

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES
DE CHIAPAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA**



TESIS

**INDICACIONES PRE Y POST OPERATORIAS PARA REALIZAR
EXTRACCIONES DENTALES EN LA CAVIDAD ORAL.**

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

FREDDY CONDE MOLINA

ASESORES:

MTRO. JOSE ALBERTO SOTO RAYÓN

C.D. FRANCISCO OCTAVIO GÓMEZ CANCINO

MTRO. LUIS ANTONIO LÓPEZ GUTU

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.

MAYO 2021.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS.....	8
MARCO TEÓRICO.....	10
RECOMENDACIONES.....	43
CONCLUSIÓN.....	45
GLOSARIO.....	47
FUENTES DE CONSULTA	50
ANEXOS.....	52

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La cavidad bucal está ubicada en la cabeza y constituye la primera parte del sistema digestivo, es el punto de entrada de los alimentos hacia nuestro organismo, desempeña funciones importantes en diversas actividades.

Una de las funciones que tiene la cavidad bucal en este caso la estética dependerá de unos dientes sanos o no, influirá sobre nuestra autoestima, la capacidad de interactuar con los demás de forma fluida, agradable y afectiva. Sin embargo, todas las personas son diferentes y las cavidades bucales a pesar de estar constituidas por los mismos elementos reaccionan diferentes ante lesiones y agresiones que pueden sufrir.

Dentro de la cavidad bucal se encuentran los dientes que realizan diversas funciones vitales algunas de ellas más bien biológicas, como por ejemplo la masticación y deglución que constituyen el inicio de la digestión y otras más sociales, como por ejemplo la fonación y la sonrisa.

Las piezas dentales son elementos importantes ayudan principalmente a cortar, desgarrar, masticar y triturar los alimentos que son llevados a la boca. Un órgano dental se encuentra conformada en su interior por el tejido pulpar conformado por un paquete vasculonervioso que le da vida a la pieza dentaria. Rodeado por capas de dentina, cemento y esmalte (mineral más duro del cuerpo), que pueden sufrir daños o lesiones que pueden provocar que las piezas dentales se vean afectadas por caries dental, fracturas o enfermedad periodontal.

La caries dental es una de las enfermedades ampliamente extendida en el mundo, es la enfermedad crónica más frecuente. Para la OMS es la tercera calamidad sanitaria después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, dicha organización ha definido a la caries dental como un proceso localizado de origen multifactorial que se inicia después de la erupción dentaria, determinando el reblandecimiento del tejido duro del diente y que evoluciona hasta la formación de un órgano dentario, como consecuencia de los ácidos de las bacterias provocando la desmineralización, ocasionando una lesión que puede afectar desde el esmalte hasta el tejido pulpar. Si la caries llega a alcanzar dicho tejido, se produce una infección, la cual puede conducir a la pérdida total o parcial de los dientes en algunos casos.

La enfermedad periodontal es otra patología que en su etapa avanzada puede ocasionar la pérdida total o parcial de los dientes, ya que esta en su primera etapa produce una inflamación en las encías, y posteriormente en las siguientes se van agravando ya que con el tiempo tiene como consecuencia la pérdida de las estructuras óseas de soporte lo cual conlleva que los órganos en mención presenten movilidad, y que a su vez se vayan perdiendo paulatinamente dichos órganos dentales, esto a consecuencia del soporte óseo.

Cabe hacer mención que al producirse eso sufrirá severamente un daño en las piezas dentales, como primera instancia se trata de preservar las piezas dentales en la cavidad bucal la mayor cantidad de tiempo, pero por diferentes circunstancias las piezas dentales no puedan salvarse por lo cual es necesario realizar una o varias extracciones dentales.

La exodoncia es una práctica realizada por los profesionales en el ámbito odontológico, estas forman parte en el ámbito de la cirugía bucal la cual se ocupa de las cirugías de terceros molares, de avulsión así como extracción de un diente o porción de este (resto radicular) del lecho óseo donde se alberga, mediante la aplicación de técnicas e instrumental adecuado para este fin, implica una gran responsabilidad debido a que se manipulan tejidos de la cavidad oral por ende se debe realizar de forma cuidadosa y competente para evitar complicaciones que pueden suceder durante y post operatorio. Las complicaciones de la extracción dentaria son un hecho que puede ocurrir antes durante y después de la misma. De acuerdo con la literatura se ha determinado que la fractura dentaria de corona y raíz fue la complicación de mayor incidencia durante la extracción dentaria, con mayor frecuencia en molares. Las complicaciones de la exodoncia tienen una incidencia a nivel mundial con altas incidencias de terceros molares inferiores, que se atribuye a la densidad del hueso alveolar mandibular.

PLANTEAMIENTO **DEL PROBLEMA**

Planteamiento del problema

Generalmente una de las principales causas de la pérdida de uno o mas dientes es provocado por la salud bucal, ya que no se cuentan con las medidas preventivas necesarias por el cual no se le dan la importancia adecuada, es por ello que específicamente en este tema, se ven afectado estos órganos dentarios por diferentes causas tales como: caries dental, enfermedad periodontal y traumatismos en diferentes dientes de la cavidad bucal y esto conlleva a que se pueda provocar la pérdida total o parcial de las piezas dentales; esto trae como consecuencia que una vez dañada los dientes se tenga que realizar como tratamiento final las extracciones de dichas piezas dentarias, esta al realizarse presentan complicaciones durante el proceso de exodoncias y cirugías. De realizarlas, esto debido a negligencia, mala higiene, falta de educación y descuido por partes del paciente.

Otra de las posibilidades que se pueden ocasionar es la falta de los instrumentales adecuados en el ámbito quirúrgico (exodoncias), así como aplicar malas técnicas por parte de los profesionales en la salud bucal, y esto a su vez da como resultados varias patologías como diferentes tipos de infecciones, dolor, inflamación, hemorragias e incluso la hospitalización de los pacientes y problemas mas graves que pueden ocasionar la muerte.

En esta tesis profesional se tiene como objetivo dar a conocer como primer punto en el interrogatorio, así como en la historia clínica identificar a los pacientes que presenten complicaciones para dichos actos quirúrgicos entre ellos las extracciones que se realizaran en su momento también es de suma importancia conocer los diferentes tipos de fármacos a utilizar pre y post quirúrgicamente, esto con la finalidad de prevenir y no tener complicaciones.

OBJETIVOS

Objetivo general

El objetivo general es dar a conocer y tener una mas amplia información que pueda ser útil tanto para estudiantes de la licenciatura en cirujano dentista, asi como al odontologo de practica general, esto con la finalidad de utilizar las mejores técnicas a realizar para en las extracciones simples asi como por vía quirúrgica. E igualmente proporcionar las indicaciones y contraindicaciones para realizar dichas técnicas, de igual manera es de suma importancia preescribir profesionalmente la administración correcta de fármacos en el pre y post quirúrgico.

Objetivo especifico

Determinar la edad y el género en dichos pacientes.

Dar a conocer las comorbilidades y patologías que se presenten.

Determinar el grado de salud bucal del paciente.

Conocer las diferentes tecnicas para la realizacion de extracciones simples y complejas.

Brindarles con profesionalismo la atención odontológica adecuada.

E identificar los hábitos de higiene bucal adecuados.

MARCO TEÓRICO

Marco teórico

La salud oral es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que afectan sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.

Por tanto, la higiene dental es el conjunto de normas que permitirán la prevención de enfermedad periodontal y esto como tal evitará en gran medida la susceptibilidad en los órganos dentarios y encía. Esto con la finalidad de realizar una buena higiene dental por lo cual se llevara a cabo en buena medida y con las herramientas adecuadas. Además, se deberá dedicar el debido tiempo para que sea efectiva. Por tal motivo es de suma importancia concientizar a los pacientes para resolver las enfermedades orales que padecen.

El cuidado de los dientes y la boca es de gran importancia, puesto que es la parte inicial del aparato digestivo. Los dientes son parte fundamental para mantener en buenas condiciones el organismo, su principal función es la trituración de los alimentos para asegurar la buena digestión de los mismos. La falta parcial o total de los dientes repercutirá en el organismo en general, la dificultad para masticar, predispone a una mala nutrición y ello facilita la desnutrición y la adquisición de enfermedades sistémicas, además los dientes enfermos por sí mismos constituyen focos de infección que ocasionan otros tipos de trastornos generales e inclusive, ocasionalmente, la muerte.

Para el mejor entendimiento sobre la prevención, detección temprana, curación y/o rehabilitación de la caries dental para así evitar la extracción, estudiaremos algunos conceptos básicos.

Definición caries dental

Se define como un proceso o enfermedad dinámica crónica que ocurre en la estructura dentaria en contacto con los depósitos microbianos, debido al desequilibrio entre la sustancia dental y el fluido de la placa circundante, lo cual da como resultado una pérdida de mineral de la superficie dental, cuyo signo es la destrucción localizada de tejidos duros.

Etiología

La caries dental es transmisible e irreversible, y ha sido un enemigo desde la humanidad antigua y con el paso del tiempo ha asumido un carácter nutricional en su etiopatogenia está la deficiencia de fluoruro, lo cual, estaría asociado a tratarse y/o evitarse con la odontología preventiva; por lo cual, la administración del fluoruro en la dieta, debe ser indispensable, la mala higiene, los malos hábitos y el consumo de azúcares, principalmente la sacarosa y un pH oral muy ácido, fomentan la caries dental.

Presencia clinica

En relación con el tiempo, se observa que los fenómenos que ocurren en la estructura dentaria cuando se establece un desequilibrio entre esta y la placa cariogénica circundante se caracteriza desde el principio por la participación de la superficie del esmalte.

El apiñamiento dental dificulta el cepillado y en los espacios de difícil acceso es en donde se hace acumulación de biofilm, frecuentemente son zonas de creación de caries; en el uso de aparatos de ortodoncia además de que se complica la limpieza, son elementos que retienen restos de comida y sustancias en donde se albergan bacterias. Incluso en el uso de prótesis dentales se retienen restos de alimentos, placa y por lo tanto también de bacterias, además de que algunas personas no realizan la limpieza de sus aparatos protésicos debido a que piensan que no es necesario ya que son artificiales.

Las poblaciones más vulnerables a ésta enfermedad son principalmente las de bajos recursos. La salud bucal en ésta población se encuentra afectada debido a que no reciben atención odontológica; por lo que no tienen conocimiento respecto a las medidas de higiene que se requieren para prevenirlas, o en su defecto, tratarlas adecuadamente. Debido a que por falta de ingresos, no se cuenta con los elementos indispensables para realizar una adecuada limpieza, o para recibir la atención bucodental, ya que en ocasiones el costo del servicio es elevado.

