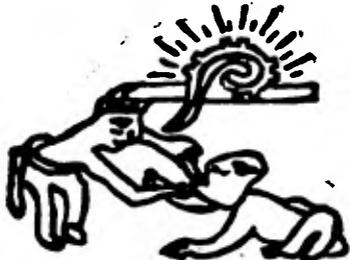


329

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



APICECTOMIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

MARCELA FRIAS PICO

México, D. F.

1981



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.

TEMARIO

APICECTOMIA

- I Consideraciones generales
- II Indicaciones y contraindicaciones
- III Estudios radiográficos
- IV Pasos quirurgicos
- V Post operatorio
- VI Conclusión
- VII Bibliografía

I CONSIDERACIONES GENERALES.

Por apicectomía se entiende como la resección quirúrgica por vía transmaxilar, de un foco periapical y del ápice dentario. Existen varias definiciones, según diferentes autores, es la remoción del tejido patológico periapical con resección del ápice radicular de un diente.

Es una intervención que consiste en amputar el ápice y sujetar los elementos periapicales adyacentes.

El tratamiento quirúrgico de los focos apicales es un tema que ha interesado a los cirujanos orales de todos los países y una operación que debe ser del resto del práctico general.

Hemos dicho en otras oportunidades que a la extirpación radicular la llamamos "la operación de los mil detalles".

Creemos fundados en muchos años de práctica y en un gran número de apicectomías realizadas, que en ésta, más que en cualquier otra intervención de cirugía bucal, el cuidado del detalle es fundamental.

El precursor de la apicectomía fué el árabe del siglo XI-Abulcasis quien en su obra describe este tratamiento de las fistulas de origen dentario que "deben ser quemadas con una punta-metálica al rojo", si con esto no es suficiente, se va a sacar del hueso lo que se encuentra enfermo.

En el Instituto Dental Partsch presenta la operación de apicectomía, a la que le da tal nombre en 1898 a 1899.

II INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

I).- Indicada en procesos periapicales, en las siguientes circunstancias.

A).- Cuando ha fracasado el tratamiento radicular.

B).- En resorción interna o externa que afecta la raíz.

C).- En dientes que presentan falsos conductos.

D).- En dientes cuyos conductos se haya alojado y fracturado un instrumento, en conducto aparentemente bien tratado y obturado en el que existe una ligera periodontitis persistente, causada por la irritación de las fibras nerviosas de un conducto accesorio.

E).- En dientes portadores de Pivotes, Coronas Jacket -- Crowns u otras obturaciones que imposibilitan la remoción de ellos para efectuar un nuevo tratamiento radicular, se hará la apicectomía y la obturación retrógrada del conducto con amalgama.

F).- En dientes con grandes quistes predentarios.

G).- Cuando existe una reabsorción en forma de cráter en el ápice radicular que indica la destrucción de la dentina y cemento apical.

H).- En la fractura del ápice radicular con mortificación pulpar y alteración Endodóntica.

CONTRAINDICACIONES.

A).- Procesos agudos, a pesar de que, por la autorizada-

opinión de Maurel y otros autores parecería justificarse.

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

C).- En enfermedades generales como diabetes activa, sífilis, tuberculosis, nefritis, enfermedades hematológicas, anemia y cuando por razones de salud el paciente no ofrece garantías para la intervención.

D).- Cuando la raíz enferma es demasiado corta.

E).- En destrucción masiva de la porción radicular.

F).- En casos de acceso difícil al campo operatorio.

G).- En dientes posteriores debido a la proximidad peligrosa con el seno maxilar en dientes inferiores posteriores, con el nervio mentoniano y el conducto del nervio dentario inferior en dientes inferiores posteriores.

H).- En enfermedades periodontales con gran movilidad dentaria (clase III) que no pueden tratarse estabilizando el diente.

III ESTUDIOS RADIOGRAFICOS.

El exámen radiográfico prequirúrgico debe estudiar una serie de puntos de interés, ellos son:

Las relaciones con las fosas nasales, con los dientes vecinos y con los conductos u orificios óseos.

Se debe realizar con precisión el diagnostico del proceso periapical para saber de antemano la clase de lesión que encontramos después de trepanar el hueso.

Si un diente carece de vitalidad y presenta una radiolucidez apical indica que hay un granuloma dentario, un quiste radicular o un absceso.

