



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS Y SALUD PÚBLICA**

TESIS

**COMPLICACIONES DE EXTRACCIONES DENTALES A
PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL DIF MUNICIPAL
DE CHIAPA DE CORZO, CHIAPAS, DURANTE EL PERIODO
AGOSTO 2024-JULIO 2025**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN:

KAREN LISETH BRIONES LÓPEZ

ARLETH DEL CARMEN GOMEZ VELAZQUEZ

ASESORES:

MTRO. ROLANDO ROSAS SANCHEZ

MTRO. REY ARTURO ZEBADÚA PICONE

MTRO. LUIS ANTONIO LÓPEZ GUTÚ

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS

JULIO DEL 2025



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 21 de Mayo de 2025

C. **KAREN LISETH BRIONES LOPEZ**

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Complicaciones Odontológicas presentadas en Extracciones Dentales, realizadas en Adultos atendidos en el DIF Municipal de Chiapa de Corzo, Chiapas, en el periodo Agosto 2024-Julio 2025.

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. Rolando Rosas Sánchez

Mtro. Rey Arturo Zebadua Picone

Mtro. Luis Antonio López Gutu



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Firmas

Cop. Expediente



SISTEMA DE GESTIÓN DE
CALIDAD



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCION DE SERVICIOS ESCOLARES
DEPARTAMENTO DE CERTIFICACION ESCOLAR

Autorización de Impresión

Lugar y Fecha: Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; 21 de Mayo de 2025

C. ARLETH DEL CARMEN GOMEZ VELAZQUEZ

Pasante del Programa Educativo de: Cirujano Dentista

Realizado el análisis y revisión correspondiente a su trabajo recepcional denominado:

Complicaciones Odontológicas presentadas en Extracciones Dentales, realizadas en Adultos atendidos en el DIF Municipal de Chiapa de Corzo, Chiapas, en el periodo Agosto 2024-Julio 2025.

En la modalidad de: Tesis Profesional

Nos permitimos hacer de su conocimiento que esta Comisión Revisora considera que dicho documento reúne los requisitos y méritos necesarios para que proceda a la impresión correspondiente y de esta manera se encuentre en condiciones de proceder con el trámite que le permita sustentar su Examen Profesional.

ATENTAMENTE

Revisores

Mtro. Rolando Rosas Sánchez

Mtro. Rey Arturo Zebadua Picone

Mtro. Luis Antonio López Gutu



FACULTAD DE CIENCIAS
ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA

Firmas

Cop. Expediente



SYSTEMA DE GESTION DE
CALIDAD

INDICE

✚ INTRODUCCION.....	3
✚ PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
✚ JUSTIFICACION.....	7
✚ MARCO CONTEXTUAL.....	9
✚ MARCO TEORICO.....	13
✚ OBJETIVOS.....	39
✚ METODOLOGIA	41
✚ RECURSOS.....	44
✚ RESULTADOS.....	47
✚ RECOMENDACIONES.....	56
✚ CONCLUSIONES.....	58
✚ BIBLIOGRAFIA.....	60
✚ ANEXOS.....	62

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales constituyen uno de los problemas de salud pública que se presentan con mayor frecuencia en toda la población, sin distinción de edad o nivel socioeconómico, se manifiestan desde los primeros años de vida, sus secuelas producen efectos incapacitantes de orden funcional, sistémico y estético por el resto de vida de los individuos afectados. A la salud bucal no se le habrá considerado como parte integral de la salud general, sin embargo, esta situación se ha modificado ya que en la actualidad la evidencia científica demuestra la importancia de la Salud Bucal para conservar, recuperar y/o controlar otras enfermedades del organismo.

Según estudios realizados la caries dental es una enfermedad infectocontagiosa muy común en la especie humana, de etiología multifactorial que produce una infección final destructiva sobre el esmalte, la dentina y el cemento dentario. La formación de cavidades cariosas comienza como pequeñas áreas de desmineralización en la superficie del esmalte, pudiendo progresar a través de la dentina y llegar hasta la pulpa dental. La desmineralización es provocada por ácidos, en particular ácido láctico, producido por la fermentación de los carbohidratos de la dieta por los microorganismos bucales. La formación de la lesión involucra la disolución del esmalte y la remoción de los iones de calcio y fósforo, así como el transporte hacia el medio ambiente circundante. Cuando la caries no se atiende a tiempo y el paciente no le toma mayor importancia es ahí cuando tenemos presencias de restos radiculares.

En nuestro país existen diversos mitos y creencias, como no darle importancia al cuidado de la primera dentición y considerar normal que los adultos mayores sean edéntulos a edades tempranas, entre otros; para ello se han implementado algunos programas de promoción, educación y prevención a fin de concientizar a la población tratando de aumentar la importancia a la salud bucal.

Dicha investigación está enfocada a dar a conocer las complicaciones que se presentan al realizar extracciones dentales (exodoncias), sobre todo en restos radiculares provocados por caries en adultos y adultos mayores atendidos en el centro de salud tres núcleos básicos del municipio de Chiapa de Corzo, Chiapa

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los principales objetivos de la odontología es la conservación de la dentición natural (evitar las extracciones dentales). Sin embargo, la extracción dental esta frecuentemente indicada y sigue siendo una parte muy importante de la odontología cotidiana. Por lo tanto, los ciudadanos que en su mayoría provienen de un nivel socioeconómico bajo, de poca o nula educación; lo que predispone que mantengan malos hábitos de higiene bucal, presentando un alto índice de remanentes radiculares en su boca, esto puede ser a causa de falta de conocimiento o educación, sumándose a esto la falta de acceso a la atención odontológica lo que desencadena problemas como: proceso de caries tan profundo y avanzado que ha destruido parte o todo el tejido dentario y coronal.

La palabra caries proviene del latín y significa podredumbre. Es quizá la enfermedad más frecuente del hombre aunque si incidencia entonces era mínima, y experimentado un rapidísimo incremento debido a la continua transformación del modo de vida y de la alimentación; el paso de las actividades de caza a las agrícolas y por lo tanto el empleo de cereales como principio básico de la alimentación, junto con la cocción y los procesos de elaboración de los alimentos, han favorecido el aumento de la incidencia de esta enfermedad hasta alcanzar los alarmantes niveles actuales. que según estadísticas se sitúa entre un 75 y un 85%. La prevalencia de caries dental es una medida primordial de la salud bucal y un indicador de las perspectivas a largo plazo para una dentición natural y funcional. Dada la escasa información y cultura de salud bucal, es muy frecuente que la población opte por realizar extracciones en un órgano dentario con caries. Un estudio hecho en México revelo que la frecuencia de exodoncias por paciente oscilo entre uno y 14 dientes, con un valor modal de uno (31,77%) las frecuencias según el número de dientes extraídos a los pacientes. Más del 55% de los pacientes se les realizaron una o dos exodoncias.

En la mayoría de los casos, los accidentes y complicaciones surgen debido a errores de diagnóstico, por malas indicaciones, mal uso de instrumentos, aplicación de fuerza excesiva, y por no visualizar de forma correcta la zona operatoria antes de actuar.

JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN

La principal patología bucal que afecta a la población es la caries dental, debido a diversos factores, siendo los adultos muy susceptibles a esta patología y que afecta en alta proporción a los primeros molares de la segunda dentición.

El índice de esta patología es muy elevado, reportando, según distintos autores, que la proporción de esta es de aproximadamente, en promedio, del 90 % de la población adulta.

Dentro de las múltiples causas que pueden provocar la incidencia de esta enfermedad se encuentra la falta de información de los padres sobre el manejo de esta, misma que ha repercutido de gran manera a aumentar su frecuencia. Además, debido a que los primeros molares de la segunda dentición son los primeros en erupcionar, tienden a ser los primeros en ser expuestos a los microorganismos del medio ambiente bucal, lo que puede provocar mayores probabilidades de presentar caries.

Por tal motivo el presente estudio permitirá que las dependencias del sector salud y profesionales de la salud bucal, presten atención en la creación de estrategias o protocolo que permita mejorar la calidad de la salud, enfocada a los adultos y adultos mayores, con lo cual se logrará una disminución en la incidencia de esta patología.

MARCO CONTEXTUAL

MARCO CONTEXTUAL

Chiapa de Corzo es una ciudad mexicana ubicada a la orilla del río Grijalva y cabecera del municipio homónimo, el Municipio de Chiapa de Corzo, en la Región I o Zona Metropolitana del estado de Chiapas, al sureste de México.

Fue fundada el 1 de marzo de 1528 como Villa Real de Chiapa por el conquistador castellano Diego de Mazariegos, lo que la convierte en la primera ciudad española del territorio que, más tarde, constituiría el estado de Chiapas.

Previo a la colonización española de América, fue uno de los principales asentamientos de la cultura zoque, hasta la llegada de los soctones o chiapanecas, quienes fundaron en el lugar su capital política, Napiniacá.

En la actualidad, es la quinta ciudad más poblada del estado de Chiapas, así como uno de sus principales destinos turísticos.



Datos geográficos del municipio:

La extensión territorial del municipio es de 906.7 km², lo que representa el 7.1 % del territorio de la región Centro y el 1.2 % de la superficie estatal.

El territorio del municipio está constituido por lomeríos que alternan con terrenos planos situados en los márgenes de los ríos Chiquito, Nandabure, Santo Domingo, Laja, Frío, Grande. El noroeste del municipio está en la Depresión central de Chiapas, entre la Sierra madre de Chiapas, Los Altos de Chiapas y la Meseta de Suchiapa.



Hidrografía

Los principales ríos con que cuenta el municipio son: el río Grande de Chiapa o Grijalva y su afluente Santo Domingo, así como el río Chiquito, Chorreadero, Majular, Nandaburé y Nandalumí.

Clima

El clima es cálido subhúmedo con lluvias en verano, en la cabecera municipal la temperatura media anual es de 26 °C con una precipitación pluvial de 990 milímetros anuales.

Flora

La vegetación es de selva baja y de bosque de encino-pino en el norte del municipio, y se compone de una gran variedad de especies, de las que destacan las siguientes: cepillo, cupapé, guaje, huisache y mezquite.

Fauna

La fauna del municipio está formada por una gran variedad de especies entre las que destacan las siguientes: cocodrilo de río, coral de cañutos, coralillo, nauyaca, tarántulas, tortugas, buitres, aves de rapiña, monos, heleoderma, iguana de roca, iguana de ribera, tlacuache y zorrillo.

Además, posee sitios de importancia paleontológica como Cueva El Chorreadero, Piedra Ahorcada y Cahuare, donde se encuentran fósiles de moluscos, algas calcáreas y equinodermos entre otros.



Economía

Recursos naturales

Chiapa de Corzo posee una gran variedad de recursos naturales, desafortunadamente su explotación irracional ha devastado extensas áreas de bosques y selvas, provocando la pérdida de especies de flora y fauna silvestre. Ocupa una porción del parque nacional del Cañón del Sumidero.