El nivel económico no es directamente el que afecta en la presencia de caries, lo que afecta en esta población es la ausencia de una dieta saludable, falta de información acerca de las patologías dentales, prevención y tratamiento, también el cepillado es escaso o nulo; todo esto implica la presencia de placa dentobacteriana, lo que puede provocar caries o la ausencia de los órganos dentarios.

En algunos estudios se ha demostrado que los hijos de padres con mayor grado de escolaridad son los que presentan una adecuada higiene bucal y por lo tanto hay ausencia de caries. El déficit de alimentación es una de las principales causas en la aparición de caries, ya que sin una correcta alimentación, el sistema inmune es más débil.

El pH salival durante el embarazo se ve aumentado, cambia la composición química de la saliva, por lo tanto la susceptibilidad a caries va en aumento, también debido al incremento de la cantidad de *Streptococcus* y *Lactobacillus Acidophilus*, la ingesta de carbohidratos consumidos durante periodos cortos, el aumento en la incidencia de vómitos. Durante el embarazo la saliva de la madre sufre algunos cambios tanto microbiológicos, inmunológicos, como hormonales tanto como salivales, los cuales incrementan el riesgo de contraer caries.

Diagnóstico

Se utiliza para el diagnóstico los siguientes elementos: historial clínico, observación visual, exploración táctil, examen radiográfico, transiluminación y sustancias que son detectoras de caries.

Caries de esmalte

Se manifiesta como una mancha blanca, opaca con aspecto de tiza. El esmalte pierde el brillo y se torna ligeramente poroso. Cuando se encuentra en las capas profundas de esmalte, puede existir cavitación. Si la caries es de avance lento, crónico, con periodos de interrupción, el aspecto es de color negro marrón o amarillo oscuro. Puede localizarse en las fosas y fisuras en el tercio cervical de todos los dientes fundamentalmente en molares o coincidiendo con la zona de contacto proximal. Como medio diagnóstico se utiliza la inspección visual y la sustancia detectora.

Caries de dentina superficial

Se observa a la exploración cavitación que afecta la capa superficial de la dentina. Si la caries es de avance rápido, presenta un aspecto blanco amarillento y consistencia blanda. Si el avance es lento, presenta una consistencia dura mas resistente y de color amarillo oscuro o marrón. Se puede localizar en fosas y fisuras, superficies lisas o en la raíz del diente. El paciente puede referir sintomatología dolorosa.

El examen radiográfico es de gran utilidad en caries proximales sobre todo de diente posteriores y en fosas y fisuras oclusales cuando no ha ocurrido la fractura de esmalte. La transiluminación resulta de mayor valor en las caries proximales de dientes anteriores.

Caries de dentina profunda

Se observa a la exploración cavitación que afecta las capas profundas de la dentina. Si la caries es de avance rápido y esta presenta un aspecto blanco amarillento y de consistencia blanda con gran destrucción de la dentina y posible compromiso pulpar. Si el avance es lento presenta una consistencia dura mas resistente y de color amarillo oscuro o marrón. El paciente puede referir sintomatología dolorosa. Como medio diagnóstico mas significativo se utiliza la inspección visual y la exploración. El examen radiográfico es de gran utilidad en caries proximales y oclusales de dientes posteriores que presentan un pequeño punto de entrada en esmalte, observandose zona radiolúcida que incluye la dentina profunda.

Caries radicular

Incluidos el cemento y la dentina, se presentan típicamente en forma de lesión crónica lentamente progresiva. Generalmente esta cubierta por una capa de placa. De acuerdo con el avance de la lesión, se puede observar coloración pardusca y dentina reblandecida. Como medio para el diagnóstico se utiliza la inspección visual y la exploración. El examen radiográfico es de utilidad en la caries radicular de caras proximales de dientes posteriores. El paciente puede referir sintomatología dolorosa.

Caries rampante

Se emplea para definir casos de caries dental fulminante extremadamente aguda, que afectan a los dientes y caras de los mismos que habitualmente no son susceptibles a la caries. Este tipo de caries, avanza a una velocidad tal que la pulpa no tiene tiempo de defenderse, por consiguiente existe un compromiso pulpar y pérdida de los tejidos de la corona. Las lesiones son blandas y de color entre amarillo y amarillo oscuro. Se observan en todas las edades. Aunque se le atribuye diversos agentes etiológicos, es probable que el factor principal en estos casos sea el ambiente. Como medio de diagnóstico, se emplea principalmente la inspección visual, exploración táctil y la anamnesis donde el paciente puede referir sintomatología dolorosa.

Complicaciones

Aunque las caries por sí mismas, generalmente no presentan un peligro grave para la salud, el desarrollo de caries en pacientes ya debilitados es peligroso, ya que las infecciones de los dientes y las encías pueden llegar a diseminarse al resto del organismo.

Las complicaciones de las caries pueden comprender:

- Dolor
- Absceso dental
- Inflamación o pus alrededor de un diente
- Dientes rotos o dañados
- Problemas para masticar
- Cambios de posición de los dientes después de haber perdido un diente
- Dolor que interfiere en la vida cotidiana
- Adelgazamiento o problemas de nutrición como dolor o dificultad para comer o masticar
- Pérdida de dientes, la cual puede afectar el aspecto, la confianza y la autoestima

Prevención

La buena higiene bucal puede ayudarte a prevenir las caries dentales y muchas otras patologías. A continuación, menciono algunos consejos para ayudar a prevenir las caries.

- **Cepíllate con dentífrico con flúor después de comer o beber.** Cepíllate los dientes al menos dos veces por día e idealmente después de cada comida, con un dentífrico que contenga flúor. Usa hilo dental o un limpiador interdental para limpiar entre los dientes.
- **Enjuágate la boca.** Si el dentista cree que tienes riesgo de tener caries, es posible que te recomiende que uses un enjuague bucal con flúor.
- **Consulta con tu dentista regularmente.** Hazte limpiezas dentales profesionales y exámenes bucales regulares, estos pueden ayudarte a prevenir problemas o detectarlos de forma precoz. El dentista puede recomendar un cronograma que sea adecuado para ti.
- **Considera el uso de selladores dentales.** Un sellador es un recubrimiento plástico de protección que se aplica a la superficie de masticación de los dientes traseros. Sella los surcos y las grietas que tienden a acumular alimentos, lo que protege el esmalte de los dientes de la placa y el ácido. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) recomiendan el uso de selladores para todos los niños en edad escolar. Si bien los selladores pueden durar varios años antes de que sea necesario reemplazarlos.
- **Bebe un poco de agua del grifo.** La mayoría de las redes públicas de agua contienen flúor, que puede ayudar a disminuir las caries dentales de forma significativa. Si solo bebes agua embotellada que no contiene flúor, te perderás los beneficios del flúor.
- **Evita comer o beber con frecuencia.** Cuando comes o tomas bebidas que no son agua, ayudas a que las bacterias de la boca produzcan ácidos que pueden destruir el esmalte de los dientes. Si comes o bebes a lo largo del día, los dientes están en ataque constante.

- **Consume alimentos saludables para los dientes.** Algunos alimentos y bebidas son mejores para los dientes. Evita los alimentos que puedan quedar atascados en los surcos y hoyos de los dientes durante períodos prolongados o cepíllate poco después de comerlos.
- **Considera tratamientos con flúor.** El dentista puede recomendar tratamientos con flúor periódicos, especialmente si no obtienes flúor a través de agua fluorada y otras fuentes. También te puede recomendar cubetas a medida que se colocan sobre los dientes para la aplicación de flúor recetado si tienes un riesgo muy elevado de tener caries dentales.
- **Pregunta sobre tratamientos antibióticos.** Si eres especialmente vulnerable a contraer caries dentales a causa de una afección, por ejemplo, el dentista puede recomendar enjuagues bucales antibióticos especiales u otros tratamientos para ayudar a disminuir las bacterias dañinas en la boca.

Factores de riesgo

Todas las personas que tienen dientes están en riesgo de tener caries, aunque los siguientes factores podrían aumentar las posibilidades:

- **Ubicación del diente.** Las caries casi siempre aparecen en los dientes posteriores (molares y premolares). Estos dientes tienen muchos surcos, hoyos, grietas y varias raíces que pueden acumular partículas de alimentos. Como resultado, es más difícil mantenerlos limpios en comparación con los dientes delanteros, que son más lisos y fáciles de alcanzar.
- **Ciertos alimentos y bebidas.** Los alimentos que se adhieren a los dientes durante mucho tiempo, como la leche, el helado, la miel, el azúcar, las bebidas gaseosas, los frutos secos, el pastel, las galletas, los caramelos duros, las pastillas de menta, los cereales secos y las papas fritas, tienen mayores probabilidades de causar caries que los que se eliminan fácilmente mediante la saliva.
- **Comer o beber con frecuencia.** Al comer tentempiés o consumir bebidas azucaradas constantemente, le aportas a las bacterias de la boca más alimento para producir los ácidos que atacan los dientes y los desgastan. Además, beber soda y otras bebidas ácidas durante el día ayuda a crear una capa de ácido continua sobre los dientes.

- **Alimentación de los bebés antes de acostarse.** Cuando los bebés toman biberones con leche, leche maternizada, jugo u otros líquidos con azúcar antes de dormir, esas bebidas permanecen en los dientes durante horas mientras los bebés duermen, lo que alimenta a las bacterias que causan caries. Este daño se suele llamar como caries del biberón. Un daño similar puede producirse cuando los niños pequeños caminan de un lado a otro mientras beben esas bebidas de un vaso con boquilla.
- **Cepillado inadecuado.** Si no te lavas los dientes poco tiempo después de comer y beber, la placa se forma rápidamente y pueden empezar a aparecer las primeras fases de la caries.
- **Falta de flúor.** El flúor, un mineral que se produce de forma natural, ayuda a prevenir las caries e incluso puede revertir las primeras fases del daño dental. Debido a sus beneficios para los dientes, el flúor se añade a muchos suministros de agua. También es un componente frecuente de la pasta de dientes y de los enjuagues bucales. Sin embargo, el agua embotellada, por lo general, no contiene flúor.
- **Edad.** Las caries son frecuentes en los niños pequeños y en los adolescentes. Los adultos mayores también corren un mayor riesgo de tenerlas. Con el tiempo, es posible que los dientes se desgasten y las encías se retraigan, lo que hace a los dientes más vulnerables al deterioro de las raíces dentales. Los adultos mayores pueden tomar medicamentos que reducen la salivación, lo que aumenta el riesgo de que se formen caries.
- **Sequedad de boca.** La sequedad de boca es causada por la falta de saliva, que ayuda a prevenir las caries al eliminar los alimentos y la placa de los dientes. Las sustancias que contiene la saliva también ayudan a contrarrestar el ácido producido por las bacterias. Algunos medicamentos, algunas enfermedades, la radiación en la cabeza o el cuello y ciertos medicamentos de quimioterapia pueden aumentar el riesgo de tener caries ya que disminuyen la producción de saliva.
- **Empastes desgastados o dispositivos dentales.** Con los años, los empastes pueden debilitarse, comenzar a romperse o formar bordes rugosos. Esto permite que la placa se acumule más fácilmente y dificulta su

remoción. Los dispositivos dentales pueden desajustarse, lo que permite que se empiecen a formar caries debajo de ellos.

