

24 36

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



CIRUGIA PERIAPICAL

T E S I S
QUE PRESENTAN
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

JOSE TOMAS ARELLANO NAVA
GILBERTO MATA PRADO

México, D. F.

1980



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 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.

I N D I C E

- I.- DEFINICION Y GENERALIDADES
- II.- ESTUDIO DEL ENFERMO QUIRURGICO
 - a).- Historia Clínica
 - b).- Examen de Laboratorio y Gabinete
- III.- PATOLOGIA PERIAPICAL
- IV.- INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES
- V.- TRATAMIENTO DE CONDUCTOS
- VI.- TECNICA QUIRURGICA
 - a).- Instrumentación
 - b).- Anestesia
 - c).- Tipos de Colgajos
 - d).- Osteotomía
 - e).- Curetaje y Apicectomía
 - f).- Tratamiento de la Cavidad
 - g).- Sutura
 - h).- Apicectomía con Obturación Retrograda
 - Indicaciones y Técnica
 - i).- Aquiesia (Libreración orlusal del diente)
 - j).- Indicaciones Posoperatorias
- VII.- ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

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

Nuestro interés por hacer partícipes a los lectores de este trabajo, radica en que siendo extenso el mundo de la Odontología, sentimos inclinación por un importante, agradable pero sumamente delicado tema, que constituye la parte medular del contenido, que se conoce como "Cureteje o Legrado y Apixectomía Periapical".

El tema central de este trabajo, es preciso conjugarlo con otros para lograr complementario, entenderlo y más aún llevarlo a la práctica.

La inquietud del cirujano dentista ante la presencia de algún problema periapical que afecta la economía bucal, nos -- profundiza en el estudio de la Odontología, y deseamos sea encausada en base a los elementos que mejor sea posible contar en el momento en que se presente.

Citaremos en seguida a consideración del Jurado, los Instrumentos, conocimientos y procedimientos más indispensables para alcanzar el objetivo, que será conservar la integridad de la economía bucal.

CIRUGIA PERIAPICAL

I.- DEFINICION Y GENERALIDADES

Definición:

Cirugía Periapical.- es la parte de la cirugía bucal que se ocupa de el diagnóstico y tratamiento quirúrgico y coadyuvantes de las enfermedades y traumatismos, que afectan a los tejidos periapicales y a los órganos dentarios.

Generalidades:

Cuando un diente muere debido a un traumatismo o por caries, la cavidad pulpar y los conductos radiculares se llenan de tejido pulpar necrótico.

Este tejido en degeneración, con ó sin bacterias producen una irritación periapical a través del foramen apical.

El organismo intenta combatir ésta irritación con la reacción inflamatoria. Si la causa de la infección es un microorganismo virulento, el proceso generalmente es agudo pero si no lo es la irritación es producida por toxinas de la pulpa necrótica, el proceso suele ser crónico.

Por lo general un diente, con necrosis ó gangrena puede quedar meses y años casi asintomático, y un diente por amplia cavidad por caries, se irá desintegrando hasta quedar en un resto radicular, pero en ocasiones cuando es producida por una subluxación o proceso regresivo, el diente mantendrá su configuración externa aunque opaco y decolorado.

Algunas veces las complicaciones infecciosas son de mayor o menor intensidad por ejemplo:

Un absceso alveolar agudo, osteoperiostitis superada, con fuerte edema inflamatorio.

Por lo general la reacción orgánica anti-infecciosa, anticuerpos, leucocitos, histiocitos y macrófagos; acaban por bloquear el proceso infeccioso con los confines apicales.

Generalmente los gérmenes quedan encerrados en el espacio que antes fue pulpa, y con el tiempo pueden desaparecer o quedar en un estado latente y de baja virulencia. En cualquiera de los casos, podrá formarse un absceso crónico periapical, un trayecto fistuloso, granular o quiste paradentario.

En un diente necrótico cualquiera que sea el grado de complicación, periapical puede reagudizarse y aparecer síntomas dolorosos e inflamatorios.

Causas:

Las causas son.- traumatismos, disminución de las defensas orgánicas, exaltación de la virulencia de los microorganismos -- por la presencia de oxígeno en la apertura de la cámara pulpar anacoresis, y por la exagerada biomecánica en el tratamiento de conductos que ocasione el sobre paso del instrumento en el ápice.

ESTUDIO DEL ENFERMO QUIRURGICO

HISTORIA CLINICA

Introducción:

La historia clínica es esencialmente la valoración de los enfermos; y es una de las ayudas más importantes para establecer un diagnóstico certero. Este comprende datos importantes sobre el padecimiento del enfermo.

El médico debe saber el peso, edad, estado civil y ocupación del enfermo antes de empezar el interrogatorio,

Al realizar la historia el doctor debe animar al enfermo, a usar sus propias expresiones al describir los síntomas. Desde el momento en que el enfermo entra en el consultorio, el médico u odontólogo debe prestar atención a la conducta, configuración de la piel, color, forma de respirar.

Un enfermo que decide visitar al odontólogo tiene un problema y un fondo emocional.

Si el enfermo es nervioso, enferma con facilidad psicológicamente y sobre todo si es la primera visita.

Dentro del interrogatorio podemos hacerlo en dos formas directas e indirectas:

Directa.- es aquella en el que el doctor se dirige personalmente al enfermo, para obtener datos que necesite saber en que estado se encuentra la enfermedad actual y sus antecedentes personales y familiares.

Indirecta.- las preguntas se le dirigirán a sus familiares o terceras personas que viven con el enfermo ahora bien para diagnosticar un enfermo quirúrgico, se establece mediante la exploración quirúrgica.

motivo de la Consulta:

4

Al ~~empezar~~ la historia clínica de un paciente, es lógico preguntar la molestia responsable de la visita.

El odontólogo hará preguntas adicionales que definen la naturaleza y duración de la molestia.

1.- Estado Actual:

El estado actual es parte del interrogatorio que nos da a conocer todo lo relacionado con la enfermedad actual, desde su inicio hasta el instante en que se ~~abre~~ la historia clínica.

a) Padecimiento Actual.- a través de un lenguaje simple, sencillo de entender y fácil de explicar a cualquier individuo nos daremos cuenta de la enfermedad actual.

Este padecimiento va a estar constituido por un conjunto de piezas que se irán uniendo una con otra y nos dará como consecuencia la noción de tiempo, sitio, causa desencadenante, la investigación de signos clínicos, principio y evolución de cada signo clínico.

b) Estado Actual de los Organos, Aparatos y Sistemas:

Aparato Digestivo

Boca.- sedimentación, deglución.

Esófago.- disfagia, odinofagia ~~regurgitación~~, esofagorrea, pirosis, tielismo y esoforrea.

Estómago.- dolor en epigastrio o mesogastrio agudos, náuseas, vómitos, hematemesis.

Intestinos.- diarrea, estreñimiento, pujo y tenismo rectar.

Higado.- dolor en hipocondrio derecho, ictericia, hipocolia, coleris, escitis, edema de miembros inferiores, anorexia, este-

nia.

Vías biliares.- dolor en hipocondrio derecho, coleris, prurito generalizado, acolia.

Aparato Respiratorio

Tos, expectoración, diarrea, cianosis, disfnia, dolor torácico, hemoptisis vómica.

Aparato Cardiovascular

corazón y grandes vasos, dolor precordial, palpitaciones, disneas, cianosis, tos, expectoración, edema en miembros inferiores.

Aparato Genito Urinario

dolor en la región dorsolumbar derecha e izquierda, mareos, -- vértigos, palpitaciones, acúfenos y tosferos. Edema palpebral irritación, frecuencia en las 24 hrs., nicturia, disuria, poliuria, polluria, cantidad, color, olor, pujo, tenesmo vertical.

Sistema Nervioso

movilidad, fuerza muscular, sensibilidad, lesiones tróficas y funciones psíquicas.

Sistema Linfático

presencia de nodulaciones ó tumoraciones de las cadenas ganglionares del cuello, región inguinal, del hueso axilar.

Piel y Anexos

color de la piel, erupciones cutáneas, trastornos del sistema excretor, piloso, heridas, cicatrices, manchas.

c) Sistemas Generales.

A cada enfermo se le hará un interrogatorio dirigido para determinar las modificaciones o alteraciones de la enfermedad actual, sobre el estado actual del paciente. Cualquier enfermedad infecciosa, neoplásica o degenerativa puede cursar síntomas generales.

En la actualidad aun se les considera a la anorexia, astenia, -- edinamia, fiebre, palidez y pérdida de peso como síntomas generales.

d) terapéutica Empleada:

Antiguamente se le daba poca importancia al tratamiento empleado en el transcurso de la enfermedad actual del paciente, in--

cluyendo métodos de laboratorio y de gabinete, pero es importante saber que tratamiento ha llevado a cabo, por otra parte, se le -- trataré de determinar si ha sido intervenido quirúrgicamente durante el padecimiento actual y con que fin fue realizada.

II.-Antecedentes:

Es una recopilación de datos clínicos obtenidos durante el interrogatorio y determinar su nivel socio-económico del paciente, también el tipo de alimentación, los hábitos y las toxicomanías, de él y sus descendientes.

Fichas de Identificación:

Al enfermo se le abrirá un expediente que contenga datos personales y sabremos así de que paciente se trata, su ingreso y motivo de la consulta.

Antecedentes Hereditarios:

Los cuales servirán para investigar la relación que guarda entre la enfermedad actual de paciente y las enfermedades que parecen tener o han tenido sus antecesores, por ejemplo: la diabetes, -- trastornos psiquiátricos, mixedema y trastornos cardiovasculares.

Antecedentes Personales no Patológicos:

Se realiza un interrogatorio breve y encaminado a determinar datos que nos guíen y orienten sobre el nivel de vida, costumbres alimenticias y vicios adquiridos del paciente.

Antecedentes Personales Patológicos:

Están ligados íntimamente a las enfermedades padecidas desde el nacimiento del individuo hasta la elaboración de su historia clínica.

Desarrollo:

El interrogatorio debe llevar un orden determinado, por lo cual -

es aconsejable empezar con el padecimiento actual y terminar con los antecedentes.

A través del padecimiento actual se podrá determinar el origen, de la enfermedad, la evolución, las manifestaciones e otros órganos y sus ramas de la economía, la repercusión al estado general y el tratamiento médico o quirúrgico. Con los datos mencionados el médico estará en condiciones de elaborar un diagnóstico presuncional, curso de la enfermedad y el tratamiento.

Los antecedentes servirán para determinar el nivel socio-económico, tipo de alimentación, hábitos adquiridos, del paciente y también las enfermedades padecidas por él y sus familiares.

FICHA DE IDENTIFICACION

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| a).- Nombre | f).- Lugar de Origen |
| b).- Edad | g).- Lugar donde Padece |
| c).- Sexo | h).- Fecha de Ingreso |
| d).- Estado Civil | i).- Fecha de Estudio |
| e).- Ocupación | |

ANTECEDENTES

A).- ANTECEDENTES HEREDITARIOS:

- a).- Antecedentes Químicos
- b).- Antecedentes Neoplásicos
- c).- Antecedentes Reumáticos
- d).- Antecedentes Endocrinos
- e).- Antecedentes Neuropsiquiátricos

B).- ENFERMEDADES CONGENITAS (Persistencia del conducto arteriovenoso) Transposición de los grandes vasos.

- a).- Antecedentes Químicos
- b).- Antecedentes Reumáticos
- c).- Antecedentes Alérgicos
- d).- Antecedentes Traumáticos
- e).- Antecedentes Quirúrgicos
- f).- Antecedentes Gineco-obstétricos

C).- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Habitación.- Construcción, Ventilación, Servicios Sanitarios, Higiene Personal.

Alimentación.- Número de alimentos al día, Horario, Hábitos. Cantidad y Calidad de los alimentos ingeridos.

Hábitos.- Alcoholismo, Tabaquismo, Edad de inicio, Frecuencia Cantidad tomada al día, Tipos de bebidas ingeridas.

Toxicomanías.- Marihuana, Morfina, Heroína, Tranquilizantes y Estimulantes.

Edad de inicio, frecuencia, vía de administración, cantidad tomada las 24 hrs.