Industria

La ciudad de Chiapa de Corzo es sede de la fábrica de alimentos de Nestlé, de la fábrica de tripla, de láminas, de cartón, de calles y morteros de Chiapas, así como fábricas de ladrillos, empacadoras de frutas, granjas avícolas, porcinas y de ganado.

Demografía

Cuenta con 55 931 habitantes lo que representa un incremento promedio de 2.2% anual en el período 2010-2020 sobre la base de los 45 077 habitantes registrados en el censo anterior. Ocupa una superficie de 16.26 km², lo que determina al año 2020 una densidad de 3439 hab/km².

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Los problemas y necesidades dentales, siempre han existido desde tiempos ancestrales. Diversidad de atención o de remedios dentales, no necesariamente con fines curativos, eran practicados por el ser humano.

En el siglo I, Cornelio Celso describió, por primera vez, la sindesmotomía para extraer las raíces, utilizaba un instrumento llamado rizagra. Estudió la anatomía de la mandíbula y su fractura, describió por primera vez los síntomas clásicos de la inflamación, aun válidos. También habla de las luxaciones. Empleo instrumentos como el cauterio, estelite o sonda, el fórceps y el vuscella o vossela, actual pinza de algodón.

En el siglo XI, Mezne recomendaba no realizar extracciones durante la fase más dolorosa.

Dr. Pierre Fauchard, cirujano militar que ejerció en París a partir del año 1719, en su tratado *Le Chirrien Dentiste* estableció a la odontología como una verdadera profesión, propiciando el ritmo de su perfeccionamiento y erradicando la superstición a ignorancia, dando paso a sólidos principios que han sustentado a la Odontología como ciencia y como arte.

Leber y Rottenstein en 1867 y Militar en 1890, dedujeron los principios fundamentales implicados en el desarrollo de la caries dental. La caries aparece en los dientes como manchas blancas depósito de placa o sarro, y puede llegar a causar pequeñas fracturas o cavidades. Una vez que empieza, es cuestión de tiempo para que se extienda y ataque a toda la dentadura.

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CARIES

La palabra caries proviene del latín y significa descomponerse o echarse a perder y la caries dental se refiere a la destrucción progresiva y localizada de los dientes. Es una de las enfermedades más frecuentes del hombre y también una de las más antiguas de la humanidad. A lo largo de la vida humana, el paso de las actividades de caza a las agrícolas y por lo tanto el empleo de cereales como principio básico de la alimentación, junto con la cocción y los procesos de elaboración de los alimentos, han favorecido el aumento de la incidencia de esta enfermedad hasta alcanzar los alarmantes niveles actuales, que según estadísticas se sitúa entre un 75% y 85%. Se cuenta con poca información sobre las modificaciones en los índices de caries que presenta la población mexicana.

CONCEPTO DE CARIES

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido 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 evoluciona hasta la formación de una cavidad. Se considera que la caries dental es la enfermedad infecciosa más habitual en los niños, alrededor de un 40% empiezan a padecerlo a los 5 años. De esos casos, un 47% de los niños entre dos y nueve años nunca reciben tratamiento. La caries en los dientes de la primera dentición es uno de los motivos principales de hospitalización de niños y tiene un elevado costo a las instituciones del sector salud.

ETIOLOGÍA

Es una enfermedad multifactorial. Hasta el momento las investigaciones han logrado determinar cuatro factores fundamentales:

- **Anatomía dental:** la composición de su superficie y su localización hace que los dientes retengan más o menos placa dental. Por ejemplo, los dientes posteriores (molares y premolares), son más susceptibles a la caries ya que su morfología es más anfractuosa y además presentan una cara oclusal donde abundan los surcos, fosas, puntos y fisuras, y la lengua no limpia tan fácilmente su superficie; las zonas que pueden ser limpiadas por las mucosas y por la lengua se denomina zona de autólisis. Además, es necesario nombrar el rol del hospedero a una mayor o menor incidencia, debido a una susceptibilidad genética heredada o bien por problemas socioeconómicos, culturales y relacionados al estilo de vida (estos últimos condicionan sus hábitos dietéticos y de higiene oral). Las piezas dentales con defectos en la mineralización son muy susceptibles a desarrollar caries. Entre las principales causas de defectos en la mineralización se incluyen la exposición a altas dosis de dioxinas en la leche materna (en lactancias de duración superior a los 9 meses), toma prolongada de ciertos antibióticos, enfermedades infecciosas durante los tres primeros años de vida (tales como la escarlatina, las paperas, el sarampión o la difteria), una enfermedad celíaca no diagnosticada o tardíamente detectada (que frecuentemente cursa sin síntomas digestivos), deficiencia de vitamina D, hipoparatiroidismo, desnutrición, mala absorción, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, privación de oxígeno durante el parto y problemas respiratorios crónicos que provocan baja oxigenación.
- **Tiempo:** la placa dental es capaz de producir caries debido a la capacidad ácido génica y acidúrica que poseen los microorganismos que la colonizan, de tal forma que los carbohidratos fermentables en la dieta no son suficientes, sino que además estos deben actuar durante un tiempo prolongado para mantener el pH ácido constante a nivel de la interfase placa-esmalte. De esta forma el elemento tiempo, forma parte primordial en la etiología de la caries.
- **Dieta:** la presencia de carbohidratos fermentables en la dieta condiciona la aparición de caries, sin embargo, los almidones no la producen.
- **Bacterias:** aquellas capaces de adherirse a la película adquirida (formada por proteínas que precipitaron sobre la superficie del esmalte) y congregarse formando un "biofilm" (comunidad cooperativa) de esta manera evaden los sistemas de defensa del huésped que consisten principalmente en la remoción de bacterias saprofitas y/o patógenas no adheridas por la saliva siendo estas posteriormente deglutidas. Inicialmente en el biofilm se encuentra una gran cantidad de bacterias gram positivas con poca capacidad de formar ácidos orgánicos y polisacáridos extracelulares, pero estas posteriormente, debido a las condiciones de anaerobiosis de las capas más profundas son reemplazadas por un predominio de bacterias gram negativas y es en este momento cuando es denominada a la placa "cariogénica" es decir

capaz de producir caries dental. Las bacterias se adhieren entre sí, pero es necesario una colonización primaria a cargo del *Streptococcus sanguis* perteneciente a la familia de los *mutans* además se encuentran *Lactobacillus acidophilus*, *Actinomyces naeslundii*, *Actinomyces viscosus*, etc.

Microorganismos relacionados con la caries dental:

- Estreptococos Mutans
- Estreptococos Sobrinus
- Lactobacillus estreptococos
- Actinomicetes estreptococos

TEJIDOS DENTALES

Esmalte dental

Es un tejido adamantinado de gran pureza compuesto por hidroxiapatita. El esmalte es translucido de color blanco o gris azulado, el color de nuestros dientes, es dado por la dentina que se trasluce a través del esmalte. Generalmente los dientes presentan un color blanco, excepto en el borde incisal donde predomina el gris azulado.

El esmalte está formado por material inorgánico (90%) y una única pequeña cantidad de sustancia orgánica (2.9%) y agua (4,5%). La principal función del esmalte es proteger a los dientes de las agresiones externas. Es el tejido más duro del cuerpo humano.

Dentina

La dentina está compuesta en promedio por un 70% de sustancia inorgánica, un 12% de agua y un 18% de sustancia orgánica (colágeno, polisacáridos, lípidos, proteínas y tejido mineralizado). Es el responsable del color de los dientes y también de la conductividad térmica. Contiene túbulos dentinarios que atraviesan toda la dentina y tiene una dirección en forma de "S", desde el límite del esmalte hacia la pulpa.

Cemento

Tejido conectivo altamente especializado. Es una capa dura, opaca y amarillenta, que recubre la dentina a nivel de raíz del diente. Se encarga de unir el diente con el resto de la mandíbula o maxilar.

Pulpa dentaria

Tejido mesodérmico compuesto por un 25% de sustancia orgánica y un 75% de agua. Está constituida por un tejido suave que contiene vasos sanguíneos (arteria y vena) que conducen la sangre hacia el diente y por fibras nerviosas que otorgan sensibilidad al diente. Dichos dientes atraviesan la raíz dental por medio de finos canales.

CLASIFICACIÓN DE LA CARIES DENTAL

La caries dental ha sido clasificada de varias maneras, según las características que presentan. A continuación, se describe la clasificación de mayor importancia.

CLASIFICACIÓN DE GREENE VADIMAN BLACK

Green Vardiman Black clasificó la caries dental basándose en la etiología y el tratamiento de estas. Sobre la base de estos criterios las lesiones cariosas se dividieron en dos grupos:

- Grupo 1: Lesiones en fosas y fisuras
- Grupo 2: Lesiones de superficies lisas

Del grupo uno surgió la clase uno del grupo dos se subdividió en 5 clases:

- Clase I: cavidades formadas en las fosas y fisuras, defectos de las superficies oclusales de premolares y molares, superficies linguales de incisivos superiores y surcos faciales y linguales que se encuentran ocasionalmente en las superficies oclusales de los molares.
- Clase II: cavidades en las superficies proximales de premolares y molares.
- Clase III: cavidades en las superficies proximales en incisivos y caninos que no afectan el ángulo incisal
- Clase IV: cavidades en las superficies proximales de incisivos y caninos que afectan el ángulo incisal.
- Clase V: cavidades en el tercio gingival de los dientes (no en fosas) y por debajo del contorno máximo en las superficies vestibulares y linguales de los dientes.
- Clase VI: (que no forma parte de la clasificación de Black) cavidades en los bordes incisales y en las superficies lisas de los dientes por encima del contorno máximo.

GRADOS DE CARIES

Los síntomas que producen la caries, depende de la profundidad de la lesión, mientras más superficial la lesión (esmalte) es asintomático, si es más profunda (pulpa) es sintomática, de esta manera, se clasifican según la zona afectada.

- **Caries de primer grado.**

Esta caries es asintomática, por lo general es extensa y poco profunda. En la caries de esmalte no hay dolor, esta se localiza al hacer una inspección y exploración. Normalmente el esmalte se ve de un brillo y color uniforme, pero cuando falte la cutícula de Nashmith o una porción de prismas han sido destruidos, este presenta manchas blanquecinas granuladas. En otros casos se ven surcos transversales y oblicuos de color opaco, blanco, amarillo, café.

- **Caries de segundo grado.**

Aquí la caries ya atravesó la línea amelodentinaria y se ha implantado en la dentina, el proceso carioso evoluciona con mayor rapidez, ya que las vías de entrada son más amplias, pues los túbulos dentinarios se encuentran en mayor número y su diámetro es más grande que el de la estructura del esmalte. En general, la constitución de la dentina facilita la proliferación de gérmenes y toxinas. debido a que es un tejido poco calcificado y esto ofrece menor resistencia a la caries.

- **Caries de tercer grado.**

Aquí la caries ha llegado a la pulpa produciendo inflamación en este órgano, pero conserva su vitalidad.

