

14. 936



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CIRUGIA PARAENDODONCICA

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

MARIA LEONOR DEL SOCORRO SALCEDO LOPEZ

México, D. F.

15324

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

CIRUGIA PARAENDODONCICA

I N D I C E

INTRODUCCION

I. GENERALIDADES

Definición, Importancia, Historia Clínica, Indicaciones, Diagnóstico, Instrumental, Premedicación, Anestesia.

II. CANALIZACIONES QUIRURGICAS

Intraorales, Extraoral o Transcutánea.

III. CISTOTOMIA

IV. LEGRADO PERIAPICAL O CURETAJE

V. RADICECTOMIA

VI. ODONTECTOMIA

VII. APICECTOMIA

Apicectomía Inmediata, Apicectomía y Con
ductoterapia, Apicectomía con obturación
de amalgama retrógrada.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

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

El objetivo de todo C. Dentista debe ser el perfeccionamiento de todas las técnicas, tendientes a disminuir aquellos males que aquejan a tanta gente, causandoles trastornos psicológicos, fisiológicos, patológicos y estéticos.

La Cirugía Paraendodóncica, es una especialidad, que se ocupa de evitar la pérdida innecesaria de dientes, pudiendo ser salvadas en beneficio de nuestro paciente, -- por muy diversos tratamientos.

Al desarrollar el tema Cirugía Paraendodóncica, he tratado de exponer los principales tratamientos y técnicas a seguir, para preservar tanto los tejidos de soporte, el alveolo, como los dientes; partiendo de conceptos fundamentales, hasta terminar con sus evoluciones y éxitos en cada técnica.

Las diferentes técnicas que comprende este trabajo, son objeto de controversias en la actualidad: por lo que me he esforzado en presentar de la manera más imparcial

mente posible, las opiniones y puntos de vista que tienen los autores y científicos sobre este tema.

Todo Cirujano Dentista tiene el deber y la obligación de superarse en el conocimiento de las enfermedades, de su prevención y de los tratamientos y técnicas quirúrgicas que existan para salvaguardar la salud del paciente.

TEMA I

GENERALIDADES

La cirugía en endodoncia tuvo su origen hacia -- 1500 cuando un físico dentista de la antigua Grecia llamado Aetius, hizo un corte de un absceso apical con un instrumento cortante, con el tiempo este proceso se ha ido modernizando y con la ayuda de Hüllihens en 1839 se mejoró este tratamiento.

En 1844 Farrar describe un tratamiento radical de un absceso alveolar por medio de la amputación de los órganos dentarios. En 1897 Rhein recomendó el tratamiento de la amputación radicular o resección radicular, como un tratamiento radical para los abscesos alveolares crónicos.

En la actualidad, la cirugía Paraendodóncica está en combinación con el tratamiento de los conductos radiculares, y han tenido un éxito muy remarcado para el tratamiento de algunas lesiones o patologías periapicales.

La cirugía en Endodoncia se puede llevar a cabo tanto en dientes anteriores como en dientes posteriores --

sin ningún problema. Comprende una serie de operaciones - que se llevan a cabo más allá de la unión cemento-dentina-conducto, principalmente para salvar un órgano dentario -- cuando no es posible salvarlo con tratamiento de Endodon-- cia.

Las denominaciones generalizadas de cirugía endo doncica o periapical son incorrectas, porque la primera -- significa cirugía dentro del diente, esto es de la pulpa y de la cavidad pulpar y la segunda alrededor del ápice dos- o tres mm. terminales solamente.

Cuando la odontología operatoria o conservadora, la conductoterapia y la terapéutica médica son insuficien- tes para curar una lesión paradental en conexión con un -- diente que tenga la pulpa involucrada de manera irreversi- ble o necrótica, hay que recurrir a la terapéutica quirúr- gica.

En el pasado la importancia de esta cirugía era- tal que sin ella no se emprendía ningún tratamiento endo- dónico o periradicular.

Desafortunadamente se sigue todavía abusando de- la cirugía con desprestigio de la profesión en general, de- bido a que los profesionistas no han tenido suficiente en- señanza endodoncica en sus estudios profesionales y no han

procurado adiestrarse después; hay otros que tienen una especial inclinación a la cirugía mayor y también hay los que buscan un mayor rendimiento económico vulnerando la ética de la profesión. Hay muchos que no tienen paciencia para ampliar y obturar correctamente los conductos hasta la unión cemento-dentina-conducto y se ven en la necesidad de amputar la parte radicular con conductos no tratados o de eliminar quirúrgicamente la burda sobre obturación o el fracaso periradicular de un conducto terapia incorrecta.

HISTORIA CLINICA

Antes de pensar en cualquier tratamiento quirúrgico en Endodoncia, se ha de hacer una historia detallada y precisa del estado de salud general del paciente, con el fin de conocer plenamente su tipo y estado clínico. Debemos tener presente que las enfermedades de la pulpa dentaria son similares a las alteraciones de los tejidos que se producen en cualquier otra parte del organismo y que la de sintegración de la misma puede producir cualquier cuadro de estado tóxico bacteriano.

El tipo de examen incluye la historia del diente en cuestión y la historia del estado de salud general del paciente.

La historia dental debe incluir etiología, sinto

matología, inflamación, interpretación radiográfica, que nos permitirá determinar los factores etiológicos que han conducido al estado clínico actual.

En la ficha de cada paciente deberán constar los siguientes datos:

Datos generales. Nombre _____ Dirección _____
 Ocupación _____ Edad ____ Sexo ____ Tel. ____
 Edo. Civil _____ Motivo de consulta _____
 Dientes con tratamiento radicular previo _____
 Estudio radiográfico _____ Estudio de laboratorio _____
 Diagnóstico _____ Patología periapical _____

Examen Oral. Tejidos duros _____
 Tejidos blandos _____
 Oclusión _____
 Articulación temporomandibular _____
 Vitalidad pulpar _____
 Tratamiento: _____
 Análisis clínicos _____
 Conductometría: Monoradicular _____ Biradicular _____
 Triradicular _____
 Control bacteriológico _____
 Observaciones _____

Odontograma _____

Anamnesis: Tiene gran importancia por la relación que guarda nuestra salud bucal con el resto del organismo y por ayudarnos a prevenir las complicaciones que podríamos tener en una intervención por falta de algunos datos de importancia.

Se deberá preguntar la fecha de la última visita al médico.

Tratamiento actual de alguna enfermedad _____

Medicamento actual _____

Deberemos preguntar, en vista del amplio uso de antibióticos, si el paciente, tiene alguna sensibilización con ellos, especialmente la penicilina.

Sistema Cardiovascular:

Infartos _____ Angina de pecho _____ Dolor Torácico _____

Disnea. Describirla _____

Presión: Cefaleas _____ Debilidad _____ Vértigos _____

Insomnio _____

Diabetes _____ Alergia _____ Asma _____

Hepatitis _____ Dolor hepático _____ Hicteri

cia _____

Antecedentes fímicos _____

Antecedentes leúticos _____

Trastornos sanguíneos: Anemia _____ Hemofilia _____

Policitema _____ Púrpura trombositopécnica _____

Agranulosis _____

Tiempo de coagulación _____

Hematomas frecuentes _____

Embarazo actual _____

Problema Renal _____

En algunos casos podemos encontrarlos en la historia médica con enfermedades infecciosas específicas, tales como; Pleurecía, Poliomiélitis, Tuberculosis, Gonorrea, que producen frecuentemente trastornos articulares.

Es de mucha importancia familiarizarse con la -- Anamnesis ya que nos ayuda a hacer un diagnóstico correcto.

Si el paciente ha sido operado, nos interesa saber la tolerancia que tiene frente a los anestésicos locales. Puede explicar también el paciente, si ha presentado hemorragias excesivas, síncope frecuentes o inflamación postoperatoria.

Las afecciones tales como tos, expectoración, dificultad respiratoria, sudores nocturnos, inflamación de -

los tobillos, nos permitirán pensar en una posible existencia de enfermedades o alteraciones cardíacas. Con lo cual debemos prevenirnos y evitar desencadenar una bacteremia - transitoria que podría causar directa o indirectamente una endocarditis bacteriana subaguda.

Hay que poner especial atención en las enfermedades de la infancia, traumas y otros, como posibles factores etiológicos en diversos tipos de enfermedades articulares.

El sistema neuromuscular nos dá la medida de la resistencia general del paciente, por lo tanto es importante la información obtenida sobre posibles cefaleas, vértigos, insomnios, espacios ausentes, nerviosidad, intranquilidad trastorno de los órganos de los sentidos, trastornos de la sensibilidad, de la motividad, pérdida de la coordinación o de la orientación, fatiga, neuralgias etc.

INDICACIONES

La cirugía paraendodóncica tiene sus indicaciones precisas que el operador debe tomar muy en consideración para justificar sus intervenciones.

Las indicaciones que nos llevan a la decisión de efectuar el tratamiento quirúrgico son las siguientes:

1. Cuando exista, al terminar un tratamiento -- convencional, el mismo problema que al empezar.

2. Cuando durante el procedimiento convencional ocurran los siguientes accidentes: Un instrumento fracturado dentro del conducto que no pueda ser sorteado, un instrumento fracturado que sobrepase el ápice y no pueda ser rescatado y la extrusión de la gutapercha por el agujero-apical sobresalga demasiado.

3. Cuando el tratamiento convencional es poco - práctico, tal como; en una restauración de corona con poste que es imposible o poco práctico de quitar, en un con--ducto calcificado, en ápices fracturados, en raíces curvas difíciles de sortear con el instrumento.

Considerando que un prerequisite indispensable - el de practicar una correcta conductoterapia y una obturación total y homogénea de los conductos tratados y en el - caso si es necesario, recurrir a la obturación retrógrada - del conducto obteniendo así un mejor sellado, el cual impe - dirá la salida de substancias nocivas al tejido periapical Podemos dividir la endodoncia quirúrgica en 3 grupos:

1. La cirugía de emergencia, que hemos de reali zar en el momento que resulte necesario y que tiene como -

finalidad esencial el drenaje y el alivio del dolor. Como en estados agudos o reagudización en la infección.

2. La cirugía de eliminación, que consiste en la intervención quirúrgica planeada e indicada por la remoción total de la lesión. Como el caso de algunos granulomas y quistes radicul dentarios.

3. Diversas técnicas periodontales planeadas -- conjuntamente con la Endodoncia.

Instrumental. La preparación del campo quirúrgico y del instrumental necesario para la cirugía paraendodónica es ordenado el día anterior y guardado en bolsa o paño estéril después de esterilizarlo en el autoclave, hasta el momento de ser usado.

Para realizar con mayor rapidez y eficacia cualquier tipo de intervención quirúrgica se ha de disponer -- adecuadamente el instrumental.

Instrumental de diagnóstico. No deberán faltar un espejo, una pinza para algodón, un explorador, lámpara de transiluminación, pulpómetro, elementos apropiados para la aplicación de frío y calor con la intensidad deseada para el diagnóstico exacto del estado pulpar y periapical. -- La radiografía intraoral es indispensable.

Instrumental quirúrgico.