- **Ardor de estómago.** El ardor de estómago o la enfermedad por reflujo gastroesofágico pueden hacer que el ácido estomacal suba hasta la boca (reflujo), lo que provoca el desgaste del esmalte y causa un daño importante en los dientes. Eso expone una mayor parte de la dentina a los ataques de las bacterias y crea caries. Tu dentista puede recomendarte que consultes con el médico para ver si el reflujo gástrico es la causa de la pérdida del esmalte.
- **Trastornos de la alimentación.** La anorexia y la bulimia pueden provocar erosión dental y caries importantes. El ácido estomacal de los vómitos.

Enfermedad periodontal en relación a la pérdida de dientes

La enfermedad de las encías es una infección de los tejidos que rodean y sujetan los dientes. Es una de las principales causas de pérdida dental en los adultos. Como habitualmente es indolora, puede que no sepa que la padece. Conocida asimismo como enfermedad periodontal, la causa de la misma es la placa, la película de bacterias que se forma constantemente sobre los dientes. Estas son algunas señales de advertencia que pueden indicar un problema: encías que sangran con facilidad, encía rojas, hinchadas y doloridas, encía que se ha separado de los dientes, halitosis o mal sabor de boca persistente, dientes permanentes flojos.

Factores de riesgo para la enfermedad periodontal

Algunos factores aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad de las encías. Son los siguientes:

Escasa higiene bucal, fumar tabaco, la genética, apiñamiento, el embarazo, la diabetes mellitus, medicamentos, incluidos los esteroides, determinados tipos de fármacos antiepilépticos, los fármacos de las terapias contra el cáncer, ciertos bloqueadores de los canales de calcio y los anticonceptivos orales.

Indicaciones

Historia clínica del paciente

Es preciso que la anamnesis sea amplia y exhaustiva, profundizando y analizando cualquier detalle con la finalidad de detectar antecedentes o procesos patológicos sistémicos graves (alergias, enfermedades cardíacas, etc.) que puedan alterar el curso de la exodoncia o incluso llegar a contraindicarla. En el caso de detectar cualquier proceso importante, se debe remitir el paciente al médico especialista, con el fin de estudiar adecuadamente el caso y adoptar la preparación pertinente. En esos casos, hay que solicitar siempre un informe por escrito antes de hacer cualquier gesto terapéutico. Tras estos estudios, se realizará una evaluación muy detenida de los problemas que presenta cada paciente en particular, ello determinará el procedimiento quirúrgico, empezando por el tipo de anestesia que se ha de utilizar.

Exploración de la cavidad bucal

Consiste en efectuar un estudio local y regional de los dientes, periodonto y estructuras bucales, analizando especialmente los motivos de la exodoncia. Se valorará el tamaño de la boca y maxilares, observando el estado séptico y el nivel de higiene de la boca del paciente.

La accesibilidad del diente y la cantidad de estructura dentaria remanente deben ser tomadas en cuenta. Los dientes con coronas amplias casi siempre tienen raíces largas, mientras que aquellos que presentan amplio desgaste (bruxismo) las cámaras pulpares están calcificadas y son más resistentes; además su base ósea es densa y rígida y con una cortical externa convexa. Los dientes con tratamientos de conductos radiculares pueden presentar reabsorción radicular, haciéndolos más frágiles.

Estudios complementarios dependiendo de los hallazgos obtenidos con la exploración local, regional y general, y de los datos de la anamnesis, se indicarán estudios complementarios adecuados al caso (análisis sanguíneos con pruebas de hemostasia, pruebas de alergia a medicamentos, etc.).

En todos los casos es obligatorio realizar un estudio radiográfico que constará de una ortopantografía y una radiografía intrabucal que visualice adecuadamente la zona periapical. Con ello se obtendrá información sobre distintos puntos: - Estructuras anatómicas vecinas. Situación del nervio dentario inferior, del seno maxilar, del agujero mentoniano o del suelo de las fosas nasales.

Estado de los dientes vecinos, eventual presencia de obturaciones en la cercanía del diente a extraer, posición ectópica o inclusión dentaria, etc.

Estado del diente a extraer. Nos interesará especialmente su morfología radicular, aunque también su grado de destrucción y los tratamientos realizados previamente.

Estado periodontal. La situación del periodonto es muy importante, especialmente de la zona periapical. En ocasiones puede comprobarse radiológicamente la existencia de una lesión periapical que tendrá que eliminarse, e igualmente puede detectarse la presencia de imágenes radiológicas (radiopacas) que avisarán sobre la dificultad de la extracción.

Estado del hueso. Vigilaremos la estructura y la trabeculación del hueso vecino, controlando la posibilidad de la presencia de patología relativamente común: quistes, dientes incluidos, osteítis, etc., o de otras de etiología menos frecuente pero posibles como la tumoral. Una buena radiografía permite reconocer cualquier anomalía que puede dificultar la extracción dentaria. Con un buen estudio preoperatorio del paciente, que incluya todo lo referido anteriormente, se podrá elegir el mejor procedimiento para obtener los mejores resultados.

Indicaciones de la extracción dentaria

Nunca debe menospreciarse el valor o importancia de un diente, ya que su pérdida es siempre lamentable, por motivos ya sean estéticos o funcionales. Los dientes son un componente importante del cuerpo humano, pero esto no basta para que, en casos concretos y con indicaciones precisas, sea pertinente extraer dientes permanentes o temporales. En todo caso debe recordarse que la exodoncia compromete el buen funcionamiento del sistema estomatognático, por lo que debe ser indicado solo por motivos muy justificados. Las indicaciones que se han enseñado durante muchos años para la extracción dentaria eran las consideradas como "el fracaso de la odontología conservadora"; esta afirmación es bastante discutible. Igualmente es muy arriesgado decidir cuáles pueden calificarse de relativas o absolutas, puesto que en numerosas ocasiones intervienen múltiples factores a la vez, lo que hace muy difícil y arriesgado categorizar las indicaciones.

Requisitos para realizar una exodoncia.

- Condiciones higiénico y sanitarias de los operadores y del consultorio.
- Buena iluminación.
- Privacidad del paciente.
- Instrumental y materiales necesarios para la realización de la exodoncia.
- Instrumental y materiales correspondientes para la aplicación de la anestesia de tipo convencional infiltrativa o troncular, babero, gorro, cubrebocas, careta protectora, guantes quirúrgicos estériles, espejo, pinzas para algodón, carpúl metálica, gasas y/o gasas, solución antiséptica iodopovidona o gluconato de clorhexidina, solución fisiológica estéril.
- Instrumental y materiales para la ejecución correcta de la extracción dental: sindesmótomos, elevadores rectos finos, anchos y medianos, elevadores tipo

Winter y Barry, fórceps para todos los grupos dentarios de adultos, curetas alveolares.

- Instrumental para el tratamiento de alguna complicación o accidente durante la ejecución de la extracción: turbina, micromotor, contra-ángulo y pieza de mano, suctor, bisturí Bard Parker N°3, hojas para bisturí N°15, periostótomos, pinzas gubias, limas para hueso, tijeras quirúrgicas, porta agujas rectos y curvos, pequeños y medianos, pinzas hemostáticas, elevadores apicales, fresas cilíndricas para turbina como punta de diamante troncocónica de grano grueso o Zecria. Materiales hemostáticos.

Indicaciones post operatorias

Citando a Leonardo y Leal (2000), el paciente debe recibir instrucciones postoperatorias verbales e impresas que recomiendan el reposo corporal y de la región operada, evitando traccionar exageradamente el labio para observar la herida, perjudicándola. Se debe satisfacer la curiosidad del paciente permitiéndole ver el colgajo suturado, si así lo desea, antes de que se retire del consultorio.

Las pautas recomendadas por Leonardo y Leal (2000) que se deben dar por escrito al paciente en el postoperatorio son las siguientes:

1. Mantener la gasa mordiendo para mantener la zona apretada durante 30-45 minutos.
2. Si ha sido con anestesia general no conducir vehículos durante las primeras 24 horas.
3. Si al tirar la gasa todavía hay sangrado, colocar otra gasa seca apretando durante 30 minutos mas.
4. Poner frio local intermitente durante las primeras horas.
5. Reposo relativo durante los primeros 3 a 4 días. No realizar ningún tipo de ejercicio físico intenso, evitar cargar peso, así como tambien subir escaleras.
6. No escupir, no toser, ni estornudar con la boca cerrada.
7. No debe enjuagarse durante las primeras 24 horas.
8. No debe cepillarse los dientes de la zona quirúrgica el primer día, pero si el resto de la boca. Pasada las primeras 24 horas es adecuado mantener una buena higiene oral con cepillos suaves.
9. Pasadas las 24 horas, se puede recomendar el uso de colutorios con agua de sal o clorhexidina al 0.12%.

10. Es aconsejable dormir con 2 almohadas para que la cabeza este más alta que el resto del cuerpo.
11. La dieta debe ser líquida o semilíquida las primeras 24 horas, luego blanda los 4 a 5 días posteriores.
12. Comprobar la temperatura corporal los primeros 3 días.
13. No fumar ni beber alcohol, evitar los irritantes hasta una vez retirada la sutura.
14. Se indica la aplicación de bolsas de hielo en la zona de la región del acto quirúrgico.
15. Recetar farmacos tales como: antibiótico, antiinflamatorio y analgésico.

Técnicas para la extracción dental

Principios básicos de la exodoncia

El procedimiento quirúrgico bucal que se lleva a cabo con más frecuencia es la extracción dentaria. La terapéutica destinada a extraer el órgano dentario actuará sobre la articulación alveolo dentaria (sinartrosis, sinfibrosis o gonfosis) que está formada por encía, hueso, diente y periodonto.

La exodoncia es una maniobra cuyo fin es separar estos elementos, desgarrando el periodonto en su totalidad. Frecuentemente para conseguir luxar y extraer el diente se debe distender y dilatar el alvéolo a expensas de la elasticidad del hueso. Desde tiempos pasados la exodoncia ha sido un procedimiento muy temido y traumático para los pacientes, y por ello existe temor o fobia a la exodoncia que es difícil de entender, dado que el odontólogo tiene, en sus manos, modernos métodos de anestesia y herramientas terapéuticas muy diversas y eficaces.

En ocasiones, los profesionales consideran la extracción dentaria como una intervención menor y carente de importancia, lo que conlleva muchas veces la aparición de complicaciones graves. La precipitación y la capacitación deficiente son las causas principales de los problemas en la exodoncia. La exodoncia ideal es la eliminación total del diente o de la raíz dentaria sin dolor y con el mínimo daño de los tejidos circundantes.