El síntoma de caries de tercer grado es que presenta dolor espontáneo y provocado: espontáneo porque no es producido por una causa externa directa sino por la congestión del órgano pulpar que hace presión sobre los nervios pulpares, los cuales quedan comprimidos contra la pared de la cámara pulpar, este dolor aumenta por las noches, debido a la posición horizontal de la cabeza y congestión de la misma, causada por la mayor afluencia de sangre. El dolor provocado se debe a agentes físicos, químicos o mecánicos, también es característico de esta caries, que al quitar alguno de estos estímulos el dolor persista.

- **Caries de cuarto grado.**

Aquí la pulpa ha sido destruida totalmente, por lo tanto, no hay dolor ni dolor espontáneo, pero las complicaciones de esta caries, si son dolorosas y pueden ser desde una monoartritis apical hasta una osteomielitis.

RESTOS RADICULARES

La presencia de restos radiculares en los maxilares de nuestros pacientes es un hecho muy frecuente en la praxis diaria, por motivos muy diversos de entre los que destacamos: la poca o nula educación sanitaria de los ciudadanos, la mínima preocupación que muestran las instituciones públicas por la salud bucal de sus administrados tanto en sus aspectos preventivos curativos, etc. El principal factor que provoca la presencia de restos radiculares es la caries dental. Además, también pueden ser determinantes factores genéticos, biológicos, conductuales, etc. Si la caries se deja sin tratamiento, el proceso penetrará finalmente a través de los conductos radiculares más allá del diente, hacia el tejido blando, donde iniciará una reacción dolorosa. Todo ello da como resultado un desinterés generalizado por la salud bucal que hace tan frecuente ver bocas sépticas llenas de restos radiculares. Por tanto, la extracción de restos radiculares constituirá un papel muy importante en la práctica diaria, cabe mencionar que también es importante conservar piezas dentales en la cavidad de los pacientes e incluso de los restos radiculares ya que contamos con técnicas conservadoras, como tratamientos de conductos radiculares (endodoncias), reconstrucciones protésicas (prótesis individuales).

Estos restos radiculares pueden existir:

-Raíces que están en mayor o menor grado recubiertas por la encía o la mucosa bucal y que no presentan una superficie adecuada para que un fórceps haga una presa correcta y útil.

-Estos restos radiculares son tributarios de extracción con botadores, con o sin osteotomía (exodoncia quirúrgica o colgajo), dependiendo de cada caso en particular.

-Como consecuencia de un proceso de caries tan profundo y avanzado que ha destruido todo el tejido dentario coronal, y las raíces quedan sumergidas en mayor o menor grado en la encía.

-Por tratarse de raíces antiguas originadas después de exodoncias frustradas e incompletas anteriores, raíces fracturadas por debajo del cuello dentario en el mismo acto operatorio o en fracturas radiculares por traumatismos accidentales.

Estos restos no presentan ninguna posibilidad de rehabilitación oral convencional, la Indicación de los dientes afectados estos pueden provocar con facilidad infecciones óseas crónicas, incluso conducir a una osteomielitis, causando dolor y destrucción del hueso.

Los restos radiculares si no se tratan a tiempo logran establecer en la boca patologías en un gran porcentaje. Estas afecciones con facilidad producen halitosis (Mal aliento) molestias a la masticación, los remanentes radiculares que no tengan ninguna posibilidad de tratamiento es necesario retirarlos de la cavidad bucal mediante las diferentes técnicas de extracción además del instrumental indicado para dichos procedimientos.

A continuación, se mencionan algunos tipos de restos radiculares:

Raíces que emergen del proceso alveolar, es decir, que son perfectamente visibles en el examen intrabucal, y que presentan suficiente tejido dentario a la vista para poder realizar una correcta presión con un fórceps. En estos casos la exodoncia también puede realizarse mediante elevadores o de forma combinada

Estos restos pueden ser ocasionados:

- Como consecuencia del proceso progresivo de la caries que ha destruido la mayor parte de la corona dentaria.
- Por tratarse de raíces de dientes fracturados en intentos previos de extracción.
- Raíces que están en mayor o menor grado recubiertas por la encía o la mucosa bucal y que no presentan una superficie adecuada para que un fórceps haga una presa correcta y útil. Estos restos radiculares son tributarios de extracción con botadores, con o sin osteotomía.

Las técnicas para la realización de exodoncias en restos radiculares son:

- Extracción de restos radiculares con botadores o elevadores.
- Extracción de restos radiculares con fórceps

En la extracción de restos radiculares también pueden ser precisas técnicas de odontosección o la preparación de un colgajo y osteotomía. (Cirugía Oral)

Los restos radiculares que pueden ser extraídos con fórceps sin ninguna maniobra previa son:

- Las raíces de dientes unir radiculares que son visibles a través de la encía o de la mucosa bucal y no presentan malformaciones. Son dientes que su corona ha sido destruida por un proceso de caries. Las raíces emergen de los alvéolos y no están cubiertas por tejido gingival.
- Las raíces de dientes multirradiculares en los que la caries ha destruido toda la corona dentaria hasta separar las raíces entre sí, individualizándolas perfectamente, pero dejando una parte de estructura dentaria suficiente para hacer una correcta presión en dichos restos radiculares.
- Las raíces que quedaron en los maxilares tras una fractura antigua o una exodoncia frustrada y que por un proceso inflamatorio crónico de expulsión se han elevado un alvéolo hasta permitir la aplicación del fórceps.

Fórceps para la extracción de restos radiculares

Existen dos tipos para raíces del maxilar superior y para las raíces de la mandíbula.

Para 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.

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

Extracción de restos radiculares con botadores

Los elevadores o botadores se utilizan normalmente para realizar la sindesmotomía y para luxar el diente a extraer como paso previo al uso de los fórceps. En ocasiones, ésta puede llegar a ser completada con este mismo instrumental que es especialmente útil para la extracción de restos radiculares.

Los botadores suelen aplicarse a la extracción de dientes unir radiculares o multirradiculares si éstos tienen las raíces fusionadas y cónicas (es como si fuera una única raíz).

Las indicaciones para la exodoncia con elevadores sin osteotomía previa son:

-Extracciones de dientes mono radiculares, con raíces rectas, sin bifurcaciones ni dilaceraciones sin cementosis, o de restos radiculares en las mismas condiciones se podrían incluir los dientes multirradiculares que tienen las raíces fusionadas y poco retentivo.

-Extracciones de raíces de dientes multirradiculares que pueden estar ya separadas o cuya odontosección habrá que realizar previamente.

COMPLICACIONES

Aunque la caries por sí misma, generalmente no representan un peligro grave para la salud, el desarrollo de caries en pacientes ya debilitados es peligroso, ya que las infecciones de los dientes y la encía pueden llegar a diseminarse al resto del organismo. Así, existe el riesgo de que las bacterias penetren en el torrente sanguíneo pudiendo producir la denominada endocarditis bacteriana. Igualmente puede ser un riesgo para las personas que padecen hemofilia, ya que ante la extracción de un órgano dentario deben ser hospitalizadas. Conviene tener en cuenta que la pérdida de órganos dentarios dificulta o impide la correcta masticación, por lo que puede provocar alteraciones dietéticas que originan trastornos digestivos y nutricionales.

COMPLICACIONES EN EXODONCIA

En la mayoría de los casos, la extracción dentaria es una intervención quirúrgica simple que efectuada de forma cuidadosa y competente, y en personas sanas, solo produce un malestar leve, y cicatriza rápidamente. En la práctica, la aparición de complicaciones es rara y por lo general, estas son leves. Algunas complicaciones más comunes durante la realización de una exodoncia pueden ser:

- **Fractura dentaria.** Es el más común durante la exodoncia con fórceps, ya sea de corona o de raíz. La máxima frecuencia se da en los molares y primeros premolares, y estos casos son a veces inevitables a pesar de las precauciones.
- **Luxación o fractura de dientes vecinos.** La subluxación del diente contiguo se puede producir por una incorrecta aplicación de los elevadores que transmiten la fuerza del brazo de palanca al diente adyacente con lo que se consigue el aflojamiento de este. Aun con el correcto uso de los botadores, se transmite cierta presión al diente adyacente a través del tabique óseo interdentario. Así, por ejemplo, no debe emplearse un elevador en la superficie mesial de un primer molar permanente, por se puede desalojar el segundo premolar que es más pequeño y tiene solo una raíz. En todo caso, se recomienda colocar,

durante la acción de los elevadores, un dedo sobre el diente adyacente para sostenerlo y evitar que cualquier fuerza transmitida lo afecte.

- **Dientes o raíces desplazadas a los espacios anatómicos.** La proyección de un diente o de una raíz suele ser excepcional, y acontece por falta de control por parte del odontólogo de maniobras de exodoncia violentas o por un movimiento intempestivo del paciente. Puede producirse hacia: cualquier espacio anatómico vecino con riesgo es provocar procesos infecciosos agudos, hacia el conducto dentario inferior, donde la extracción de un resto radicular de pequeño tamaño puede ser muy difícil, hacia el seno maxilar con la grave secuela de la aparición de una sinusitis o de una comunicación bucosinusal, hacia la vía digestiva, hacia la vía respiratoria; existe un riesgo importante de asfixia, lo que exige maniobras de urgencia.

Complicaciones - INTRAOPERATORIOS

- Complicaciones en relación con el estado general del paciente. Antes de hacer una exodoncia, por sencilla que pueda ser, deben valorarse todos los factores favorables o desfavorables que puedan incidir en este gesto quirúrgico; para ello deben efectuarse una correcta anamnesis, un minucioso examen local, regional y general y los estudios complementarios adecuados al caso.

En principio no hay ninguna relación entre la existencia de un proceso sistémico grave y la posibilidad de aparición de complicaciones importantes si el paciente está compensado y la metodología usada es la adecuada; al contrario, pacientes con aparente buena salud o con procesos morbosos leves pueden ser tributarios de graves complicaciones, casi siempre por una correcta praxis.

a. Pacientes Especiales

- Edad del paciente
- Embarazo entre el cuarto y octavo mes de estación
- Menstruación y lactancia

b. Pacientes con patología sistémica grave

- Patología cardiovascular
- Patología hematológica
- Alcoholismo y drogadicción
- Paciente irradiado en la zona cervifacial
- Enfermedades psíquicas considerando asimismo los trastornos psicológicos menos tales como las alteraciones neurovegetativas
- Patología neurológica
- Enfermedades endocrinas

En todos los casos e incluso ante la presencia de cualquier otra enfermedad sistémica grave ya sea de tipo renal, pulmonar, etc., es obligación absoluta del odontólogo contactar con el médico especialista o cualquier otro profesional del área de las Ciencias de la Salud con el fin de hacer la preparación preoperatoria más pertinente.

- **Accidentes ligados a la anestesia local**

a. Accidentes locales

1. Accidentes anestésicos locales inmediatos
2. Accidentes anestésicos locales secundarios

b. Accidentes generales

1. accidentes vágales
2. accidentes alérgicos
3. interacciones farmacológicas
4. intolerancia al anestésico

Aunque no forman parte propiamente dicha de las complicaciones de la exodoncia, creemos de gran interés su conocimiento puesto que pueden complicar la extracción dentaria o cualquier otro procedimiento quirúrgico.

