

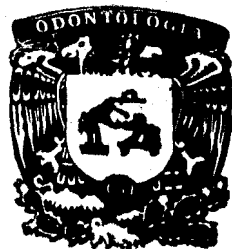
TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

Ref. 469



Universidad Nacional
Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presentan:

RICARDO GERARDO JIMENEZ PLATA

RUBEN ROMERO FLORES

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.

ENFERMEDADES DE LOS MAXILARES

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I CARIES DENTAL

CAPITULO II HISTOLOGIA DE LA PULPA DENTAL

CAPITULO III AFECCIONES PULPARES

a.- PULPITIS REVERSIBLE FOCAL

b.- PULPITIS AGUDA

c.- PULPITIS CRONICA

d.- NECROSIS PULPAR

CAPITULO IV AFECCIONES DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES.

a.- GRANULOMA PERIAPICAL

b.- ABSCESO PERIAPICAL

c.- QUISTE RADICULAR

INTRODUCCION

Como ya es aceptado, el Cirujano Dentista, es el profesionista capacitado para llevar a cabo la prevención y tratamiento de las infecciones bucodentales en general.

En este trabajo se abordan las afecciones más comunes que se manifiestan en la cavidad oral, así como su tratamiento. En la mayoría de las personas, estos trastornos ocasionan la pérdida irremediable de sus piezas dentales, provocando un grave trastorno en su aparato masticatorio y las consecuencias lógicas en la salud estomatológica del paciente.

El C.D. de práctica general, debe manejar eficazmente el diagnóstico correcto de las infecciones de la cavidad oral y por consiguiente, el tratamiento más eficaz de éstas para lograr su rehabilitación.

El objetivo de este grabajo es poder aportar, dentro de sus limitaciones, una información concreta del diagnóstico y tratamiento de algunas de las afecciones en cavidad oral, principiando con caries dental, prosiguiendo una secuencia hasta terminar en un quiste.

CAPITULO 1
C A R I E S D E N T A L

Probablemente la más común de todas las enfermedades que se desarrollan en el ser humano. Con el objeto de comprender ampliamente las afecciones de la pulpa dental y su tratamiento, creía conveniente hacer algunas observaciones sobre este proceso carioso, para llevar una secuencia más completa, que termina hasta el desarrollo de un quiste radicular y su tratamiento.

La caries dental es una enfermedad de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizada, por la descalcificación de la parte inorgánica de la pieza dental y/o destrucción de la substancia orgánica del mismo.

Existen varias teorías sobre la etiología de la caries, mencionare las tres más aceptadas sobre su etiología:

TEORIA ACIDOGENA

Propuesta por Miller, establece que la caries es un proceso quimioparasitario, que consta de dos etapas, descalcificación del esmalte - cuyo resultado es su destrucción total y descalcificación de la dentina, como etapa preliminar, seguida de disolución del residuo reblandecido. Por lo tanto se establece, que la descalcificación del esmalte es producido por un ácido que proviene de la fermentación de almidones y azúcares que se adhieren a los dientes, de lo anterior se aprovechan los gérmenes acidógenos para nutrirse y poder producir el ácido láctico y el piruvico producido por los gérmenes proteolíticos.

Estos ácidos actúan desmineralizando el esmalte en zonas determinadas del diente, formando una solución de continuidad para la disolución de la sustancia interprismática del esmalte.

TEORIA PROTEOLITICA

Esta teoría afirma que la caries es principalmente un proceso proteolítico, los microorganismos invaden las laminillas del esmalte y los ácidos producidos por estos, destruyen la porción inorgánica del esmalte.

También establece que la proteólisis va acompañada de formación de ácidos, en cantidades menores, cuando penetra en las laminillas del esmalte, aumentando cuando ha llegado a las vainas de los prismas del esmalte. Las bacterias proteolíticas son del género clostridium, cuyas enzimas, digieren las sustancias orgánicas de la dentina.

TEORIA DE LA PROTEOLISIS Y QUELACION

Schwartz establece que, el ataque bacteriano al esmalte es efectuado por microorganismos queratinolíticos que destruyen las proteínas y otros componentes orgánicos del esmalte, fundamentalmente, la queratina.

Esto da por resultado, la formación de sustancias que forman quelatos solubles, con el componente mineralizado del diente y por esta vía, descalcificar el esmalte en presencia de un

pH neutro o alcalino. Por lo tanto los componentes del esmalte como la queratina, mucopolisacáridos lípidos y citratos, pueden actuar, como quelantes ya que son susceptibles a las bacterias.

Esta teoría pone fin a las discusiones sobre, si el primer ataque de caries, se efectúa en la porción orgánica o inorgánica del esmalte, al establecer que los dos pueden ser atacados si simultáneamente.

Por lo tanto, para que se inicie el ataque carioso debe existir, un pH neutro o alcalino, y la existencia de microorganismos que produzcan ácido.

También existen factores que inhiben la actividad cariosa como, el flujo salival abundante, una dieta pobre de hidratos de carbono y rica en proteínas, buen hábito de la higiene dental y la visita al odontólogo, cuando menos dos veces al año.

FACTORES ETIOLOGICOS DE LA CARIES.

- a.- Mala higiene dental
- b.- Mal posición dental
- c.- Alimentación rica en carbohidratos
- d.- Estados febriles del paciente
- e.- Estados sistemáticos del paciente.

FACTORES INDIRECTOS EN LA ETIOLOGIA DE LA CARIES

a.- Diente

- 1.- Composición
- 2.- Características morfológicas
- 3.- Posición del diente

b.- Saliva

- 1.- Composición
 - a).- Inorgánica
 - b).- Orgánica
- 2.- pH
- 3.- Cantidad
- 4.- Viscosidad
- 5.- Factores antibacterianos

c.- Dieta

- 1.- Factores físicos
 - a).- cualidad de la dieta
- 2.- Factores locales
 - a).- Contenido de carbo-

- hidratos
b).- Contenido de Vitami-
nas.
c).- Contenido de flúor.

CLASIFICACION CLINICA DE CARIES

PRIMER GRADO

El proceso carioso afecta unicamente al esmalte.

SEGUNDO GRADO

Cuando el proceso carioso afecta esmalte y dentina.

TERCER GRADO

El proceso carioso afecta, esmalte, dentina y ha invadido cámara pulpar.

CUARTO GRADO

Cuando el proceso afecta, los tejidos dentales y existe degeneración pulpar, hasta ocasionar muerte pulpar.

C A P I T U L O I I
HISTOLOGIA DE LA PULPA DENTAL

Es de suma importancia recordar todo lo referente a la Histología de la pulpa dental, - con el objeto de llevar a cabo una información - más completa, ya que la vida del diente depende - fundamentalmente de la salud de la pulpa.

Amenazada constantemente por problemas - cariosos, por lo que creo necesario, recordar la Histología de la pulpa dental así como sus fun-- ciones.

Está constituida por Tejido Conectivo - Laxo que proviene del mesénquima de la papila - dental, se encuentra localizada en toda la cavi- dad Pulpar, formada por la cámara pulpar y los - conductos radiculares.

