

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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:
Victor Manuel Uribe Navarro





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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN, 1

CAPITULO I

DEFINICION, 2
ANTECEDENTES HISTORICOS, 2
INDICACIONES DE APICECTOMIA, 3
CONTRAINDICACIONES DE APICECTOMIA, 5
 MEDICAS O GENERALES, 5
 LOCALES, 7

CAPITULO II

EVALUACION DEL PACIENTE,

HISTORIA CLINICA, 9
 ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIAES, 11
 ANTECEDENTES PERSONALES, 11
 PADECIMIENTO ACTUAL, 11
EXPLORACION FISICA, 12
ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y DE LABORATORIO, 12

CAPITULO III

EL PREOPERATORIO,

MEDIDAS GENERALES, 16
MEDIDAS LOCALES, 18
CONSIDERACIONES RADIOLOGICAS PREOPERATORIAS, 19
ASEPSIA Y ANTISEPSIA, 20
PREMEDICACION DEL PACIENTE, 24

CAPITULO IV

TRANSOPERATORIO.

INSTRUMENTAL REQUERIDO PARA LA APICECTOMIA,	29
TOPOGRAFIA DE LA SUPERFICIE,	30
ANESTESIA,	31
INCISION,	33
DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO,	35
CONTROL DEL SANGRADO DURANTE LA OPERACION,	35
OSTEOTOMIA,	37
AMPUTACION DEL APICE RADICULAR,	39
RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL,	40
SELLADO DEL APICE,	41
SELLADO DEL APICE CON AMALGAMA DE PLATA POR VIA APICAL,	46
SUTURA,	51

CAPITULO V

POSTOPERATORIO.

TRATAMIENTO LOCAL POST-OPERATORIO,	52
FISIOTERAPIA POST-OPERATORIA,	53
MEDICACION POST-OPERATORIA,	53
ALIMENTACION DEL RECIEN OPERADO,	54
EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA,	55

CAPITULO VI

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA APICECTOMIA,	56
--	----

CAPITULO VII

REPARACION POSTERIOR A LA APICECTOMIA,	58
CONCLUSION,	60
BIBLIOGRAFIA,	62

LA APICECTOMIA O RESECCION APICAL ES LA INTERVENCION QUIRURGICA MAS FRECUENTEMENTE REALIZADA COMO TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO DE LA ENDODONCIA. CONJUNTAMENTE CON LA RADECTOMIA Y LA REIMPLANTACION FORMA PARTE DE LA LLAMADA "CIRUGIA CONSERVADORA DE LOS DIENTES" Y DESDE COMIENZO DE ESTE SIGLO SE LE PRACTICA PARA TRATAR LOS FOCOS CRONICOS PERIAPICALES Y COMO MEDIO DE PREVENCION O CURACION DE LA INFECCION FOCAL DE ORIGEN DENTARIO.

EL RAPIDO PROCESO DE REPARACION OSEA QUE SE PRODUCE EN LA ZONA QUE RODEA EL APICE RADICULAR POSTERIORMENTE A ESTA INTERVENCION QUIRURGICA, ALENTA ESPECIALMENTE A LOS AUTORES NORTEAMERICANOS A PRECONIZARLA CASI SISTEMATICAMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LESIONES PERIAPICALES DE ORIGEN PULPAR.

PARA PODER LOGRAR EL EXITO EN ESTA INTERVENCION DEBEMOS TOMAR EN CUENTA FACTORES Y DETALLES QUE NO PUEDEN NI DEBEN PASARSE POR ALTO; ENTRE LOS CUALES TENEMOS: LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES PRECISAS DE ESTA INTERVENCION; LA EVALUACION DEL PACIENTE QUE ARROJA DATOS DE SUMO INTERES PARA CUALQUIER PACIENTE QUIRURGICO; LA TECNICA QUIRURGICA EJECUTADA CORRECTAMENTE Y EL TRATAMIENTO POST-OPERATORIO ADECUADO. LOS DETALLES SON NOTABLEMENTE SEÑALADOS EN LOS CAPITULOS EN LOS QUE ESTOS DETALLES SUMAN SU INFLUENCIA PARA EL EXITO DE LA APICECTOMIA.

CAPITULO I

GENERALIDADES.

DEFINICION

SE ENTIENDE POR APICECTOMÍA, LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA POR VÍA TRANSMAXILAR DE UN FOCO PERIAPICAL Y DEL ÁPICE DENTARIO, BIEN, - ES VERDAD QUE PARA LLEVARLA A CABO CON BUEN ÉXITO, REQUIERE DEL - CUMPLIMIENTO DE UNA SERIE DE DETALLES QUIRÚRGICOS DE INTERES, SIN LA REALIZACIÓN DE LOS CUALES, EL TRATAMIENTO NO ES PERFECTO.

SE HA DICHO QUE LA AMPUTACIÓN RADICULAR ES TAMBIÉN LLAMADA - "LA OPERACIÓN DE LOS MIL DETALLES". RIES CENTENO AFIRMA FUNDADO - EN UN GRAN NÚMERO DE APICECTOMIAS REALIZADAS, QUE EN ESTA, MÁS -- QUE EN CUALQUIER OTRA INTERVENCIÓN DE CIRUGÍA BUCAL, EL CUIDADO - DEL DETALLE ES FUNDAMENTAL. LA MINUCIOSIDAD EN LA OPERACIÓN, LA - OBSERVANCIA DE MINÚSCULAS CONSIDERACIONES QUIRÚRGICAS Y LA HABI-- LIDAD DEL OPERADOR, NOS LLEVAN AL ÉXITO.

ANTECEDENTES HISTORICOS.

EN TIEMPOS PASADOS SE SACRIFICABAN LOS DIENTES CUANDO - - - EXISTÍA ALGUN QUISTE APICAL O GRANULOMA. EN LA ACTUALIDAD, LA - - - TÉCNICA QUIRÚRGICA CONSERVADORA DE OBTURACIÓN DEL CONDUCTO RADICU LAR CON APICECTOMÍA O RESECCIÓN RADICULAR, O LA TÉCNICA ENDODON- TICA NO QUIRÚRGICA, HAN PROPORCIONADO UNA BUENA OPORTUNIDAD PARA- CONSERVAR ESTOS DIENTES AFECTADOS.

LA APICECTOMÍA FUÉ PRACTICADA PROBABLEMENTE POR PRIMERA -- VEZ EN LOS ESTADOS UNIDOS POR FARRAR Y POR BROPHY ANTES DE - - - 1880.

FUE POCO CONOCIDA HASTA 1890, ÉPOCA EN QUE GANÓ POPULARIDAD A TRAVES DE RHEIN, QUE LA RECOMENDABA COMO MÉTODO RADICAL PARA EL TRATAMIENTO DE LOS ABSCEOS ALVEOLARES CRÓNICOS. DESDE ENTONCES, LA TÉCNICA DE ESTA INTERVENCIÓN SE HA PERFECCIONADO Y LA HAN REALIZADO TANTO EL PRÁCTICO GENERAL COMO EL CIRUJANO BUCAL.

EL PROMEDIO DE LOS PORCENTAJES DE ÉXITO EN INTERVENCIÓNES-DE APICECTOMÍA ES RELATIVAMENTE ALTO, COMO HEMOS DICHO EL PROMEDIO DE ÉXITOS ALCANZADOS POR SOMMER, BLUM, PHILLIPS, MAXMEN, GROSSMAN, SHAPARD Y PEARSON FUÉ DE 96.5% EN MÁS DE 900 CASOS.

INDICACIONES DE APICECTOMIA

- 1.- EN CASOS DE CURVATURA APICAL EXAGERADA, DILACERACIÓN, O CUANDO HAY UNA BARRERA DE CALCIFICACIÓN EN LA CAVIDAD PULPAR.
- 2.-DESTRUCCIÓN EXTENSA DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES, HUESO O PERIODONTO, QUE ABARQUE UN TERCIO O MÁS DEL ÁPICE RADICULAR.
- 3.-QUISTES APICALES QUE NO PUEDAN SER TRATADOS ENDODONTICAMENTE.
- 4.- CUANDO HA FRACASADO EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS CON PRESENCIA DE UNA ZONA DE RAREFACCIÓN; EN ESTA CIRCUNSTANCIA, SE RECOMIENDA REHACER EL TRATAMIENTO Y LA OBTURACIÓN RADICULAR ANTES DE EFECTUAR LA APICECTOMÍA.
- 5.- EN DIENTES CON DILACERACIONES QUE HAGAN INACCESIBLE EL ÁPICE RADICULAR.
- 6.- CUANDO HAY UNA PERFORACION DE LA RAÍZ EN SU PORCIÓN APICAL.
- 7.- EN DIENTES QUE PRESENTAN FALSOS CONDUCTOS.
- 8.- ROTURA DE UN INSTRUMENTO EN EL TERCIO APICAL DEL CONDUCTO, O CANAL BLOQUEADO POR UN NÓDULO PULPAR.

- 9.- APICE RADICULAR CON REABSORCION EN FORMA DE CRÁTER QUE INDICA LA DESTRUCCION DE DENTINA Y CEMENTO APICAL.
- 10.- CUANDO EL APICE ESTÁ ABIERTO, DE TAL MANERA QUE IMPIDE LA COLOCACION DE UN SELLADO APICAL ADECUADO.
- 11.- FRAGMENTO DE UNA OBTURACIÓN RADICULAR EN LA ZONA PERIAPICAL, DONDE ACTÚA COMO IRRITANTE.
- 12.- CUANDO EXISTE UNA FRACTURA DEL TERCIO APICAL RADICULAR.
- 13.- CONDUCTOS APARENTEMENTE BIEN TRATADOS Y OBTURADOS EN LOS QUE EXISTE UNA LIGERA PERIODONTITIS, PERO PERSISTENTE, PROBABLEMENTE CAUSADA POR LA IRRITACIÓN DE LAS FIBRAS NERVIOSAS DE UN CONDUCTO ACCESORIO.
- 14.- CONDUCTO INACCESIBLE CON UNA RAÍZ EN FORMA DE BAYONETA, QUE PRESENTA UNA ZONA DE RAREFACCIÓN.
- 15.- REABSORCIÓN INTERNA Y O EXTERNA QUE AFECTA A LA RAÍZ.
- 16.- MARCADA SOBREOBTURACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR QUE ACTUA COMO IRRITANTE DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES.
- 17.- FRACTURA DEL ÁPICE RADICULAR CON MORTIFICACIÓN PULPAR.
- 18.- IMPOSIBILIDAD DE OBTENER UN CULTIVO NEGATIVO MEDIANTE EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO DEL CONDUCTO.
- 19.- CONDUCTO RADICULAR APARENTEMENTE CALCIFICADO, QUE PRESENTA UNA ZONA DE RAREFACCION.
- 20.- EN DIENTES PORTADORES DE PIVOTS, JACKETS-CROWNS, U OTRAS OBTURACIONES QUE IMPOSIBILITAN LA REMOCION DE ESTAS MISMAS RESTAURACIONES PARA REALIZAR UN NUEVO TRATAMIENTO RADICULAR, Y EN EL CUAL EXISTE UNA ZONA DE RAREFACCIÓN APICAL.

LA RESECCION QUIRÚRGICA DEL ÁPICE PUEDE REALIZARSE EN TODOS LOS DIENTES ANTERIORES, EXCEPCIONALMENTE EN LOS PREMOLARES Y NUNCA EN LOS MOLARES.

PUEDEN APICECTOMIZARSE LOS DIENTES CON PROCESOS PERIAPICALES DE CUALQUIER ÍNDOLE Y MAGNITUD. EN LOS DIENTES PORTADORES DE GRANDES QUISTES PARADENTARIOS LA RESECCIÓN DEL ÁPICE ES UNA MANIOBRA SECUNDARIA CON LA CUAL SE COMPLETA LA OPERACION, PERMITIENDO CONSERVAR EN LA ARCADA UN DIENTE QUE, ESTÉTICA Y FUNCIONALMENTE TIENE VALOR.

CONTRAINDICACIONES DE LA APICECTOMIA.

LAS CONTRAINDICACIONES DE LA APICECTOMÍA FUNDAMENTALMENTE SON DE DOS TIPOS: 1.- MÉDICAS O GENERALES; 2.- LOCALES.

MÉDICAS O GENERALES:

- 1.- ANTE LA PRESENCIA DE INFECCIÓN AGUDA (SÍFILIS, TUBERCULOSIS, ETC.).
- 2.- EN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEBILITANTES, TALES COMO - - DIABETES NO CONTROLADA O CON NEFRITIS, LO CUAL PUEDE RETARDAR LA CICATRIZACIÓN PUDIENDO AUMENTAR ASÍ EL RIESGO DE UNA INFECCIÓN SECUNDARIA.
- 3.- EN PACIENTES HEMOFILÍCOS Y CON OTRAS ENFERMEDADES SANGUÍNEAS COMO LA ENFERMEDAD DE CHRISTMAS, PÚRPURA, ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND Y EN LA DISFUNCIÓN HEPÁTICA GRAVE QUE PUEDE A MENUDO PROVOCAR SANGRADO.
- 4.- EN PACIENTES BAJO UNA TERAPÉUTICA ANTICOAGULANTE, DEBIDO AL RIESGO ELEVADO DE QUE SE PRESENTE UNA HEMORRAGIA EXCESIVA.