Complicaciones - POSTOPERATORIAS

- **hemorragias** Siempre después de una intervención quirúrgica incluidas las exodoncias convencionales, se deberán dar unas instrucciones; en ellas se explica al paciente que siempre existe un pequeño sangrado que suele ceder e los 30 a 60 minutos posteriores.

a. Hemorragias de causas locales. Son aquellas que se presentan después de la exodoncia y que se pueden deber a la existencia de los siguientes problemas:

- Una herida mucosa, especialmente si los tejidos están inflamados.
- Una fractura parcial del hueso alveolar o de espículas óseas que dan en el interior del alveolo.
- Persistencia de un ápice fracturado que sigue en su sitio
- Una herida arterial o venosa
- La presencia de un granuloma no cureteado
- Enjuagues bucales efectuados tras la extracción dentaria, succión persistente aspiración repetida del alveolo.
- Cercanía de tumores muy vascular izados como el angioma, lo épulis etc., al lugar de la exodoncia.
- Caída prematura de la escara de un vaso electro coagulado.

b. Hemorragias de causas generales. Cuando existen problemas de hemostasia, se nos pueden presentar hemorragias al cabo de varias horas, incluso días, después de haber efectuado la extracción dentaria. Una buena historia clínica nos va a permitir prevenir algunas de estas hemorragias, distinguiendo:

- Los pacientes que presentan alteraciones de la coagulación, por déficits de factores y que han sido detectados con anterioridad.
- Pacientes que toman medicamentos anticoagulantes, con antiagregantes plaquetario, Este dato nos tiene que poner en aviso de que estos pacientes deberán suspender su mediación previamente a la extracción dentaria para evitar hemorragias.
- En otras ocasiones, no sabemos, ni nosotros ni el paciente, que este padece una alteración en su sistema de hemostasia, por lo que se nos presentara la hemorragia sin que nosotros lo podamos evitar.

-hematomas y equimosis. Es habitual que, en las exodoncias complejas o en las que se han empleado técnicas quirúrgicas, se produzcan hematomas. El hematoma es una colección sanguínea que puede difundir por los tejidos vecinos, desde el lugar de la extracción, normalmente a través de las fascias musculares. Existe un aumento de volumen en la zona afectada, así como un cambio de color que ira variando según se vaya transformando la sangre que está en su interior, así el color virara desde rojo-vinoso a violeta-amarillo. Este cambio que se puede observar en el color de la piel puede durar de 8-9 días y a menudo se desliza por la fuerza de la gravedad hacia zonas cercanas, como por ejemplo el cuello y la zona esternal.

-Edemas. Se presentan generalmente después de todas las extracciones dentales quirúrgicas. No es una complicación, sino que es un proceso normal que existe en los tejidos sobre los que se ha realizado una intervención. Los gestos operatorios intempestivos con lesiones de tejidos blandos, desgarros del periostio o el mal diseño del colgajo etc., pueden ser los causantes de un edema inflamatorio desproporcionado.

-Trismo. Es la incapacidad de la apertura normal de la boca Es una situación que se nos presenta con relativa frecuencia en las exodoncias quirúrgicas especialmente en el maxilar inferior pero no es tan habitual al efectuar extracciones convencionales Esta incapacidad a la apertura de la boca esta inducida por un espasmo muscular que se produce en relación con la inflamación producida por la intervención quirúrgica.

-infecciones secundarias: alveolitis, bacteriemia pos extracción. Debemos precisar en primer lugar que estas complicaciones no suelen ser consecuencia directa de la extracción dentaria, sino constituyen el avance de un proceso infecciosos preexistente. La exodoncia puede, según las circunstancias de

cada caso, contener la infección, agravarla o ejercer una influencia menor sobre su evolución.

En el origen para desencadenar estos accidentes infecciosos juegan un papel destacado:

- Los efectos de los anestésicos locales.
- El traumatismo operatorio
- Infecciones o lesiones vecinas
- Irritación refleja por alteraciones vasomotoras, etc.

a. Alveolitis

Uno de los mayores y más frecuentes problemas post extracción son las alveolitis, aunque las estadísticas al respecto son poco concordantes. Suele ser la principal causa de dolor entre el segundo y quinto día después de la exodoncia. Su característica principal es el dolor tan agudo e intenso que produce. Suele ser la consecuencia de una perturbación de la cicatrización de la herida alveolar, tras la extracción dentaria. Se la considera un estado necrótico del proceso alveolar o de los septos óseos que, ante la ausencia de vasos sanguíneos, no permite la proliferación de capilares, ni de tejido de granulación para organizar el coágulo sanguíneo. El coágulo, al no organizarse, se desintegra.

La clasificación de la alveolitis difiere según los autores; a pesar de ello podemos agruparlas así:

a. Alveolitis que se presentan conjuntamente con inflamaciones óseas más extendidas. Osteítis, periostitis óseas, flemones peri maxilares, etc. En este caso la alveolitis forma parte de un proceso inflamatorio grave.

b. Alveolitis húmeda o supurada. Inflamación con predominio alveolar marcada por la infección del coágulo y del alveolo, y se puede encontrar un alveolo sangrante con abundante exudado. Suelen estar producidas por reacciones a cuerpo extraño en el interior del alveolo, después de haberse efectuado la extracción dentaria. En estas ocasiones podremos encontrar esquirlas óseas, restos de dientes fracturados, y también a veces, restos de obturaciones de dientes vecinos que, al hacer la exodoncia, han caído al interior de alveolo

c. Alveolitis marginal superficial. es una variante de la anterior. En este caso la infección es más moderada y afecta solo la zona superficial.

d. Alveolitis seca. En este caso se presenta abierta, sin existir coágulo y con las paredes óseas totalmente desnudas.

b. Bacteriemia post-extracción. El elevado porcentaje de bacteriemias post-extracción referidas en la literatura coloca la exodoncia en el primer plano de la producción de la endocarditis bacteriana

La bacteriemia postextracción está bien demostrada con un porcentaje de hemocultivos positivos que varía del 20 al 90% de los casos con una proporción elevada de bacterias anaerobias. Otra medida que es efectiva para disminuir el riesgo de bacteriemias es realizar una profilaxis (tartrectomía) previa a la extracción dentaria con lo cual estamos disminuyendo los contaminantes locales.

Complicaciones en una exodoncia de restos radiculares

- **Lesiones de tejidos blandos.** Las lesiones o heridas sobre la mucosa libre alveolar o la encía suelen darse en exodoncias difíciles y complicadas y pueden provocar hemorragias, hematomas o infecciones de forma secundaria. Normalmente su causa está en la mala praxis, técnica deficiente, o en la utilización del método correcto de extracción. Si se adhiere la encía al diente, esta debe ser cuidadosamente disecada, antes de completar la extracción. Realizaremos su prevención utilizando técnicas correctas, como sindesmotomía, con la protección de los tejidos mediante el uso de la mano izquierda o con un buen diagnóstico previo que nos va a encaminar a técnicas quirúrgicas desde el primer momento, evitándonos así un mayor traumatismo sobre estos tejidos. También se pueden producir lesiones en mejillas, labios, lengua, mucosa palatina, suelo de boca, etc., debido a descuidos en la aplicación de los fórceps o los elevadores se nos pueden resbalar en el curso de las maniobras de la extracción dentaria.
- **Lesiones y abrasiones de labios y comisura.**
- **Fractura del hueso alveolar.** Suele ser relativamente la fractura del hueso alveolar al realizar una extracción dentaria; su extensión puede ser variable imitándose normalmente al alveolo del diente extraído. especialmente por su lado vestibular. A menudo representa un accidente inevitable que facilita la luxación y avulsión dentaria. Por ello es habitual que, al hacer la inspección del diente extraído, podamos ver fragmento alveolar adherido a la raíz.
- **Fractura de la tuberosidad.** Durante la extracción de un segundo o tercer molar superior, se puede producir la fractura de la tuberosidad del maxilar superior. La mala aplicación de los elevadores o de algún tipo de fórceps son sus causas principales. Esta complicación puede ser el resultado de la invasión antral de la tuberosidad, hecho común cuando está presente un molar superior aislado, en particular si tienen raíces divergentes, hipercementosis o presenta sobre erupción. Otra causa predisponente poco común es la germinación patológica que ocurre

entre el segundo molar superior y el tercero erupcionado o semierupcionado.

- **Fractura mandibular.** Es una complicación muy Poco frecuente, se produce en las extracciones de terceros molares inferiores, especialmente si están en inclusión intraósea profunda a nivel del ángulo mandibular, entre los premolares inferiores donde el grosor de la mandíbula puede estar reducido por una gran reabsorción ósea, cuando se aplica una fuerza de forma inadecuada o con una potencia excesiva.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Analgésicos-antinflamatorios

No es recomendable, de acuerdo a M. Donado (2005), el uso en cirugía del ácido acetil salicílico debido a la inhibición de la síntesis de tromboxano A2 que lleva a una acción antiagregante plaquetaria y, por tanto, a un aumento de la hemorragia. Además de algunos AINES de uso corriente como los derivados del ácido fenilacético (Diclofenaco 50 mg/8 horas vía oral), derivados del ácido fenilpropionico (naproxeno: 500 mg /8horas, vía oral, ibuprofeno: 400-600-800 mg/6 horas, vía oral), derivados del ácido arilpropiónico (ketoprofeno: 50 mg/8 horas, vía oral, dexetoprofeno: 25 mg/ 6 -8 horas vía oral). Estos inconvenientes no aparecen con el paracetamol, cuyas dosis eficaces son 650-1.000 mg/6- 8 horas; y el Metamizol a dosis de 500-1.000 mg/6-8 horas.

Antibióticos y antisépticos

Profilaxis general estándar: Amoxicilina 2g vía oral, 1 hora antes de la consulta. Imposibilidad de recibir medicamentos por vía oral: Amoxicilina con clavulanico 500mg-875 mg/8 horas vía oral; Ampicilina 2g 1 hora antes de la consulta; Penicilina 2.0 g de penicilina: Clindamicina 600 mg vía oral, 1 hora antes de consulta, Cefalexina o Cefadroxilo 2g vía oral, 1 hora antes de la consulta; Azitromicina 500 mg vía oral, 1 hora antes de la consulta.

Medios físicos.

M. Donado (2005) refiere que se obtienen buenos resultados de la acción del frío sobre la inflamación, aunque solo es eficaz cuando se aplica en el periodo posoperatorio inmediato. Si ya está instaurado, el edema no se reduce con este método. Se le recomendara al paciente el uso de clorhexidina al 0, 12 % en colutorio, 3 O 4 veces al día durante 7 días.

PERIODONTO NORMAL

Periodoncia.

La periodoncia es la especialidad de la odontología que comprende la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico de las enfermedades de los tejidos que rodean y soportan al diente y sus sustitutos, y el mantenimiento de la salud, función y estética en esas estructuras y tejidos.

Enfermedad periodontal

La enfermedad periodontal es un proceso infeccioso en la encía y del aparato de inserción adyacente, producido por diversos microorganismos que colonizan el área supra e subgingival caracterizada por una pérdida estructural del aparato de inserción.