La correcta evaluación preoperatoria permitirá observar las dificultades o complicaciones que pueden ocurrir, y por lo tanto es la base del éxito en una técnica de extracción dentaria. Como dice Howe: "El tiempo empleado en una evaluación preoperatoria cuidadosa nunca es desperdiciado"

Indicaciones para la extracciones dentales.

Indicar o no la remoción de un diente incluido es una necesidad frecuente en la clínica diaria. Varios aspectos deben llevarse en consideración para obtener el diagnóstico correcto del diente en cuestión, y entre ellos destacamos: la edad del paciente, estructuras nobles, grado de complejidad y la necesidad de el porque se realizará la extracción dental.

Aplicar las extracciones dentales cuando son requeridas por especialistas en el ramo odontológico (ortodoncistas)

La exodoncia debe ser considerada como último recurso en la odontología moderna. Se debe en lo posible buscar la conservación de las estructuras dentarias como parte de la salud general de los individuos. La exodoncia simple requiere de una técnica muy cuidadosa, por lo que con frecuencia se producen accidentes y complicaciones desde muy simples hasta muy complejas. Los casos que requieren exodoncia simple son:

- Recomendación por ortodoncista para tratamiento de mal oclusiones.
- Recomendación de endodoncista por lesión radicular irreversible.
- Caries que involucran la raíz.
- Trauma con fractura radicular.
- Restos radiculares.
- Dientes con enfermedad periodontal con grados de movilidad no estables, no recuperables y progresivos.

La exodoncia quirúrgica se recomienda en:

- Diente incluido o semi incluido.
- Terceros molares que no tienen espacio y van a generar apiñamiento y mala oclusión.
- Cuando la exodoncia simple se complica con fractura radicular
- Motivos protesicos

Contraindicaciones de la extracción dentaria

Es también muy comprometido el enumerar posibles contraindicaciones de la exodoncia, puesto que pueden ser relativas o absolutas bajo la influencia de múltiples factores. No obstante, es evidente que la extracción dentaria tiene pocas contraindicaciones absolutas cuando es necesaria para el bienestar del paciente, pero en los casos que comentaremos, podría ser juicioso postergarla hasta corregir o modificar distintos trastornos locales o sistémicos.

Mientras tanto se puede mantener sin molestias al paciente con la medicación que sea pertinente: analgésicos, antibióticos, etc. En líneas generales, pueden agruparse atendiendo a la existencia de alteraciones locales o a estados patológicos sistémicos.

Existencia de infección o proceso inflamatorio agudo vinculado al diente a extraer.

En estos casos es difícil proporcionar una norma general, puesto que en estos procesos infecciosos odontogénicos intervienen factores locales (estado del diente, grado de infección, etc.), y factores generales (estado del paciente, existencia de posibles trastornos inmunitarios, etc.); todo ello obliga a estudiar cada caso de una forma particular para decidir la postura a adoptar.

Ante la manera de proceder a la extracción de un diente implicado en un cuadro infeccioso agudo pueden adoptarse posturas extremas o inclinarse por una actitud más flexible. En forma general debe adoptarse una postura flexible, la indicación de exodoncia, siempre y cuando con anterioridad se hayan agotado todas las posibilidades para detener el proceso destructivo, en todos los casos bajo el tratamiento antibiótico adecuado. La bacteriemia postextracción es un factor que puede agravar el problema.

Los posibles riesgos se deben compensar, puesto que si no se realiza la exodoncia puede agravarse más el cuadro clínico, lo que lleva al paciente a procesos y complicaciones graves o incluso a la muerte. En los casos graves se debe actuar de forma radical, ya que se puede dominar casi todos los problemas con las terapéuticas farmacológicas utilizadas con criterio científico; además la anestesia general nos proporciona la posibilidad de vencer la dificultad existente en manipular la zona con anestesia local.

Tumores malignos bucales.

No se recomienda la extracción de un diente incluido en una neoplasia, puesto que puede alterar la zona del tumor primario, exacerbar su desarrollo, facilitar su diseminación, y además la herida local no curará. Se efectuará la exodoncia, si es pertinente, al hacer la escisión del tumor. A efectos prácticos, el riesgo de una hemorragia es realmente muy importante.

Tratamiento post radioterapia.

Los pacientes que han sido sometidos a tratamientos con radiaciones ionizantes o de alta energía por padecer enfermedades malignas de la región de cabeza y cuello, no son candidatos de ser sometidos a una exodoncia, puesto que ésta puede acarrear una alta probabilidad de aparición de una osteorradionecrosis. Se postergará la extracción como mínimo un año. En casos excepcionales podría aceptarse ésta u otra maniobra quirúrgica sobre los huesos maxilares, pero siguiendo pautas o protocolos muy rígidos. Así pues, esta contraindicación de la exodoncia no es absoluta y se aplicará tanto a los pacientes que están recibiendo radiaciones en el área cervicofacial por padecer neoplasias primitivas en esta región, o por lesiones metastásicas como en los casos de radioterapia de amplias zonas corporales (TBI o total body irradiation). En este último caso, además del terreno maxilar en posible mal estado, existirá una disminución de las defensas inmunitarias del enfermo.

Requisitos para realizar una exodoncia.

- Condiciones higiénico y sanitarias de los operadores y del consultorio.
- Buena iluminación.
- Privacidad del paciente.
- Instrumental y materiales necesarios para la realización de la exodoncia.
- Instrumentales y materiales odontológicos para la correcta aplicación de la anestesia convencional infiltrativa o troncular, así mismo contar con babero, gorro, tapabocas, careta protectora, guantes quirúrgicos estériles, espejo, pinzas para algodón, cárpula metálica, gasas, solución antiséptica iodopovidona o gluconato de clorhexidina, solución fisiológica estéril.
- También así como instrumental y materiales para la ejecución de la extracción dental: sindesmótomos, elevadores rectos finos, anchos y medianos, elevadores tipo Winter y Barry, fórceps para todos los grupos dentarios de adultos, curetas alveolares.
- Instrumental para el tratamiento de alguna complicación o accidente durante la ejecución de la extracción: turbina, micromotor, contra-ángulo y pieza de mano, succionador, bisturí bard parker N°3, hojas para bisturí N°15, periostótomos, pinzas gubias, limas para hueso, tijeras quirúrgicas, porta agujas rectos y curvos, pequeños y medianos, pinzas hemostáticas, elevadores apicales, fresas cilíndricas para turbina como punta de diamante troncocónica de grano grueso. Materiales hemostáticos.

Técnica operatoria

Colocación del paciente

Para dientes maxilares: Colocar el sillón dental a la altura tal que la cabeza del paciente quede al nivel del codo del odontólogo.

Para dientes mandibulares: Colocar el sillón bajo y con la arcada inferior paralela al piso, en caso de trabajar parado.

- Informar y explicar al paciente el tratamiento a realizar y solicitar su consentimiento para la realización del procedimiento, para realizar procedimiento quirúrgico odontológico.
- Tomar Rayos X y realizar análisis radiográfico.

Anestesia

Algunas presentaciones de los anestésicos mas utilizados en odontología son los siguientes:

La lidocaína se sigue utilizando hoy en día como anestésico local y también en la anestesia superficial. Este provoca una vasodilatación y con ello una mayor cobertura del tejido, lo que favorece el paso mas rápido del anestésico en el tejido circundante. La mepivacaína tiene la ventaja de que genera una vasodilatación mínima y proporciona, por lo tanto, una duración de acción adecuada. La prolicaína se empezó a comercializar en 1960. No se debe utilizar en embarazadas ni en niños, o sólo bajo indicación estricta, debido a una serie de interacciones. En 1969 se desarrolló el principio activo articaína, que hoy sigue siendo el anestésico local de los más vendido en el mercado. A este éxito ha contribuido sobre todo su buena tolerabilidad y su reducida tasa de efectos adversos. Para contrarrestar el efecto vasodilatador antes descrito y conseguir una duración de acción más larga, se añade a la mayoría de los anestésicos locales un vasoconstrictor, normalmente en forma de adrenalina. A través de la adición de dosis distintas del vasoconstrictor se consigue controlar la duración de la anestesia, como en el caso de la articaína.

Mecanismo de acción de la anestesia local

Las anestесias locales provocan un bloqueo reversible de la generación y de la propagación de los potenciales de acción en el nervio. El efecto se limita a un área determinada. Por su unión reversible a receptores especiales de los canales de sodio, el anestésico local impide la entrada rápida de iones sodio en la fase de despolarización. Esto disminuye el potencial de acción o lo llega incluso a inhibir a dosis altas del anestésico local y reduce también la velocidad de conducción. En una primera fase, se inhibe la percepción del dolor y posteriormente la sensibilidad térmica, la sensibilidad táctil y la barocepción. Con la desaparición del efecto anestésico se recuperan los distintos tipos de sensibilidad en orden inverso.

Algunos puntos importantes a tomar en cuenta para proceder a la anestesia son:

- Se tiene en cuenta los antecedentes sistémicos.
- Para todos los dientes maxilares se puede realizar anestesia infiltrativa.
- Para los dientes mandibulares anteriores hasta los premolares se puede infiltrar.
- En los molares, se debe elegir troncular del nervio alveolar mandibular ó dentario inferior.

Es de suma importancia que cuando se apliquen las técnicas tronculares se debe esperar de 3 a 5 minutos. Y cuando se realizan las técnicas infiltrativas se debe esperar, al menos, 1 minuto.

Tipos de anestesia

Anestesia de infiltración

Este tipo de anestesia se utiliza habitualmente en el maxilar y en la mandíbula en la región de los dientes. Esta técnica consiste en inyectar el anestésico en el tejido del área de trabajo mediante diversas punciones. Después de la inyección, el anestésico se difunde hacia las terminaciones nerviosas.

Anestesia de conducción

En general, la anestesia de conducción se utiliza para la supresión del dolor en la región de los dientes 48-45 y 38-35. En este caso se produce un bloqueo de la conducción del estímulo nervioso en el nervio sensitivo que inerva el área de trabajo. La anestesia de conducción se aplica también en los territorios inervados por el nervio infraorbitario, el nervio palatino mayor, el nervio nasopalatino, el nervio mentoniano y el nervio bucal.

Anestesia intraligamentosa

Esta técnica se puede aplicar en todas las piezas dentarias. Sin embargo, la técnica de punción no es adecuada como inyección única en el tratamiento de ápices radiculares o para exodoncias quirúrgicas. La inyección se aplica directamente en el espacio periodontal mesial y distal de los dientes anteriores y en los premolares. En el caso de los molares hacen falta varias punciones. Cabe mencionar que esta técnica es muy poca utilizada en exodoncias dentales.