Dicho tejido es blando, plegable y algo elástico, estas cualidades se las proporcionan - sus sustancias intercelulares, en los cortes - efectuados se observa que la mayor parte de sus - células tienen forma estrellada y unidas entre - sí por grandes prolongaciones citoplasmáticas.

La Estructura histológica de la pulpa - dental está formada por sustancias intercelula- res y por células principalmente.

ESTRUCTURA HISTOLOGICA

1.- Substancias Intercelulares.

Es una sustancia amorfa caracterizada por ser blanda, abundante y gelatinosa tipo jalea; está compuesta principalmente por fibras y material amorfo.

1.- Las fibras son de tres tipos y son:

a).- Fibras Colágenas: constituidas por la proteína colágena, su función es la de producir fibras resistentes y elásticas.

b).- Fibras Reticulares: son fibras muy delgadas que contienen un tipo de colágena y material hidrocarbonado, su función es de proporcionar fibras, que suelen estar dispuestas en redes para brindar apoyo a las células.

c).- Fibras Elásticas: físicamente elásticas y están constituidas por la proteína resistente llamada elástica. Su función es idéntica a la de las fibras colágenas.

2.- Material Amorfo

No presenta ninguna estructura especial por lo que se calificó de amorfo. Es un material semi-líquido de consistencia como el de una jalea. Su función es la de permitir la acción de mecanismos de difusión con nutrientes, entre capilares y células a cierta distancia.

11.- Células:

Las células de la pulpa se encuentran - distribuidas entre la substancia intercelular. - Son células propias del tejido conectivo laxo en general y son:

a).- Fibroblastos; Estas fibras producen fibras y substancias intercelulares, su forma varía, puede ser redonda o estrellada. Algunos fibroblastos son fusiformes sus núcleos son ovoides. Son células secretoras ya que segregan precolágena y mucopolisacáridos, su tamaño y número disminuyen con la edad.

b).- Odontoblastos; Son células especiales y exclusivas del órgano pulpar, su función es la de elaborar dentina durante toda la vida del diente.

Se encuentran situados en la periferia de la pulpa sobre la pared pulpar y cerca de la predentina. Cada uno de los odontoblastos está provisto de una prolongación citoplasmática llamada fibra dentinaria o de Thomes, se extiende hacia afuera desde la punta de la célula hacia la membrana basal, que reviste la concavidad del órgano del esmalte. La matriz de la dentina se forma primero y se calcifica por lo regular, un día después. La capa no calcificada de la matriz de dentina se llama predentina y se localiza entre la punta de los odontoblastos y la dentina recién calcificada.

Como solo hay odontoblastos a lo largo de la parte interna (pulpar) de la dentina, las-

nuevas capas de dentina que se forman se añaden a la superficie pulpar, por lo tanto la adición de nuevas capas de dentina, ha de disminuir con el tiempo el espacio de la pulpa.

1.- Células de Defensa: Son células macrófagas que se encuentran en inactividad dentro de una pulpa normal. Los macrófagos libres y activos tienden a adoptar formas ovales, es necesario un agente invasor en la pulpa para que se activen.

Se clasifican de la siguiente manera:

a).- Histiocitos: Se encuentran en reposo en condiciones normales de la pulpa como ya dijimos, su forma es irregular casi fusiforme, durante los procesos inflamatorios de la pulpa se convierten en macrófagos errantes de gran actividad.

b).- Células Mesenquimatosas indiferenciadas; Se encuentran localizadas sobre las paredes de los capilares sanguíneos. Su núcleo es de forma ovoide un tanto alargado.

c).- Pericitos; Los pericitos se encuentran distribuidos, a lo largo de las metarteriolas capilares y vénulas, cada pericito está rodeado por una membrana basal.

Las células descritas anteriormente forman parte del Sistema Reticulo Endotelial de la pulpa dental.

d).- Células Linfoides Errantes; Son - con toda probabilidad linfocitos que se escapan de la corriente sanguínea. Emigran hacia donde se presenta la lesión y se transforman en macrófagos.

III.- Sistema Vascolar

La pulpa dental se encuentra bastante - vascularizada, sus vasos principales entran y salen por los ápices radiculares, pasando por los conductos radiculares a la cámara pulpar, ahí se dividen y subdividen formando una extensa red capilar en la periferia de la pulpa.

Los vasos sanguíneos incluso los más voluminosos tienen paredes muy delgadas. Esto hace que el tejido sea muy sensible a la presión, por lo que un edema inflamatorio ligero puede ocasionar compresión de los vasos y arterias y provocar una necrosis pulpar. La extensa red venosa y arterial de la pulpa, provoca al menor traumatismo y si existe comunicación una hemorragia - muy abundante.

IV.- SISTEMA LINFÁTICO

El sistema linfático en la pulpa es muy rudimentario pero se ha demostrado por medio de la aplicación de colorantes su funcionalidad. - Penetra al interior de la pulpa junto con las arterias y nervios, por el ápice radicular, formando así el paquete vasculonervioso.

V.- Sistema Nervioso

La pulpa posee muchas terminaciones nerviosas; Se han observado en estrecha relación con los odontoblastos, entre la pulpa y la dentina.

Ramas de la segunda y tercera división del V par craneal penetran a la pulpa a través del ápice radicular, la mayor parte de los haces nerviosos son Mielínicos sensoriales, estos siguen de cerca a las arterias, dividiéndose en la periferia pulpar en ramas mas pequeñas, que atraviesan los odontoblastos y se localizan entre la dentina y la pulpa.

Las fibras nerviosas amielínicas pertenecen al sistema Nervioso Autónomo, estos inervan a los vasos sanguíneos regulando sus movimientos de expansión y contracción.

FUNCIONES DE LA PULPA DENTAL

La pulpa dental efectúa cuatro funciones principalmente y son:

Función Formativa. La pulpa dental elabora dentina durante toda la vida del diente por medio de las fibras de Thomes, de los odontoblastos

Función Sensorial. Todas las funciones de la pulpa me parecen importantes, pero para mí la función sensorial es mucho más importante. Ya que por medio de las fibras sensoriales mielínicas y amielínicas, el individuo se percata de que algo está mal en su pieza, ya que estas fibras reaccionan energicamente con una sensación dolorosa, frente a las agresiones que recibe la pulpa.

Es necesario aclarar que no solo cuando la pulpa es atacada directamente se realiza la reacción dolorosa, también cuando se ataca a la dentina, ya que las fibras de Thomes penetran por los túbulos dentinarios a la dentina.

Función Nutritiva: Esta función se lleva a cabo por medio de su extensa red sanguínea y linfática.

Los Odontoblastos se nutren por medio de la red sanguínea para realizar su función y mantener la vitalidad de la pulpa. Por la vía linfática recibe la dentina la humedad necesaria

para mantenerse elástica, permitiéndole menor fragilidad y poder resistir así, impactos y presiones que se ejercen sobre la pulpa.

Función Defensiva: Como ya vimos anteriormente, la pulpa reacciona defensivamente ante un proceso inflamatorio, movilizando sus células macrófagas del Sistema Reticulo Endotelial, que se encuentran en reposo en el tejido conjuntivo laxo de la pulpa, mientras éstas, controlan el proceso agresor otras formaciones de la pulpa, como los odontoblastos producen esclerosis dentinaria, dentina secundaria y aun dentina terciaria si las agresiones son muy intensas.