Periodonto normal.

El periodonto se forma con los tejidos de soporte y protección del diente (encía, ligamento periodontal, cemento y hueso alveolar)

La mucosa bucal se compone de tres zonas: la encía y el revestimiento del paladar duro, que forman la mucosa masticatoria: el dorso de la lengua cubierto por mucosa especializada y la mucosa bucal que cubre el resto de la boca.

La encía.

La encía es una parte de la mucosa bucal que reviste las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes. Desde el punto de vista anatómico, la encía se divide en marginal, insertada e interdental.

Conocida también como no insertada, corresponde al margen terminal o al borde de la encía que rodea a los dientes a modo de collar. Puede separarse de la superficie dental mediante una sonda periodontal.

Surco gingival.

Es un surco poco profundo o espacio circundante del diente que forma la superficie dental, por un lado, y el revestimiento epitelial del margen libre de encía. Por el otro, tiene forma de V y apenas permite la entrada de una sonda periodontal.

Encía insertada.

Se continua con la encía marginal, es firme y está unida con firmeza al periostio subyacente del hueso alveolar. En la zona lingual de la mandíbula, la encía insertada termina en la unión con la mucosa alveolar lingual, que se continua con el revestimiento de la mucosa del piso de la boca. En la superficie palatina de la encía insertada se une de manera imperceptible con la mucosa del paladar.

Encía interdental.

Ocupa el nicho gingival, que es el espacio interproximales por debajo del área de contacto. La encía interdental puede ser piramidal o tener forma de col.

La forma de la encía es un espacio interdental determinado depende del punto de contacto entre los dos dientes contiguos y de la presencia o ausencia de cierto grado de recesión.

Los márgenes laterales y el extremo de las papilas interdentales están formados por una continuación de la encía marginal de los dientes adyacentes, la porción intermedia se compone de encía insertada. Si hay un diastema la encía se inserta con firmeza en el hueso interdental y forma una superficie uniforme, redondeada y sin papilas interdentales.

Pigmentación fisiológica (melanina).

Pigmento de color pardo que no deriva de la hemoglobina, se debe la tonalidad normal de la piel, la encía y el resto de las mucosas bucales. Todos los individuos normales la tienen, si bien no siempre en cantidades suficientes para poder identificarlas clínicamente, en los albinos es escasa o nula. La pigmentación melanica de la boca es notables en personas de raza negra. Puede aparecer en la encía en tan solo tres horas después del nacimiento y con frecuencia es la única manifestación de pigmentación.

Tamaño.

Corresponde a la suma total de la masa de elementos celulares e inter celulares de la encía y su irrigación. La alteración del tamaño es un rasgo común de la enfermedad gingival.

Contorno.

El contorno (o forma) de la encía varia de modo considerable y depende de la morfología de los dientes y su alineación en el arco dental, ubicación y tamaño del área de contacto proximal, así como el de las dimensiones de los espacios interproximales gingivales vestibulares y linguales. La encía marginal envuelve a los dientes a manera de un collar y sigue un contorno festoneado en las caras vestibulares y linguales.

Forma.

El contorno de las superficies dentales proximales, tanto como la localización y forma de los espacios interproximales gingivales rigen la morfología de la encía interdental. La altura de encía interdental varía según sea la ubicación de contacto proximal.

Consistencia.

La encía es firme, con excepción del margen libre móvil se fija con firmeza al hueso subyacente. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen de la encía.

Posición.

La posición de la encía se refiere al nivel donde el margen gingival se fija al diente cuando este erupcionado hacia la cavidad bucal, el margen y el surco se localizan en el vértice la corona y a medida que la erupción avanza se observa más cerca de la raíz.

Estructuras de soporte dentario.

El aparato de inserción de un diente se compone de ligamento periodontal, el cemento y el hueso alveolar.

Ligamento periodontal.

Es el tejido conectivo que rodea la raíz y conecta con el hueso.

Proceso alveolar.

Es la porción del maxilar y la mandíbula que forma y sostiene a los alveolos dentarios. El proceso alveolar consiste en lo siguiente:

1. Tabla externa del hueso cortical.
2. Pared interna del alveolo.
3. Tabique interdental.

Pared del alveolo.

Está formada por hueso laminar denso, parte del cual posee una disposición en sistemas alveolar y hueso fascicular.

El hueso fascicular es el término que se otorga al hueso contiguo del ligamento periodontal que contiene una gran cantidad de fibras de Sharpey; se encuentra dentro de la cortical alveolar. El hueso fascicular ni es típico de los maxilares; existe a través del sistema esquelético en cualquier sitio donde se insertan ligamentos y músculos.

El hueso esponjoso aparece de modo predominante en los espacios inter radiculares e interdentes y en cantidades limitadas en sentido vestibular o lingual, excepto con el paladar.

Periostio y Endostio.

Todas las superficies óseas están cubiertas por capas de tejido conectivo osteogénico diferenciado. El tejido que cubre la superficie externa del cuerpo se llama periostio, en tanto que aquel que reviste las cavidades óseas internas recibe el nombre de endostio. La capa interna es la capa osteogénica y la capa externa es la capa fibrosa.

Tabique interdental.

Consta de hueso esponjoso limitado por las corticales alveolares (lámina cribiforme o hueso alveolar propiamente dicho) de la pared del alveolo de dientes vecinos y las tablas corticales vestibular y lingual.

Las dimensiones mesio distales y vestíbulo lingual, así como la forma del tabique interdental, dependen del tamaño y convexidad de las coronas de dos dientes contiguos, así como de la posición de los dientes en los maxilares y su grado de erupción.

Clasificación de las enfermedades periodontales. Workshop 1999.

I. Enfermedades gingivales:

A. Inducidas por placa.

1. Asociadas solo a placa
2. Modificadas por factores sistemáticos.
3. Modificadas por medicamentos.
4. Modificadas por malnutrición.

B. No inducidas por placa.

- 1-De origen bacteriano específico.
- 2-De origen vírico.
- 3-De origen micótico. (infecciones por *Candida*, *Borrelia* gingival lineal, histoplasmosis, otra.)
- 4-De origen genético
- 5-Manifestaciones gingivales de condiciones sistémicas
- 6-Lesiones traumáticas.
- 7-Reacciones a cuerpos extraños.
- 8-De otro tipo.

II. Periodontitis crónica.

- A. Localizada
- B. Generalizada

III. Periodontitis agresiva.

- A. Localizada
- B. Generalizada.

IV. Periodontitis como manifestación de enfermedad sistémica.

- A. Asociada a discrasias sanguíneas.
 - 1. Neutropenia adquirida.
 - 2. Leucopenias.
 - 3. Otras.
- B. Asociadas a desordenes genéticos.
- C. Otras (no específicas)

V. Enfermedades periodontales necrotizantes.

- A. Gun.
- B. Pun.

VI. Abscesos del periodonto.

- A. Abscesos gingivales.
- B. Abscesos periodontales.
- C. Abscesos peri coronales.

VII. Periodontitis asociada a lesión endodencia.

VIII. Condiciones del desarrollo o adquiridas.

- A. Factores dentarios que modifican o predisponen a enfermedades gingivales o periodontales inducidas por placa.
 - 1. Factores anatómicos del diente.
 - 2. Restauraciones.
 - 3. Fracturas radiculares.
 - 4. Reabsorciones radiculares cervicales y perlas de cemento.
- B. Deformidades mucogingivales alrededor de dientes.
 - 1. Recesiones gingivales.
 - 2. Falta de encía queratinizada.
 - 3. Reducción de profundidad de vestíbulo.

4. Frenillos e inserciones musculares aberrantes.
 5. Agrandamientos gingivales
 6. Coloración anormal.
- C. Deformidades mucogingivales en brechas edentulas.
1. Deficiencia de altura o anchura del reborde
- D. Trauma oclusal.
1. Primario
 2. Secundario

Enfermedad periodontal.

Las infecciones periodontales son un conjunto de enfermedades que, localizadas en la encía y las estructuras de soporte del diente (ligamento y hueso alveolar), están producidas por ciertas bacterias provenientes de la placa gingival.

Periodontitis crónica.

La academia americana de Periodontología (AAP), en 1989, describió la periodontitis de aparición tardía como un grupo de periodontitis frecuente, grave y de progreso lento que se caracterizaban por una manifestación clínica en edades adultas. En el año 1999, el Taller internacional para la clasificación de la enfermedad periodontal y sus condiciones, organizado por la (APP) se sugirió el termino de periodontitis crónica que era menos limitante, en relación con la edad cuando se hablaba de periodontitis debería estar basado en la edad del paciente y en el tiempo de presentación sino solo en los antecedentes, hallazgos clínicos, radiográficos y de laboratorio.

Los signos clínicos característicos de la periodontitis incluyen pérdida de inserción clínica, pérdida de hueso alveolar, formación de bolsas periodontales e inflamación gingival. A esto se puede asociar un sobre crecimiento o recesión gingival, sangrado al sondaje, movilidad dentaria aumentada, supuración, pudiendo llegar a la pérdida dentaria. En los casos de periodontitis crónica la infección progresa de forma continua o en picos de actividad.

Según su extensión puede clasificarse en:

- Localizada, si están afectadas menos de un 30% de las localizaciones.
- Generalizada, si más del 30% de las localizaciones están afectadas.
- Según su severidad se define:
- Periodontitis leve: cuando las pérdidas de inserción clínica son de 1 a 2mm.

- Periodontitis moderada: si las pérdidas de inserción se encuentran entre 3 y 4mm.
- Periodontitis severa: ante pérdidas de inserción clínica mayor o igual a 5mm. 35.

Clasificación.

- Se puede clasificar en periodontitis agresiva localizada y generalizada, según sus características clínicas y radiográficas.

Periodontitis agresiva localizada.

- Suele darse en la época circumpuberal, podemos ver una destrucción periodontal a nivel de incisivos y primeros molares, tanto en piezas deciduas como permanentes, y no está afectando a más de 2 piezas.

Periodontitis agresiva generalizada.

- A diferencia de la localizada afecta a más de 3 piezas, a parte de las primeras molares e incisivos, en la cual la destrucción periodontal es muy marcada y suele presentarse en pacientes menores de 30 años.

Enfermedades periodontales Necrosantes.

Las enfermedades periodontales necrosantes son conocidas desde la antigüedad, y existe desde el comienzo de la historia, se ha encontrado en las momias egipcias de hace 4000 años; es así como en el año 400 A. C. los soldados griegos referían presencia de ulceración, dolor y halitosis. Además, en el año 1778 Jhon Hunter hace un estudio y un diagnóstico diferencial entre el escorbuto y la enfermedad periodontal necrosante.

En el año 1886 Herch realiza una descripción de las características clínicas; es así como en el año 1894 Vicent y Plaut relacionan la enfermedad periodontal necrosante a un complejo fusoespiroquetal como agente etiológico. En el año 1906 Gilmer observa una característica común en los pacientes afectados que es una lesión a nivel de la papila interdental.

