

Módulo II

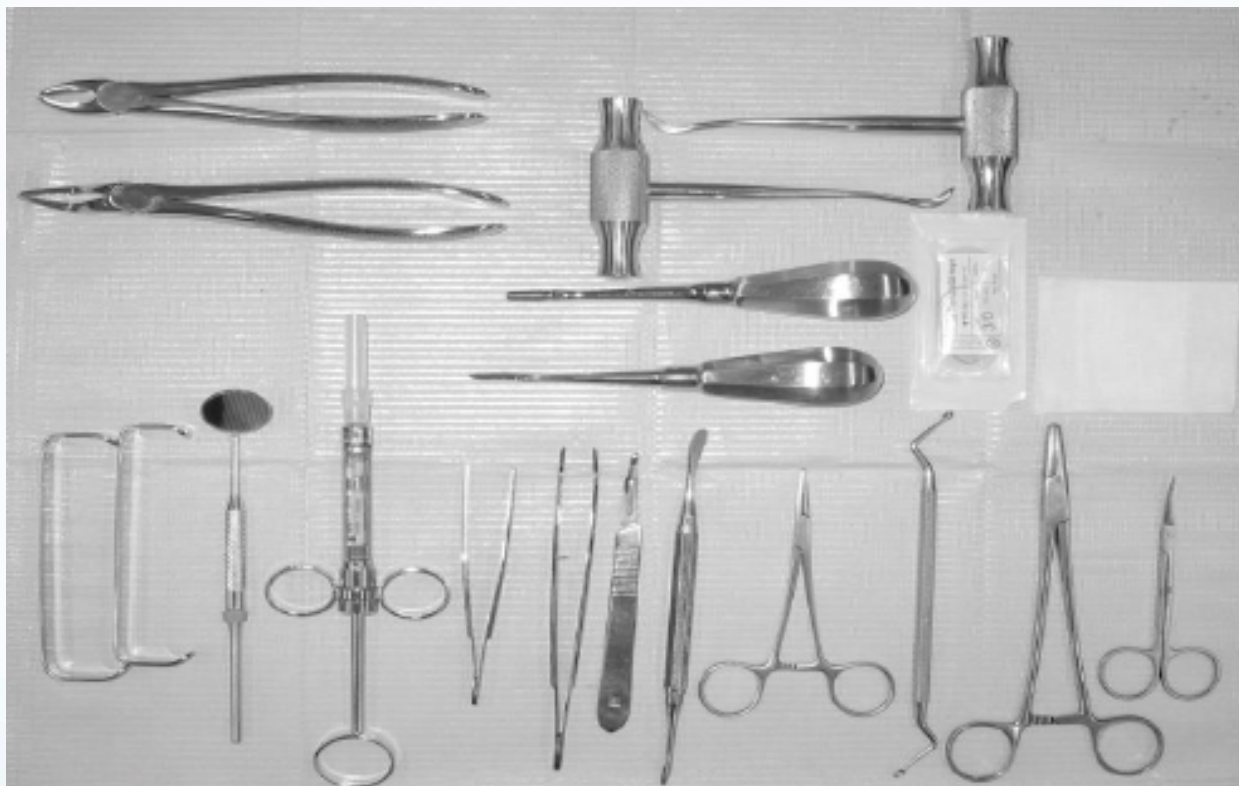
Exodoncia dentaria de dientes erupcionados en el maxilar superior

- 2.1 Sistemas y técnicas de anestesia
- 2.2 Instrumental y materiales. Posición del sillón dental y del dentista. Posición de la mano activa y de la mano contraria
- 2.3 Tiempos de la exodoncia con fórceps y con elevadores
- 2.4 Extracción de restos radiculares. Extracciones seriadas
- 2.5 Vídeos de extracciones

Instrumental y materiales.

- El material para realizar las exodoncias se colocará sobre una superficie estéril / aséptica como paños estériles, cajas de cirugía o sus envases por la zona interna.
- Se debe ordenar el instrumental para la exodoncia de acuerdo a la secuencia de la misma.
- El material para la resolución de posibles complicaciones también debe estar preparado antes de comenzar el procedimiento de la exodoncia.

Instrumental y materiales forma de distribución en una mesa quirúrgica (entorno estéril / aséptico)



Un espacio amplio permite identificar el instrumental de una manera más sencilla.



Instrumental preparado para el manejo de tejidos blandos.



Instrumental y material preparado a falta de los fórceps.

- Siguiendo un orden, el instrumental y material a preparar sería el siguiente:
 - Separadores y espejo
 - Jeringa, agujas y anestésico.
 - Sindesmotomo o periotomo
 - Hoja y mango de bisturí
 - Periostotomo
 - Elevadores o botadores rectos y angulados
 - Fórceps
 - Cucharilla de legrado
 - Pinzas mosquito de hemostasia
 - Pinza de disección
 - Portaguñas
 - Sutura
 - Tijeras
 - Material de hemostasia

La selección de la aguja se realiza de acuerdo a:



-Longitud

- Largas 32 mm
- Cortas de 20 mm
- Extracortas de 10 mm

-Calibre (diámetro interno del lumen de la aguja)

- nº 25 (0,25 mm).
- nº 27 (0,20 mm)
- nº 30 (0,15mm)