Los instrumentos que se utilizan para realizar la cirugía paraendodóncica son muy similares a aquellos -- usados en cualquier acto quirúrgico. La charola standard- debe contar:

1. Una jeringa tipo Carpule, cuatro cartuchos - de anestesia.
2. Un mango de bisturi Bard Parker con hojas intercambiables No. 15, 3, 4 y 5.
3. Un elevador de periostio.
4. Martillo y cinceles.
5. Pinzas de forcipresión, dientes de ratón y - sutura.
6. Limas de hueso.
7. Tijeras para encía, una curva y una recta.
8. Pinza Gubia.
9. Abrebocas.
10. Curetas quirúrgicas en forma de cuchara.
11. Curetas parodontales Hu-Friedy No. 9 recta y una No. 11 curva.
12. Explorador endodóntico.
13. Fresas quirúrgicas de fisura, redondas, cono invertido etc.
14. Porta agujas.
15. Aguja atraumática del No. 0, 00, 000, 0000,-

con hilo de seda.

16. Espuma de gelatina (Gelfoam).
17. Jeringa con suero fisiológico para irrigar.
18. Aspirador quirúrgico.
19. Bombilla de caucho para la irrigación.
20. Contra ángulo
21. Compresas de gasa estériles, celulosa oxidada.
22. Un porta amalgamas para obturación retrógrada.
23. Dos empacadores, uno largo y uno pequeño.
24. Instrumentos de plástico.
25. Espejos miniatura.

Para preparar estos paquetes se necesita lavar los instrumentos con jabón quirúrgico, secados y empaquetados en recipientes estériles y envueltos en campos quirúrgicos. Se utiliza el autoclave para la esterilización permaneciendo ahí hasta el momento en que van a ser utilizados. Todos los instrumentos mencionados anteriormente, deben estar colocados en la charola standard.

Además de los instrumentos necesarios que van en los paquetes, los siguientes materiales deben estar disponibles por si se necesitan durante el acto quirúrgico. -- Agua destilada estéril para la irrigación de la cavidad -- quirúrgica, dos paquetes adicionales de material de sutura,

una lámpara de alcohol o un mechero Bunsen, para la esterilización rápida por flameado, una lima endodóncica, la cual nos puede servir para saber la longitud del diente y muchas veces para indicarnos aproximadamente la posición del ápice.

La espuma de gelatina o Gelfoam, es una esponja quirúrgica plegable, de gelatina celular, que absorbe y retiene su peso en sangre. Se prepara con una solución de gelatina purificada batida hasta que quede porosa y seca, se emplea para rellenar la herida después de haber sido -- efectuada la cirugía, a fin de obliterar el espacio muerto. Favorece la organización del coágulo sanguíneo y es totalmente reabsorbida en un mes aproximadamente por las células gigantes. No obstaculiza la reparación, ni demora la cicatrización.

Muchas veces cuando hacemos una obturación retrógrada y utilizamos amalgama de plata sin zinc, podemos colocar ésta gelatina que atrapa las partículas de amalgama esparcidas.

El doctor Kutler utiliza un pulverizador consistente en una pera de goma a la que se adaptan unos tubos - insufladores reemplazables. Cada tubo contiene 5 000 unidades de penicilina potásica cristalina y 0.25 gramos de sulfanilamida. Esto se emplea para disminuir los riesgos-

de una infección postoperatoria.

PREMEDICACION

Muchas veces es necesario premedicar al paciente antes de llevar a cabo la intervención, para así actuar -- con tranquilidad y sin que el paciente se encuentre alterado.

Sedación. Podemos premedicar al paciente administrándole tranquilizantes, medicación hipnótica o atarácica, que logra que el paciente repose normalmente la noche anterior a la intervención y bloquea las aptitudes hostiles, la agresividad, la conducta anormal y muchas formas de reflejos condicionados. Entre estos tenemos la Parfensina 2 mg. tres por día, el Oxazepan 10 mg. tres por día, el Clorodiazepóxido (Librium) 5 mg. ó 10 mg. tres por día, Nembutal o Seconal Sódico una cápsula de 0.1 g. al tiempo de acostarse y otra una hora antes de la intervención. También se pueden administrar los barbitúricos asociados a -- los anticolinérgicos en forma de Plexonal, o Bellergal. -- Entre los atarácicos están indicados el Fenegan en dosis de 25 mg. y Ecuamil 400 mg.

Los efectos secundarios en las personas normales, suelen estar limitados a cierto vértigo náuseas leves y -- quizá cefalea, heritema cutáneo y muy rara vez dificultad al hablar.

Protección antiinfecciosa.

Si el proceso está infectado, puede infectarse o se van a administrar medicamentos fibrinolíticos será conveniente dar al paciente antibióticos desde 6 a 12 horas antes de la intervención. Los más recomendables son:

Tetraciclinas (Aureomicina, Terramicina y Acromicina), la Eritromicina y la Sigmamicina, de 250 mg. cada 6 horas.

La penicilina sintética por vfa oral, algunos otros antibióticos como la Lincomicina son muy efectivos en infecciones bucales. Entre los productos sulfamidados, el Madribon es muy efectivo.

Protección de hemorragia.

Si la Anamnesis y los exámenes de laboratorio hacen sospechar la posibilidad de una hemorragia se administra varias horas antes de la intervención vitamina k y complejo C (ácido ascórbico y bioflayonoides, askarutina etc.) en grandes intervenciones se tendrá dispuesto suero isotónico salino o glucosado listo para ser inyectado y se tendrá identificado el grupo sanguíneo y el RH.

Protección Antiinflamatoria.

Para conseguir que los dolores, el edema y otras reacciones inflamatorias que siguen a una intervención qui

rúrgica sean mínimos, se usarán antiinflamatorios del tipo Tanderil, Dolotanderil etc.

Medicación Analgésica

Se utiliza por las vías oral y parenteral. Los analgésicos derivados del ácido acetilsalicílico, de la pirazolona, de la anilina y el propoxifeno, son los más usados.

ANESTESIA

Las soluciones anestésicas han sido consideradas recomendables, como la Mepivacaina, Carbocaina Citanest Octapresin, por su profundidad, duración y falta de toxicidad. Las técnicas dependen del tipo de intervención que se realiza.

La anestesia por infiltración es apropiada para la mayoría de los casos de cirugía, exceptuando los dientes posteriores inferiores; es suficiente un cartucho de 1.8 cm. cúbicos de solución de mepivacaina al 2% con Epinefrina al 1: 50 000. Sin embargo la elección de la solución anestésica es cuestión personal, también puede ser satisfactoria una solución de Procaína al 4% (Novocaina, Pantocaina, Cobefrina). Para intervenir en dientes anteriores se inyecta un cartucho por vía supraperiódica o subperiódica. Si se interviene en la zona central, se in

yectaran unas gotas de solución atravesando el frenillo hacia el incisivo del otro lado para anestesiar las fibras nerviosas que cruzan la línea media. Además, deberán inyectarse unas gotas de solución en el agujero palatino anterior para bloquear el nervio palatino. Esta inyección se hará fácilmente, colocando la aguja a un lado de la papila incisiva en lugar de atravesarla en dirección paralela al eje longitudinal del diente, teniendo en cuenta la inclinación palatina de la raíz.

Al intervenir premolares o molares superiores, se inyecta por bucal el contenido de un cartucho por el método subperióstico. La inyección debe hacerse lentamente, para obtener una buena hemostasia y una región bien anestesiada, siempre se deberá de anestesiar abarcando dos o tres piezas tanto hacia mesial como distal de la zona que se va a intervenir, logrando con esto una adecuada anestesia y evitando así molestias a nuestro paciente.

Para intervenir en dientes anteroinferiores o posteroinferiores, se dará una inyección regional en el dentario inferior con un cartucho, ayudándonos de anestesia local o infiltrativa sobre el diente o los dientes que se van a intervenir, algunas veces en el caso de dientes anteriores puede ser necesaria además una inyección adicional en el agujero mentoniano, donde sólo es necesaria una-

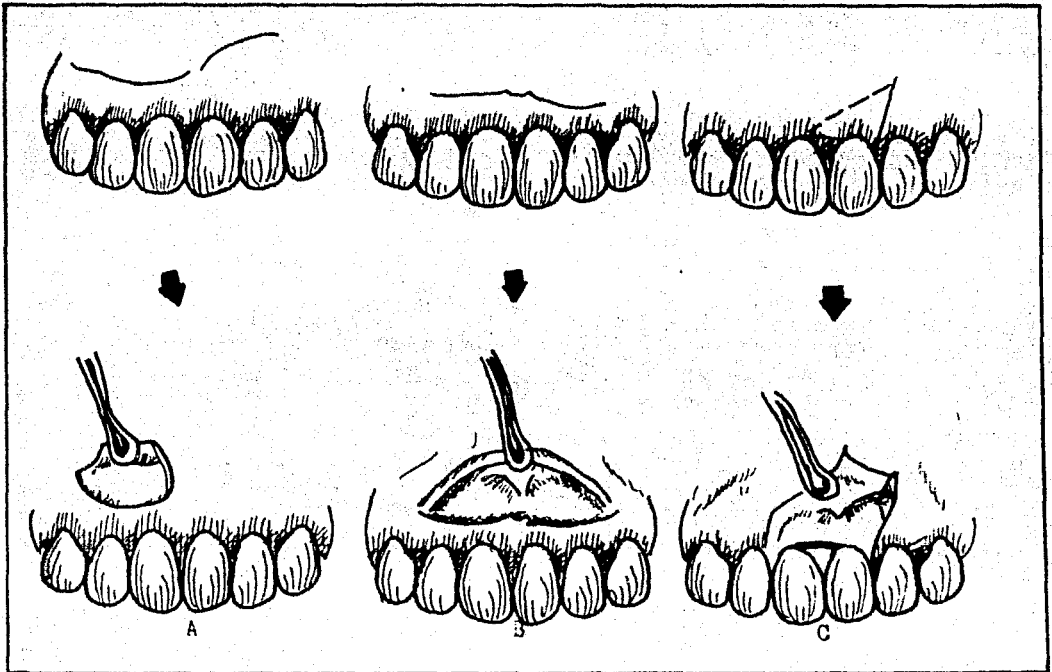
pequeña cantidad de solución anestésica.

Una vez que ya estemos sobre la zona por operarse muy recomendable y necesario, anestesiar directamente la zona para cohibir la hemorragia y para disminuir el dolor presente.

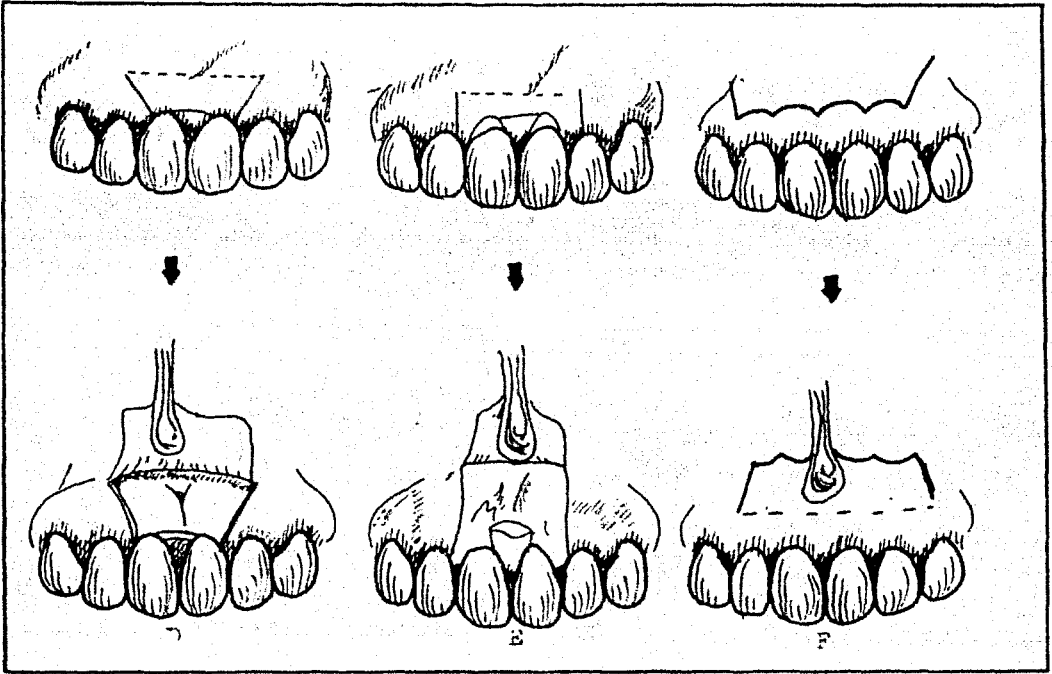
Es de gran utilidad, tanto para el paciente como para el operador el uso de un anestésico que antes haya sido, calentado a una temperatura de 40°C.