Anestesia local durante el embarazo

En el embarazo se recomienda el uso de articaína y bupivacaína para la anestesia local, dado que su elevada unión a proteínas impide el paso rápido de estos principios activos al feto. No se dispone de evidencias de efectos teratogénicos de la anestesia de conducción en pacientes embarazadas. Sin embargo, el uso de mepivacaína en el último trimestre del embarazo puede tener un efecto inductor de contracciones, por lo que está contraindicado.

Complicaciones

Se han descrito casos de reacciones alérgicas sobre todo a la procaína y la lidocaína, siendo mucho menos frecuentes a la articaína. Sin embargo, no se pueden descartar del todo, por lo que se debe disponer siempre de una anamnesis completa del paciente. El sulfito, añadido a todos los anestésicos locales con adrenalina como agente estabilizante, puede desencadenar crisis asmáticas en pacientes con antecedentes de asma. En caso de sobredosificación o de una técnica de inyección defectuosa pueden darse otras complicaciones.

Sindestomia

Realizarla con sindesmótomos que no estén deteriorados previamente a todos los dientes que se van a extraer en todas sus caras libres. Se hace necesaria para facilitar la colocación de los fórceps y para corroborar los síntomas de la anestesia. La sindesmotomía ideal debería llegar hasta el ápice del diente.

Extracción en sí de la pieza dentaria consta de tres tiempos:

Aprehensión: Colocación del fórceps al diente cuidando no incluir la encía.

Luxación: Movimientos de lateralidad y rotación según la anatomía dentaria, en dirección apical hacia coronal con movimientos no tan extensos, hasta lograr la dilatación del alvéolo.

Tracción: Salida del diente de su alvéolo. Inmediatamente se debe observar la integridad o no de las raíces y mantener el diente en el paquete del instrumental con que se está trabajando.

Importante:

Cada grupo dentario tiene su fórceps anatómico específico, el cual debe ser utilizado. Si las condiciones del diente no lo permiten, se pueden utilizar elevadores. Debe tenerse muy en cuenta la posición de la mano izquierda del operador, realizando la protección imprescindible durante todo el acto quirúrgico. Esta maniobra evita accidentes.

Incisivo central

Datos anatómicos: la raíz tiene forma cónica, aplanada en sentido mesiodistal. La sección de la raíz a nivel del cuello es elíptica, y es más ancha su porción vestibular que la lingual.

Material de exodoncia: para la extracción del incisivo central se utiliza el botador recto (luxación) y el fórceps recto de incisivos No. 150

Técnica de la extracción: se realiza la luxación dentaria mediante el uso del botador recto y se prosigue la exodoncia con el fórceps. Para lograr una correcta prensión se introducen las puntas del fórceps por debajo de la encía hasta alcanzar el cuello dentario, apoyando sus bocados íntegramente sobre las caras vestibular y palatina. Los movimientos de lateralidad se ejercen en dirección anteroposterior o vestibulo-palatino. Primero se realizan hacia vestibular y luego hacia palatino.

Incisivo lateral

Datos anatómicos: la raíz es cónica y más aplanada en el sentido mesiodistal que la del incisivo central. Frecuentemente presenta anomalías en la forma y la

dirección. El eje dentario está inclinado en dirección palatina; por ello la cortical externa suele ser más gruesa que a nivel del incisivo central y del canino.

Material de exodoncia: es el mismo que el descrito para el incisivo central. Algunos autores usan el fórceps en bayoneta, por tener sus bocados más delgados, lo que evita así la posible lesión del incisivo central.

Técnica de la extracción: es similar a la del incisivo central con algunas variaciones: El movimiento hacia vestibular no puede ser tan amplio, dada la fragilidad del diente y el mayor espesor de la cortical externa que limitan esta acción. Por contra, el movimiento hacia palatino podrá ser más amplio.

Canino

Anatómicos: el canino tiene una fuerte y sólida raíz, de grandes dimensiones que puede llegar a los 18 mm de longitud; es ligeramente aplanada en sentido mesiodistal y más gruesa en el lado vestibular que en el palatino.

Material de exodoncia: el mismo que el descrito para el incisivo central. Berger utiliza con mayores ventajas los fórceps de bayoneta anchos. En este caso, los bocados son más anchos, con el fin de adaptarse a la anatomía del cuello dentario. También puede usarse el fórceps de premolares superiores.

Técnica de la extracción: después de hacer una correcta prensión se inicia el primer movimiento de luxación hacia vestibular, las maniobras bruscas o no controladas conducen la fractura, destrucción y pérdida del hueso vestibular, y quedan unos bordes alveolares vestibulizados, cortantes e irregulares. Fórceps No. 150 para la extracción de dientes anteriores (primer premolar derecho a 1er. premolar izquierdo).

Primer premolar

Datos anatómicos: el primer bicúspide tiene generalmente dos raíces, una vestibular y otra palatina, o una raíz única bifurcada en el tercio apical. El tamaño, la forma y las frecuentes dilaceraciones radiculares hacen que las raíces sean casi siempre delgadas, puntiagudas y frágiles. La sección radicular es ovoidea a nivel del cuello dentario y el diámetro menor es el mesiodistal. El alvéolo del primer premolar es único, doble o bifurcado, y tiene una relación normalmente estrecha con el seno maxilar.

Material de exodoncia: puede usarse un botador recto para luxar el diente o utilizar directamente el fórceps de premolares superiores. Este fórceps es ligeramente curvo en su porción activa, para permitir una correcta prensión al cuello. Fórceps de premolares superiores. Sus caras internas son cóncavas para adaptarse mejor a las caras convexas de la corona dentaria. Sus dimensiones oscilan entre 5 y 7 mm. Bocados del fórceps para premolares que tendrán una longitud de 5 a 7 mm.

Técnica de la extracción: la prensión con el fórceps debe realizarse lo más hacia apical que permita el nivel de la cresta alveolar, ya que con ello se vence el ajuste

del alvéolo, se disminuye la acción de palanca sobre la raíz y la aplicación del fórceps da lugar a cierto grado de elevación y deben realizarse exclusivamente movimientos vestibulo-linguales.

Primer molar

Datos anatómicos: el primer molar es un diente trirradicular: una raíz palatina y dos vestibulares, cuya forma y dirección son variables. Generalmente estas tres raíces están separadas. La raíz palatina es la más larga, sólida y gruesa de las tres; tiene forma de cono que se dirige hacia palatino. La raíz mesiovestibular está aplanada en sentido mesiodistal. Es más corta y delgada que la palatina, y se dirige hacia arriba, adelante y afuera. Las anomalías de forma son frecuentes. La raíz distovestibular es más delgada y aplanada que la mesial en el sentido mesiodistal. Fórceps para extracción de molares superiores

Material de exodoncia: se utiliza el fórceps de molares superiores No. 18, del cual existe uno para el lado derecho y otro para el izquierdo.

Técnica de la extracción: la luxación puede iniciarse con botadores rectos y una vez colocado el fórceps se ejerce un primer movimiento de lateralidad de poca amplitud para no fracturar la débil cortical externa. Los movimientos de lateralidad externa, combinados con la impulsión apical, pueden lograr la desarticulación total del diente; en tal caso se realiza la tracción hacia abajo y afuera. Para terminar la exodoncia, se cambia la presión o impulsión hacia apical por la tracción hacia fuera y abajo consiguiendo desalojar el diente de su alvéolo en dirección vestibular.

Segundo molar

Datos anatómicos: diente con tres raíces que frecuentemente se encuentran parcial o totalmente fusionadas o comprimidas. Son más delgadas, endebles y más aplanadas en sentido mesiodistal y se inclinan o incurvan hacia distal. La cercanía del segundo molar con el seno maxilar es muy estrecha. El agujero palatino posterior, con los vasos y nervios que contiene, está relativamente próximo al ápice de la raíz palatina. Técnica de la extracción. La morfología variable de la corona, a veces de forma irregular, impide una buena prensión. La falta de bifurcación vestibular representa también un grave inconveniente para la presión que se ejerce con el fórceps. Para Laskin es permisible una torsión moderada. La variable anatomía radicular con raíces fusionadas y frágiles favorece su posible fractura.

Tercer molar

Datos anatómicos: este molar presenta más a menudo diversas variaciones e irregularidades en cuanto a su morfología radicular. Generalmente es tri o tetrarradicular ya que no es raro que presente un número mayor de raíces. La arquitectura alveolar es muy parecida a la del segundo molar, y destaca por distal la presencia de la tuberosidad maxilar. Su fractura puede conducir a que, en la extracción, este tercer molar salga unido a la tuberosidad y exista el peligro de

producir una amplia comunicación bucosinusal. La impactación de los terceros molares y los pasos requeridos para su remoción cuenta con tres factores variables que influyen y facilitan dicha extracción quirúrgica.

1. Forma del diente
2. Posición del diente
3. Forma de los tejidos que lo rodean

Material de exodoncia: para la extracción del tercer molar superior puede emplearse: botador recto, botadores de Winter o mejor aún los elevadores de Pott. Fórceps de molares superiores como el empleado para la extracción del primer o segundo molar.

Técnica de la extracción: pueden emplearse los elevadores y los fórceps ya comentados, ya sea de forma única o combinada; en esta última opción podemos usar el botador como maniobra previa de luxación del molar, lo que facilitará la extracción. Podemos utilizar de los elevadores de Winter o de Pott, colocando su parte activa en el espacio interdentario y haciendo ligeros movimientos de rotación con la cara plana o la punta del elevador dirigida contra la cara mesial del tercer molar. Con los fórceps se aplican movimientos de lateralidad hacia palatino, y después movimientos combinados de lateralidad vestibulo-palatina y rotación.

Fórceps de tercer molar superior. El fórceps tiene forma de bayoneta, con una curvatura adecuada que facilite la prensión, evitando los molares precedentes y la comisura bucal.

Exodoncias mandibulares

El paciente se coloca sentado con el plano mandibular paralelo al suelo. Una mano sostiene la mandíbula y separa la mejilla o el labio. Es importante evitar la torsión del maxilar inferior porque podrían lesionarse algunas estructuras anatómicas (cápsula, ligamentos, etc.) de la articulación temporomandibular.

Incisivo central e incisivo lateral

Datos anatómicos: este diente tiene una raíz fina, larga y delgada, aplanada en sentido mesiodistal y por tanto frágil. El eje dentario está inclinado hacia distal.

Material de exodoncia. El fórceps para la extracción de incisivos inferiores, se usa el fórceps No.151 que es de forma recta.

Canino

Datos anatómicos: el canino inferior tiene una raíz de forma cónica con una distanciamesiodistal menor que la vestibulo-lingual. Su corte transversal tiene una forma triangular. El ápice en ocasiones se encuentra dilacerado (raíz bifurcada). La cortical externa es delgada y en ocasiones la raíz del canino hace prominencia en la cara externa del hueso. La cortical interna es más gruesa y espesa. Y las maniobras deben de ser mas amplios y sólidos con el fin de hacer una buena presión

dentaria y poder ejercer una fuerza importante. Las caras internas del instrumento son cóncavas, para así adaptarse mejor a las caras convexas del canino.

