

770
Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

APICECTOMIA.

**ASPECTOS
RADIOGRAFICO, CLINICO Y TRATAMIENTO**

TESIS PROFESIONAL

**QUE PRESENTA
MIGUEL ANGEL GONZALEZ GLEZ.**

**PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA**

CD. UNIVERSITARIA, D. F.

1979

14792



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

APICECTOMIA

ASPECTOS

RADIOLOGICOS, CLINICOS, Y TRATAMIENTO

I N D I C E

I.	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	4
II.	EXAMEN RADIOGRAFICO	9
III.	ASEPSIA Y ANTISEPSIA	12
IV.	ANESTESIA	18
	a). Indicaciones b). Técnica en maxilar superior.	
	c). Técnica en maxilar inferior.	
V.	LA OPERACION	23
	a). INSTRUMENTAL b). INSICION WASSMOND NEWMAN PARTSCH.	
	cb). LEVANTAMIENTO DE COLGAJO	
	dc). OSTEOTOMIA Y OSTECTOMIA	
	ed). AMPUTACION DEL APICE RADICULAR	
	fe). LEGRADO DEL PROCESO PERIAPICAL	
	gf). TRATAMIENTO RADICULAR	
	hg). SUTURA	
VI.	ACCIDENTES Y COMPLICACIONES	50
VII.	CONCLUSIONES	52
	BIBLIOGRAFIA.	53

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

La patología nació en el hombre, quien víctima o -- testigo del sufrimiento, ha investigado siempre las enfermedades, y sus remedios.

La observación, lo llevo al conocimiento de los síntomas aislados que en un principio, se limitaba a tratar y -- que mas tarde fueron agrupados, formando cuadros, mas ó menos completos, entrando así en el conocimiento de las enfermedades, y sus respectivas terapias ó técnicas quirúrgicas.

Pues bien las lesiones patológicas apicales, son los factores predisponentes y degenerativas de los tejidos -- que rodean al diente, principalmente la región apical, cuyas causas principales pueden ser agentes; A) FISICOS Oclusión -- traumática. B). QUIMICOS Sustancias irritantes que llegan al periapice, a través del foramen. C). BIOLÓGICOS microorganismos y toxinas.

Así nació una técnica quirúrgica, para tratar a los órganos dentarios sin necesidad, de la ejecución ó la extracción de estos, los cirujanos orales, la denominaron APICECTOMIA. Tema que me ha interesado bastante y me he internado en el con el fin y la ilusión, de aportar no algo nuevo, pero -- útil para quien la necesite.

Entendemos por APICECTOMIA. La resección quirúrgica.

Por via transmaxilar de un foco periapical y del apice dentario. Bien, es claro que para llevarla a cabo, con buen exito-
requerimos del conocimiento y cumplimiento de una serie de detalles, quirurgicos y anatómicos de interes, que sin la realización de estos, no habria exito alguno.

A estas tecnicas quirurgicas, la denominamos, tambien la operacion de los 1 y 1000 detalles.

La minuciosidad de la operacion, la observacion, las consideraciones quirurgicas la habilidad del cirujano, nos llevaran al exito.

I. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES:

La apicectomia, esta indicada en dientes con procesos periapicales en las siguientes circunstancias.

- A). Cuando fracasa el tratamiento radicular.
- B). En dientes que presentan falsos conductos.
- C). En dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el apice radicular.
- D). En dientes, cuyos conductos se ha fracturado un instrumento.
- E). En dientes que porten pibotes, en (JACKET/ CROWNS). Fig. # I. La resección quirurgica, del apice sepuede realizar en todos los dientes, pero nada más la practicamos en dientes anteriores y premolares, pero nunca en molares.

Se puede efectuar la apicetomia, en dientes con procesos periapicales de cualquier indole y magnitud.

En los dientes portadores de grandes quistes paradentarios, la resección del apice, es una maniobra secundaria, con la cual completamos la operación, permitiendo que en la arcada, exista un diente que estetica y funcionalmente tiene valor.



Fig. # 1 Radiografía de incisivo central superior JACKET CROWN, cubriendo la corona clínica del diente, intenso proceso apical, cuyo límite distal sobrepasa el nivel del incisivo lateral y llega hasta cerca del canino.



Fig. # 2 Radiografía de los incisivos inferiores. El incisivo central presenta un amplio proceso periapical; hay una grave destrucción ósea por avanzada parodontosis. Es una contraindicación formal para realizar este tipo de operación.

CONTRAINDICACIONES

A). Procesos agudos, esta contraindicada, la intervención en procesos agudos, a pesar de que por la autorizada opinión de Maurel y otros autores, pareciera justificarse.

En aquellos procesos, la congestión, la anemia necesaria para que la sangre no moleste, el acto operativo; La anestesia local es siempre insuficiente.

B). Dientes portadores de procesos apicales, que han destruido hueso hasta las proximidades de la mitad de su raíz.

C). Paradontosis avanzada, con destrucción osea -- avanzada hasta su tercio medio radicular, o las destrucciones paradentarias y apicales combinadas. Fig. # 2-3.

D). Destrucción masiva de la posición radicular. - Fig. 4.

E). Proximidad peligrosa, con el seno maxilar. Fig. # 5.