- 5.- LOS PACIENTES QUE ESTAN BAJO EL USO DE ESTEROIDES, PACIENTES CUYA DOSIS DE ESTEROIDES ADRENOCORTICALES ES ALTA Y DE LARGA DURACIÓN, PUEDEN DESARROLLAR ALGÚN GRADO DE DEGENERACIÓN DE LA CORTEZA ADRENAL. DEBIDO A ESTO, EL MECANISMO PROTECTOR DEL PACIENTE CONTRA EL STRESS ESTÁ INCAPACITADO PARA FUNCIONAR CORRECTAMENTE, LO CUAL DEJA AL PACIENTE EN CONDICIONES SUSCEPTIBLES PARA DESMAYARSE, PRESENTAR NÁUSEAS, VÓMITOS, ASÍ COMO FENÓMENOS DE HIPOTENSIÓN, LO CUAL PODRÍA RESULTAR MORTAL. A PESAR DE ÉSTO PODRÍA SER POSIBLE TRATAR A -- ESTE TIPO DE PACIENTES, PERO NUNCA DEBE HACERSE SIN CONSULTAR AL MÉDICO GENERAL QUE LO ATIENDE.
- 6.- NORMALMENTE LA APICECTOMÍA ES LLEVADA A CABO BAJO ANESTESIA LOCAL Y ES NECESARIO QUE SE APLIQUE UN VASOCONSTRUCTOR, PARA PRODUCIR CIERTO GRADO DE VASOCONSTRICCIÓN QUE FACILITE LA -- OPERACIÓN. CIERTOS PACIENTES, COMO POR EJEMPLO AQUELLOS QUE PADECEN ISQUÉMIA DEL MIOCARDIO, PUEDEN TENER UN ATAQUE DE -- ANGINA DE PECHO SI LA ANESTESIA LOCAL CONTIENE UN POCO DE -- ADRENALINA.
- 7.- PACIENTES EXTREMADAMENTE NERVIOSOS Y EMOTIVOS, Y PACIENTES CON HIPERTIROIDISMO, DEBIDO A LA FALTA DE COOPERACIÓN, ESTOS PACIENTES PUEDEN NECESITAR ANESTESIA GENERAL.
- 8.- MUJERES EMBARAZADAS, EN TANTO QUE SEA POSIBLE DEBERÁN SER -- TRATADAS DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO.
- 9.- EN EL CASO DE ANORMALIDADES VASCULARES, TALES COMO HEMANGIOMAS ETC.

EN TODAS LAS SITUACIONES ANTERIORES, PODRÍA SER POSIBLE -- TRATAR AL PACIENTE CON APICECTOMÍA, PERO NO DEBERÁ HACERSE -- SIN CONSULTAR ANTES AL MÉDICO GENERAL DEL PACIENTE RESPECTO A SU ESTADO.

LOCALES

- 1.- SI LOS TEJIDOS CIRCUNDANTES ESTÁN PROPENSOS A SER DAÑADOS DURANTE LA OPERACIÓN (POR EJEMPLO EL NERVIÓ DENTARIO INFERIOR, EL SENO MAXILAR O LOS ÁPICES DE LOS OTROS DIENTES),
- 2.- EN PROCESOS AGUDOS, YA QUE LA CONGESTIÓN IMPIDE LA ANEMIA - NECESARIA PARA QUE LA SANGRE NO MOLESTE EL ACTO OPERATORIO.- LA ANESTESIA LOCAL EN ESTOS CASOS ES SIEMPRE INSUFICIENTE.
- 3.- CUANDO LA REMOCIÓN DEL ÁPICE RADICULAR Y EL CURETAJE -- DEJAN INSUFICIENTE SOPORTE ALVEOLAR PARA EL DIENTE.
- 4.- EN ENFERMEDADES PERIODONTALES CON MOVILIDAD DENTARIA -- (CLASE III) QUE NO PUEDEN TRATARSE ESTABILIZANDO EL DIENTE.
- 5.- DIENTES PORTADORES DE PROCESOS APICALES, QUE HAN DESTRUIDO EL HUESO HASTA LAS PROXIMIDADES DE LA MITAD DE LA RAIZ.
- 6.- ABSCESOS PERIODONTALES.
- 7.- PARADENTOSIS AVANZADAS, CON DESTRUCCIÓN ÓSEA, HASTA SU - TERCIO RADICULAR, O LAS LESIONES PARADENCIALES Y APICALES COMBINADAS.
- 8.- EN CASO DE ACCESO DIFÍCIL AL CAMPO OPERATORIO.
- 9.- CUANDO LA LONGITUD DE LA RAÍZ ES TAL QUE EL CORTE DE ELLA ACORTARÁ DE TAL MANERA SU LONGITUD, QUE LA RESTAURACIÓN -- PERMANENTE POSTERIOR AL TRATAMIENTO RESULTE IMPOSIBLE.
- 10.- DESTRUCCIÓN MASIVA DE LA PORCIÓN RADICULAR.

LA APICECTOMÍA ES DE GRAN UTILIDAD, PERO ESTÁ LIMITADA COMO TRATAMIENTO DE RUTINA POR LAS SIGUIENTES RAZONES:

A).- LOS DIENTES ANTERIORES RESPONDEN GENERALMENTE AL TRATAMIENTO RADICULAR CONSERVADOR, SIEMPRE QUE LA DESTRUCCIÓN ÓSEA NO SEA MUY GRANDE O NO SE TRATE DE UN QUISTE.

B).- EN DIENTES POSTERIORES LA INTERVENCIÓN NO SIEMPRE ES FACTIBLE.

C).- CON CIERTA FRECUENCIA SE PRODUCE TUMEFACCIÓN Y DOLOR POST-OPERATORIO DESPUES DE LA INTERVENCIÓN.

LA APICECTOMÍA RESULTA PARTICULARMENTE ÚTIL PARA ELIMINAR LA INFECCIÓN PERIAPICAL EN DIENTES DESPULPADOS ANTERIORES CON GRANULOMAS GRANDES O CON QUISTES RADICULARES, DONDE EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS SÓLO, ES INADECUADO Y EL DIENTE DEBE CONSERVARSE POR RAZONES ESTÉTICAS.

CAPITULO II

EVALUACION DEL PACIENTE.

ES OBLIGADO QUE EL DENTISTA COMPRENDA LA BASE MÉDICA DE -
SUS PACIENTES ANTES DE INICIAR CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL, -
QUE PUDIERA FRACASAR POR EL ESTADO MÉDICO ANORMAL DE SU PACIEN
TE O, EN EL PEOR DE LOS CASOS, CAUSAR MORBILIDAD O MUERTE AL-
MISMO. DEBEMOS MENCIONAR QUE NO BASTA SOLAMENTE CON OBTENER -
LA "CONFORMIDAD" DE UN MÉDICO ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO,
SINO QUE DEBEMOS ELABORAR UNA EVALUACIÓN DE NUESTRO PACIENTE-
Y PARA ELLO NECESITAMOS SEGUIR TRES PASOS IMPORTANTES QUE - -
SON: 1.- ELABORACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA.

2.- HACER UNA EXPLORACIÓN FÍSICA.

3.- REALIZAR EXAMENES RADIOGRÁFICOS Y DE LABORATORIO.

HISTORIA CLINICA.

LA ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ES UN PROCESOS -
ORDENADO Y CRONOLÓGICO EN EL QUE SE INVESTIGAN LOS ANTECEDEN
TES DEL PACIENTE PARA OBTENER DATOS QUE PERMITAN AL CLÍNICO-
CONOCERLO MEJOR. ADEMÁS DEBE LLENAR CIERTOS REQUISITOS PARA -
HACERLA PRÁCTICA, ÚTIL Y ACTUAL, UNO DE ESTOS REQUISITOS ES -
EL DE TOMAR EN CUENTA LOS PADECIMIENTOS FRECUENTES DEL MEDIO.

SE NECESITA PUÉS, ACTUALIZAR DATOS Y ENFERMEDADES, HÁBI
TOS Y COSTUMBRES, ASÍ, POR AÑOS SE HAN ANOTADO EN ANTECEDEN
TES PERSONALES NO PATOLÓGICOS LOS DATOS COMO EL TABAQUISMO, -
HACIENDO CASO OMISO DE LA RELACIÓN TABACO-CANCER PULMONAR. EN
EL RENGLÓN DE LA FARMACO DEPENDENCIA SE INVESTIGARÁ: EL AL-
COHOL, LA NICOTINA Y OTRAS DROGAS EN BOGA, COMO LA MARIGUANA,
EL LSD, EL CEMENTO DE ZAPATERO, ETC.,

DEBE INVESTIGARSE TAMBIEN SOBRE EL AGUA DE INGESTA, HÁBITOS HIGIÉNICOS Y LUGAR DE EXCRETAS O DRENAJE, DEBIDO A LA FRECUENCIA DE LOS PADECIMIENTOS ENDÉMICOS, COMO LA AMIBIASIS CON SUS GRAVES COMPLICACIONES. EL PALUDISMO Y LA TUBERCULOSIS PULMONAR, LA -- TIFOIDEA PRESENTE EN TEMPORADAS CALUROSAS EN FORMA MUCHAS VECES -- DE EPIDEMIA, Y CUYO CUADRO FEBRIL PUEDE IDENTIFICARSE, Y POR -- LOS ANTECEDENTES ES POSIBLE VALORAR UN PORTADOR.

INTERROGAREMOS TAMBIÉN SOBRE LAS ENFERMEDADES VENEREAS. TAMBIEN TOMAREMOS EN CUENTA LOS ANTECEDENTES HEMORRÁGICOS, YA QUE -- ESTOS SON DE GRAN IMPORTANCIA EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO Y DEBEN SER INVESTIGADOS CON EL OBJETO DE INDICAR LAS PRUEBAS DE LABORATORIO ESPECÍFICAS Y PREVEER EL TRATAMIENTO ADECUADO DURANTE LA INTERVENCIÓN, ASÍ COMO LOS ANTECEDENTES DE ALERGÍA A MEDICAMENTOS, MANIFESTADOS POR URTICARIA O ANAFILAXIA, COMO POR EJEMPLO LA PENICILINA, O EL ATAQUE A LA MÉDULA ÓSEA POR LA ACCIÓN TÓXICA DEL CLORAFENICOL, LAS SULFAS Y MUY IMPORTANTE EN ESTA ÉPOCA, -- LOS INSECTICIDAS.

ASÍ PUES, LA HISTORIA CLÍNICA DEBE COMPRENDER UN INTERROGATORIO DE DATOS TANTO PRÓXIMOS COMO REMOTOS, CON PREGUNTAS GENERALES QUE ORIENTEN O DETECTEN ALGÚN PADECIMIENTO Y YA EN UN PROBLEMA DETERMINADO SE HARÁN LAS PREGUNTAS DIRIGIDAS TANTO EN ANTECEDENTES COMO EN EL APARATO O SISTEMA QUE PUDIERA RESULTAR COMPROMETIDO, Y ADEMÁS LA DESCRIPCIÓN PRECISA Y CLARA DE LAS -- ALTERACIONES FÍSICAS ENCONTRADAS.

EN ESENCIA LA HISTORIA CLÍNICA DEBE REALIZARSE CON LOS SIGUIENTES CAPÍTULOS Y DATOS FUNDAMENTALES QUE DEBEN INVESTIGARSE Y RECORDARSE EN CADA CAPÍTULO, PERO PRIMERAMENTE SE -- ANOTARÁ EL NOMBRE DEL PACIENTE, LA EDAD, EL SEXO, ESTADO CIVIL, OCUPACIÓN Y DIRECCIÓN. Y POSTERIORMENTE SE ANOTARÁN:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

EN ESTOS DEBERÁN INCLUIRSE A LOS PADRES, HERMANOS, CONYUGE, - HIJOS, ABUELOS, CONVIVIENTES; CAUSAS DE MUERTE, EDADES, ESTADO DE SALUD, INVESTIGAREMOS, ALCOHOLISMO, TOXICOMANIAS, DIABETES, SÍFILIS, TUBERCULOSIS, ALÉRGIAS, NEUMOPATÍAS, ARTROPATIAS, HEMOPATIAS, CARDIOPATÍAS, HIPERTENSIÓN, ARTERIOESCLEROSIS, INTOXICACIONES POR MEDICAMENTOS, TRAUMATISMOS, INFECCIONES, EDAD DE LOS PADRES EN LA-PROCREACIÓN, CONSANGUINIDAD, RADIACIONES, NUTRICIÓN.

ANTECEDENTES PERSONALES.

- A).- PESO AL NACER, ANORMALIDADES PERINATALES, LUGAR DE - - NACIMIENTO Y RESIDENCIA, ESCOLARIDAD, OCUPACIONES: - TIPO Y LUGAR EXPOSICIÓN A AGENTES PATÓGENOS, DEPORTES - DESARROLLO FÍSICO Y MENTAL EDADES DE DENTICIÓN, HABLAR, CAMINAR, HABITACIÓN, HÁBITOS DIETÉTICOS, ALCOHOLISMO, - DROGAS E INMUNIZACIONES.
- B).- INFECCIONES EN LA INFANCIA: FIEBRE REUMÁTICA, COREA, - CARDIOPATÍAS, ARTERIOESCLEROSIS, ACCIDENTES VASCULARES, - HIPERTENSIÓN ARTERIAL, FLEBITIS, VARICES, PADECIMIENTOS-RESPIRATORIOS, OBESIDAD, DIABETES, GOTA, ENDOCRINOPATÍAS, PARASITOSIS, PALUDISMO, ÚLCERA PÉPTICA, HERNIA HIATAL, - HEMORROIDES, HEPATITIS, PADECIMIENTOS NEUROLÓGICOS, ALER- GÍAS, URONEFROPATIAS, ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS, TRANSFU- SIONES, TRAUMATISMOS, INTOLERANCIA A ANTIBIÓTICOS Y HOR- MONAS, INTOXICACIONES, ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS, - CUADROS NEURÓTICOS Y PSICÓTICOS.

PADECIMIENTO ACTUAL.

SÍNTOMAS PRINCIPALES, CUADRO ACTUAL, CUADRO INICIAL, -- CRONOLOGÍA, DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN DE LOS SÍNTOMAS. No- OMITIR NUNCA, DISNEA, DOLOR PRECORDIAL

Y FENÓMENOS CONCOMITANTES, PALPITACIONES, EDEMA, MANIFESTACIONES DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA Y DE INSUFICIENCIA ARTERIAL- Y VENOSA, LIPOTIMIAS, VÉRTIGOS.