Definición.

En la enfermedad periodontal necrosante se presenta una inflamación inicial de las encías que puede progresar hacia la destrucción tisular en tejidos blandos y hueso.

Epidemiología.

Los estudios muestran que la enfermedad periodontal inflamatoria es un problema de salud importante. La naturaleza insidiosa de la enfermedad está

indicada por inflamación dentales leves en niños, aumentando en la adolescencia y en adultos jóvenes pudiendo llegar a una pérdida parcial o completa de la dentición en la madurez o en la vejez. La prevalencia de la enfermedad periodontal es del 56, 62% manifestándose únicamente por sangrado gingival, siendo inusual que los niños presenten formas avanzadas de la enfermedad. En el año 2000 en la provincia de Yungay-Ancash se hizo un estudio en 328 escolares de ambos sexos donde el 92,7% presento algún problema periodontal y el 56% sangrado gingival.

En los países subdesarrollados la edad de aparición de la enfermedad se da entre los 10-12 años; además en niños con desnutrición grave.

Etiología.

Desde 1965 se considera que la enfermedad periodontal, es una enfermedad infecciosa producida por bacterias bucales congregadas en una comunidad simbiótica denominada placa dental o biopelículas. Estudios realizados durante las últimas tres décadas, han cambiado la visión acerca de la susceptibilidad universal de la enfermedad periodontal. Hoy en día se acepta que un 5 a 20% de la población sufre de formas destructivas de periodontitis.

Entre los factores locales que causan esta afección pueden considerarse los siguientes: la placa microbiana, el cálculo dentario, la impacción de los alimentos, restauraciones o prótesis mal elaboradas, la respiración bucal, la mal posición dentaria, la aplicación química de fármaco. Entre los factores sistémicos podemos considerar las alteraciones nutricionales, la pubertad, el embarazo, la diabetes, así como también otras disfunciones endocrinas. En Trujillo se realizó un estudio en 248 niños de 6 a 10 años relacionando el perfil de salud bucal con el estado nutricional siendo la prevalencia de sangrado gingival de 62% y el índice de inflamación gingival tuvo un promedio de 1.01.

Diagnóstico.

Es muy importante a través del diagnóstico si la enfermedad involucra solo la encía o si es que llega a nivel de los tejidos de soporte, por ellos debemos hacer un examen detallado que incluya.

Anamnesis detallada.

Los cuadros más graves de la enfermedad periodontal en niños y adolescentes presentan una historia de herencia genética familiar o se relacionan con enfermedades sistémicas; es por ello la importancia de una anamnesis detallada para poder determinar cuál de los factores es el causante de dicha enfermedad periodontal.

Examen clínico gingival.

Observar si es que existe alguna alteración de color y forma.

Evaluación clínica.

Utilizando sonda periodontal, medir el UCE, la profundidad de sondaje y el nivel clínico de adherencia; determinar la presencia de recesiones o hiperplasias gingivales.

Proyecciones radiográficas.

Para poder observar el nivel de hueso

Tratamiento.

La ocurrencia de cualquier cuadro patológico involucrado el periodonto se encuentra solo en la encía es preocupante y requiere de una pronta intervención. Primero se debe realizar un adecuado diagnóstico, utilizando las señales clínicas y radiográficas. La terapéutica se divide en dos frases: tratamiento de la fase aguda y tratamiento de la fase de mantenimiento.

Placa Dental: Biopelículas relacionada con el huésped.

La biopelícula es una membrana que se vincula con un huésped. Esto es importante, ya que el ambiente de la biopelículas a menudo aporta ventajas, al microorganismo y podría tener efectos relevantes sobre las propiedades de las bacterias ahí presentes. Por ejemplo, la estructura misma de la biopelículas podría reducir mucho la susceptibilidad de las bacterias a los antimicrobianos.

Estructuras y composición de la biopelícula.

Es posible definir a la biopelículas como los depósitos blandos que forman una biopelícula que se adhiere a la superficie dentaria o a otras superficies duras en la boca, entre ellas las restauraciones removibles y fijas. La placa se diferencia de otros depósitos que pueden encontrarse en la superficie dental como la materia alba y el cálculo (laminal). La materia alba se refiere a las acumulaciones blandas de bacterias y células histicas que carecen de la estructura organizada de la biopelícula y se desplazan fácilmente con agua en aerosol. El cálculo es un depósito sólido que se forma por la mineralización de la biopelícula, por lo general está cubierto con un estrado de la placa sin mineralizar.

Formación de la biopelícula.

Después de uno a dos días sin medidas de higiene bucal, puede observarse con facilidad la biopelícula sobre los dientes. Su color es blanco, grisáceo o amarillento y tiene aspecto globular. El desplazamiento de los tejidos y los minerales alimentarios sobre los dientes causa la eliminación mecánica de la

biopelícula. Dicho retiro es muy eficaz en los dos tercios coronales de la superficie dentaria. En consecuencia, típicamente se observa la biopelícula en el tercio gingival de la superficie dental, donde se acumula sin desorganizarse por el motivo de los alimentos y tejidos sobre la superficie dental en el transcurso de la masticación, los depósitos de la biopelícula también se forman de modo preferencial en hendiduras, fosetas y fisuras de las estructuras dentales. Asimismo, por debajo de restauraciones con márgenes sobre extendidos y en torno a la dentición desalineada.

Antes y después de una intervención quirúrgica (extracciones) es de suma importancia la utilización de los fármacos esto con la finalidad de disminuir el potencial del dolor, así como tener complicaciones por infecciones por los órganos extraídos. También es de suma importancia la utilización de AINES en pacientes que presenten enfermedades crónico deficientes crónico degenerativas como diabetes, hipertensos, etc.

Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), son un conjunto de sustancias químicas se caracterizan principalmente por su efecto antiinflamatorio y analgésico. Son prescritos por los odontólogos con la finalidad de controlar y manejar el dolor dental después de una extracción. Estos medicamentos son de venta libre en el país, deben ser usados por un periodo corto para evitar la aparición de efectos adversos en los pacientes.

Aines:

Salicilatos: ácido acetil salicílico (AAS)

Pirazolonicos: aminopirina, dipirona

Derivados del ácido propionico: ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno

Sulfonanilidas: Nimesulida

Derivados del ácido acético: Diclofenaco, Ketorolaco y Indometacina

Fenamatos: Ácido mefenámico

Oxicames: Piroxicam, Meloxicam

Coxibes: Celecoxib, Etoricoxib

Dentro de los fármacos más utilizados pre y post quirúrgicos se encuentran los analgésicos potentes tales como:

Fármacos usados:

Analgésicos potentes

Keterolaco: analgésico potente indicado en el alivio del dolor agudo de moderado a severo.

Presentación:

Tabletas: caja con 10 y 20 tabletas de 10mg

Ampolletas: caja con 3 ampolletas de 30mg.

Keterolaco sublingual: analgésico potente indicado en el alivio del dolor agudo de moderado a severo.

Presentación:

Tabletas: caja con 2 y 4 tabletas sublinguales de 30mg.

Clonixinato de lisina: analgésico potente de rápida acción para dolor agudo o crónico.

Presentación: caja con 10 comprimidos de 250mg

Antiinflamatorios/Analgésico

Naproxeno sódico/paracetamol:

Presentación:

Tabletas: naproxeno sódico 275mg / paracetamol 300mg.

Caja con 15 tabletas

Suspensión: naproxeno sódico 125mg/ paracetamol 100mg / 5ml

Frasco con polvo para preparar 100ml

Loxoprofeno: pro fármaco con potente efecto antiinflamatorio y analgésico.

Presentación: caja con 10 y 20 tabletas de 60mg.

Antibióticos

Amoxicilina 750mg: antibiótico betalactámico

Presentación: caja con 12 comprimidos de 750mg.

Amoxicilina con ácido clavulánico: antibiótico de amplio espectro + inhibidor de b-lactamasas.

Presentación:

Caja con 14 comprimidos de amoxicilina 875mg / ácido clavulánico 125mg.

Frasco con polvo para preparar 70ml. Amoxicilina 400mg / ácido clavulánico 57mg.

Clindamicina: antibiótico de amplio espectro antimicrobiano con acción sobre anaerobios Gramnegativos, productores de B-lactamasas.

Presentación: caja con 21 cápsulas de 300mg.

Gel bucal protector

Bexident AFT

Antisépticos bucales

Triésteres de oxi-glicerol (T. G. O): Protector bucal de la mucosa bucal, antiinflamatorio.

Presentación: tubo con 5ml. Aplicar 3 o 4 veces al día una pequeña cantidad de gel directamente sobre el afta con la yema del dedo o con ayuda de un hisopo. No enjuagar después de su uso.

Triclosan encías: clorhexidina+alantoína+dexpantenol+excipiente bioadhesivo.

Presentación: Gel dentífrico: tubo con 75 ml al 0.12% de clorhexidina.

Desensibilizante

Bexident dientes sensibles: Nitrato potásico al 5%+fluoruro sódico-triclosaán+alantoína+dexpantenol+excipiente bioadhesivo.

Presentación:

Dentífrico: tubo con 75ml.

OBJETIVOS

Objetivos generales:

Identificar todos los órganos dentales que presentan patologías de: caries y enfermedad periodontal que sean sujeto a extracciones dentales.

Objetivos específicos:

- Determinar las edades más frecuentes para realizar extracciones dentales.
- Conocer cuál es el género más frecuente para extracciones dentales.
- Valorar el estado socioeconómico de los pacientes.
- Conocer el nivel educativo de los habitantes de este municipio.
- Determinar la higiene bucal de los pacientes que acuden al consultorio dental.
- Prescribir con exactitud los medicamentos a indicar en el pre y post operatorio.
- Indicar al paciente el tipo de alimentación que requerirá después de la extracción dental.

METODOLOGÍA

Metodología

Cobertura

Se realizó dentro del consultorio dental de las oficinas centrales del DIF municipal de Chiapa de corzo brindando atención odontológica a pacientes de 18 a 80 años de edad que asistieron a consulta en las instalaciones Durante el periodo de agosto 2024- julio del 2025.

Tipo De Estudio.

Esta investigación fue realizada con un estudio de tipo experimental

Diseño: casi experimental

Descriptivo: El enfoque estuvo dirigido específicamente en determinar cómo se encuentra la situación de las variables en nuestra población de estudio, dentro de la capital de Chiapa de corzo

Prospectivo: Este estudio posee una característica fundamental, de iniciarse con la exposición de las supuestas causas de las enfermedades y luego seguir atreves del tiempo a una población determinada hasta delimitar o no la aparición del efecto.

Longitudinal: Este estudio se realiza en un tiempo a largo plazo dentro del cual se intentará llevar acabo los tratamientos necesarios para la rehabilitación oral óptima de la población tratada.

Población de estudio:

Universo. Pacientes que asistieron a consulta en el consultorio dental de las oficinas centrales del DIF municipal de Chiapa de corzo Chiapas

Variables.

Dependiente.

Biopelícula microbiana (gingivitis, periodontitis)

Enfermedad bucodental (caries)

Independiente.

