- Patología Bucal. K. H. THOMA.
- IV.- Apuntes de la cátedra de cirugía del Dr. JOSE CALVILLO C.