

130
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUJANO DENTISTA

**TECNICAS DE LA
CIRUGIA ENDODONTICA**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
FRANCISCO JAVIER DIAZ VARGAS**

ASESOR:

C. D. ENRIQUE SANTOS E.

MEXICO, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION.

CAPITULO_I

HISTORIA DE LA CIRUGIA ENDODONTICA.

INDICACIONES DE LA CIRUGIA ENDODONTICA.

CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGIA ENDODONTICA.

CAPITULO_II

PREOPERATORIO.

SEDACION.

FISTULIZACION QUIRURGICA.

TREPANACION Y DRENAJE.

CAPITULO_III

LEGRADO PERIAPICAL.

RADIOLOGIA.

CAPITULO_IV

APICECTOMIA.

CUIDADO POSOPERATORIO.

REPORTE DE UN CASO CLINICO.

CICATRIZACION.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

EN AÑOS RECIENTES, LA INVESTIGACION CLINICA HA COMPROBADO --
QUE LAS ENFERMEDADES PULPARES Y PERIAPICALES PUEDEN SER TRATADAS--
DE MANERA CONVENCIONAL CON GRAN EXITO, EMPLEANDO METODOS ADECUA--
DOS DE INSTRUMENTACION, DESINFECCION Y SELLADO DE LAS CAVIDADES -
PULPARES. EL USO DE MEDICAMENTOS PARA ACTIVAR EL CIERRE BIOLÓ --
GICO DE LOS APICES ABIERTOS Y OTROS DEFECTOS RADICULARES HAN ----
REDUCIDO AUN MAS EL NUMERO DE LAS INDICACIONES PARA LA CIRUGIA.

EL HALLAZGO DE TECNICAS NO QUIRURGICAS PARA EL TRATAMIENTO --
DE QUISTES HA SALVADO A PACIENTES DE CIRUGIA INNECESARIA. SIN --
EMBARGO, EN ALGUNAS OCACIONES NO PUEDE EVITARSE LA CIRUGIA. SI -
HA FRACASADO EL TRATAMIENTO O HAY POSIBILIDAD DE FRACASO, ESTA --
INDICADA LA INTERVENCION QUIRURGICA.

A CONTINUACION SE DESCRIBIRAN LAS INDICACIONES Y CONTRAINDI--
CACIONES DE LA CIRUGIA ENDODONTICA Y ALGUNAS TECNICAS QUIRURGI---
CAS.

TECNICAS DE LA CIRUGIA ENDODONTICA
CAPITULO I.

HISTORIA DE LA CIRUGIA ENDODONTICA.

LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS EN ENDODONCIA SE INICIARON--
DESDE LA EPOCA EGIPCIA, EN EL S. III ANTES DE CRISTO; ENCONTRAN--
DOSE MANDIBULAS CON HOYOS HECHOS POR FRESAS, EN LOS QUE SE CON--
SIDERA QUE PUDIERON HABERSE HECHO EN VIVO CON EL OBJETO DE ALI--
VIAR EL DOLOR OCASIONADO POR ABSCESOS ALVEOLARES {6}.

HACE UNOS 1500 AÑOS AECIO, MEDICO Y ODONTOLOGO GRIEGO, INCI--
DIO POR PRIMERA VEZ UN ABSCESO APICAL AGUDO CON BISTURI. EL ---
TRANSPLANTE Y EL REIMPLANTE SON OTRAS DE LAS TECNICAS QUIRURGI--
CAS PRACTICADAS HASTA MEDIADOS DEL S. XIX.

HULLIHEN EN 1839, REALIZO UNA INCISION A TRAVES DE LA ENCIA
A LO LARGO DE LA RAIZ DEL DIENTE Y APLICANDO POSTERIORMENTE UN -
HIGO ASADO O PASAS DE UVA MACHACADAS SOBRE LA ENCIA. EN 1844 --
FARRAR DESCUBRIO UN TRATAMIENTO RADICULAR DEL ABSCESO ALVEOLAR -
POR MEDIO DE LA AMPUTACION DE RAICES Y DIENTES. EN 1886 G.V. --
BLACK PRECONIZA LA AMPUTACION TOTAL DE LAS RAICES INDIVIDUALES -
DE MOLARES MUY AFECTADOS POR LA ENFERMEDAD PERIODONTAL Y LA OBTU--
RACION DEL CONDUCTO DE LAS RAICES SANAS. EN 1919, GAVIN CONFIR--
MA CON RADIOGRAFIAS LA POSIBILIDAD DE OBTURACION POR VIA APICAL--
{7}.

INDICACIONES DE LA CIRUGIA ENDODONTICA.

A).- NECESIDAD DE DRENAJE.

GENERALMENTE EL DRENAJE SE REALIZA EN PACIENTES CON UN ---- ABSCESO APICAL AGUDO, CON LA FINALIDAD DE ELIMINAR LA PUS Y LAS- TOXINAS ACUMULADAS EN LA ZONA DE CELULITIS; EVITANDO LA FORMA--- CION DE UNA FISTULA CUTANEA DESFIGURANTE, Y EL ALIVIO DEL DOLOR- AL ELIMINAR LA PRESION PROVOCADA POR EL ABSCESO APICAL AGUDO.

B).- FRACASO DEL TRATAMIENTO ENDODONTICO.

CUANDO SE PRESENTAN ZONAS PATOLOGICAS ALREDEDOR DE CONDUCC-- TOS OBTURADOS ANTERIORMENTE, SON SIGNOS DE FRACASO E INDICAN LA- PRESENCIA DE UN IRRITANTE LOCAL QUE IMPIDE LA REPARACION DEL TE- JIDO OSEO. ESTAS ZONAS PUEDEN SER PROVOCADAS POR INFECCION O TRAU- MATISMO LOCAL PERSISTENTE; POR LA PERCOLACION DE LIQUIDOS DE TE- JIDOS NOCIVOS EN EL CONDUCTO PRINCIPAL INCOMPLETAMENTE OBTURADO; POR CONDUCTOS ACCESORIOS ABIERTOS, NO OBTURADOS; MATERIALES DE - OBTURACION MUY SALIENTES A TRAVES DEL FORAMEN APICAL; POR FRACTU- RAS RADICULARES VERTICALES.

A VECES, UN CASO ENDODONTICO LLEGA A FALLAR, AUNQUE EN LA - RADIOGRAFIA SE OBSERVE UNA OBTURACION BIEN HECHA. EN ESTOS ---- CASOS SE DEBE DE LLEVAR A CABO UN EXAMEN MINUCIOSO PARA DETERMI- NAR LA CAUSA DEL FRACASO. PRIMERO SE REALIZA UN EXAMEN RADIO--- GRAFICO PARA ELIMINAR LA POSIBILIDAD DE UNA OBTURACION INADECUA- DA. SEGUNDO, SE EXAMINA EL DIENTE PARA DETECTAR UN TRAUMATISMO- OCLUSAL. TERCERO, SE COMPRUEBA LA VITALIDAD DE LOS DIENTES --- VECINOS Y FINALMENTE SE EXPLORA EL SURCO PARA VER SI HAY UNA --- FRACTURA RADICULAR VERTICAL O UNA BOLSA PERIODONTAL.

SI NO SE DETECTA NINGUNO DE ESTOS FACTORES, SE RETIRARA LA- OBTURACION, SE LIMPIAN LOS CONDUCTOS Y SE PROCEDE A OBTURARLOS -

NUEVAMENTE. SI PESE A TODO NO HAY CICATRIZACION, SE HARA LA --- EXPOSICION QUIRURGICA CON LA FINALIDAD DE VER CUAL ES LA CAUSA; YA QUE SE HA ESTABLECIDO EL DIAGNOSTICO, EN LA MISMA SESION SE - OBTURA EL APICE.

C).- APICE ABIERTO E INFUNDIBULIFORME.

SI ENCONTRAMOS UN APICE ABIERTO, GENERALMENTE PUEDE SER ES-
STIMULADO EL CIERRE APICAL POR MEDIO DE LA APEXIFICACION O NEOFOR-
MACION APICAL. EN EL CASO DE QUE FALLE ESTE PROCEDIMIENTO Y ---
COMO ULTIMO RECURSO SERA NECESARIO LA EXPOSICION QUIRURGICA Y LA
OBTURACION RETROGRADA DEL APICE.

D).- EXTREMO RADICULAR CURVO.

UN DIENTE CON ACODAMIENTO APICAL PRONUNCIADO, PUEDE SER ---
OBTURADO POR TÉCNICAS NO QUIRURGICAS; COMO LA TECNICA DE GUTAPER-
CHA REBLANDESIDA O EL USO DE INSTRUMENTOS FRACTURADOS. SI LOS -
PROCEDIMIENTOS ANTERIORES FALLAN Y PARA EVITAR QUE SE FORME UNA-
LESION O PERSISTA, SE DEBE DE VOTAR POR LA INTERVENCION QUIRUR--
GICA Y LA OBTURACION APICAL.

E).- RESORCION.

CUANDO EXISTE UNA COMUNICACION ENTRE EL CONDUCTO RADICULAR-
Y EL LIGAMENTO PERIODONTAL POR UNA ZONA DE RESORCION INTERNA O--
EXTERNA, SE PUEDE RECURRIR A LA CIRUGIA Y OBTURACION DEL APICE.

F).- FRACTURAS APICALES.

EN CASOS DE FRACTURA RADICULARES EN LOS CUALES EL SEGMENTO-
CORONARIO QUEDA, PERO LA PULPA ESTA DESVITALIZADA, HAY QUE ----

DECIDIR SI SE INCLUYE EL SEGMENTO APICAL EN LA OBTURACION DEL -- CONDUCTO O SE ELIMINA QUIRURGICAMENTE.