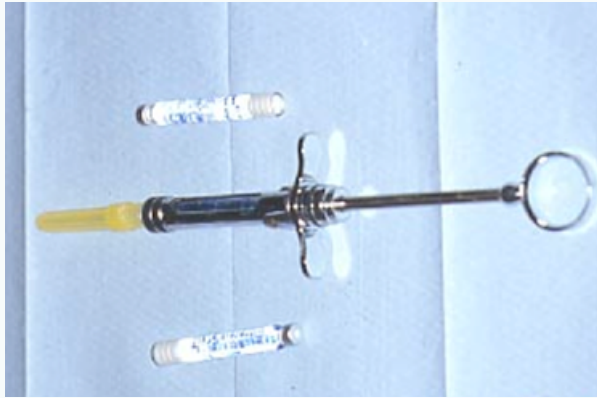


Las agujas mas utilizadas en odontología son:

- 27 G larga. Utilizada en bloqueos tronculares
- 30G corta. Utilizada en técnicas infiltrativas
- 30G extracorta. Para técnica intraligamentosa



Se debe comprobar el funcionamiento del mecanismo de aspiración antes de pinchar al paciente.



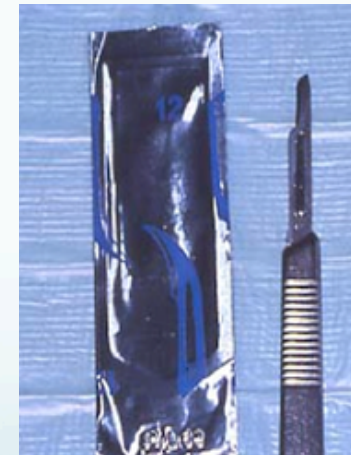
Jeringa de anestesia preparada



Un abre bocas puede ser de utilidad en ciertos casos



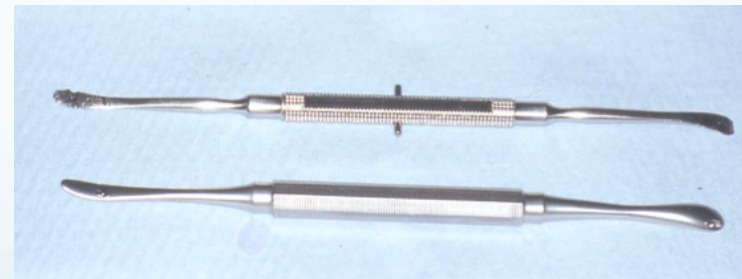
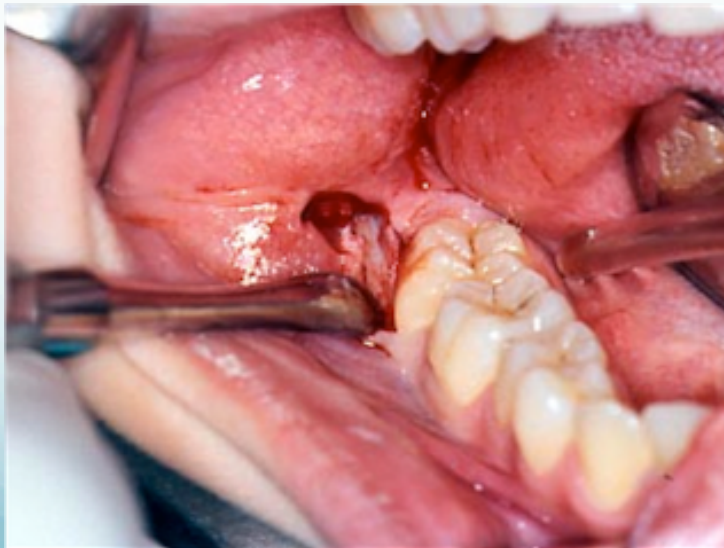
Se debe seleccionar una hoja de bisturí adecuada. En cirugía la nº15.