Es menester recordar, en el acto operatorio, la ubicación de los ápices vecinos, con el objeto de no lesionar el paquete vásculonervioso correspondiente.

En ocasiones el conducto palatino anterior y el ahujero mentoniano, pueden ser tomados por un elemento patológico, una radiografía tomada desde otro ángulo salva el error.

Observar si el diente puede estar atacado por caries que hayan destruido grandes porciones de la raíz o si ésta se haya enormemente ensanchada por tratamientos previos, que dan a la raíz una gran fragilidad.

Cuando existe una radiolucidez asociada con la obturación del conducto radicular y cirugía apical, en la cual no haya sín

tomas locales de dolor, es la imagen de una cicatriz apical. -
Puede estar asociada con una perforación de la tabla cortical -
vestibular o lingual.

Si existe permeabilidad del conducto, algún instrumento-
roto dentro de él, obturaciones o pivotes.

Si hay reabsorción de hueso por parodontosis que pueda -
contraindicar la intervención.

IV PASOS QUIRURGICOS.

Para efectuarse ésta deben tenerse en cuenta la historia clínica, el exámen radiográfico, nuestro instrumental, y realizarlo con todas las reglas de limpieza quirúrgica.

De las múltiples incisiones preconizadas por los diversos autores, nos quedamos con tres, que aplicamos en los casos que para nosotros están indicados, la incisión de Wassmund, la de Partsch, y la de Elkan-Neuman.

Unos prefieren obturar el conducto inmediatamente antes de la operación (Grossman, Ingle, Sommer), mientras que otros lo obturan en la misma intervención, una vez expuesto y removido el ápice radicular, (Siskin, Maisto), algunos son partidarios de la sutura (Jansen) y otros no la consideran necesaria.

PREMEDICACION.

En nuestros pacientes no siempre es necesario premedicarlos, ya que tenemos que observar sus reacciones, valorarlo y decidir si es necesaria ésta.

En niños es mejor premedicar ya que con esto obtendremos la tranquilidad y la cooperación del paciente.

Puede administrarse Seconal (Secobarbital) Valmid (Etinamato) para relajación y sedación, Bantigen (Bantina) o sulfato de atropina para controlar la salivación.

La acción del Seconal Sódico empieza entre 20 y 30 minu-

tos y dura de 4 a 5 horas.

El Etinamato es más rápido, pues su acción comienza a los 15 o 20 minutos y solo dura 2 horas aproximadamente.

La Bantina se puede usar cuando la Atropina esta contraindicada cuando haya presión arterial alta, problemas cardíacos ect, es menos efectiva que la Atropina.

Cuando la intervención se vaya a efectuar en dos tiempos, o sea que necesite de una sedación breve puede administrarse Etinamato (Valmid) 15 minutos antes de la cita, se prescribe la siguiente formula.

RX Etinamato (Valmid)..... 500 mgr.

Sulfato de Atropina..... 0.65 mgr.

Una tableta de cada uno.

Ingerir las tabletas 15 minutos antes de la cita.

ANESTESIA.

La anestesia es de vital importancia para el éxito de la apicectomía.

Un alto porcentaje de los fracasos es causado por anestias insuficientes que no permiten realizar con pulcritud los tiempos operatorios.

Siguiendo la indicación de Wassmund, infiltramos con anestesia una región de un diámetro aproximado de 4 centímetros .

El legrado y al aplicar el separador son dolorosos, cuan

do no hay una gran área infiltrada.

La anestesia debe ser infiltrativa local, profunda, prolongada y con suficiente vasoconstrictor (si no esta contraindicada) para que haya suficiente anemia en el campo operatorio.

Usamos soluciones de Novacaína al 2%, empleamos en muchos casos soluciones al 5%.

Wassmund la cree innecesaria, lo mismo que Hanestein, - quien recomienda soluciones de débil porcentaje, sosteniendo el primero que los fracasos con las soluciones al 2%, se deben a - que la zona infiltrada es demasiado pequeña.