SI EL FRAGMENTO RADICULAR ES PEQUEÑO O ESTA ALEJADO CONSIDERABLEMENTE DEL SEGMENTO CORONARIO Y RODEADO DE UNA LESION, SERA PRECISO ELIMINARLO.

G).- QUISTE APICAL.

LA CARACTERISTICA PATOGNOMONICA DE UN QUISTE ES LA DE SEPARAR LAS RAICES DE LOS DIENTES A MEDIDA QUE SE VA EXTENDIENDO POR LO QUE ES UNA INDICACION PARA LA INTERVENCION QUIRURGICA. OTRA TECNICA CONSERVADORA QUE SE UTILIZA COMO ALTERNATIVA EN EL TRATAMIENTO DE QUISTES QUE PRESENTEN LESIONES AMPLIAS ES LA MARSUPIALIZACION.

H).- NECESIDAD DE BIOPSIA.

EN EL CASO DE QUE SE PRESENTE UNA LESION MALIGNA, ES NECESARIO HACER LA BIOPSIA DEL TEJIDO OBTENIDO POR MEDIO DEL RASPADO APICAL.

I).- IMPOSIBILIDAD DE HACER EL TRATAMIENTO ENDODONTICO.

LA IMPOSIBILIDAD DE HACER EL TRATAMIENTO TRADICIONAL SURGE CUANDO LAS RESTAURACIONES O LAS CALCIFICACIONES IMPIDEN EL ACCESO CORONARIO AL CONDUCTO RADICULAR.

CORONAS FUNDAS.- LA REDUCCION TAN GRANDE DE ESTRUCTURA DENTARIA NECESARIA PARA LAS CORONAS FUNDAS, TANTO DE ACRILICO COMO DE PORCELANA COCIDA SOBRE METAL, DEBILITA EL MUÑON DEL DIENTE. LA PREPARACION ENDODONTICA DE CAVIDAD DEBILITA AUN MAS ESTOS --- TALLADOS, HACIENDO QUE EL DIENTE SEA MUY PROPENSO A FRACTURARSE-

A LA ALTURA DE LA ENCIA. LA OBTURACION APICAL PUEDE SER UNA ---
SOLUCION-TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL APICE Y OBTURACION DEL MISMO.

ANCLAJES DE PROTESIS PARCIALES FIJAS.- SI PRECISAMOS HACER-
EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN DIENTES PILARES PARA PROTESIS ---
PARCIALES FIJAS, HEMOS DE VALORAR ESPECIALMENTE LOS ANCLAJES ---
ANTES DE COMENZAR EL TRATAMIENTO. LAS CAVIDADES DE ACCESO ENDO-
DONTICAS PUEDEN DEBILITAR LA CORONA Y QUITAR RETENCION A LOS ---
COLADOS. EN ESTOS CASOS PODRIA RECURRIRSE AL TRATAMIENTO POR --
VIA APICAL, SI ELLO ESTUVIERA INDICADO Y NO TOCAR LA RESTAURA---
CION.

CORONAS CON RETENCION DE PERNO.- EL FRACASO ENDODONTICO EN-
DIENTES CON PERNOS DE RETENCION ES UNA INDICACION COMUN DE OBTU-
RACION APICAL, YA QUE EL RETIRO DEL PERNO PUEDE FRACTURAR LA ---
RAIZ, O QUE EL PERNO SEA UN PILAR Y PARA LLEGAR AL CONDUCTO AFEC
TADO HABRIA QUE RETIRAR TODO EL PUENTE.

J).- FRACTURA DE INSTRUMENTOS.

LA MAYORIA DE LOS INSTRUMENTOS QUE SE FRACTURAN DENTRO DEL-
CONDUCTO RADICULAR QUEDAN FIRMEMENTE TRABADOS, POR LO QUE EL ---
RETIRO DE ESTOS ES DIFICIL. SIN EMBARGO, EN ALGUNAS OCACIONES -
OBTURAN EL CONDUCTO RADICULAR, PERO GENERALMENTE SE PRESENTAN --
FRACASOS, POR LO QUE SE RECURRE AL ACCESO QUIRURGICO DEL APICE Y
LA COLOCACION DE UNA OBTURACION APICAL.

K).- PERFORACION.

LA PERFORACION CERCA DEL APICE HACE IMPOSIBLE LA CORRECTA -
INSTRUMENTACION Y OBTURACION DEL MISMO, POR LO QUE SE PREFIERE -
ESTIMULAR LA NEOFORMACION APICAL CON HIDROXIDO DE CALCIO PARA --
POSTERIORMENTE SER OBTURADO EL CONDUCTO. SI SE PRESENTA UNA ---

REACCION PERIAPICAL Y EL PROCEDIMIENTO ANTERIOR FALLA, SERA NECESARIO RECURRIR AL ACCESO QUIRURGICO Y SELLADO APICAL.

LJ.- SOBREINSTRUMENTACION.

SE PRESENTA CUANDO UTILIZAMOS INSTRUMENTOS DEMASIADO GRUESOS Y PROVOCAMOS LA PERFORACION DEL FORAMEN APICAL O BIEN LA FRACTURA DEL APICE. LA SOBREINSTRUMENTACION PUEDE PASAR FACILMENTE DESAPERCIBIDA EN LA RADIOGRAFIA, PERO SE TORNARA EVIDENTE CUANDO EL MATERIAL DE OBTURACION SE PROYECTE POR EL ESPACIO QUE DEJA. SI PERSISTE O APARECE UNA LESION, ESTE APICE DEBERA SER ELIMINADO QUIRURGICAMENTE.

MJ.- SOBREOBTURACION EXCESIVA.

ES PROVOCADA GENERALMENTE POR UNA SOBREINSTRUMENTACION Y PUEDE ORIGINAR DOLOR POSOPERATORIO, ADEMAS SE PUEDE PRESENTAR UNA CICATRIZACION INCOMPLETA EN EL APICE, EL CEMENTO DEBERA SER RETIRADO POR MEDIO DE UN RASPADO APICAL Y LA OBTURACION DEL APICE PARA SELLARLO CON GUTAPERCHA Y AMALGAMA DE PLATA {?}.

NJ.- LESIONES TRAUMATICAS.

UNA CAUSA FRECUENTE DE LAS FRACTURAS DE LA RAIZ SON TRAUMATISMOS PRODUCIDOS POR CUERPOS EXTRAÑOS QUE GOLPEAN LOS DIENTES, ESTAS LESIONES GENERALMENTE PROVOCAN NECROSIS PULPAR; POR LO QUE EL DIENTE DEBERA SER OBTURADO CON TECNICAS CONVENCIONALES ENDODONTICAS, EN EL CASO DE QUE LA LINEA DE FRACTURA PRESENTE OBSTACULOS EN LA OBTURACION DEL CONDUCTO RADICULAR; SERA NECESARIO EXTRAER QUIRURGICAMENTE EL FRAGMENTO APICAL, LLEVAR A CABO LA OBTURACION RETROGRADA Y EN CASO NECESARIO SE COLOCARA UN IMPLANTE ENDODONTICO INTRAOSEO {1}.

CONTRAINDICACIONES DE LA CIRUGIA ENDODONTICA.

A).- REALIZACION SIN DISCERNIMIENTO DE INTERVENCIONES QUIRURGI--CAS.

LA CIRUGIA NO DEBE SER TOMADA COMO UNICO RECURSO DE TODO --CASO ENDODONTICO O POR FALTA DE MANEJO DE LAS TECNICAS NO QUIRUR--GICAS, O SI SE PRESENTA UNA LESION GRANDE EN EL MOMENTO DEL TRA--TAMIENTO.

B).- IMPACTO PSICOLOGICO.

ES IMPORTANTE EXPLICAR DETALLADAMENTE AL PACIENTE SOBRE LA--OPERACION Y LAS POSIBLES CONSECUENCIAS QUE TRAERA ESTA. EL PA--CIENTE DEBE DAR SU CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO, Y NUNCA SE LE DEBE RA OBLIGAR O ACEPTAR EL PROCEDIMIENTO CUANDO TIENE CIERTOS TEMO--RES O REACCIONES PSIQUICAS ADVERSAS. SE ACONSEJA EVITAR INTER--VENCIONES QUIRURGICAS EN PACIENTES MUY EMOTIVOS O SUMAMENTE ----APRENSIVOS, ASI COMO EN PACIENTES MUY JOVENES O MUY VIEJOS.

C).- MALA SALUD.

ES ESENCIAL QUE A TODO PACIENTE QUE SE SOMETE A UN ACTO QUI--RURGICO DEBERA REALIZARSELE UN EXAMEN MEDICO COMPLETO, DETERMI--NANDO EL ESTADO DE SALUD DEL PACIENTE, SI HUBIERA ALGUNA DUDA SE CONSULTARA CON EL MEDICO DEL PACIENTE. SE CONTRAINDICA LA CIRU--GIA CASOS DE DIABETES, CARDIOPATIAS, EN REACCIONES ALERGICAS A --LOS MEDICAMENTOS, EN REACCIONES DEPRESIVAS, EN TRASTORNOS NEURO--LOGICOS COMO PARALISIS O EPILEPSIA, EN EL PRIMERO Y ULTIMO TRI --MESTRE DEL EMBARAZO, ASI COMO EN PACIENTES QUE TENGAN ALGUNA ---ENFERMEDAD DEBILITANTE.

D).- CONSIDERACIONES ANATOMICAS.