9

Antecedentes Genito Urinarios:

- a).- Menarquia (inicio de la menstruación)
- b).- Ritmo
- c).- Duración
- d).- Trastornos de la menstruación
- e).- Inicio de las relaciones sexuales
- f).- Número de embarazos (geste)
- g).- Número de abortos
- h).- Nacidos por vía vaginal
- i).- Nacidos muertos a término (obito fetal)
- j).- Nacidos a término por vía abdominal (cesares)
- k).- Fecha de la última regla (FUR)
- l).- Flujo o escurrimiento vaginal
- m).- Cesación de la menstruación (menopausia)

D).- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

- a).- Enfermedades durante la infancia
- b).- Enfermedades Exantemáticas (viruela, sarampión, escarlatina, rubéola)

ESTADO ACTUAL

A).- Padecimiento Actual:

- | | |
|---------------------------|---|
| a).- Noción de tiempo | e).- Recopilación de Diagnos. Clínicos. |
| b).- Noción de sitio | |
| c).- Causa desencadenante | f).- Modo de principio |
| d).- Tribuna libre | g).- Evolución de cada signo clínico. |

B).- Organos, Aparatos y Sistemas:

- a).- Aparato Digestivo
- b).- Aparato Respiratorio
- c).- Aparato Circulatorio
- d).- Aparato Genitourinario
- e).- Sistema nervioso y diagnósticos de los sentidos
- f).- Sistema dentístico

g).- Sistema osteomusculoesarticular

h).- Piel y Anexos

C).- Síntomas Generales:

a).- Anorexia

b).- Fiebre

c).- Pérdida de peso

d).- Palidez

e).- Astenia

f).- Adinamia

D).- Terapéutica Empleada:

a).- Tratamiento quirúrgico

b).- Tratamiento médico y quirúrgico de la enfermedad actual

c).- Estudios especiales realizados: (radiografías, cistoscopia)

EXPLORACION FISICA

A).- Signos Vitales:

a).- Tensión arterial

b).- Pulso periférico

c).- Frecuencia respiratoria

d).- Frecuencia cardíaca

e).- Temperatura

f).- Peso corporal y estatura

B).- Inspección General:

a).- Enfermo o ambulante

b).- Sexo

c).- Edad aparente

d).- Actitud

e).- Facies

f).- Conformación

g).- Constitución

h).- Movimientos anormales

i).- Adaptación al medio

j).- Marcha

C).- Estudio de cada uno de los Segmentos del Cuerpo:

a).- Cabeza

b).- Cuello

Introducción:

En cualquier intervención quirúrgica es necesario realizar la exploración física del paciente ya que complementarán y servirán para confirmar en aquellos datos que fueron referidos durante el interrogatorio o descubrir nuevos signos y establecer aquellos signos que por falta de interpretación o de olvido no fueron referidos por el paciente.

I.- INSPECCION

Es el primer método de exploración clínica, en el que se emplea el sentido de la vista y sirve para corroborar, con los datos obtenidos durante la entrevista.

A).- La Inspección se Divide en:

- a).- Inspección general
- b).- Inspección local
- c).- Inspección directa
- d).- Inspección indirecta o armada
- e).- Inspección estática
- f).- Inspección dinámica

II.-PALPACION

Es un método clínico en el cual se emplea el sentido del tacto de las manos y nos sirve para corroborar los datos obtenidos por el interrogatorio y la inspección del paciente. Además obtenemos datos como por ejemplo: Temperatura, dolor, tono muscular y movimiento.

A).- La Palpación se Divide en:

- a).- Palpación directa
- b).- Palpación indirecta
- c).- Palpación superficial
- d).- Palpación profunda
- e).- Palpación manual
- f).- Palpación digital

III.-PERCUSION

La percusión es un método de exploración clínica que consiste en dar golpes con la mano o con un instrumento sobre cualquier segmento del cuerpo y órganos dentarios de la cavidad oral, para producir movimientos, dolor y originar ruidos.

A).- La Percusión se divide en:

- a).- Percusión directa
- b).- Percusión indirecta

IV.- AUSCULTACION

Es un método de exploración física, mediante el cual vamos a recoger ruidos o sonidos que se originen en el interior de los órganos o tejidos del organismo y estos serán percibidos por el sentido del oído.

A).- La Auscultación se divide en:

- a).- Auscultación directa
- b).- Auscultación indirecta

V.- LA OLFACION

Este método es un procedimiento físico, en el cuál empleamos el sentido del olfato, para percibir diferentes olores que se están desprendiendo en el organismo en condiciones normales y en especial en órganos dentarios, que parecen estar en algún estado patológico.

Se podrá hablar de la olfacción directa; la cuál consiste en aplicar el sentido del olfato sobre elementos que desean explorar; indirectamente se puede utilizar instrumentos endoscópicos, en los cuales percibiremos olores desagradables, característicos de un estado infeccioso o patológico, ejemplo: absceso agudo o crónico.

VI.- LA MEDICION

La medición es un procedimiento que sirve para medir con un metro u otro instrumento, cada uno de los segmentos del cuerpo humano: (cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y estatura). Tanto el desarrollo y crecimiento, incluyendo mediciones seriadas del peso, la talla y los perímetros.

VII.-TERMOMETRIA

Clinicamente la termometría tiene por objeto determinar o precisar la temperatura corporal a través del termómetro y sus variantes durante las 24 hrs. para su estudio se divide en:

- a).- Termometría directa
- b).- Termometría indirecta

VIII.-TRANSILUMINACION

Es un procedimiento físico en el cual se emplea un haz intenso directo sobre los de nuestro organismo.

Se la considera a la transiluminación un método indirecto y una inspección armada.

IX.- PUNCION EXPLORADA

El clínico lo hará de la siguiente manera:

- Se introducirán agujas huecas o trocero en cualquier tejido órgano o cavidad del organismo, para su estudio se divide en:

- a).- Función explorada indirecta

X.- INSPECCION GENERAL

El habitus exterior de un paciente es un método clínico fundamental indispensable para la elaboración de la historia clínica.

Las enfermedades que atacan al ser humano en su inmensa variedad, van a modificar o alterar un segmento de él. Por ejem-

pló: una facies cianótica, ictérica febril, edematosa parkinsoniana o bien una marcha tabética, hemipléjica o parapléjica.

Los datos clínicos son:

- a).- Enfermo ambulante o encamado
- b).- Sexo
- c).- Edad aparente
- d).- Actitud
- e).- Facies
- f).- Conformación
- g).- Constitución
- h).- Movimientos anormales
- i).- Marcha
- j).- Adaptación al medio

d).- **Actitud:**

Es la posición que guardan los diversos segmentos del organismo en un momento determinado, lo cual puede ser modificado por el paciente o por terceras personas.

La Actitud es dividida en:

- a).- Actitud libremente escogida
- b).- Actitud pasiva
- c).- Actitud forzada
- d).- Actitud instintiva

e).- **Facies:**

La cara puede sufrir cambios constantes por diferentes patoloci-
mientos que tapan o modifican o puede también repercutir a tra-
vés de ella, las alteraciones que se están sucediendo en los di-
ferentes tejidos u órganos de la economía.

Los cambios son en su forma: coloración, (cianótica, amarillen-
ta, pajiza, roja); sus fsciones: rasgos, gesticulaciones, en-
sumento o disminución del tejido celular subcutáneo.

Facies frecuentes son:

- a).- Facies Hipocrática
- b).- Facies Caquética
- c).- Facies Pálida
- d).- Facies Dolorosa
- e).- Facies Cancerosa
- f).- Facies de Angustia
- g).- Facies Cianótica
- h).- Facies Edematosa
- i).- Facies Parkinsoniana
- j).- Facies Hemipléjica

f).- **Conformación:**

Consiste en examinar la apariencia personal del paciente, la --
distribución y la armonía que guardan cada uno de los segmentos
del cuerpo entre sí.

g).- **Constitución: (complexión)**

Es el grado de nutrición o de robustez del cual goza el indivi-

Cuando se llega a perder este equilibrio aparece la enfermedad y se altera la configuración exterior del paciente la constitución puede ser débil, mediana o fuerte.

h).- Movimientos anormales:

Son aquellos que aparecen solamente en condiciones patológicas y son debido a trastornos de la motilidad. Los movimientos -- son de formas: transitorios, permanentes, o paroxística.

Ejemplo: los tics, convulsiones, stasosis, temblores, espasmos y movimientos coreicos.

i).- Marchas:

Se observará la deambulación que realice el individuo, si es espontáneamente o bien si necesite ayuda de objetos o terceras -- personas.

Las Marchas más frecuentes son:

- a).- Marcha tabética
- b).- Marcha dipeto
- c).- Marcha del enfermo parkinsoniana
- d).- Marcha del parapléjico
- e).- Marcha del enfermo cerebeloso
- f).- Marcha del enfermo hemipléjico

Introducción

Las pruebas de laboratorio son una ayuda para el diagnóstico de las enfermedades, pero es importante que el odontólogo conozca y sepa interpretar los resultados de los exámenes, y más aun ~~saber~~ cuáles son los que necesita para cada caso en especial, de un paciente.

ANALISIS DE SANGRE

DETERMINACION	SANGRE	VALOR NORMAL
Hormona adrenocorticotrope (ACTH)-----		0,15-0,38mg/cm ³
Acido Ascórbico-----		0,4-1,5mg%
Tiempo de sangrado-----		1-3 minutos
Constantes Celulares:		
volúmen corpuscular medio (MCV)-----		80-90M ³
Hemoglobina corpuscular media (MCH)-----		27-32 MCG
Tiempo de coagulación-----		menos N(-15 minutos)
Fórmula Leucocitorie:		
Neutrófilos-----		55-70%
Eosinófilos-----		0-4%
Basófilos-----		0-1%
Linfocitos-----		25-40%
Monocitos-----		0-8%
Glucosa (en ayunas)-----		70-100mg%
Hematocrito:		
Varones-----		40-50%
Mujeres-----		37-47%
Contenido en Hemoglobina:		
Varones-----		14-17,5g%
Mujeres-----		12,5-15,5g%
Número de plaquetas-----		200.000-400.000/mm ³
Tiempo de protrombina-----		12-15segundos
Número de Hemetías:		
Varones-----		4,5-5,5x10 ⁶ /mm ³
Mujeres-----		4-5x10 ⁶ /mm ³
Número de Reticulocitos:-----		0,5-1,5%

Velocidad de sedimentación globular-----	0-20mm/1 hora
Volúmen sanguíneo-----	8, 5-9% peso del cuerpo en cgs.
Número de leucocitos-----	5.000-10.000/mm ³

18

ESTUDIO RADIOLOGICO

Es de gran importancia para el odontólogo disponer del estudio radiológico del paciente, ya que nos proporciona o nos sirve - para determinar y establecer o confirmar el diagnóstico de cualquier alteración o sea de la enfermedad que se está tratando, - también nos ayuda a seguir la evolución de la misma, ya sea en su desarrollo o en su respuesta a el tratamiento.

La placa periapical registrará correctamente: las piezas dentales, la cresta alveolar y el hueso, pero puede registrarse en quieto radicular grande en una placa lateral.

La placa panorámica es importante cuando se quiere una comparación entre los lados derecho e izquierdo a ~~sea~~ en una ~~radiación~~ - ~~expensiva~~ de los maxilares.

Para el estudio radiográfico del paciente con respecto a una intervención quirúrgica es necesario obtener una serie de radiografías como:

- a).- Radiografías periapicales
- b).- Radiografías laterales simples
- c).- Radiografías oclusales
- d).- Radiografías panorámicas

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES APICALES

- 1.- Periodontitis Apical Aguda
- 2.- Absceso Dento-Alveolar Agudo
- 3.- Fístula
- 4.- Absceso Alveolar Crónico
- 5.- Granuloma
- 6.- Quiste Radicular o Paradentario
- 7.- Osteonecrosis
- 8.- Reabsorción Cemento-Dentinario Externa
- 9.- Hiper cementosis
- 10.- Cementoma
- 11.- Estados Infecciosos

PATOLOGIA PERIAPICAL

Es necesario tener los conocimientos fundamentales de la patología periapical para obtener un adecuado diagnóstico y tratamiento en la práctica profesional del odontólogo.

La patología apical y periapical comprende las enfermedades inflamatorias y degenerativas de los tejidos que rodean al diente particularmente en la región apical.

Entre los agentes causales se pueden encontrar físicos (Quel-sión Traumática) químicos (Sustancias irritantes que llegan al periápice a través del foramen) biológicos (Microorganismos y Toxinas).

Si alguna enfermedad pulpar no es tratada oportunamente alcanzará los tejidos periapicales al pasar el foramen causando alguna enfermedad periapical.

Dependiendo en la forma en que se presenta, ya sea de manera violenta se considera un proceso agudo y de manera lenta generalmente asintomática se considera un proceso crónico.

Clasificación de las Enfermedades Apicales

1.- Periodontitis Apical Aguda:

Se presenta inflamación aguda pero no supurativa del tejido periapical, generada por la invasión de microorganismos procedentes de una pulpitis o gangrena pulpar.

Se considera que la periodontitis es un síntoma de la fase final de la gangrena pulpar, así como un síntoma del absceso alveolar agudo.