EXPLORACION FISICA

ESTA DEBERÁ REALIZARSE EN LA MISMA FORMA ORDENADA PARA -- TODOS LOS PACIENTES DE TAL MANERA QUE SE ESTABLEZCAN BUENOS - HÁBITOS Y NO SE OMITA NADA.

AL EXAMINAR POR PRIMERA VEZ A UN PACIENTE PODRÁ HACERSE- UN ESTUDIO GENERAL QUE INCLUYE: EDAD APARENTE, BIOTIPO, FACIES, POSTURA, ESTADO Y COLOR DE LOS TEGUMENTOS, TRASTORNOS RESPIRATORIOS, MOVIMIENTOS ANORMALES, MARCHA, ESTADO DE CONCIENCIA, - ACTITUD PSICOLÓGICA, FÍSICO, NUTRICIÓN, GRAVEDAD Y VIOLENCIA- DE LA ENFERMEDAD, PÁLIDÉZ, CIANOSIS Y CONTACTO VISUAL Y ORAL.

LOS SIGNOS VITALES DEBERÁN DETERMINARSE OPORTUNAMENTE --- PARA PROPORCIONAR UNA BASE PARA EL EXAMEN Y TRATAMIENTO SUBSE- CUENTES. ESTO INCLUEN TEMPERATURA, PULSO, FRECUENCIA RESPIRA-- TORIA Y PRESIÓN ARTERIAL. ADEMÁS PODEMOS INVESTIGAR OTROS DATOS COMO, PESO ACTUAL, PESO HABITUAL, PESO IDEAL Y ESTATURA.

CUANDO SE ENCUENTRE CUALQUIER DATO DEL EXAMEN QUE INDIQUE- UN GRADO DE ANOMALÍA DEBERÁ SER DESCRITO DETALLADAMENTE .

ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y DE LABORATORIO.

EL DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO PUEDEN REQUERIR VARIAS PRUEBAS DE LABORATORIO, YA SEA PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO - CON PRECISIÓN O PARA ELEGIR EL TRATAMIENTO MÁS EFICAZ. MUCHO DE- ESTO SERÁ DETERMINADO CON BASE EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIEN- TE, ASÍ COMO DE LOS DATOS OBTENIDOS DEL EXAMEN FÍSICO. POR EJEM- PLO, SI EXISTEN ANTECEDENTES DE DIABETES, SEGURAMENTE SE NECESI- TARA UNA PRUEBA DE LABORATORIO, TAL COMO ANÁLISIS DE ORINA Y -- QUIZÁ UNA DETERMINACIÓN DE GLUCOSA EN SANGRE. LOS DATOS DE LABO- RATORIO QUE EL DENTISTA SUELE NECESITAR PARA EL EXAMEN COMPLETO- DE SUS PACIENTES INCLUYE:

- 1.-RADIOGRAFÍAS.
- 2.- EXAMEN DE LOS TEJIDOS.
- 3.- BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA.
- 4.- PRUEBAS DE COAGULACIÓN SANGUÍNEA.
- 5.- INDICE DE SEDIMENTACIÓN DE ERITROCITOS.
- 6.- ANÁLISIS DE ORINA.
- 7.- FROTIS Y CULTIVOS BACTERIOLÓGICOS.
- 8.- QUÍMICA SANGUÍNEA.

RADIOGRAFÍA. LA RADIOGRAFÍA ES QUIZÁ EL AUXILIAR DE -- LABORATORIO MÁS EMPLEADO POR EL DENTISTA Y QUE EN MUCHAS OCASIONES NOS DA INFORMACIÓN QUE NO PODEMOS OBTENER POR ALGÚN OTRO MÉTODO (INSPECCIÓN, PALPACIÓN O AUSCULTACIÓN). UN CONCEPTO IMPORTANTE EN LA INTERPRETACIÓN DE LA RADIOGRAFÍA ES CONOCER LO NORMAL Y BUSCAR LA REPRODUCCIÓN DE ESTOS DATOS NORMALES.

EXAMEN DE LOS TEJIDOS. GENERALMENTE SE REALIZA DESPUES DE UNA BIOPSIA E INCLUYE UNA INTERPRETACIÓN MACROSCÓPICA Y MICROSCÓPICA -- DEL TEJIDO EN CUESTIÓN. EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER ES MÁS IMPORTANTE -- QUE CUALQUIERA OTRA ENFERMEDAD CON LA QUE PUDIERA CONFUNDIRSE. SOLO PUEDE HACERSE UN DIAGNÓSTICO POSITIVO BASADO EN UN CORTE HISTOLÓGICO.

BIOMETRÍA HEMÁTICA COMPLETA. ARROJA DATOS MUY IMPORTANTES Y ES UNA CONSIDERACIÓN IMPORTANTE AL TRATAR DE DESCARTAR CIERTAS ENFER-- MEDADES GENERALES QUE PUEDEN CAUSAR LESIONES BUCALES. LA BIOMETRÍA -- HEMÁTICA COMPLETA INCLUYE EL RECUENTO DEL NÚMERO TOTAL DE ERITROCI-- TOS Y LEUCOCITOS POR CENTÍMETRO CÚBICO DE UN FROTIS SANGUÍNEO ASI -- COMO LA EVALUACIÓN DE LA HEMOGLOBINA. EL NÚMERO NORMAL DE LEUCOCITOS EN LOS ADULTOS VARIA ENTRE 5000 Y 9000 POR MILÍMETRO CÚBICO DE UN -- FROTIS SANGUÍNEO ADEMÁS DEL NÚMERO DE LEUCOCITOS SE ANOTARÁ TAMBIEN -- EL PORCENTAJE DE ESTOS: NORMALMENTE SE ENCUENTRAN DE 60 A 70 % DE LEU-- COCITOS POLIMORFONUCLEARES, DE 20 A 30 % DE LINFOCITOS DE 3 A 8 %- DE MONOCITOS, DE 1 A 3 % DE EOSINÓFILOS Y 0.5 % DE BASÓFILOS. SI SE -- SOSPECHAN ANORMALIDADES EN ESTAS RELACIONES, SE DEBE CONSULTAR CON -- EL MÉDICO GENERAL.

LOS LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES TIENDEN A AUMENTAR - EN ESTADOS INFLAMATORIOS AGUDOS Y DESPUÉS DE TRAUMATISMOS, - LOS MONOCITOS TIENDEN A AUMENTAR POR EJEMPLO EN LA OSTEOMIE LITIS DE LOS MAXILARES Y DE LA MÁNDIBULA. LA CUENTA NORMAL- DE ERITROCITOS EN EL HOMBRE ES DE 4.5 MILLONES A 6 MILLONES POR MILÍMETRO CÚBICO Y EN LA MUJER DE 4.3 A 5.5 MILLONES -- POR MILÍMETRO CÚBICO. HEMOBLOGINA DE 14 A 17 GRS. POR 100 ML. Y HEMATOCRITO DE 42 A 50 MM.

PRUEBAS DE COAGULACION SANGUINEA. CUANDO UN PACIENTE - HA PRESENTADO HEMORRAGIA PROLONGADA DESPUÉS DE ALGÚN TRAUMA- TISMO O EXTRACCIÓN DENTAL POR EJEMPLO, PUEDE HACERSE NECESA- RIO LLEVAR A CABO PRUEBAS DE LABORATORIO, TALES COMO, TIEMPO DE SANGRADO, DE COAGULACION, DE PROTROMBINA Y CUENTA DE PLA- QUETAS. LOS VALORES NORMALES DE ESTAS PRUEBAS SON: TIEMPO -- DE SANGRADO 3 MINUTOS APROXIMADAMENTE, TIEMPO DE COAGULACION 7 MINUTOS O MENOS Y EL TIEMPO DE PROTROMBINA PUEDE VARIAR - DE 9 A 30 SEGUNDOS , LOS TIEMPOS DE PROTROMBINA VARÍAN DE - UN LABORATORIO A OTRO.

ÍNDICE DE SEDIMENTACION DE ERITROCITOS. LA SANGRE -- SE COLOCA EN UN TUBO DE VIDRIO. EN UN TIEMPO DETERMINADO SE- ASIENTAN LOS HEMATIES, DEJANDO EL PLASMA TRANSPARENTE EN LA- PARTE SUPERIOR. LA MAGNITUD DE LA SEDIMENTACION Y EL TIEMPO- NECESARIO ES EL ÍNDICE DE SEDIMENTACION, QUE ES UN INDICADOR GENERAL DE ENFERMEDAD Y UN METODO PARA LA VIGILANCIA SISTEMA TICA DEL PROGRESO DE LA MISMA. AUNQUE LA PRUEBA ES EN SI -- INESPECIFICA, EL ÍNDICE DE SEDIMENTACION AUMENTA CUANDO -- EXISTE INFLAMACION, DEGENERACION TISULAR, SUPURACIÓN Y NE-- CROSIS.

LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR NORMAL ES DE 3 A 100 MILIMETROS EN LA PRIMERA HORA. CUANDO ES MUY ACELERA DA NOS INDICA FIEBRE REUMÁTICA, COMPLICACIONES SEPTICAS POR- PÍOGENOS, AM, OALITIS SUPURADAS, NEUMONIA CRUPAL, ERISPELA,

PLEURITIS EXUDATIVA, ETC, PUDIENDOSE OBSERVAR TAMBIEN RETARDADA EN LA QUE SE NOTARAN ESTADOS DE HIPOPROTEINEMIA, POLICITEMIA VERA, ETC.

ANALISIS DE ORINA. LA ORINA EMPLEADA PARA EL EXAMEN DEBE RA SER LA PRIMERA AL DESPERTAR, SE DETERMINARA EL COLOR, LA CLARIDAD, EL PH., GRAVEDAD ESPECIFICA, ALBUMINA Y AZUCAR MEDIANTE PRUEBAS ESPECIALES. EL EXAMEN MICROSCOPICO DETERMINARA LA PRESENCIA DE SEDIMENTO TAL COMO CILINDROS, CELULAS Y MICROORGANISMOS. LA PRESENCIA DE ALBUMINA O AZUCAR SON DATOS SIGNIFICATIVOS QUE SUGIEREN ENFERMEDAD RENAL O DIABETES, RESPECTIVAMENTE. NO DEBERA HACERSE UN DIAGNOSTICO DEFINITIVO CON BASE EN UN SOLO ANALISIS DE ORINA.

FROTIS BACTERIOLOGICOS Y CULTIVOS. FRECUENTEMENTE SUELE UTILIZARSE EL SERVICIO BACTERIOSCOPICO, PRINCIPALMENTE PARA LA IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS CAUSANTES DE UNA INFECCION DADA. SE REMITE UN FROTIS O UN HISOPO CON EL MATERIAL MAS VIRULENTO PARA SU EXAMEN Y SUELE PEDIRSE IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS Y SENSIBILIDAD A LOS ANTIBIOTICOS. LOS CULTIVOS DE SANGRE SON NECESARIOS EN MUCHOS CASOS PARA DESCUBRIR LA PRESENCIA DE BACTEREMIAS. SON MUY UTILES PARA LA IDENTIFICACION DE SEPSIS, FIEBRE TIFOIDEA Y ENDOCARDITIS BACTERIANA ESPECIFICAMENTE.

QUIMICA SANGUINEA. EL ANALISIS QUIMICO DE LA SANGRE, TEJIDOS Y LIQUIDOS CORPORALES SE HA CONVERTIDO AHORA EN ASUNTO DE BUENA PRACTICA MEDICA. LA GLUCOSA EN LA SANGRE (EN AYUNAS) ES UN MEDODO COLORIMETRICO QUE SIRVE PRINCIPALMENTE COMO PRUEBA PARA LA DIABETES, SIENDO LAS VARIACIONES NORMALES DE 80 A 120-MG. POR 100 ML.

LOS NIVELES NORMALES DE CALCIO EN LA SANGRE SON DE 9 A 11.5 MG./100 ML., PUEDEN ANTICIPARSE ELEVACIONES CUANDO EXISTA ACTIVIDAD OSTEOCLASTICA EXCESIVA, ESPECIALMENTE EN EL HIPERPARATIROIDISMO Y EN LA HIPERVITAMINOSIS "D"

CAPITULO III

EL PREOPERATORIO.

PARA REALIZAR UNA OPERACION CUALQUIERA EN EL ORGANISMO, - SALVO LAS OPERACIONES DE URGENCIA, SE REQUIERE UNA PREPARACION- PREVIA DE LA PERSONA QUE SE VA A OPERAR, ES DECIR, PONERLA EN - LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES PARA SOPORTAR CON ÉXITO LA -- INTERVENCION, LAS OPERACIONES DE CIRUGÍA BUCAL NO ESCAPAN A -- ESTAS INDICACIONES, AUNQUE, INDUDABLEMENTE, POR TRATARSE DE UN PACIENTE CON UNA AFECCIÓN LOCAL, LA PREPARACIÓN QUE NECESITA- ES MENOR QUE LO INDICADO PARA LA CIRUGÍA GENERAL. A ESTO ES -- A LO QUE EN CIRUGÍA SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE PREOPERATORIO.

EN EL CASO DE TRATARSE DE UN PACIENTE CON SU ESTADO GENE- RAL PERTURBADO POR ALGUNA AFECCIÓN GENERAL O COMO COMPLICACION DE SU ENFERMEDAD BUCAL, DEBE SER TRATADO POR SU INTERNISTA - - PARA PONERLO EN LAS CONDICIONES QUE NECESITE, CABE SEÑALAR LAS MEDIDAS PREOPERATORIAS INDISPENSABLES A TODO ACTO QUIRÚRGICO, - QUE SON POR OTRA PARTE, EXTREMADAMENTE SIMPLES, ESTAS MEDIDAS- PREOPERATORIAS PUEDEN CLASIFICARSE EN GENERALES, QUE SON LAS- QUE SE REFIEREN AL ORGANISMO TOTAL, Y LOCALES, LAS QUE SE - - REALIZAN EN EL CAMPO OPERATORIO, ANTES DE NUESTRA INTERVENCIÓN.