Fig. # 3 Radiografía de los incisivos inferiores. Todos los dientes son portadores de caries. Quiste paradentario de considerable tamaño. Parodontosis avanzada. En este caso hubiera fracasado el tratamiento quirúrgico del proceso.

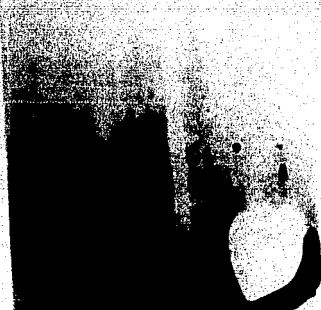


Fig. # 4 Radiografía de incisivo central superior. Pronunciada resorción cemento dentinaria. El cono de gutapercha, ejerce dentro del hueso. Es una contraindicación importante, para realizar la operación de apicectomía en este incisivo.

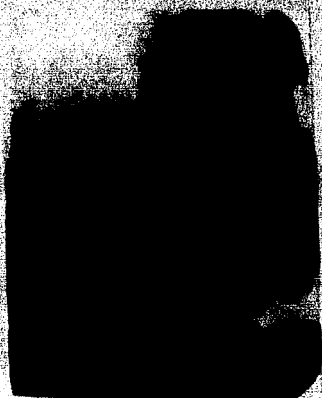


Fig. # 5 Radiografía de canino superior, apoyo de una prótesis. Tratamiento de conducto, u insuficiente, posible perforación radicular; granuloma periapical en íntima relación y vecindad, con el seno maxilar (donde marca la -- flecha).

II. EXAMEN RADIOGRAFICO

Para la Apicectomía se utilizan dos técnicas radiográficas que son las siguientes:

- a). Técnica Periapical
- b). Técnica Oclusal.

La Técnica Periapical lo sitúa, la lesión en el lugar exacto, la radiografía se toma como cualquier otra periapical.

La Técnica Oclusa no es muy exacta, por todo el tejido oseo que vela, pero la radiografía periapical, nos dá el complemento para saber si la infección es en un solo ápice, ó la infección es difusa a los demás ápices vecinos.

Así que las dos radiografías son un complemento importante para obtener un diagnóstico correcto.

En la figura # 6, se aclara el caso que estoy disponiendo.

La radiografía intraoral, oclusal solo presenta un granuloma, hubicado sobre el incisivo lateral, guiados por ésta radiografía hubiéramos indicado la resección del ápice del incisivo, una nueva radiografía demostró que había un proceso sobre el ápice de el lateral otro sobre el central y un granuloma en el central del lado opuesto. La Apicectomía sobre el lateral hubiera fracasado, pues el proceso del diente vecino,

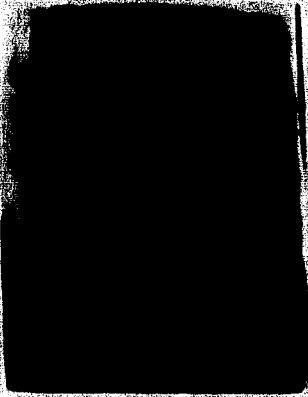


Fig. # 6 Radiografía oclusal de la región anterior, del maxilar superior; Se observan granulomas sobre los incisivos de un lado y central del lado opuesto.

era el resultado de su mortificación pulpar la cuál, se comprobó con el vitalómetro.

Este caso fué intervenido haciendo las tres apicec-tomías simultaneas. El conducto palatino anterior y el auj-ro mentoniano, en muchas ocasiones por un elemento patológico La Proyección de los rayos ubica al conducto sobre un ápice - radicular en la radiografía tomada de otro ángulo, salva del-error.

2do. Estado de la Raíz

El diente puede estar atacado por caries que han -- destruido grandes porciones de la raíz ó ésta puede hallarse- ensanchando, por tratamiento previos, que dan a la raíz una - gran fragilidad, permeabilidad del conducto, instrumentos ro-tos dentro de él, obturaciones ó pivots.

Es menester conocer con precisión la existencia de- tales escollos, antes del acto quirúrgico.

3ro Estado del Paradencio

Resorción del hueso por paradentosis, puede contra- decir la operación.

III. ASEPSIA Y ANTISEPSIA

La Asepsia es otro principio básico de la Cirugía, se define como el conjunto de procedimientos que se emplean para evitar infecciones en los tejidos en las intervenciones quirúrgicas.

Al igual que la supresión del dolor, el evitar infecciones de las heridas quirúrgicas era preocupación constante y temible de los cirujanos que antecedieron a la época de Pasteur.

Aún después del descubrimiento de la anestesia a mediados del Siglo XIX, el aspecto de la infección seguía impregnando, hasta que en 1867, Luis Pasteur, demostró la existencia de microbios, que eran la causa de la infección.

Con el descubrimiento de los microbios se inició la época de la desinfección, José Lister de Inglaterra, fué quien sentó las bases científicas de la Asepsia, al relacionar el proceso de separación de las heridas con los microbios causantes, él utilizó ácido fénico como microbicida que servirá para desinfectar material quirúrgico, humedecer compresas que servirán para cubrir heridas operatorias, a éste sistema se le llamó, Antiséptico de Lister.