ES NECESARIO CONOCER LAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS IMPORTANTES, YA QUE NOS PUEDE CONTRAINDICAR O LIMITAR EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

MAXILAR SUPERIOR.- EN LA REGION ANTERIOR LOS INCISIVOS SUPERIORES ESTAN MUY CERCA DEL PISO NASAL, LOS INCISIVOS LATERALES - EN RARAS OCACIONES SE APROXIMAN AL PISO NASAL COMO LOS CENTRALES. SIN EMBARGO, LAS RAICES PUEDEN TENER UNA POSICION VERTICAL EN EL PROCESO ALVEOLAR O ESTAR DEMASIADO LARGAS O QUE LA APOFISIS ALVEOLAR SEA CORTA. EL CANINO OCUPA GENERALMENTE UNA POSICION NEUTRAL ENTRE EL PISO NASAL Y EL SENO MAXILAR. ES IMPORTANTE REALIZAR UN EXAMEN RADIOGRAFICO CUIDADOSO PARA EVITAR ALGUNA PERFORACION NASAL.

EN LA REGION POSTERIOR GENERALMENTE LOS PRIMEROS PREMOLARES ESTAN MAS ALEJADOS DEL SENO MAXILAR QUE LOS SEGUNDOS PREMOLARES, ESTANDO MAS CERCA DE LA PARED DEL SENO MAXILAR, MIENTRAS QUE LOS MOLARES A VECES LLEGAN HASTA EL PISO O SOBRESALEN EN EL SENO. -- NORMALMENTE EL SENO SE EXPANDE HACIA ZONAS DE HUESO AFUNCIONAL, O BIEN, SE EXTIENDE HACIA LA ZONA DE UNA EXTRACCION ANTERIOR. ESTAS SITUACIONES COMPLICAN EL ACCESO QUIRURGICO Y PUEDE PRESENTARSE UNA PERFORACION DEL SENO MAXILAR.

EN EL PALADAR SE TOMA EN CUENTA LA ALTURA DE LA BOVEDA PALATINA, LA LONGITUD DE LA RAIZ PALATINA Y SU GRADO DE DIVERGENCIA HACIA EL PALADAR, SON FACTORES QUE CONDICIONAN LA FACILIDAD DE ACCESO EN LA CIRUGIA PALATINA RADICULAR.

EL DISEÑO DEL COLGAJO PALATINO DEBE SER DE TAL FORMA QUE NO SECCIONE LOS VASOS Y NERVIOS PALATINOS MAYORES, HABIENDO DOS TIPOS DE COLGAJO:

1).- COLGAJO AMPLIO DESPRENDIDO EN CADA ESPACIO INTERPROXIMAL.

2).- UN COLGAJO TRIANGULAR CON UNA INCISION VERTICAL EN LA PARTE-
ANTERIOR O PALATINA MEDIA.

MAXILAR INFERIOR.- EN LA REGION ANTERIOR EL PROCESO ALVEOLAR ES MUY ESTRECHO EN SENTIDO VESTIBULOLINGUAL, HAY AUSENCIA DE HUESO ESPONJOSO INTERPUESTO POR LO QUE AL HACER EL ACCESO QUIRURGICO DEBEMOS TENER CUIDADO DE NO PERFORAR TAMBIEN LA TABLA ALVEOLAR -- LINGUAL.

EN LA REGION POSTERIOR EL HUESO ALVEOLAR ES MAS DENSO, GENERALMENTE LOS PREMOLARES Y EL PRIMER MOLAR ESTA MAS CERCA LA TABLA VESTIBULAR Y LOS SEGUNDOS Y TERCEROS MOLARES ESTAN MAS CERCA DE LA TABLA LINGUAL. EL ACCESO QUIRURGICO VESTIBULAR DE LOS SEGUNDOS Y TERCEROS MOLARES ES DIFICIL DEBIDO AL ESPESOR VESTIBULAR -- DEL HUESO ALVEOLAR. SE TOMARA EN CUENTA LA RELACION DEL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR, CON SUS NERVIOS Y VASOS, CON LOS PREMOLARES Y MOLARES DEPENDIENDO DE LA ALTURA DEL CUERPO DEL MAXILAR INFERIOR Y DEL LARGO DE LAS RAICES. DEBEMOS CONOCER EL TRAYECTO DEL CONDUCTO MENTONIANO, PARA EVITAR UNA EXPOSICION DEL MISMO. TENDREMOS MUCHO CUIDADO CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR Y EL AGUJERO MENTONIANO.

EL ACCESO QUIRURGICO POR LINGUAL ES INNECESARIO, YA QUE PODRIAMOS LESIONAR LA ARTERIA HOMONIMA Y EL NERVIIO LINGUAL Y ATRAVESAR LA GRUESA LINEA MILOHIOIDEA. {7}

OTRA CONTRAINDICACION ES LA EXISTENCIA DE RAICES CORTAS EN DONDE SE EXCLUYE LA RESECCION RADICULAR, DEBIDO A LA RELACION CORONA-RAIZ, SIENDO ESTA MUY DESPROPORCIONADA. EL SOPORTE OSEO ES CASO PRODUCIDO POR ENFERMEDAD PERIODONTAL AVANZADA PUEDE SER UN FACTOR IMPORTANTE PARA NO REALIZAR UNA INTERVENCION QUIRURGICA EN DODONTICA.

LA ESTABILIDAD DE LOS DIENTES CON SOPORTE OSEO ESCASO PUEDE MEJORARSE COLOCANDO UN IMPLANTE ENDODONTICO. SIN EMBARGO, PARACOLOCAR UN IMPLANTE DEBE QUEDAR POR LO MENOS UN TERCIO DE HUESO-ALVEOLAR.

EJ.- SECUELAS POSQUIRURGICAS.

DESPUES DE REALIZADA UNA INTERVENCION, SIEMPRE EXISTE LA -- POSIBILIDAD DE QUE HAYA TUMEFACCION. ESTA NO ES LA TUMEFACCION- DE LA INFECCION; SINO LA QUE ACOMPAÑA A CUALQUIER TRAUMATISMO -- QUIRURGICO, PUDIENDO REDUCIRSE AL MINIMO SI, MANIPULAMOS LOS --- TEJIDOS CON DELICADEZA.

TAMBIEN PUEDE DESARROLLARSE UNA TUMEFACCION DEBIDO A UN --- HEMATOMA PROVOCADO POR LA RUPTURA DE UN VASO DESPUES DE LA INTER VENCION. ESTAS TUMEFACCIONES SON RELATIVAMENTE INDOLORAS; EL -- PACIENTE PRESENTA UN ASPECTO DEFORME POR VARIOS DIAS Y SE LOCALI ZAN GENERALMENTE EN EL LABIO SUPERIOR. TAMBIEN PUEDE HABER EQUI MOSIS ALREDEDOR DE LOS OJOS {7}.

TECNICAS DE LA CIRUGIA ENDODONTICA

CAPITULO II.

SE DEFINE A LA CIRUGIA ENDODONTICA COMO TODA INTERVENCION QUIRURGICA RELACIONADA CON TRASTORNOS EN DIENTES DESPULPADOS O EN DIENTES QUE REQUIERAN AMPUTACION RADICULAR Y TRATAMIENTO ENDODONTICO {7}.

PREOPERATORIO

LA PREPARACION DEL CAMPO QUIRURGICO Y DEL INSTRUMENTAL NECESARIO PARA LA CIRUGIA ENDODONTICA ES ESENCIAL, ASI COMO LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE, EXAMENES HABITUALES DE LABORATORIO, EQUIPO NECESARIO EN CASO DE ACCIDENTE O COMPLICACION QUIRURGICA Y LA PREMEDICACION CONVENIENTE DEL PACIENTE {8}.

SEDACION

CON FRECUENCIA, Y EN DIVERSOS NIVELES SE RECURRE A LA SEDACION PREOPERATORIA EN CIRUGIA. EL CONTROL DE LA ANGUSTIA EN EL PACIENTE ES IMPORTANTE, YA QUE EN OCACIONES, CONSTITUYE LA DIFERENCIA ENTRE LA ACEPTACION O RECHAZO DE LA CIRUGIA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO.

LOS RELAJANTES OPERATORIOS QUE PUEDEN ADMINISTRARSE SON:

- DIAZEPAN {VALIUM} TABLETAS DE 2 A 5 MG, 2 A 3 VECES POR EN EL DIA DE LA INTERVENCION.
- MEPROBAMATO { EQUANIL} TABLETAS DE 200 MG, 3 A 4 TABLETAS-POR DIA EN EL DIA DE LA INTERVENCION.
- CLORHIDRATO DE CLORODIACEPOXIDO {LIBRIUM} TABLETAS DE 10 MG, 3 VECES POR DIA EL DIA DE LA INTERVENCION {10}.

PROTECCION ANTIINFECCIOSA.- SI EN EL TRASTORNO QUE HAY QUE INTERVENIR SE PRESENTA O PERSISTE INFECCION, SERA CONVENIENTE DAR AL PACIENTE ANTIBIOTICOS 6 A 12 HORAS ANTES DE LA INTERVENCION. - LOS ANTIBIOTICOS MAS UTILIZADOS SON LAS PENICILINAS SINTETICAS,-- LA AMPICILINA Y LA ERITROMICINA. {8}

PROTECCION DE POSIBLE HEMORRAGIA.- SI LA ANAMNESIS Y LOS EXAMENES DE LABORATORIO HACEN SOSPECHAR UNA HEMORRAGIA, SE ADMINISTRARA, VARIAS HORAS ANTES DE LA INTERVENCION VITAMINA K {8}.