- Programas de prevención de la película microbiana
- Tipos de enfermedades bucodentales más frecuentes
- Genero
- . Edad

Definición de las variables.

Biopelícula microbiana: Es una masa blanda tenaz y adherente de la colonia de microorganismos en la superficie de los dientes encía, la lengua Y otras superficies bucales. produciendo caries y enfermedad periodontal

Enfermedad bucodental: Es la presencia de factores o trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al mismo tiempo repercuten en su bienestar psicosocial.

Indicadores.

- * Presencia de una masa blanda en los dientes (materia alba)
- * Cambio de pigmentación
- * Anomalías bucodentales
 - Biopelícula microbiana
 - Mala higiene bucal

Metodología de la recolección de datos

Se utilizó como instrumento: historia clínica, nota odontológica, notas medicas del médico tratante, hojas de control del paciente del DIF. Procedimientos para la recolección de datos • Referencias medicas del paciente y estado de salud general.

La historia clínica consta de interrogatorio, Ficha de identificación: nombre, edad, género, talla, peso, ocupación, motivo de la consulta, etc., Higiene bucal, localización, odontograma, número de órgano dentario, tipo de afección presencia de infección, Atención subsecuente del paciente y Eliminar patologías bucales y afecciones dentales.

Espacio.

- Se brindó atención odontológica en el consultorio dental de las oficinas centrales del DIF municipal de Chiapa de corzo Chiapas
- Se rehabilitaron a los pacientes casi en su totalidad, se impartieron platicas a los pacientes en as áreas que se consideraron adecuadas dentro de las instalaciones del DIF municipal de Chiapa de corzo

Tiempo

. El límite de tiempo para la realización del programa es de un año, en el periodo agosto 2024 a julio del 2025

RECURSOS

Estrategias

- Realizar una valoración minuciosa al 100%
- Realizar historia clínica
- Toma de fotografías • Diagnostico al 100%
- Tratamientos adecuados depende la necesidad del paciente
- • Profilaxis
- Obturaciones
- Extracciones indicadas
- Platicas de prevención personalizada en cada paciente
- Enseñanza de técnica de cepillado

Recursos.

El presente documento se realiza de acuerdo a la experiencia vivida dentro del consultorio dental de las oficinas centrales del DIF municipal de Chiapa de corzo, Chiapas, durante el periodo AGOSTO 2024- JULIO 2025. Nuestra investigación se realiza con 1300 pacientes.

Recursos Humanos

- Director de salud del DIF municipal
- Cirujano dentista y coordinador del área de odontología.
- Cirujana dentista
- Nutriólogo
- Psicóloga.
- Fisioterapeuta
- Médico general.
- Ginecóloga.
- Enfermeras (3).

Materiales:

- Guantes desechables
- Cubre bocas
- Agujas
- Anestesia
- Tropicana
- Tabletas reveladoras
- Amalgama O Resinas
- Rollos de algodón.
- Ionomero
- Grapas
- Fresas de diamante
- Fresas de carburo

- Fresas de cono
- Vasos desechables
- Eyectores
- Pasta profiláctica
- Loquetas de vidrio
- Diques de hule
- Papelería en general

RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

En el presente estudio se incluyeron **1, 300** pacientes que acudieron al servicio odontológico en el DIF Municipal del Municipio de Chiapa de Corzo, Chiapas en el periodo del 1 de agosto del 2024 al 31 de julio del 2025.

Distribución del número total de pacientes de cada mes:

	<i>N. Total de pacientes</i>	<i>Pacientes Mujeres</i>	<i>Pacientes hombres</i>	<i>Pacientes niños</i>	<i>Pacientes adolescentes</i>
<i>Agosto</i>	205	97	60	32	16
<i>Septiembre</i>	143	87	28	22	6
<i>Octubre</i>	130	65	36	20	9
<i>Noviembre</i>	131	59	32	34	6
<i>Diciembre</i>	134	62	26	34	12
<i>Enero</i>	120	59	31	21	9
<i>Febrero</i>	101	42	32	15	12
<i>Marzo</i>	91	46	23	18	4
<i>Abril</i>	87	40	25	12	10
<i>Mayo</i>	80	45	20	10	5
<i>Junio</i>	78	40	23	8	7
<i>Total De pacientes</i>	1300	642	336	226	96

TRATAMIENTOS REALIZADOS DE AGOSTO-JUNIO

	<i>Exodoncias</i>	<i>Limpiezas</i>	<i>Consultas</i>	<i>Curación</i>	<i>Resinas</i>
<i>Agosto</i>	96	43	68	2	2
<i>Septiembre</i>	73	17	49	1	1
<i>Octubre</i>	58	25	43	2	1
<i>Noviembre</i>	54	14	48	4	2
<i>Diciembre</i>	64	16	42	6	2
<i>Enero</i>	48	13	55	3	1
<i>Febrero</i>	47	10	57	3	0
<i>Marzo</i>	29	13	48	1	0
<i>Abril</i>	42	4	41	0	0
<i>Mayo</i>	45	10	25	0	0
<i>Junio</i>	48	6	24	0	0
<i>Total De pacientes</i>	604	165	500	22	9

Reango de edades en pacientes atendidos

	18 - 28 años	29-39 años	40- 49 años	50- 59 años	60 – 69 años	70- 78 años
<i>Agosto</i>	42	40	30	17	17	5
<i>Septiembre</i>	25	35	19	22	12	1
<i>Octubre</i>	21	21	22	10	13	4
<i>Noviembre</i>	19	18	16	11	13	8
<i>Diciembre</i>	19	23	23	13	4	6
<i>Enero</i>	24	27	14	15	6	4
<i>Febrero</i>	20	12	17	10	8	7
<i>Marzo</i>	18	22	11	10	8	0
<i>Abril</i>	20	25	10	5	5	0
<i>Mayo</i>	32	15	10	5	0	3
<i>Junio</i>	28	15	12	5	2	1
<i>Total De pacientes</i>	268	253	184	123	88	39

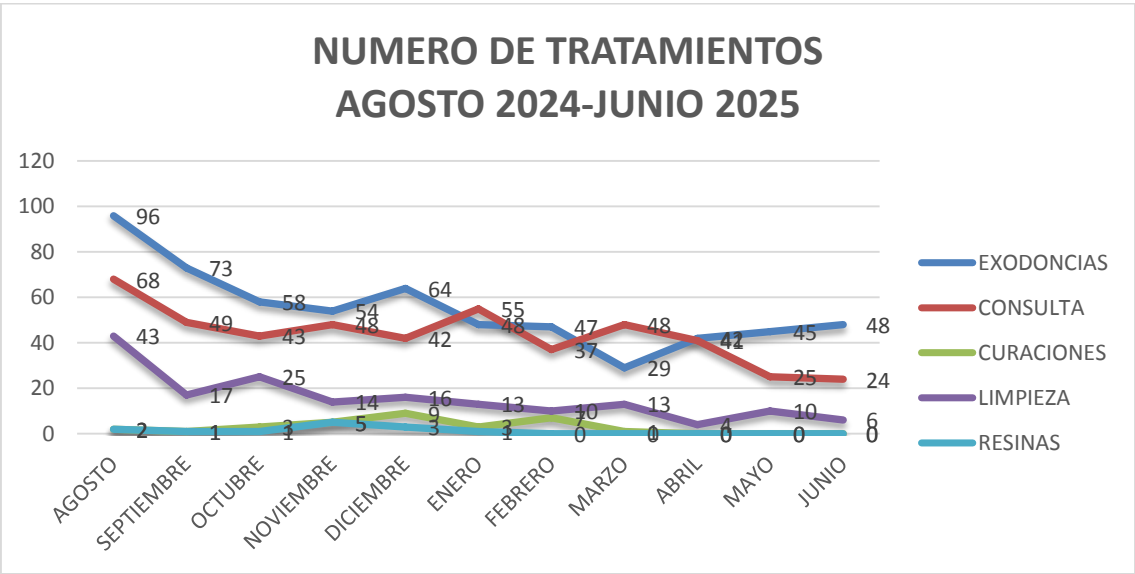
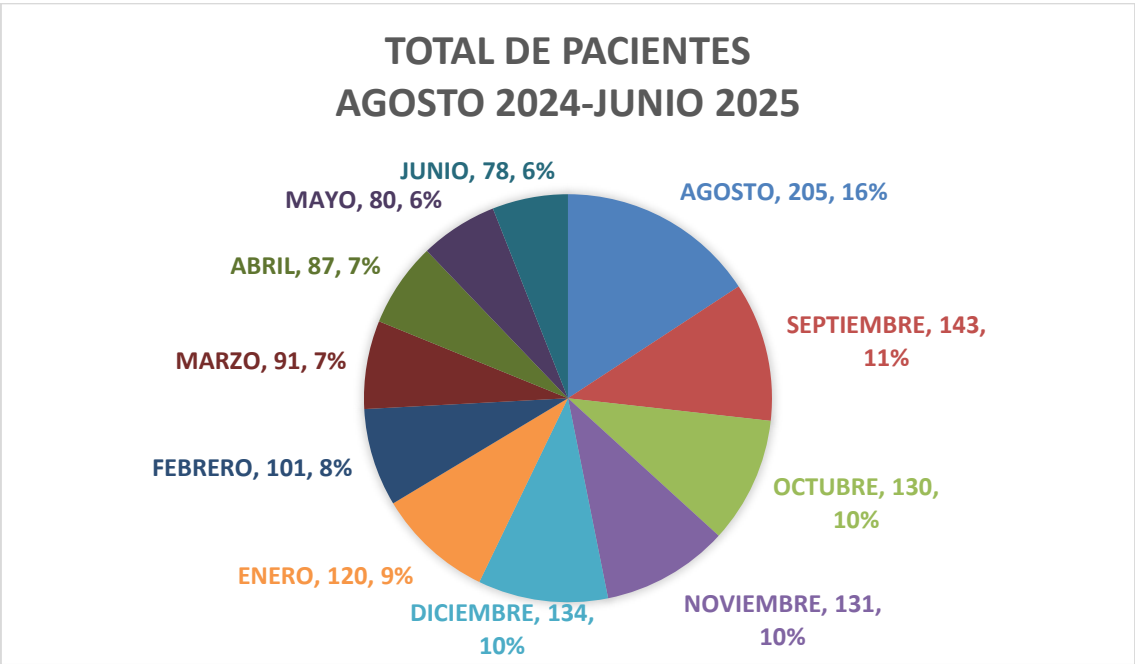
**RANGO DE EDADES DE PACIENTES ATENDIDOS PARA EXODONCIAS
DE AGOSTO-JUNIO:**