Con fines de estudiar en cirugía la asepsia se divide, de acuerdo con la terminología médica actual, en tres grandes fases que son:

a).- ESTERILIZACION

b).- ANTISEPSIA.

c).- DESINFECCION

A). ESTERILIZACION. El método por el cuál, se hace la destrucción total de germenes, en los objetos inanimados, que se usan en las operaciones quirúrgicas. Como son ropa de campo, gorro, cubrebocas, bata, guantes, instrumental, - sutura y soluciones isotónicas ó de otro tipo.

B). ANTISEPSIA. Es el método por el cual se suprime los germenes de los tejidos vivos como son: Manos del cirujano y ayudante, piel y mucosa de los pacientes.

C). DESINFECCION. Es el método por el cuál, se hace la destrucción de germenes en, muebles, pisos, paredes, -- aparatos y sala del quirófano.

La Esterilización, no admite grados y se obtiene -- por varios procedimientos.

A). VAPOR DE AGUA A PRESION. (AUTOCLAVE).

B). AIRE CALIENTE.

C). EBULLICION DE AGUA.

D). SUSTANCIAS QUIMICAS

E). POR FUEGO DIRECTO (FLAMEADO).

EL AUTOCLAVE. Es mejor procedimiento para obtener, una mejor esterilización de instrumental, ropa, sutura no ---

absorbible, por lo que siempre se recomienda.

ESTERILIZACION POR AIRE CALIENTE.

Desde los tiempos de pasteur, se emplea este procedimiento para la esterilización de pipetas, y la cristalería que se utiliza en el laboratorio de bacteriología.

Generalmente, los equipos modernos para cirugía tienen control automático de la temperatura, la cuál es de 180° y el tiempo es de 30' una vez alcanzada la temperatura.

ESTERILIZACION POR EBULLICION.

Mediante este procedimiento, se puede esterilizar, jeringas, instrumental, suturas que resistan el calor, pero no se utilizan para ropa.

A estos aparatos se les denomina esterilizadores ó hervidores, la fuente de calor es proporcionada por energía eléctrica, están provistos de un regulador automatico, que los desconecta cuando la temperatura ha sobrepasado el límite.

EL LABADO QUIRURGICO DE LAS MANOS

Los distintos procedimientos, que se vale el cirujano para esterilizar sus manos y antebrazos antes de tocar cualquier material o instrumental ya esteril y antes de reali

ser cualquier intervención quirúrgica.

Para ello se vale de un cepillo, jabón, agua y alcohol, los cuales usamos de la siguiente manera: en los lavabos, que están contiguos a la sala de operaciones, enjuaga y jabona sus manos, luego con el cepillo esterilizado, con tambor o recipiente y practicamos el cepillado minucioso de las manos y antebrazos, durante cinco minutos deteniéndose, con especial cuidado en los sitios donde se puedan alojar microorganismos, tales regiones como: sub y peringuales los surcos de flexión, después terminado el lavado antiséptico de las manos tomamos una gasa esterilizada, la cual un ayudante impregna de alcohol, y con ella frota las regiones lavadas.

En estas condiciones y sin tocar ni rozar, ningún objeto o instrumento que no esté esterilizado, pasamos a la sala del quirófano.

Cuando ya están preparados cirujanos y ayudantes, el cirujano cubre la mesa de instrumentos, de la caja abierta, y los dispone para la mesa de instrumentos.

El ayudante toma un trozo de gasa, mojado en agua y jabón, líquido esterilizado, lava cara, labios y los orificios nasales del paciente. Toma otra gasa mojada en alcohol y mercuriolato, y repite la maniobra. Anterior a esto el ayudante dispone de compresas esterilizadas según se acostumbra, sobre el pecho y cabeza del paciente.

El ayudante prepara, la mesa auxiliar, colocando una compresa sobre ella, y los instrumentos, gases, que vamos a -- utilizar, ya todo preparado se inicia la operación.

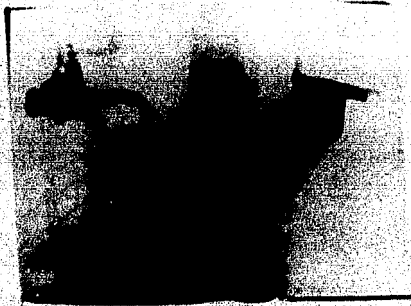


Fig. # 7 El lavado quirurgico del cirujano y ayudante

ANESTESIA

La anestesia es de vital importancia, para realizar con éxito la apicectomía.

Un alto porcentaje de fracasos, es causado por anestias insuficientes, que no permiten realizar con pulcritud los puntos operarios; La anestesia tiene que reunir dos condiciones.

- 1). Debe ser anestesia
- 2). Debe dar suficiente izquemía del campo operatorio, como para poder realizar la operación en blanco, esto se consigue usando soluciones anestésicas con adrenalina.

siguiendo las indicaciones del Dr. WASSMUND, infiltramos con anestesia una región de 4 cm.

Los tiranervios y la aplicación del separador son dolorosas cuándo no hay una área infiltrada.

Introducimos la aguja a nivel del surco vestibular, paralelo al hueso, y cerca de un cm, por encima del surco y allí depositamos el anestésico, esta maniobra se repite en 3- a 4 puntos diferentes tratando de abarcar, toda la zona necesaria. FIG. # 8,9,10 y 11. Estos son en terminos generales, las normas para la anestesia en apicectomia.