Técnica de la extracción: debe hacerse una presión con el fórceps lo más hacia apical que permita el hueso alveolar. Ejecutando una acción de impulsión, se inicia el primer movimiento de lateralidad hacia vestibular. Se inicia a continuación el movimiento hacia lingual, repitiendo estas maniobras varias veces. Podemos iniciar realizando después con movimientos de rotación de poca amplitud hacia derecha e izquierda, haciendo girar el diente sobre su ápice según el eje dentario.

Primer premolar

Datos anatómicos: el primer bicúspide inferior tiene una raíz única, larga y aplanada en sentido mesiodistal. El cuello dentario es muy débil, lo que, unido a la posible destrucción del tejido dentario por la caries, hacen que este diente sea de alta fragilidad. La raíz es recta y cónica, y es raro encontrar raíces bifurcadas. La relación anatómica más importante de los premolares inferiores es con el agujero mentoniano y con su contenido: el nervio y los vasos mentonianos.

Material de exodoncia: se usa el fórceps de caninos inferiores o el fórceps de premolares inferiores que son muy parecidos. Estos últimos tienen las puntas o bocados con la forma adecuada para adaptarse al cuello dentario.

Técnica de la extracción: el primer movimiento es de lateralidad hacia la cortical externa, dibujando un arco de poca amplitud; seguidamente nos movemos hacia lingual. Los movimientos de rotación son útiles, sobre todo cuando el premolar no está aplanado en sentido mesiodistal. Una vez que los movimientos de lateralidad y rotación han luxado el diente, se hace la tracción desplazando el premolar hacia arriba y afuera, siguiendo el eje del diente y con un ligero movimiento hacia distal.

Primer molar

Datos anatómicos: este molar tiene dos raíces, una anterior o mesial, y una posterior o distal. La bifurcación de estas raíces tiene lugar más cerca de la corona que en cualquier otro diente. La raíz mesial es de forma cónica, con un diámetro mesiodistal menor que el vestibulo-lingual y generalmente más voluminosa. El reborde óseo vestibular es fino y más débil que el lingual. Podemos decidir que la extracción convencional con fórceps, la extracción con odontosección, o la extracción quirúrgica con alveolectomía. La exodoncia convencional es posible cuando: la corona esté relativamente íntegra y resistente. Las raíces sean rectas, paralelas o ligeramente convergentes o divergentes. Las raíces estén fusionadas, con ausencia de hiper cementosis. Los pacientes sean jóvenes o de mediana edad.

Material de exodoncia: para la extracción del primer molar inferior podemos utilizar: Fórceps No. 17 Fórceps No. 23

Técnica de la extracción: debe hacerse una correcta prensión introduciendo los bocados del fórceps hasta que se ubiquen en el espacio interradicular y se adapten a las formas anatómicas de la bifurcación radicular. Debe conseguirse la luxación dentaria aprovechando la elasticidad de las paredes alveolares; para ello el primer movimiento de lateralidad se efectuará hacia el lado vestibular y luego hacia el lado lingual. La fuerza que se debe de aplicar sobre un primer molar inferior izquierdo con un fórceps de molares inferiores debe de ser cautelosa por las múltiples fracturas que pueda ocasionar el fórceps.

Segundo molar

Datos anatómicos: molar bi radicular con disposición y forma muy parecida a la del primer molar. Las raíces suelen ser más pequeñas, más rectas, más cónicas y convergentes que a menudo están fusionadas con un aplanamiento mayor en sentido mesiodistal. Las corticales óseas son gruesas y espesas ya que el segundo molar está ubicado entre las dos líneas oblicuas interna y externa; que implica que su elasticidad es muy escasa. El conducto dentario inferior tiene una relación muy íntima con la zona apical del segundo molar. Material de exodoncia: es el mismo explicado para el primer molar.

Técnica de la extracción: igual que para el primer molar, aunque en este caso la prensión correcta es más difícil, por el grosor y consistencia de ambas corticales óseas. Se recomienda intentar la movilización del diente con un botador antes de aplicar el fórceps. Los movimientos de luxación son de igual amplitud del lado vestibular y lingual. La tracción se efectúa del lado vestibular.

Tercer molar

Los dientes impactados que en algunas ocasiones pueden presentarse en los terceros molares, son todos aquellos que durante su proceso eruptivo acaban encontrando una barrera física que impide la erupción normal. No solo los terceros molares pueden llegar a sufrir esto, un ejemplo podría ser los incisivos que durante la erupción es obstruido por un mesiodent se le diagnostica como diente impactado. La remoción de dientes retenidos evita que se instalen otras patologías como enfermedad periodontal, caries, pericoronitis, quistes y tumores odontogénicos, reabsorción radicular, fractura de mandíbula, dolor de etiología desconocida y maloclusión.

Consideraciones quirúrgicas para un tercer molar retenido

Para hacer una extracción de un tercer molar se tiene que considerar ciertos aspectos que son básicos en toda cirugía, en este caso tomaremos en cuenta: la historia clínica, examen radiográfico, asepsia y antisepsia, y en algunos casos exámenes de laboratorios correspondientes.

Clasificación de Pell y Gregory

Para el acto quirúrgico de los terceros molares tenemos que conocer las clasificaciones en el cual estos se relacionan:

Clase A: El diente retenido puede estar en el mismo nivel del plano oclusal del segundo molar o por arriba de la superficie del segundo molar. Siendo el mas fácil de removerse.

Clase B: El diente retenido puede estar entre el plano oclusal y la línea cervical del segundo molar, presentando nivel intermedio de dificultad.

Clase C: El diente retenido puede estar a nivel o por debajo de la línea cervical del segundo molar, siendo considerado el mas difícil de removerse.

En relación al borde anterior del ramo mandibular

Clase I: El diente retenido puede estar totalmente anterior a la rama mandibular.

Clase II: El diente retenido puede tener la mitad cubierto por la porción anterior de la rama mandibular.

Clase III: El diente retenido puede estar totalmente cubierto por el borde anterior de la rama mandibular.

Manejo quirúrgico de tercer molar

La gran mayoría de las veces los terceros molares inferiores se realiza mediante cirugía, muy pocas ocasiones se realiza una extracción simple para estos tipos de dientes; por tal motivo se inicia con la incisión y acceso, mediante el bisturí, se procede a la apertura del colgajo, seguimos con la osteotomía que esto crea las condiciones para removerlo con un correcto manejo, después sigue en algunos otros casos la odontosección lo que esto facilita la remoción y es un aspecto importante en el procedimiento. Y se finaliza con la unión del colgajo mediante los puntos de sutura.

Extracción de resto radiculares

Luxación

Aplicando el elevador en el espacio periodontal entre la raíz y la pared ósea del alvéolo, éste actúa como cuña, y si realizamos esta acción alrededor de toda la circunferencia del diente a extraer, conseguiremos su luxación. Los movimientos de rotación del botador hacia la derecha e izquierda y de impulsión se irán repitiendo hasta conseguir la movilización del diente.

El botador puede colocarse paralelo al eje longitudinal del diente y ejercer movimientos hacia apical con el fin de actuar como cuña o palanca. También se puede situar el elevador recto en el área interdental, en ángulo recto con el eje dentario, con el fin de ejercer la acción de palanca con punto de apoyo en el tabique óseo interdental

Dientes multirradiculares

En estos casos se utilizan botadores rectos y en T tipo Winter o Pott; generalmente, su uso está destinado a la extracción de restos radiculares excepto si no tienen las raíces fusionadas y de forma cónica, hecho que sucede a menudo en los cordales superiores e inferiores. Al intentar realizar la extracción de restos radiculares de un diente multirradicular, como un molar superior o inferior, podemos encontrar dos eventualidades:

Que las raíces estén separadas entre sí y que, por tanto, cada raíz constituya un elemento único. Cuando las raíces están completamente separadas, puede aplicarse con gran efectividad la acción de palanca de los botadores. La fuerza que se haga con el elevador debe estar bajo nuestro control y la parte activa debe ejercer su presión en la dirección correcta procurando que la raíz siga la vía de menor resistencia. Y otra patología que puede suceder es que las raíces estén unidas por una mayor o menor cantidad de tejido dentario.

Extracción de restos radiculares

Los restos radiculares que ofrecen una superficie adecuada para hacer una presa correcta con fórceps podrán extraerse de esta forma, evitando así maniobras más complicadas o agresivas para los tejidos bucales.

Indicaciones

El límite que marca la indicación de este procedimiento no es preciso y sólo podrá aplicarse tras un correcto y detallado estudio clínico del caso y un completo examen radiográfico; después de ello podremos determinar la técnica a emplear y el instrumental adecuado para ello.

Exodoncias complejas

Son aquellas que presentan una cierta dificultad que convierte una exodoncia convencional en una exodoncia con exigencia de medios especiales técnicos, médicos, farmacológicos o de cualquier otro tipo, y que en la mayoría de los casos se traduce en la exigencia de realizar una exodoncia quirúrgica.

El paciente suele declarar en la historia clínica que en ocasiones anteriores se experimentaron contrariedades al realizar la extracción dentaria. Esto debe prevenirnos, como dice Howe, de que existe la presencia de algún factor que lo

explique (hueso esclerótico denso, hipercementosis de las raíces, etc.). Existirán también señales clínicas de alerta, que si se ignoran, nos llevarán a efectuar intentos imprudentes o ineficaces.

Exodoncia quirúrgica

Se denomina exodoncia quirúrgica a la intervención mediante la cual se extrae un diente o una parte del mismo, siguiendo una pauta reglada que consta de las siguientes fases: incisión, despegamiento de un colgajo mucoperióstico, ostectomía, avulsión y reparación de la zona operatoria con regularización ósea, curetaje y sutura. En ocasiones, no seguimos la secuencia completa, puesto que hay casos en que no es preciso preparar un colgajo y otros donde hay que hacer un colgajo pero la ostectomía es mínima. Esta intervención se ha denominado de distintas maneras por los diferentes autores por lo que se conoce también como:

Extracción dentaria a colgajo. Puesto que debe prepararse un colgajo para tener acceso al diente o a la raíz a extraer. La extracción dentaria con ostectomía o alveolectomía ya que debe realizarse la extirpación del hueso alveolar para conseguir la exodoncia. Extracción dentaria complicada o compleja por precisar de maniobras quirúrgicas más agresivas que en la exodoncia convencional. En nuestro ámbito el término más utilizado es el de exodoncia quirúrgica, aunque esto no deja de ser una redundancia, puesto que toda extracción dentaria es quirúrgica. Los otros términos empleados reflejan pasos operatorios de una misma intervención. La exodoncia quirúrgica debe ser bien conocida por el odontólogo puesto que sus indicaciones son abundantes y en múltiples ocasiones es mejor este procedimiento en apariencia más agresivo que una exodoncia convencional prolongada en el tiempo y con destrucción y traumatismo del hueso y de los tejidos blandos.