2.- Absceso Dento-Alveolar Agudo:

Es una consecuencia de pulpitis o gangrena pulpar, se presenta

la formación de una colección purulenta en el absceso alveolar a nivel del foramen apical.

Este estado patológico se ve acompañado de periodontitis aguda un aumento en la movilidad y ligera extrusión tumefacción dolorosa en la región periapical y a veces con fuerte edema inflamatorio perceptible en la inspección externa y típico en los osteoflemones de origen dentario, al principio el dolor es leve e insidioso después se torna intenso, violento y pulsátil.

3.- Fístula:

Es un conjunto patológico que partiendo de un foco infeccioso - crónico, desemboca en una cavidad nasal o en la piel, es síntoma de un proceso infeccioso periapical. Puede presentarse en abscesos apicales crónicos granulomas, quistes paradentarios y en dientes con tratamientos de conductos que por diversas circunstancias no han logrado eliminar la infección periapical.

Se presentan casos de trayecto fistuloso mucoso-bucal o cutáneo como síntoma de una lesión que no corresponde a una infección - periapical, debe hacerse un diagnóstico diferencial con diversas lesiones congénitas o infecciosas como son: hendidura branquial congénita, quiste del conducto tirogloso, granuloma piogénico, actinomicosis, tuberculosis, de origen salival o sudorípara, osteomielitis crónica e incluso con un carcinoma vasocelular.

En algunos casos la fístula es el sólo síntoma de una infección periapical y puede estar muy alejada del foco inflamatorio por lo tanto será necesario un diagnóstico exacto.

Diagnóstico de las lesiones fistulosas:

- 1.- Localizar el diente causal y diagnosticar su lesión periapical.
- 2.- Verificar si el trayecto fistuloso atraviesa la cortical ósea y posee protección de inserción gingival o por si lo contrario se ha establecido una comunicación épico-periodontica hasta la cavidad oral.

3.- Descartar la posibilidad de que la fístula sea periodontal por cualquier forma paradencia patia-sinusal por un foco residual o ajeno al diente en tratamiento o en relación con un diente retenido o quiste no odontógeno.

4.- La práctica radiográfica

4.- Absceso Alveolar Crónico:

Evolución común de absceso alveolar agudo, después de remitir los síntomas lentamente, así se presentan en los dientes con tratamientos defectuosos.

De no reagudizarse el proceso aparecen sintomáticos, se ven acompañados muchas veces de fístulas.

Generalmente el pronóstico es favorable con un adecuado tratamiento de conductos; se observan por tiempo medio, doce meses - si aún no desaparece se hará uso de la técnica de curetaje o epicectomía en última instancia.

5.- Granuloma:

Es propia de éste proceso patológico la presencia de reacción inflamatoria que se encuentre en forma de una proliferación de tejido de granulación con contenido de todos los elementos de una inflamación crónica. Se continúa con el ligamento periodontal del diente enfermo.

Investigaciones recientes demuestran que es el granuloma la complicación periapical más frecuente.

Para su formación requiere de una irritación constante y poco intensa como las causas dadas por microorganismos y productos de putrefacción contenidos en los conductos.

6.- Quiste Radicular o Paradentario:

Es un saco con cubierta de epitelio que contiene líquido o un exudado inflamatorio semisólido y productos de la necrosis.

Se forma a partir de un diente con pulpa necrótica con periodontitis apical crónica o granuloma que estimulando los restos epiteliales de Malassez o de la vaina de Hertwig va creando la cavidad del quiste con lenta evolución.

7.- Osteoesclerosis:

Son lesiones apicales que al hacer la descripción radiográfica se observen áreas radiopacas de mayor clarificación al redor del ápice de los dientes, llamada también Osteitis condensante, Enostosis, Nuevo esclerótico etc.

Se atribuye el motivo de su existencia a sobrecargas oclusales, traumatismos leves, es asintomático.

8.- Reabsorción Cemento Dentinaria Externa:

En dientes temporales es fisiológica al producirse la resorción en la debida época.

En dientes permanentes es patológica con excepción de algunos casos idiopáticos.

Las causas más frecuentes son: dientes retenidos o incluidos, -- traumatismos lentos como sobre carga de oclusión y tratamiento ortodóncico o súbitos como la avulsión total en el diente que será reimplantado y lesiones periapicales antes o después del tratamiento endodóncico y durante el proceso de reparación.

9.- Hipercementosis:

Es un crecimiento excedido de los límites fisiológicos del cemento esclerular y del celular principalmente.

Es consecuencia de un proceso inflamatorio crónico apical: sobrecargas oclusales irritantes químicos o biológicos. Se ha observado que en las necropulpectomías parciales, se presenta con mucha frecuencia esta lesión. Generalmente son lesiones asintomáticas.

Por un principio es una displasia fibrosa en ese momento el hueso periapical se reabsorbe y es reemplazado por tejido fibroso de tipo conectivo en esta etapa recibe el nombre de cementoma, forma Osteofibrósica; en una segunda etapa, cuando en lugar de hueso se forma osteocemento, se llama cementoma forma osteocementoides.

Se piensa que existe este problema patológico por la presencia de sobre cargas oclusales y traumatismos leves. Solo por examen radiográfico en ocasiones se descubren estas afecciones.

11.- Estados Infecciosos:

Los estados infecciosos agudos son más fáciles de diagnosticar, que los crónicos se dificulta más para el examen que realice el clínico.

Es más importante tener en cuenta el estado de los tejidos periapicales antes y después del tratamiento que el tamaño de la lesión.

INDICACIONES Y CONTRA INDICACIONES EN LA APICECTOMIA

A.- INDICACIONES

La apicectomía está indicada, en dientes con procesos pariepicales como:

- a).- Cuando ha fracasado el tratamiento radicular.
- b).- En dientes con dilaceración que hagan inaccesible el ápice radicular o dientes que presenten dilataciones apicales.
- c).- En dientes que presenten falsos conductos.
- d).- En dientes cuyos conductos se han fracturado, y alojado un instrumento de endodoncia.
- e).- En dientes portadores de pivotes, jacketcrowns, u otras obturaciones que imposibiliten la remoción de ellos para efectuar un nuevo tratamiento radicular.
- f).- Dientes con conductos calcificados.
- g).- Dientes que presenten grandes quistes paradentarios o granuloma.
- h).- En caso de reabsorción apical cementodentínaria.

B.- CONTRAINDICACIONES

- a).- Procesos agudos: está contra indicada en procesos agudos.
- b).- Dientes portadores de procesos apicales, que han destruido hueso hasta su parte media de la raíz.
- c).- Parodontosis avanzados: con destrucción ósea combinados hasta el tercio radicular, lesiones apicales y paradentales combinados.
- d).- Proximidad peligrosa con entidades anatómicas de importancia como: Seno Maxilares, Fosas Nasales, Nervio Mentoniano.
- e).- Piezas posteriores y excepto con premolares en algunas ocasiones.
- f).- Cuando exista movilidad del diente o un proceso periodontal avanzado, con reabsorción alveolar.

TRATAMIENTO DE CONDUCTOS EN PULPECTOMIA TOTAL

GENERALIDADES

La pulpectomía total es la eliminación o exéresis de toda la -- pulpa coronaria y radicular, complementada con la preparación -- de los conductos radiculares y la medicación antiseptica.

La pulpectomía total se hace de dos maneras:

- a).- Biopulpectomía total.
- b).- Necropulpectomía total.

INDICACIONES

En todas las enfermedades pulpares que se le consideren irreversibles o no tratables como:

- a).- Lesiones traumáticas que involucren la pulpa.
- b).- Pulpitis crónica parcial con necrosis parcial.
- c).- Pulpitis crónica total.
- d).- Pulpitis crónica agudizada (aguda).
- e).- Reabsorción dentinaria interna.
- f).- En dientes anteriores con pulpa sana o reversible, pero -- que necesitan para su restauración la retención radicular.

TECNICA OPERATORIA

Si la biopulpectomía total es el tratamiento de elección para -- los procesos irreversibles de la pulpa hasta la unión cemento -- dentinaria y que el vacío residual debe ser preparado y desinfectado correctamente para finalmente ser rellenado u obturado con material estable y bien tolerado.

Este programa terapéutico puede resumirse en cuatro partes o etapas:

- a).- Vaciamiento del contenido pulpar, coronal y radicular.
- b).- Preparación y rectificación de los conductos (biomecánica).
- c).- Esterilización de los conductos (desinfección).
- d).- Obturación total y homogénea del espacio vacío dejado después de la preparación biomecánica.

Los cuatro pasos de los tratamientos de conductos son:

- a).- Apertura de la cavidad y acceso a la cámara pulpar.
- b).- Extirpación de la pulpa coronal y radicular.
- c).- Ampliación y alisamiento de los conductos.
- d).- Esterilización de los conductos. Seguidor por la obturación de conductos.

BIOPULPECTOMÍA Y PASOS DEL TRATAMIENTO

Primera Sesión:

- a).- Preoperatorio: aplicación de un anestésico, eliminación y obturación de las caries existentes en el diente a intervenir y en los proximales (piezas).
- b).- Anestesia local (con xilocaína, carbocaina).
- c).- Aislamiento con dique de hule y grapa; desinfección del campo.
- d).- Apertura y acceso a la cámara pulpar.
- e).- Localización de los conductos (conductometría).
- f).- Extirpación de la pulpa radicular.
- g).- Preparación biomecánica (ensanchado y limado) de los conductos.
- h).- Toma de muestra para la siembra de cultivo.
- i).- Lavado (irrigación y aspiración del conducto).
- j).- Secado y aplicación del fármaco.
- k).- Sello temporal.
- l).- Retiro de aislamiento (dique y grapa).
- m).- Control de la oclusión.

Segunda Sesión:

- a).- Aislamiento con dique y grapa.
- b).- Remoción de la cura o sellado temporal.
- c).- Rectificar la preparación biomecánica.
- d).- Lavado (irrigación y aspiración del conducto).
- e).- Secado y aplicación del fármaco.
- f).- Sello temporal.
- g).- Control de la oclusión.

Tercera Sesión:

Si la lectura del cultivo es negativo y el diente este asintomático se procederá a la obstrucción de conductos.

20

Explicación de los cuatro pasos del tratamiento de conductos:

A.- Apertura de la cavidad y acceso pulpar:

Las normas de cirugía ~~general~~ aplicables a la operatoria endodóntica son:

a).- El acceso quirúrgico debe ser aplicado en: el que le vista las manos y el instrumental del cirujano no encuentren dificultades de espacio.

El instrumental utilizado para la apertura podrán ser puntas de diámetro o fresas de carburo, redondas del número - 4 - 12.

B.- Extirpación de la pulpa:

Generalidades

Es necesario usar cucharillas y excavadores, hasta llegar a la entrada de los conductos para remover residuos y la pulpa coronaria residual, llevando a continuación con hipoclorito de sodio agua oxigenada. Una vez limpio se procederá a la localización de los conductos a su mensuración y a la extirpación de la pulpa radicular, con el uso de los tiranervios.

Extirpación de la pulpa radicular: esta se puede hacer antes o después de la conductrometría o mensuración. Se usa una sonda barbada, la cual se gira lentamente una o dos vueltas y se - - tracciones hacia fuera con lentitud; (tira nervios).

Conductrometría o Mensuración: se evita sobrepasar la unión cemento-dentinaria, es indispensable conocer la longitud exacta - de cada conducto.

C.- Aplicación y aislamiento de los conductos:

Generalidades

- a).- Eliminar la dentina contaminada.
- b).- Facilitar el peso de los instrumentos.
- c).- Facilitar una obturación correcta.

Empleo del instrumental para conductos:

Sondas Lises.- uso exploratorio, útiles para comprobar la permeabilidad del conducto, los sacelones, hombreros etc.

Sondas Barbadas (tiranervios).- las cuales deben usarse una sola vez y cuyas púas o barbas se achieren firmemente en la atracción, arrastrando al contenido del conducto (pulpa o resto, paquete vasculo-nervioso), restos de dentina, sangre o exudados.

Ensayanchadores.- amplían el conducto trabajando en tres tiempos, impulsión, rotación y tracción.

Línea.- el trabajo activo en la ampliación y alizamiento del conducto se realiza en dos tiempos: impulsión y tracción o retroceso, apoyando el instrumento en las paredes del conducto.

Irrigación de Conductos.- es una intervención necesaria durante toda la preparación de conductos y como último paso antes del sellado temporal u obturación final o definitiva. Y consiste en el lavado y aspiración de todos los restos y sustancias que puedan estar contenidas en la cámara de conductos radiculares.

D.- Esterilización de los conductos:

Generalidades

Se trata de lograr la eliminación de los microorganismos vivos de los conductos radiculares y saber que los conductos ya se encuentran estériles.