LA ANTIBIOTICOTERAPIA, COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN ANTES - DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO, ES UNA UTIL MEDIDA QUE SE EMPLEA - EN LA ACTUALIDAD PARA COLABORAR EN EL BUEN EXITO DE LA INTER- VENCION, ESTO SIEMPRE Y CUANDO LA OPORTUNIDAD, INDICACION Y - DOSIS SEAN ADECUADAS.

MEDIDAS GENERALES.

LAS MEDIDAS PREOPERATORIAS MÁS IMPORTANTES QUE SEÑALARE- MOS EN NUESTRA PRÁCTICA, SON EXCLUSIVAMENTE DOS: EL EXAMEN DE ORINA Y EL TIEMPO DE COAGULACION Y SANGRÍA.

CONSIDERACIONES SOBRE LAS POSIBLES ALTERACIONES DE LA HEMOSTASIS: ESTUDIO CLINICO DEL PACIENTE. POR LO GENERAL, QUIEN HAYA TENIDO INCONVENIENTES HEMORRÁGICOS EN INTERVENCIONES ANTERIORES NOS PONDRÁ SOBRE AVISO, PERO SI ASÍ NO FUERE, AL EFECTUAR LA HISTORIA CLÍNICA PODEMOS AVERIGUAR LOS ANTECEDENTES SOBRE EL PARTICULAR Y EN CASO DE EXISTENCIA DE ANTERIORES SUCESOS SE PROFUNDIZARÁ EL EXAMEN EN LA MEDIDA QUE SEA NECESARIA. LA EXTRACCIÓN DENTARIA ES LA CAUSA MAS COMUN DE HEMORRAGIAS EN PACIENTES PREDISPUUESTOS, DEBIENDO EXAMINARSE CON ESTE MOTIVO LOS OTROS POSIBLES ANTECEDENTES HEMORRAGICOS: GINGIVITIS, EPISTAXIS, HEMATURIA, HEMOPTISIS, SALIDA EXCESIVA DE SANGRE ANTE TRAUMATISMOS AUN LEVES, FACIL PRODUCCION DE HEMATOMAS, EQUIMOSIS O PETEQUIAS. EN CASO DE HABER EXISTIDO HEMORRAGIAS, SE VALORARA SU INTENSIDAD, EL MOMENTO DE PRODUCCION Y LA TERAPEUTICA EMPLEADA PARA COHIBIRLA. SOLO EN CONTADAS OCASIONES SE LLEGARA A LA CONCLUSION DE QUE SE ESTÁ FRENTE A UNA DIÁTESIS HEMORRAGICA (HEMOPILIA, PÚRPURAS TROMBOPENICAS O VASCULARES, ETC.) O A UNA ENFERMEDAD HEMORRAGICA COMO LEUCEMIA, CIRROSIS HEPÁTICA, UREMIA, ETC., TODOS ESTOS ESTADOS NOS LLEVARAN A SOLICITAR LA CONSULTA MEDICA, PARA PROFUNDIZAR EL ESTUDIO CLÍNICO, Y PARA PODER CONTAR CON UN EXAMEN COMPLETO DE SU HEMOSTASIS.

EN LA MAYOR PARTE DE LOS CASOS CON ANTECEDENTES DE ESTE TIPO NO SERAN GRAVES, Y UNA MINUCIOSA TECNICA QUIRURGICA Y LOS APROPIADOS RECURSOS HEMOSTATICOS LOCALES SERAN SUFICIENTES.

TRATAMIENTO DE LAS DIÁTESIS HEMORRÁGICAS, MUY COMPLEJO RESULTARIA PRETENDER CONTEMPLAR AQUÍ TODAS LAS POSIBLES VARIANTES Y ELLO ESCAPA A LA ÍNDOLE DE ESTE TRABAJO. CUANDO LAS MANIOBRAS HEMOSTATICAS LOCALES NO SEAN SUFICIENTES PODREMOS RECURRIR A LA TERAPEUTICA GENERAL, LA QUE CONSISTIRA EN LA REPOSICION DEL FACTOR EN DEFECTO, POR MEDIO DE TRANSFUSIONES DE SANGRE TOTAL O PARTE DE ELLA QUE SEA NECESARIA.

PARA LA HEMOSTASIS LOCAL EFECTIVA CONTAMOS CON ELEMENTOS MECÁNICOS COMO LA SUTURA Y LA PRESIÓN (AMBAS EFECTIVAS); CONTAMOS TAMBIÉN CON ELEMENTOS QUÍMICOS, COMO LAS SUBSTANCIAS ESTÍPTICAS Y HEMOSTÁTICAS ORGÁNICAS, TALES COMO LA TROMBINA Y LA TROMBOPLASTINA QUE SE OBTIENE DE TEJIDOS QUE LA POSEEN EN ALTO GRADO DE CONCENTRACION, PRINCIPALMENTE LA PLACENTA HUMANA Y EL CEREBRO DE CONEJO.

EXAMEN DE ORINA. EL EXAMEN DE ORINA NOS INFORMA DE LA EXISTENCIA DE LOS ELEMENTOS NORMALES O ANORMALES. DENTRO DE LOS ELEMENTOS ANORMALES QUE PODRIAMOS ENCONTRAR TENEMOS A LA ALBÚMINA, LA GLUCOSA Y LA ACETONA, LAS CUALES EXIGEN UN TRATAMIENTO PREVIO.

MEDIDAS LOCALES.

ESTADO DE LA CAVIDAD BUCAL. PARA REALIZAR UNA OPERACION EN LA CAVIDAD BUCAL SE EXIGE QUE ÉSTA SE ENCUENTRE EN CONDICIONES OPTIMAS DE LIMPIEZA. EL TÁRTARO, LAS RAÍCES Y LAS PIEZAS CARIADAS, SERAN EXTRAÍDAS U OBTURADAS. SE EXCEPTUA DE ESTA MEDIDA, DESDE LUEGO, CUANDO LA EXTRACCIÓN DE DICHAS RAICES O DIENTES CONSTITUYE EL OBJETO PRINCIPAL DE LA OPERACIÓN.

LAS AFECCIONES EXISTENTES EN LAS PARTES BLANDAS DE LA CAVIDAD BUCAL CONTRAINDICAN UNA OPERACION, SIEMPRE QUE ÉSTA NO SEA DE GRAN URGENCIA. NOS REFERIMOS A LAS GINGIVITIS Y A LAS ESTOMATITIS Y EN ESPECIAL A LAS ÚLCERO-MEMBRANOSAS, TERRENO EXTRAORDINARIAMENTE MALO PARA CUALQUIER OPERACION Y QUE NECESITAN UN TRATAMIENTO PREVIO.

EN CUANTO A LAS LESIONES TUBERCULOSAS Y SIFILÍTICAS (CHANCRO Y LAZARILLOSAS) CONTRAINDICAN TODA OPERACION EN LA BOCA, POR EL PELIGRO QUE SIGNIFICAN INCISIONES SOBRE TALES LESIONES Y EL CONTAGIO QUE PROPORCIONA EL OPERADOR.

AUN EN ESTADO NORMAL, LA BOCA, ANTES DE UNA OPERACION EN ELLA, DEBE SER CUIDADOSAMENTE LAVADA CON UNA SOLUCION DE AGUA -- OXIGENADA (EN ATOMIZADOR), O SOLUCION JABONOSA QUE SE PREPARA -- DILUYENDO JABON LIQUIDO Y AGUA OXIGENADA, EN UN VOLÚMEN DE DIEZ -- VECES MAYOR DE AGUA. ESPECIAL DEDICACION HAY QUE PRESTARLE A LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS, LAS LENGUETAS GIGIVALES Y LOS CAPUCHONES DE LOS TERCEROS MOLARES, ESTAS REGIONES SERAN LAVADAS CON UNA SOLUCION DE AGUA OXIGENADA O CON UN ANTISÉPTICO CUALQUIERA Y PINTADAS CON TINTURA DE MERTHIOLATO ANTES DE LA OPERACION. ESTAS MEDIDAS ANTISEPTICAS PREOPERATORIAS, COLOCARAN LA CAVIDAD BUCAL EN UNA CONDICION OPTIMA, PARA REALIZAR EN ELLA UNA INTERVENCION Y DISMINUIR EN UN ALTO PORCENTAJE LOS RIESGOS Y LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

CONSIDERACIONES RADIOLOGICAS PREOPERATORIAS.

EL EXAMEN RADIOLOGICO PREQUIRURGICO DEBE ESTUDIAR UNA SERIE DE PUNTOS DE INTERES:

EL PROCESO PERIAPICAL, BAJO ESTE TITULO DEBE CONSIDERARSE -- LA CLASE Y EXTENCIÓN DEL PROCESO, LAS RELACIONES CON LAS FOSAS -- NASALES, CON LOS DIENTES VECINOS Y CON LOS CONDUCTOS Y ORIFICIOS -- ÓSEOS. SE DEBE REALIZAR CON PRECISIÓN EL DIAGNOSTICO DEL PROCESO -- PERIAPICAL PARA SABER DE ANTEMANO LA CLASE DE LESION QUE ENCONTRAREMOS DESPUES DE TREPANAR EL HUESO. LA EXTENCION DEL PROCESO ES -- DE SUMA IMPORTANCIA YA QUE PODEMOS APRECIAR SI ESTÁ UBICADO SOLAMENTE SOBRE EL DIENTE A TRATAR O SE EXTIENDE SOBRE EL ÁPICE DEL -- DIENTE VECINO. ES IMPORTANTE TAMBIÉN CONOCER LA RELACION CON LAS FOSAS NASALES, PARA NO INVADIR ESTA REGION EXTEMPORANEAMENTE. LA -- RELACIÓN DEL PROCESO CON LOS DIENTES VECINOS PUEDE DESCUBRIRSE -- RADIOGRAFICAMENTE. ES MENESTER RECORDAR EN EL ACTO OPERATORIO, -- LA UBICACION DE LOS APICES VECINOS CON EL OBJETO DE NO LESIONAR -- EL PAQUETE VASCULONERVIOSO CORRESPONDIENTE. EL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR PUEDE SER TOMADO EN MUCHAS OCAIONES (LO MISMO PASA CON EL AGUJERO MENTONIANO) POR UN ELEMENTO PATALOGICO. LA PROYECCION -- DE LOS RAYOS UBICA AL CONDUCTO SOBRE EL ÁPICE RADICULAR; UNA --

RADIACIONES TOMADA DESDE OTRO ANGULO SALVA EL ERROR.

UN DIENTE QUE HA SIDO ATACADO POR CARIES Y HA DESTROYDO GRANDES PORCIONES DE LA RAIZ O EL CONDUCTO PULVARICO PUEDE HALLARSE ENORMEMENTE ENSANCHADO POR TRATAMIENTOS PREVIOS, QUE DAN A LA RAIZ UNA GRAN FRAGILIDAD.

ESTADO DEL PARADENCIO, RESORCION DEL HUESO POR PARADENTOSIS, COMO YA FUE DICHO ANTES, PUEDE CONTRAINDICAR LA OPERACION.

ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

ASEPSIA.

ES EL CONJUNTO DE MEDIOS DE QUE NOS VALEMOS PARA EVITAR LA LLEGADA DE GÉRMINES AL ORGANISMO, PARA ASÍ PREVENIR CUALQUIER INFECCION, YA SEA EN CIRUGÍA BUCAL COMO EN CUALQUIER OTRO CAMPO DE LA CIRUGÍA GENERAL. EL USO DE LOS ANTIBIOTICOS NO DEBE DISMINUIR EL CUIDADO METICULOSO EN LA ASEPSIA YA QUE LA INFECCION DE UNA HERIDA PUEDE ACARREAR EL FRACASO COMPLETO DE LA OPERACION O CUÁNDO MENOS PROLONGAR EL PROCESO DE CURACION.

LA CAVIDAD BUCAL NUNCA ESTÁ QUÍMICAMENTE LIMPIA, SIN EMBARGO SE PUEDE EVITAR LA MAYOR PARTE DE LA CONTAMINACION ANTES DE LA INTERVENCION. Y ANTES DE CUALQUIER EXTRACCIÓN SENCILLA, DEBE LIMPIARSE BIEN Y APLICARSE UN ANTISEPTICO EN TODAS PARTES DE LA BOCAL. TODOS LOS INSTRUMENTOS DEBEN SER ESTERILIZADOS Y COLOCADOS EN UNA GUARDIA CUBIERTA POR UNA TOALLA ESTERIL. EN LA REGION ORAL NO SE DEBEN INTRODUCIRSE GASAS O ESPONJAS ESTERTILES. LAS MANOS DEL OPERADOR DEBEN ESTAR LIMPIAS. LAS MANOS Y LOS CODOS, DEBEN CEPILLARSE CUIDADOSAMENTE CON AGUA Y JABON Y SE DEBE DAR ATENCION ESPECIAL A LAS UNAS. EN CIRUGIA ES COSTUMBRE CEPILLAR LAS MANOS Y LOS BRAZOS HASTA LOS CODOS DURANTE 10 MINUTOS, ENJUAGÁNDOSE FRECUENTEMENTE CON AGUA CORRIENTE, DESPUES DE LO CUAL LAS MANOS Y LOS BRAZOS SE LAVAN CON ALCOHOL ANTES DE PONERSE LA BATA ESTERIL, QUE ABROCHARÁ LA ENFERMERA. EN CIRUGIA MAYOR DE LA BOCA TODOS LOS CAMPOS DEBEN SER ESTERTILES. EL OPERADOR Y SUS AYUDANTES

DEBEN LLEVAR CUBREBOCAS, GORROS, PATAS Y GUANTES DE HULE --
TAMBIEN ESTERILES.