Fórceps para la extracción de restos radiculares del maxilar superior

El tipo de fórceps que se utiliza es el llamado en “bayoneta” y puede emplearse para todas las raíces aisladas del maxilar superior. Estos fórceps tienen forma de bayoneta para adaptarse al cuello de las raíces, especialmente las de los sectores posteriores. La parte activa se encuentre en ángulo obtuso y luego se vuelve a enderezar siguiendo un trayecto paralelo al mango o parte pasiva. Los bocados o mordientes se encuentran más o menos próximos y deben adaptarse al cuello de las raíces.

Fórceps para la extracción de restos radiculares de la mandíbula

Los fórceps de raíces inferiores tienen las partes pasiva y activa formando un ángulo recto. Los bocados o mordientes son finos y más o menos puntiagudos con el fin de adaptarse a los cuellos dentarios.

Indicaciones para el paciente evitando complicaciones post quirúrgicas

Evitar fumar, preferentemente dieta blanda, no comer alimentos condimentados ni grasos por lo menos en una semana, no realizar ejercicio pesado por los primeros cinco días posteriores a la cirugía, colocar hielo en la zona las primeras 24 hrs., realizar higiene bucal con movimientos delicados sin lastimar la zona de la herida, no realizar buches ni enjuagues con mucha fuerza, emplear enjuagues bucales con clorhexidina sin escupir agresivamente ni hacer buche con fuerza, evitar masticar del lado de la zona donde se hizo el procedimiento quirúrgico, no tomar líquidos con popote, en caso de que se le indiquen medicamentos, seguir al pie de la letra la toma de los mismos en los horarios y días indicados.

Descripción de fármacos para realización de extracciones dentales

¿Qué es fármaco?

Históricamente, se ha entendido como sustancia medicinal, independiente de su origen y/o elaboración, a cualquier producto consumible al que se le atribuye efectos beneficiosos en el ser humano. Estas sustancias medicinales, tal como los medicamentos actuales, estaban constituidos por uno o varios fármacos, que se denominan principio activo de dichas sustancias para diferenciarlos de los elementos no medicinales que las componen.

Las urgencias dentales cursan la mayoría de las veces con dolor y con frecuencia son ocasionados por patología pulpar o periapical de origen dental y que se necesita una actuación inmediata. La resolución clínica de la mayoría de estos son los procesos de un tratamiento local asociado o no a tratamiento sistémico antibiótico, analgésico y antiinflamatorios. Los antibióticos son medicamentos mas frecuentes utilizados en odontología, especialmente los b-lactámicos, macrólidos y lincosaminas, los cuales están indicados cuando a los signos y síntomas dentales se asocian con pacientes medicamente comprometidos.

Entendemos por fármaco o principio activo que una sustancia con composición química exactamente conocida y que es capaz de producir efectos o cambios sobre una determinada propiedad fisiológica de quien lo consume; un fármaco puede ser exactamente dosificado y sus efectos tanto beneficios como perjudiciales son ampliamente dichos.

El término medicamento se refiere a la combinación de uno o mas fármacos con otras sustancias farmacológicamente inactivas llamadas excipientes que sirven para darle volumen a la presentación farmacéutica y que facilitan la producción, el transporte, el almacenamiento, la dispensación y la administración de los fármacos; los medicamentos se identifican por la denominación común internacional o nombre genérico del fármaco que contienen y mediante un nombre comercial o de marca que escoge libremente cada fabricante.

Se entiende por droga una mezcla bruta de compuestos, de los cuales por lo menos uno tiene actividad farmacológica, pero se desconoce tanto el tipo como la composición de la mezcla, es decir no se conoce la identidad de otros componentes ni mucho menos su concentración, la marihuana es un claro ejemplo de droga: en la primera se sabe que el tetrahidrocanabinol y en el segundo la cocaína son los responsables de los efectos adictivos de cada droga, sin embargo, cada vez que un farmacodependiente consume cualquiera de estos productos, se desconoce la cantidad exacta que ha ingerido de los principios activos, que otros principios activos han consumido y la dosis de cada uno de ellos. Desde un punto de vista puramente farmacológico y atendiendo a la definición dicha, también se consideran como drogas los extractos de las plantas que se usan popularmente para fines terapéuticos.

Farmacos esenciales en odontología

Para prescribir diferentes fármacos en la odontología es necesario saber los conceptos fundamentales de cada uno de ellos por lo cual es de suma importancia tener los conocimientos de los AINES, analgésicos, antibiótico y antiinflamatorios que se logren recetar al paciente de acuerdo con su salud o por comorbilidades que se presenten en ellos.

Aines

Generalmente puede recomendarse para tratar el dolor y la inflamación. Además en este sentido numerosos estudios avalan la eficacia de estos medicamentos en todos los rangos de edad para dichas patologías. Sin embargo, en base a la percepción en la práctica clínica y a lo publicado, parece que la respuesta a los aines varía de un individuo a otro, lo que hace que la indicación y evaluación de la respuesta a estos medicamentos deba individualizarse para cada situación. Y algo que está muy claro, no es absolutamente recomendable usar dos o más aines de manera simultánea, ya que el uso de varios no incrementa la eficacia y en cambio aumenta la toxicidad. En relación de nuevo con la eficacia se ha demostrado que los aines tradicionales es semejante su acción a los de coxib, es por ello que la elección de un medicamento u otro dependerá fundamentalmente de las características del paciente, del perfil del AINE y de la experiencia del médico con uso de estos.

Recomendaciones sobre el uso de los aines

Recomendación sobre el uso de aine en función del riesgo cardiovascular, por tal motivo se debe evaluar el perfil basal de riesgo del paciente y del aine a utilizar, teniendo en cuenta que los factores fundamentales son el tiempo y la dosis y de tal manera que:

- En pacientes con riesgo cardiovascular alto se debe evitar el uso de AINE en un corto tiempo y a menor dosis posible

Recomendaciones sobre el uso de aines en funcion de riesgo de personas de la tercera edad

Los AINES son eficaces en las personas de edad avanzada para el tratamiento de diverss patologías, si bien el riesgo de acontecimiento adverso grave es mayor, por lo que seria recomendable, por un lado el uso de gastroprotectores siempre que se utilicen, ademas de individualizar en cada caso el uso de los AINES, ya que hay otras alternativas de tratamiento del dolor o la inflamacion muy seguras y eficaces, como los analgésicos o los esteroideos a dosis baja.

Recomendaciones sobre uso de AINES en función de riesgo de embarazadas

Se ha documentado que el uso como tal de los AINES en el embarazo puede tener como efecto el cierre prematuro del ductus arterioso, produccir oligohidraminos y auria neonatal. Debido a estos efectos no esta indicado el uso de AINE en el tercer trimestre del embarazo.

Los AINES deben utilizarse en la medida que la patologia de base lo permita en ciclos cortos de tratamiento y a las dosis más bajas posibles, siempre dentro de su rango de eficacia y vigilando de manera especifica las complicaciones digestivas, cardiovasculares, renales, hepáticas y hematológicas.

Antibioticos en odontología

Los fármacos antibióticos de primera elección para el tratamiento de infecciones odontogénicas son las penicilinas, como la amoxicilina y amoxicilina con ácido clavulánico, fenoximetilpenicilina y bencilpenicilina

Bacteriostatico en odontologia

Un producto bacteriostático es aquel que no destruye o mata las bacterias, pero si detiene su crecimiento, de tal manera que acaban muriendo sin reproducirse.

A diferencia del anterior, un producto bactericida provoca la muerte de las bacterias de manera irreversible.

Medicamentos para el dolor dental

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides (nonsteroidal anti-inflammatory drugs, NSAID) de venta libre como el ibuprofeno (Advil, Motrin IB y genéricos) y naproxeno (Aleve y genéricos) tienen un efecto particularmente bueno contra el dolor dental porque reducen la inflamación en las áreas lastimadas de la boca.

Indicaciones postoperatorio

Las complicaciones post operatorias son menos frecuentes que las que se pueden presentar en el acto quirúrgico. Se puede producir algunas patologías como: sangrado, infección, inflamación, dolor, decoloración de los tejidos y cicatrización retardada. Debe realizarse una monitorización de la imagen radiográfica.

Las indicaciones son las de rutina, si los dientes vecinos se provoca un dolor, se puede considerar la probabilidad de haber traumatizado alguna raíz, situación que puede ser confirmada o rechazada es mediante estudios radiográficos. Si llegase a presentar exudado purulento o fétido, se deberá abrir nuevamente la cavidad, lavándola con solución fisiológica, y se coloca una gasa yodoformada dejándola a manera de drenaje. Si hay edema, temperatura, dolor y persisten por más de tres días, se está formando un absceso, cuyo en este caso se seguira con el procedimiento de antibiòticoterapia.

Alrededor del décimo día del acto quirúrgico, Rubinstein (2004) recomienda que deban hacerse pruebas de vitalidad pulpar en los dientes próximos al área operada. Esto es recomendable porque el cirujano puede comprometer el paquete vasculonervioso de estos dientes, principalmente en algunas ocasiones del curetaje de cavidades quirúrgicas amplias. En caso de comprobarse la mortificación pulpar de algún diente, el tratamiento endodòntico debe ser probablemente instituido.

Esta zona debe tomarse estudios radiograficos periódicamente durante años, recomienda Guevara y Cordera (2003), afin de comprobar que la zona radiolúcida alrededor del ápice disminuta y finalmente desaparece porque ha habido una total recuperación.

Es conveniente notificarle al paciente sobre la aparición de dolor ya que esto es considerado como algo normal, menciona M. Donado (2005), a la vez que se prescribe un fármaco o algún analgésico.

Diabetes mellitus

Si el nivel de glucosa en la sangre no está bien controlado del paciente, tendrá mayor probabilidad de tener una enfermedad avanzada en las encías y perder más dientes que las personas sin diabetes. Como con todas las infecciones, una enfermedad avanzada en las encías puede ser un factor que causa el aumento de la glucosa y dificulta el control de la diabetes. Otros problemas bucales relacionados con la diabetes incluyen candidiasis, una infección causada por un hongo que crece en la boca, y sequedad de la boca, que puede causar dolor, úlceras, infecciones y caries.

Por tal motivo el padecer diabetes es un indicador de que el trabajo de la exodoncia no solo sera nuestra, al igual que un especialista o su medico tratante de la enfermedad que padece.

Prevencion de pacientes diabeticos

En primer lugar, controlar el nivel de glucosa en la sangre. Luego, cuidar bien los dientes y encías, y hacerse chequeos cada seis meses. Para controlar la candidiasis, una infección con hongos, evitar fumar y, si usa dentaduras limpiarlas a diario. El buen control de la glucosa también puede ayudar a evitar o aliviar la resequedad en la boca causada por la diabetes.