El uso terapéutico y mediante el cual se logra con la aplicación tópica de antisépticos y antibióticos, la total esterilización de los conductos; condición indispensable para hacer la última parte de la conductoterapia: la obturación.

Medicación de antisépticos: los que se recomiendan son: el para

Técnica de aplicación:

Consiste en un vez terminada la aplicación y alisamiento de los conductos y la irrigación de los mismos, secar los conductos -- con conos o puntas de papel absorbentes, y humedecer ligeramente una torunda de algodón en el medicamento (para-clorofenol), colocarla en la cámara pulpar, y aplicar otra torunda más grande sobre la anterior y sellar con cavit.

T E M A VI

TECNICA QUIRURGICA

- A).- Instrumentación
- B).- Anestesia
- C).- Tipos de Colgajos
- D).- Osteotomía
- E).- Cureteje y Apicectomía
- F).- Tratamiento de la Cavidad
- G).- Sutura
- H).- Apicectomía con Obturación Retrógrada

Indicaciones y Técnica

- I).- Aquinesia (liberación oclusal del diente)
- J).- Indicaciones Postoperatorias

Generalidades:

Ya instalada en el diente la lesión que pudo ser ocasionada por cualesquiera de las causas conocidas por microorganismos, traumatismos, iatrogénica y produciendo degeneración biológica de cualquier órgano dentario.

Si se recurrió a la odontología operatoria o conservadora la conducta terapéutica y la terapéutica médica y no se logra curar una lesión periodontal en relación con un diente que tenga la pulpa involucrada de forma irreversible o necrótica, será preciso hacer uso de la terapéutica quirúrgica.

Instrumentación:

El instrumental quirúrgico en cirugía bucal es necesario utilizarlo adecuadamente o especializado para la intervención requerida.

En términos generales, toda operación en cirugía bucal se propone abrir la encía, llegar a hueso, practicar en él una ventana para eliminar el objeto de la intervención.

Instrumentos para Sección de los Tejidos Blandos:

- a).- Bisturí.- en nuestra práctica usaremos un tipo de bisturí (Bard-Parker) mango #3 generalmente, con la hoja # 15 (intercambiable).
- b).- Tijeras.- se emplean para seccionar lengüetas y fistones gingivales y trozos de encía en el tratamiento de la periodontitis ejemplo: tijeras de Neumann, son curvas, de buena adaptación y permiten alcanzar las regiones palatina y lingual, de difícil acceso, se usan comúnmente tijeras rectas o curvas para seccionar heridas fibrosas, cicatrices y trozos de colgajos; los puntos de sutura se cortan con tijeras de hojas pequeñas (curvas).
- c).- Pinzas de disección.- con las dentecias es posible tomar --

la fibromucosa bucal sin lesionarla, también para este uso encontramos la pinza de Kocher (mosquito) la neumática de Chaput.

Las pinzas de dientes de ratón, poseedoras de tres dientitos -- que engranan entre sí y permiten sostener firmemente el colgajo lamentablemente son poco usadas y aun traumatizan nuestros colgajos.

- d).- Instrumentos de galvano y termocauterio y radiobisturí o electrotomo, su función es seccionar los tejidos gingivales y los empuchones que cubren el tercer molar.
- e).- Legras, pericostomos, espátulas romas, sirven para separar, -- desprender el colgajo o bien prepararlo (legra pequeña). Así mismo pueden utilizarse los pericostomos de Mead, espátula de Freer, estas son rectas o acodadas (en zonas de difícil acceso) bóveda palatina cara lingual de la mandíbula.
- f).- Separadores -- mantienen apartados los colgajos sin que sean heridos ni traumatizados, ejemplo: separadores de Farabert, de extremo acodados, separadores de Volkman (dentados).

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE LOS TEJIDOS Duros.

- 1.- Escoplos y martillo -- de uso frecuente en cirugía bucal, se emplean en la sección quirúrgica y aún en la resección de hueso, -- table externa en dientes incluidos, hueso palatino, table ósea vestibular y de uso en la odontosección.
El escoplo: barra metálica con un extremo cortado en bisel a 45° se piensa de una de sus caras y afilado, actúa a presión manual o a golpe de martillo. Se emplean en la osteotomía, existen distintos tipos (de hoja recta o ahuecada).
El martillo consta de una cabeza y un mango, debe ser utilizado -- por el mismo operador o bien el ayudante.
- 2.- Pinzas gubias -- se usan en la resección del hueso (osteotomía) estas son curvas o rectas y también se emplean para regularizar los bordes óseos.
- 3.- Fresas -- pueden usarse las fresas comunes, redondas del número 5 al 8, o de figura del número 560, fresa quirúrgica llamada

de Schamber, las de Allport y las fresas de Lindemann.

- 4).- Limas para hueso.- se usan para alisar bordes y eliminar -
puntos óseos.
- 5).- Pinzas para tomar algodón, gase.
Estas mantienen el campo operatorio libre de sangre y sirven para introducir merchas en el interior de las cavidades óseas, alveolos o cavidades patológicas.
- 6).- Pinzas Kocher.- se usan para la hemostasia, hay dos tipos: La común y la mosquito.
- 7).- Cucharillas para hueso.- (curetas) sirven para eliminar co-
lecciones patológicas, quistes, granulomas, fungoides., del interior de las cavidades óseas, las hay rectas o acodadas.
- 8).- Elevadores.- su uso como también el de las pinzas dentr --
rias, serán consideradas como exodoncia.
- 9).- Agujas para sutura.- las agujas deberán ser sencillas curvas o rectas, pero de dimensiones pequeñas. Hay de dos tipos: cóncavo-convexas en el sentido de sus caras o en el -
de sus bordes.
- 10).- Portaguas.- destinadas a dirigir las agujas pequeñas, las toman por su superficie plana y las guían en sus movimientos.
- 11).- Sondas.- para fines quirúrgicos o diagnósticos en nuestra práctica se usan; las acanaladas que sirven para drenar ab-
cesos ya abiertos por bisturí o para cortar tejidos y nos sirve como guía en el curso de una episectomia.
- 12).- Instrumentos para presión.- son adecuadas las agujas de calibre 44, y jeringas de vidrio para desagotar el líquido mediante el vacío.
- 13).- Instrumentos para drenaje.- para vaciar el exterior colec-
ciones purulentas o líquidos. Hay dos tipos de procedimientos; el drenaje por tubos y el drenaje por gases.
- 14).- Instrumental para la limitación del campo operatorio.- ---
(pinzas de campo) con ellas se toman y se fijan las compres esterilizadas que se emplean en la protección del campo operatorio.

A N E S T E S I A

Hay distintos tipos de anestesia local por inyección:

La anestesia local puede realizarse de distintas formas; el líquido anestésico puede depositarse sobre la mucosa, por debajo de la mucosa, por debajo del periostio o dentro del hueso.

a).- Anestesia Mucosa:

La mucosa bucal y sus capas inmediatas puede anestesiarse localmente.

Es éste tipo de anestesia se emplea para abrir abscesos, para evitar dolor que produce el pinchazo de la aguja para extracciones de dientes temporarios o movibles.

El ácido fórmico se aplica localmente en zonas muy pequeñas, sobre las que posteriormente se realiza la punción con la aguja para la anestesia.

La pontocaina y la xilocaina (pomada) tiene el mismo empleo.

b).- Anestesia Submucosa:

Hay dos tipos; la que se realiza inmediatamente por debajo de la mucosa bucal y la profunda o supraperiostica.

La primera tiene escasa aplicación en cirugía bucal.

La anestesia local ideal es la submucosa profunda o supraperiostica y se lleva a cabo llevando el líquido anestésico a las capas profundas de la submucosa y el periostio.

La anestesia infiltrativa depende de la permeabilidad del hueso, se aplica de preferencia en el maxilar superior, técnica de la inyección submucosa profunda debe ser realizada

en el fondo del cuerpo vestibular para bloquear las terminaciones nerviosas que llegan al ápice dentario, al hueso, el periostio y a la encía.

c).- Anestesia Subperióstica:

Consiste en llevar la solución anestésica inmediatamente por debajo del periostio.

La Técnica.- el sitio de punción es sobre la mucosa gingival a mitad del canino entre el borde de la encía y la línea de los ápices dentarios (donde se deposita 1.5 ml. de la anestesia).

d).- Anestesia Intraósea:

Este anestésico se realiza una vez que sea perforada la tableta ósea externa con una fresa, por la cual se introduce una aguja. El líquido se deposita en el interior del hueso.

Las condiciones en esta anestesia son:

- a).- Extracción de los premolares y molares inferiores.
- b).- Preparación de cavidades en todos los casos hiperestesia dentaria.
- c).- Pulpectomía inmediata.
- d).- Inyección de alcohol en el espacio retromolar en el tratamiento de la neurálgia del nervio dentario inferior.

e).- Anestesia Regional Troncular:

Es la que se realiza poniendo la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa. En este caso especial del nervio trigémino específicamente en dos de sus ramas terminales: El nervio maxilar superior, y el nervio maxilar inferior.

Reseña Anatómica:

En nuestra práctica quirúrgica son varios los troncos o ramas nerviosas cuya anestesia priva de sensibilidad una zona o región extensa de la cavidad bucal y maxilares.

Las anestésias infiltrativas están ligadas casi exclusivamente a la distribución anatómica de tan importante par de nervios craneal sexto.

El nervio dentario inferior proviene del maxilar inferior que junto con el maxilar superior y el oftálmico, constituyen las tres ramas del trigémino o (V por) (sensitive motor).

El dentario inferior continua aproximadamente la dirección del tronco de origen al salir éste del cráneo por el agujero oval y situarse en la fosa zigomática.

Para resumir la distribución del nervio diremos que inerva el hueso maxilar inferior, su periostio y la encía y los dientes en cada hemiarcada. El sitio del abordaje para practicar la anestesia del dentario inferior está dado por las vecindades del orificio superior del conducto dentario inferior; y llega por vía interna o intrabucal o por vía externa o extrabucal.

a).- Vía Interna o Intrabucal:

En el orificio superior del conducto dentario inferior el cual se encuentra en la cara interna de la rama ascendente a la altura de la espina de Spix y que prolongado hacia atrás, en dirección de una línea que va ligeramente arriba 1 a 2 milímetros de el planooclusal de los molares, el orificio superior del conducto dentario inferior está situado a 1 cm. por encima de él (el plano oclusal).

Con el dedo índice de la mano izquierda se investigan o se palpan los elementos anatómicos; el borde anterior del mesetero, e inmediatamente el dedo percibe un filo óseo que se prolonga de arriba a abajo hasta las proximidades del primer molar; es la línea oblicua externa, siguiendo la palpación hacia adentro el índice cae en el triángulo retromolar y notamos la línea oblicua interna (es poco perceptible), y paralela a ésta encontramos el ligamento pterigo maxilar o espongioso buccinato faríngeo; en la línea oblicua externa, se busca con el dedo su punto más profundo que está situado 1 cm. por encima de las caras oclusales de los molares inferiores. La inyección una vez situado nuestro dedo índice (íxo.) y detenido sobre la línea oblicua externa iniciamos la anestesia.

Se toma la jeringa cargada con Sol. de la solución y se lleva a

la boca del paciente hasta que el punto de la aguja con su bisel dirigido hacia afuera; la jeringa paralela a la arcade dentaria (inferior) a este nivel debe realizarse la puncción, se avanza - descargando pequeñas cantidades de solución en espacios de 1, 5 cm. con esto se logra la anestesia.

Del nervio lingual que esta por delante y dentro del dentario, en esta posición sin abandonar la ubicación del dedo izquierdo se dirige la jeringa hacia el lado opuesto llegando hasta la altura de los premolares y hacemos esto con el objeto de llegar hasta la cara interna de la rama ascendente, se profundiza la aguja 0, 5cm. ya estamos en el punto elegido para la inyección la aguja puede tocar hueso, (lo cual no es necesario) con esto únicamente nos da la seguridad de haber inyectado o anestesiado correctamente.

Para cerciorarnos de no haber caído con la punta de la aguja dentro de un vaso sanguíneo (arteria o vena dentaria inferior) retiramos ligeramente el émbolo, de la jeringa, en caso de haber llegado a la luz de un vaso, la aspiración hace que penetre sangre rápidamente en la jeringa.

Vía directa- se puede llegar al orificio superior del conducto dentario siguiendo una línea recta pero este fin se parte de la comisura bucal opuesta a la del nervio e anestesiarse.

Debemos traer una línea imaginaria que una al orificio superior del conducto dentario con el primer premolar del lado opuesto. Esta recta coincide con la depresión pterigo-temporal la cual está dada por el borde anteroexterno del ligamento pterigomaxilar.