Mango y hoja de bisturí nº15 montada



Imágenes de periostotomos



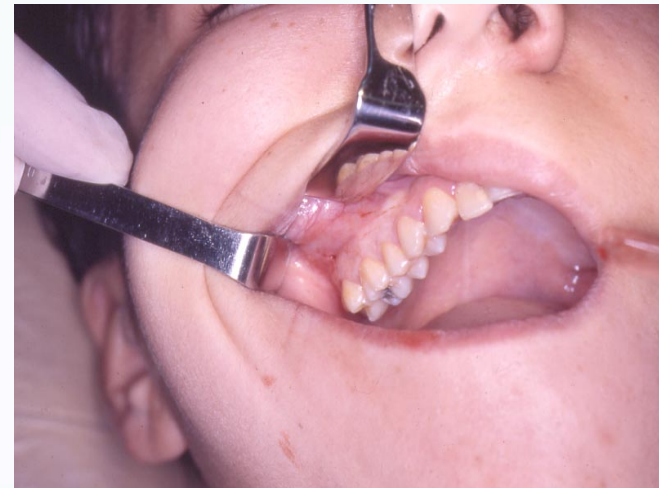
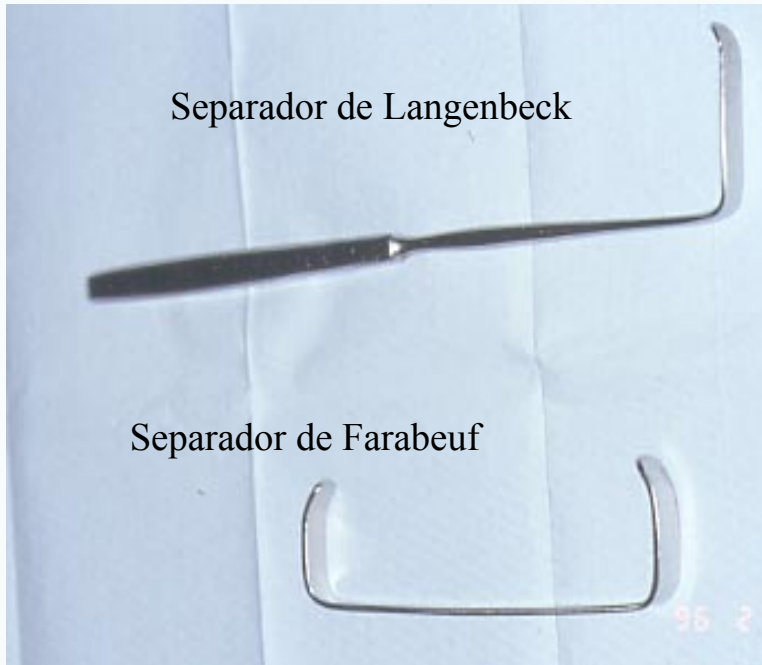
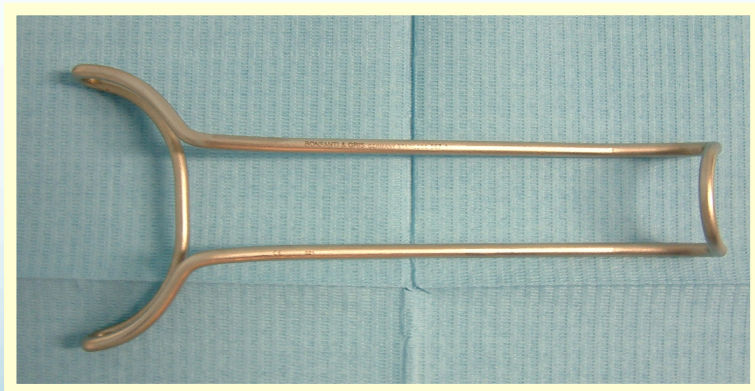


Imagen clínica con dos separadores de Farabeuf

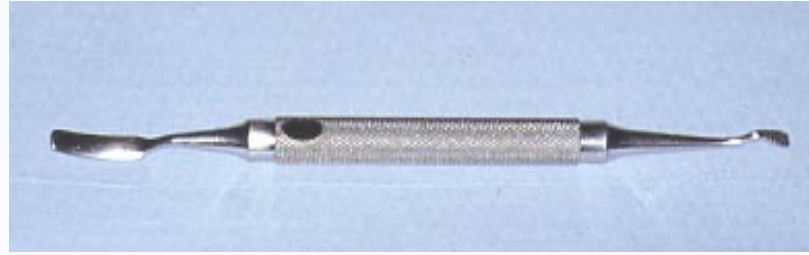


Separador de Branemark

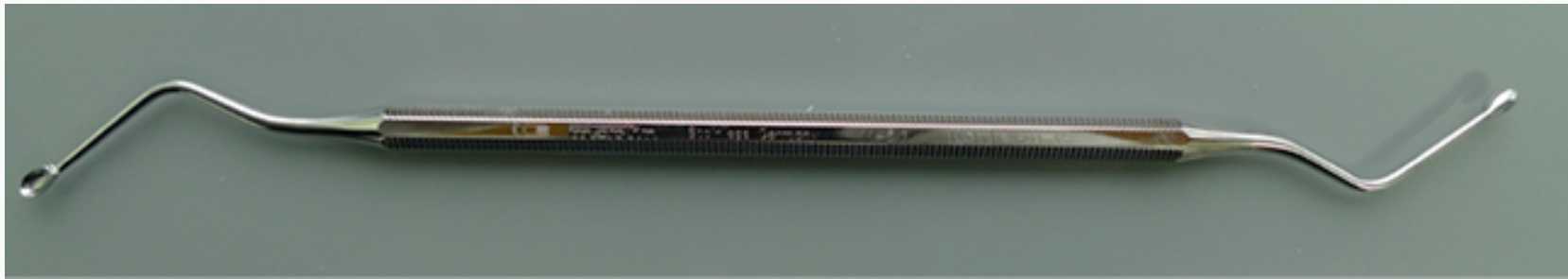


Separador de Minnessota





Lima para la regularización ósea.



Cucharillas y rascadores para legrado alveolar. Las cucharillas son instrumentos que constan de un eje que hace de mango con un extremo biangulado y una parte activa en forma de pequeña cuchara. Suelen ser biactivos, es decir tienen una parte activa en cada extremo del mango.



Cirugía Bucal. Técnicas de exodoncia dentaria.

Santamaria G, Barbier L, Arteagoitia I, Álvarez J, Santamaria J.