Esto ocurre con frecuencia por debajo de lesiones cariosas.

Como ya vimos todas las funciones de la pulpa son importantes para mantener a la pieza dental fisiológicamente sana y en los casos, que llegara a recibir una herida directamente la pulpa, con la aplicación de fármacos estimulantes, como el hidróxido de calcio se logra la formación rápida de dentina secundaria.

C A P I T U L O I I I
A F E C C I O N E S P U L P A R E S

Histológicamente la pulpa se encuentra constituida por Tejido Conectivo laxo, por Fibroblastos, Vasos sanguíneos, Células Mesenquimatosas no diferenciadas, que son sus elementos de defensa junto con las Células emigrantes Amiboides y Poliblastos, Nervios, Fibras reticulares y Colúgenas así como Odontoblastos que limitan la periferia de la Pulpa adyacente a la pared de la Dentina.

La Pulpa recibe inervación y Vasculariación abundante por el orificio apical. La Cámara Pulpar está incluida en una cavidad dentro de la dentina, en la corona y su conducto pulpar dentro de la raíz del diente.

FACTORES ETIOLÓGICOS DE PULPITIS:

Las enfermedades de la Pulpa generalmente son provocadas por la Caries, por lo regular de cuarto grado, otra causa local es la irritación producida por medicamentos, materiales de obturación o calor generado en los procedimientos Odontológicos. El estado Patológico que producen estas lesiones es la inflamación y no difieren, en su esencia, de la inflamación de cualquier parte del organismo.

La Pulpitis se presenta al romperse la solución de continuidad en la superficie de un diente y el comienzo de la cavitación van seguidos de la inflamación de la pulpa dentaria, que puede originar Odontalgia. La inflamación se produce por la infiltración de productos bacte--

rianos y los productos de disgregación de los restos alimenticios acumulados en la cavidad oral, de cambios térmicos que se transmiten a la pulpa y de invasión de ésta última por bacterias a través de los tubos de la dentina.

La Pulpitis también se origina como consecuencia de la irritación química de la pulpa - esto no solo sucede cuando la pulpa está expuesta a la que se le aplica un medicamento irritante, sino también en pulpas intactas debajo de cavidades profundas. Esto sucede por la infiltración de materiales irritantes por los túbulos dentinarios.

Se han hecho muchas clasificaciones con el fin de nombrar los tipos de pulpitis, ya que cada autor las define a su manera. En este trabajo se clasificaron de la siguiente manera, para que sea más fácil llegar al diagnóstico diferencial de cada una de las pulpitis y su tratamiento.

PULPITIS REVERSIBLE FOCAL

Es conocida también con el nombre de Hiperemia Pulpar, es una de las pulpitis más incipientes, ésta pulpitis transitoria, temprana y leve, generalmente localizada en los extremos pulpares de los túbulos dentinarios irritados.

El término de hiperemia pulpar es una denominación clínica, ya que el estado no existe como identidad clínico patológica aislada. Los profesionales aplican el término anterior a lo que microscópicamente es uno de los primeros síntomas de una pulpitis aguda.

Características Histológicas:

Histológicamente la pulpa se caracteriza por la dilatación de los vasos pulpares produciendo un Edema. El líquido de Edema es producido por la infiltración moderada o incrementada en neutrófilos, ésta infiltración es debida a la lesión en las paredes capilares, que permite la Extravasación de glóbulos rojos o cierta diapédesis de los leucocitos.

Características Clínicas:

Una pieza dental afectada por pulpitis focal es sensible al calor, pero mucho más aún al frío. Esto es que al aplicar hielo o líquidos fríos produce un pequeño dolor que desaparece al quitar el irritante térmico. Con un pulpómetro, el diente reacciona en un umbral mucho más bajo que el normal.

Los dientes así afectados por lo regular presenta caries profundas, restauraciones metálicas grandes, sin aislacion adecuada o sea, - base adecuada y restauraciones con márgenes defectuosos.

Tratamiento:

Es una lesión reversible, siempre que se elimine el irritante antes de que la pulpa sea intensamente dañada. Por lo tanto, se debe eliminar la causa primaria y efectuar un recubrimiento pulpar que a continuación se explica como debe efectuarse.

RECUBRIMIENTO PULPAR DIRECTO

El diente afectado se deberá aislar con dique de hule. Al hacer la exposición, se coloca una pequeña torunda de algodón empapada de Acriphen sobre la parte de la pulpa expuesta durante un minutos. El Acriphen actua como antibactericida y produce algo de hemostasis, si no se controla la hemorragia se coloca una pequeña porción de Oxixelulosa reabsorbible para iniciar el coágulo.

A continuación se aplica una capa de hidróxido de calcio, nombre comercial Dycal, se puede secar al aire, se aplica una mezcla de óxido de Zinc y Eugenol sobre el hidróxido de calcio y se deja endurecer. Debera colocarse después la restauración indicada. EN los casos que sea necesario la colocación de restauraciones colocadas es aconsejable colocar una corona temporal anatómica bien ajustada o una curación temporal, que pueda dejarse en su lugar unas seis semanas, esto es para poder llevar a cabo exámenes radiográficos para observar el exito obtenido o el fracaso del recubrimiento.

En un procedimiento del recubrimiento pulpar, es imperativo comprobar la oclusión y, en caso necesario ajustarla para que no exista traumatismo en el diente. De ser posible eliminar totalmente el diente de la oclusión de la pieza con su antagonista.

RECUBRIMIENTO PULPAR INDIRECTO

La situación ideal para efectuar este tipo de recubrimiento es aquella en donde los dientes están gravemente atacados por caries, pero no existe una comunicación franca con la pulpa.

Después de una administración adecuada de anestésico, se aísla con dique de hule, se elimina a continuación el material carioso con instrumentos manuales, como el escavador, la dentina reblandecida se elimina suavemente hasta alcanzar dentina más firme.

En la remoción de la dentina se efectuará con la ayuda de las fresas solo al principio, ya que después es peligroso pues se puede perforar el techo de la cámara pulpar o alcanzar un cuerno pulpar por la velocidad de la fresa. La dentina se elimina hasta llegar próxima a la pulpa aún si está todavía pigmentada.

A continuación se coloca una capa continua de Hidróxido de Calcio (Dycal), ya sea solo o junto con Cresatin, que es un antiséptico leve, no tóxico en la lesión, sobre el área de la pulpa.

La curación se sella con Oxido de Zinc y Eugenol seguido por la amalgama o el tipo de restauración que se coloque. Se recomienda en estos casos efectuar un control radiográfico varias semanas después, para observar como reacciona el recubrimiento.

PULPITIS AGUDA

Es la inflamación aguda generalizada de la pulpa dental, se presenta como una secuela de la pulpitis reversible focal, aunque también en casos extremadamente raros en personas que presentan bacteremias y septicemias, la inflamación se produce por la vía hematógica.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La pulpitis aguda se caracteriza por la continua dilatación vascular vista en la pulpitis reversible focal, acompañada por la acumulación de líquido de edema, en el tejido conectivo que circunda los pequeños vasos sanguíneos. Es posible observar grandes cantidades de Leucocitos debajo de la zona afectada.