Al llegar la jeringa con el anestésico a la boca la temperatura disminuirá por lo común hasta la temperatura del cuerpo, al llegar el momento de la inyección del anestésico provocando esto una sensación menos molesta para el paciente, el éxito de un tratamiento está en el adecuado bloqueo nervioso.

TIPOS DE COLGAJOS



- A. Colgajo semilunar
- B. Colgajo semilunar con modificación, debido al frenillo bucal.
- C. Colgajo triangular.



D. Colgajo trapezoidal

E. Colgajo rectangular.

F. Colgajo de Oschenbein-Luebke

T E M A II

CANALIZACIONES QUIRURGICAS

Definición. Las canalizaciones quirúrgicas son consideradas como verdaderas urgencias paraendodóncicas; son también llamadas drenajes, y se ejecutan en el momento que llega el paciente, ya sea para aliviarle el dolor o -- porque se reducirían las probabilidades de éxito.

Las canalizaciones son preferibles establecerlas a través del conducto radicular (canalizaciones endodónticas); pero hay veces en que estas ya son imposibles o inconvenientes y se tendrán que hacer las canalizaciones paradóncicas-endodóncicas.

Se pueden clasificar en varias ramas:

Intraorales;	Transmucosa Transperióstica Transósea
--------------	---

Extraoral;	Transcutánea
------------	--------------

Indicaciones. Están indicadas en los siguientes casos:

1. Cuando hay infección grande y tumefacción en

1. la membrana parodontal.
2. En un absceso alveolar agudo con edema que es de origen pulpar, y resulta generalmente más doloroso y menos localizado que el absceso de origen periodontal.
3. En las paraendodontitis agudas y subagudas.
4. Cuando existe una fluctuación purulenta submucosa o subperióstica.
5. Cuando existen quistes infectados
6. Cuando haya dificultades para establecer un buen tratamiento endodóncico por evacuación lenta o acceso difícil y sensibilidad dental.

Contraindicaciones

Es necesario tener mucho cuidado para no hacer una incisión prematura, ya que si no ha madurado la tumefacción y existe secreción purulenta, no habrá salida de pus ocasionándole más molestias al paciente.

Para evitar esto, cuando la tumefacción aún esté dura, se aplica en la mucosa, al nivel del ápice del diente, calor por medio de buches calientes, sustancias preparadas en el comercio, etc.

No deberá nunca aplicarse calor en la cara, pues se puede provocar la apertura de la piel y formarse una --

fistula que dejará una cicatriz visible.

La contraindicación más importante en este tipo de intervenciones, reside en la dificultad de localizar el lugar exacto de la incisión a causa del edema de los tejidos blandos, así como la posibilidad de lesionar el ápice del diente afectado o de sus vecinos.

Podría también, no coincidir la perforación con el lugar del absceso o sobreobtención y entorpecer el drenaje.

Instrumental.

Cuchillo recto, para canalizaciones en la parte anterior de la boca, o cuchillo curvo en forma de hoz para la parte posterior de la boca.

Pinza hemostática de mosquito para separar tegumentos; para pacientes intervenidos en decúbito dorsal, bajo anestesia general, un aspirador para el pus.

Trozos de dique de caucho en forma de T con la rama vertical más corta, de diferentes tamaños.

Hojas de bisturí Bard - Parker # 2

Bisturí periodontal para incisión de papila interdientaria.

Aguja de diatermocoagulación.

Un elevador perióístico para separar colgajo .

Punzón o escoplo y fresas redondas para perforar la tabla externa.

Curetas para alizar las superficies radiculares- y tijeras para encia.

Medicación.

Para tranquilidad del paciente se le administrarán atarácicos del tipo Nembutal, Fenegan, Seconal Sódico; de 0.1 g. una pastilla antes de acostarse y otra antes de la operación.

Para combatir la infección antibióticos como tetraciclinas (auromicinas, terramicinas y acromicinas), eritromicinas, penicilinas etc., por vía oral de 250 ó 500 -- unidades una pastilla o cápsula cada 6 a 8 horas.

En el período postoperatorio se indicará al paciente sobre la medicación analgésica conveniente, ya sea por vía oral o parenteral.

Anestesia.

Se recomienda la Xilocaína, Carbocaína y Mepivacaína por su profundidad su duración y su falta de toxicidad.

Se utilizan también, el chorro de cloruro de etí

lo, las inyecciones intramucosas regionales, la anestesia general, la anestesia por refrigeración y aún la Hipnósis.

Es aconsejable usar la anestesia regional lejos del absceso para evitar la movilización de gérmenes y toxinas.

Técnica Quirúrgica para Canalizaciones Intraorales Transmucosas y Transperiósticas.

Como primer paso se anestesiará, y se desinfectará el campo, con tintura de metafén u otro antiséptico.

Cuando el absceso está a punto de abrirse espontáneamente, es suficiente una simple punción o toque con la aguja de diatermo-coagulación.

Si es necesaria la colocación de un mantenedor de drenaje se procederá a la incisión. En el maxilar superior tanto por vestibular o palatino la incisión es horizontal en la parte baja del absceso, no demasiado cercana al borde gingival.

En la mandíbula la incisión se hará en el surco-gingivovestibular o gingivolingual, siempre pegado a la lámina cortical, excepto en vestibular de premolares en donde la incisión será vertical u oblicua cortando lo menos posible el paquete vasculonervioso mentoniano.

Se separa la mucosa, y se inserta la T de caucho recogiendo la rama horizontal con una pinza e introduciéndola en la incisión para así evitar su salida, e impedir que la herida se cierre pronto.

Por último se adapta el colgajo en su lugar y se sutura con seda negra, en la parte media y en los lados. - Se deberá instruir al paciente para que tenga cuidado y no se salga la T, se le dan analgésicos y después se comenzará el tratamiento endodóntico.

Técnica Quirúrgica para Canalizaciones Transóseas Intraorales.

Esta técnica es usada, cuando el pus acumulado - en el tejido óseo esponjoso no logra abrirse camino a través de la cortical, y ejerce gran presión provocando intenso dolor, o si existe un quiste paraendodóntico.

Igual que en la técnica anterior, primero se -- anestesiara y se desinfectara el campo. Se hace la incisión adecuada y se separara el colgajo.

Luego se perfora la tabla externa por medio de - un punzón o escoplo, o bien con una fresa redonda del número 10 ó 12 que trabaje con la acción constante de un chorro de agua. Puede también utilizarse una fresa quirúrgica --

montada en la pieza de mano controlando su refrigeración - con suero fisiológico.

Se retrae el quiste colocando un drenaje de gasa (dentalone) o de goma de dique hasta el fondo de la cavidad, pasando por la parte más baja de la incisión, para canalizar y sedar la herida. La gasa durará puesta varias - semanas y se renovará semanalmente. En cuanto el quiste - se haya reducido se realizará la apicectomía.

El Dr. Málica sugirió inyectar un agente esclero - sante, como el ácido tricloroacético, el oleato de monoetanolamida porque en 24 horas se producía una pérdida total - del epitelio.

Si el quiste no se extiende a los ápices de los - dientes vecinos, se hace un raspado perirradicular de la - pieza o piezas causantes, se drena con una T de caucho o - un tubo, se sutura. La canalización se quita después de - 48 horas, los puntos de sutura a los 4 ó 5 días.

La regeneración ósea se verifica de 6 a 12 meses, el periostio se regenera y sobre la superficie dentaria - se deposita neocemento; el extremo de la obturación se cu - bre de tejido fibroso cicatrizal.

Tanto en las canalizaciones transóseas como en las transmucosas y transperiósticas, el paciente podrá tener dolor, hemorragia e inflamación, y se tendrá que dar una dieta a base de líquidos alimentos blandos sin grasas ni irritantes.

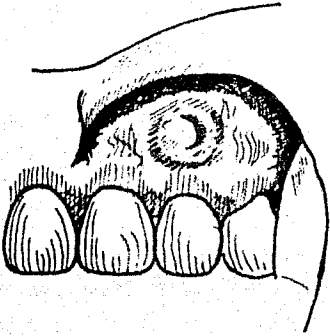
Técnica Quirúrgica para canalizaciones Extraorales o Trancutáneas.

Cuando el líquido purulento no encuentra una salida perfora el tejido óseo en las regiones profundas, entonces se concentra debajo de la piel y es indispensable una rápida detención del proceso. Si no se detiene se abrirá en el exterior una fístula que puede adherir tegumentos al periostio y originar facies desagradables.

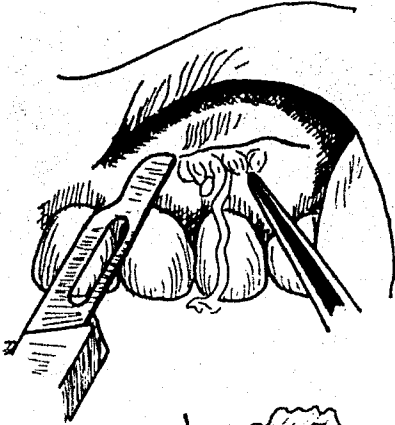
En estos casos a pesar de la canalización endodóntica, antibióticos y la extracción, se hará una incisión cutánea y se insertará un drenaje.

Como este tipo de lesiones son muy molestas, para aliviar los malestares del paciente, se rebajan con mucho cuidado los puntos que hacen contacto con los dientes antagonistas; al desaparecer la presión, el diente o dientes molestan menos, si persistieran las molestias será recomendable prescribir un analgésico con codeína como el Fenafen.

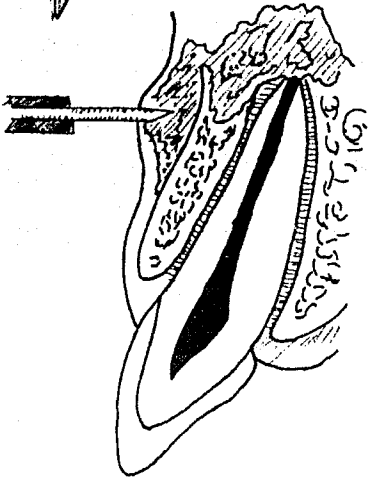
INCISION Y DRENAJE DE UN
ABSCESO APICAL AGUDO



Localización del abseso.



Incisión de la lesión, con un bisturí Bard-Parker con una hoja # 15. Provocando el drenaje que es aspirado inmediatamente.



Con unas tijeras o pinzas hemostáticas abrir la herida para acelerar el drenaje. Después se retiran.