Las indicaciones particulares son las siguientes:

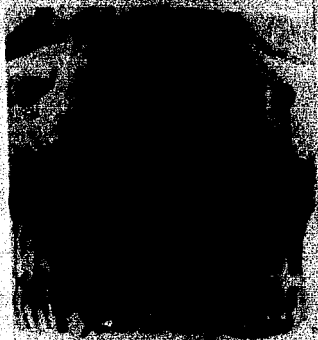


Fig. # 8 Anestesia para efectuar la apicentomía de los incisivos superiores. Hay que realizar una infiltración que mida, por lo menos, cuatro centímetros de diámetro. (Wassmund).

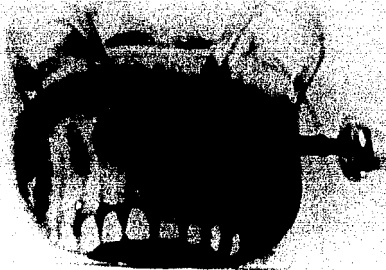


Fig. 9 Anestesia para la apicectomía. Se realiza la puntuación en el surco, a dos dientes de distancia del diente de operación, la jeringa colocada horizontalmente; la región del diente enfermo no toca. (Wassmund).



Fig. # 10 Anestesia para la apicectomía. Al final del edema anestésico se introduce nuevamente la guja en la misma dirección, que sigue este instrumento en la punción en el sugco de la figura anterior.



Fig. # 11 Anestésia para la apicectomía si es menester realizar la apicectomía de un incisivo central inferior ó central y lateral o la de los cuatro dientes, la anestésia local infiltrantivo, debe abarcar el territorio que señala la figura. Para resolver un problema en el cual están comprometidos, los cuatro dientes. La anestésia local es insuficiente debe recurrirse.

A). MAXILAR SUPERIOR

1). Anestesia para incisivos, anestesia infiltrativa, se infiltra también, una pequeña cantidad en el lado opuesto, para inhibir las ramas nerviosas, que de esta provienen.

Se inyectará por palatino frente al apice del diente a tratar. En muchas ocasiones, se puede colocar, un tapón con pantocaina en el piso de las fosas nasales, para inmovilizar las terminaciones del nervio nasopalatino.

2). Anestesia para caninos. Se puede emplear la infiltrativa ó infraorbitaria, siguiendo las normas antes mencionadas, se complementa con la anestesia en la bóveda.

3). Anestesia para premolares. Infiltrativa alta y de la bóveda.

B). MAXILAR INFERIOR

1). Anestesia para los incisivos. Anestesia en el agujero mandibular ó infiltrativa, en caso de realizar varias apicectomias y en presencia de procesos óseos extendidos, debemos proceder a la colocación de anestesia regional, en uno ó ambos lados.

Debe infiltrarse también el lado opuesto, no será necesaria la anestesia por lingual, ya que siempre es peligrosa.

2). Anestesia para caninos y premolares.

Anestesia a nivel del agujero mentoniano, infiltrativa ó para mayor exactitud anestesia troncular.

Usamos soluciones de novocaina al 2%. WASSMUND Y MANNSTEIN. Recomiendan soluciones de debil porcentaje, sosteniendo WASSMUND que los fracasos con soluciones al 2% se deben a que la zona infiltrada es demasiada pequeña.

En tales casos, a la anestesia regional en ambos lados del maxilar inferior, completada con anestesia local infiltrativa. Es el método más efectivo.

V. LA OPERACION

Toda operación quirúrgica consta de varios tiempos:

- 1.- Díeresis de los tejidos
- 2.- La operación propiamente dicha
- 3.- La síntesis de los tejidos

La cirugía bucal no se aparta de éstos cánones, sólo que por la índole de terreno a intervenir, la operación adquiere una modalidad particular, por lo tanto una intervención de cirugía bucal se compone en regla general de los siguientes -- tiempos:

- 1.- Incisión
- 2.- Ostiotomía u Ostectomía
- 3.- Operación propiamente dicha
- 4.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 5.- Sutura.

Expondré los siguientes pasos para la Apicectomía, - así como el instrumental empleado para la operación.

INCISION:

De las múltiples incisiones preconizadas, por los diversos autores nos quedamos con tres técnicas que aplicamos en los casos, que para nosotros están indicados.

a.) La técnica de incisión del Dr. Wassmund Fig. 12

b.) La técnica de incisión del Dr. Elkan Newman - -

Fig. 13

c.) La técnica de incisión del Dr. Partsch. Fig. 14

La incisión de Wassmund nos dá muchas satisfacciones, permite lograr los postulados que para la incisión pregonizan los maestros de la cirugía bucal.

a.) Fácil ejecución

b.) Amplia visión del campo operatorio

c.) Quedar lo suficientemente alejada de la brecha ósea para que los bordes de la herida no sean traumatizados y lesionados durante la operación, y permitir una vez terminada ésta, la coaptación de los bordes de la herida con sutura se realiza sobre hueso sano. Fig. 15 y 16.

Esta incisión se puede aplicar con éxito para realizar las apicectomías en los dientes del maxilar superior.