En el comienzo de la inflamación, los Leucocitos Polimorfonucleares se encuentran en zonas localizadas y el resto del tejido pulpar es relativamente normal. Hasta este período puede haber destrucción y formación de un pequeño absceso, que contiene Pus, producido por la destrucción de Leucocitos y Bacterias, así como la digestión de tejidos. Es más factible que el absceso se forme cuando la entrada de la pulpa es pequeña y no hay drenaje.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El paciente se queja de fuerte dolor, que varía desde el tipo pulsátil continuo, hasta

ataques menos graves e intermitentes. El dolor le aumenta por las noches y con los cambios de temperatura, especialmente con el frío. Con la prueba del pulpómetro, el diente reacciona en un umbral de dolor mucho más bajo que el normal, - con las pruebas de Percusión, el diente reacciona cuando la inflamación o la necrosis, se extiende más allá del ápice radicular.

TRATAMIENTO

Consiste en la eliminación de la causa, recubrimiento pulpar. En los casos incipientes de pulpitis aguda, que afecta solo una zona de tejido el tratamiento indicado es la Pulpotomía.

Cuando los conductos radiculares se encuentran también infectados, es necesario efectuar a la pieza, un tratamiento Endodóntico, - siempre y cuando los conductos y la cámara pulpar puedan ser debidamente esterilizados, en su defecto, se efectúa la extracción de la pieza.

PULPITIS CRONICA

La forma crónica de pulpitis es una lesión de tipo crónico por lo tanto los signos y síntomas son más leves que en las otras pulpitis.

Parece probable que después de una pulpitis aguda, el proceso inflamatorio se hace sub agudo, luego crónico, ya que ocurren procesos re paradores. El tejido de reparación en la pulpa puede ser fibroso o calcificado, en este caso, - suele formarse dentina secundaria.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La pulpa se encuentra infiltrada por - Linfocitos y Plasmocitos y en grado menor, hay - formación de Fibras Colágenas. Toda la zona de la pulpa está densamente poblada por células inflamatorias. La dilatación vascular e infiltración celular se puede propagar por toda o una - gran parte de la misma. Toda la pulpa muestra - algún grado de edema intercelular.

Hay ocasiones en que la pulpa trata de aislar la infección mediante el depósito de colágena alrededor de la zona inflamada.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El dolor no es un rasgo notable de esta enfermedad, puede presentarse asintomática u oca

sionar un dolor sordo, con alguna sensibilidad para los cambios térmicos. Los síntomas iniciales suelen ser muy leves, las respuestas a las pruebas de vitalidad en general están muy reducidas, si está implicado el ligamento periodontal, puede haber respuesta en las pruebas de Percusión. En las pruebas de vitalidad con el pulpo- metro, el umbral de estimulación suele ser elevado.

TRATAMIENTO

El tratamiento no difiere del de la pul- pitis aguda. Tratamiento endodóntico o la ex- - tracción de la pieza afectada.

NECROSIS PULPAR

Cualquier tipo de pulpitis no tratada desencadena la muerte pulpar o necrosis pulpar. La necrosis pulpar no se considera una forma específica de pulpotomía sino un estado final de las pulpitis. Esta lesión puede originarse por un fuerte traumatismo o infarto y no solo como secuela de las pulpitis.

Se cree que el extasis vascular ocasiona la muerte de la pulpa, las células pulpares y las células inflamatorias invasoras sufren rápidamente edema intracelular, picnosis, cariorexis y cariolisis. El exudado inflamatorio, comprimido en el interior de una dura capa de dentina, ejerce presión a los vasos sanguíneos apicales lo cual provoca la falta de irrigación y por lo tanto el infarto y la necrosis.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Histológicamente el tejido aparece como si estuviera mal fijado, se encuentra filtrado con pequeños núcleos mal teñidos e irregulares, sus límites celulares mal definidos, las fibras nerviosas desintegradas y los vasos sanguíneos se van perdiendo gradualmente. En algunos casos la pulpa se aprecia simplemente seca y arrugada.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Clinicamente la necrosis se caracteriza por cesación de todos los síntomas que presentan las pulpitis antes de llegar hasta este estado.

TRATAMIENTO

El tratamiento indicado es el tratamiento de conductos o bien la extracción de la pieza.

C A P I T U L O I V

AFECCIONES DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES

GRANULOMA PERIAPICAL

Esta afección representa la extensión apical de la pulpitis o sea, una de las secuelas más comunes de la pulpitis. Es una masa localizada en el ápice del diente afectado, está compuesta por tejido de Granulación, que se forma como reacción del organismo por detener la agresión.

Debemos tomar en cuenta que casi siempre la infección pulpar va en dirección al ápice, pero también se puede dirigir lateralmente, por la presencia de conductos radiculares accesorios laterales en las piezas, dando la formación de un Granuloma lateral.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El Granuloma Periapical está constituido principalmente, por tejido de granulación que desplaza a los tejidos duros para ocupar su espacio, esto es, por la tentativa de reparación del tejido afectado. El ápice radicular se encuentra rodeado por un nódulo de tejido de granulación, limitado por una cápsula de tejido fibroso. Se aprecian numerosas células plasmáticas, linfocitos y fagocitos mononucleares, hay restos epiteliales pequeños, hasta redes epiteliales que atraviesan el granuloma.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Una pieza que se encuentra afectada por un granuloma, clínicamente solo se diferencia, - por medio de una radiografía periapical ya que - se puede no distinguir, de una pieza afectada - por una periodontitis apical crónica. El diente puede presentarse asintomático o presenta un poco de dolor a la percusión vertical, esto nos indica que la infección se ha extendido más allá - de los conductos pulpaes o presenta dolor leve - al producirse la oclusión con alimentos duros o - simplemente al tener contacto el diente, con su - pieza antagonista. Un dato muy importante que - nos aporta el paciente es, que experimentó, crisis de dolor intenso que posteriormente decreció con el tiempo, hasta desaparecer.

Cuando el granuloma se ha formado total - mente es asintomático, no existe perforación de - hueso y la mucosa bucal que lo cubre solo presen - ta una pequeña fístula.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS

Radiográficamente, el granuloma se apre - cia como una zona Radiolúcida, aproximadamente - redonda bien definida y se puede apreciar alguna - resorción en el ápice del diente, cuando la le - sión es bastante antigua.

TRATAMIENTO

El tratamiento indicado en este caso es - la extracción del diente, o en ciertas circuns--

tancias, el tratamiento radicular con apicecto--
mía, solo en piezas anteriores, que a continua--
ción se trata como efectuarlo.

TECNICA DE LA APICECTOMIA

Se entiende por Apicectomía, a la re--sección quirúrgica, por vía transmaxilar, de un foco infeccioso periapical y del ápice radicu--lar de los dientes anteriores.

El examen radiológico es de suma impor--tancia, deben apreciarse varios puntos importan--tes, antes de efectuar la resección quirúrgica--como son:

- a) Proceso Periapical
- b) Estado de la Raíz
- c) Estado del Parodonto

ANESTESIA

Maxilar Superior.- El tipo de aneste--sia para los incisivos superiores, es infiltra--tiva por Vestibular y Palatino, en tres o cua--tro puntos diferentes abarcando toda la zona - que se va a intervenir.