FISTULIZACION QUIRURGICA.

ESTE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SE LLEVA A CABO CUANDO SE PRESENTA UN ABSCESO APICAL AGUDO, COMPRENDIENDO LA INCISION Y DRENAJE DEL MISMO. ESTA TECNICA ES RELATIVAMENTE FACIL, PERO SIEMPRE PLANTEA DOS PROBLEMAS; EL PRIMERO ES OBTENER UNA ANALGESIA LOCAL ADECUADA, DEBIDO A QUE ES CASI IMPOSIBLE ESTABLECER ANALGESIA EN UNA ZONA CON INFLAMACION Y ABSCESOS AGUDOS, Y SI SE COLOCA UNA INYECCION EN LA ZONA AUMENTARA LA PRESION Y POR LO CONSIGUIENTE EL DOLOR; TAMBIEN PUEDE PROVOCARSE LA PROPAGACION DE LA INFECCION -- MEDIANTE LA PRESION DE LA INYECCION. EL SEGUNDO PROBLEMA ES ---- DETERMINAR EL MOMENTO OPTIMO PARA INTERVENIR. EL SABER CUANDO ES EL MOMENTO PARA HACER LA INTERVENCION QUIRURGICA SE APRENDE CON LA EXPERIENCIA {7}.

EN TEORIA LA ZONA IDEAL PARA INCIDIR; LA ZONA MADURA, DEBE SENTIRSE BLANDA Y FLUCTUANTE DEBAJO DE LA YEMA DE LOS DEDOS, EL TEJIDO DEBE DAR LA SENSACION QUE ESTA LLENO DE AGUA A LA PALPACION; SI SE EJERCE PRESION DE UN LADO DE LA TUMEFACCION, ESTA SE TRANSMITE DEL LADO OPUESTO A TRAVES DEL LIQUIDO Y ES PERCIBIDA -- COMO UNA OLA , LA PUNTA DE LA TUMEFACCION ES AMARILLENTO O BLANCUZCA Y ESTE ES EL MOMENTO IDEAL PARA ANESTESIAR, INCIDIR Y DRENAR.

EN RARAS OCACIONES LA LESION SE ENCUENTRA EN SU FASE FLUC---
TUANTE, CUANDO SE OBSERVA POR PRIMERA VEZ GENERALMENTE ES UNA TU-
MEFACCION INDURADA. EN ESTE MOMENTO SE PUEDE TOMAR DOS CAMINOS:-
ES DECIR, NO ESPERAR A QUE LA LESION SE TORNE FLUCTUANTE, SINO --
INCIDIR Y DRENAR MIENTRAS TODAVIA ESTA INDURADA. SI LOS HACEMOS-
EN EL MOMENTO CORRECTO SALDRA UNA GRAN CANTIDAD DE PUS Y SANGRE -
EN DESCOMPOSICION PARA ALIVIO DEL PACIENTE, SI NO ES EL MOMENTO -
ADECUADO SOLO HABRA HEMORRAGIA Y LA CELULITIS PERSISTIRA. EL ---
OTRO CAMINO ES EL DE MANDAR AL PACIENTE A SU CASA CON INSTRUCCIO-
NES DE HACER ENJUAGUES CALIENTES CADA MEDIA HORA O COMPRESAS DE--
AGUA CALIENTE HASTA QUE EL ABSCESO MADURE. EN CUALQUIERA DE ----
ESTOS CASOS SE COMIENZA LA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS INMEDIA
TAMENTE PARA REDUCIR LA BACTERIEMIA QUE ACOMPAÑA A LOS ABSCESOS -
APICALES AGUDOS.

LA ANESTESIA DEBE SER COLOCADA LO MAS LEJOS POSIBLE DEL PUN-
TO DE INFECCION RECOMENDANDOSE LA ANESTESIA REGIONAL, EN EL MAXI-
LAR SUPERIOR ANTERIOR SE UTILIZA LA INYECCION INFRAORBITARIA Y --
NASOPALATINA. {7}

EN LA ZONA ANTERIOR DEL MAXILAR INFERIOR UTILIZAMOS UNA IN--
YECCION MENTONIANA BILATERAL. DESPUES DE LA ANESTESIA REGIONAL,--
SE HARA LA INFILTRACION INTRAMUCOSA EN EL PERIMETRO DE LA LESION,
TODAS LAS INYECCIONES DEBEN PONERSE LENTAMENTE Y CON POCA PRESION.
EL ANESTESICO QUE SE EMPLEA ES LA XYLOCAINA AL 2% CON EPINEFRINA.

LO PRIMERO ES PREPARAR UNA CAVIDAD DE ACCESO A LA CAMARA PUL
PAR DEL DIENTE AFECTADO, SI EL CONDUCTO ES MUY DELGADO HAY QUE -
ENSANCHARLO Y PERFORAR EL APICE CON UN ESCARIADOR, Y SE IRRIGA -
EL CONDUCTO CON HIPOCLORITO DE SODIO.

ETAPAS DEL ACTO QUIRURGICO DESPUES DE LA PREPARACION DEL CON

DUCTO RADICULAR:

INSTRUMENTAL.

- GASAS
- HISOPOS DE ALGODON
- PINZAS PARA ALGODON
- JERINGA HIPODERMICA
- SOLUCION FISIOLOGICA ESTERIL
- BISTURI CON HOJA #15
- PINZAS HEMOSTATICAS CURVAS
- PORTAAGUJAS
- TIJERAS PARA SUTURA
- SUTURA DE HILO SEDA 3 CEROS
- CANULA PARA ASPIRACION
- DRENES EN FORMA DE T DE GOMA.

TECNICA.

- 1.- ORDENAR EL INSTRUMENTAL.
- 2.- COLOCAR LA GASA EN LA BOCA DEL PACIENTE PARA QUE ABSORVA EL LIQUIDO QUE SALGA DEL ABSCESO.
- 3.- COMPROBAR LA PROFUNDIDAD DE LA ANESTESIA.
- 4.- HACER UNA INCISION HORIZONTAL EN LA ZONA MAS SALIENTE EXTENDIENDOLA HASTA EL HUESO.
- 5.- COMENZAR LA ASPIRACION INMEDIATAMENTE.
- 6.- TOMAR UNA MUESTRA CON EL HISOPO PARA EL CULTIVO E INOCULARLA EN UN TUBO CON MEDIO DE CULTIVO.
- 7.- ABRIR AMPLIAMENTE LA ZONA INCIDIDA CON LAS PINZAS HEMOSTATICAS, ABRIENDO LOS BRAZOS DE LAS MISMAS PARA SEPARAR SUS PUNTAS.
- 8.- IRRIGAR CON SOLUCION FISIOLOGICA A TRAVES DEL CONDUCTO Y ASPIRAR EL LIQUIDO A NIVEL DE LA INCISION.

- 9.- COLOCAR EL DREN CON LA BARRA DE LA T DENTRO DE LA INCISION.
- 10.- SI ES NECESARIO SUTURAR EL DREN.
- 11.- MEDICAR Y SELLAR LA CAVIDAD PULPAR.

LOS PACIENTES QUE SON TRATADOS DE ESTA MANERA SUELEN RECUPERARSE RAPIDAMENTE Y AL CABO DE CUATRO A CINCO DIAS SE OBTIENE EL ALIVIO TOTAL DE LOS SINTOMAS, PERO, SE MANTENDRA LA ADMINISTRACION DE ANTIBIOTICOS POR CUATRO DIAS PARA EVITAR LA BACTERIEMIA.

EL DREN GENERALMENTE SE RETIRA AL SEGUNDO DIA. EL CULTIVO SE EMPLEA PARA PRUEBA DE LA SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIOTICOS, ASEGURANDO ASI LA EFICACIA DEL MISMO.

EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS SE HARA CUANDO EL PACIENTE DEJE DE TENER MOLESTIAS {?}.

TREPANACION Y DRENAJE.

ESTE PROCEDIMIENTO SIRVE PARA ASEGURAR EL DRENAJE Y ALIVIAR EL DOLOR CUANDO EL EXUDADO EN EL HUESO ESPONJOSO SE ESTANCA DEBAJO DE LA TABLA CORTICAL PROVOCADO POR EL ABSCESO APICAL AGUDO. -- AQUI TAMBIEN, BAJO ANESTESIA, SE ABRE EL CONDUCTO RADICULAR POR UNA CAVIDAD DE ACCESO Y SE ENSANCHA EL CONDUCTO.

EL OPERADOR DEBE ESTAR SEGURO DE SU POSICION Y SUS MANIOBRAS, SE EXAMINA LA ZONA Y SE SEÑALA CON PRECISION EL FOCO DE LA LESION, ESTO SE LOGRA COLOCANDO POR EJEMPLO; LA CABEZA DE UNA FRESA FRACTURADA O UN PEDAZO DE HOJA DE PLOMO EN LA INCISION, LOCALIZANDO POR MEDIO DE UNA RADIOGRAFIA EL LUGAR DE ENTRADA EXACTO.

TECNICA.

- 1.- REALIZAR LA INCISION EN TEJIDO BLANDO.
- 2.- SE PERFORA LA TABLA OSEA CORTICAL EN LA ZONA DEL APICE RADICULAR AFECTADO.
- 3.- SE HACE UNA MUESCA EN EL HUESO CON UN PUNZON GRUESO QUE PUEDE LLEGAR A PENETRAR EL HUESO ESPONJOSO DE LA ZONA AFECTADA.
- 4.- SE PROCEDE HA AGRANDAR LA ZONA CON UNA FRESA BAJO UN CHORRO - DE AGUA ABUNDANTE.
- 5.- LA IRRIGACION A TRAVES DEL CONDUCTO PULPAR Y LA FISTULA TREPANADA, ACELERA EL ALIVIO Y LA CICATRIZACION.