La jeringa se introduce entre los dos premolares del lado opuesto y llega a la depresión Pterigotemporal, en este momento se inyectan 0.5ml. para anestesar el nervio lingual; la aguja seguirá profundizándose 2cm. en la dirección antes señalada llegando al orificio superior del conducto dentario, ahí se inyectan 2 a 3ml. de solución anestésica.

b).- Vía externa o extrabucal:

En algunos casos quirúrgicos en que no es posible abrir --
la boca (trismus, fracturas del maxilar) se anestesia a ni
vel del orificio dentario por vía externa o extra bucal; --
llegamos a ese punto por 4 diferentes direcciones a saber:
por delante, por debajo, por detrás y por arriba de la ra-
me ascendente.

-f).- Anestesia de los nervios dentarios posteriores.

c).- Vía Intrabucal. (técnica):

Se toma la jeringa con la solución anestésica y se punza --
a nivel del fondo del surco vestibular específicamente a --
la raíz distal del segundo molar.

Se depositan algunas gotas de anestesia y se avanza en un
ángulo de 45° respecto del plano oclusal de los molares
superiores procurando estar a nivel de los orificios den-
tarios superiores. La aguja debe penetrar 2cm. después
que la ha atravesado el surco y se depositan 2ml. de solu-
ción.

d).- Vía Externa o Extrabucal:

Es otra posibilidad de anestesiarse los nervios dentarios --
posteriores.

-g).- Anestesia de los nervios dentarios anteriores:

Se lleva a cabo a nivel del agujero infraorbitario y por --
difusión la solución anestésica llega al nervio.

e).- Vía Intrabucal:

El dedo índice de la mano izquierda reconoce los elementos
anatómicos, el pulpejo del dedo debe quedar fijo sobre el
orificio infraorbitario con el dedo pulgar se levanta el --
labio dejando al descubierto la región del ápice del canino;
se punza en el fondo del surco vestibular tres condu-
cir la jeringa desde el canino en dirección a la papila --
sin tocar hueso hasta llegar al orificio infraorbitario, --

se inyectan unas gotas del anestésico en este momento se levanta la jeringa, buscando la dirección del conducto y - por tanteo se penetra en el seno en una profundidad de 0,5 cm. y se descarga lentamente la solución.

Logramos con esta técnica anestesiar además de los dentarios anteriores, los dentarios medios, los dentarios posteriores y aun la del ganglio esfenopalatino y sus nervios aferentes.

f).- Vía Extrabucal:

Es de uso frecuente en cirugía bucal se lleva a cabo en el agujero infraorbitario localizado a seis mm. del borde orbitario.

Tomando como referencia la línea que une al agujero supraorbitario, infraorbitario y mentoniano. La punción se hace a 6 mm. debajo del agujero infraorbitario, se punza en dirección de 45° hacia el agujero y llevando la aguja después de la entrada del agujero infraorbitario 0.5cm. ahí se descarga el anestésico.

Teniendo en consideración no lesionar troncos nerviosos, - vasos importantes de esa región que posteriormente puede - producir accidentes como : Hematomas.

-h).- Anestesia de nervio Naso-palatino:

Técnica de anestesia.- se puede usar la jeringa tipo "Car-pula" se punza en la base de la papila palatina del lado - derecho o izquierdo, pero no en el cuerpo mismo de este elemento anatómico, después de atravesar la mucosa y llegar el conducto palatino se deposita muy lentamente 0.5ml. a 1 ml. de anestesia.

-i).- Anestesia de los nervios palatinos:

Referencia anatómica.- los nervios palatinos anterior, medio y posterior, ramas aferentes del ganglio eseno pala-

tino descendente a la bóveda, el anterior lo hará por el conducto palatino posterior, el medio y el posterior por los conductos accesorios.

El agujero palatino posterior está situado en la bóveda, - en la apófisis horizontal del hueso palatino, a nivel de la raíz palatina del tercer molar equidistante de la línea media y del borde gingival; (a nivel de este orificio debe buscarse el nervio).

La técnica es onológica y se utiliza en el anterior referente a la anestesia para su realización en el sitio anestésico deseado con depósito de un mililitro de solución anestésica.

-j).- Anestesia del nervio bucal:

Existen dos métodos para su anestesia:

a.- En ausencia de procesos inflamatorios a nivel del molar a extraer, realización de una infiltración subcutánea, en el fondo del surco vestibular, frente a la raíz dental 0.5ml. de solución anestésica se aplicara.

b.- En presencia de un proceso inflamatorio, la punción se hará sobre el carrillo o lab. por detras del conducto de Stenon y se realiza la aguja en busca del borde anterior del maxilar; inyección de 1ml. de anestesia.

Técnica I.- la punción se hace en el centro del triángulo petromolar de 1 cm. por encima del plano oclusal de los molares inferiores, la aguja se dirige hacia atrás y hacia afuera hasta tocar con la porción inferior del temporal, hasta llegar al hueso en ese momento se realizó la inyección.

Técnica II.- la inyección se efectue en cualquier punto por ejemplo 2.5 cm. sobre el plano oclusal, con esta función anestesiemos a la vez los nervios dentarios bucal, maseterino y lingual.

Técnica.- recordaremos que se espera del dentario en el --
espacios comprendido entre la rama ascendente y el pteri-
goideo interno y que se dirige a lo largo de la cara inter-
na del hueso, por debajo de la mucosa bucal, dando inerva-
ción a la mucosa lingual en sus dos tercios anteriores, la
glándula sublingual y la encía del lado lingual, podrá es-
bordárselo por debajo de la mucosa y un poco hacia atrás.

s.- Anestesia de los nervios incisivos inferiores: el ner-
vio dentario inferior al llegar a nivel del agujero --
mentoniano se divide en dos porciones: la extraósea y
la intraósea que constituye los nervios incisivos, es-
tos se anestesiaron.

TIPOS DE COLGAJOS O INCISIONES Y DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

La incisión es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos mas profundos y realizar así el objeto de la intervención, en la cavidad bucal tiene el mismo fin: abrir por medios mecánicos, térmicos o eléctricos el tejido gingival y el instrumental usado para este fin son: bisturí y la tijera.

Técnica de la incisión, - se toma el bisturí con la mano derecha de forma tal que queden libres los dedos anular y meñique para apoyarlos sobre la arcada dentaria, arco alveolar y los dedos de la mano izquierda por su parte sobre la cara del paciente.

La Incisión

En cualquier caso es aconsejable mantener tensa la fibromucosa o encía con los dedos de la mano izquierda.

La elección del sitio de la incisión es previa al acto operativo esté relacionada al tipo de la operación que vamos a realizar.

Enunciamos las incisiones mas comunes: la clásica, incisión - en arco de Partsch para tratamiento quirúrgico de los quistes de los maxilares; la incisión de Neumann, para tratamiento de la paradentosis y de focos epicélicos.

La incisión (contorneante) o en Festón de la bóveda palatina, para extraer caninos incluidos; la incisión angular o la incisión lineal, para extracciones de terceros molares superiores o inferiores retenidos y la incisión lineal de la mucosa, (contorneante) para el drenaje de los abscesos.

La incisión debe llegar hasta el tejido óseo, seccionando el tejido y el periostio.

Según Schill - las condiciones que debe reunir una incisión son

las siguientes:

44

- a.- Al traer la incisión y circunscribir un colgajo, es mejor que éste tenga una base lo suficientemente ancha, como para proveer la suficiente irrigación y se eviten trastornos nutritivos y su necrosis.
- b.- Buena visualización del objeto de la cual va a operarse.
- c.- La incisión debe ser suficientemente externa, para permitir un colgajo que descubre ampliamente el campo operatorio y se eviten desgarros del tejido gingival.
- d.- En un sólo trozo, sus líneas secundarias exige una buena incisión.
- e.- La incisión se debe traer de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio, de tal manera que la línea de incisión repose sobre el hueso sano, a nivel del agujero mentoniano.

Técnica

Por vía intrabucal.- el agujero mentoniano se ubica entre los dos premolares y se dirige de adentro hacia afuera, de adelante hacia atrás y de abajo hacia arriba, por lo cual la aguja se dirigirá en sentido contrario a la dirección del conducto, una vez localizado se penetra en el conducto y se depositan dos ml. de anestesia.

Desprendimiento de Colgajo

Una incisión se realiza para tener un colgajo, de tal manera que es el trozo de mucoperiostio limitado por dos incisiones o la superficie de una incisión arqueada.

Se coloca entre los labios de la herida fibromucosa y a la arcada dentaria una legra, una escótula o un periostatomo.

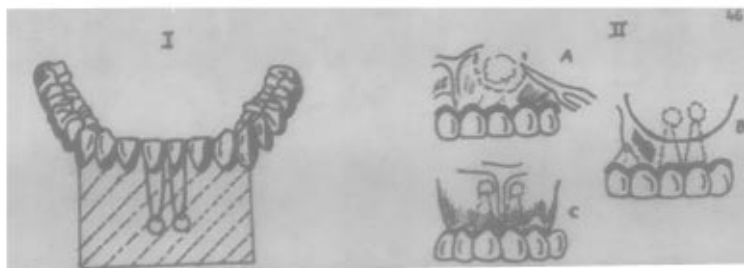
Después apoyándose contra el hueso y pared y con movimientos --

de lateralidad se desprende el colgajo de su inserción en el hueso, elevando la fibromucosa y peristio la línea de disección de dientes de ratón ayuda a preparar el colgajo y a captarlo en la sutura, el desprendimiento del colgajo debe realizarse en toda la extensión necesaria de modo que la superficie hacia donde el descubierta, se separa el colgajo con suavidad como (sin dientes) para no traumatizarlo.

En ciertos casos es conocido ya de antemano tal contingencia, - deberá dársele al colgajo una base suficientemente ancha para que su nutrición no resulte afectada.

Los colgajos más comunes para este tipo de cirugía son:

- a.- Neumann - generalmente lo usamos para cirugías perimolares de 2 ó más dientes, o en procesos patológicos amplos; este tipo de colgajo tiene además una contraíndicción, no se debe usar en piezas portadores de algún tipo de prótesis fija ya que durante la cicatrización hay una retracción gingival que puede dejar descubiertas estas prótesis a nivel del cuello.
- b.- Partsch o Semilunar - es el adecuado cuando vamos a intervenir un solo diente o la patología es pequeña.
- c.- Wassmund - es el sustituto del Neumann cuando se encuentran prótesis fija.



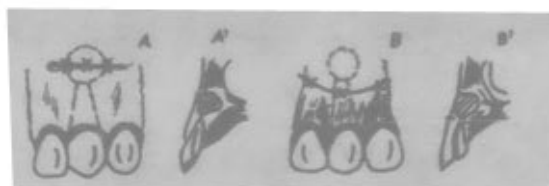
ANESTESIA PARA LA APICECTOMIA

Se hará uso de la anestesia regional (puede ser unilateral) y complementada con anestesia local infiltrativa, resulta ser el método más efectivo, - todo depende de como se requiere la intervención.

TIPOS DE INCISION PARA APICECTOMIA

- A - Incisión en arco de Bantari
- B - Incisión de Wassmund
- C - Incisión de Leumann

III



INCISION INCORRECTA

A - Por coincidir con la cavidad

A' - Corte sagital de la incisión incorrecta.

B - Incisión correcta, la incisión se localiza por debajo de la cavidad ósea y descansa sobre hueso sano.

B' - Enfoque del sitio de la incisión correcta en un corte sagital.

OSTEOTOMIA Y OSTEECTOMIA

La Osteotomía es.- la parte de la operación que consiste en abrir hueso.

La Osteectomía es.- la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación (ejemplo: terceros molares inferiores incluidos).

Este tiempo operatorio se realice con escoplos, pinzas gubias y fresas.

Osteotomía con Escoplos:

a).- Si el cirujano maneja ambos instrumentos escoplo y martillo, toma primero el escoplo con la mano izquierda, el martillo se toma con la mano derecha y actúa sobre el extremo del escoplo, con golpes secos en la superficie ósea.

b).- Si el operador no esgrime el martillo, el ayudante hace esta función, se hace la misma operación que la anterior.

Osteotomía y Osteectomía con pinzas gubias:

Estas (pinzas) se usan para agrandar orificios preparados por el escoplo y aún puede usarse en la osteectomía, resección de hueso sobrante del borde alveolar o puntos óseos que quedan después de las extracciones.

Como el colgajo no ha de apoyarse sobre bordes cortantes, sino sobre bordes romos y lisos, los puntos rugosos, los bordes afilados y los crestas se afilarán con limas para hueso.

Osteotomía con Fresas:

La fresa es un instrumento muy útil para practicar la Osteotomía.

Actúe así mismo como instrumento de osteotomía eliminando el -- hueso en su totalidad, o bien realice perforaciones vecinas entre sí, sobre la tabla ósea, osteotomía que es completada.