Para los Caninos se aplica la infraor--bitaria o la infiltrativa por Vestibular y Pala--tina profunda.

Maxilar Inferior.- Para las piezas an--teriores inferiores se efectúa la infiltrativa--y el agujero Mentoniano; en los casos que se - efectúan varias Apicectomías o el proceso óseo--se encuentra extendido, se recomienda la Aneste--sia Regional del lado indicado.

Para los Caninos es a nivel del Ajujero Mentoniano, troncular o infiltrativa profunda.

INCISION

El tipo de incisión es de NEUMANN, es la más recomendada en casi todos los tipos de Apicectomías, a excepción de piezas portadoras de Jacket, dientes portadoras de coronas totales. En estos casos se debe realizar la incisión del tipo WASSMUND o la de PARTSCH según criterios.

La Incisión se realiza desde el Surco gingival hasta el borde libre de la encía, festoneando los cuellos de los dientes y seccionando las lenguetas gingivales. Las incisiones verticales deben terminar en los espacios interdentarios, para que la cicatrización sea más perfecta.

LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO

Se efectúa con Legra, separándose la mucosa y el Periostio Subyacente, el ayudante debe sostenerlo con un separador de Farabeuf, para lograr una Visibilidad amplia.

OSTEOTOMIA

La Osteotomía se realiza con fresa Quirúrgica redonda # 3 ó # 5 se realizan pequeñas perforaciones en círculo alrededor del granuloma luego con un golpe seco de escoplo, se levanta la tapa ósea, dando acceso al ápice.

RESECCION DEL APICE

Se introduce una sonda por el conducto radicular para determinar el lugar exacto donde se encuentra el ápice. Se efectúa la sección de la raíz a nivel del hueso sano, con fresa de fisura # 558, efectuándose el corte con un relativo bisel por la cara anterior. Seccionando la raíz junto con el granuloma, puliremos el muñón y biselaremos las aristas con fresas redondas.

RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL

Se efectúa con cucharillas medianas y bien filosas, con pequeños movimientos, elevamos de la cavidad ósea el tejido enfermo totalmente realizamos una limpieza de la cavidad, y luego desprenderemos las pequeñas partículas que hayan quedado en diferentes puntos, con el tejido de granulación ó trozos de membrana. A continuación se lava con suero fisiológico tibio, para eliminar las pequeñas partículas que pudieran quedar y se seca correctamente. Se coloca una gasa estéril en la cavidad ósea, para no humedecer el conducto ya que se retirará el separador y se desciende provisionalmente el Colgajo.

TRATAMIENTO RADICULAR

Después de lavar y secar correctamente, procederemos a ensanchar ampliamente el conducto radicular, siguiendo los conceptos de la Endodoncia. Se obtura con Gutapercha, tratando que sobre salga por el orificio superior del conducto.

Se debe esperar a que el cemento fragüe para poder retirar las gasas de la cavidad ósea.

A continuación se elimina el sobrante de la gutapercha que sobrepase el orificio radicular superior, con un instrumento caliente, se bruñe para mejor adopción de la gutapercha al conducto.

SUTURA

La sutura se efectúa con agujas atraumáticas y como material de sutura, utilizamos seda de 000. Antes de realizar la sutura, haremos un legrado en ella, el fondo y bordes de la cavidad para provocar sangrado y así se forme más rápido el coágulo.

ABSCESO PERIAPICAL

Conocida también con el nombre de Perio-
dontitis supurativa aguda; Absceso dentoalveo-
lar; Absceso apical y Absceso alveolar. Es un -
proceso supurativo agudo o crónico de la zona pe-
riapical del diente afectado por una infección -
de la pulpa dental, que se propaga hasta el liga-
mento periodontal.

La causa más común para la formación -
del absceso es la infección bacteriana de la pul-
pa originada por caries de IV grado. Como resul-
tado de esto, al proceso inflamatorio se propaga
por los conductos radiculares para extenderse en
la porción periapical del ligamento periodontal,
lo mismo las bacterias que sus toxinas.

Suele ser producida la infección tam- -
bién por un traumatismo fuerte recibido que oca-
siona la necrosis pulpar; asimismo se origina -
por la irritación de tejidos periapicales por la
manipulación mecánica o por la aplicación de -
substancias químicas durante procedimientos endo-
dónticos.

Algunas ocasiones, esta infección se -
desarrolla como una periodontitis no supurativa-
por la extensión local de la infección gingival.

ASPECTOS PATOLOGICOS:

La histopatología de este proceso con-
siste en un foco de infección alrededor del áp-
i-

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

39

ce radicular, caracterizado por una fuerte necrosis del tejido y una gran infiltración de neutrófilos que constituyen el líquido purulento. El tejido en la región del absceso se encuentra con una gran hiperemia de los vasos sanguíneos y fuerte edema.

A medida que aumenta el tamaño del absceso, el hueso se afecta, por la hiperemia de los vasos sanguíneos primero, luego por infiltración leucocitaria y finalmente por la formación del líquido purulento que está a presión por lo que se extiende por donde encuentra menor resistencia hacia la superficie del hueso, el pus sale por debajo del periostio, donde es retenido algún tiempo, formando un absceso subperióstico.

Al cabo de algún tiempo, el pus se abre camino a través del periostio dentro del tejido blando circundante, de aquí logra acumularse y descargarse a la superficie de la mucosa bucal.

ASPECTOS CLINICOS:

La inspección clínica del absceso periapical nos indica que el diente duele y está algo extruído en su alvéolo, se acompaña por el signo clásico de dolor pulsátil de intensidad creciente, que se inicia con un dolor sordo. El diente afectado es muy sensible a las pruebas de percusión.

El enrojecimiento de los tejidos blancos afectados, por el absceso, es al principio le

ve pero tiende a aumentar de intensidad al acercarse al líquido purulento a la superficie. Como el absceso está dentro de tejidos duros que no ceden, cuando menos en sus primeros estadios, el líquido del edema tiende a acumularse en los tejidos blandos vecinos.

Las respuestas del organismo son de intensidad variable, dependiendo de la virulencia de la infección, la respuesta de los tejidos, edad del paciente y la eficacia de la inflamación para localizar el absceso. Las respuestas generalmente son intensas en los niños, desapareciendo rápidamente. En los adultos la temperatura se eleva hasta 39°C ó más, pero en muchos casos la respuesta del organismo es muy leve.

Todos los signos y síntomas del organismo disminuyen cuando el pus comienza a escaparse del hueso.

Los límites habituales de drenaje son:

- 1.- A través de un seno natural
- 2.- Por incisión de un absceso superficial.
- 3.- A través del alvéolo después de la extracción.
- 4.- A través del conducto radicular después de la extirpación de la pulpa.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

El absceso periapical agudo es un proceso de avance tan rápido que, con excepción del leve ensanchamiento del ligamento periodontal no suele haber signos radiográficos de su presencia.

TRATAMIENTO:

Hay que establecer el drenaje por alguno de los límites habituales de drenaje que ya vimos anteriormente.