LAS MEDIDAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE, DEBERÁN LLEVARSE
A CABO RIGUROSAMENTE, YA QUE LA INFECCION ES EL FACTOR MAS --
FRECUENTE DEL FRACASO DEL HECHO QUIRURGICO.

ANTISEPSIA.

ES EL CONJUNTO DE MEDIOS POR LOS CUALES DESTRUIMOS LOS-
GERMENES YA EXISTENTES. EL MODO COMO ACTUAN LOS ANTISEPTICOS-
SOBRE LOS GÉRMENES ES OXIDANDO Y COAGULANDO LA SUBSTANCIA --
ALBUMINOIDEA QUE CONSTITUYE EL ORGANISMO MICROBIANO DETERMINAN-
DO ASI SU MUERTE. NO SE HA ENCONTRADO AUN EL ANTISEPTICO --
IDEAL, QUE SERIA AQUEL QUE DOTADO DE ACCION SELECTIVA SOBRE --
LOS GÉRMENES, RESPETARA LOS TEJIDOS Y A LA VEZ FAVORECIERA --
LAS DEFENSAS FISIOLÓGICA DE LOS MISMOS.

COMO TODA INTERVENCION QUIRURGICA EXIGE PARA SU EXITO --
RIGUROSA ASEPSIA Y ANTISEPSIA, ES DE MUCHA IMPORTANCIA CONOCER
LOS MEDIOS DE QUE NOS VALEMOS PARA LOGRARLO.

ESTERILIZACION DE LOS INSTRUMENTOS Y ACCESORIOS.

ESTA PUEDE LLEVARSE A CABO POR MEDIO DE AGENTES FISICOS --
O QUIMICOS.

A. AGENTES FISICOS.

- 1.- VAPOR A PRESTON.
- 2.- CALOR SECO
- 3.-EQUIPO DE ULTRASONIDO

B. AGENTES QUIMICOS

- 1.- OXIDO DE ETILENO.
- 2.-CLORURO DE BENZALCONIO
- 3.- ALCOHOL.
- 4.- TINTURA DE YODO
- 5.- TINTURA DE MERTIOLATO.

VAPOR A PRESION AUTOCLAVE, ES EL APARATO DE PREFERENCIA PARA LA ESTERILIZACION. Y GENERALMENTE DESTRUYE TODOS LOS ORGANISMOS QUE FORMAN ESPORAS Y LOS HONGOS. PROPORCIONA CALOR HUMEDO EN FORMA DE VAPOR SATURADO A PRESION. LA COMBINACION DE HUMEDAD Y CALOR ES EL MEDIO MAS EFICAZ PARA DESTRUIR BACTERIAS. BAJO CIRCUNSTANCIAS NORMALES UNA TEMPERATURA DE 121°C APLICADA DURANTE 15 MINUTOS ES SUFICIENTE PARA DESTRUIR TODA CLASE DE VIDA. A MAYOR TEMPERATURA LA ESTERILIZACION ES MAS RAPIDA, -- NECESITANDO SOLO 10 MINUTOS A 126°C, 3 MINUTOS A 134°C Y UNICAMENTE ALGUNOS SEGUNDOS A 150°C. EN LA PRACTICA SE REQUIERE -- TIEMPO ADICIONAL PARA QUE ESTA TEMPERATURA LLEGUE HASTA EL CENTRO DE LOS PAQUETES GRUESOS DE APOSITOS O RECIPIENTES DE LIQUIDOS. LA OPERACION DEL AUTOCLAVE SOLO REQUIERE SER GOBERNADA -- POR EL TERMOMETRO, YA QUE LA PRESION AUMENTA CON LA TEMPERATURA; ASI 121°C CORRESPONDEN A 15 LB. DE PRESION AL NIVEL DEL -- MAR.

LA PRINCIPAL DESVENTAJA DEL VAPOR A PRESION ES SU EFECTO SOBRE LA SUPERFICIE DE LOS METALES, LOS INSTRUMENTOS CORTANTES PIERDEN SU FILO Y SE MANCHAN DESPUES DE HABER SIDO COLOCADOS -- REPETIDAS VECES EN EL AUTOCLAVE. POR LO TANTO LOS INSTRUMENTOS CORTANTES SUELEN SER ESTERILIZADOS POR OTROS METODOS.

LOS INSTRUMENTOS QUIRURGICOS DEBERAN SER LIMPIADOS TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE UNA VEZ EMPLEADOS, YA SEA POR LAVADO-MANUAL O CON UN LIMPIADOR ULTRASONICO PARA EVITAR QUE LA SANGRE Y OTROS RESIDUOS SE SEQUEN SOBRE LA SUPERFICIE.

OTROS MATERIALES UTILIZADOS PARA ENVOLVER LOS INSTRUMENTOS ES LA TELA YA QUE ESTA PUEDE VOLVERSE A UTILIZAR EN OTRAS OCASIONES. ES DE BAJO COSTO Y PERMITE EL LIBRE PASO DEL VAPOR. LA PELICULA DE NYLON ESPECIALMENTE PREPARADA Y LOS MATERIALES ADECUADOS PARA ENVOLVER PERMITEN QUE EL VAPOR PASE LIBREMENTE A TEMPERATURAS DE ESTERILIZACION E IMPIDEN EL PASO DE MICROORGANISMOS CUANDO SE ENVIAN A TEMPERATURA AMBIENTE. LOS PAQUETES PUEDEN SER FIJADOS CORRECTAMENTE CON UNA CINTA TERMOSENSIBLE. LA CINTA DEBERIA DE SER FIJADA EN EL -- --

AUTOCLAVE. DEBEMOS DE INCLUIR UN TROZO DE ESTA TELA EN EL CENTRO DE LOS PAQUETES GRANDES O VOLUMINOSOS DE INSTRUMENTOS O APOSITOS COMO UNA PRUEBA DE ESTERILIZACION SATISFACTORIA.

CALOR SECO. AL SECARSE LAS PROTEINAS SU RESISTENCIA DE -- DESNATURALIZACION AUMENTA, POR LO QUE EL CALOR SECO ESTERILIZA -- MENOS EFICAZMENTE QUE EL CALOR HÚMEDO A TEMPERATURA DADA. LA ES-- TERILIZACION EN SECO SUELE HACERSE EN HORNOS; COMO EL AIRE CALIEN-- TE ES UN MAL CONDUCTOR DEL CALOR, LOS GRANDES BULTOS TARDAN MUCHO TIEMPO EN ALCANZAR LAS TEMPERATURAS DE ESTERILIZACION. LA TEMPE-- RATURA RECOMENDADA ES DE 160°C DURANTE NO MENOS DE 2 HORAS, A ES-- TA TEMPERATURA LAS TELAS Y EL CAUCHO SE DEBILITAN, SE ARRUINAN -- Y CAMBIAN DE COLOR. SIN EMBARGO EL CALOR SECO ES UN MÉTODO SATIS-- FACTORIO PARA ESTERILIZAR INSTRUMENTOS CUANDO ES INDISPENSABLE -- CONSERVAR LA ARISTA CORTANTE, DE LOS INSTRUMENTOS DE CORTE.

ESTERILIZADORES ULTRASONICOS. LOS MICROBIOLOGOS HAN UTILIZA-- DO EQUIPOS DE ULTRASONIDO CON EL OBJETO DE FRACTURAR LAS PAREDES-- CELULARES DE LOS MICROORGANISMOS. SE HAN EMPLEADO DIVERSAS FRECU-- ENCIAS DE ONDAS SONORAS PARA ATACAR A DIFERENTES TIPOS DE GÉRME-- NES. RECIENTEMENTE HA APARECIDO EN EL COMERCIO, CON DESTINO AL CONSULTO-- RIO DENTAL UN TIPO DE EQUIPO ULTRASÓNICO DE FRECUENCIAS ELEVADAS, -- QUE NO SOLO LIMPIAN EL INSTRUMENTAL, SINO QUE LO DESCONTAMINAN Y -- ESTERILIZAN.

ESTE EQUIPO MATA LAS BACTERIAS, VIRUS Y ESPORAS EN SOLO -- CINCO MINUTOS.

OXIDO DE ETILENO. ES UN GAS QUE ES LETAL PARA TODAS LAS -- BACTERIAS, ESPORAS Y VIRUS. NO ES CORROSIVO NI ATACA LOS TEJIDOS, GOMA O PLÁSTICOS, SIEMPRE QUE SE UTILICE DE ACUERDO CON LAS -- INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE. LOS INSTRUMENTOS HAN DE ESTAR LIM-- PIOS Y LIBRES DE RESIDUOS, SANGRE O MOCO. LA ESTERILIZACION CON -- GAS REQUIERE MAS TIEMPO QUE POR EL VAPOR A PRESION PERO MENOS --- QUE POR EL CALOR SECO (45 MINUTOS A 500°C) SI SE TRATA DE METAL -- O VIDRIO. LOS MATERIALES SENSIBLES AL CALOR, QUE HAN DE SER SOME-- TIDOS A LA ACCION DEL GAS A LA TEMPERATURA AMBIENTE, REQUIEREN -- DE 3 A 12 HORAS SEGUN EL TIPO Y NATURALEZA DEL MATERIAL QUE SE

REQUIERE ESTERILIZAR.

OTROS AUTORES COMO DANIEL E. WAITE AFIRMAN QUE MATERIALES - COMO CAUCHO Y PLASTICO, ABSORBEN FACILMENTE EL OXIDO DE ETILENO - POR LO QUE SE REQUIERE UN TIEMPO CONSIDERABLE PARA LA ELIMINACION DEL GAS ANTES DE SER UTILIZADOS YA QUE DE NO SER ASI LOS TEJIDOS - SON SUSCEPTIBLES DE SER LESIONADOS POR EL GAS QUE ES ALTAMENTE --- REACTIVO. NO OBSTANTE SUS LIMITACIONES, EL OXIDO DE ETILENO PROPORCIONA UNA VENTAJA IMPORTANTE PARA LA ESTERILIZACION, ESPECIALMENTE CUANDO SE TRATA DE INSTRUMENTOS CORTANTES O DELICADOS.

PREMEDICACION DEL PACIENTE.

LA PREMEDICACION ES DESCUIDADA MUCHAS VECES EN LAS ANESTESIAS LOCALES, PERO DEBEMOS TOMAR EN CUENTA QUE ES UN PODEROSO -- COADYUVANTE PARA SU EXITO. GENERALMENTE EL TRATAMIENTO DE APICECTOMIA, NO SIEMPRE HACE NECESARIA LA PREMEDICACION DE LOS PACIENTES CUANDO ESTOS SON PERSONAS EQUILIBRADAS Y NO PRESENTAN NINGUN TIPO- DE ALTERACION NERVIOSA. DADO QUE LA INTERVENCION NO ES DE MUY LAR- GA DURACION NI MUY PENOSA, SIN EMBARGO ALGUNAS OCASIONES ENCONTRA- MOS PACIENTES SUMAMENTE NERVIOSOS Y PUSILAMINES, EN CASOS COMO - - ESTE, LA PREMEDICACION DEBERÁ INICIARSE EN LA VISPERA DE LA OPE- RACION, ADMINISTRANDO UN SEDANTE QUE LE PERMITA DORMIR LA NOCHE - ANTERIOR A LA OPERACION QUE EFECTUAREMOS Y ASI EVITAR LA IRRITABILIDAD QUE OCASIONA UNA NOCHE DE INSOMNIO. ADEMAS LA ADMINISTRACION- DE CIERTOS MEDICAMENTOS ANTES DE LAS ANESTESIAS TRONCULARES - - - AYUDA Y MEJORA SUS EFECTOS, ASI COMO TAMBIEN PUEDE CONTRIBUIR A - LA DISMINUCION DE DOLORES POSTOPERATORIOS.

COMO MEDICAMENTOS PREANESTISICOS PUEDEN ADMINISTRARSE: BAR- BITURICOS POR VIA ORAL O LA MORFINA-ATROPINA POR VIA ENDOVENOSA- O SUBCUTANEA. LOS BARBITURICOS SE CLASIFICAN EN: BARBITURICOS DE ACCION PROLONGADA, DE ACCION INTERMEDIA, CORTA Y DE ACCION ULTRA- CORTA. SU ACCION FUNDAMENTAL ES LA DE CAUSAR DEPRESION NO SELEC- TIVA AL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (PARALISIS DESCENDENTE) QUE - - SEGUN LA DOSIS, PUEDE IR DESDE LA SEDACION HASTA LA ANESTESIA -

GENERAL O EL COMA Y AUN LA MUERTE POR PARALISIS DEL CENTRO RESPIRATORIO.

LA SEDACION SE PRODUCE CUANDO SE ADMINISTRAN PEQUEÑAS DOSIS - DE BARBITURICOS, Y ALIVIAN LOS CASOS DE ANSIEDAD, TENSION EXITACION-PSIQUICA , PSICOMOTORA EN INDIVIDUOS NORMALES O NEUROTICOS. A DIFERENCIA DE LOS TRANQUILIZANTES, DICHA SEDACION IMPLICA CIERTO GRADO-DE EMBOTAMIENTO INTELECTUAL, CON DISCRETA DISMINUCION DE LA ATENCION, MEMORIA Y JUICIO. SON HIPNOTICOS A MEDIANAS DOSIS, FACILITAN LA -- ACCION DE LAS DROGAS ANALGESICAS (ASPIRINA, AMINOPIRINA, CODEINA).