Pieza de mano



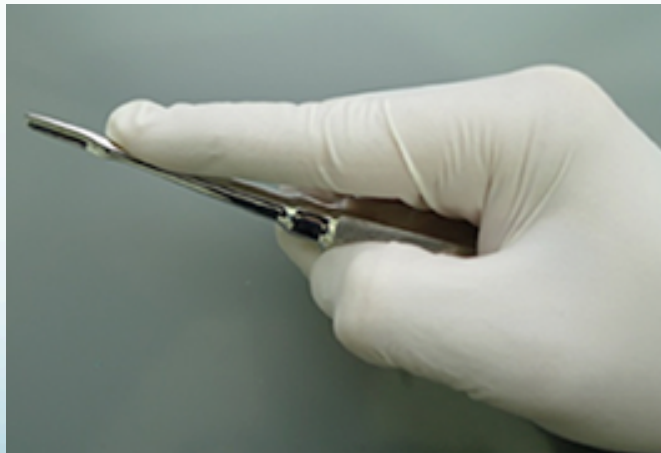
Fresa de osteotomía y osteotomía nº8



Fresa de Lindemann



Botador recto ancho y estrecho



Correcto agarre del botador para su utilización



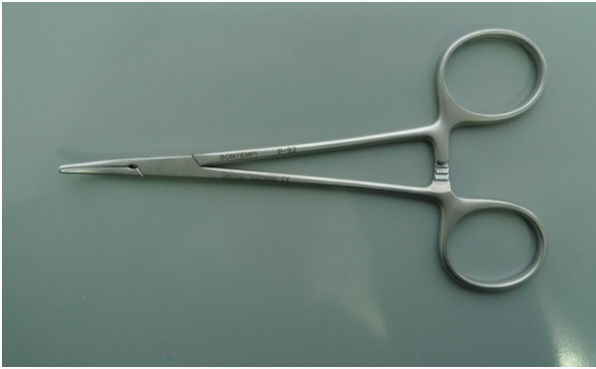
Fórceps mandibular de acción frontal.



Fórceps mandibular con elevadores de Winter



Elevador de Pott



Pinza de hemostasia
Haldsted-Mosquito curva



Castroviejo de sutura. Recomendables con
sutura fina $\geq 4/0$.



Tijeras de disección. Pueden
ser rectas o curvas.



Cirugía Bucal. Técnicas de exodoncia dentaria.

Santamaria G, Barbier L, Arteagoitia I, Álvarez J, Santamaria J.



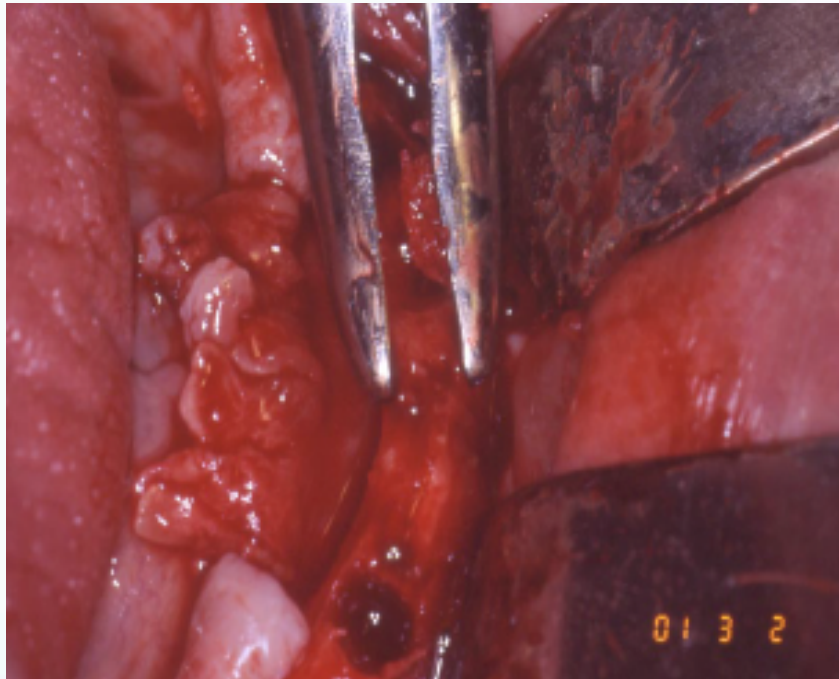
Portagujas para la sutura



Correcto agarre del portagujas



Pinza de disección con dientes

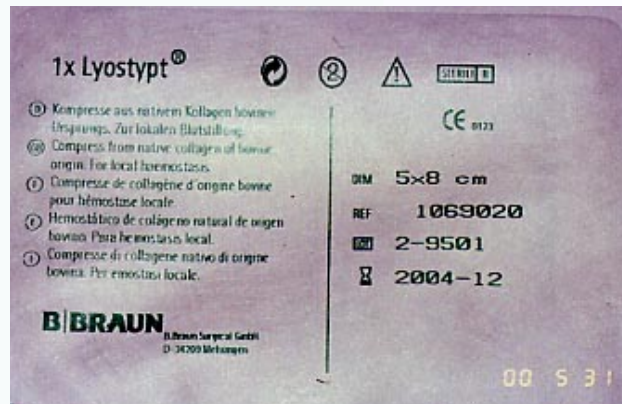


Utilización de pinza gubia para la regularización ósea

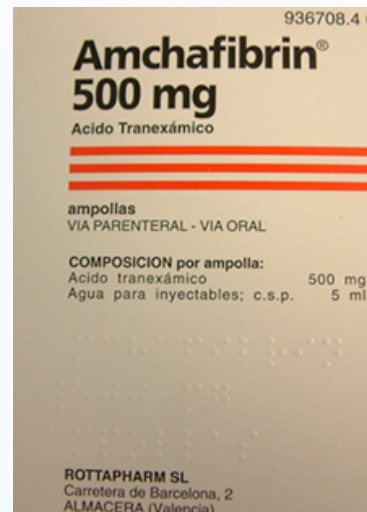
Cirugía Bucal. Técnicas de exodoncia dentaria.

Santamaria G, Barbier L, Arteagoitia I, Álvarez J, Santamaria J.