Levantando con un escoplo el hueso, los residuos de hueso se re tirarán con las ramas de la pinza gubia, eliminándolo en su totalidad al hueso. La fresa debe actuar siempre bajo un chorro de agua esterilizada o suero fisiológico, proyectado por una je ringa de vidrio o pera de agua, para evitar recalentamientos --s del hueso, que puedan acarrear lesiones posteriormente.

CURETAJE Y APICECTOMIA

El legrado periapical o curetaje es: la eliminación o incisión quirúrgica de una lesión periapical (por lo general granuloma o quiste radiculodentario), o de una substancia extraña. Llegado, istrogénicamente a esta región complementada por el raspado o - legrado de las paredes óseas y del cemento del diente enfermo.

Está indicado este recurso quirúrgico cuando:

- a).- En aquellos dientes que posean lesiones periapicales (granulomas o quistes).
- b).- Después de 6 a 12 meses de realizado un correcto tratamiento endodóntico no se ha iniciado la reparación periapical.
- c).- Posterior a la conductoterapia, si persiste un trayecto -- fistuloso o sea reactiva un foco periapical.
- d).- Por causas iatrogénicas: sobreobturación que produce molestias que es mal tolerada o situaciones semejantes.

Lógicamente antes durante o después del legrado periapical se - practicará el tratamiento endodóntico con su correspondiente ob - turación de conductos del o de los dientes comprometidos.

La técnica quirúrgica es:

- a).- Anestesia local infiltrativa o por conducción.
- b).- Incisión curva semilunar en forma de "U" obierta pero sin que la concavidad llegue a menos de 4mm. del borde gingival. También puede realizarse la incisión doble vertical o de Neumann, está más apropiada cuando el legrado abarca varios dientes o en quistes muy grandes.
- c).- Levantamiento del mucoperiostio con periostotomo.
- d).- Osteotomía efectuada con fresa o con cincel y martillo has - te descubrir ampliamente la zona patológica, se recomienda la alta velocidad en esta fase quirúrgica.
- e).- Eliminación o retiro completo del tejido patológico peria - pical y raspado minucioso del cemento apical del diente --

por medio de cucharillas.

- f).- Facilitar la formación de un buen coágulo de sangre que llene la cavidad residual.

En lesiones periapicales muy extensas se puede rellenar la cavidad legrado residual, de sustancias biológicas que mezcladas a la sangre ayuden a iniciar reparación ósea.

Algunas sustancias como celulosa oxidada, trocitos de yeso prefabricados y osteogel.

- g).- Sutura con seda de 0,00,000 quitando los puntos de 4 a 6 días después de la intervención.

Apicectomía:

Es el retiro del tejido patológico periapical con resección del ápice radicular se estima por lo general de 2 a 3 mm. de un diente que a su conducto o conductos se han obturado o se obturarán a continuación.

Las indicaciones para efectuar la apicectomía son:

- a).- Si ya se realizaron conductoterapia y legrado periapical y no hay reparación de la lesión periapical.
- b).- Cuando la presencia del ápice radicular obstaculice la total eliminación de la lesión periapical.
- c).- Si el tercio apical radicular está fracturado.
- d).- En dientes con conductos calcificados.
- e).- Está indicada la obturación retrógrada con amalgamo por varias causas entre otras: inaccesibilidades del conducto, instrumento roto enclavado en el ápice etc.
- f).- En algunos casos de reabsorción cemento-dentinaria.
- g).- En dientes portadores de pivotes: Vacket, crowns u otras obturaciones que imposibilitan la remoción de ellos para efectuar un nuevo tratamiento alveolar.

La técnica quirúrgica es la siguiente:

- a).- Anestesia local infiltrativa o por conducción.
- b).- Incisión curva semilunar en forma de "U" abierta, se puede

realizar también la incisión doble vertical o de Heumann es más apropiada para una intervención más extensa que lo requiera.

- c).- Levantamiento del mucoperiostio con periostotomo.
- d).- Osteotomía se lleva a cabo con fresa, cincel y martillo -- hasta descubrir ampliamente la zona patológica, se hará ligeramente mayor hacia gingival para permitir ~~una~~ mejor visualización y corte del tercio apical.
- e).- Puesto al descubierto el ápice radicular se seccionará a -- dos o tres mm. del extremo apical con fresa de fisura y se removerá luxándolo suavemente ~~con~~ elevador apical.
- f).- ~~Eliminación~~ de los tejidos patológicos periapicales y raspado o legrado de las paredes óseas limando cuidadosamente la superficie radicular seccionada y lisando la gutapercha seccionada con atacador caliente.
- g).- Facilitar la formación de un buen coágulo de sangre que se llene la cavidad residual.

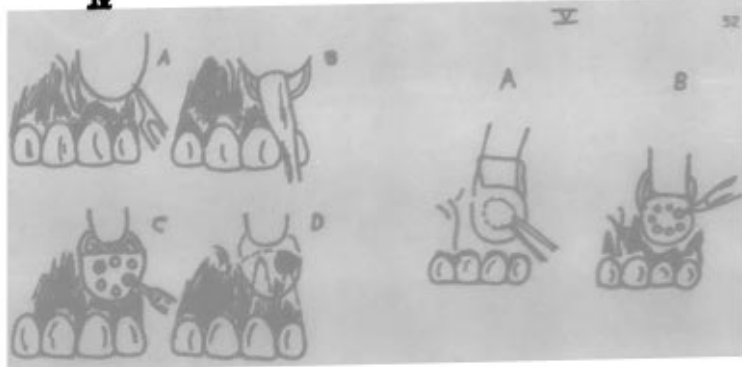
En lesiones periapicales extensas se puede rellenar la cavidad legrada residual de sustancias biológicas que mezcladas con la sangre ayudan a iniciar reparación ósea.

Algunas sustancias como celulosa oxidada, trocitos de yeso prefabricados, osteogel.

- h).- Sutura con seda de 0, 00, 000, retirando puntos de los cuatro o seis días posteriores a la intervención.

Es común realizar la apicectomía en los doce dientes anteriores, por que se presta a llevarla a cabo con más facilidad por accesible a ellos y la técnica quirúrgica que -- nos ocupa.

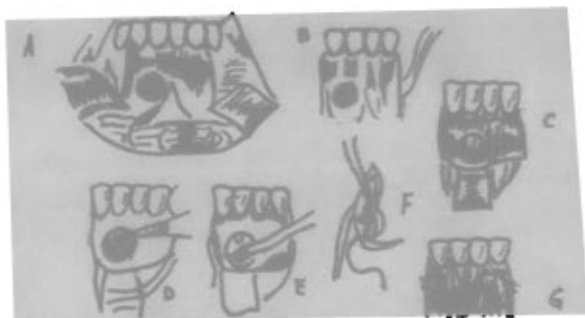
IV



- A - Incisión en arco de Partsch
B - Desprendimiento del colgajo
C - Osteotomía con fresa de bola
D - Después de la osteotomía, se
puede ver el proceso patológico
pericardial.

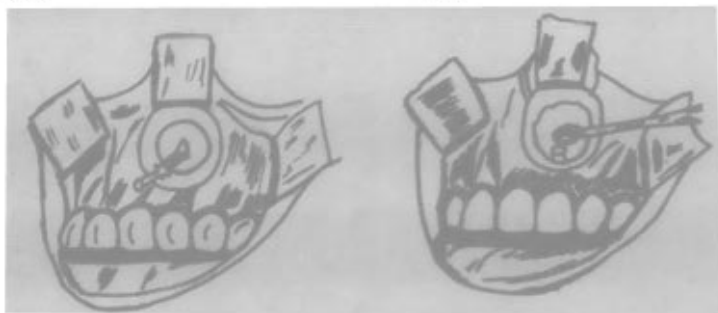
Osteotomía con escoplo. A la vez se hace
de bola (B)

VI



APICECTOMIA DEL INCISIVO CENTRAL INFERIOR DERECHO.

- A - Incisión de Neumann
B - Desprendimiento de colgajo
C - Osteotomía
D - Resección de ápice radicular
E - Hacerse del apogeo apical
F - Obtención del sangrado (con
guirapero)
G - Sutura



AMPUTACION DE LA RAIZ CON FRESA
DE FISURA.

PASADO DEL PROCESO PERIAPICAL CON
CULMARELLA.



OBTURACION Y SELLADO DEL CONDUCTO
Y APICE.

SUTURA DEL COLGAJO (EN ESTE CASO
EN UNA INCISION DE RAFTSM).

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

En algunos casos las operaciones requieren un tratamiento particular de la cavidad ósea, debido a que el hueso se encuentre afectado o bien porque la operación así lo requiere o lo exige, para evitar hemorragias o dolores posoperatorios.

El tratamiento de la cavidad ósea se realiza colocando dentro de ella:

- a).- Medicamentos (directamente)
- b).- Gases con medicamentos
- c).- Drenaje

Medicamento.- se emplean las distintas preparaciones indicadas para el tratamiento de la alveolitis, los cementos quirúrgicos, los lavajes de los alveolos o cavidades con soluciones anestésicas o antisépticas, tales como vaselina boricada, pastas de distintos fórmulas, caldos y vacunas.

Gases con medicamentos.- (taponamiento), la gase sola o impregnada con medicamentos (gase yodoformada, euforizada, el ribonol con fenol alcanforado, bálsamo del Perú, tintura de benjuí) se usan en alveolos posextracción, cavidades, quistes o tumores.

El taponamiento se hace con dos fines: evitar la entrada a la cavidad de sustancias o cuerpos extraños y prevenir la hemorragia y el dolor.

Drenaje.- afecciones que exigen la comunicación, de la cavidad ósea con el exterior y se realiza con drenes de gase o de goma.

SUSTANCIAS USADAS PARA LA OBTURACION DE CAVIDADES OSEAS EN CIRUGIA BUCAL.

Existen tres factores por el cual llevamos el tratamiento de obturación de las cavidades óseas y son:

- a).- Por lo difícil que es lograr y mantener una absoluta asepsia en los actos quirúrgicos de la cavidad bucal, se necesita un agente bactericida y bacteriostático.
- b).- Porque la hemorragia, es común durante las primeras 24 hrs. y tiene lugar « menudo, después que desaparece el efecto hemostático de la anestesia local, para prevenir equimosis o hematomas.
- c).- Como prevención de la ruptura del coágulo demasiado grande debe lograrse un agente obturador de espacio.

Substancias más usadas en cirugía bucal:

- a).- Penicilina localmente puede usarse sola o introducida en el alveolo o bien puede usarse combinada con otros agentes o materiales que actúan como vehículos.

Silverman - combina tres agentes con propósito de investigación, la esponja de gelatina, como soporte de coágulo, la trombina como hemostático y la penicilina como bacteriostático o se relacionan el empleo de estos productos -- con tres factores: hemorragia, dolor y cicatrización, colocando dentro de los alveolos o cavidades óseas, la penicilina contribuye al mejoramiento de las condiciones locales posoperatorios.

- b).- Virotricina - toma empleo este producto junto con la trombina, con resultados óptimos.
- c).- Sulfamidas - se emplea con la obturación de los alveolos dentarios, después de las extracciones.
- d).- Fibrinofen - (espuma de fibrina) agente terapéutico de acción hemostática, es un coágulo de laboratorio usado en -- neurología. Se obtiene haciendo actuar coágulo fibrinogeno con trombina, en estado seco, el fibrinofen como el Gel foam, presentan una área superficial actuando mecánicamente; la sangre entra en esta red y la coagulación se realiza y cohibe la hemorragia.

Le fibrinofen se usa como tel o como vehículo para otros medicamentos, los antibióticos o la trombina tiene la propiedad de absorberse en la reacción tisular mínima.

- e).- Celulosa oxidada-(oxycel) se obtiene transformando la gasa

o el algodón común - (celulosa) en un ácido orgánico, por la acción del dióxido de nitrógeno, se emplea también como un vehículo para la trombina.

El oxirel - es de uso frecuente en cirugía bucal, se emplea como hemostático y como obturador de espacio, es útil en la intervención de quistes y tumores de la cavidad oral.

f).- El Gelfoam - (esponja de gelatina) es una esponja quirúrgica estéril. Es una matriz esponjosa derivada de la gelatina, insoluble pero absorbible tiene propiedades hemostáticas, es absorbida por el tejido de los 4 a 6 meses de la intervención y en consecuencia tiene buen tiempo de acción en nuestra práctica quirúrgica.

g).- Trombine - se combina con algunos de los productos ya citados que en lo general no presente incompatibilidades; se usa trombina humana o de origen animal.

h).- Plaquente - es un polvo de acción hemostática empleado en pacientes con hemofilia.