LA PREMEDICACION CONSISTE EN ADMINISTRAR: SECONAL SODICO, -- HEXOBARBITAL (EVIPAN) O ETINAMATO (VALMID) PARA LA SEDACION Y RELAJACION Y BANTINA O SULFATO DE ATROPINA PARA EL CONTROL DE LA SALIVACION. LA ACCION DEL SECONAL SODICO COMIENZA ENTRE LOS 20 Y 30 MINUTOS Y SE MANTIENE EFECTIVA DURANTE 4 A 5 HORAS; EL HEXOBARBITAL EN DOSIS DE 260 MG. ES UN BARBITURICO DE ACCION CORTA AL IGUAL QUE -- EL SECOBARBITAL SODICO (SECONAL SODICO) Y SE MANIFIESTA A LOS 15 O 20 MINUTOS Y SE PROLONGA ALREDEDOR DE 3 O 4 HORAS; EL ETINAMATO ESTAMBIEN DE ACCION RAPIDA, SU EFECTO COMIENZA A LOS 15 O 20 MINUTOS- PERO SU ACCION PERSISTE SOLO DURANTE 2 HORAS APROXIMADAMENTE. Es -- PREFERIBLE EMPLEAR SECOBARBITAL SODICO SI EL PACIENTE HABRA DE -- CONducIR UN AUTOMOVIL O DESEMPAR SUS ACTIVIDADES INMEDIATAMENTE --- DESPUES DE LA OPERACION. Es EL SECOBARBITAL SODICO EL QUE PRODUCE -- EFECTOS SEDANTES MAS PROFUNDOS Y EL ETINAMATO LOS MAS SUAVES. LA -- BANTINA PUEDE USARSE EN LOS CASOS EN QUE ESTA CONTRAINDICADA LA --- ATROPINA, TALES COMO: PRESION ARTERIAL ALTA O GLAUCOMA, PERO ES - --- ALGO MENOS EFECTIVA QUE ESTA. CUANDO LA OPERACION SE REALIZA POR EL METODO INMEDIATO, GROSSMAN GENERALMENTE EMPLEA EL SECONAL SODICO Y- LA BANTINA DE ACUERDO A LA SIGUIENTE PREESCRIPCION:

- SECONAL SODICO..... 0.1 GRAMO
 - BANTINA..... 0.050 GRAMOS
- (INGERIR LA CAPSULA 15 MINUTOS ANTES DE LA CITA),

PARA NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS, DEBE ADMINISTRARSE SOLAMENTE - LA MITAD DE LA DOSIS MENCIONADA, O TAMBIEN ELIXIR DE SECONAL, UNA - CUCHARADA DE TE POR CADA 10 KILOGRAMOS DE PESO. EL PROMEDIO DE LOS

NIÑOS REQUERIRA DE 3 A 4 CUCHARADAS DE TE, EQUIVALENTE A 15 C.C. - O 1 CUCHARADA DE SOPA, PARA EL MOMENTO EN QUE SE REALICE LA RESECCION, HABRA TRANSCURRIDO MEDIA HORA O MAS DESDE QUE EL PACIENTE TOMO LA CAPSULA; Y EL SECONAL Y LA BANTINA HABRAN ALCANZADO SU MAXIMA ACCION. LA ADMINISTRACION DE LA CAPSULA INMEDIATAMENTE ANTES DE COMENZAR LA OPERACION IMPIDE QUE EL PACIENTE ALCANCE EL MAXIMO GRADO DE SEDACION. SI SE SUSTITUYE EL SECOBARBITAL SODICO POR EL HEXOBARBITAL, ESTE SE ADMINISTRARA UNOS 15 MINUTOS ANTES DE LA INTERVENCION SI ELLA HABRA DE REALIZARSE EN UNA ETAPA O JUSTO ANTES DE OBTURAR EL CONDUCTO SI FUERA EN DOS.

CUANDO LA INTERVENCION SE VA A REALIZAR EN DOS TIEMPOS, O SE DESEA UNA SEDACION BREVE, PUEDE ADMINISTRARSE ETINAMATO 15 MINUTOS ANTES DE LA MISMA. PUEDE PRESCRIBIRSE LA FORMULA SIGUIENTE, ADMINISTRANDO YA SEA BANTINA O ATROPINA JUNTO CON EL ETINAMATO; SIN EMBARGO, EN LA MAYORIA DE LOS CASOS EL OPERADOR MISMO QUERRA ADMINISTRAR LAS TABLETAS INMEDIATAMENTE ANTES DE LA INTERVENCION, A FIN DE LOGRAR EL MAXIMO EFECTO DE LA MEDICACION EN EL MOMENTO EN QUE EL ANESTESICO PRESENTE SU EFECTO Y EL OPERADOR ESTE LISTO PARA COMENZAR LA RESECCION:

- ETINAMATO (VALMID)..... 0,5 GRAMOS
 - SULFATO DE ATROPINA..... 0,65 MGRS.
- (INGERIR LA TABLETA 15 MINUTOS ANTES DE LA CITA).

TAMBIEN PODEMOS DECIR, QUE UNA BUENA MEDICACION PREOPERATORIA SE OBTIENE CON LA COMBINACION DE BARBITURICOS Y UN ANTISIALOGOGO COMO: PENTOBARBITAL SODICO Y EL SULFATO DE ATROPINA. POR REGLA GENERAL SE ADMINISTRAN: 0,097 GRS. DE BARBITURICO EN LA NOCHE ANTERIOR A LA OPERACION; AL DIA SIGUIENTE, UNA HORA ANTES DE LA OPERACION, SE DAN NUEVAMENTE: 0,097 GRS. DE BARBITURICO Y 0,0043 GRS. DE ATROPINA. LA DOSIS VARIA DE ACUERDO CON LA EDAD, TAMAÑO Y CONDICIONES FISICAS DEL PACIENTE. LOS NIÑOS Y LOS PACIENTES DE EDAD VANZADA REQUERIRAN DOSIS MENORES A LAS ENUNCIADAS. CUANDO SE PRESENTEN CASOS DIFICILES PODEMOS SUSTITUIR LOS BARBITURICOS CON MORFINA A LA SIGUIENTE DOSIS:

- MORFINA..... 0,015 GRAMOS
O BIEN: DEMEROL. 75 A 100 MGRS.

ESTOS BRINDAN MEJORES RESULTADOS QUE LOS BARBITURICOS, -
PUDIENDOSE REDUCIR ESTA DOSIS CUANDO EL MEDICO TRATANTE LO ---
CONSIDERE OPORTUNO.

LOS PACIENTES QUE HAN RECIBIDO ALTAS DOSIS DE SEDANTES-
DEBEN LLEGAR Y SALIR ACOMPAÑADOS DEL CONSULTORIO. SE PERMITE -
UNDESAYUNO O UNA COMIDA LIGEROS 2 HORAS ANTES DE LA CIRUGIA,-
SI ESTA SE REALIZA CON ANESTESIA LOCAL. CUANDO SE EFECTUE BAJO
ANESTESIA GENERAL EL PACIENTE DEBERA ESTAR EN AYUNO POR LO --
MENOS 6 HORAS ANTES DE LA INTERVENCION.

CAPITULO IV

TRANSOPERATORIO.

ACTUALMENTE SE EMPLEAN VARIAS TECNICAS PARA REALIZAR UNA APICECTOMIA, QUE SOLO DIFIEREN EN DETALLES. UNOS PREFIEREN OBTURAR EL CONDUCTO INMEDIATAMENTE ANTES DE LA OPERACION, MIENTRAS QUE OTROS LO OBTURAN, DURANTE LA INTERVENCION MISMA, UNA VEZ EXPUESTO Y REMOVIDO EL APICE; HAY QUIENES PREFIEREN UN TIPO DE COLGAJO Y QUIENES PREFIEREN OTRO; UNOS ELIMINAN LA TABLA OSEA CON CINCELES Y OTROS EMPLEAN LA FRESA; ALGUNOS APLICAN NITRATO DE PLATA EN EL APICE, OTROS NO LO APLICAN;-- UNOS COLOCAN SULFAMIDAS O ANTIBIOTICO EN LA HERIDA Y OTROS NO; ALGUNOS SON PARTIDARIOS DE LA SUTURA Y OTROS NO LA CONSIDERAN NECESARIA Y EMPLEAN UN TAPONAMIENTO DE GASA. CUALQUIERA QUE SEA LA TECNICA EMPLEADA, SI SE LE REALIZA CON CONOCIMIENTOS Y HABILIDAD Y SE SELECCIONA EL CASO CUIDADOSAMENTE, LA INTERVENCIÓN DARA BUENOS RESULTADOS.

EVIDENTEMENTE EXISTE UN CONCEPTO ERRONEO ENTRE LOS PROFESIONALES QUE SOSTIENEN LA NECESIDAD DE OBTENER CULTIVOS NEGATIVOS DEL CONDUCTO ANTES DE HACER UNA APICECTOMIA. SI ESTE REQUISITO FUESE NECESARIO, SE PODRIAN EFECTUAR MUY POCAS APICECTOMIAS, PUES EN GENERAL ELLAS SE RESERVAN ÚNICAMENTE PARA CASOS DIFICULTOSOS CUANDO NO SE ESPERA RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO RADICULAR CORRIENTE. LOS CULTIVOS SON INNECESARIOS, PUES LA PARTE MÁS VULNERABLE DE LA RAÍZ (LOS 2 O 3 MM DEL APICE) ES REMOVIDA Y EL HUESO CURETEADO DURANTE LA INTERVENCION.

EN PRESENCIA DE SÍNTOMAS AGUDOS COMO DOLOR O TUMEFACCION, DEBE OBTENERSE ACCESO AL CONDUCTO, REMOVER LOS RESTOS PULPARES, EN CASO DE QUE EXISTAN Y DEJAR EL CONDUCTO ABIERTO PARA FACILITAR EL DRENAJE HASTA QUE REMITA TODA LA SINTOMATOLOGÍA. LA RESECCIÓN SE HARÁ POSTERIORMENTE EN UNA O EN DOS ETAPAS.

LA APICECTOMIA INMEDIATA O INTERVENCION EN UNA ETAPA, -
 ES UNA FORMA DE RESECCIÓN EN QUE LA PREPARACION BIOMECANICA, -
 LA IRRIGACION, LA ASEPSIA Y LA OBTURACION DEL CONDUCTO VAN -
 INMEDIATAMENTE SEGUIDAS DE LA INTERVENCION QUIRURGICA.

INSTRUMENTAL REQUERIDO PARA LA APICECTOMIA.

PARA REALIZAR ESTE TIPO DE INTERVENCION DEBEMOS TENER -
 A LA MANO LO SIGUIENTE: UNA JERINGA TIPO CARPULE, DOS O MÁS -
 CARTUCHOS DE ANESTESIA, GROSSMAN PREFERE XILOCAINA AL 2% CON
 EPINEFRINA AL 1 : 50 000 PARA LA ANESTESIA INFILTRATIVA, CON --
 EPINEFRINA AL 1:100 000 PARA LA ANESTESIA REGIONAL, UN MANGO -
 DE BISTURÍA BARD-PARKER CON HOJA NÚMERO 15, UN SEPARADOR DE SENN
 O FARAVAUD O DE LANGEBECK O MEAD, UN CINCEL DE MANO BUCKLEY -
 NÚMERO 2 PARA HUESO, UNA LEGRA, UNA CURETA HUFRIEDY NÚMERO 9 -
 RECTA Y NÚMERO 11 CURVA, DOS FRESAS REDONDAS NÚMERO 5 CUATRO -
 FRESAS PARA FISURA NÚMERO 558 O 702 Y DOS NÚMEROS 557 O 701,-
 UN PORTAAGUJAS DE 12 CENTÍMETROS, UNA AGUJA SEMICIRCULAR DE -
 LANNÉ NÚMERO 3 ENHEBRADA CON UNOS 45 CENTRÍMETOS DE SEDA - --
 QUIRURGICA NEGRA DE 000 O DE SUTURA ATRAUMÁTICA NÚMERO X 43 A,
 UNA PINZA PARA DISECCIÓN, UN PAR DE TIJERAS PARA SUTURA, ESPON
 JA DE GELATINA, UN ASPIRADOR QUIRURGICO Y GASA ESTERIL O ROLLOS
 DE ALGODON, ESPEJO BUCAL NÚMERO 4, UN EXPLORADOR ENDODONTICO,-
 JERINGA CON SUERO FISIOLÓGICO PARA IRRIGAR, RIÑÓN METÁLICO - -
 PARA DESPERDICIOS. PARA LA OBTURACIÓN RETROGRADA NECESITAMOS:-
 UN PORTAAMALGAMAS Y DOS EMPACADORES, UNO LARGO Y OTRO PEQUEÑO;
 ASI MISMO DEBEN TENERSE DISPONIBLES ISÓPOS DE ALGODÓN Y VASOS-
 DAPPEN CON AGUA OXIGENADA Y ALCOHOL. EL AGUA OXIGENADA ES ÚTIL
 PARA LIMPIAR LA SANGRE COAGULADA DE LOS INSTRUMENTOS DURANTE LA
 OPERACIÓN, EL ALCOHOL SE TENDRÁ A LA MANO COMO MÉTODO DE EMER-
 GENCIA PARA ESTERILIZAR UN INSTRUMENTO FLAMEÁNDOLO DOS VECES-
 EN CASO DE SER NECESARIO. ADEMÁS TENDREMOS UNA LIMA ENDODÓNTI-
 CA, LA CUAL NOS PUEDE SERVIR PARA SABER LA LONGITUD DEL DIENTE
 Y MUCHAS VECES PARA INDICARNOS LA POSICION APROXIMADA DEL ÁPICE
 Y TENDREMOS TAMBIÉN UN ALAMBRE DOBLADO EN FORMA DE U QUE NOS --
 SERVIRÁ PARA LOS MISMOS FINES QUE LA LIMA ENDODÓNTICA.