Importancia del enjuaje bucal

El enjuague bucal es mucho más importante de lo que pensamos. Y es que si lo que queremos es una limpieza profunda y eficaz, el cepillado resulta insuficiente. Es por eso mismo que el paciente debe realizarse enjuagues con colutorios de clorhexidina, antes y después de cualquier visita al odontólogo, para así evitar algunos tipos de contagios que puedan suceder en tratamientos dentales.

Tipos de colutorios

- Clorhexidina: está considerado como el antiséptico por excelencia. Los dentistas recomiendan no usarlo más de 15- veinte días, ya que puede teñir los dientes. Se suele recomendar tras los tratamientos periodontales o un tratamiento de limpieza en personas que sufren de gingivitis.
- Triclosán: bactericida y antibacteriano. Su poder de acción es menos eficaz, 8 horas frente a las 12 horas de la clorexidina, aunque se puede usar sin problemas ya que no tiñe los dientes.
- Aceites esenciales: Los dentistas recomiendan usarlos sin alcohol. Al igual que el triclosán, se pueden usar de forma continuada.

Por lo tanto cualquier de estos tres tipos de colutorios nos resultaria eficaz para complicaciones post quirúrgicas, evitando cualquier patología.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones para realizar la extracción dental

Algunas de las recomendaciones que son necesarias y de suma importancia para realizar el diagnóstico es contar con una buena anamnesis, conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico, para realizar un diagnóstico radiográfico se debe de contar con radiografías intraorales y extraorales adecuadas, es de suma importancia contar con los materiales necesarios (anestésicos, gases, solución, hoja de bisturí, hilos de sutura, hemostáticos, fármacos tales como la vitamina K, etc). Así mismo contar con el instrumental adecuado tales como (carpule dental, bisturí, legra, elevadores, forceps, tijera iris, portaagujas, pinza adson, lima de hueso, riñonera) contar con el equipo necesario para realizar los procedimientos de exodoncias adecuados (unidad dental, iluminación, aspiración, soluciones desinfectantes para instrumental o autoclaves para esterilización) dentro de estos procedimientos se debe de contar con uno o dos asistentes con un buen equipamiento de barreras de protección (gorros, bata desechable, guantes, lentes de protección y en algunas ocasiones utilizando botas desechables) así como los conocimientos básicos para protocolos en exodoncias. Es de suma importancia contar con un consentimiento informado esto con el objetivo de que el paciente conozca los procedimientos quirúrgicos que se realizarán y esto a su vez proceda a firmarlos. Realizar dentro de estos protocolos la prescripción de fármacos pre y post operatorios. Contar, con el área quirúrgica (consultorio dental) desinfectado para eliminar las bacterias y microorganismos ya que estas nos pueden ocasionar infecciones cruzadas y complicaciones posteriores. Cabe hacer mención que si contamos con todas estas recomendaciones se tendrán éxito.

CONCLUSIONES

Conclusión

Al terminar esta recopilación de información podemos llegar a la conclusión de que es muy importante contar con tres aspectos fundamentales tales como: el paciente, el odontólogo de práctica general, cirujano oral y maxilofacial y los materiales quirúrgicos adecuados a utilizar.

En resumen es de suma la participación de estos tres elementos, ya que nos llevara a realizar una buena intervención en estos actos, y por lo consiguiente no solo en las extracciones simples, si no para cualquier tipo de procedimiento quirúrgico que se requiera realizar.

Es de suma importancia contar con la participación del paciente, y tener la previa información del profesionista esto con la finalidad de estar enterado del tratamiento, el objetivo de esto es que el paciente no llegue estresado, de la misma manera deberá de contar con una buena higiene oral al momento de los procedimientos, esto con la finalidad de evitar las complicaciones que se presenten ocasionadas por los diferentes factores antes mencionados. Siempre es importante explicarle al paciente el o los procedimientos que se realizaran. Una vez que el paciente cuente con dicha información deberá de seguir los protocolos existentes tales como: firmar el consentimiento informado, la historia clínica y tratamientos a realizar.

El profesional de la salud bucal deberá de estar actualizado en las diferentes técnicas de extracciones dentales, tener la destreza de resolver de la mejor manera complicaciones que se pudieran presentar en el acto quirúrgico o después. Tener la relajación y los conocimientos que son necesarios para resolver cualquier tipo de complicaciones dentales así como de su salud general del paciente que acude a las clínicas o consultorios dentales.

Y por último, pero no menos importante, sería de suma importancia contar con los materiales e instrumentales necesarios para realizar los tratamientos tales como las extracciones dentales, de la misma manera contar con los protocolos que marca la norma oficial mexicana: NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

GLOSARIO

Glosario

OMS: Organización mundial de la salud.

AINES: Antiinflamatorio no esteroideo.

ESTEROIDES: Son lípidos simples no saponificables, en su mayoría de origen eucariote, derivados del ciclopentanoperhidrofenantreno.

DM: Diabetes mellitus.

COXIB: Inhibidores de la ciclooxigenasa 2.

OLIGOHDRAMNIOS: Es un volumen deficiente de líquido amniótico; se asocia con complicaciones maternas y fetales.

B-LACTAMICOS: Son una amplia clase de antibióticos incluyendo derivados de la penicilina, cefalosporinas.

CITOQUINAS: Son proteínas que regulan la función de las células que las producen otros tipos de células. Son los agentes responsables de la comunicación intercelular, inducen la activación de receptores específicos de membrana, funciones de proliferación y diferenciación celular, quimiotaxis, crecimiento y modulación de la secreción de inmunoglobulinas.

QUIMIOTAXIS: Reacción de orientación de los organismos celulares libres como respuesta a un estímulo químico.

PRENSIÓN: Es la capacidad de tomar objetos con la mano, está relacionada principalmente con la forma y dimensiones del objeto.

Macrolidos: Son un grupo de antibióticos muy relacionados entre sí que se caracterizan por tener un anillo macrocíclico de lactona con 14 a 16 miembros, cuyo prototipo, y el macrólido más utilizado, es la eritromicina.

Hemostáticos: Que contiene o detiene una hemorragia.

Clorhexidina: Es una sustancia antiséptica de acción bactericida y fungicida.

Triclosan: Es un potente agente antibacteriano y fungicida.

Ductus arterioso: El conducto arterial persistente es una abertura entre dos vasos sanguíneos que se conectan con el corazón.

Cdc: Centros para el control y la prevención de enfermedades.

Lincosamidas: Tienen una actividad microbiológica muy parecida a la de los macrólidos. Como ellos, inhiben la síntesis proteica a nivel del ribosoma 50S.

Infecciones cruzadas: Se define como la transmisión de agentes infecciosos entre pacientes y personal sanitario, por contacto directo o mediante material, instrumental o aerosoles.

Anamnesis: Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con un objetivo diagnóstico.

Distender: Hacer que disminuya la tensión de una cosa que está tensa o que tiene tensa alguna de sus partes.

FUENTES DE **CONSULTA**

Fuentes de consulta

1. Gay-Escoda C, Piñera-Penalva M, Valmeseda-Castellón E. Cordales incluidos. Exodoncia quirúrgica. Complicaciones. Tratado de Cirugía Bucal. 3ra. Edit España:2004; 1:387-57
2. Palacios M. Prevalencia de la posición de terceros molares mandibulares según la clasificación de Winter y la clasificación de Pell y Gregory en pacientes de 18 a 35 años de la clínica odontológica docente de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas durante el periodo febrero 2011-diciembre 2012.
3. Gay Escoda C., Berini L. Tratado de Cirugía Bucal. Madrid: Ergon; 2004
4. Escoda C., Aytés L. Tratado de Cirugía Bucal. Tomo I. Editorial Ergón. Cap 12 p.355
5. Navarro C. Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial. Tomo I Madrid, España 2004. Ediciones S. LARÁN. Cap. 1 p. 19, 20
6. <https://salvadornavarro.net/instrumental-basico-para-cirugia-dental/>
7. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/salud-dental/exodoncia.html>
8. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cavities/symptoms-causes/syc-20352892>
9. Donado M. Cirugía bucal. Patología y Técnica 3ra Edición. Madrid, España. Editorial Masson. Cap. 20 p. 387, Cap. 21 p.403, 404 y 408
10. Medeiros P. Cirugía de Dientes Incluidos. Extracción del Tercer Molar. Sao Paulo, Brasil. Editorial Santos. Cap. 4 p. 25, 26, 28 y 30. Cap 5 p. 33. Cap. 6 p 45.
11. <https://www.elsevier.es/es-revista-quintessence-9-articulo-la-anestesia-local-odontologia-X0214098511246832>
12. Raspall G. cirugía de las retenciones dentarias. En Cirugía oral. Raspall G. Edit Médica Panamericana. Madrid: 1994; 5:155-58
13. <http://esproden.com/wp-content/uploads/Extracciones-complejas-Dr-Gay-Escoda.pdf>

ANEXOS

Complicaciones en extracciones dentales

Resto radicular de dientes anteriores



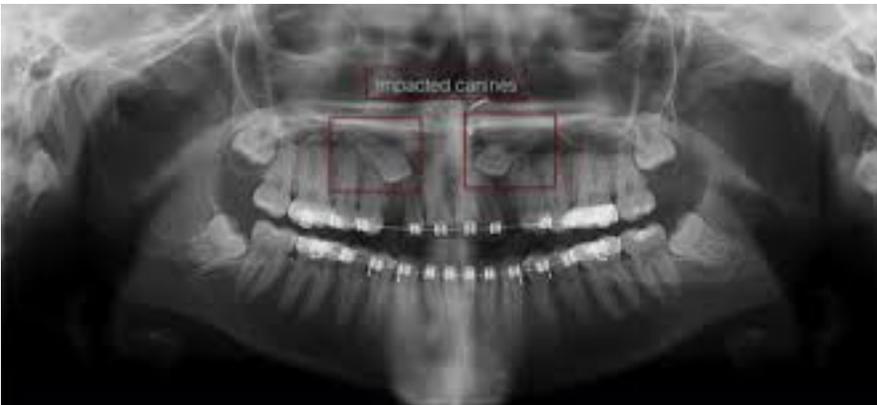
Resto radicular de posteriores



Tercer molar retenido



Caninos retenidos



Piso de seno maxilar justo en las raíces de los dientes



Terceros molares, con complicación del segundo molar



Mesiodent



Supernumerarios



Alveolitis



Inflamación de la zona quirúrgica



Instrumental para realizar exodoncias

Carpule dental



Bisturí



Legra



Elevadores



Forceps



Pinza adson



Gasas



Tijera



Solución fisiológica



Jeringa desechable



Riñonera



Fármacos

AINES



Antibiotico



Enjuajes bucales

Clorhexidina



Triclosan