A veces, es posible conservar la pieza y realizar el tratamiento endodóntico, si es posible la esterilización correcta de la pieza.

QUISTE RADICULAR

Es el más común de los quistes bucales, también llamado quiste periodontal, apical, se encuentra clasificado dentro del grupo de quistes Odontógenos.

El quiste radicular es la secuela directa del granuloma periapical que se describió en el capítulo anterior.

Al propagarse el proceso inflamatorio de la pulpa hacia la zona periapical del diente - da lugar como ya vimos, a la formación del granuloma y este a su vez da paso al quiste, por la - excesiva proliferación de restos epiteliales de Malassez, normalmente presentes en el ligamento - periapical, hasta llegar a formar una gran masa - de células. Las células centrales de esta masa - epitelial, por su localización, alejada de la - irrigación sanguínea, degeneran y pasan a formar una pequeña cavidad revestida de epitelio, que - aumenta de tamaño al pasar el tiempo hasta llegar a destruir el hueso y de este modo agrandar - el defecto óseo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Por lo regular el quiste suele ser - asintomático, sin embargo, en ocasiones el diente - afectado responde a la percusión.

La pieza afectada se encuentra desvitalizada por causa de necrosis pulpar, casi siem-

pre el diente se encuentra con caries de cuarto-grado.

A menudo el paciente nos reporta antece-
dentes de dolor, seguido de alivio en la pieza -
afectada o también haber recibido un fuerte trau-
matismo en la región correspondiente.

Los quistes radiculares habitualmente -
no producen una gran deformación en los maxila--
res, ya que suelen tener un diámetro menor de .5
cm. Es más comun su aparición en el maxilar que
en la mandíbula y se presenta por lo general en-
la tercera década de la vida.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El quiste radicular se encuentra reves-
tido de epitelio escamoso estratificado y a su -
vez, se encuentra rodeado de tejido conectivo de
diversa densidad.

La cavidad del quiste contiene, restos-
necróticos, algunas células vivas y cristales de
colesterina, ésto se observa solo, si no se pieg-
de el contenido durante la preparación de los -
cortes durante los procedimientos quirúrgicos.

El tejido conectivo que rodea el quiste
se encuentra infiltrado por plasmocitos, linfoc-
itos, material purulento y en ocasiones hasta tra-
béculas óseas. También se observan hendiduras -
de colesterina circundadas por células gigantes,
hemosiderina y grandes macrófagos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

La radiografía periapical no nos ayuda mucho para poder distinguir correctamente entre un granuloma dentario, un quiste radicular y otras lesiones quísticas de la zona.

El quiste radicular se observa como una zona radiolúcida, delimitada, en forma un poco clara en la zona apical de la pieza afectada. El aspecto radiológico del quiste radicular es idéntico, en la mayoría de las veces, al del granuloma apical se distinguen en relación a su tamaño por la razón de su mayor duración del quiste. La lesión varía considerablemente en tamaño, ya que puede llegar a extenderse a dos o más dientes.

TRATAMIENTO:

Se tienen dos opciones, que son: Extracción de la pieza afectada realizando inmediatamente después un curetaje muy minucioso al tejido periodontal.

En ciertas condiciones, se puede efectuar, el tratamiento endodóntico con enucleación completa de la lesión quística.

He considerado de suma importancia, desarrollar en este trabajo las diferentes técnicas que se emplean para operar los quistes de los maxilares, para una mejor información.

TECNICAS PARA OPERAR LOS QUISTES

En este tema abordaremos las técnicas - para el tratamiento quirúrgico de los quistes ma xilares y mandibulares.

El tratamiento consiste en suprimir el - tumor quístico, por medio de su extracción del - interior del hueso o conservar parte de la es- - tructura quística, ambas maniobras con el fin de eliminar al quiste como entidad patológica.

El tratamiento puede efectuarse por as- piración, enucleación y operación de Parstch. - Los histopatólogos recomiendan la enucleación - completa por los métodos de Parstch, ya que así - se evita una recidiva del proceso.

- I.- TECNICA DE PARSTCH I (Método con- servador)
- II.- TECNICA DE PARSTCH II (Método radi- cal).

 - a.- con sutura
 - b.- sin sutura

I.- TECNICA DE PARSTCH I

Consiste esencialmente en transformar - el quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal, conservando parte de la membrana quística que en poco tiempo adquiere todas las caracteris- ticas del epitelio bucal por su condición epite- lial.

Tiempos quirúrgicos:

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento del colgajo
- 3.- Osteotomía
- 4.- Tratamiento de la bolsa quística
- 5.- Tratamiento del diente causante
- 6.- Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos.
- 7.- Tratamiento post-operatorio.

1.- INCISION

Se efectúa una incisión circular siguiendo el contorno del quiste, sobre la cara vestibular. Esta incisión debe ser mayor que el diámetro horizontal del quiste, debe llegar en profundidad hasta el hueso cortando encía y periostio.

Cuando el quiste se ha exteriorizado por desaparición de la tabla externa y la bolsa quística está en contacto con el periostio, hay que efectuar la incisión cuidadosamente para no abrir extemporáneamente el quiste ya que después, se dificulta bastante la separación y el desprendimiento de la bolsa y del periostio.

2.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

Este paso se efectúa con la ayuda de una legra pequeña o una espátula roma, se toma el labio superior de la fibromucosa incidida con

una pinza de disección con dientes de ratón o - con pinzas de Kocher para separar el colgajo de su base ósea o de la bolsa quística, esta manio- bra se inicia desde el centro del arco.

El colgajo se separa con movimientos - suaves a expensas de la fibromucosa, para no he- rir la bolsa quística. El colgajo debe levantar se hasta los límites superiores del quiste, es- tos límites deberán ser prefijados por medio de la radiografía.

En caso de que no exista hueso sano, el colgajo se levantará hasta encontrar hueso sano, algunas veces más allá de los límites del quis- te.

3.- OSTEOTOMIA

La osteotomía se realiza según el esta- do en que se encuentre el hueso al levantar el - colgajo. Por ejemplo si esta muy adelgazado, se secciona con bisturí para hueso, si se encuen- tra parcialmente destruido se completa la manio- bra con pinza gubia. Pero si el hueso es firme- y sólido debe practicarse la osteotomía con esco- plo o fresa del # 4 ó # 6 redonda, practicando - orificios que coincidan con el diámetro del quis- te.

La tapa ósea se extrae con pinza gubia- o con el mismo escoplo. A continuación, ya en - presencia de la bolsa quística, se toma esta con una pinza de Kocher y con el bisturí se abre am-

pliamente en toda la extensión del quiste.

Se vacía el contenido de la bolsa quística y se lava con suero fisiológico todo su interior. Debemos recordar que la abertura del quiste debe ser mayor que la circunferencia del quiste.

4.- TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA

El taponeamiento de la cavidad se efectúa con una gasa iodoformada ya que no se adhiere a los tejidos y es fácil renovarla sin lastimar al paciente.

El colgajo gingival está aun mantenido con el separador (farabeuf) se retira y el colgajo se introduce dentro de la cavidad, donde quedará mantenido por la gasa.