En la Asociación Dental Americana y en la Asociación Cardiológica Americana, se llegó a la siguiente conclusión. La - concentración de los vasos constrictores usados en las soluciones para anestesia local odontológica, no esta contraindicada - en los pacientes con enfermedades cardiovasculares, se debe tener la precaución de aspirar con la jeringa antes de inyectar. MAXILAR.

a).- Anestesia para los Incisivos:

Se inyecta por labial la solución anestésica por vía supraperióstica o subperióstica, se debe inyectar un centímetro - cúbico en el lado palatino.

Se infiltra también una pequeña cantidad de anestesia en el lado opuesto, para inhibir las ramas nerviosas que de él provienen.

b).- Anestesia para los Caninos:

Se puede emplear la infraorbitaria o la infiltrativa, se completa con anestesia en la bóveda palatina.

c).- Anestesia para los premolares:

Infiltrativa (alta) y de la bóveda.

MANDIBULA:

a).- Anestesia para los incisivos.

Se anestesia en el ahujero mentoniano o infiltrativa. En de realizarse varias apicectómicas y en presencia de procesos óseos extendidos, debe procederse a realizar anestesia regional en uno o ambos lados. No es necesaria la anestesia por el lado lingual ya que es siempre peligrosa.

b).- Anestesia para canino y premolares:

Anestesia a nivel del nervio mentoniano, infiltrativa o anestesia troncular en el nervio dentario inferior.

En caso de operar bajo anestesia general, es conveniente para fines homeostáticos, realizar una anestesia infiltrativa con novocafina adrenalina, con lo cual se obtiene el efecto deseado.

Si nuestra inyección se pone lentamente se obtendrá una buena hemostasia y un campo bien anestesiado.

DIVERSOS TIPOS DE INCISIONES:

Para tener un buen acceso quirúrgico a la raíz dental y estructuras adyacentes es necesario hacer una incisión en los -

tejidos y levantar un colgajo.

La incisión de Wassmund nos da muchas satisfacciones, - pues nos permite lograr los postulados que para la incisión preconizan los maestros de cirugía bucal; fácil ejecución; ampliación del campo operatorio; quedar lo suficientemente alejada de la brecha ósea como para que los bordes de la herida no sean traumatizados y lesionados durante la operación y permitir, una vez terminada ésta, que la coaptación de los labios de la herida con sutura, se realiza sobre hueso sano.

Es importante observar que el levantamiento del colgajo debe ser siempre mucoperióstico, a menos de que el perióstico - se encuentre destruido por la lesión. Es importante hacerlo así debido a que ayudaremos a la formación de la cicatrización por primera intención.

TIPOS DE INCISION:

A).- Semilunar curvo o de Partsch.

B).- Wassmund.

C).- Neuman.

D).- Rectangular.

E).- Ochsenbein-Liebke.

A).- Semilunar curvo o de Partsch.

La ventaja más importante de este es su simplicidad. - Aproximadamente se hace una incisión semilunar de 4 o 5 mm. de la cresta gingival con una bisturí Bard Parker con No. 15 lle-

gando hasta el hueso, la convexidad de esta incisión va hacia--
incisal u oclusal.

Los extremos de la incisión deben extenderse siempre de-
manera que queden sobre los diente vecinos, para ver bien nuestro
campo operatorio. Si se va a hacer la incisión en dientes ante-
riores y el frenillo obstacularizara, se hace una incisión en V
a cada lado del mismo lo que permitirá que se eleve sin lesio -
nar su unión.

B).- Wassumund:

Se puede realizar de la siguiente manera:

Con un bisturí Bard Parker hoja No. 15 se comienza la in-
cisión a nivel del surco vestibular y desde el ápice del diente
vecino al que se va a intervenir, llevando el instrumento pro--
fundamente hasta hueso, seccionando mucosa y periostio, descien-
de la incisión a medio centímetro del borde gingival y desde -
ahí, evitando hacer ángulos agudos, corre paralela a la arcada-
dentaria y se remota nuevamente hasta el surco vestibular, ter-
minando en el ápice del diente vecino del otro lado.

Si se va a hacer la apicectomía de varios dientes, se am-
plia el largo del corte horizontal de nuestra incisión en la me-
dida necesaria.

C).- Neuman:

La empleamos con bastante frecuencia, podemos decir que -
es nuestra incisión de elección, que la realizamos en casi todos

los casos a excepción de las apicectomias en dientes portadores de Jacket-Crowns.