Se realiza de la siguiente manera:

Con un bisturí con hoja corta se empieza la incisión a nivel del surco Vestibular y desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, llevando profundamente este instrumento hasta hueso para seccionar mucosa y periostio; la incisión desciende hasta medio centímetro del borde gingival y desde ahí, evitando hacer ángulos agudos corre paralelo a la arca

de dentaria y se remonta nuevamente hasta el surco vestibular, terminando al nivel del ápice del diente vecino del otro lado.
Fig. 17.

INSTRUMENTAL.

Instrumental para tejidos blandos:

- 1.- Bisturi # 3
- 2.- Hojas de bisturi # 11, 12, 15
- 3.- Tijeras para encia
- 4.- Cucharillas (Curetas)
- 5.- Elevador de periostio.

Instrumental para tejidos duros:

- 1.- Forceps
- 2.- Lima de huesos
- 3.- Elevadores
- 4.- Fresas - redondas y fisura
- 5.- Escoplo
- 6.- Martillo quirúrgico

Instrumental accesorio

- 1.- Hemostatos mosquita
- 2.- Portaguja
- 3.- Jeringa para irrigación
- 4.- Puntas para el ápice

- 5.- Instrumental de operatoria - espejos y pinzas de curación exploradores
- 6.- Separadores
- 7.- Instrumental endodóncico
- 8.- Sutura y Apócito quirúrgico

No disponiendo de un ayudante y aun en el caso de tenerlo, se facilita la maniobra mencionada, sosteniendo y separando el labio superior con los dedos índice y medio de la mano izquierda.

De esta manera la encía queda tensa, y el bisturi -- cumple su recorrido sin interrupciones.

En casos de apicectomías de dos o mas dientes se amplia el largo de la rama horizontal de la incisión en la medida necesaria. Fig. 18.

Si hay que realizar la de los dos incisivos centrales se secciona sin inconveniente el frenillo: La sutura del colgajo restituirá los tejidos a sus normales relaciones, para evitar la profusa hemorragia que dan los vasos del frenillo, - pasando un hilo de sutura en el punto mas alto posible con el que logramos ligar temporalmente los vasos.

La, incisión de Neuman, análoga a la que se practica en el tratamiento quirúrgico de la paradentosis, la empleamos con bastante frecuencia.



FIG. # 12 Incisión de Wassmund Para
canino superior.

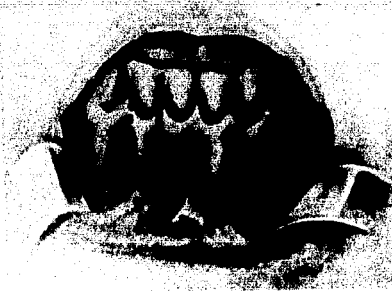


FIG. # 12 Incisión de Wassmund para el
maxilar inferior.



FIG. # 13 Incisión de Neumann



FIG. # 14 Incisión de partsch.



FIG. # 15 Incisión incorrecta para la apicectomia



FIG. # 16 Incisión correcta para la apicectomia.

Podemos decir, que es nuestra incisión de lección, - que la realizamos en casi todos los casos, a excepción de la -- apicectomía en dientes portadores de Jacket Crowns.

No olvidemos las contradicciones que se han hecho a esta incisión.

En nuestra práctica no hemos tenido modificaciones -- macroscópicas en la incisión gingival a nivel del cuello del, diente.

Se realiza desde el surco gingival hasta el borde libre de la encía festoneando los cuellos de los dientes y sec-- cionando las lengüetas gingivales.

Las incisiones verticales deben terminar en los espa-- cios interdentarios, la cicatrización es mas perfecta y no de-- ja huellas. Fig. 19

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

Estando realizada la incisión, con una legra, perio-- stótom o con una espátula de Freer.

Se separa la mucosa y el periostio subyacente, y el-- ayudante lo sostiene con un separador del Farabent, de Lange-- beck o Mead, o simplemente con un instrumento romo.

Apoyandose decididamente contra el hueso y haciendo-- suaves movimientos de lateralidad, con los cuales gira la espá-- tula o periostótom o, a expensas de su eje mayor, se desprende--



FIG. # 18 Incisión de Wassmund, ampliada para la apicectomia de lateral y canino superiores.

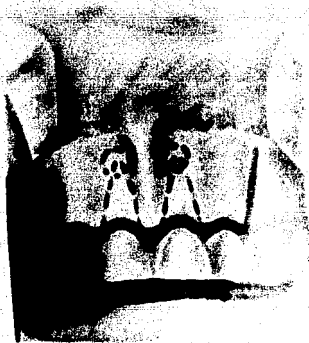


FIG. # 19 Incisión de Newman para realizar la Apicectomia de 2- Incisivos Superiores.

el colgajo de su inserción en el hueso, elevando por lo tanto fibromucosas y perioste.

El sostenimiento del colgajo es de capital importancia: la visión del campo operatorio debe de ser perfecta, y el colgajo no debe interponerse en la maniobras operatorias.

Además si el colgajo no está fijo y sostenido, es lesionado durante la intervención y luego la cicatrización y el postoperatorio no son normales.

Un instrumento que ayuda a la preparación del colgajo es la pinza de disección de dientes de ratón, con ella se toma el labio de la incisión ligeramente movilizado y se va levantando al mismo tiempo que la espátula o periostótomo lo va desprendiendo. Fig. 20.

OSTEOTOMIA Y OSTEECTOMIA

La ostantomia es la parte de la operación que consiste en abrir el hueso: La Osteectomia es la estirpación del hueso que cubre el ápice del diente.