EN ALGUNAS OCACIONES NO APARECE EXUDADO O PUS EN ABUNDANCIA. SIN EMBARGO, CUANDO LA ANESTESIA DESAPARECE EL PACIENTE TIENE --- GRAN ALIVIO DEBIDO A LA VALVULA DE ESCAPE CREADA A TRAVES DE LA - FISTULA QUIRURGICA.

LA TREPANACION NO SIEMPRE ES TAN FACIL, LA PRIMERA DIFICULTAD ES UBICAR EL PUNTO EXACTO POR DONDE PERFORAR EL HUESO. TAMBIEN HAY QUE TENER MUCHO CUIDADO PARA EVITAR ESTRUCTURAS ANATOMICAS COMO EL AGUJERO MENTONIANO, EL NERVI0 DENTARIO INFERIOR O LAS RAICES DE DIENTES CON VITALIDAD DE LA ZONA {?}.

CAPITULO III.

LEGRADO PERIAPICAL.

CONSISTE EN ELIMINACION DE UNA LESION PERIAPICAL {GRANULONA, QUISTE} O DE UNA SUSTANCIA EXTRAÑA LLEVADA IATROGENICAMENTE A ESA REGION, MEDIANTE EL RASPADO DE LAS PAREDES OSEAS Y DEL CEMENTO DE LA RAIZ DEL DIENTE AFECTADO {8}. EN OCASION, SERA UTIL PARA ALIVIA EL DOLOR POSOPERATORIO PERSISTENTE O EL DOLOR A LA PALPACION {4}. EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS SE PRACTICARA ANTES O DURANTE - EL CURETAJE {8}.

RADIOLOGIA .- LA RADIOGRAFIA DESEMPEÑA UN PAPEL IMPORTANTE - COMO COMPLEMENTO EN EL DIAGNOSTICO DE ALGUNAS DE LAS LESIONES --- PERIAPICALES MAS COMUNES. ASI CUANDO SE PRESENTAN IMAGENES TIPI-- CAS ES POSIBLE LLEGAR, O POR LO MENOS APROXIMARSE, A LA IDENTIFI-- CACION.

GRANULOMA.

LOS GRANULOMAS PRESENTAN DOS IMAGENES TIPICAS, CORRESPONDIENTES A LOS TIPOS FIBROSO Y EPITELIAL.

A).- FIBROSO.

SE CARACTERIZA RADIOGRAFICAMENTE POR PRESENTAR LIMITES DEFINIDOS CON PEQUEÑAS CURVAS PROVOCADAS, SEGUN NEULANDS, POR LA PRESENCIA DE TEJIDO DE GRANULACION. OTRA CARACTERISTICA ES LA DE -- MOSTRAR DENTRO DEL AREA DE RAREFACCION, EL REGISTRO DEL TRABECULADO. ESTE REGISTRO SE EXPLICA PORQUE TALES PROCESOS, A CAUSA DE - SU FORMA FRECUENTEMENTE ACHATADA, GENERALMENTE SOLO INTERESAN UNA DE LAS CORTICALES {5}.

B).- EPITELIAL.

PRESENTA COMO CARACTERISTICAS: LIMITACION POR UNA LINEA RA--
DIOPACA {MAS O MENOS DEBIL} QUE ES CONTINUIDAD DE LA LAMINA DURA;
FORMA PRACTICAMENTE CIRCULAR; AREA RADIOLUCIDA DE BASTANTE CON---
TRASTE { MAYOR QUE EN EL TIPO FIBROSO}, EN EL CUAL TAMBIEN PUEDE--
REGISTRARSE DEBILMENTE EL TRABECULADO, SOBRE TODO, EN LA PERIFE--
RIA {5}.

QUISTE.

LA PRESENCIA DE TEJIDOS EPITELIALES PUEDE ORIGINAR DEPOSITOS
DE CONTENIDO LIQUIDO {CAVIDAD QUISTICA}, LOS CUALES, POR SU AUMEN
TO POSTERIOR A EXPENSAS DE LOS TEJIDOS VECINOS, COMUNICAN AL PRO-
CESO UNA FORMA BASICAMENTE ESFEROIDAL, QUE A SU VEZ SE TRADUCE RA
DIOGRAFICAMENTE EN REGISTROS DE FORMA CIRCULAR.

LA RADIOLUCIDEZ DEL REGISTRO, QUE VARIA CON EL TAMANO DEL --
PROCESO Y EL ESPESOR OSEO ATRAVESADO, PUEDE MOSTRARSE INTERRUPTA
POR LA SUPERPOSICION DE ESTRUCTURAS NORMALES. LA PRESENCIA DE
UNA LIMITACION LINEAL RADIOPACA, CONTINUIDAD RADIOGRAFICA DE LA -
LAMINA DURA, CONSTITUYE SIGNO IMPORTANTE PARA LA IDENTIFICACION -
DEL QUISTE.

OTRO DETALLE RADIOGRAFICO ES QUE EL APICE SE DESTACA CASI --
SIEMPRE INTACTO DENTRO DE LA RADIOLUCIDEZ DEL PROCESO. COMO LOS-
GRANULOMAS, EL QUISTE PUEDE INFECTARSE Y DAR LUGAR A UN ABSCESO -
CRONICO {5}.

ABSCESO APICAL AGUDO.

ES IMPOSIBLE LA CONFIRMACION RADIOGRAFICA DEL ABSCESO APICAL
AGUDO. CIERTAMENTE, UN ABSCESO MODIFICA EN MUCHO EL HUESO; SIN--

EMBARGO, LA DESCALCIFICACION, TAL COMO DEBE DARSE PARA ORIGINAR - CAMBIOS RADIOGRAFICOS VISIBLES, ES UN PROCESO TARDIO QUE SOLO SE - VE DESPUES DE QUE LA INFLAMACION HAYA PERSISTIDO EN LA ZONA DURAN - TE VARIOS DIAS.

TODO LO QUE SUELE MANIFESTARSE ES UN LIGERO ENSANCHAMIENTO - DEL ESPACIO PERIODONTAL. EN SUMA, EL DIAGNOSTICO POSITIVO SE APO - YA EN LOS HALLAZGOS CLINICOS {7}.

ABSCESO CRONICO.

RADIOGRAFICAMENTE, APARECE EN FORMA DE AREAS RADIOLUCIDAS DE BORDES DIFUSOS {SIGNO COMUN A TODOS LOS PROCESOS INTRAOSEOS SUPU - RADOS}.

COMO SIGNOS SECUNDARIOS FRECUENTES, SE OBSERVA EL REGISTRO - DE LA RAREFACCION RODEADO DE UN HALO DE OSTEITIS CONDENSANTE QUE - CONTRASTA CON EL DEL HUESO NORMAL; CON MENOS FRECUENCIA SE OBSER - VA RESORCION APICAL {5}.

TECNICA DE LUNDQUIST.

1.- ANESTESIA LOCAL INFILTRATIVA.

2.- INCISION CURVA O SEMILUNAR, PERO SIN QUE LA CONCAVIDAD LLEGUE A MENOS DE 4 MM DEL BORDE GINGIVAL. TAMBIEN PUEDE HACERSE LA IN - CISION DE NEWMAN CUANDO EL LEGRADO ABARCA VARIOS DIENTES O EN --- LESIONES MUY GRANDES. ESTE TIPO DE INCISION REDUCE EL TRAUMA, ES MENOS DOLOROSA Y FACILITA UNA CICATRIZACION MAS RAPIDA {8}.

AL HACER UNA INCISION, EL CONTROL DEL BISTURI ES MUY IMPOR -- TANTE; ESTO SE LOGRA OBTENIENDO UN DESCANSO ESTABLE EN EL MAXILAR QUE SE ESTA TRATANDO. EL CONTROL DE LA HOJA SE LOGRA EMPLEANDO -

UN MOVIMIENTO DE SIERRA EN LAS INCISIONES INICIALES; SIENDO UN -- METODO EXCELENTE PARA CONSERVAR EL CONTROL PRECISO SOBRE LA DIRECCION DE LA INCISION EN TEJIDO DELGADO Y EN GRUESO. ANTES DE REALIZAR LA INCISION INICIAL, EL OPERADOR DEBERA EXAMINAR CUIDADOSAMENTE EL CAMPO OPERATORIO DEBIDO A QUE EN ALGUNAS OCACIONES EL -- TEJIDO GINGIVAL SE ENCUENTRA INVOLUCRADO EN LA ENFERMEDAD.

POR EJEMPLO, SI EXISTE UNA ESCASEZ DE ENCIA, LA INCISION BUCAL DEBERA SER LO MAS CORONARIA POSIBLE PARA CONSERVAR LA MAXIMA CANTIDAD DE TEJIDO DE TAL MANERA QUE CUALQUIER NUEVA CANTIDAD DE ENCIA QUE SE OBTENGA SERA AGREGADA A LA YA EXISTENTE. EL NIVEL - AL QUE SE HACE LA INCISION SUELE SER EL FACTOR CLAVE EN EL CIERRE DE LA HERIDA, ANCHURA GINGIVAL Y TIEMPO DE CICATRIZACION POSOPERATORIO. LA EXTENSION DE LA INCISION DEBERA SER LO SUFICIENTEMENTE LARGA PARA PROPORCIONAR UN LEVANTAMIENTO FACIL DEL COLGAJO Y UNA BUENA VISIBILIDAD {10}.