Agentes hemostáticos locales



Esonja de colágeno



Ácido tranexámico



Esonja de gelatina

Cirugía Bucal. Técnicas de exodoncia dentaria.

Santamaria G, Barbier L, Arteagoitia I, Álvarez J, Santamaria J.



Mediante el calor creado por una corriente alterna de alta frecuencia e intensidad, el electrobisturí permite cortar tejidos mientras cauteriza la herida.

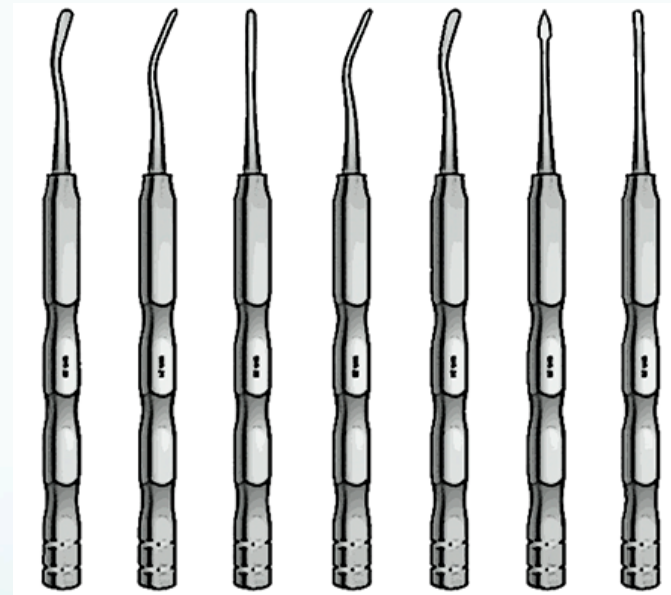


Se seleccionan puntas redondas para cauterizar y con forma de agujas para realizar cortes o disecciones.



Sindesmotomo o periotomo.

- Es un instrumento diseñado para realizar la separación de las fibras del ligamento periodontal que unen el diente con la encía. Constan de un mango, un eje y una parte activa u hoja que introducida en profundidad y recorriendo el surco gingivodentario cortan el ligamento
- También pueden utilizarse como periotomo:
 - Hoja de bisturí
 - Elevador recto
 - Elevador angulado
 - Periostotomo
 - Fórceps



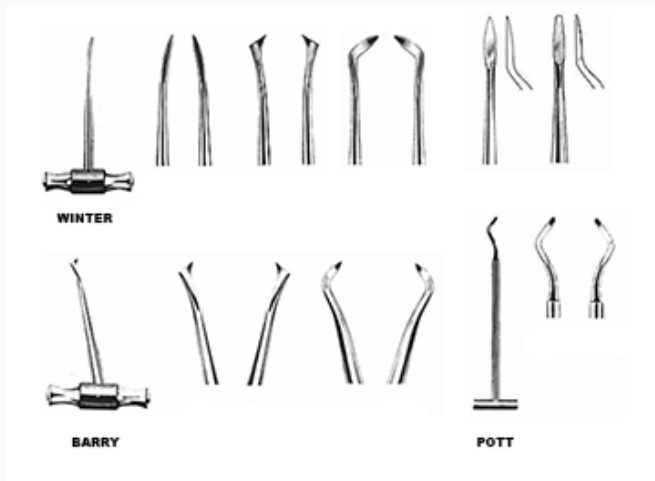
Existen distintos periotomos dependiendo del grosor, anchura y angulación.

Elevadores o botadores rectos.



- Los elevadores o botadores son instrumentos para movilizar dientes. Constan de un mango, un eje y una hoja activa. Los denominados rectos tienen el eje y la hoja alineados en el mismo eje. La hoja es acanalada y tienen una punta achatada pero cortante y dos bordes laterales afilados. Los elevadores rectos tienen diferentes anchuras de hoja que puede ir de 2 a 6 mm. Los más usados son de 4 a 6 mm.
- La hoja tiene una parte convexa y otra plana o cóncava que es la que se aplica al diente a extraer.
- Los elevadores también sirven como periotomos pero son más traumáticos. Ayudan mucho a la luxación dentaria y son mucho más resistentes a la fractura que los periotomos.
- Sirven tanto para exodoncias del maxilar inferior como para el superior.

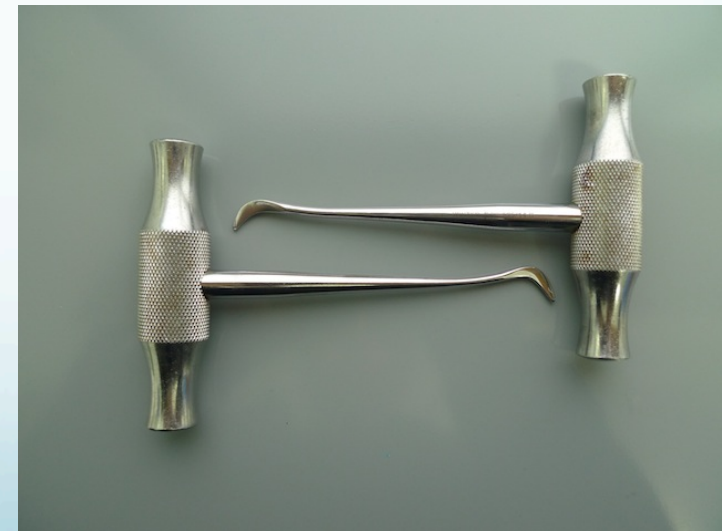
Elevadores o botadores angulados.