S U T U R A

La sutura tiene por finalidad reunir los tejidos separados por la incisión, es aconsejable en grandes incisiones y aún en la más pequeña; (ejemplo: simple extracción dentaria) en ésta última para unir los bordes gingivales.

Técnica de las Sutures

Manejo de las agujas: se tomará la aguja con un porte agujas.

En el caso del maxilar superior se acostumbra iniciar la sutura en la cara palatina o lingual y terminarla en bucal.

Una incisión situada en una sola cara, la aguja debe ser dirigida de lo más complicado a lo más simple o sea de distal a mesial.

Manejo del porte agujas: con el porte agujas se toma la aguja - por el centro de su arco, la cual debe de estar enhebrada, con anterioridad.

La aguja perfora la fibromucosa (seratón), se asoma entre los labios de la herida y se perfora nuevamente el tejido, esta vez del colgajo del lado opuesto y aparece en la superficie, en este momento dejamos el porte agujas para tomar la aguja del otro lado, se tracciona para ayudarla a pasar y la hace describir el último tramo de ser recorrido. Este procedimiento no siempre es aplicable por las dificultades de sitio en donde se realiza la operación, por lo cual se debe hacer en dos tiempos:

Primero - la aguja atraviesa el colgajo palatino y aparece entre los labios de la incisión, la tomamos con el portesagujas por el extremo de aguja y le hace terminar el recorrido; posteriormente se vuelve a tomar la aguja con el portesagujas y le hace recorrer un nuevo trayecto introduciéndole entre los labios de la herida, ésta perfora el colgajo de adentro afuera y sale a la superficie.

Existen dos métodos de sutura y son:

- a).- Sutura con puntos separados
- b).- Sutura continua

a).- Sutura con puntos separados - este método es el que se usa con mayor frecuencia en nuestra práctica quirúrgica y, consiste en realizar puntos independientes uno de otro, con la aguja enhebrada con material de sutura, (lana, seda y con menos frecuencia en catgut) y manejada por el porte agujas se ~~desfaga~~ la fibromucosa del lado lingual a 0.5cm. del borde de la incisión (aproximadamente) y aparece en el colgajo bucal, se retira la aguja y el hilo se recorre hasta quedar tenso; se toman ambas extremidades se afrontan los labios de la incisión y se anuda el hilo, este se hace varias veces (1 a 3 veces).

Cada punto de sutura estará colocado a una distancia de 1 cm. (aproximadamente).

Nudos:

Los nudos pueden ser de dos clases:

- a).- Simple
- b).- De cirujano

Nudos simples - tenso el material de sutura, se toma el cabo bucal con la mano izquierda y el palatino o lingual con la mano derecha.

El hilo se fija entre las caras palmares de los dedos pulgar e índice de cada mano.

Los dedos índice y pulgar de la mano izquierda se flexionan sobre el mismo. El hilo izquierdo cruce en diagonal por su cara dorsal de los tres dedos extendidos; el hilo derecho rodea el borde cubital del meñique y, lo cruce y rodea el borde radial del dedo medio y se pone en contacto con el hilo izquierdo de manera que la aguja quede colocada dentro del círculo, ya está

efectuado el primer nudo, sólo falta desplazarlo hacia el sitio debido para lograr el efecto de la suture; posteriormente se hace un segundo nudo.

Nudos de cirujano - estos nudos se logran por un doble entre-cruzamiento del primer segmento del nudo simple.

El hilo derecho en este tipo de nudo, cubre la cara dorsal de los dedos extendidos, vuelve sobre la cara palmar y corre junto al primer segmento hasta llegar al borde radial del dedo medio, al pasar el cabo izquierdo entre los dedos medio y anular, cubre la cara palmar de hilo; el primer segmento del nudo es por lo tanto simple.

Preparación de los nudos utilizando porta agujas.

Para la realización de un nudo con porta aguja es muy sencillo y efectivo.

Los nudos se preparan rápidamente y ahorrándose tiempo en la intervención.

Se pasa el hilo por los labios de la herida, se toma con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda, el cabo que tiene el portaaguja se le apoya en el instrumento y se hacen vueltas completas al rededor del extremo del portaagujas, se abre ligeramente y se toma entre sus dientes el cabo libre, se torcione el portaagujas y las dos vueltas del hilo se deslizan hacia adelante y el cabo libre pasa entre ellos, se ajusta a nivel de la herida.

Para completar el nudo se realice la maniobra en sentido inverso y se ajusta el nudo hacia la herida; esta técnica se aplica en cualquier parte de la boca. ejemplo: tercer molar inferior, alveolectomías y heridas extensas.

b).- Sutura continua:

Este tipo de sutura se emplea en la alveolectomías o preparación quirúrgica para prótesis, sobre toda la arcada, en una so-

la línea o en dos segmentos.

60

Se inicia en un extremo de la arcada y se continua y, termina - hacia el otro extremo o bien hasta la línea media.

El punto inicial, empleamos puntos separados si puede y si no perforando la fibromucosa de adentro afuera, con una distancia de 1cm. de cada punto.

El hilo recorre en espiral la línea de incisión y se mantiene - tenso para cerrar y adaptar los bordes de la herida posterior- mente se efectúa un punto final.

Sutura festoneada:

Empleada también en alveolectomías: primer punto separado con - el cual iniciamos, pero en vez de introducir nuevamente la agu- ja se desliza entre la primera vuelta de espiral y la última, se - treccione el hilo se continua hasta el final con un punto siste- do.

Punto capitoné:

Consiste en un trozo de gase, se encarga de mantener fijo el - colgajo y evita que se desplace; se atraviesa un trozo de gase (simple o yodoformada) con una aguja enhebrada cerca de uno de los extremos del hilo. El hilo recorre todo el ancho de la ga- se y la aguja la perfora nuevamente cerca del otro extremo. Así - los cebos atraviesan la tabla interna del hueso y la encía de - la cara lingual o palatina, a distinta altura, a este nivel se - realice el nudo.

APICECTOMIA CON DETURACION RETROGRADA .

Es una técnica quirúrgica que consiste en realizar la apicectomía, la sección apical residual es obturada con amalgama de plata, porque se ha observado un mejor sellado en el conducto para lograr una rápida cicatrización y una total reparación.

La ventaja que existe al utilizar la amalgama de plata radica en evitar cualquier filtración por el conducto seccionado ya que sólo el cemento de composite empleado como la gutapercha podrían no obturar herméticamente el conducto.

Las principales indicaciones son:

- a.- Dientes con ápice inaccesibles por la vía pulpar ocasionado por procesos de dentinificación o calcificaciones o por la presencia de instrumentos rotos o encievacos en el trayecto del conducto u obturaciones incorrectas difíciles de desobturar, los que requieren apicectomía.
- b.- Dientes con reabsorción cementaria falsa vía o fracturas apicales, en que la sola apicectomía no garantiza una óptima evolución.
- c.- Dientes en los cuales ha fracasado el tratamiento quirúrgico exterior, logrado o no, persistiendo un trayecto fistuloso o la lesión pariapical activa.
- d.- En dientes reimplantados accidental o intencionalmente.
- e.- En dientes que teniendo lesiones periapicales no pueden ser tratados sus conductos porque soportan incrustaciones o coronas de retención radicular o son base de puentes fijos que no se pueden o no se desean desmontar.
- f.- Cualquier caso que se estima que la obturación de amalgama retrógrada resolverá mejor el caso y provocará una correcta reparación.

Existe una consideración ventajosa para esta técnica quirúrgica que aunque es conveniente practicarla en conductos bien obturados, es tal la calidad selladora de la amalgama que puede hacer

se sin previo tratamiento de conductos como sucede cuando el -- conducto es inaccesible o soporta una corona o perno o se hace una reimplantación intencional sencilla. Por este peculiar característico de la técnica tan versátil y de gran valor terapéutico se considere importante.

La Técnica Quirúrgica es:

- a - La anestesia local infiltrativa o por conducción.
- b - Incisión curva semilunar en forma de "U" abierta si solo se realizara en un diente se procurará no llegar al borde gingival a tres o cuatro mm. de éste. También puede realizarse la incisión doble vertical o de Neumann, esta será más apropiada si la técnica quirúrgica que nos ocupe abarca varios diente.
- c - Levantamiento del mucoperiostio con periostotomo.
- d - Osteotomía efectuada con fresa o con cincel y martillo hasta descubrir la zona por intervenir, se hace preferencia por la alta velocidad.
- e - La sección epical se hará oblicuamente, buscando que la superficie radicular quede en forma elipsoidal.
- f - Completa eliminación del tejido patológico que aún afecta a el cemento de la raíz y hueso alveolar y tejidos vecinos por medio de cucharillas.
- g - Se seca el campo y en caso de hemorragia se aplicará en el fondo de la cavidad una torunda humedecida con solución alcohólica de adrenalina.
- h - Con una fresa # 33 y 1/2 ó 34 de rano invertido, se preparará una cavidad retentiva en el centro del conducto, se -- llevará con suero isotónico salino para eliminar los restos de gutapercha y dentina.
- i - Se colocará en el fondo de la cavidad quirúrgica un trozo de gase destinado a retener los posibles fragmentos de amalgamo que puedan deslizaras o caer en el momento de la obturación.
- j - Se obturará la cavidad preparada en el conducto con amalgamo de plata sin Zinc, dando forma cóncava o plana.
- k - Se retirará la gase con los fragmentos de amalgamo que haya caído en ellas.
- l - Se provocará hemorragia para formar buen coágulo.

m - Sutura con seda de 10/000 retirando los puntos a los 4 ó 5 días posteriores a esta intervención.

Es conveniente mencionar que se recomienda practicarla en los doce dientes anteriores por ser más fácil efectuarla, con mayor éxito y solo en excepciones en premolares.

- I -

A Q U I N E S I A

Este concepto de la oclusión se enfoca de manera especial en --
la apicectomía y en los reimplantes.

Se debe considerar como parte importante para lograr el éxito
del diente apicectomizado como en las reimplantaciones dente---
ries el mantener en armonía oclusal tanto los dientes afectados
o intervenidos como los antagonistas.

Lo cual implica, buscar por medio de ajustes oclusales eliminar
el trauma oclusal; ya que buen número de fracasos se deben a no
tener cuidado o atención con esta consideración.

INDICACIONES POSOPERATORIAS

Se entiende por posoperatorio - el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención quirúrgica y, reparar los daños ocasionados por la misma y mantener en perfecto estado la salud del paciente.

Los cuidados posoperatorios deben referirse a la herida quirúrgica, (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) (con el estado general del paciente).

Tratamiento Local Posoperatorio

Higiene de la cavidad bucal:

Una vez terminada la intervención quirúrgica el ayudante lava - detenidamente la sangre que puede tener en la cara el paciente, con una gasa mojada en agua oxigenado.

Irrigamos la cavidad bucal con una solución tibia (agua oxigenada) por una perilla de agua que limpiará y eliminará sangre, esllas y restos que pueden estar depositados en los surcos vestibulares debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios.

Una vez constituido el coágulo el paciente hará lavajes suaves de su boca (colutorios) cuatro horas después de la operación -- con una solución antiséptica.

Fisioterapia Postoperatoria

Emplearemos agentes físicos para mejorar y modificar las condiciones de las heridas de la cavidad bucal:

a - Calor

b - Frío

c - Radiaciones Ultravioleta

- a - Calor.- lo usamos en nuestra práctica posoperatoria al tercer día de la intervención puede aplicarse para disminuir los alveolalgias y dolores.

La aplicación del calor consiste en hacer buchas calientes y compresas frías al exterior o viceversa.

- b - Frío.- aconsejamos bolsas con hielo o toallas empapadas, mojadas en agua helada que se colocan sobre la cara, frente y el sitio de la intervención quirúrgica.

El papel del frío es evitar la congestión y el dolor posoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y delimita los edemas posoperatorios.

La aplicación del frío se hará en periodos de 15 minutos, seguidos de periodos iguales de descanso durante no más de una hora en los tres días continuos.

- c - Irradiaciones.- ultravioleta, lámpara solux y radiaciones infrarrojas.

Los rayos ultravioleta lo administramos al caso de presentarse dolores posoperatorios.

La lámpara solux y rayos infrarrojos se emplean después de las extracciones complicadas y en el tratamiento de alveolitis.

Cuidados de la Herida:

La formación de coágulo en el sitio de la intervención en un principio ayudará contra cualquier infección y dolor posoperatorio y culminará con una buena evolución de cicatrización en caso contrario pueden encontrarse complicaciones como, la formación de una infección alveolitis, alveolalgias, si se presentan algunas de éstas se procede a retirar los puntos de sutura, retiramos el material que se encuentra en la cavidad quirúrgica seguido de un lavado con suero fisiológico tibio, provocamos formación de coágulo que llene la cavidad, finalizamos con la sutura de la misma, si la evolución es normal se retiran los puntos de sutura del

cuatro al quinto día, si por lo contrario se presenta alguna complicación se retiran de las 24 a 48 horas posteriores a la intervención.