T E M A I I I

C I S T O T O M I A

La cistotomía es también llamada descompresión, -
extravasación, fistulización artificial, fenestración, etc.
Es una intervención quirúrgica consistente en abrir una co
municación de un quiste de manera permanente o por cierto-
tiempo; se realiza también, en casos de complicación de -
la gangrena pulpar o del fracaso de un tratamiento anterior.

La cistotomía complementa el tratamiento endodón
tico, con la remoción del tejido de granulación en la zona
periapical.

Al eliminar la presión intraquistica sobre la pa
red ósea, durante algún tiempo, unida al tratamiento endo-
dóntico de los dientes comprometidos, y a los lavados in--
traquisticos, logran que paulatinamente vaya disminuyendo
el tamaño del quiste y el tejido óseo llene la cavidad ocu
pada por este y acabe por desaparecer o al ser más chico -
sea de más fácil y menos cruenta enucleación.

La cistotomía es más recomendable que la enuclea

ción en muchos aspectos ya que no todos los quistes deben operarse con esta técnica.

Los quistes muy grandes, aparte de la dificultad de enuclearlos de una manera completa, ponen en peligro de fractura a la mandíbula y pueden dejar una comunicación -- con el antro de Highmore.

La enucleación también puede producir hemorragias profusas, parestesia o hasta anestesia permanente. Desde el punto de vista endodóntico también puede sacrificar la pulpa de los dientes contiguos.

La cistotomía evita estos peligros e inconvenientes.

Tratamiento.

La intervención se realiza generalmente en dos sesiones operatorias. En la primera se realiza la preparación quirúrgica del conducto, y en la segunda cita la intervención propiamente dicha.

Después de una buena anestesia se hará una incisión en forma de luna, de 1 a 2 cm. de extensión, con un bisturí Bard Parker número 15.

Enseguida se procede a hacer un levantamiento mucoperióstico con un separador de tejidos, para proceder -

a la ostectomía.

La ostectomía realizada por medio de desgaste aumenta la pérdida postoperatoria de la altura ósea, por lo que es mejor hacer un remodelado por medio de cinceles y -fresas quirúrgicas. La forma de hacer la ostectomía es; -haciendo pequeños agujeros formando un círculo y se unen -por medio de un cincel, fijandose en traumatizar lo menos- posible los tejidos.

Hay muy diversas técnicas para hacer una cistotomía entre las que están las siguientes.

Técnica Sommer.

Esta técnica es quizá el sistema más sencillo. -La comunicación deberá mantenerse mediante un dispositivo- insertado dentro de la cavidad quística. Este dispositivo será la mitad de un trozo de dique de goma, en forma de H, dentro de la cavidad y la otra mitad quedará fuera.

Técnica Freedland.

Freedland mantiene la comunicación con tubos de polietileno o polivinilo insertados en la abertura con o -sin sutura.

Los tubos utilizados son de 2 a 5 mm. de diáme--tro. Con estos tubos es fácil hacer irrigación y asperción

intraquística.

Técnica Biolcati y Bracco.

En esta técnica se usan aparatos removibles provistos de ganchos y un espolón que penetra en el interior del quiste con varias perforaciones para facilitar la descompresión.

Técnica Patterson.

Utiliza los tubos de administración de suero fisiológico intravenoso, o transfusiones de sangre, y los inserta en un dispositivo labial de resina acrílica. Esta técnica es recomendable en casos de hemofilia.

Técnica de Partch.

Es llamada marzupialización quirúrgica y conocida desde 1892. Consiste en abrir una amplia comunicación en la pared que cubre el quiste y unir por medio de suturas el borde de la bolsa quística con el de la mucosa bucal.

Esta técnica al incorporar la cavidad quística a la cavidad bucal, es la forma más drástica de la cistotomía, pero podría estar indicada en grandes quistes involucrando fosas nasales o seno maxilar y evitaría la traumatización a los dientes vitales vecinos.

Técnica de Russell.

Consiste en hacer una fistula artificial a través del alveolo, y en algunos casos por la lámina cortical, y así establecer una canalización con el exterior con un fragmento de caucho.

Esta técnica es la más indicada a menos que su aplicación sea imposible.

Técnica de Thomas.

En ésta técnica se usa un tubo metálico de estaño de 5 ó 6 mm. de diámetro y de largo, la profundidad del quiste. A este tubo se le hacen unas perforaciones y un corte en cruz en el extremo exterior para hacer cuatro aletas, que se ajusten alrededor de la boca del quiste. El tubo se desinfecta en benzal y con una placa protésica, un puente móvil o una férula en la pieza cercana, se mantiene al tubo en su lugar.

Cuidados postoperatorios y evolución.

Si el tubo queda descubierto el paciente introducirá una torunda de algodón antes de tomar los alimentos y la quitará después.

El paciente tendrá que hacer irrigaciones con solución fisiológica tibia en el tubo con una pera dental, -

o con una jeringa hipodérmica por lo menos una vez al día.

Es necesario que el paciente acuda una vez a la semana al consultorio para lavar el tubo y acortarlo periódicamente.

Después de unos meses ya no hay lugar para el tubo y se va osificando la cavidad hasta que desaparece la -bolsa quística. Si no llegara a desaparecer y sólo se redujera notablemente, se hará una enucleación.

La única desventaja en la cistotomía, son los repetidos cuidados postoperatorios.

T E M A I V

LEGRADO PERIAPICAL O CURETAJE

Definición. El curetaje es una operación sistemática que tiene como finalidad eliminar totalmente el tejido granulomatoso de la pared de la bolsa parodontal, eliminando el sarro y cemento reblandecido, para crear un intersticio fisiológico.

Los objetivos del legrado o curetaje son eliminar la inflamación, suprimir las bolsas parodontales y restaurar la salud gingival. El legrado tiene objetivos inmediatos, usándose frecuentemente para reducir el edema, la cianosis y para reducir el tamaño de la encía libre, consiguiéndose un contorno gingival fisiológico, haciendo innecesarias otras intervenciones.

Indicaciones. Serán guiadas por el diagnóstico que hace el operador, basado en el conocimiento de los tejidos afectados incluyendo su forma, histología y su reacción prevista.

1. Cuando no se ha regenerado el paraendodonto,

no obstante la correcta conductoterapia y se sospecha la presencia de abundantes células epiteliales, organizadas o no en bolsa quística, especialmente si se trata de raíces-cortas o enanas.

2. Si existe un proceso periodontoclásico, pues la apicectomía entonces acortaría la duración de la pieza en la boca.

3. Al practicar un colgajo para descubrir un --ápice rodeado de una zona patológica, con el fin de extraer un instrumento roto.

4. En los casos en los cuales la rarefacción ya no disminuye más, como en algunos quistes que se han reducido.

5. Cuando se ha impulsado una mecha absorbente o torunda de algodón más allá del foramen sin posibilidad de extraerla por el conducto.

6. Cuando el material sobreobturante produce es tragos en el perirádice.

7. En bolsas supraóseas y bolsas infraóseas.

8. Para realizar alguna intervención quirúrgica ósea.

9. En donde existan bolsas irregulares o abscesos parodontales.

Ventajas. La conservación de toda la longitud radicular. Intervención quirúrgica más simplificada. No se denuda la dentina radicular.

Inconvenientes. Solo son dos:

1. Cierta inseguridad en haber raspado bien la cara posterior de las raíces, sobre todo cuando son largas.

2. Posibilidad de dejar ramificaciones del conducto principal infectadas.

Contraindicaciones

1. En dientes con conductos mal tratados, es decir, con insuficiente ensanchamiento o subobturados.

2. En los molares, por dificultades anatómicas, aunque a veces puede ser fácil el raspado.

3. Si se desea retraer el margen gingival en presencia de fibrosis.

4. En lesiones de bifurcación y trifurcación.

5. Donde la pared gingival es hiperplástica, gruesa y fibrótica.

6. Cuando la pared blanda de una bolsa es muy delgada, pues existe el peligro de desgarrar la encía.

Técnica Quirúrgica.

La intervención exige condiciones personales de habilidad, paciencia, perseverancia y control.

La desinfección y la anestesia de la zona a tratar deberá ser topicada con un antiséptico. La anestesia será tópica, e infiltrativa o troncular.

Después de ser anestesiado el paciente con un bisturí Bard Parker hoja No. 12 se hace una incisión abarcando la zona afectada. Se incide verticalmente en los espacios interdentarios siguiendo el contorno de los dientes. Se desprende el colgajo utilizando una legra cuidando de no rasgar la mucosa con movimientos bruscos.

El movimiento de raspaje de la superficie de la raíz debe ser iniciado por el antebrazo y transmitido a la muñeca y a la mano con los dedos ligeramente fleccionados.

Estos movimientos deben repetirse 20 veces en la superficie de las caras de los dientes, empezando en la porción distal, continuando con la vestibular, proximal y bucal hasta llegar a la línea media.

El cemento reblandecido debe eliminarse hasta -- llegar a una superficie dentaria firme y dura. Es más fac tible que se deposite nuevo cemento sobre una superficie - dentinaria, prolijamente limpia, que sobre cemento necrôti co.

La flora bacteriana, se reduce junto con la eli- minación de irritantes locales, ayudando a la raíz a depo- sitar tejido epitelial nuevo en su superficie. En el cur- so de la curación un nuevo cemento se deposita en la super ficie de la dentina en el lugar del cemento necrótico.

El instrumento que se usa para la eliminación -- del tejido blando afectado es la cureta de Crane Kaplan -- No. 6 que tiene bordes cortantes en ambos lados, de tal ma nera que la raíz es alizada en la misma operación.

La cureta debe estar bien filosa, para que bas-- ten unos cuantos movimientos del instrumento sobre la su-- perficie gingival para eliminar el tejido degenerado, los- brotes epiteliales y el tejido de granulación que forma la cara interna de la pared blanda de las bolsas y crea una - superficie conectiva sangrante. La sangre fluye al espa-- cio existente entre el tejido blando y el diente formando un coágulo abajo del cual se forman nuevas células conecti vas, cementoblastos, u osteoblastos llenando así la zona - tratada.

Para pulir la superficie del diente se usa una copa de hule con una pasta fina de pómez y agua, se pule la superficie radicular y enseguida la coronaria. La flexibilidad de la copa de hule permite el acceso al área subgingival sin traumatizar los tejidos.

Durante toda la operación el campo es limpiado con torundas de algodón saturadas en partes iguales de agua tibia y peróxido al 3%. Después de pulir la superficie radicular se limpia el campo operado con suero fisiológico y se aplica una ligera presión para adaptar la encía a la superficie dentaria, se sutura con puntos interproximales y se procede a cubrir la superficie de la encía tratada con un barniz tisular, o bien con un apósito de cemento quirúrgico, teniendo cuidado de no introducir el cemento en el intersticio.

Se considera suficiente una protección de 6 a 8 días al cabo de los cuales se retira el apósito.

La restauración y epitelización del surco generalmente requiere de dos a siete días.

Resultados. Donde está indicado los resultados son excelentes no se puede esperar resultados tan halagadores como de la apicectomía, porque el legrado solo elimina las causas o efectos que se encuentran en el periápice, --

mientras la segunda quita además la posible, aunque rara - amenaza infecciosa de las ramificaciones del conducto principal.

Complicaciones postoperatorias.

Hemorragia persistente. Se debe retirar el apósito localizar los puntos sangrantes y controlar la hemorragia por medio de presión; electrocirugía o electrocauterio, superado el problema se vuelve a colocar el apósito.