La cantidad de gasa que se necesita para obturar la cavidad debe estar en proporción con el volumen de la cavidad. La gasa debe cambiarse cada veinticuatro horas, dependiendo el mayor o menor tiempo de permanencia en la cavidad ósea del estado del material, si se encuentra infectado o con mal olor se cambiará inmediatamente. Debemos recordar que en cada cambio de gasa, se lavará con suero fisiológico; la cavidad se seca con gasa estéril y se coloca después la obturación nuevamente en cantidad menor sucesivamente.

5.- TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE

Existen dos opciones a seguir para el tratamiento del diente afectado y son:

- a) Tratamiento radicular con apicectomía.
- b) Extracción de la pieza

a) Tratamiento radicular con apicectomía:

Siguiendo este método podemos conservar las piezas, realizando la esterilización y la obturación correcta del conducto radicular en citas previas a la operación.

La apicectomía se efectuará como fue descrito anteriormente con la única diferencia que se tendría que tener cuidado de no lesionar la bolsa quística al momento de seccionar el ápice radicular. Para lograr lo anterior se levanta la bolsa quística cuidadosamente, se le separa del ápice en cuestión, se sostiene alejada con una torunda de gasa y se amputa el ápice según la técnica antes descrita.

Debemos recordar que el diente causante, portador de una necrosis pulpar no puede ser conservado sin el peligro de una nueva infección del quiste.

b) Tratamiento de extracción de la pieza:

Si se opta por este tratamiento es reco

مندable realizar la extracción algunos días antes de la cirugía. La extracción estará condicionada por el estado del tejido óseo, observable en la radiografía, ya que si está muy destruido el tejido óseo se corre el riesgo de fracturar el hueso alveolar, lo que ocasionaría problemas estéticos y funcionales al paciente.

6.- TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y DIENTES VECINOS:

El tratamiento de las cavidades solo varía cuando exista comunicación con los senos paranasales o la membrana quística entra en contacto con la membrana sinusal o nasal en un diámetro mayor de un centímetro.

Se debe extender una comunicación amplia con dicha cavidad y el órgano vecino de que se trate y suturar la incisión en forma de arco como se inició la operación. Todas las piezas desviadas por el crecimiento del quiste se conservarán durante algún tiempo prudente, antes de efectuar su extracción, esto es con el objeto de no fracturar el hueso alveolar.

7.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO:

Consiste principalmente en lavar la cavidad quística continuamente, como ya dijimos, con suero fisiológico o con solución alcohólica de fenol alcanforado, cambiando la gasa durante treinta días aproximadamente, dejando la cavidad

abierta ya sin la gasa y a cuidado del paciente para efectuarse el mismo los lavados con una jeringa apropiada.

II.- TECNICA DE PARTSCH II (con sutura)

Esta técnica consiste en la completa - enucleación de la bolsa quística, por lo tanto, - la cavidad ósea donde se aloja el quiste queda - vacía. El mecanismo de relleno de ésta cavidad - depende de la organización del coágulo, ya que - la cavidad se llena totalmente de sangre.

Esta técnica está indicada en quistes - no mayores de tres centímetros para quistes mayores está indicado el método por taponamiento. - El inconveniente de esta técnica es que el coágulo puede infectarse y supurar con todas las secciones que originan una infección de este tipo.- Esto se puede evitar siguiendo todos los pasos - de una buena asepsia, que requiere una intervención de esta naturaleza. Es muy importante reccordar que éste método solo está indicado en los quistes estériles. Los infectados se operan por el método abierto. La indicación será dada al - momento de observar la bolsa quística y su contenido.

Tiempos quirúrgicos:

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento del tejido gingival y confección de los colgajos.

- 3.- Osteotomía
- 4.- Enucleación de la bolsa quística
- 5.- Tratamiento del diente causante
- 6.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 7.- Tratamiento post-operatorio.

1.- INCISION

El tipo de incisión más aconsejable es del tipo Neumann en la cual se logra obtener una mayor visibilidad al campo operatorio y permite si es necesaria la apicectomía. También se utiliza la incisión tipo Partsch (incisión en arco).

La incisión se efectúa en la región vestibular a la altura de los ápices dentarios, debe abarcar una extensión mayor que la que nos marca el quiste, en profundidad debe llegar hasta el tejido óseo tomando las precauciones debidas para no lesionar la bolsa quística, ésto en caso de encontrarse el hueso muy delgado.

2.- DESPRENDIMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL Y CONFECION DE LOS COLGAJOS:

El desprendimiento del tejido gingival se efectúa con una espátula de bordes romos, con legra o espátula de Freer o con un periostótomo. El desprendimiento se efectúa con mucho cuidado para no maltratar el tejido óseo. El desprendimiento del tejido debe abarcar un límite mayor que el de la extensión del proceso, hasta encon-

trar tejido óseo sólido, para no maltratar los -
colgajos, éstos se sostienen todo el tiempo con -
los separadores Farabeuf.

3.- OSTEOTOMIA:

Se realizan los mismos pasos a seguir, -
que se explicaron en la osteotomía de la técnica
del método, de Partchs I. La preparación ósea -
se efectúa con escoplos, finos y de media caña -
para efectuar la ventana en la tabla externa del
hueso, esta ventana deberá ser un poco más gran-
de el diámetro que el del quiste.

Cuando la destrucción de la tabla exter
na es mucha o ha desaparecido, solo se amplía, con -
la ayuda de pinzas gubias, para lograr una am- -
plia visión del quiste.

4.- ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA:

Después de realizar la osteotomía se -
presentará la bolsa quística, con su color azula
do rojizo de brillo anacarado y de consistencia-
variable.

Procederemos a vaciar las bolsas quístici
cas antes de efectuar la enucleación, con una -
jeringa desechable se punsará la bolsa y se suc-
ciona todo su contenido.

Seccionaremos a continuación la pred -
del quiste con bisturí o tijera, se lava y se -

limpia correctamente la pared del quiste con gasa y suero fisiológico aspirando todo el contenido de la bolsa.

Se toman los bordes de la pared del quiste con pinzas de mosco y en la otra mano, una espátula de bordes romos, se desprende la bolsa con la ayuda de estos, instrumentos comenzando por sus límites superiores pasando después a los inferiores. Si la bolsa se encuentra muy adherida en su alojamiento óseo, como sucede en los quistes supurados, se elimina con cucharillas y curetas.

Después de lo anterior se lava y se seca la cavidad ósea con gasa esterilizada en los quistes supurados haremos un legrado correctamente para no dejar pequeñas partículas que provocan recidivas, después de efectuado el lavado se pincelará la cavidad con una solución de cloruro de zinc al 10%.

5.- TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE:

Se efectúa la extracción de la pieza inmediatamente después de la enucleación quística o la resección quirúrgica de su ápice, esto se logra con un simple golpe de escoplo y martillo sobre el ápice del diente.

También se puede efectuar la apicectomía con fresas como ya fue explicado anteriormente.

Debemos recordar que la obturación de los conductos se efectuará en secciones anteriores a la cirugía.