LAS INCISIONES VERTICALES LIBERADORAS DEBEN EXTENDERSE MAS - ALLA DE LA LINEA MUCOGINGIVAL; ALCANZANDO LA MUCOSA ALVEOLAR, --- PARA PODER LIBERAR EL COLGAJO QUE SE VA A REUBICAR. LAS INCISIONES VERTICALES VESTIBULARES NO DEBERIAN HACERSE EN EL CENTRO DE - LA PAPILA INTERDENTAL O SOBRE LA SUPERFICIE RADICULAR DE UN DIENTE.

LAS INCISIONES DEBERAN HACERSE EN LA ARISTAS DE UN DIENTE O DEBEN INCLUIR LA PAPILA EN EL COLGAJO O EVITARLA COMPLETAMENTE -- {3}.

3.- LEVANTAMIENTO DEL MUCOPERIOSTIO CON PERIOSTOTOMO {8}. AL LEVANTAR EL COLGAJO EL INSTRUMENTO QUE SE UTILIZA ES LA CURETA, -- ESTE METODO TIENE CIERTA VENTAJA; YA QUE LA CURETA CORTA O DESGARRA LA INSERCIÓN DE LA ENCIA A LA CRESTA OSEA SUBYACENTE, MEDIAN-

TE UN EFECTO DIRECTO SOBRE LAS FIBRAS MISMAS. CON EL ELEVADOR -- DEL PERIOSTIO, SE EMPLEA EN OCASIONES, UNA MAYOR FUERZA O TENSION SOBRE LOS TEJIDOS PROVOCANDO EL DESGARRAMIENTO DEL COLGAJO EN --- LUGAR DE SU INSERCIÓN. MIENTRAS MAS FRAGIL SEA LA ENCIA, DEBERA- PROCEDERSE CON MAYOR PRECAUCION AL REALIZAR EL LEVANTAMIENTO DEL- COLGAJO {10}.

4.- OSTEOTOMIA QUE PUEDE SER PRACTICADA CON FRESAS O CON CINCEL,-- DESCUBRIENDO AMPLIAMENTE LA ZONA PATOLOGICA. HALL {1965} RECO--- MIENDA EN ESTA FASE QUIRURGICA EL USO DE ALTA VELOCIDAD, YA QUE - LAS FRESAS CORTAN EL HUESO EN LA OSTEOTOMIA DE MANERA NITIDA, SIN PROVOCAR NECROSIS AUN SIN EL EMPLEO DE REFRIGERACION Y LOGRANDO - UNA CICATRIZACION RAPIDA {8}. INGLE {1964} UTILIZA LA PIEZA DE - MANO DE ALTA VELOCIDAD CON FRESAS CILINDRICA O REDONDA Y REFRIGE- RACION CON AGUA CUANDO LA TABLA OSEA VESTIBULAR ESTA INTACTA {7}.

5.- ELIMINACION DEL TEJIDO PATOLOGICO PERIAPICAL Y RASPADO DEL -- CEMENTO APICAL DEL DIENTE POR MEDIO DE CUCHARILLAS {8}.

6.- SE PREPARAN LOS CONDUCTOS CON LIMAS TIPO K O HEDSTROM HASTA - LOGRAR LA AMPLIACION DESEADA, LAVANDO CON SUERO FISIOLOGICO Y DE- SECANDO LOS CONDUCTOS CON ALCOHOL.

7.- SE INTRODUCE POR MEDIO DE UN LENTULO LA CLOROPERCHA EN LOS -- CONDUCTOS, OBTURANDO DESPUES CON CONOS DE GUTAPERCHA. AL CONDEN- SAR, SE ELIMINARA POR EL APICE EL EXCESO Y PUEDE FUNDIRSE EL EX-- TREMO APICAL CON UN ATACADOR CALIENTE.

8.- FACILITAR LA FORMACION DE UN COAGULO DE SANGRE QUE RELLENE LA CAVIDAD. SUTURA CON SEDA 3 CEROS, QUITANDO LOS PUNTOS DE 4 A 6 - DIAS DESPUES DE LA INTERVENCION {8}.

CAPITULO IV

APICECTOMIA

ES LA RESECCION QUIRURGICA, POR VIA TRANSMAXILAR, DE UN FOCO PERIAPICAL Y DEL APICE DENTARIO. LA RESECCION QUIRURGICA SE LLEVA A CABO EN LOS DIENTES ANTERIORES Y CASI NUNCA EN LOS POSTERIORES.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

ES IMPORTANTE PORQUE EN EL SE CONSIDERA LA CLASE Y EXTENSION DEL PROCESO PERIAPICAL EN RELACION CON LOS DIENTES VECINOS Y ---- OTRAS ESTRUCTURAS ANATOMICAS, ASI COMO EL ESTADO DE LA RAIZ Y EL LIGAMENTO PERIODONTAL.

ANESTESIA.

DEBE REUNIR DOS CONDICIONES: PRIMERO, UNA BUENA ANESTESIA Y DAR LA SUFICIENTE ANEMIA DEL CAMPO OPERATORIO PARA PODER REALIZAR UNA OPERACION EN BLANCO, USANDO SOLUCIONES ANESTESICAS CON ADRENALINA COMO LA NOVOCAINA AL 2%. WASSMUND PRECONIZA LA INFILTRACION CON ANESTESIA EN UN DIAMETRO APROXIMADO DE 4 CM.

INCISION.

TENEMOS TRES TIPOS DE INCISION: LA DE WASSMUND NOS DA AMPLIA VISION DEL CAMPO OPERATORIO, ES DE FACIL EJECUCION, LOS BORDES DE LA HERIDA QUEDAN ALEJADOS DE LA BRECHA OSEA PARA QUE NO SEAN TRAUMATIZADOS Y LESIONADOS DURANTE LA OPERACION, Y AL AFRONTAR LOS -- PLANOS DE LA HERIDA LAS SUTURAS SE REALIZAN SOBRE HUESO SANO. LA INCISION SE COMIENZA A NIVEL DEL SURCO VESTIBULAR Y DEL APICE DEL DIENTE VECINO AL QUE SE VA A INTERVENIR, SE PROFUNDIZA EL CORTE -

PARA SECCIONAR MUCOSA Y PERIOSTIO. {9}

LA INCISION DESCIENDE HASTA MEDIO CENTIMETRO DEL BORDE GINGIVAL, EVITANDO HACER ANGULOS AGUDOS, CORRE PARALELA A LA ARCADA DENTARIA Y REMONTA HASTA EL SURCO VESTIBULAR TERMINANDO EN EL APICE DEL DIENTE VECINO DEL OTRO LADO. PUDIENDOSE UTILIZAR EN VARIOS DIENTES.

LA INCISION DE PARTSCH SE UTILIZA PARA UN SOLO DIENTE Y ES MAS PEQUEÑA QUE LA ANTERIOR.

LA INCISION DE ELKAN-NEUMAN SE REALIZA DESDE EL SURCO GINGIVAL HASTA EL BORDE LIBRE, FESTONEANDO LOS CUELLOS DE LOS DIENTES Y SECCIONANDO LAS LENGUETAS GINGIVALES. SE CONTRAINDICA SU USO EN DIENTES PORTADORES DE CORONAS U OTRO TIPO DE PROTESIS.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO SE HACE CON UNA LEGRA Y SE SOSTIENE CON UN SEPARADOR DE FAREBEUF.

OSTECTOMIA.

LA OSTECTOMIA PUEDE REALIZARSE CON ESCOPLA O CON FRESAS, PREVIA LOCALIZACION EXACTA DEL APICE RADICULAR. SE UTILIZARAN FRESAS REDONDAS DEL N.º 3 O 5, CON LA CUAL SE HACEN PEQUEÑAS PERFORACIONES EN CIRCULO, CON EL APICE COMO CENTRO DE LA CIRCUNFERENCIA. LUEGO, CON UN GOLPE DE ESCOPLA SE LEVANTA LA TAPA OSEA. {9}

AMPUTACION DEL APICE RADICULAR.

ANTERIORMENTE, SE ELIMINABAN GRANDES SEGMENTOS DE ESTRUCTURA RADICULAR PENSANDO QUE UNA LESION DE GRAN TAMAÑO NO SANARIA, SALVO QUE TODA LA ESTRUCTURA DENTARIA SIN SOPORTE Y TODO EL TEJIDO -

BLANDO DENTRO DE LA CAVIDAD OSEA FUERAN EXTIRPADOS. {4}

SE HA DEMOSTRADO QUE ESTO NO ES CIERTO, EL NIVEL DEL CORTE - ES DETERMINADO POR EL PUNTO EN QUE EL CONDUCTO SE ENCUENTRA MAL - OBTURADO O SIN OBTURACION. EL CORTE SIEMPRE SE HACE COMO BISEL -- HACIA LABIAL, PERMITIENDO ASI LA INSPECCION VISUAL DEL SELLADO -- DEL CONDUCTO Y FACILITANDO LA OBTURACION RETROGRADA CUANDO ESTA - RESULTE NECESARIA {4}.

LA SECCION RADICULAR LA HACERMOS ANTES DEL RASPAGE PERIAPI-- CAL, YA QUE LA RAZ DIFICULTA ESTAS MANIOBRAS. SE UTILIZA UNA--- FRESA DE FISURA Y DIRIGIMOS EL CORTE CON UN BISEL A EXPENSAS DE - LA CARA ANTERIOR. EL EMPLEO DEL ESCOPLA ES PELIGROSO, PUDIENDO - PRODUCIRSE FRACTURAS LONGITUDINALES DE LAS RAICES O BISELES ERRO-- NEOS.