Sensibilidad a la percusión y cambios térmicos.-

Puede ser producida por la inflamación del ligamento parodontal uno o dos días después del tratamiento. El diente se extruye ligeramente y se torna sensible a la percusión ocasionando al paciente dolor pulsátil. Se administra al paciente antibiótico por vía sistémica. Se desgasta el diente extruido o su antagonista indicándole al paciente que haga colutorios cada tres horas con una solución de agua tibia y una cucharada de sal para un vaso. Después de 24 horas la molestia generalmente ha cedido, los antibióticos se deben mantener durante tres días, y los colutorios se reducen tres veces al día.

La sensibilidad a los cambios térmicos es causada por la eliminación del cemento y por la exposición de la capa granular de Thomes extremadamente sensitiva, que se

encuentra en la periferia de la dentina radicular, o por la exposición de la superficie de la raíz previamente aislada de los cambios térmicos por los depósitos de cálculos. La sensibilidad de la raíz puede ser tratada; con polvo de hidróxido de calcio y líquido de oxifosfato, fluoruro de sodio, pasta descensibilizadora u otro agente descensibilizador, generalmente es muy útil bruñir la superficie de la raíz con un bruñidor esférico ligeramente caliente.

Cuidados postoperatorios

Se le proporciona al paciente una lista impresa de instrucciones, aclarándole cualquier duda.

Para evitar el sentir dolor apreciable provocado por la operación se debe de tomar algún analgésico media hora después de la intervención, repitiendo la dosis cada tres horas si es necesario.

La dieta puede ser semisólida, puede masticar -- lenta y eficazmente con el lado opuesto a la zona tratada, pero se han de evitar los alimentos duros que exigen presiones fuertes para la masticación

Son recomendables los suplementos alimenticios -- como el Metrecal, Nutrament. Los colutorios se hacen a --

partir del segundo día cada 4 horas con una solución anti-séptica y agua tibia. El cepillado será suave al principio aumentando el estímulo del cepillo gradualmente.

T E M A V

R A D I C E C T O M I A

La amputación total de la raíz, consiste como su nombre lo dice, en la eliminación de una raíz, en dientes-multiradiculares y parcial pero mas que el ápice en las mo noradiculares.

Este procedimiento se llevará a cabo cuando las raíces se encuentren afectadas ya sea por un proceso carioso extenso, una reabsorción interna o bien la falta de soporte óseo debido a una enfermedad parodontal. En otras palabras, conservamos el diente en su aspecto coronal y -- parcialmente en su aspecto radicular.

Antes de decidir la amputación radicular de la raíz afectada, es necesario evaluar el estado de los tejidos de soporte de las otras raíces, de los que depende el pronóstico del diente.

El tratamiento endodóncico será previo a la amputación radicular siendo opcional practicar la obturación - de todos los conductos o hacerlo solo en los conductos de-

las raíces que vayan a quedar, colocando amalgama de plata bien condensada a la entrada del conducto de la raíz por - eliminar.

La amputación radicular recibe también los nombres de radiculotomía y de hemisección horizontal.

La radicectomía significa en muchos casos el último recurso por emplear para la conservación de un diente; es pues una terapéutica valiosa que permite evitar la pérdida de dientes estrictamente necesarios en la rehabilitación oral, que de otra manera habría que extraerlos.

En 1894, el Doctor Youger en el congreso de la Asociación Americana de Medicina, al hablar sobre el tema de "Piorrea Alveolar", mencionó lo siguiente acerca de raíces afectadas de molares: Mi tratamiento en estos casos es el de llevar a cabo el tratamiento de conductos y amputar la raíz afectada por medio de un acto quirúrgico.

El éxito de la radicectomía depende de dos factores esencialmente:

- a) La estabilidad del soporte óseo de las raíces remanentes.
- b) El resultado a distancia del tratamiento en-

odontócico en dichas raíces.

Indicaciones.

Raíces con lesiones periapicales cuyos conductos son inaccesibles.

Cuando la raíz de algún premolar o molar con patología periradicular, no ofrezca la posibilidad de una -- completa conductoterapia.

Raíces con perforaciones que han motivado lesiones periodónticas irreversibles.

Cuando la raíz tiene caries muy destructiva en el tercio gingival o reabsorciones que no admiten tratamiento.

Cuando en una raíz ha fracasado la conductoterapia y no es posible reiniciarla.

Cuando después de haber tratado dos o más conductos de un diente, nos damos cuenta que una raíz no arroja resultados favorables por falta de soporte óseo, en este caso podemos salvar el diente que se encuentra en buen estado de salud.

Ventajas.

Se conserva una buena parte del diente, la cual puede ser utilizada como soporte de un puente.

Se puede utilizar como coadyuvante para mantener la oclusión adecuada y uniforme.

Puede evitar la prótesis móvil al brindar la posibilidad de servir de sostén para un puente fijo.

No existe razón alguna para que cuando se trate de un molar inferior por ejemplo, si una de sus raíces posee una alteración, ya sea falta de soporte ósea causada por una enfermedad parodontal o alguna otra razón de importancia para utilizar este método, no tratemos de mantener en su lugar la otra raíz que puede estar en estado de salud norma, y deberemos de pensar en la conservación de ésta -- porción coronaria radicular sana.

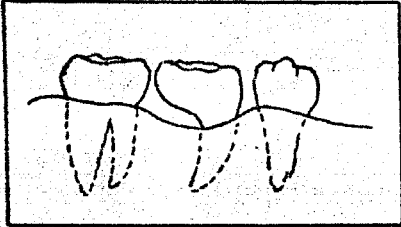
Técnica quirúrgica.

1. Tener completo el tratamiento de conductos - de la raíz o raíces que se van a conservar.
2. Hacer una insición vertical para separar el colgajo mucoperióstico.
3. Descubrir el tejido óseo que cubre la raíz - afectada y eliminar algo en sus caras mesial y distal para dejarla libre.
4. Con una fresa de fisura 701, seccionar la - raíz a la altura de la obturación del conducto y eliminarla con la ayuda de una pinza o un forceps.

5. Sellamos perfectamente la nueva entrada con amalgama de plata sin zinc o con Cavit.
6. Limpiar perfectamente la zona, lavar con suero fisiológico y suturar el colgajo en su lugar.

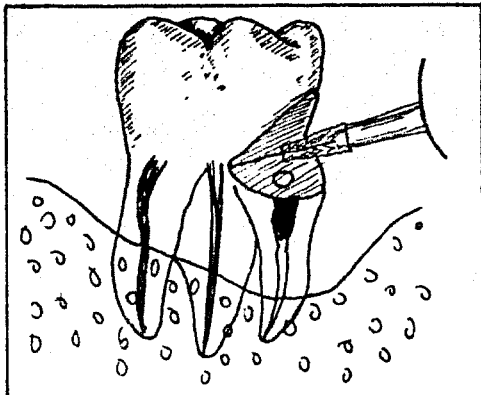
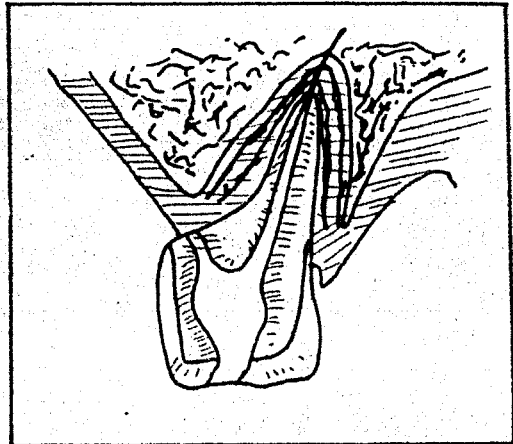
La amputación radicular es corriente en cualquiera de las tres raíces de los molares superiores, quedando perfectamente estabilizado el molar intervenido con las -- dos raíces restantes. Por el contrario, en los molares inferiores, se prefiere por lo general practicar la hemisección del diente debido a la falta de estabilización y posibilidad de fractura.

RADICECTOMIA



Amputación radicular de un molar inferior.

Amputación radicular de una raíz palatina de molar superior.



Radicectomía de la raíz mesio vestibular de un molar superior.

T E M A VI

ODONTECTOMIA O HEMISECCION

Es una intervención similar a la anterior, pero en la cual además de la raíz se hace la resección de su -- porción coronaria.

Este procedimiento consiste en la resección de un diente, eliminando la raíz con su porción coronaria correspondiente, en piezas multiradiculares. En este caso no es necesario colocar amalgama u otro material para sellar la raíz, puesto que la parte que se conserva deberá de estar tratada endodóncicamente y posteriormente se debe rá restaurar la porción remanente con la obturación adecuada. Los molares son reducidos hasta el tamaño de un premolar y son utilizados con muy buenos resultados; para so- portes de puentes fijos, y para distintas funciones, depen- diendo de cada caso en particular.

El tratamiento de conductos puede hacerse antes o después de la hemisección.

Cuando en los molares inferiores existe una le--

sión periodontal profunda es preferible la hemisección.

Al igual que la amputación radicular, será necesario hacer una evaluación de los tejidos de soporte de la raíz residual.

Indicaciones

1. Cuando la raíz se encuentra afectada por alteraciones parodontales avanzadas.
2. Cuando la enfermedad parodontal se encuentra localizada en la furcación radicular.
3. Cuando una sola raíz presenta una amplia lesión periapical y existe calcificación del conducto radicular que imposibilita el tratamiento convencional.

Ventajas.

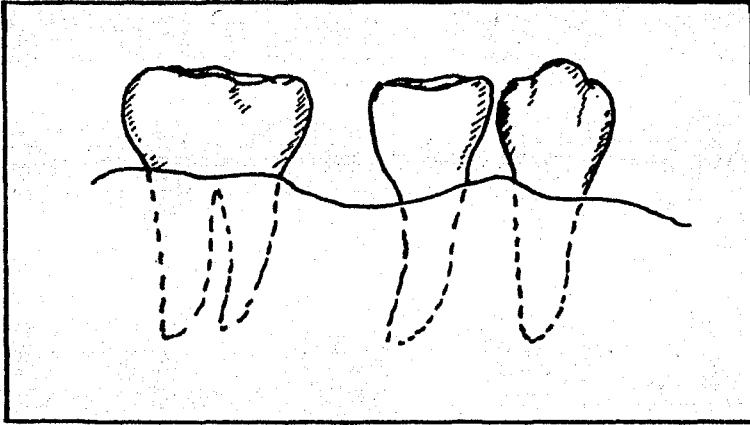
Son las mismas que se han descrito al hablar de radicectomía.

Técnicas quirúrgicas.

I. Utilizamos con alta velocidad, una fresa -- No. 559 XL o una 702 XL, y seccionamos el diente en dos -- porciones; hacemos movimientos de bucal a lingual, y una vez hecha la separación la parte que va a ser extraída la eliminamos con un forceps; quedándonos así la porción den taria sana lista para el tratamiento de conductos radícula

res. Pero si se ha hecho antes, colocaremos tan solo la restauración adecuada.

II. Si la pulpa no es vital, se practica primero el acto quirúrgico, hacemos una incisión adecuada dependiendo del caso, levantamos el colgajo mucoperiódstico, y con fresas cortamos la pieza hasta separarla en dos porciones, extrayendo la porción afectada con un forceps, regularizamos los bordes óseos y dentarios y suturamos el colgajo en su lugar por medio de puntos aislados. Por último tomamos una radiografía de control y revisaremos al paciente periódicamente y en una segunda cita se llevará a cabo el tratamiento de conductos radiculares.



HEMISECCION

T E M A V I I
A P I C E C T O M I A

Definición

La apicectomía, es la extirpación de la porción-apical infectada de un diente, que comprende los últimos - 2 ó 3 mm. de la o las raíces, cuyo o cuyos conductos se -- han obturado o se piensan obturar a continuación.