	<i>18 - 28 años</i>	<i>29-39 años</i>	<i>40- 49 años</i>	<i>50- 59 años</i>	<i>60 – 69 años</i>	<i>70- 78 años</i>
<i>Agosto</i>	7	15	16	11	9	3
<i>Septiembre</i>	8	17	10	14	7	2
<i>Octubre</i>	5	12	10	6	12	4
<i>Noviembre</i>	5	5	10	9	8	4
<i>Diciembre</i>	8	8	10	8	3	4
<i>Enero</i>	4	7	4	11	3	4
<i>Febrero</i>	3	4	7	8	6	5
<i>Marzo</i>	3	10	4	5	4	0
<i>Abril</i>	4	7	3	5	6	5
<i>Mayo</i>	8	10	5	5	3	5
<i>Junio</i>	8	5	5	3	5	4
<i>Total De pacientes</i>	63	100	84	85	66	40

**NUMERO DE EXODONCIAS EN HOMBRES Y MUJERES DEL PERIODO
AGOSTO 2024 – JUNIO 2025:**

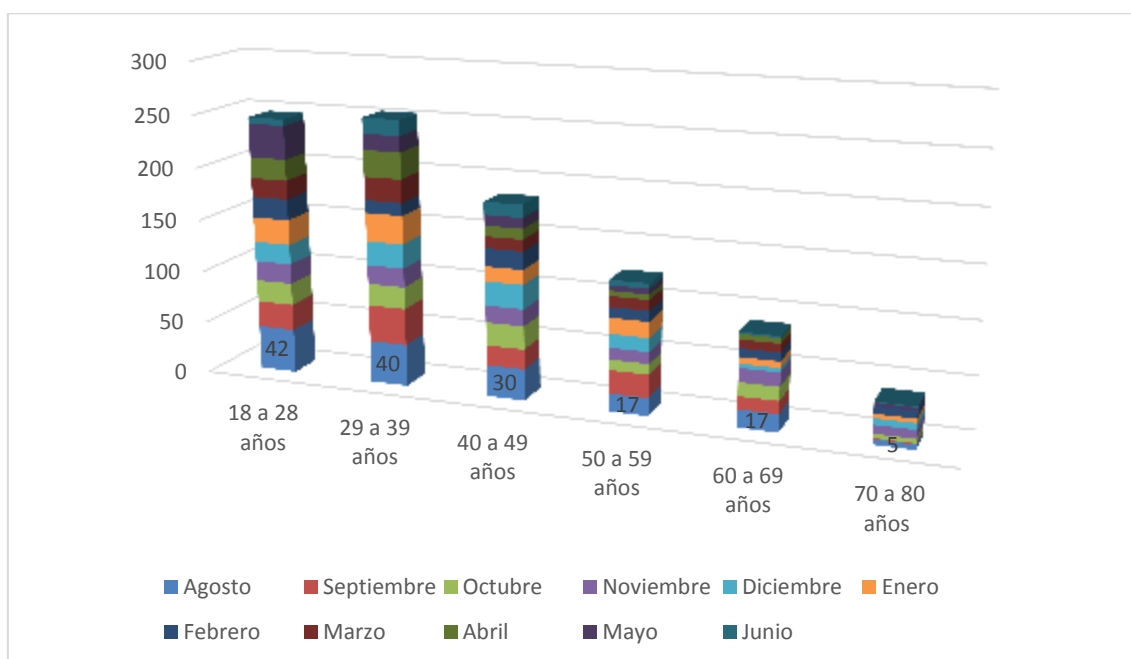
	<i>mujeres</i>	<i>hombres</i>
<i>Agosto</i>	58	38
<i>Septiembre</i>	48	25
<i>Octubre</i>	38	20
<i>Noviembre</i>	32	22
<i>Diciembre</i>	26	15
<i>Enero</i>	23	10
<i>Febrero</i>	22	11
<i>Marzo</i>	18	8
<i>Abril</i>	21	9
<i>Mayo</i>	28	8
<i>Junio</i>	20	10
<i>Total De pacientes</i>	334	176

GRAFICAS DE RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PERIODO AGOSTO 2024- JUNIO 2025:

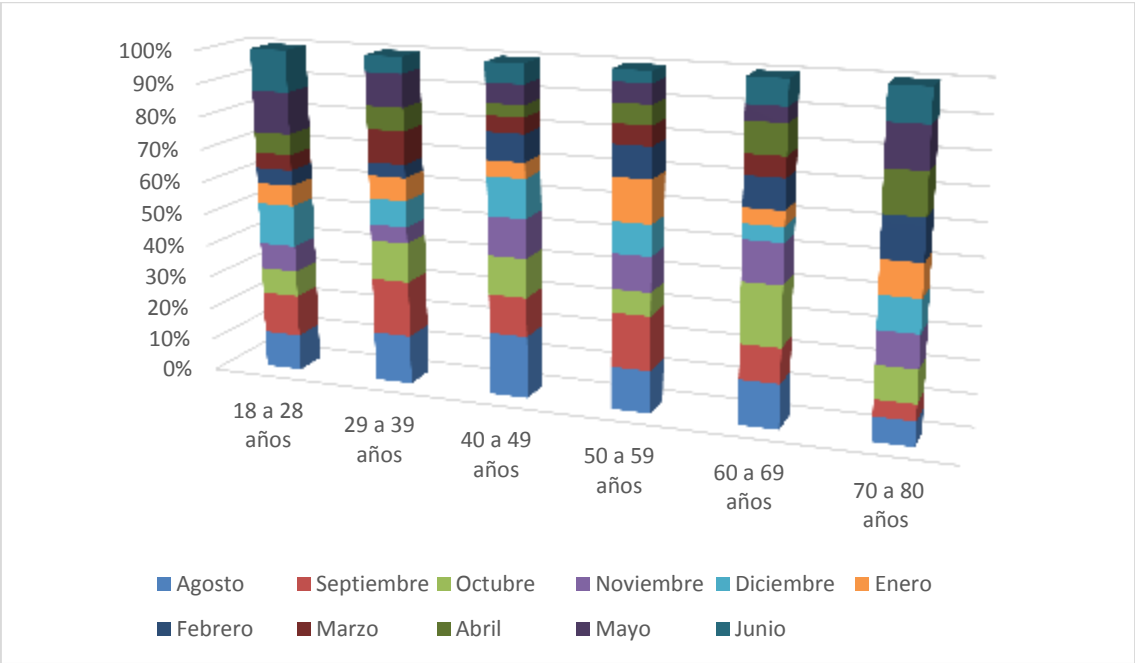




RANGO DE EDADES EN TRATAMIENTOS EN EL PERIODO AGOSTO 2024-JUNIO 2025:



RANGO DE EDADES DE PACIENTES QUE SE REALIZARON EXODONCIAS EN EL PERIODO AGOSTO 2024- JUNIO 2025:



RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1.-Alimentación sana: La reducción de azúcares en la dieta previene la aparición de caries y la pérdida prematura de dientes. Consumir alimentos ricos en calcio, vitamina D y magnesio, así como vegetales y frutas crudas.

2.-Una correcta higiene dental: Las caries se previenen con la concentración de fluoruro, que se puede encontrar en las pastas dentífricas. Una nueva opción que se puede utilizar para limpiar la boca es un producto dental elaborado con enzimas de microbios de algas, las cuales eliminan la placa y previene la erosión dental, según un estudio de la universidad de Newcastle, Inglaterra.

3.-Complementos naturales: Las sales de calcio son suplementos naturales que ayudan a prevenir la aparición de caries y a fortalecer tu dentadura.

4.-Uso correcto del cepillo: Esta es una herramienta indispensable para mantener una correcta salud bucal. Si se quiere evitar la caries se debe cambiar el cepillo cada tres o cuatro meses o si se ha tenido alguna enfermedad como tos, gripa, etc. Debido a la contaminación bacteriana. Después de cada uso, enjuagar perfectamente para quitar los residuos de pasta.

CONCLUSIONES

Conclusiones

De los 1300 pacientes adultos que fueron atendidos en el DIF municipal de Chiapa de Corzo, Chiapas; se encontraron que todos presentaban ausencias de piezas dentales , todos ellos con presencia de restos radiculares, dientes excesivamente cariados, dientes fracturados, la mayoría de estos adultos piden que se les realice todas las extracciones dentales necesarias pero sin rehabilitación protésica ya que no cuentan con la solvencia económica para poder rehabilitar y quedan edentulos toda la vida.

Por ello la caries dental es considerada la enfermedad más frecuente de la cavidad oral, afecta los dientes y tanto su presencia como sus efectos, tienden a aumentar en la medida que la edad es mayor. Lo que se caracteriza como un verdadero problema de salud pública.

El presente estudio demuestra que la caries es el factor primordial por el cual se realizan extracciones en adultos y adultos mayores; los programas educativos y preventivos, tales como las aplicaciones tópicas de flúor a temprana edad son exitosos para prevenir la caries dental, en la medida que aumentan los conocimientos y mejoran las actitudes.

Es importante tener en cuenta que los conocimientos y las pláticas de la población adulta no son y adecuadas y aunque sus actitudes son favorables con respecto a la higiene bucal, la historia de la caries que presentan en preocupante.

Los esfuerzos que se realicen por disminuir la tasa de extracciones realizadas por causa de la caries deben acompañarse de programas de educación a la población general, donde se resalte la trascendencia que tiene el mantener la dentición natural por la mayor cantidad de tiempo posible para así, disminuir el riesgo de padecer enfermedades sistémicas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIAS:

1. Cosme Gay Escoda. Leonardo Bereni Aytes, exodoncias complejas. Exodoncias quirúrgicas.
2. Cirugía bucal para pregrado y el odontólogo general. Bases de la cirugía bucal. Muños Thomson Francisco et., Ed. Amolca, Venezuela, 2012.
3. Tetrado de la Cirugía Oral, Walter C. Guralnick, Salvat Editores.
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Tratamiento de caries dental. Programa Nacional de Atención Estomatológica a la población. <http://aps.sldcu/bvs/materiales/estomatologia/programanacional.pdf>
5. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). Cuéntame INEGI. <http://www.who.int/medicentre/factsheets/fs318/es/>.
6. Breve historia de la Cirugía bucal y maxilofacial, Oscar Garcia-Roco Perez, Rev Hum Med v. 2 n. 1 Ciudad de Camaguey ene-abr 2002.
7. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación decenal de la iniciativa Regional de datos básicos en salud. 2004 (cited 2017 feb 13); Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/27992>.
8. Organización Mundial de la Salud (1987). Investigaciones de Salud Oral Básica: Métodos Básicos. Ginebra.
9. Organización Mundial de la Salud (208-216). Salud Bucodental. <http://www.who.int/medicentre/factsheets/fs318/es/>.
10. Promoción de Salud bucodental, mayo 2011. Isidro Vitoria, Milane. Unidad de nutrición metabolopatías.

ANEXOS

Fachada DIF municipal de Chiapa de corzo, Chiapas.



FERIA DE LA SALUD DE CHIAPA DE CORZO, CHIAPAS



DENTRO DEL CONSULTORIO DENTAL DEL DIF CHIAPA DE CORZO



BRIGADA ODONTOLOGICA DENTRO DE LA PRIMARIA CAHUARE, CHIAPA DE CORZO, CHIAPAS.



EXODONCIAS REALIZADAS EN CONSULTORIO DIF MUNICIPAL, CHIAPA DE CORZO, CHIAPAS.