La operación se realiza con el siguiente instrumental:

- a.) Fresas redondas # 3, 5.
- b.) Escoplos
- c.) Pinzas gubias.

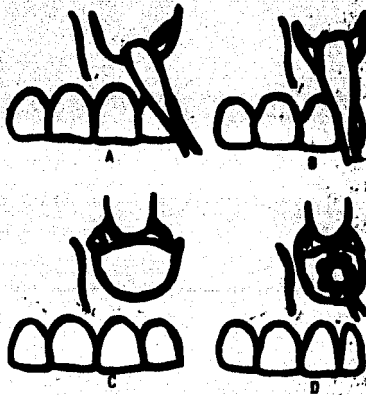


Fig. # 20 Desprendimiento del colgajo. A, se insinúa el extremo afilado del periostótomo entre los labios de la incisión B, en extremo ancho del instrumento completa la preparación del colgajo. C, - el colgajo sostiene con el periostótomo. D, osteotomía con fresa redonda.

OSTIOTOMIA CON FRESAS

La fresa es un instrumento utilísimo para realizar la ostiotomía. Pues esta evita el shock que el golpe del escoplo provoca, el cual resultaría desagradable para el paciente.

La fresa actúa eliminando el hueso en su totalidad o realiza perforaciones vecinas entre sí, sobre la tabla ósea; el hueso limitado por las perforaciones es levantado por un escoplo.

En el hueso dejado por esta ostiotomía que introduce las ramas de pinza gubia, eliminándose todo el hueso que fuera necesario.

La fresa debe actuar siempre bajo un chorro de agua esterilizada o suero fisiológico, para evitar calentamientos del hueso que pueden acarrear lesiones. Fig. 22

OSTIOTOMIA CON ESCOPIOS

Es realizado con escoplo y martillo quirúrgico, se manejan ambos instrumentos de la siguiente manera: Fig. 21

Tomando el escoplo con la mano izquierda, el martillo lo tomamos con la mano derecha y actúa sobre el extremo del escoplo, con golpes secos pero efectivos.

Se recomienda dar un sólo golpe efectivo con resultados prácticos, que una sucesión de éstos sin resultados prácticos.

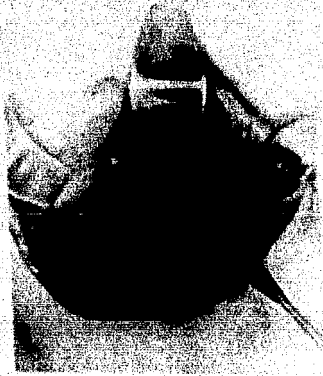


FIG. # 21 Osteotomía vestibular realizada con es coplo.



FIG. # 22 Osteotomía de la tabla externa con freno redonda.

Casi siempre preferimos utilizar la fresa, pero no en forma absoluta.

Empleamos en muchos casos el escoplo, sobre todo cuando tenemos una perforación ósea realizada por el proceso patológico del periápice: en este caso el hueso está adelgazado, y con el escoplo y presión manual podemos realizar la ostiotomía.

Quando usamos escoplo preferimos el cincel de sección triangular que tiene libre el borde en el ángulo y lo empleamos como barreno para abrir sin traumatizar el hueso vestibular.

Quando ocupamos fresas nos decidimos por una fresa redonda del 3 al 5 con la cual hacemos perforaciones vecinas como ya lo vimos anteriormente y con un golpe del escoplo se levanta la tapa ósea y entramos de lleno al proceso Fig. 23.

Es menester de todo cirujano el ápice radicular, en cuyas vecinidades se inicia la ostiotomía.

El lugar del ápice se determinan por el examen radiológico previo, que nos impondra la longitud de la raíz, algunos cirujanos utilizan aparatos localizadores para determinar el lugar de ubicación del ápice.

Un metodo sencillo de localiar el ápice, es meter un alambre en U en el conducto, aplicando el extremo libre sobre-

la superficie ósea vestibular, dicho extremo dará la localización del ápice.

Cuando se nos presenta una fractura de fresa, se debe de suspender la operación, si aspira la sangre, y se busca y se extrae la fresa rota de la cavidad ósea.

Seccionada la raíz y con el ápice en nuestras manos para convencernos de que hemos seccionado total y perfectamente, observamos el muñón radicular; éste no debe actuar como cuerpo irritante, por lo tanto es menester del cirujano pulirlo y biselar las aristas con fresas redondas o sinceles.

AMPUTACION DEL APICE RADICULAR

Ya que hemos realizado la ostiotomía, procedemos a hacer la amputación de ápice, por lo cual introducimos una sonda por el conducto radicular, lo cual nos permite la posición del ápice.

La sección radicular la tendremos que hacer antes del curetaje periapical, por que la raíz dificulta éstas maniobras.

Aquí tenemos nuevos problemas, como hasta qué altura seccionaremos la raíz dentaria, y con que instrumento si con el escoplo o con la fresa.

En general todos los maestros de la cirugía recomiendan que debe cortarse la raíz a nivel del hueso sano.



FIG. # 23 Después de la osteotomía
de la tabla externa, apa
rece el proceso patológi
co.

Teóricamente sabemos que el curataje retroradicular es dificultoso por un muñon que emerge de la cavidad ósea.