Está considerada como la intervención quirúrgica más frecuentemente realizada como tratamiento complementario de la endodóncia. Forma parte de la llamada cirugía - conservadora de los dientes.

La apicectomía fue practicada por primera vez en los Estados Unidos por Farrar y Brophy antes de 1880. Poco conocida hasta 1890, en que se popularizó a través de - Rhein. Desde entonces se ha perfeccionado y se ha practicado para tratar los focos crónicos periapicales y como me dio de prevención o curación de la infección focal de origen dentario. El éxito de una apicectomía está supeditado al ajuste correcto de la obturación del conducto radicular

y a su tolerancia por parte del tejido conectivo periapical.

La apicectomía consiste esencialmente en la eliminación del ápice radicular lesionado y del tejido conectivo inflamado que lo rodea. Contribuye a asegurar el éxito del tratamiento del conducto radicular o ha reemplazar éste último en el caso de que no se lo pueda realizar en condiciones apropiadas.

La apicectomía puede realizarse en una o dos sesiones con iguales resultados.

Indicaciones.

La apicectomía estará guiada por el diagnóstico que hace el operador, basado en el conocimiento de los tejidos afectados incluyendo su forma, histología y su reacción prevista.

1. Los dientes más indicados, son los unirradiculares, los premolares superiores, siempre que sus raíces no estén próximas al seno. Los premolares inferiores -- cuando el ápice no esté cerca del agujero mentoniano o del conducto dentario inferior.
2. Cuando la destrucción de los tejidos periapicales hueso o periodonto, no se extienda a más de un tercio --

del total de la raíz.

3. En quistes apicales
4. Cuando la conductoterapia y el legrado apical, no han logrado la reparación de la lesión periapical.
5. En dientes con granulomas periapicales.
6. Dientes en los que la raíz ha sido perforada en el --tercio apical.
7. Cuando existe una fractura del tercio apical radicu--lar con muerte pulpar y alteración en el parodonto.
8. Cuando la presencia del ápice obstaculiza la total --eliminación de la lesión periapical.
9. En dientes de pacientes jóvenes que han sido desvitalizados por la extensión de una lesión quística vecina.
10. En algunos casos de reabsorción apical cemento dentinaria.
11. Por rotura de un instrumento en el tercio apical del conducto, o canal bloqueado por un nódulo pulpar.
12. Cuando un fragmento de una obturación radicular en la zona peiapical, actúa como irritante.
13. Cuando hay una marcada sobreobturación del conducto -

radicular.

14. Cuando no es posible retirar un pivote y existe una -
rama de rarefacción apical, como una paraendodontitis.
15. Fracasos regenerativos pararónticos y endodónticos,
no obstante que se haya repetido el tratamiento y ob-
turación del conducto y hasta efectuado el raspado pe
rirradicular.
16. En algunos casos en que esté indicada la obturación -
con amalgama retrógrada.

Contraindicaciones

1. Cuando no hay suficiente soporte alveolar después de-
la apicectomía y el curetaje.
2. En una periodontoclasia avanzada.
3. Cuando existe movilidad dentaria clase III.
4. En infecciones parodonticas agudas.
5. En casos en que los dientes están cerca de estructu--
ras anatómicas muy importantes, por ejemplo en premo-
lares superiores, si la radiografía muestra que el pi
so del seno se haya cercano a los ápices.
6. Cuando existe una incorregible oclusión traumática.

7. Si el acceso al campo operatorio es difícil.
8. Cuando la salud general no es satisfactoria, como en el caso de fiebre reumática, reumatismo, nefritis, -- diabetes, trastornos cardiacos, tirotoxicosis.
9. Cuando se tenga que eliminar demasiada estructura radicular.
10. En personas de más de 50 años.
11. Molares inferiores, en las raices palatinas de los su periores y terceros molares en general.

Ventajas

La apicectomía tiene las siguientes ventajas.

1. Puede evitar la extracción de un diente útil para soportar una prótesis.
2. En caso urgente, se puede hacer una apicectomía inmediata, y múltiple.
3. Tiene un 98% de éxito.
4. Hay una mayor facilidad y seguridad en el sellamiento del conducto.

Desventajas.

Como desventajas se citan:

1. Produce cierto estado de angustia del paciente antes y durante la intervención.
2. Disminuye la longevidad dentaria por acortamiento radicular.
3. Hay cierta posibilidad de desvitalización de los dientes vecinos.
4. Se puede penetrar el seno maxilar.
5. Posible perforación del suelo de la fosa nasal.
6. Posibilidad de ablación de la lámina cortical interna, sección del paquete vasculonervioso mentoniano (sin grandes consecuencias).
7. Apertura externa de tubillos dentarios.
8. Puede producir una regeneración periapical más tardía y fibrosa, además de impedir el cierre biológico del conducto con cemento secundario.

Limitaciones

La apicectomía es de gran utilidad pero está limitada por varias razones.

1. Porque los dientes anteriores casi siempre reaccionan al tratamiento radicular conservador.

2. En dientes posteriores la intervención es infactible.
3. Se producen molestias postoperatorias como tumefacciones y dolores.

Premedicación

La premedicación se hará a base de Seconal Sódico o Etinamato para sedar y relajar.

Bantina o Sulfato de atropina para el control salival. La atropina está contraindicada en presión arterial alta o glaucoma. La Bantina es menos efectiva que la atropina.

Si la operación se realiza en forma inmediata el Seconal Sódico y la Bantina son administrados de manera -- que al terminar la preparación y obturación del conducto -- la medicación haya surtido efecto.

Seconal Sódico 0.1 g.

Bantina 50.0 mg.

Una cápsula ingerida antes de la intervención por lo menos 15 minutos.

Si la paciente es menor de 12 años, solo se le administrará la mitad de la dosis, o bien, elixir de Seco-

nal, una cucharada de té por cada 10 kg. de peso.

Si la intervención se va a realizar en 2 etapas se administra Etinamato 15 minutos antes y Bantina o atropina.

Etinamato (Valmid)	0.5 g.
Sulfato de atropina	0.65 mg.

Una tableta de cada uno 15 minutos antes de la cita.

Si se desea una sedación más breve, se usa Hexobarbital (Evipal) de 260 mg., administrado junto con un antisialagogo.

La premedicación puede ser reemplazada inyectando junto con la solución anestésica, de 30 a 50 mg. de clorhidrato de Demerol (Meperidina), cuyo efecto sedativo es de una hora, y ya que el Demerol es antisialagogo no se administra Atropina; pero este medicamento puede producir náuseas o síncope.

El Mepergan 150 mg. de Meperidina y 25 mg. de prometazina inyectable, da una buena sedación, es antihistaminica, y ofrece buena analgesia.

Instrumental,

Deberá constar de jeringa carpule, 2 cartuchos -

de anestesia, bisturí Bard-Parker con hoja núm. 15, separador Senn o Periostomo, Cíncel de mano Buckley núm. 2 para hueso legra, cureta Hu-Fredy número 9 recta y número 11 -- curva, fresas redondas número 6, de fisura números 558 ó -- 702, 557 o 701, porta agujas de 12 cm., carretel de hilo negro número 000, aguja curva semicircular de Lane número-3, pinza para disección, 2 tijeras para sutura, esponja de gelatina (que absorbe y retiene y se prepara con gelatina-purificada batida hasta quedar porosa, se seca y se emplea para rellenar la herida después de efectuada la apicectomía. Favorece la organización del coagulo sanguíneo y es reabsorbida por las células.), pulverizadores con penicilina y sulfamida en polvo, aspirador, gasa esteril pieza de mano esteril, hisópos de algodón metafén y alcohol.

El pulverizador con penicilina y sulfamida en -- polvo, consiste en una pera de goma con tubos adaptados -- reemplazables. Cada tubo tiene 5000 unidades de penicilina potásica cristalina y 0.25 g. de sulfanilamida. Se usa para disminuir los riesgos de infección postoperatoria.

Anestesia

Es muy recomendable la anestesia por infiltra---ción (menos en los dientes posteroinferiores), de Xilocaí na al 2% con epinefrina al 1:50 000. También son muy usa

das la Novocaína, Pantocaína, Ravocaína y la Cobefina.

La anestesia para dientes anteriores se inyecta por labial por vía subperióstica y en la zona central se inyectarán unas gotas a través del frenillo, además del agujero palatino anterior para bloquear el nervio palatino.

Para premolares y molares superiores se inyecta por bucal, por el método subperióstico o supraparióstico.

En dientes anteroinferiores la anestesia será regional en el dentario inferior y una inyección complementaria en las proximidades del ápice.

Si se trata de una pieza posterior inferior la anestesia será regional e infiltrativa.

APICECTOMIA Y CONDUCTOTERAPIA

La apicectomía se puede realizar en una o dos sesiones. Cuando se realiza la operación y la conductoterapia en una etapa se les llamará Apicectomía Inmediata, en la que primero se hará la preparación biomecánica, la esterilización con medicación electrolítica y la obturación del conducto e inmediatamente después la amputación apical. Este tipo de Apicectomía tiene la ventaja del ahorro de tiempo.

Cuando se realiza la apicectomía en dos etapas o más es necesaria una preparación biomecánica del conducto radicular en la primera sesión, y el sellamiento del conducto con una pasta poliantibiótica. En la segunda etapa se obturará el conducto y se hará la amputación radicular, o bien la amputación radicular se realizará en una etapa posterior.

Los éxitos de la apicectomía dependen principalmente de una buena conductoterapia. Esta puede ser precedida de la apicectomía o bien puede precederla.

La conductoterapia puede tener cuatro diferentes formas:

- I. Cuando la conductoterapia fué hecha hacía -- tiempo y es juzgada correcta, pero no logra la regeneración periapical.
- II. Cuando se prepara y obtura el conducto en -- una o dos sesiones previas a la apicectomía.
- III. Cuando inmediatamente antes de la apicecto-- mía se prepara y obtura.
- IV. Cuando se prepara el conducto en una sesión-- o varias sesiones antes pero su obturación -- precede a la amputación apical.

Desde el punto de vista práctico, debe preferirse efectuar el tratamiento de conductoterapia en dos sesiones. También puede efectuarse en una sola sesión por falta de alternativa.

En la primera sesión se hace la preparación biofísica del conducto hasta dos mm. antes del forámen, e inserción de una mecha con paramonoclorofenol alcanforado.

En la segunda sesión se obtura el conducto con un cono de gutapercha, que tope 1 mm. antes de la terminal del conducto preparado; se parte un fragmento de 3 mm. de la parte terminal del cono, se calienta el conducto con un instrumento de ensanchamiento, se sumerge en cloroformo -- 1 mm. del extremo delgado de gutapercha, se introduce en el conducto y se presiona hasta que haya alcanzado el nuevo forámen. Se corta el exedente, se lleva cemento al resto del conducto con un léntulo, y se introduce más gutapercha quitando el exedente tanto de la gutapercha como del cemento, y por último se obtura con silicato.

En la tercera sesión se procede a hacer la amputación radicular.

APICECTOMIA INMEDIATA

En este tipo de intervención, a la preparación, esterilización y obturación del conducto, sigue la apicectomía.

Indicaciones.

Puede ser tratada únicamente en dientes sin sintomatología. Si existe, se drena el conducto y una vez -- que el diente no moleste y no presente tumefacción se hace la apicectomía.

Desventajas

Se puede causar una bacteriemia o una infección localizada al forzar el material séptico a través del forámen. Esta dificultad se puede superar mediante una instrumentación cuidadosa y una solución antiséptica en el conducto.