Se realizan dos incisiones desde el surco gingival hasta el borde libre de la encía en forma vertical, oblicuas entre si y divergentes hacia el fondo del surco, se festonean los cuellos de los dientes y se seccionan las lenguetas gingivales, las incisiones verticales deben terminar en los espacios interdentarios.

D).- Rectangular:

Son las mismas indicaciones que el de Neuman se hacen dos incisiones verticales, deben ser paralelas entre sí, y una incisión horizontal contorneando el cuello de los dientes respetamos las papilas interproximales.

E).- Ochsenbein-Liebke:

La gran ventaja de esta incisión es que no toca la encía marginal. Se hace la incisión horizontal a nivel de la unión entre la encía marginal con la encía adherida contorneando las prominencias de las piezas dentarias a ese nivel, y se deslizan dos incisiones verticales, una en mesial y otra en distal hasta el fondo del surco.

Cualquier tipo de incisión da buenos resultados, pero en particular nos inclinamos por la de Wassmund y la de Partsch.

OSTEOTOMIA.

Esta puede realizarse a escoplo y a martillo, o fresas.

No recordaremos aquí las múltiples controversias que se han desencadenado sobre la superioridad de uno u otro instrumento.

En todas las instituciones del mundo ha habido discusiones sobre cuál instrumento es mejor.

Biolcati emplea para perforar el hueso, una cuña para -- raspaje del tártaro, Ries Centeno utiliza la fresa pero no es -- forma absoluta ya que emplea en muchos casos el escoplo, sobre todo cuando ya hay una perforación ósea realizada por el proceso patológico del periápice.

Kuttler usa el cincel o escoplo cuando falta parte de lámina externa y queda descubierta una porción de raíz y la fresa cuando no hay destrucción ósea, como para hacer con ella perforaciones y con escoplo une estas.

Grossman, utiliza la fresa y el escoplo en forma muy parecida a Kuttler y Ries Centeno.

La elección del lugar donde hay que iniciar la osteotomía es muy importante.

Cuando el hueso se encuentre destruido, nada más sencillo que agrandar la perforación, con fresa redonda, con escoplo presión manual o con pinza gubia de bocados finos.

Se observará la inclinación de la raíz en todas las proyecciones, al largo del diente y la proximidad de las raíces.

Existen aparatos llamados localizadores para determinar el lugar de ubicación del ápice, un metodo sencillo consiste en introducir un alambre en forma de "U" dentro del conducto aplicando el extremo libre sobre la superficie ósea.

Ya que esta localizado nuestro ápice con la fresa redonda del No. 3 ó 5 se hacen perforaciones en círculo con el ápice como centro de la circunferencia e irrigando con suero fisiológico para evitar el calentamiento.

Es necesario cambiar de fresas; se unen las perforaciones con la fresa de fisura, con el escoplo o con sierra tubular llamada trefina, desprendiendo la lámina ósea que recubre el ápice.

APICECTOMIA.

Habiendo hecho la osteotomía, se introduce una sonda por el conducto radicular, lo cual permite fijar la posición del ápice. Para dientes superiores con fresa de fisura No. 558 o 702 y para inferiores del No. 557 o 701.

La fresa debe introducirse en la cavidad necesaria, para sección en su totalidad del ápice.

El corte se hace a 2 o 3 mm. del ápice, la altura dependerá de la cantidad del hueso destruido.

La angulación del corte debe ser de 45 grados, con objeto de tener una visualización perfecta de la entrada del conducto.

El escoplo puede resultar peligroso ya que puede haber -

fracturas longitudinales de las raíces o biceles erróneos, se pueden lesionar las raíces de dientes vecinos, puede expulsarse un diente de su alveolo. Por un golpe exagerado del escoplo.

Hecho el corte se debe pulir y las aristas bicelarlas con cinceles o con fresas redondas.

Ya que se extirpo el ápice se curetea el hueso con cuidado en toda su extensión, debe removerse todo el tejido de granulación. Para curetear se usan cucharillas medianas y bien afiladas.

Con pequeños movimientos elevamos la cavidad ósea todo el tejido enfermo, se lava la cavidad con suero fisiológico tibio el líquido arrastrará las partículas óseas, dentarias y de tejido de granulación.

TRATAMIENTO RADICULAR.