Claro que si se adquiere práctica para el curetaje de las granulaciones que se encuentran atrás de la raíz, no -- hay inconveniente en dejarlo mas largo el muñon sin la protección ósea.

(CLARO QUE NO SEA MAS DE UN TERCIO RADICULAR)

El hueso de nueva formación lo englobará, y cuanto -- más raíz quede, mayor fijación tendrá el diente apicectomizado.

La amputación del aice se realiza con fresa de fisura No. 558 y realizamos el corte con un bisel a expensas de la cara anterior.

La fresa debe introducirse en la cavidad, a la profundidad necesaria para que este instrumento seccione en su totalidad el ápice, y no sólo la parte anterior de éste, como -- suele suceder en algunas ocasiones.

PRECAUCIONES Y ACCIDENTES

Debemos tener mucho cuidado con la presión que ejercemos en la fresa, y el ángulo con que éste instrumento trabaja, con el objeto de evitar su fractura, accidente que suele -- producirse con bastante frecuencia. Fig. 24.



FIG. # 24 Amputación del ápice con fresa
de fisura.

CURATAJE DEL PROCESO PERIAPICAL

Técnica e Instrumental

Tiempo quirúrgico muy importante, y en que otra vez el cuidado del DETALLE es para el éxito ante todo ¿Con que se eliminarán los procesos patológicos del periápice? y luego -- ¿Como se elimina ?.

Usamos cucharillas o legras medianas y bien filosas, con pequeños movimientos elevamos de la cavidad ósea del tejido enfermo.

En primer lugar limpiamos la cavidad a groso modo, y luego nos detenemos en los puntos donde hay tejidos de granulación o trozos de membrana.

Varios son éstos lugares, así que la búsqueda debe ser minuciosa, ayudandonos si es preciso con una lupa para encontrarlos mejor.

La porción retroradicular, es el espacio entre la -- raíz del diente en tratamiento y la de los vecinos, la zona -- adherida a la fibromucosa palatina, en el caso de haber desaparecido hueso a este nivel.

Para estas regiones usamos legras chicas las cuales maniobramos con movimientos enérgicos para eliminar los trozos de tejido patológico.

En muchas ocasiones el espacio entre la raíces es --

muy estrecho, hacemos la limpieza con fresa redonda pequeña.

Otro detalle importante es la observación de las porciones retroradiculares de los dientes vecinos pues los tejidos de granulación suelen alojarse muchas veces a ese nivel.

A esta altura de la operación lavamos la cavidad ósea con suero fisiológico o agua esterilizada, los cuales arrastran las partículas óseas, dentarias y de tejido de granulación.

Secamos la cavidad cuidadosamente con gasa y con el aspirador. Pasamos a otro tiempo operatorio, la obturación del conducto radicular.

Para realizarla una de las condiciones que debemos tener en cuenta, es que debe estar perfectamente seco el conducto.

Para que no se humedezca el conducto radicular con sangre, obturamos levemente la cavidad ósea con pequeños tapones de gasa al Stryphnon, con lo cual conseguimos clima seco ideal que necesitamos se retira luego el separador y se desciende provisionalmente el colgajo.

Realizamos la obturación postamputación por que como conducto abierto, podemos localizar el ápice mediante una sonda introducida por el conducto y se obtura totalmente. Fig. 25



FIG. # 25 Raspado del proceso periapical
con cucharilla

TRATAMIENTO RADICULAR

Este es otro de los detalles para llegar al éxito.

El conducto debe de estar perfectamente ensanchado y esterilizado convenientemente, ya que otra fuente de fracaso - en la apicectomía es por que no hay ensanchamientos suficientes y deficientes esterilizaciones en los conductos radiculares.

El éxito de la obturación, no depende del método mismo, sino de su correcta ejecución.

Se emplea indistintamente en la obturación del conducto, las puntas de plata y de gutapercha.

Se lava el conducto con mechas impregnadas en agua oxigenada. Despues se deshidrata el conducto con alcohol y aire caliente.

Llenado el conducto con ZOE (oxido de Zing eugenol), se toma la punta de gutapercha, cuya longitud y diámetro ya fue verificada después de la amputación del ápice, y se introduce con fuerza tratando de que sobresalga por el orificio superior del conducto.

Nos esperamos a que frague bien el cemento, ya que si no esperamos el tiempo necesario, al retirar las gasas que hacian hemostasis en la cavidad ósea la sangre puede penetrar a la luz del conducto, inutilizando todo el tratamiento.

En caso de duda, es mejor realizar la maniobra nuevamente.

Mientras que esperamos el fraguado del cemento, empezamos a preparar una obturación provisional para la corona.

Se levanta el colgajo cuidadosamente colocamos el separador, y retiramos la gasa con mucho cuidado.

Se mira el cono de cemento emergido en la cavidad ósea, se le fractura con un golpe de escoplo.

Con un instrumento caliente se recorta el sobrante de gutapercha con el objeto de sellar perfectamente el conducto radicular. Fig. 26.

SUTURA

La sutura del colgajo, maniobra de sumo interes y de imprescindible necesidad.

La mayoría de los cirujanos bucales afirman que la sutura primaria representa la mas grande conquista, pues gracias a ella la evolución de la herida es rápida, el tratamiento postoperatorio nulo y la cicatrización de la herida perfecta.