Puede haber también, una falta de esterilización del conducto. Esto puede resolverse con una medicación -- electrolítica.

Tratamiento

1) Conductoterapia

En dientes anterosuperiores se inyecta por labial

1.5 cc. de anestesia y por igual 0.3 cc. en el agujero palatino anterior. En dientes anteroinferiores, se anestesia con una inyección bilateral mandibular. Si es premolar además se inyecta todo el contenido de un cartucho, troncular homolateral. En molares se inyecta todo el contenido por bucal.

Se coloca un dique y se abre el diente llegando a la cámara pulpar. Se ponen unas gotas de hipoclorito de sodio en la cámara pulpar, y con una sonda lisa y un tiranervios se explorará y se limpiará el conducto.

Después se ensancha el conducto con limas y ensanchadores, y se seca con puntas de papel.

El conducto se esteriliza con medicación electrolítica (hipoclorito de sodio), por medio de un esterilizador, cuyos electrodos llevarán una corriente de hasta 5 miliamperios, durante 6 minutos. Transcurrido el tiempo fijado, se retiran los electrodos, y se seca el conducto con puntas absorbentes de papel.

Se mide el conducto con un cono de gutapercha o de plata, y se corta a nivel de la superficie incisal. Se saca el cono, se introduce cemento en el conducto y se lleva otra vez el cono al conducto, prefiriendo que la ob-

turación sobrepase el ápice. Luego se retira el exceso de cemento de la cámara pulpar y se sella la cavidad con cemento.

El dique se retira y se refuerza la anestesia, para que inmediatamente se proceda a hacer la apicectomía.

II) Técnica quirúrgica

Se debe de contar con una buena historia clínica, un estudio radiográfico, una adecuada selección de instrumental; así como haberse formado un plan de tratamiento, y un buen sellado foraminal y correcta conductoterapia.

Después de haber efectuado la conductoterapia -- los pasos a seguir serán los siguientes:

1. Preparar el campo operatorio, relleno la boca del paciente con compresas de gasa a los lados del o de los dientes en cuestión evitando la penetración de la saliva.

2. Esterilización de la mucosa, los dientes y la superficie interna de los labios con un antiséptico -- adecuado.

3. Con un bisturí Bard Parker, se hace la incisión en forma semilunar hasta el perióstio, a 3 ó 4 mm. -- del borde libre de la encía, con la convexidad hacia oclu-

sal pasando por la mitad de la raíz de longitud media. La incisión deberá tener extensión de aproximadamente 2 cm. - (una sola apicectomía) para poder extenderse en caso necesario.

Si el frenillo obstaculiza, se debe seguir su -- contorno, sin cortar sus inserciones, con una incisión en forma de V; pero cuando la conformación del labio o la - inserción del frenillo son muy bajas, se atraviesa este en vez de rodearlo.

4. Para separa el colgajo, se debe de usar una - legra bien afilada. El colgajo debe contener el perióstio.

Se puede separa con un periostomo, con un separa - dor Senn o con el doble separador de Sargentí, que separa - a la vez labio y colgajo.

5. Osteotomía. Se hace ligeramente mayor hacia - gingival. Si falta una parte del hueso porque estuviese - necrosado o existiese alguna fístula, y quedara descubier - ta una porción de la raíz, con un cincel de presión manual se levanta el tejido óseo que cubre el ápice.

Por lo general se tiene que abrir una ventana, - haciendo 4 o más perforaciones con una fresa esférica, in - yectando suero fisiológico para evitar el calentamiento.

Se sigue el contorno general del ápice, y se hace un corte arqueado con una fresa de fisura. Con un cincel se remueve la tabla externa y se descubre el ápice. A veces se utiliza una sierra tubular llamada Trefina, y si es necesario se puede ampliar la ventana con un alveolotomo.

6. Amputación apical. En los dientes anterosuperiores se corta con una de fisura nueva, cónica número 558 ó 702; en los dientes anteriores inferiores con una fresa número 557 ó 701. El corte será de 2 a 3 mm. de longitud. Si se tiene que remover solo un milímetro del ápice, es más recomendable que se desgaste con la fresa y no cortar. Hay casos donde es necesario cortar más de 2 ó 3 mm. de la raíz, por ejemplo:

- a) Cuando hay una constricción invencible
- b) Cuando hay una marcada curvatura o angulación
- c) Si existe perforación radicular
- d) Cuando hay un pequeño fragmento instrumental.

Si es grande, el corte se hace a los 3 mm. y con una pinza se saca.

En el caso de previa obturación del conducto, se secciona un poco antes de donde acaba la obturación.

Si existe una fractura apical, basta con remover

el fragmento y regularizar los bordes de la fisura.

Cuando se corte el ápice, se tendrá que proyectar un chorro de solución de procaína para evitar el calentamiento.

7. Cuando la presencia de patología es evidente se elimina y se legran las paredes óseas; limando las superficies radiculares y eventualmente alisando la gutapercha seccionada con un atacador caliente.

En el caso que el curetaje del tejido de granulación sea doloroso, se puede poner una inyección intrósea introduciendo la aguja entre las trabéculas para inyectar al hueso directamente, logrando una anestesia inmediata y completa.

8. Se regulariza el extremo de la raíz y se irriga con una solución de procaína. Para irrigar la herida, se hace que el paciente incline la cabeza y se proyecta la solución con mucha presión, para eliminar la sangre y así facilitar la inspección de la herida.

9. Se tapona la cavidad con gasa empapada de agua oxigenada, dejandola por espacio de 5 minutos para lograr una buena hemostasia.

10. En el caso que el conducto ya esté tratado se sella la obturación con un instrumento caliente.

Si el conducto fué preparado pero no obturado, se recorta un poco el tejido óseo alrededor del nuevo extremo radicular, se rodea esta porción con una tirita de gasa con agua oxigenada, se seca bien el conducto y se obtura.

11. Se desinfecta la dentina con un palillo que lleva una solución de nitrato de plata y con eugenol para reducir la sal argéntica.

12. Ya que se ha hecho esto se curetea para formar un buen coagulo de sangre. Se espolvorea este coagulo, con el pulverizador y se coloca una pequeña porción de esponja de gelatina y se espolvorea nuevamente.

13. Se adapta el colgajo en su lugar y se sutura con seda negra y aguja semicircular. La sutura se hará primero en su parte media y luego a los lados. En la mandíbula se requieren más puntos de sutura, estos se quitan de 4 a 6 días después.

Si se prefiere se puede suturar con catgut y aguja atraumática; que se absorbe en 10 días aproximadamente. El catgut es más rígido que el hilo de seda y más difícil-

de atar.

14. Si ha habido supuración perirradicular, se inserta una tira de gasa con Dentalone hasta el fondo de la cavidad, pasando por la parte más baja de la insición para canalizar y sedar la herida.

15. Una vez efectuada la intervención, se toma una radiografía a manera de control para compararla con otras futuras. Esta radiografía muestra una obturación radicular más corta que la superficie de la raíz.

Cuidados Postoperatorios

Se le advierte al paciente acerca de las molestias que puede sentir, tales como dolor, inflamación y ligera hemorragia. Se le prescriben analgésicos y fomentos fríos, durante 20 minutos con intervalos de 1 hora. La comida debe ser líquida o blanda; si sigue la inflamación se le dan fomentos calientes o antihistamínicos.

Si se puso una canalización se debe de quitar -- 48 hrs. después. La regeneración ósea se verifica de 6 a 12 meses después, el periostio se regenera y sobre la superficie dentinaria se deposita neocemento, el extremo de la obturación se cubre de tejido fibroso cicatrizal.

El paciente deberá tener cuidado de no levantar el labio para observar la intervención pues se podrían desprender las puntadas, no deberá de comer alimentos duros - ni cepillar la rama del conducto intervenida. Se le recomienda el uso de enjuagatorios.

Obturación del conducto después de la Resección

Es preferible que la obturación del conducto radicular se realice antes de la intervención debido a que:

No hay posibilidad de que se introduzca sangre - dentro del conducto e interfiera la correcta obturación de éste.

Se mantiene una técnica aséptica mejor, porque - el tratamiento y obturación se hacen con dique, mientras - que la apicectomía se lleva a cabo después como un procedimiento separado.

Simplifica los cambios de bandeja de instrumen-- tos a otro, en lugar de ser 3 cambios como requiere la obturación posterior.

Sin embargo si se realiza este tipo de operaciones, el conducto se limpiará, irrigará y obturará después de seccionar el ápice.

Esta técnica consiste en remover el ápice y curetear el hueso, antes de obturar el conducto.

Se tapona la herida con gasa mientras se ensancha limpia y seca el conducto. Después se introduce cemento radicular hasta llenar el conducto y se introduce un cono de gutapercha cortando el excedente con un instrumento caliente. Es indispensable mantener la herida sin sangre mientras se hace la obturación.

APICECTOMIA CON OBTURACION DE AMALGAMA RETROGRADA

Esta técnica es una variante de la apicectomía, en la que la sección residual es obturada con amalgama de plata, para obtener un mejor sellado y una rápida cicatrización y reparación.

Indicaciones

1. En dientes con el conducto calcificado o con presencia de instrumentos rotos u obturaciones difíciles de desobturar.
2. En dientes anteriores traumatizados en niños de 8 ó 9 años, en los que solamente se ha desarrollado la mitad de la raíz, y el forámen apical es más ancho que el conducto.

3. En dientes con reabsorción cementaria.
4. Dientes con corona a perno cuya remoción no es factible.
5. Dientes en los que ha fracasado el tratamiento quirúrgico anterior, legrado o apicectomía, persistiendo un trayecto fistuloso o la lesión periapical activa.
6. En casos de dens in dente.
7. Dientes reimplantados accidental o intencionalmente.
8. Dientes que son retención de puentes fijos que no se pueden o no se desean desmontar.

Ventaja

La calidad selladora de la amalgama hace que pueda hacerse sin previo tratamiento de los conductos. Esto hace que sea de gran valor terapéutico.

Técnicas

La técnica quirúrgica hasta el momento de la apicectomía es igual, pero difiere en los siguientes pasos:

- 1°. La sección apical es oblicua de manera que la superficie quede elipsoidal.
- 2°. Se hace el legrado periapical.

- 3°. Con una fresa 33 1/2 ó 34 de cono invertido, se hace una cavidad retentiva en el centro hasta 3 mm. de -- profundidad. Si la raíz no ha terminado su formación, se alisa el extremo radicular, se limpia e irriga -- con una solución antiséptica.
- 4°. Se efectúa el lavado de la herida, se asepsia y se se ca.
- 5°. Si hay hemorragia se le tiene que detener con compre sas de epinefrina al 1:100.
- 6°. Se coloca en el fondo de la cavidad un trozo de gasa, destinado a retener los fragmentos de amalgama que - puedan caer en el momento de la obturación.
- 7°. Se obtura la cavidad con amalgama de plata sin cinc, dejandola plana o con una concavidad.

La amalgama se lleva con un atacador estriado. El - porta amalgamas lleva porciones demasiado grandes y - puede ocasionar la pérdida de pequeñas partículas.
- 8°. Se bruñe la superficie de la amalgama con un instru- mento liso.
- 9°. Se retira la gasa con los fragmentos de amalgama que haya retenido.
- 10°. Se provoca una ligera hemorragia para lograr buen -- coagulo.

11°. Se sutura.