TOPOGRAFIA DE LA SUPERFICIE

RARAS VECES DURANTE UNA APICECTOMÍA DEBE TOCARSE LA MUSCULATURA DEL MAXILAR O DE LA MANDÍBULA. LAS INSERCIONES MUSCULARES ESTÁN POR LO GENERAL POR ENCIMA DE LOS ÁPICES Y SOLO SE DESPLAZAN LIGRAMENTE CUANDO SE LEVANTA EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO DEL HUESO. EN LOS DIENTES ANTEROSUPERIORES DEBE CONSIDERARSE 3 INSERCIONES MUSCULARES: 1) POR ARRIBA DE LA RAÍZ DEL INCISIVO CENTRAL Y EN POSICIÓN LIGERAMENTE LATERAL SE ENCUENTRA EL MÚSCULO MIRTIFORME (DEPRESOR DEL ALA DE LA NARIZ); 2) POR ARRIBA -- DEL INCISIVO LATERAL SE ENCUENTRA EL MÚSCULO INCISIVO DEL LABIO SUPERIOR Y 3) ENTRE EL LATERAL Y EL CANINO SE OBSERVA EL MUSCULO TRANSVERSO DE LA NARIZ. EN EL MAXILAR INFERIOR LAS INSERCIONES DE LOS MÚSCULOS INCISIVOS DEL LABO INFERIOR Y DE LOS MUSCULOS DEL MENTÓN ESTÁN EN POSICION LATERAL CON RESPECTO AL FRENI--LLO. AMBOS MÚSCULOS INCISIVOS SON PORCIONES DEL MÚSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS. EL MÚSCULO BUCCIONADOR SE EXTIENDE HACIA ADELANTE HASTA LOS PREMOLARES, HACIA EL MÚSCULO ORBICULAR EN AMBOS MAXILARES. POR ÉSTO, LA INCISION DEBE SER HORIZONTAL, O PARALELA AL MÚSCULO BUCCIONADOR PARA NO LESIONAR SUS FIBRAS. AL OPERAR DIENTES ANTERIORES NO ENCONTRAREMOS PLANOS APONEURÓTICOS.

AL OPERAR UNA ZONA AMPLIA DE RAREFACCIÓN DE UN INCISIVO -- CENTRAL, ESPECIALMENTE CUANDO LA LÍNEA DEL LABIO ES BAJA, EL -- PISO DE LAS FOSAS NAALES PUEDE RESULTAR EXPUESTO DURANTE EL -- CURETAJE. DE IGUAL MANERA, AL INTERVENIR UN CANINO SUPERIOR O -- UN INCISIVO LATERAL, PUEDE ESTABLECERSE UNA COMUNICACIÓN CON EL -- SENO MAXILAR SI ÉSTE SE EXTIENDE MUCHO HACIA ADELANTE. LA APICEC TOMIA DE UN PREMOLAR SUPERIOR, EN ESPECIAL DEL SEGUNDO, FRECUEN-- TEMENTE PRESENTA EL RIESGO DE PENETRAR EN EL SENO. LAS RAICES BU-- CALES DE LOS MOLARES SUPERIORES ESTÁN APENAS CUBIERTAS POR UNA DEL GADA LÁMINA ÓSEA, LA QUE CON FRECUENCIA DESAPARECE CUANDO HA -- EXISTIDO UN PROCESO INFECCIOSO CRÓNICO.

EN EL MAXILAR INFERIOR LA TABLA ÓSEA QUE RECUBRE LOS --
 INCISIVOS, HABITUALMENTE ES DELGADO EXCEPTO CUANDO LAS RAICES--
 SE INCLINAN HACIA LINGUAL, MIENTRAS QUE SOBRE EL CANINO, CON --
 FRECUENCIA ES GRUESA Y COMPACTA. LA TABLA ÓSEA QUE CUBRE LOS --
 PREMOLARES INFERIORES TAMBIÉN ES GRUESA, PRESENTÁNDOSE MÁS --
 GRUESA SOBRE LOS MOLARES EN LOS QUE EN OCASIONES ALCANZA UN --
 ESPESOR DE 8 O MAS MM (SEGÚN GROSSMAN).

LA RESECCION DE LOS PREMOLARES INFERIORES OFRECE EL --
 RIESGO PERMANENTE DE LESIONAR EL NERVIO MENTONIANO, PROVOCAN--
 DO UNA PARESTÉSIA MIENTRAS QUE EN LOS PREMOLARES O MOLARES --
 CON RAICES LARGAS Y UN CONDUCTO DENTARIO INFERIOR AMPLIO, PUEDE
 TAMBIEN DETERMINAR UNA PARESTESIA.

ANESTESIA.

LA ANESTESIA ES DE CAPITAL IMPORTANCIA PARA REALIZAR --
 CON ÉXITO LA APICECTOMÍA. UN ALTO PORCENTAJE DE FRACASOS ES --
 CAUSADO POR ANESTESIAS INSUFICIENTES QUE NO PERMITEN REALIZAR--
 CON PULCRITUD LOS TIEMPOS OPERATORIOS. LA ANESTESIA TIENE QUE--
 REUNIR DOS CONDICIONES: EN PRIMER TERMINO, DEBE SER EFICAZ Y --
 EN SEGUNDO HA DE DAR LA SUFICIENTE ANEMIA DEL CAMPO OPERATORIO
 COMO PARA PODER REALIZAR UNA OPERACIÓN EN BLANCO.

LA ANESTESIA POR INFILTRACIÓN ES APROPIADA PARA LA MAYO--
 RÍA DE LOS CASOS DE APICECTOMÍA, EXCEPTO PARA LOS DIENTES POS--
 TEROINFERIORES; ES SUFICIENTE UN CARTUCHO DE 1.8 CC DE SOLU---
 CIÓN DE XILOCAÍNA AL 2% CON EPINEFRINA AL 1:50 000. SIN EMBAR--
 GO, LA ELECCIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA ES CUENTIÓN PERSONAL
 Y PUEDEN PREFERIRSE OTRAS SOLUCIONES IGUALMENTE EFICACES. EN --
 UNA CONFERENCIA CONJUNTA DE LA ASOCIACIÓN DENTAL AMERICANA Y --
 DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE CARDIOLOGÍA, SE ARRIBÓ A LA SI--
 GUIENTE CONCLUSIÓN: "LA CONCENTRACIÓN DE LOS VASO-CONSTRICTORES
 UTILIZADA POR LO COMÚN EN LAS SOLUCIONES PARA LA ANESTESIA LOCAL
 ODONTOLÓGICA, NO ESTÁ CONTRAINDICADA EN PACIENTES CON ENFERME--
 DADES CARDIOVASCULARES CUANDO LA ANESTESIA SE ADMINISTRA CUIDA--
 DOSAMENTE Y SE TIENE LA PRECAUCIÓN DE ASPIRAR CON LA JERINGA --

ANTES DE INYECTAR".

PARA ANESTESIAR LOS DIENTES ANTEROSUPERIORES SE INYECTA --
 POR LABIAL UN CARTUCHO DE SOLUCION ANESTESICA POR VIA SUPRAPE---
 RIÓSTICA O SUBPERIÓSTICA. SI SE INTERVIENE EN LA ZONA CENTRAL, --
 SE INYECTARÁ UNA PORCIÓN DE SOLUCIÓN ATRAVEZANDO EL FRENILLO --
 HACIA EL INCISIVO DEL LADO CONTRARIO DEL DIENTE A INTERVENIR, --
 ÉSTO CON EL OBJETO DE ANESTESIAR LAS FIBRAS NERVIOSAS QUE CRUZAN-
 LA LÍNEA MEDIA. ADEMÁS, DEBERÁ INYECTARSE PARA BLOQUEAR EL NERVIO
 NASOPALATINO. ESTA INYECCIÓN SE HARÁ FASILMENTE COLOCANDO LA --
 AGUJA A UN LADO DE LA PAPILA INCISIVA EN LUGAR DE ATRAVESARLA Y-
 EN DIRECCIÓN PARALELA AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE, TENIENDO-
 EN CUENTA LA INCLINACIÓN DE LA RAIZ, PARA LOS CANINOS SUPERIORES-
 SE PUEDE EMPLEAR LA TÉCNICA INFRAORBITARIA O LA INFILTRATIVA - --
 COMPLETÁNDOSE CON ANESTESIA EN LA BÓVEDA; PARA LOS PREMOLARES - -
 SUPERIORES SE EMPLEA LA TÉCNICA INFILTRATIVA ALTA Y DE LA BÓVEDA-
 SI SE EMPLEA ANESTESIA POR INFILTRACIÓN NO DEBE DISTENDERSE LOS TE
 JIDOS BLANDOS DURANTE LA INYECCIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA A FIN
 DE MANTENER LA TOPOGRAFIA NORMAL. SI LA INYECCIÓN SE HACE LENTAMEN
 TE, SE OBTENDRÁ UNA BUENA HEMOSTASIA Y UN CAMPO BIEN ANESTESIADO.

PARA ANESTESIAR DIENTES DEL MXILIAR INFERIOR, SE APLICA LA --
 INYECCIÓN DE LA SOLUCIÓN ANESTÉSICA EN EL AGUJERO MENTONIANO O SE-
 EMPLEA LA TÉCNICA INFILTRATIVA, EN CASO DE REALIZARSE VARIAS APICEC
 TOMÍAS Y EN PRESENCIA DE PROCESOS ÓSEOS EXTENSOS, DEBE PROCEDERSE -
 A REALIZAR ANESTESIA REGIONAL EN UNO O EN AMBOS LADOS. NO ES NECESA-
 RIA LA ANESTESIA POR EL LADO LINGUAL YA QUE ES SIEMPRE PELIGROSA. LA
 ANESTESIA PARA LOS CANINOS Y PREMOLARES SE REALIZA INYECTANDO LA -
 SOLUCIÓN A NIVEL DEL AGUJERO MENTONIANO, CON TÉCNICA INFILTRATIVA O-
 PARA MAYOR EXACTITUD SE REALIZARÁ LA ANESTESIA CON TÉCNICA TRONCULAR.
 EN CASO DE OPERAR BAJO ANESTESIA GENERAL, ES CONVENIENTE, CON FINES -
 HEMOSTATICOS, REALIZAR UNA ANESTESIA INFILTRATIVA, CON LO CUAL SE --
 OBTIENE EL EFECTO DESEADO.

INCISION.

ANTES DE HACER LA INCISION SE LLENA LA BOCA DEL PACIENTE - CON VARIAS COMPRESAS DE GASA Y SE LE PIDE QUE MUERTA. LUEGO -- SE COLOCAN OTRAS EN EL VESTÍBULO DE LA BOCA A AMBOS LADOS DEL DIENTE EN CUESTIÓN DEJANDO AL DESCUBIERTO LA ZONA A INTERVENIR; DE ESTE MODO SE EVITARÁ LA PENETRACIÓN DE SALIVA AL CAMPO OPERATORIO Y SE FACILITARÁ LA RELAJACIÓN DE LOS LABIOS. CUANDO SE OPERA EN EL MAXILIAR INFERIOR, RESULTA PRÁCTICO DOBLAR UNA SERVILLETA DE 5x5 CM. Y COLOCARLA DEBAJO DE LA LENGUA PARA BLOQUEAR EL CONDUCTO DE LA GLÁNDULA SUBLINGUAL. LUEGO SE LIMPIA LA MUCOSA, LOS DIENTES Y LA SUPERFICIE INTERNA DE LOS LABIOS - CON UN ANTISEPTICO ADECUADO.

DE LAS DIVERSAS INCISIONES PRECONIZADAS POR VARIOS -- AUTORES, MENCIONAREMOS SOALMENTE TRES Y QUE APLICAMOS EN LOS CASOS EN QUE PARA NOSOTROS ESTÁN INDICADAS, ESTAS SON: LA INCISIÓN DE WASSMUND, LA DE PARTSCH Y LA DE ELKAN-NEWMAN.

LA INCISIÓN DE WASSMUND, PERMITE LOGRAR LOS POSTULADOS - QUE PARA LA INCISIÓN PRECONIZAN LOS MAESTROS DE CIRUGÍA -- -- BUCAL; FACIL EJECUCIÓN, AMPLIA VISIÓN DEL CAMPO OPERATORIO, -- QUEDAR LO SUFICIENTEMENTE ALEJADA DE LA BRECHA ÓSEA COMO PARAQUE LOS BORDES DE LA HERIDA NO SEAN TRAUMATIZADOS O LESIONADOS DURANTE LA OPERACIÓN Y PERMITIR QUE LA COAPTACIÓN DE LOS LABIOS DE LA HERIDA CON SUTURA (UNA VEZ TERMINADA LA INTERVENCIÓN) SE REALICE SOBRE SOBRE HUESO SANO. ESTA INCISIÓN SE PUEDE APLICAR CON ÉXITO PARA REALIZAR LAS APICECTOMÍAS DE LOS DIENTES DEL MAXILAR SUPERIOR, Y SE REALIZA DE LA SIGUIENTE MANERA: CON UN -- BISTURI DE HOJA CORTA SE EMPIEZA LA INCISIÓN A NIVEL DEL SURCO VESTIBULAR Y DESDE EL ÁPICE DEL DIENTE VECINO AL QUE VAMOS A-- INTERVENIR, LLEVAMOS PRODUNDAMENTE EL INSTRUMENTO HASTA EL -- HUESO, PARA SECCIONAR MUCOSA Y PERIÓSTIO. LA INCISIÓN DESCIEEN DE HASTA MEDIO CENTÍMETRO DEL BORDE GINGIVAL Y DESDE AHÍ, -- EVITANDO HACER ÁNGULOS AGUDOS, CORRE PARALELA A LA ARCADA DENTARIA Y SE REMONTA NUEVAMENTE HASTA EL SURCO VESTIBULAR, - --

TERMINANDO A NIVEL DEL APICE DEL DIENTE VECINO DEL OTRO LADO, NO DISPONIENDO DE UN AYUDANTE Y AÚN 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 ENCIA QUEDA TENSA Y EL BISTURÍ CUMPLE SU RECORRIDO SIN INTERRUPCIONES. EN CASOS DE APICECTOMÍAS DE DOS O MÁS DIENTES, SE AMPLIA EL LARGO DE LA RAMA HORIZONTAL DE LA INCISIÓN EN LA MEDIDA NECESARIA.