SE COMPRUEBA QUE HA SIDO SECCIONADA LA RAZ TOTAL Y PERFECTA MENTE, OBSERVAMOS EL MUÑON RADICULAR PARA QUE NO ACTUE COMO CUER-- PO IRRITANTE; POR LO QUE SE PULE Y ELIMINAN LAS ARISTAS BISELANDO LAS CON CINCELES O CON FRESAS REDONDAS {9}.

RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL.

UTILIZAMOS CUCHARILLAS MEDIANAS Y BIEN FILOSAS. CON PEQUE-- NOS MOVIMIENTOS ELEVAMOS EL TEJIDO PATOLOGICO DE LA CAVIDAD OSEA. REALIZAMOS UNA LIMPIEZA GENERAL, Y LUEGO NOS DETENEMOS EN LOS PUN-- TOS EN QUE PUEDA QUEDAR TEJIDO DE GRANULACION. LAS CUCHARILLAS - CHICAS PUEDEN PERFORAR EL PISO DE LOS ORGANOS VECINOS. SE LAVA - LA CAVIDAD OSEA CON SUERO FISIOLOGICO. {9}

TRATAMIENTO RADICULAR.

EL CONDUCTO RADICULAR DEBE SER ENSANCHADO POR MEDIO DE ESCA-- RIADORES Y ESTERILIZADO CONVENIENTEMENTE. POSTERIORMENTE EL CON-- DUCTO SE LAVA CON AGUA OXIGENADA, DESHIDRATANDOSE CON EL ALCOHOL--

Y AIRE CALIENTE. ES IMPORTANTE QUE EL CONDUCTO ESTE SECO PARA -- QUE EL MATERIAL DE OBTURACION SELLE PERFECTAMENTE UTILIZANDO ---- CONOS DE GUTAPERCHA O CONOS DE PLATA. UNA VEZ HECHA LA OBTURA--- CION CON UN INSTRUMENTO CALIENTE SE BRUÑE EL CONO DE GUTAPERCHA - PARA SELLAR PERFECTAMENTE EL APICE. SI SE EMPLEA UN CONO DE PLA- TA, SE CORTA EL EXCESO CON UNA FRESA REDONDA, BRUÑIENDO EL METAL- SOBRE LAS PAREDES DE LA RAIZ. {9}

OBTURACION RETROGRADA.

LA OBTURACION DEL CONDUCTO SE REALIZA POR VIA APICAL, EN LOS CASOS QUE EL CONDUCTO ESTE OCUPADO CON UN PIVOTE U OTRO MATERIAL, QUE NO ES POSIBLE RETIRAR {9}. SI DESPUES DE LA RESECCION AUN -- EXISTE DUDA CON RESPECTO A LA EFICACIA DEL SELLADO APICAL, SE CO- LOCARA UNA OBTURACION INVERTIDA DEL CONDUCTO RADICULAR. SE PREPA RA UNA CAVIDAD DE CLASE I, INCLUYENDO TODO EL ORIFICIO DEL CONDU^C TO RADICULAR EN EL EXTREMO DE LA RAIZ. FINALMENTE, SE EMPLEA UNO DE LOS DIVERSOS MATERIALES EXISTENTES PARA OBTURAR LA CAVIDAD PRE PARADA. SE HAN RECOMENDADO PASTAS A BASE DE OXIDO DE ZINC Y EUGE NOL, GUTAPERCHA, PUNTAS DE PLATA, ORO LAMINADO Y AMALGAMA DE PLATA. LA AMALGAMA SIN ZINC ES EL MATERIAL MAS EMPLEADO, YA QUE PROPOR-- CIONA UN SELLADO ADECUADO Y ES BIEN TOLERADA POR LOS TEJIDOS ---- PERIAPICALES, ADEMAS DE QUE RESULTA FACIL DE MANEJAR {4}.

CUANDO EL CONDUCTO ESTA VIRTUALMENTE OBLITERADO POR CALCIFI- CACION Y EL FORAMEN ES INACCESIBLE A LA FRESA O LOS INSTRUMENTOS, SE PUEDE RECURRIR A UNA PREPARACION RANURADA SUGERIDA POR MATSU-- RA. PARA LLEVARLA A CABO, SE USA UNA FRESA CILINDRICA DELGADA EN PIEZA DE MANO DE ALTA VELOCIDAD PARA HACER UN CORTE VERTICAL DE - APROXIMADAMENTE 3 A 5 MM DE LONGITUD. {7}

POSTERIORMENTE SE TALLA UNA COLA DE MILANO CON FRESA REDONDA O DE CONO INVERTIDO. LA COLA DE MILANO ELIMINA TOTALMENTE EL CON DUCTO RADICULAR Y SE EXTIENDE A LO LARGO DE TODA LA LONGITUD DEL-

CORTE VERTICAL. A CONTINUACION SE CONDENSA LA AMALGAMA EXCENTA DE ZINC POR VESTIBULAR, NO DESDE EL APICE, LO QUE SIGNIFICA UNA CLARA VENTAJA CUANDO EL ACCESO ES LIMITADO.

ES DE SUMA IMPORTANCIA VERIFICAR EL SELLADO DE LA OBTURACION APICAL MEDIANTE UN EXPLORADOR, YA QUE ESTO DETERMINARA EL EXITO - DEL TRATAMIENTO {?}.

SUTURA.

ANTES DE REALIZAR LA SUTURA RASPAMOS LA CAVIDAD OSEA, FACILITANDO LA SALIDA DE SANGRE Y FORMACION DEL COAGULO, LLEVAMOS EL -- COLGAJO A SU LUGAR Y SUTURAMOS CON AGUJAS ATRAUMATICAS E HILO SEDA. LOS PUNTOS DE SUTURA SE RETIRAN AL CUARTO O QUINTO DIA {?}.

CUIDADO POSOPERATORIO

INSTRUCCIONES AL PACIENTE DESPUES DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

- EL PACIENTE DEBERA DESCANSAR Y EVITAR ACTIVIDADES FATIGANTES EN EL RESTO DEL DIA.
- EL PACIENTE TOMARA ANALGESICOS COMO PONSTAN {AC.MEFENAMICO} O -- NEO-MELUBRINA {DIPIRONA} CADA 4 A 6 HORAS, O BIEN DEMEROL ----- {CLORHIDRATO DE MEPERIDINA} 1 TABLETA DE 50 MG CADA 6 HORAS.
- SE ADMINISTRARA COMO MEDIDA PROFILACTICA ANTIBIOTICO-PEN-VI-K DE 250 O 500 MG O POSIPEN DE 250 MG DE 6 A 8 HORAS DURANTE 3 A 5 -- DIAS.
- APLICAR COMPRESAS FRIAS O UNA BOLSA DE HIELO EN LA PARTE EXTERNA DE LA CARA SOBRE LA ZONA OPERADA DURANTE 10 MINUTOS Y LUEGO RETIRAR POR 20 MINUTOS Y CONTINUAR LAS APLICACIONES DURANTE LAS PRIMERAS 4 A 6 HORAS. ESTO AYUDA A REDUCIR LA INFLAMACION Y EVITA EL CAMBIO DE COLOR.
- INGERIR ALIMENTOS BLANDOS LAS PRIMERAS 24 HORAS.
- NO MASTICAR EN LA ZONA OPERADA HASTA QUE SE QUITEN LAS SUTURAS.

- SI SE HA COLOCADO APOSITO QUIRURGICO, COMUNICAR INMEDIATAMENTE--
AL CONSULTORIO SI SE AFLOJARA O CAYERA.
- CEPILLAR LOS DIENTES DESPUES DE CADA COMIDA, EN LA ZONA OPERADA--
TENER CUIDADO DE NO TOCAR LAS SUTURAS.
- EVITAR MOVIMIENTOS BRUSCOS DEL LABIO, YA QUE SE PUEDEN DESGARRAR
LAS SUTURAS, ABRIR LA INCISION Y RETRASAR LA CICATRIZACION.
- VOLVER AL CONSULTORIO PARA QUITAR LAS SUTURAS, EN FECHA INDICADA
{7}.

REPORTE DE UN CASO CLINICO

DATOS GENERALES.

PACIENTE FEMENINO DE 39 AÑOS DE EDAD, PRESENTO UN ABSCESO PERIAPICAL CRONICO, LLEVANDOSE A CABO UNA PULPECTOMIA. POSTERIORMENTE EL PACIENTE REGRESO PORQUE SEGUIA SINTIENDO MOLESTIAS; SE RETIRO LA OBTURACION, SE REINSTRUMENTO Y SE OBTURO NUEVAMENTE.

DIAGNOSTICO.

MEDIANTE UN EXAMEN RADIOGRAFICO MINUCIOSO SE COMPROBO LA PRESENCIA DE UN CONDUCTO ACCESORIO MAL OBTURADO Y LA PERSISTENCIA DEL PROCESO PATOLOGICO PERIAPICAL.

TRATAMIENTO.

SE DECIDIO REALIZAR UNA APICECTOMIA.

PRONOSTICO.

FAVORABLE.

INSTRUMENTAL.

- CAMPOS QUIRURGICOS.
- ANESTESIA {CARBOCAINA}
- GASAS
- ALGODON
- PINZAS DE CURACION, ESPEJO
- MANGO DE BISTURI Y HOJA #15
- LEGRA.
- SEPARADOR DE FAREBEUF
- EXTRACTOR QUIRURGICO

- JERINGA HIPODERMICA
- SUERO FISIOLÓGICO
- CURETAS
- PINZAS HEMOSTATICAS MOSCO
- PIEZA DE MANO DE BAJA VELOCIDAD
- FRESA QUIRURGICA DE BOLA Y FRESA DE FISURA DE ALTA VELOCIDAD
- TIJERAS PARA CORTAR SUTURA
- PINZAS PARA SUTURA
- SUTURA {SEDA NEGRA DE 3 CEROS}

INSTRUMENTAL ENDODONTICO.