También tienen un mango, un eje y una hoja, pero los elevadores angulados tienen el eje y la hoja activa formando un ángulo. Existen diversos tipos diseñados para funciones diversas: Winter, Pott, ápices, etc. Todos ellos se fabrican en parejas iguales en espejo. Suelen estar marcados con R (right) o L (left)

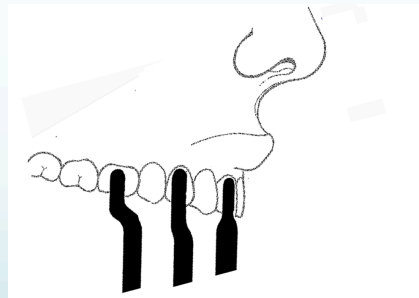
- El más utilizado es el de Winter y tiene la parte activa más corta (Barry BEB-20) o más larga (BEB 71). Se pueden utilizar sobre todo en el maxilar inferior pero también tiene utilidad para el superior.

Elevador de Pott

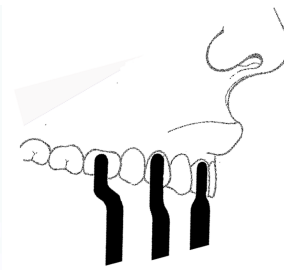


Fórceps

- Los fórceps son pinzas de forcipresión que permiten sujetar los dientes firmemente de forma que se puedan movilizar y extraer. Constan de dos elementos cada uno de ellos con su asa y hoja de prensión. Los dos elementos se unen entre si por medio de una articulación de forma que al juntar las asas se aproximan las hojas, de la misma forma que lo hace un alicate. La característica de las hojas del fórceps es que se adaptan perfectamente por vestibulo y palatino o lingual al diente.



Fórceps



- Los fórceps para maxilar superior son rectos para los sectores anteriores, curvos hasta formar un “S” itálica para los sectores posteriores y en bayoneta para los terceros molares.
- Mientras que los mandibulares forman un ángulo de 90°.



Fórceps recto. Para incisivos y caninos superiores.



Fórceps en “S” itálica para sectores posteriores superiores.



Fórceps en bayoneta para raíces superiores.

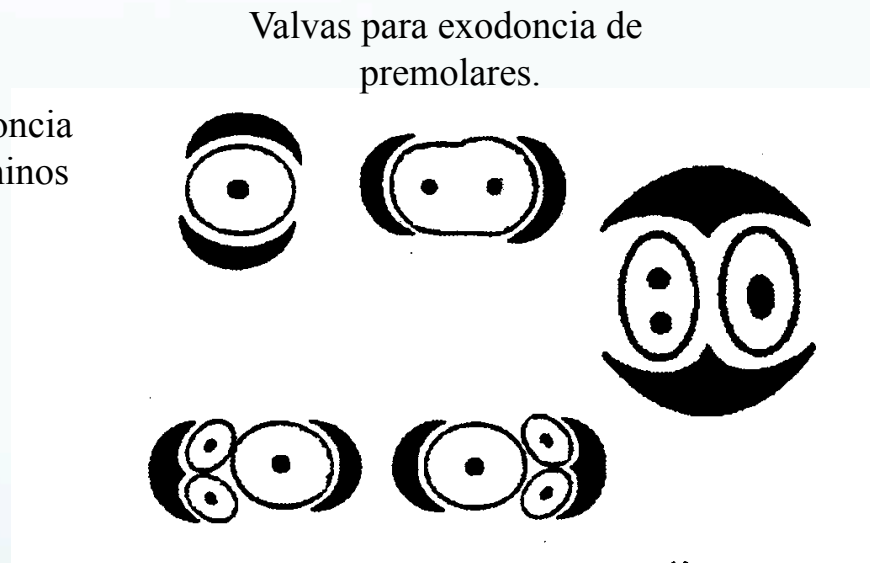
Fórceps con ángulo 90° para exodoncias inferiores.



Fórceps.

- Las hojas de prensión disponen de unas valvas que se deben de adaptar a la anatomía del diente a exodonciar.

Valvas para exodoncia de incisivos y caninos superiores.

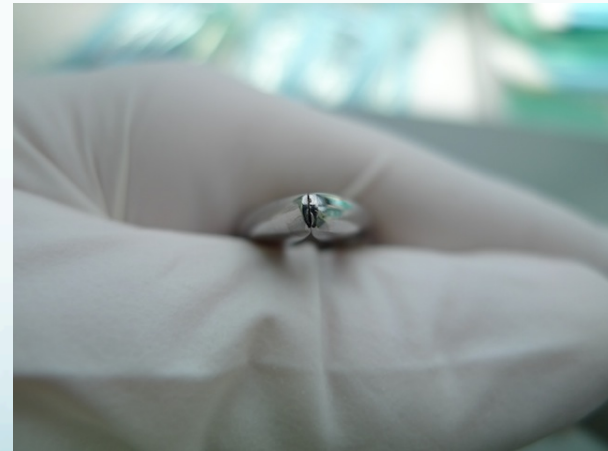


Fórceps.