El conducto radicular debe ser ensanchado y esterilizado ya que otra de las fuentes de fracaso es por ensanchamientos insuficientes y deficientes esterilizaciones. Se hace con ensanchadores o escariadores que se venden en el comercio, y quimicamente con ácido fenolsulfónico (neutralizado con bicarbonato de sodio).

Se emplea indistintamente, para la obturación del conducto los conos de gutápercha y los conos de plata.

Se lava el conducto con algodón impregnado en agua oxige-

nada, se deshidrata el conducto con alcohol y aire caliente, el canal debe estar perfectamente seco, de no ser así, el material de obturación no se adosará a las paredes del conducto y no se cumplirán los postulados de la obturación hermética.

Se toma el cono de plata o de gutapercha, cuya longitud y diámetro habra sido verificado después de amputado el ápice y se introduce con bastante fuerza, tratando que sobresalga por el orificio superior del conducto.

Se esperan algunos minutos para el fraguado del cemento, se puede preparar una mezcla de cemento sin yodoformo o cualquier otro material de obturación provisional, con lo cual se llena la cavidad coronaria. Algunos autores preparan una cavidad retentiva en el orificio del conducto radicular y practican la obturación retrógrada con amalgama.

OBTURACION RETROGRADA.

La obturación retrógrada (apical) en los casos en que el conducto este ocupado con un pivote, se obtura con amalgama de plata con el objeto de obtener un mejor sellado del conducto y así lograr un mejor sellado del conducto y así lograr una rápida cicatrización y una total reparación.

Indicada en:

- 1).- Diente en el que la pulpa sufrió degeneración cálcica.
- 2).- Diente con patología periapical, debido a una deficiente obturación del conducto.

3).- Dientes con patología periapical después de haber sido colocado en el canal una corona con pivote.

4).- Dientes en el cual se ha interrumpido el desarrollo del extremo de la raíz precozmente dejando el foramen apical - mas grande que el conducto radicular.

Para la obturación retrógrada debemos de tener irrigada la herida, se examina la superficie radicular seccionada con la punta de un explorador para localizar el lugar de existencia de la salida del conducto; una vez localizado, se procede a llevar a cabo la obturación retrógrada.

Se prepara una cavidad retentiva en la raíz amputada, por medio de fresas de cono invertido o con cincel o hachuelas para esmalte.

SUTURA.

Considerado el último tiempo operatorio que nos ayudará a una evolución rápida de la herida y una cicatrización perfecta. Se adapta el colgajo en su lugar y se sutura con pequeñas - agujas atraumáticas, la aguja semilunar Lane No. 3 0 4, la que se maneja con un portagujas, se usa hilo quirúrgico o seda negra No. 000 o bien Nylon.

Antes de realizar la sutura raspamos ligeramente el fondo y los bordes de la cavidad, para que la cavidad ósea se llene de sangre. El coágulo, por el mismo mecanismo con que se llena

el alveólo después de la extracción dentaria, es el material que organizará la neoformación ósea.

En mi opinión el Catgut Crómico es un material rígido, - más difícil de anudar que el hilo o la seda y los nudos se pueden desbaratar con mayor facilidad.

Los puntos de sutura que se dan son en proporción a la amplitud de la incisión, si la apicectomía se realiza en un solo diente se requieren de 3 a 4 puntos aislados, si la incisión - fuera grande se necesitan más en los dientes inferiores se requieren mayor número de puntos, para una longitud determinada de incisión que en otro lugar de la boca, debido a la movilidad - del labio al hablar y al masticar.

Los puntos de sutura se retiran al cuarto día o quinto - día y la cicatrización es perfecta.

Un punto importante es que el diente no debe chocar con el antagonista (aquinesia), si esto sucede hay que desgastar -- con piedras el diente y su oponente, para evitar el trauma oclusal.

V POSTOPERATORIO.

Los cuidados postoperatorio son elementales, se reducen a compresas frías, bolsa de hielo, lámparas Sólux, enjuagatorios suaves con una solución de agua y sal o perborato de sodio:

A).- Regresar a su casa para descansar durante algunas - horas.

B).- Si hay dolor fuerte se le dará un analgésico con - Acido Acetil Salicílico uno cada 4 horas. Si no es suficiente - se le dará (Propoxifen, Dimetilpirazolona) 65 mgr. 4 a 6 por día.