Hacemos la sutura con pequeñas agujas a traumáticas, con hilo de seda o nylon.



FIG. # 26 Obturación y sellado del conduc
to y ápice radicular.

Antes de realizar la sutura tendremos la precaución de raspar ligeramente el fondo de los bordes de la cavidad -- ósea, para que ésta sangre.

El cuagulo por el mismo mecanismo con que se llena el alveólo después de la extracción dentaria.

Los cuidados postoperatorios son elementales se reducen a compresas frias, bolsas de agua fria y enjuagatorios suaves con soluciones de agua y sal o perburato de sodio.

Los puntos de la sutura se retiran a los 6 6 7 dias y la cicatrización es perfecta. Fig. 27 y 28.



FIG. # 27 Sutura del colgajo (en este caso Partsch).

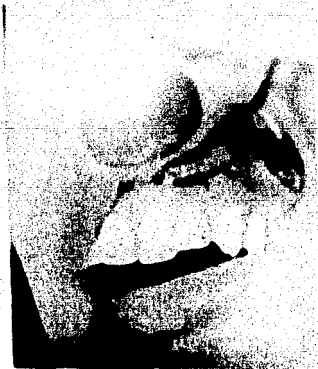


FIG. # 28 Aspectos de suturas inmediatamente después de terminada la apicectomía. (1) y (2).



Fig. # 29. Apicectomía de incisivo central, inferior derecho.

- 1). Incisión de NEWMAN
- 2). Desprendimiento del colgajo
- 3). Osteotomía
- 4). Osteotomía (abierto el hueso aparece el ápice a resecaarse).
- 5). Resección del ápice radicular
- 6). Raspado del proceso periapical
- 7). Obturación del conducto
- 8). Sutura.

VI. ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

Los accidentes y complicaciones en ésta operación, -
se deben a cuantiosos factores.

Dientes Multiradiculares o con procesos de paradento-
sis, otros a una defectuosa técnica operatoria.

LOS FRACASOS DE APISECTOMIA 'PODEMOS CLASIFICARLOS DE LA SI- --
GUIENTE MANERA:

1.- Insuficiente resección del ápice radicular

Al realizar la operación, la fresa solo corta la par-
te anterior de la raíz, dejando un trozo del ápice, que esta -
infectado.- En el caso de premolares, la resección de la raíz
bucal, dejando la palatina en su sitio.

2.- Insuficiente resección del proceso periapical.

Dejando trozos de tejido granulomatoso, restos de --
membrana quística, a plasmos distintos.- Originando fistulas -
que denuncian el fracaso de la operación.

3.- Lesión en los dientes vecinos.

Puede seccionarse el paquete vasculonervioso de un -
diente vecino: en otras ocasiones la errónea ubicación del --
ápice puede dar la amputación de un ápice vecino.

4.- Lesión de los órganos o cavidades vecinas.

- a.) Perforación del piso de la fosa nasales
- b.) Perforación del seno maxilar
- c.) Lesión de los vasos y nervio palatinos
- d.) Lesión de los vasos y nervio mentoniano

5.- Fractura del diente en tratamiento

El escoplo mal dirigido puede originar fracturas radiculares, que obligan a la extracción del diente.

6.- PERFORACION DE LAS TABLAS OSEAS LINGUAL Y PALATINA

La lesión que tiene lugar en el maxilar inferior, es la mas importante.

Pudiendo originar una propagación infecciosa a la región glosofaríngea.

La perforación en la tabla lingual puede originar el sangrado en boca. Que se traducen por la coloración hemática-característica, e inflamaciones e ingurgitaciones de la glándula sublingual.

CONCLUSIONES

Al finalizar, esta tesis la cual espero su benevolencia, por los errores cometidos y que sea de utilidad para aquel que lo necesite.

La Apicectomia, la intervención quirúrgica de los 1- y 1000 DETALLES se basa su éxito gracias al perfeccionamiento de los medios de diagnóstico, tanto clínicos, como de laboratorio y el estudio radiológico, que aplicados a los padecimientos de la cavidad oral.

Ya que sin ellos las Apicetomias, no podrían llevarse a cabo.

El cirujano, la audacia de este, depende uno de los mayores porcentajes de éxito, pues una mala esterilización seguida de una errónea obturación y curetaje defectuoso de la zona periapical, dejando residuos patológicos que originan, otros procesos patológicos que originan como ejemplo quistes paradentarios por lo general.

El cirujano dentista profesional en esta doctrina tendrá obligación de cumplir con una dedicación minuciosa todos los detalles de esta intervención quirúrgica.

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

CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Robert Wise - Harvey Baker
3ra. Edición 1973
Interamericana.

CIRUGIA BUCAL
Dr. Guillermo Ries Centeno
7ma. Edición 1973
El Ateneo.

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS
Alvin L. Morris
Harry M. Bohannon
2da. Edición 1973
Ed. Labor.

TECNICAS QUIRURGICAS
Dr. Alfonso Alexander
3ra. Edición 1974
Interamericana.

ANESTESIA GENERAL EN LA PRACTICA DENTAL
Leonard M. Monheim
1ra. Edición 1970
Ed. Mundi

RADIOLOGIA DENTAL
Richard C. O'Braien.
2da. Edición 1975
Interamericana.