Fórceps para el maxilar superior:

- ✓Fórceps para incisivos superiores: recto (150) y universal superior (150s)
- ✓Fórceps para canino superior: recto y universal superior
- ✓Fórceps para premolares de ambos lados (150s)
- ✓Fórceps para 1º y 2º molares: (53) derechos y (54) izquierdos
- ✓Fórceps para 3º molares (67)
- ✓Fórceps para restos radiculares

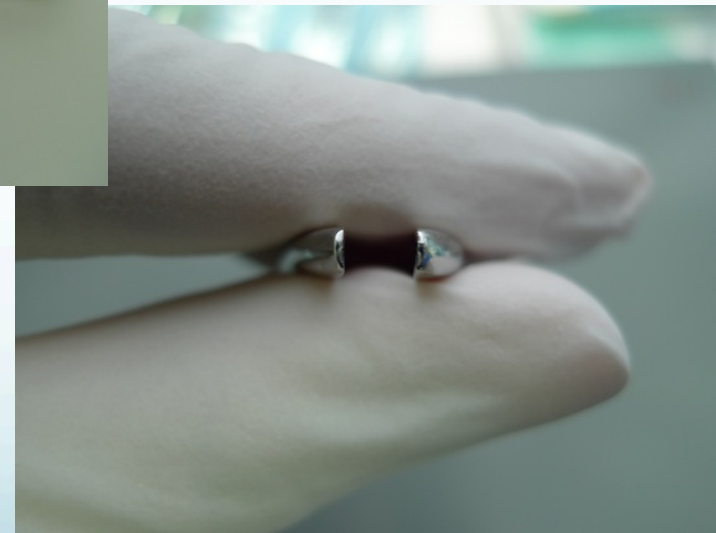
Fórceps para restos radiculares superiores



Fórceps para incisivos y caninos superiores



Fórceps para premolares superiores

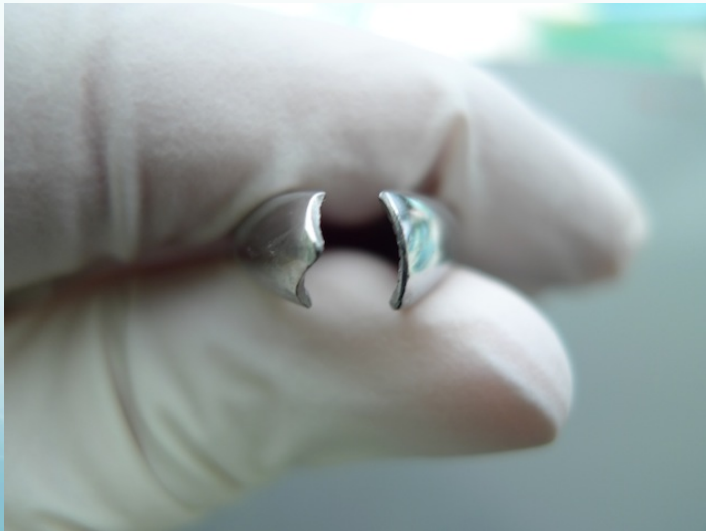




Fórceps para molares superiores

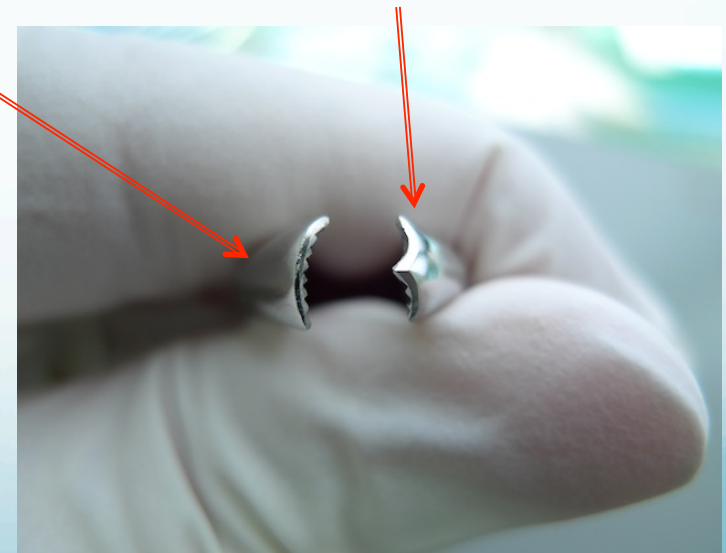


Pala con dos valvas que adaptan en las raíces vestibulares



Valva que adapta en la raíz palatina

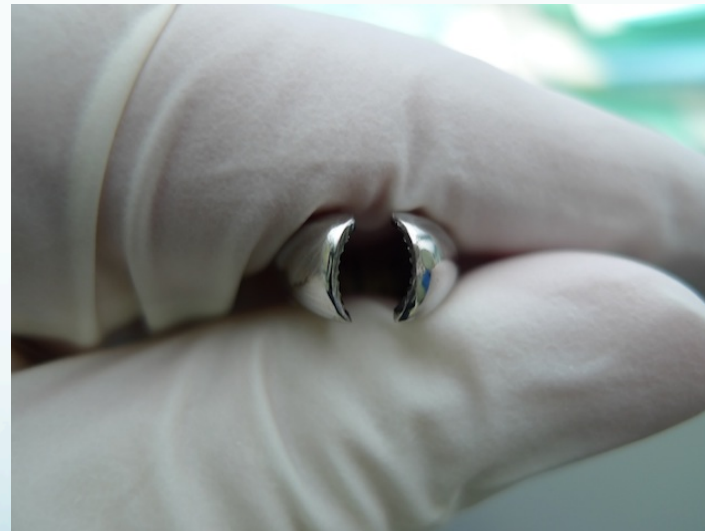
Fórceps para molares superiores derechos e izquierdos. Cambia la situación de la parte activa vestibular



Fórceps para 3º molares superiores



También conocido como “pico de pato”