Tratamiento General del Paciente - (postoperatorio):

Este se refiere a la vigilancia del pulso, la tensión arterial, alimentación y a las medidas terapéuticas del paciente como:

la vacunación, sulfamidoterapia, tratamiento hemorrágico, sueros, transfusión sanguínea y tratamiento del shock, todo esto se llevará a cabo en términos generales.

Alimentación del recién operado:

Después de la intervención quirúrgica el paciente hará su primera comida a las 6 hrs. después de operado, que consistirá en una taza de té y leche tibia, (leche licuada) 6 hrs. después podrá tomar los alimentos más adecuados.

Instrucciones para los pacientes:

Los cuidados que debe tener el paciente en su domicilio, después de ser operado y de acuerdo a las instrucciones precisas hechas por el cirujano son:

- a - Enjuagatorios
- b - Alimentación
- c - Tratamiento Médico
- d - Antibióticos Quimioterápicos

Esto último se lo daremos por escrito en una hoja de receta médica.

Instrucciones que deben darse a los pacientes después de terminar la intervención quirúrgica:

- a - Guardar reposo absoluto durante algunas horas, con la cabeza en alto.

- b - Colocar una brisa con hielo en la cara, sobre la región operada; durante un tiempo de 15 minutos y alternando - con 15 minutos de descanso en un término de 1 a 3 hrs.)
- c - En caso de una gasa protectora retirarla al cabo de 1 - hora después de la operación.
- d - Al día siguiente de la intervención, realizar enjuagues tibios con agua y sal cada dos horas.
- e - En caso de sentir dolor - tomar el medicamento indicado por el cirujano hasta que cese la molestia.
- f - La alimentación - deberá ser líquida después de las 5 - horas de la operación: té, leche, ~~manzana~~, caldo; ~~des~~ después de estas horas puede tomarse lo siguiente:

- Extracto de carne
- Caldo con jugo de carne
- Puré de papas y batatas
- Gelatina
- Manzanas
- Jugo de tomate
- Fideos pasta
- Huevos tibios

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES EN LA TÉCNICA QUIRÚRGICA Y APICECTOMÍA

GENERALIDADES

El mal uso de las técnicas quirúrgicas y de la manipulación del campo operatorio e instrumental, traen como consecuencias: complicaciones locales, generales y accidentes.

Complicaciones Locales:

A - Hemorragia puede aparecer inmediatamente en unas horas después de finalizar la operación, si aparece inmediatamente existen dos procedimientos para detenerla:

- a - Instrumental: ligando los vasos sangrantes e electrocoagulación con instrumento goma.
- b - Mecánico: se logra por taconamiento con trozo de gasa y la compresión de los vasos.

Si el flujo de sangre no cede, habrá que llenarse la cavidad ósea, la gasa se impregne de algún hemostático (adrenalina, trombina y tromboplastina).

Si aparece algunas horas o días después de la operación la hemorragia, se debe muy probablemente a la caída del coágulo por un esfuerzo del paciente o a que ha cesado el efecto vasoconstrictor de la anestesia; el tratamiento se realiza por métodos locales y generales:

Los locales:

- a - Se lava la cavidad para retirar la sangre y restos de coágulos para mejorar la visión del punto sangrante.
- b - La hemostasia se realiza también por taconamiento e presión con gasa por lo menos media hora después, se retira con precaución.
- c - En caso de persistir éste, se administran los tratamientos

tos generales.

- d - Cuando el acto de la operación ocasiona dolor, en tales casos se realizará con anestesia local, que nos permite seguir con la intervención y al final suturar, con colocación o no de esponjón oxígeno en el interior de la cavidad bucal.

Los generales:

- a - Administrar antiépticos (aspirina de confort y cordiazol).
- b - En pérdidas considerables de sangre se tratará mediante la infusión de líquidos de (soluciones, suero y plasma), y en casos graves sangre.
- c - Uso de coagulantes que acompañan el medicamento de elección las cuales son (vitamina K, calcio, agentes antifibrinolíticos).

B - Hematoma

En ocasiones al llegar sangre, si entra a los tejidos vecinos al sitio de la operación forma un "Tumor Sanguíneo", que provocará el cambio de colocación del lecho operatorio, piel, turgencia y dolor de la encía provocando la tumefacción del conjunto.

El hematoma se reabsorbe sin embargo llega a supurarse y — provocar repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre.

El hematoma puede originarse por traumatismos de la operación, por desgarro o ruptura de un vaso durante la anestesia.

C - Infección

El proceso infeccioso posoperatorio más común es la alveolitis así mismo pueden sobrevenir flemones, abscesos, celulitis y aún puede complicarse más tales como flemon circunscrito o el flemon difuso del suelo de la boca en época pre-quimioantibiótica.

D - Dolor

Este puede ser calmado con analgésicos comunes: antioirina, dimetidón y en casos muy malos morfina.

Cuando existe dolor a la deglución que impide ingerir al paciente por vía oral, los analgésicos pueden ser administrados por vía rectal en forma de microclismas o de supositorios.

Complicaciones Generales

A - Shock:

Es la complicación más inmediata y suele ser ocasionada por la anestesia y pérdida de un shock anafiláctico; los más comunes son los : lipotímias, originados por el miedo a la operación.

El cuadro que presenta es el siguiente:

- Palidez
- Gotas de sudor en la frente
- La respiración es ansiosa
- Su mirada es fija a un punto determinado
- Nariz afilada
- Disminución del pulso
- Este cuadro se presenta en breves minutos.

Tratamiento de la lipotimia:

- Suspendemos la intervención.
- Colocamos al paciente horizontalmente con la cabeza más baja, para mejor irrigación cerebral sanguínea.
- Administración de oxígeno al 100%
- Inyección por vía intramuscular que algún vaso constrictor del tipo de la metanfetamina, veritol o derivados de la efedrina.

B - Septicemia Bacteriemia:

En la eliminación de focos sépticos o extracción dentaria, puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre.

Esta complicación es la importancia en pacientes cardíacos y reumáticos, por que pueden ocasionar una endocarditis bacteriana. A este tipo de pacientes se le administra penicilina antes o después del tratamiento quirúrgico (600,000 UI de penicilina G sódica, 1 hora antes de la intervención y - 600,00 U.I. de penicilina G procaina a las 24 y 48 horas).

Complicaciones de la anestesia local y regional:

Durante o después de la anestesia local pueden ocurrir accidentes y complicaciones inmediatas y mediata y locales o generales.

Accidentes inmediatos:

Dolor al realizar una inyección la aguja puede lesionar un nervio y provocar dolor de intensidad variable, localizado e irradiado durante (horas o días).

Lipotimia - síncope (por anestesia):

Este tipo de accidentes puede ser de tipo neurogénico o — por miedo a la operación, se presenta en cuadro ya descrito en las complicaciones generales; el paciente puede recuperarse en síncope todo esto sucede frecuentemente en la aplicación de anestésico (local y traqueal o regional).

El tratamiento es el mismo ya descrito en las complicaciones generales.

Rotura de la Aguja

Este accidente es poco frecuente, pero es posible con la anestesia regional; esto es debido a movimientos intempestivos del paciente y contracción repentina del pterigoideo interno.

Tratamiento de la rotura de aguja:

Se incide en el lugar de la inyección y dirección de los tejidos con un instrumento fino hasta encontrar el objeto y por él-

tiempo se extrae el mismo con una cinza de kocher. Para la localización del perezoso de aguja rota, se toma una radiografía de perfil y de frente (mento-maxi-pl.-ca).

Parálisis Facial:

Este accidente ocurre con la técnica de la anestesia regional o trabecular del nervio dentario inferior, el accidente es originado por llevar la aguja por detrás del borde posterior del hueso y esto provoca que se anestesia o bloquea la gándula parótida.

Los síntomas de la parálisis de Bell son:

- Caída del párpado
- Inapacidad de oclusión ocular
- Proyección hacia arriba del globo ocular
- Caída y desviación de los labios
- No requiere tratamiento

Accidentes Medios:

Persistencia de la anestesia o parestesia postquirúrgica; después de la anestesia regional del dentario inferior, puede ocurrir que este se prolongue días, semanas y aún meses.

Esta complicación se debe al desgarro del nervio inferior por agujas, o a la inyección de alcohol con novocaína. Y esta complicación mediate cede con el tiempo regenerándose el nervio -- lentamente y le sensibilidad le recupera paulatinamente en períodos variables.

Accidentes y Complicaciones de la Apicentomía:

Se debe a la mala elección del caso a tratar y a la defectuosa técnica operatoria.

La Clasificación es la siguiente:

- Insuficiente resección del ápice reticular: es cuando la resección es incompleta, dejando un trozo de ápice infectado.

- Insuficiente resección del proceso pariapical: es debido a -- la residual del proceso patológico, por dejar trozos o restos de membrana quística o en el caso de un granuloma originando fistulas.
- Lesión de los dientes vecinos: por la errónea ubicación del -- ápice y de lugar a la amputación del ápice de un diente veci- no, (gama).
- Lesión de los órganos o cavidades vecinas:
 - Perforación del piso de las fosas nasales
 - Perforación del seno maxilar
 - Lesión de los vasos y nervio mentoniano
- Fractura o luxación del diente en tratamiento
- Perforación de las tablas óseas lingual y palatina.

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

Por lo antes expuesto, será importante para el Cirujano Dentista manejar de manera adecuada, tanto el paciente como a los instrumentos, medicamentos y procedimientos quirúrgicos necesarios, porque todo esto conjugado dará como resultado, el éxito operado.

Es primordial llevar un orden de los tiempos quirúrgicos --- (preoperatorio, transoperatorio y posoperatorio)

Preoperatorio.- en este tiempo es indispensable contar con los siguientes requerimientos:

- a).- historia Clínica
- b).- estudio radiográfico
- c).- exámenes de laboratorio y gabinete

Transoperatorio.- para este tiempo es fundamental proceder a para realizar la técnica quirúrgica satisfactoriamente con:

- a).- el máximo de asepsia en el campo operatorio de los instrumentos y equipo.
- b).- anestesia total.
- c).- incisión correcta.
- d).- ostentación y ostentación necesarias.
- e).- tratamiento de conductos maxilares.
- f).- legrado o curetaje y epineumia, deberán llevarse a cabo minuciosos, cuidadosos y delicadamente.
- g).- tratamiento de la cavidad y sutura, los requeridos.

Postoperatorio.- es indispensable dar las indicaciones precisas al paciente sobre como debe mantenerse, después de la intervención y los cuidados que deberán tenerse.

De realizarse así se podrán asegurar un gran número de éxitos, y lógicamente si llegara a presentarse algún fracaso, deberán ser cuidadosamente revisados.

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

1.- SEMIOLOGIA CLINICA

Autores: Dr. Domínguez Verges German Raúl
Dra. Rodríguez Mendoza Adela
Edición Imprimida 1973
Impreso en México
Editorial: Impresiones Modernas, S.A.
pags. 1 - 39

2.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

Autores: Zegarelli Edward V.
Kutcher Austin H.
Hyman George A.
Edición Primera - Segunda
Reimpresión 1976
Editorial: Salvat Editores, S.A.
Impreso en España
pags. 1 - 31

3.- MANUAL DE TECNICA MEDICA PROPEDEUTICA

Autor: Dr. Cuevas Francisco
Edición Cuarta
Editorial: Méndez Cervantes Francisco
Impreso en México
pags. 1 - 43

4.- CIRUGIA BUCAL

Autor: Ries Centeno Guillermo A.
Edición Octava
Editorial: "El Ateneo" Buenos Aires
Impreso en Argentina en 1979
pags. 49.- 93 : 97 - 127 : 340 - 350 : 369 - 370

5.- ENDODONCIA

Autor Lessa Angel

Edición Segunda

Editorial: Cromotip, L.A.

Impreso en Venezuela

pgs. 51 - 61 : 82 - 112 : 346 - 355 : 392 - 413 :
433 - 448 : 533 - 558

6.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL

Autor Kruger Gustavo O.

Edición Cuarta

Editorial: Interamericana

Impreso en México

pgs. 1 - 3

7.- MANUAL DE ENDODONCIA GUIA CLINICA

Autor Preciado Z. Vicente

Edición Segunda

Editorial: Cueller de Ediciones

Impreso en México

pgs. 134 - 146

8.- ENDODONCIA

Autor Meisto Oscar A.

Edición Tercera

Editorial: Mundi, S.A.

Impreso en Argentina

pgs. 48 - 77 : 265 - 288 : 350 - 358