6.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA:

El tratamiento es sencillo después de terminar la enucleación de la bolsa quística y el tratamiento indicado del diente causante, legaremos la cavidad para provocar un ligero sangrado con el fin de llenar la cavidad y así formarse el coágulo.

Es recomendable usar los polvos de sulfas espolvoriados en el interior del hueso. Este material se mezcla con la sangra y no presenta ningún inconveniente en dejarlo, también se usa oxixel para el relleno de la cavidad dejada por el quiste no infectado.

7.- SUTURA:

El hilo de sutura que usaremos regularmente en la cavidad oral es el, cat-gut 000 atraumática, los puntos de sutura deben distar entre sí de 1/2 a 1 cm.

La sutura deberá descansar sobre base ósea firme y teniendo cuidado de no deformar ni desgarrar el colgajo.

Debemos recordar que los indicadores del cierre inmediato de la cavidad deberan res--

tringirse a los puntos no mayores de tres centímetros de diámetro y no supurativos. Para no tener problemas de infección del coágulo, después de la sutura no permitiremos que la cavidad ósea se contamine con saliva y el medio ambiente.

Si el coágulo se infecta es necesario - cortar los puntos de sutura, separar los labios de la incisión y abrir ampliamente la cavidad para tratarla como cavidad abierta.

8.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

El paciente deberá guardar cama cuando menos el día de la cirugía, semisentado, todo el tiempo.

QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR

El tratamiento de estos quistes sigue - con ligeras variantes el plan de tratamiento para los quistes del maxilar superior.

El acceso al quiste se efectuará por la vía alveolar que se agrandará lo bastante para una visibilidad amplia.

Se siguen los mismos tiempos quirúrgicos, con la variante en el cuarto tiempo quirúrgico que es, al encontrar el paquete vasculonervioso en relación al proceso patológico.

Si se encuentra el paquete vasculonervioso en íntima relación con el proceso patológi

co es necesario efectuar una disección con mucho cuidado, para lograr la separación de ambas estructuras esta disección es complicada pero no imposible de realizar.

No está indicada la resección del paquete vasculonervioso por ningún motivo ya que nos provocaría graves problemas tróficos por la sección de los nervios y falta de irrigación sanguínea.

II.- TECNICA DE PARTCHS II (sin sutura)

El método de Partch II sin sutura sigue los mismos pasos y los mismos tiempos quirúrgicos que la técnica con sutura, con sólo 2 variantes en los tiempos quirúrgicos sexto y séptimo.

Por lo que solo mencionaré estas variaciones:

6.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA:

Una vez ya terminada la enucleación de la bolsa quística y alisados los bordes óseos, se lava la cavidad con suero fisiológico se seca con gasa estéril y se aplican pinceladas en todas las paredes óseas de cloruro de zinc al 10%.

Hecho lo anterior se toma el labio superior del colgajo, según el caso, se introduce dentro de la cavidad ósea rellenandola con gasa iodoformada.

La gasa iodoformada tiene la función de taponeamiento previniendo de esta forma la hemorragia ósea y una infección por la introducción de microorganismos de la cavidad oral y del medio ambiente.

La gasa iodoformada se retira en las 24 hrs. después de la cirugía, dependiendo del estado de conservación de la gasa que se reconoce por el olor.

Se recomienda que al cambiar la gasa se retire en trozos pequeños para no producir un traumatismo fuerte y sobrevenir una nueva hemorragia.

7.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO:

A las 24 hrs. después de la cirugía se cambiará la gasa iodoformada, repitiendo los lavados nuevamente y aplicando la solución de cloruro de zinc al 10%.

Antes de retirar la gasa de la cavidad, la mojaremos con suero fisiológico tibio para que se despegue de la cavidad sin producir dolor.

Después de pincelar las paredes de la cavidad nuevamente con el cloruro de zinc al 10% se coloca nuevamente la gasa iodoformada, retirándola nuevamente a las siguientes 24 hrs. durante unas seis sesiones, hasta que no sea necesario.

La cavidad se cubre lentamente de una membrana verde-rojiza que indica la nueva epitelización de la cavidad terminando aproximadamente a los treinta días. Su total aplanamiento de la cavidad se completa unos meses después.

CONCLUSIONES

El odontólogo, está obligado a superar las tareas tradicionales que lo redimen a simple técnico, en el tratamiento de las afecciones, - que se presentan en la cavidad oral. Lograndolo con una buena preparación académica y una superación constante.

Por lo tanto, el odontólogo en la actualidad no debe olvidar la relación que guarda la boca, con la salud estomatológica de todo el organismo del cuerpo.

Al finalizar este trabajo, de recopilación de datos de varios autores, me doy cuenta - de la importancia de plantear un buen diagnóstico, que en sí, es la habilidad y destreza del - clínico para descubrir, reconocer y tratar la naturaleza del proceso patológico que afecta al organismo.

En las afecciones pulpares, es necesario realizar un diagnóstico clínico correcto, para no equivocar el tratamiento de cada uno de estas, lograndolo con una buena observación, palpación y percusión manual para valorar correctamente los signos y síntomas de éstas.

Nos ayudaremos también, del método de - interrogatorio y exploración así como, en ocasiones biopsia-preoperatoria, transiluminación, - pruebas eléctricas y pruebas de laboratorio para algunas otras, de las afecciones en los maxilares.

En las afecciones que se citan en este trabajo, desempeña un importante papel, la odontología preventiva, ya que con un tratamiento preventivo a tiempo, podemos evitar que el proceso patológico avance hasta la formación de un quiste por no haber atendido, correctamente un caries de tercer grado o una pulpitis a tiempo y correctamente.

En los diferentes métodos de tratamiento de un quiste, la asepsia deberá efectuarse bajo todas las normas de antisepsia, para no fracasar en el tratamiento, por causa de una nueva infección por falta de higiene.

RICARDO GERARDO JIMENEZ PLATA
RUBEN ROMERO FLORES

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

- Tapia Camacho Juan APUNTES DE HISTOLOGIA Y -
EMBRIOLOGIA, 1975.
Facultad de Odontología, -
U.N.A.M.
- Bhaskar, S.N. PATOLOGIA BUCAL
Segunda Edición, Segunda-
Reimpresión, 1977.
Editorial El Ateneo.
- Ries Centeno Guillermo CIRUGIA BUCAL
Séptima Edición, Segunda-
Reimpresión, 1975.
Editorial El Ateneo.
- Lloyd Baum REHABILITACION BUCAL
Primera Edición
1977.
Editorial Interamericana
- Thoma Kurt H. PATOLOGIA ORAL
Gorlin Robert J.,
Goldman Henry M. Primera Edición, Reimpresión,
1977.
Salvat Editores, S.A.
- Shafer William G. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Hine Maynard K. Tercera Edición 1977.
Levy Barnet M. Editorial Interamericana.

Edward C. Hindy

ODONTOLOGIA CLINICA DE NOR
TE AMERICA
CIRUGIA ORAL EN EL CONSUL-
TORIO
Serie III, Volúmen 9
Editorial Mundi.

Lester W. Burket

MEDICINA BUCAL
Sexta Edición
Editorial Interamericana

Arthur W. Ham

TRATADO DE HISTOLOGIA
Séptima Edición
1975
Editorial Interamericana