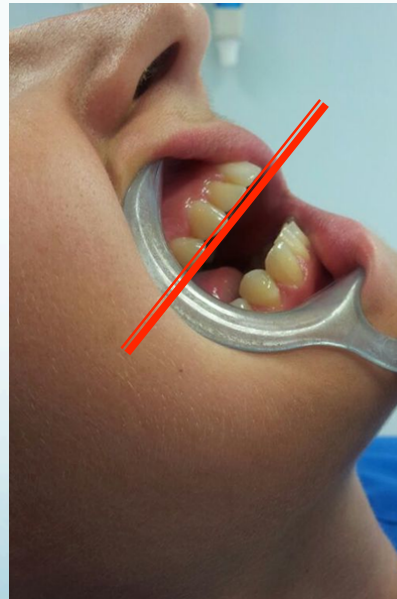


Otros instrumentos y materiales.

- Para **legrado alveolar**: cucharillas y rascadores
- Para **colgajos mucosos**: bisturí, periostotomo, portaguja, aguja de sutura, sutura, pinza de disección.
- Para **ostectomía**: micromotor, fresas, pinza gubia, escoplos.
- Para **odontosección**: micromotor, turbina, escoplos.
- Para **hemostasia**: pinza mosquitos.
- **Materiales hemostáticos**: gasas, esponjas de colágeno, cera de hueso, hidroxiapatita ...

Posición del sillón dental en exodoncias maxilares

- Para las exodoncias maxilares, el respaldo del sillón dental debe formar con el asiento un ángulo de 125° .
- La posición de la cabeza debe ser tal que una línea imaginaria que pase por el plano oclusal del maxilar superior sea perpendicular al reposacabezas.



Cirugía Bucal. Técnicas de exodoncia dentaria.

Santamaria G, Barbier L, Arteagoitia I, Álvarez J, Santamaria J.

Posición del profesional en exodoncias maxilares

- Se recomienda al dentista realizar las exodoncias de pie hasta adquirir experiencia.
- El profesional se situará a la derecha y frente al paciente. POSICIÓN FRONTOLATERAL
- El personal auxiliar se ubicará a la izquierda del paciente.

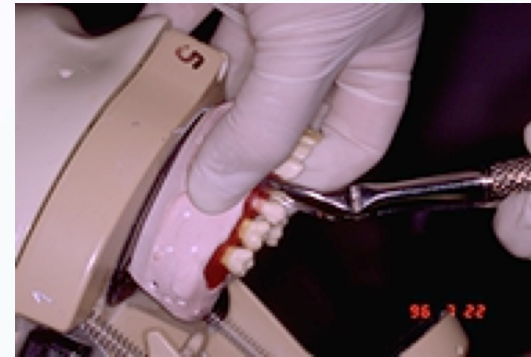
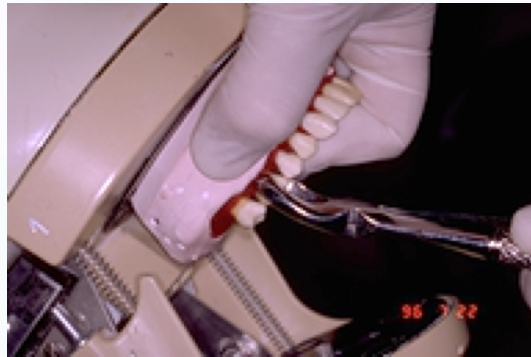


Posición de la mano activa y de la mano contraria

- La posición de la mano activa y la mano contraria variará dependiendo de la pieza a exodonciar.

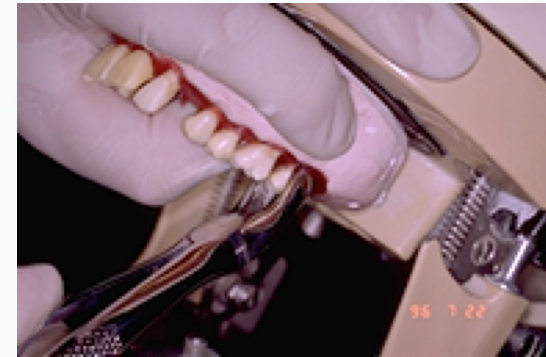
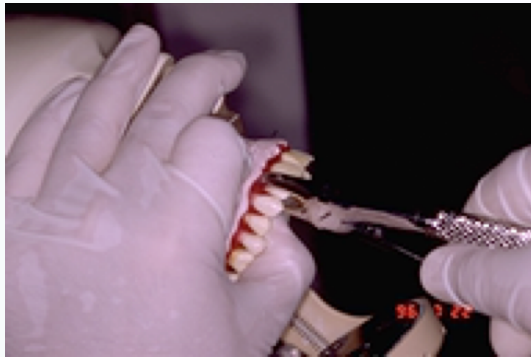
No olvidar la importante función de la mano contraria para estabilizar los maxilares y/o proteger al paciente de los posibles movimientos incontrolados del instrumental.

- Exodoncia de dientes entre 1.8 y 1.4



- Los dedos permiten sentir el movimiento de las raíces mientras separan y protegen los tejidos blandos
- El dedo pulgar ocupa el vestíbulo del diente a exodonciar
- El dedo índice ocupa el reborde alveolar por la parte palatina.

- Exodoncia de dientes entre 1.3 y 2.8



- El dedo pulgar pasa a ocupar la zona palatina del diente a exodonciar mientras que el dedo índice ocupa ahora la zona vestibular.