- LIMAS HEDSTROM
- PUNTAS DE GUTAPERCHA
- RECORTADOR DE GUTAPERCHA
- LOZETA, ESPATULA DE CEMENTOS
- OXIDO DE ZINC Y EUGENOL
- LAMPARA DE ALCOHOL

TECNICA.

- 1.- ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL.
- 2.- COLOCACION DE LOS CAMPOS QUIRURGICOS.
- 3.- POR INFILTRACION SE ADMINISTRO 2 CARTUCHOS DE ANESTESICO.
- 4.- INCISION DE PARTSCH, ABARCANDO UN DIENTE A CADA LADO DEL DIEN
TE A TRATAR.
- 5.- LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO POR MEDIO DE UNA LEGRA Y RETRACCION
DE LOS TEJIDOS CON UN SEPARADOR DE FARABEUF.
- 6.- IRRIGACION CON SUERO FISIOLÓGICO Y UTILIZACION DEL EXTRACTOR-
QUIRURGICO.
- 7.- LOCALIZACION DEL APICE CON UNA RADIOGRAFIA Y UN INSTRUMENTO -

ENDODONTICO.

- 8.- OSTEOTOMIA DE LA REGION CON FRESA QUIRURGICA DE BOLA E IRRIGACION CON SUERO FISIOLÓGICO.
- 9.- AMPUTACION DEL APICE CON UNA FRESA DE FISURA, DIRIGIENDO EL CORTE CON EL BISEL HACIA VESTIBULAR, ELIMINANDO EL CONDUCTO ACCESORIO.
- 10.- RASPADO DE LA CAVIDAD OSEA CON LAS CURETAS.
- 11.- INSTRUMENTACION DEL CONDUCTO CON LAS LIMAS HEDSTROM, IRRIGANDO Y ESTERILIZANDO EL CONDUCTO.
- 12.- PRUEBA DEL CONO DE GUTAPERCHA Y SOBREOBTURACION INTENCIONAL DEL CONDUCTO.
- 13.- SE PROCEDIO A RECORTAR EL CONO CON UN INSTRUMENTO CALIENTE Y SE COMPROBO EL SELLADO DE LA OBTURACION, IRRIGANDO LA CAVIDAD CON SUERO.
- 14.- SE REALIZO UN LIGERO RASPADO DE LA CAVIDAD PARA LA SALIDA DE SANGRE Y FORMACION DEL COAGULO.
- 15.- SE REACOMODARON LOS TEJIDOS Y SE SUTURO CON SEDA NEGRA 3 --- CEROS Y PUNTOS AISLADOS.
- 16.- EN EL POSOPERATORIO SE LE ADMINISTRO AL PACIENTE ANTIBIOTICOS, ANALGESICO Y COMPRESAS DE AGUA FRIA PARA EVITAR LO MAS POSIBLE LA INFLAMACION. SE CITO AL PACIENTE 8 DIAS DESPUES PARA QUITAR LOS PUNTOS DE SUTURA.

CICATRIZACION.

DE PRIMERA INTENSION.

SE PRESENTA EN HERIDAS QUIRURGICAS, ASEPTICAS CON BORDES ---
REGULARES, SIN PERDIDA DE TEJIDO O CON PERDIDA DE TEJIDO MINIMO.-
HAY APOSICION DIRECTA DE LOS LABIOS DE LA HERIDA POR SUTURA.

DESPUES DE PRODUCIDA LA LESION SE PRESENTA UNA VASODILATA --
CION, AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD VASCULAR Y APARICION DE MEDIADO
RES QUIMIOTACTICOS, DESPUES SE FORMA UN COAGULO Y APARECEN LOS --
HISTIOCITOS QUE FAGOCITAN LOS RESTOS CELULARES Y BACTERIAS; A ESTA
ETAPA SE LE LLAMA FASE 1 O DE SUSTRATO, EN DONDE HAY MUCOPOLISACA
RIDOS QUE SON UTILIZADOS EN LA FORMACION DE COLAGENA.

DE DOS A TRES DIAS DESPUES DE LA LESION SE INICIA LA NEOFOR-
MACION DE VASOS SANGUINEOS A PARTIR DE VASOS QUE SE ENCUENTRAN EN
LA PERIFERIA. TENIENDO UN CRECIMIENTO DE 0.2 MM EN 24 HORAS. EL
TEJIDO COMPUESTO POR LOS VASOS DE NEOFORMACION Y LOS FIBROBLASTOS
SE HA LLAMADO TEJIDO DE GRANULACION. LA RESTITUCION ANATOMICA DE
LA LESION TERMINA APROXIMADAMENTE AL 15-. DIA, EN ESTE MOMENTO EL
PRINCIPAL COMPONENTE DE LA CICATRIZACION ES LA COLAGENA. LOS FE-
NOMENOS DESCRITOS EN ESTA ETAPA CORRESPONDE A LA FASE 2 O PROLIFE
RATIVA.

FASE 3.- ES LA QUE DURA VARIAS SEMANAS, LA CICATRIZ ALCANZA SU MA
XIMA CAPACIDAD PARA RESISTIR LA FUERZA.

LA CICATRIZACION PUEDE SER MODIFICADA POR VARIOS FACTORES, -
POR EJEMPLO, LA VITAMINA C QUE ES CAPAZ DE REDUCIR NOTABLEMENTE -
LA CANTIDAD DE COLAGENA. {2}.

LA EPITELIZACION CORRESPONDE A UNA FORMA DE GENERACION Y SE-
CARACTERIZA POR PRESENTAR 3 CAMBIOS CELULARES:

- 1.- MIGRACION CELULAR.- EQUIVALENTE A LA CONTRACCION DE UNA HERIDA.
- 2.- DIFERENCIACION.- SE INICIA EN EL MOMENTO QUE LA HERIDA FUE -- CUBIERTA.
- 3.- CONTRACCION.- SE PRESENTA EN HERIDAS CON PERDIDA DE TEJIDO {2}.

CONCLUSIONES

POR MEDIO DEL PRESENTE ESTUDIO, SE DEMUESTRA QUE LAS TECNICAS QUIRURGICAS ANTERIORMENTE DESCRITAS TIENEN LA FINALIDAD DE -- MANTENER EL MAYOR TIEMPO POSIBLE AL DIENTE EN LA ARCADE DENTARIA.

LA FISTULIZACION QUIRURGICA POR INCISION, EN OCACIONES POR -- TREPANACION; ES UNA TECNICA DESTINADA A EVACUAR EL EXUDADO PURU-- LENTO DE UN ABSCESO PERIAPICAL AGUDO.

EL RASPADO APICAL, LA APICECTOMIA Y LA OBTURACION APICAL SON TECNICAS ENCAMINADAS A TRATAR DE ELIMINAR PROCESOS PATOLOGICOS -- PERIAPICALES, BRINDANDO A NUESTRO PACIENTE UNA RECUPERACION MAS -- RAPIDA.

ES IMPORTANTE SEÑALAR QUE LA CIRUGIA ENDODONTICA MANEJADA EN UNA FORMA CORRECTA, DETALLADA Y CON LA COLABORACION DEL PACIENTE-- NOS TRAERA COMO CONSECUENCIA EL EXITO DE NUESTRO TRATAMIENTO QUI-- RURGICO.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ANDREASEN, J.O., LESIONES TRAUMATICAS DE LOS DIENTES, {DR. -- GUILLERMO MAYORAL HERRERO}, 1A. EDICION, ESPAÑA, EDITORIAL - LABOR S.A., 1977, 325 P.
- 2.- APUNTES DE CIRUGIA BUCAL, CICATRIZACION , 21-24 H.
- 3.- GLICKMAN, IRVING. PERIODONTOLOGIA CLINICA, {DR. FERMIN A. -- CARRANZA}, 5A. EDICION, MEXICO, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, 1982, 1073 P.
- 4.- G. LUEBKE, RAYMOND ENDODONCIA QUIRURGICA , CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA, 1A. EDICION, MEXICO, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, 1974, 377-388 P.
- 5.- GOMEZ MATTALDI, RECAREDO A., RADIOLOGIA ODONTOLOGICA, 3A. -- EDICION, ARGENTINA, EDITORIAL MUNDI, 1979, 363 P.
- 6.- HARTY, F.J., ENDODONCIA EN LA PRACTICA CLINICA, {DRA. BERTHA TURCOTT L.}, 3A. REIMPRESION, MEXICO, EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, 1982, 291 P.
- 7.- IDE INGLE, JOHN Y EDGERTON BEVERIDGE, EDWARD, ENDODONCIA, -- {DRA. MARINA G. DE GRANDI}, 2A. EDICION, MEXICO, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, 1980, 780 P.
- 8.- LASALA, ANGEL, ENDODONCIA, 2A. EDICION, VENEZUELA, EDICIONES CROMOTIP, 1971, 735 P.
- 9.- RIES CENTENO, GUILLERMO A., CIRUGIA BUCAL, 8A. EDICION, ---- ARGENTINA, EDITORIAL EL ATENEO, 1979, 680 P.

10.- SCHLUGER, SAUL, ENFERMEDAD PERIODONTAL, {DR. JOSE LUIS G. - MARTINEZ}, 2A. EDICION, MEXICO, EDITORIAL CONTINENTAL, 1982, 789 P.