Se recomienda que la amalgama de plata no contenga Cinc para evitar el posible riesgo de que se produzcan fenómenos electrolíticos entre el Cinc y los otros metales componentes de la amalgama, mercurio, plata, cobre, estaño, con un flujo constante de corriente eléctrica, precipitación de carbonato de Zn en los ejidos y como consecuencia una reparación periapical demorada o interferida.

Obturación radicular invertida

Se utiliza en casos en lo que hay coronas a perno, cuyos conductos fueron tratados correctamente.

Este método, descrito por Sommer, consiste en seccionar el extremo radicular con una fresa de fisura con angulación hacia incisal.

La porción apical se ensancha con limas Kerr, dobladas en ángulo recto a 6 mm. de su extremo, rotandolas con presión y luego se obtura o bien con un cono de plata-corto de igual calibre que la lima, o con amalgama de manera ya mencionada.

Se pule el excedente, se deja a nivel de la superficie radicular, se aplica nitrato de plata sobre dicha

superficie y se sutura.

Complicaciones postoperatorias de la Apicectomía.

Puede presentarse una tumefacción que se puede evitar en lo posible, reduciendo el sobrecalentamiento de hueso, sosteniendo el colgajo suave en lugar de tironearlo con fuerza.

Los corticoesteroides inhiben la permeabilidad anormal de los vasos sanguíneos evitando la exudación y tumefacción de los tejidos. Entre los más usuales están, la predisolona (5 mg. 3 veces diarias), y el medrol (4 mg. - 3 veces diarias). Estos corticoesteroides están contraindicados en casos de úlceras pépticas, nefritis, diabetes - etc. El tratamiento se sigue por 3 días.

Si la tumefacción es extensa se inyectan 150 a - 300 unidades de hialuronidasa y compresas unas horas después.

Si existiera dolor, se combate con analgésicos.

En caso de equimosis, que se presenta en el 5% - de los pacientes, se alternan las compresas de agua fría - con agua caliente 10 minutos cada hora. Esta complicación es más frecuente en pacientes de piel blanca.

Puede existir también una parestesia transitoria

ocasional que dura unos días a varias semanas.

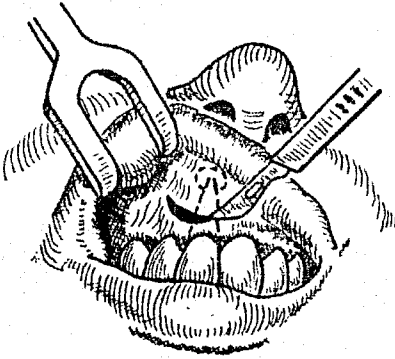
Otra complicación puede ser la presencia de hemorragias secundarias. En casos con antecedentes, puede administrarse adrenosen 5 mg. intramuscular.

Raras veces la incisión cicatriza mal. Si esto llegara a suceder se reavivan los tejidos en la línea de incisión con un bisturí, se curetea por debajo del colgajo y sutura apretadamente.

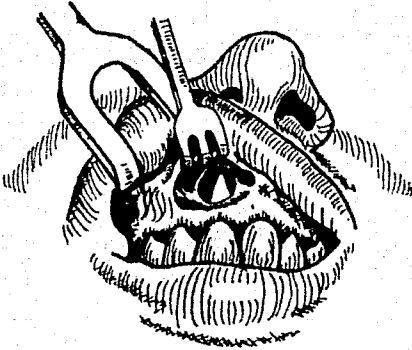
Control Radiográfico.

Se debe de controlar radiográficamente tomando una radiografía 6 meses o 1 año después.

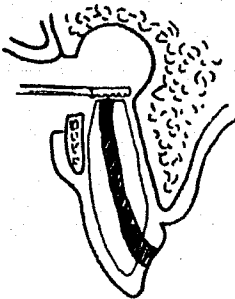
APICECTOMIA



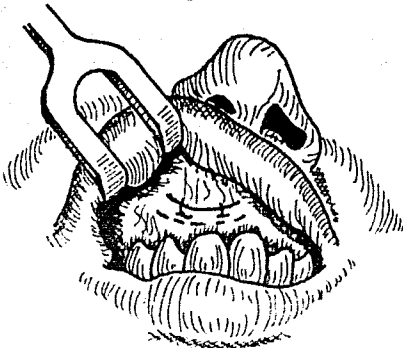
Ubicación del ápice y de -
la incisión.



Separación del colgajo y -
apertura de la ventana ósea.

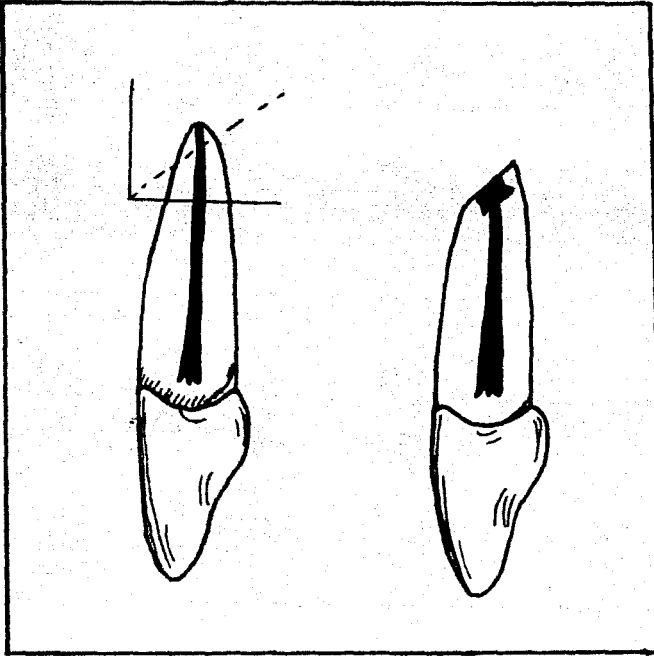


Resección del ápice radicu -
lar.

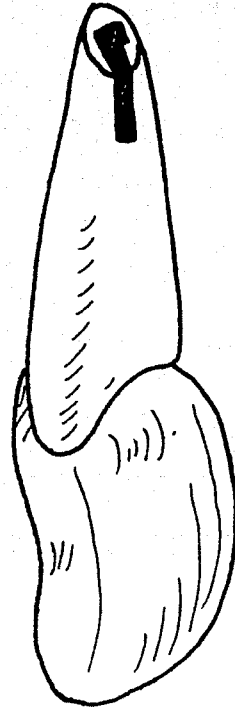
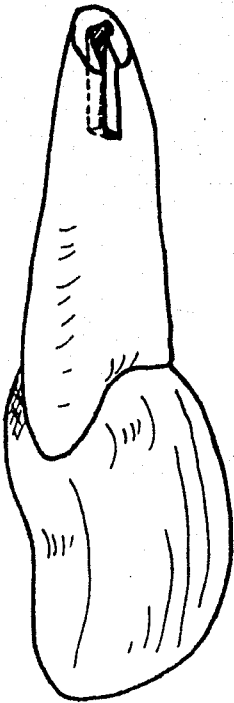
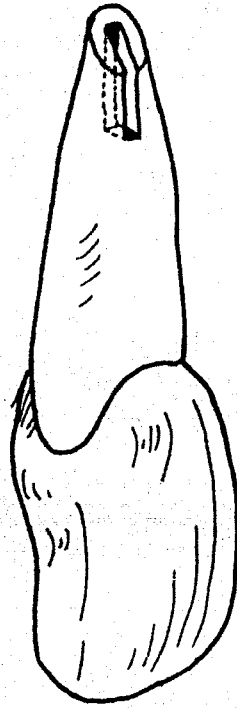


Sutura

AMALGAMA RETROGRADA



- Angulación de 45° del corte del ápice, para tener una mejor visualización de la entrada del conducto, y llevar a cabo así la obturación retrógrada.



Preparación de la cavidad para obturación retrógrada.

C O N C L U S I O N E S

En el campo de la Odontología, la Cirugía Paraendodóncica ha sido muy empleada y sometida a estudios minuciosos, de los que han salido mejores técnicas y aumentado la producción literaria de los mismos.

El éxito de una cirugía depende principalmente de la tolerancia del tejido conectivo periapical, del estado de salud del diente y de la correcta técnica quirúrgica, - que incluye además de la remoción del tejido enfermo, el pulido cuidados del diente y los correctos cuidados postoperatorios.

En las intervenciones Paraendodóncicas, se deben de tomar muy en cuenta los detalles, ya que la variación u omisión de uno de ellos, tendría por consecuencia el fracaso.

Así pues, tomaremos en cuenta:

1. Una buena y completa historia clínica, para saber el estado de salud del paciente, tratar de comprender sus problemas emocionales, y analizar los patrones de

conducta de cada uno en particular, para efectuar una interrelación personal más armónica y productiva.

2. Muchas veces es necesario premedicar al paciente para poder actuar con tranquilidad, y sin que el paciente se encuentre alterado.

3. La correcta preparación y uso del instrumental quirúrgico, que se ha de disponer adecuadamente en medios estériles, para realizar con mayor rapidez y eficacia cualquier tipo de intervención.

4. La anestesia deberá ser profunda, durable, - no tóxica, y aplicada con la técnica adecuada.

5. Saber los planos anatómicos por intervenir, es muy importante, para evitar un posible accidente, durante o después de la intervención, y lograr un éxito de la cirugía.

6. La incisión es muy importante, por lo que tenemos que escoger adecuadamente el tipo de colgajo, en cada caso.

7. La técnica quirúrgica, es quizá, el más importante punto a seguir, ya que si nos desviáramos, sería casi seguro el fracaso de nuestra intervención.

8. Suturar adecuadamente, para una buena cicatrización, y regeneración.

9. Los cuidados postoperatorios, es el último detalle a seguir, estarán a cargo, tanto del paciente, como del C. Dentista.

El C. Dentista deberá de indicar la dieta, cuidados y medicamentos, así como el control radiográfico y evolutivo de la lesión, en períodos regulares de tiempo.

El paciente deberá de someterse a las indicaciones del C. Dentista y acudir puntualmente a sus citas de control.

Para realizar este tipo de trabajos en Odontología, es necesario que el C. Dentista tenga habilidad, paciencia, serenidad, conocimientos y práctica, para no crear un mayor problema al paciente, en desprestigio de su persona y de la profesión.

B I B L I O G R A F I A

I. ENDODONCIA PRACTICA

Kutler Yuri
Editorial Alfa
México, 1969.

II. CLINICAL ENDODONTICS. A MANUAL OF SCIENTIFIC
ENDODONTICS

Sommer, Ostrander and Crowley
3 ed. Philadelphia and London Co.
1966.

III: PRACTICA ENDODONTICA

Louis I Grossman
2 ed. en castellano
Progrental
Buenos Aires, 1965.

IV. ENDODONCIA

Angel Lasala
2 ed.
Cromotip C.A.
Caracas, Venezuela
1971.

V. OPERATORIA DENTAL ENDODONTICA

Vol. IV.

Editorial Mundi S.R.L.

Buenos Aires, 1967.

VI. PERIODONTOLOGIA CLINICA

Irving Glickman

W. B. Saunders Company

4 ed. México, 1972.

VII. PERIODONCIA

Orbán-Wentz Everett, Grant

Editorial Interamericana, S.A.

1969.

VIII. ENDODONCIA

Oscar A. Maisto

2 ed.

Editorial Mundi, S.A.

Buenos Aires, 1973.

IX. DICCIONARIO ODONTOLOGICO

Ciro Durante Avellanal

Suplemento por el Dr. Salvador Lerman

3 Edición

Editorial Mundi SAIC y F.

Buenos Aires, 1978.