C).- Aplicar bolsa de hielo durante una hora.

D).- Los días siguientes aplicar fomentos calientes por - fuera, enjuagar la boca con agua caliente.

E).- Dieta líquida las primeras 9 horas.

F).- Comer alimentos suaves durante la convalecencia.

G).- No cepillar los dientes sobre el área operada hasta que la sutura haya sido removida.

H).- Evitar ejercitar el labio pues es probable que se - desprendan las suturas abriendo la incisión y retrasando el ali - vio.

I).- Evitar masticar sobre el diente operado hasta que se - quiten las suturas.

J).- Regresar al consultorio para remover las suturas (4 o 5 días después de la intervención).

K).- Si hubiera infección además del drenaje, podemos uti

lizar antibióticos, penicilinas naturales o sintéticas.

Si el paciente es alérgico se da Eritromicina o Lincomicina.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

Se deben varios factores; mala elección del caso, deficiente técnica operatoria y pueden ser;

1).- Tumefacción; debido a traumatismos durante la intervención, sobrecalentamiento del hueso o de la raíz tironear con fuerza el colgajo en lugar de sostenerlo.

Se usa la Parezina B, sin embargo son más eficaces los corticoesteroides y solo están contraindicados si hay úlcera péptica, nefritis diabetes, hipertensión y síncope cardíaco congestivo.

2).- Dolor; en este caso se da un analgésico como Acido Acetil Salicílico o el Propoxifén.

3).- Equimosis; es el cambio de color de la piel, debido a la extravasación y alteración de la sangre en la zona.

Se prescriben compresas, alternando frías con calientes- 10 minutos cada hora.

4).- Parestesia transitoria; puede durar desde unos días hasta varias semanas, se manifiesta en zona de premolares inferiores.

5).- Abscesos; los puntos de sutura pueden originar abscesos, debido a la laceración de tejidos al efectuar la sutura, o

a un nudo muy ajustado.

6).- Hemorragias secundarias; cuando se presentan es -- que existe una desintegración del coágulo, en este caso debe - anesthesiarse la zona, curetear la cavidad, irrigar y suturar.

Se puede administrar Adrenosem por vía intramuscular (5 mgr.) cada 2 o 3 horas antes y después de la intervención.

7).- Mala cicatrización; se produce cuando el alveólo -- vestibular presente una destrucción patológica tan extensa, que no ha dejado tabla ósea sobre la cual suturar.

Cuando ocurre esto deben avivarse los tejidos en la línea de incisión con bisturí Bard Parker No. 3 hoja No. 15 seguido - de un curetaje del tejido en granulación por debajo del colgajo para estimular la formación de una nueva hemorragia y por último se sutura.

8).- Revisión clínica y radiográfica periódica; se toma una radiografía de control cada 6 meses, un año, año seis meses, dos años y 5 años después de la apicectomía.

EXITOS Y FRACASOS DE LA APICECTOMIA.

El porcentaje de resultados favorables después de la apicectomía es alto.

Para llegar al éxito deben cumplirse todos los detalles - de ésta operación, como son; elección del paciente, prequirúrgico, esterilización, obturación del conducto y la sutura post opera

toria.

Los exitos y fracasos de la apicectomía se deben a los factores siguientes:

- 1).- Mala elección del caso.
- 2).- Defectuosa técnica quirúrgica,
- 3).- Obturaciones defectuosas del conducto que se manifiestan en infección paraendodónica con su zona radiolúcida y a veces fistulación.
- 4).- Insuficiente resección del ápice radicular.
- 5).- Insuficiente resección del proceso periapical.
- 6).- Lesión en los órganos o cavidades vecinas; se pueden lesionar las fosas nasales al perforar la tabla ósea con la cucharilla o fresa.
- 7).- Si se realizan apicectomías en premolares y caninos superiores se puede perforar el piso o la pared del seno maxilar e introducir el ápice extirpado en el interior de esta cavidad.
- 8).- Si se realiza la apicectomía en dientes incisivos centrales, superiores se pueden lesionar los nervios palatinos provocando parestesia.
- 9).- Si se utiliza mal el escoplo y se dirige mal, puede originar fracturas radiculares.
- 10).- Si se lesionan las tablas óseas linguales o palatinas trae como consecuencia una propagación de la infección, así como una hemorragia en el piso de la boca.

VI CONCLUSIONES.

De acuerdo con el avance técnico y científico que ha hecho de la Odontología una ciencia de la salud, los criterios que ahora se siguen para la conservación de las piezas dentarias, - son más severos.

Así entonces, un buen Cirujano Dentista deberá poseer la capacidad, el conocimiento y la habilidad para poder mantener en funciones óptimas, la cavidad oral íntegra de sus pacientes, procurando reducir a un mínimo las extracciones mutilantes que, en todo caso, son la antítesis de la Odontología.

En el arsenal de conocimientos de los que pueden echar mano el Odontólogo moderno para la preservación de los dientes, encontramos la práctica quirúrgica que se ha desarrollado a través de las páginas anteriores: La Apicectomía.

Creo necesario insistir en la importancia que éste tópico reviste para quien se dedica a la práctica general ya que -definitivamente- es el Odontólogo clínico el que mayores oportunidades tiene para salvar piezas que hace una ó dos décadas se hubiesen considerado irremediabilmente perdidas.

La Técnica Operatoria es, en sí, sencilla. Requiere únicamente llevar los pasos con la minuciosidad y el cuidado que el caso en particular lleve inherente por sí mismo.

Este pequeño trabajo lleva mi más decidido exhorto a los

profesionales de nuestra hermosa carrera para que, sin dejar-
nos llevar por las soluciones sencillas, hagamos un poco más-
por la preservación de las piezas dentarias, maravilloso es la
bón que forma parte de la complicadísima máquina humana.

VII BIBLIOGRAFIA

- I).- Endodoncia.
Oscar A. Maisto.
Segunda Edición.
Editorial Mundi.
Buenos Aires 1973.

- 2).- Cirugía Bucal.
A. Ries Centeno.
Séptima Edición.
Editorial El Ateneo 1975.

- 3).- Radiología Dental.
Arthur H. Wuehrmann.
Lincoln R. Manson Hing.
Salvat Editores 1971.

- 4).- Práctica Endodontica.
Louis I. Grossman.
Tercera Edición.
Editorial Mundi.
Buenos Aires 1973.

VI CONCLUSIONES.

De acuerdo con el avance técnico y científico que ha hecho de la Odontología una ciencia de la salud, los criterios que ahora se siguen para la conservación de las piezas dentarias, - son más severos.

Así entonces, un buen Cirujano Dentista deberá poseer la capacidad, el conocimiento y la habilidad para poder mantener en funciones óptimas, la cavidad oral íntegra de sus pacientes, procurando reducir a un mínimo las extracciones mutilantes que, en todo caso, son la antítesis de la Odontología.

En el arsenal de conocimientos de los que pueden hechar mano el Odontólogo moderno para la preservación de los dientes, encontramos la práctica quirúrgica que se ha desarrollado a través de las páginas anteriores: La Apicectomía.

Creo necesario insistir en la importancia que éste tópico reviste para quién se dedica a la práctica general ya que -definitivamente- es el Odontólogo clínico el que mayores oportunidades tiene para salvar piezas que hace una ó dos décadas se hubiesen considerado irremediablemente perdidas.

La Técnica Operatoria es, en sí, sencilla. Requiere únicamente llevar los pasos con la minuciosidad y el cuidado que el caso en particular lleve inherente por sí mismo.

Este pequeño trabajo lleva mi más decidido exhorto a los

profesionales de nuestra hermosa carrera para que, sin dejarnos llevar por las soluciones sencillas, hagamos un poco más por la preservación de las piezas dentarias, maravilloso eslabón que forma parte de la complicadísima máquina humana.

VII BIBLIOGRAFIA

- I).- Endodoncia.
Oscar A. Maisto.
Segunda Edición.
Editorial Mundi.
Buenos Aires 1973.

- 2).- Cirugía Bucal.
A. Ries Centeno.
Séptima Edición.
Editorial El Ateneo 1975.

- 3).- Radiología Dental.
Arthur H. Wuehrmann.
Lincoln R. Manson Hing.
Salvat Editores 1971.

- 4).- Práctica Endodóntica.
Louis I. Grossman.
Tercera Edición.
Editorial Mundi.
Buenos Aires 1973.