SI HAY QUE REALIZAR APICECTOMÍA DE LOS DOS INCISIVOS CENTRALES SE SECCIONA SIN INCONVENIENTES EL FRENILLO, YA QUE LA SUTURA DEL COLGAJO RESTITUIRÁ LOS TEJIDOS A SUS POSICIONES NORMALES, PARA EVITAR LA PROFUSA HEMORRAGIA QUE DAN LOS VASOS DEL FRENILLO, PASAMOS UN HILO DE SUTURA EN EL PUNTO MÁS ALTO POSIBLE, CON EL QUE LIGAMOS TEMPORALMENTE ESTOS VASOS.

LA INCISION DE NEWMAN ANALOGA A LA QUE SE PRACTICA EN EL TRATAMIENTO DE LAS PARADENTOSIS, LA EMPLEAMOS CON BASTANTE FRECUENCIA. PODEMOS DECIR QUE ES NUESTRA INCISIÓN DE ELECCIÓN, QUE REALIZAMOS EN CASI TODOS LOS CASOS A EXCEPCIÓN DE LAS APICECTOMÍAS EN DIENTES PORTADORES DE JACKET-CROWNS, A PESAR DE LAS FORMALES CONTRAINDICACIONES QUE SE HAN HECHO A ESTA INCISIÓN. COMO DATO IMPORTANTE PODEMOS DECIR, QUE LAS MODIFICACIONES MACROSCOPIA EN LA INSERCIÓN GINGIVAL A NIVEL DEL CUELLO DEL DIENTE NUNCA SE HAN PRESENTADO, SEGÚN EXPERIENCIAS DE RIES CENTENO - ESTA INCISIÓN DEBE REALIZARSE DESDE EL SURCO GINGIVAL HASTA EL BORDE LIBRE, FESTONEANDO EL CUELLO DE LOS DIENTES Y SECCIONANDO LAS LENGUETAS GINGIVALES; LAS INCISIONES VERTICALES DEBEN TERMINAR EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS. ASI, LA CICATRIZACIÓN ES MÁS PERFECTA Y NO DEJA HUELLAS.

LA INCISIÓN DE NEWMAN NO SE DEBE EMPLEAR EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL DIENTE A OPERARSE ES PORTADOR DE UNA CORONA DE PORCELANA O CUALQUIER OTRO TIPO DE PROTESIS, PORQUE LA RETRACCIÓN GINGIVAL PUEDE DEJAR AL DESCUBIERTO LA RAÍZ, CON LOS SIGUIENTES TRASTORNOS ESTÉTICOS.

LA INCISIÓN DE PARTSCH SE REALIZA DESDE EL ÁPICE DEL DIENTE VECINO (FONDO DE SACO) AL DIENTE A TRATAR HASTA EL APICE DEL DIENTE VECINO DEL LADO OPUESTO, DÁNDOLE A ÉSTE UN TRAZO UNA FORMA SEMICIRCULAR CON LA CONVEXIDAD HACIA EL BORDE INCISAL DE LOS DIENTES.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

EL DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO SE LLEVA A CABO CON UNA LEGRA O CON UN ELEVADOR DE PERIOSTIO DE BORDE SÓLIDO. EL INSTRUMENTO DEBERÁ COMPRIMIRSE FIRMEMENTE CONTRA EL HUESO, LEVANTANDO PERIOSTIO Y MUCOSA SIN DESGARRO. LA MUCOSA Y EL PERIOSTIO SUBYACENTES DEBERÁN SEPARARSE Y SOSTENERSE CON UN SEPARADOR DE FARABEUF, DE LANGEBECH O MEAD O SIMPLEMENTE CON UN INSTRUMENTO ROMO. EL SOSTENIMIENTO DEL COLGAJO ES DE CAPITAL IMPORTANCIA, YA QUE LA VISIÓN DEL CAMPO OPERATORIO HA DE SER PERFECTA Y ÉSTE NO DEBE INTERPONERSE EN LAS MANIOBRAS OPERATORIAS. ADEMÁS, SI EL COLGAJO NO ESTÁ FIJO Y SOSTENIDO, ES LESIONADO FRECUENTEMENTE DURANTE LA INTERVENCIÓN, ALTERANDO ASÍ EL PROCESO NORMAL DE LA CICATRIZACIÓN CON LOS CONSECUENTES INCONVENIENTES POST-OPERATORIOS.

CONTROL DEL SANGRADO DURANTE LA OPERACION.

LO PRIMERO Y MÁS IMPORTANTE PARA LOGRAR EL CONTROL DEL SANGRADO QUE OCURRE DURANTE LA OPERACIÓN, ES TENER BUENA VISIBILIDAD DEL CAMPO OPERATORIO Y HACER UNA MANIPULACIÓN CUIDADOSA DE LOS TEJIDOS. CONFIAR EN EL EMPLEO DE DROGAS VASOCONSTRICTRAS PARA COMPENSAR LA FALTA DE CUIDADO Y DE HABILIDAD ES UNA PRACTICA PELIGROSA.

SI SE SABE DE ANTEMANO QUE EL PACIENTE TENDRÁ PROBLEMAS DE SANGRADO, DEBEMOS SEGUIR LOS SIGUIENTES PASOS:

- 1.- SI EL PACIENTE ESTÁ BAJO TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE, ESTE NO DEBERÁ DEJAR DE TOMAR LA DROGA, PERO EL -- TIEMPO DE PROTROMBINA DEBERÁ AJUSTARSE A UNA Y MEDIA VECES SUPERIOR AL NIVEL DE CONTROL.
- 2.- LA ANESTESIA DEBE INDUCIRSE MEDIANTE UN ANESTÉSICO - LOCAL QUE CONTENGA 1:100 000 DE ADRENALINA O SU - - EQUIVALENTE.
- 3.- DEBE APLICARSE PRESION DIGITAL CONTINUA DURANTE LA - OPERACIÓN Y DESPUES DE ELLA, HACIENDO QUE EL PACIEN - TE MUERDA UN APÓSITO DE GASA.
- 4.- PUEDEN COLOCARSE TAMBIEN COMPRESAS DE GELATINA - - ABSORBIBLES EN CADA ALVEOLO PARA AYUDAR A LA - -- COAGULACIÓN.
- 5.- LAS SUTURAS DEBEN EMPLEARSE GENEROSAMENTE Y ATARSE - BAJO TENSION COMO PARA CAUSAR LIGERA PALIDEZ EN LOS BORDES DEL COLGAJO EN EL MOMENTO DE SUTURAR.

HAY MUCHAS AREAS EN LAS QUE AL OPERAR SE ENCUENTRAN GRANDES VASOS SANGUINEOS, LOS CUALES DEBEN LOCALIZARSE INMEDIATA-- MENTE Y RETARAERSE O LIGARSE ANTES DE QUE PUED A LESIONARSELES, PODEMOS ENCONTRAR TAMBIÉN ÁREAS CON VASOS SANGUINEOS PEQUEÑOS-- PERO ABUNDANTES Y QUE AL LESIONARLOS PODRÍAN DEJAR SALIR GRAN - CANTIDAD DE SANGRE. LAS ARTERIAS PALATINAS RARA VEZ SE SECCIO-- NAN Y SI ESTO OCURRIERA LA HEMORRAGIA PUEDE CONTROLARSE PINZAN-- DO LA ARTERIA (CON PINZAS DE HEMOSTASIA), O LIGANDO SI ES NECE-- SARIO. SI LOS VASOS SANGUÍNEOS NO PUEDEN LOCALIZARSE PARA PIN-- ZARLOS PUEDE EMPLEARSE EL LLAMADO "PUNTO DE LAZO". EL CUAL ES-- UN PUNTO QUE SE COLOCA A TRAVEZ DEL TEJIDO ALREDEDOR DE UN -- VASO DE MODO QUE AL ANUDARLO SE COMPRIME EL TEJIDO Y EL VASO - A LA VEZ DETENIENDO ASI LA HEMORRAGIA.

EL SANGRADO DE LA ARTERIA DENTAL INFERIOR ES POCO -- FRECUENTE PERO SI ESTO LLEGARA A OCURRIR, LA PODREMOS CON-- TROLAR COLOCANDO UNA GASA EN EL ALVEOLO BAJO FIRME PRESIÓN - DURANTE VARIOS MINUTOS. SI EL SANGRADO REAPARECE AL QUITAR - LA GASA O SI SE HA DETENIDO, PERO UN TOQUE DELICADO CON UN - INSTRUMENTO VUELVE A INICIARLO, PUEDE EMPLEARSE UN AGENTE -- HEMOSTÁTICO RESORBIBLE, COMO COMPRESAS DE GELATINA O CELULOSA OXIDADA. ESTOS AGENTES SE EMPLEAN SECOS Y SE COLOCA SÓLO LA CANTIDAD NECESARIA PARA LLENAR LA ABERTURA DEL CONDUCTO DEN-- TARIO INFERIOR.

EL PASO FINAL EN EL CONTROL DEL SANGRADO DURANTE LA- OPERACIÓN ES COLOCAR APÓSITOS DE GASA. LA BOCA DEL PACIENTE DEBE LIMPIARSE CUIDADOSAMENTE PARA QUITAR TODA ACUMULACIÓN- DE SANGRE, MUCOSIDAD Y SALIVA DE LOS DIENTES, DEL PALADAR, - DE LA LENGUA Y DEL VESTÍBULO. ESTA LIMPIEZA AUMENTA LA COMO- DIDAD DEL PACIENTE Y PUEDE DISMINUIR SU DESEO DE EXPECTORAR. SE COLOCAN LOS ÚLTIMOS APÓSITOS DE GASA DE MODO QUE SE EJERZA SUAVE PRESIÓN SOBRE EL ÁREA QUIRURGICA MEDIANTE LOS MAXILA-- RES QUE SE Oponen Y LOS MÚSCULOS BUCCINADOR Y ORBICULAR DE - LOS LABIOS.

OSTEOTOMIA.

LA OSTEOTOMIA PUEDE REALIZARSE A ESCOPLA Y MARTILLO O - PUEDE TAMBIEN REALIZARSE CON FREZAS. NO RECORDAREMOS AQUÍ -- LAS MÁS Y PUES CONTROVERSIAS QUE SE HAN DESARROLLADO SOBRE LA SUPERIORIDAD DE UNO U OTRO MÉTODO, PERO POR NUESTRA PARTE NOS QUEDAMOS CON LA FRESA, AUNQUE NO EN FORMA ABSOLUTA. AL REALIZAR LA OSTEOTOMÍA ES NECESARIO EXTIRPAR SUFICIENTE CANTIDAD DE - HUESO ALVEOLAR, PARA PODER VER LA REGION PERIAPICAL CON CLARI- DAD. LA LOCALIZACIÓN DE ESTA REGION ES FÁCIL SI LA ZONA DE -- PÉRDIDA DE HUESO ES AMPLIA Y YA EXISTE PREVIAMENTE UNA PERFO- RACION DE HUESO. CONTRARIAMENTE, SI LA PÉRDIDA DE HUESO ES - MÍNIMA, SERÁ DIFÍCIL LOCALIZAR EL ÁPICE, CIRCUNSTANCIA EN LA - CUAL NOS PODEMOS AYUDAR DE LOS SIGUIENTES PUNTOS.

- 1.- MARCAS ANATOMICAS SOBRE EL HUESO, TALES COMO LA --
CRESTA FORMADA POR EL CANINO, LA CUAL ES UTIL.
- 2.- RADIOGRAFIAS DE LA RAIZ BUSCADA, RELACIONÁNDOLA CON
LOS DIENTES CIRCUNVECINOS.
- 3.- UN ALAMBRE COLOCADO EN EL CONDUCTO RADICULAR MUESTRA
LA DIRECCIÓN Y POR LO TANTO EL SITIO PROBABLE DEL -
ÁPICE.
- 4.- CUANDO ES POSIBLE CALCULAR LA LONGITUD DE LA RAIZ --
MEDIANTE UN ALAMBRE Y UNA RADIOGRAFÍA, ESTA LONGI--
TUD SERÁ MARCADA SOBRE EL HUESO PARA LOCALIZAR EXAC--
TAMENTE LA POSICIÓN DEL APICE.
- 5.- EL APICE DEL INCISIVO LATERAL ESTÁ POR LO GENERAL --
COLOCADO HACIA LA PROFUNDIAD DEL PALADAR.
- 6.- SI NO EXISTE NINGUNA PERFORACIÓN VISIBLE EN EL HUESO,
EL SONDEO DEL HUESO CON UNA SONDA AFILADA, REVELARÁ
A MENUDO UN PEQUEÑO ORIFICIO EN EL HUESO CORTICAL, -
EL QUE ESTARÁ CASI SIEMPRE SOBRE LA ZONA EROSIONADA--
DONDE SE ENCUENTRA LA ZONA DE RAREFACCIÓN RADIOGRAFICA.

EN EL CASO DE USAR LA FRESA PARA ABRIR NUESTRA VENTANA ÓSEA --
SE UTILIZARÁ UNA FRESA REDONDA NÚMERO 3 O 5 CON LA CUAL SE HACEN
PEQUEÑAS PERFORACIONES EN CÍRCULO, CON EL ÁPICE COMO CENTRO DE-
LA CIRCUNFERENCIA. LUEGO CON UN GOLPE DE ESCOPLA SE LEVANTA LA-
TAPA ÓSEA Y ENCONTRAMOS ASÍ EL PROCESO.

LA ELECCIÓN DEL LUGAR DONDE HAY QUE INICIAR LA OSTEOTOMÍA -
TAMBIÉN ES IMPORTANTE, CUANDO EL HUESO ESTÁ DESTRUIDO, NADA MAS
SENCILLO QUE AGRANDAR LA PERFORACIÓN CON LA FRESA REDONDA, A --
ESCOPLO (A PRESIÓN MANUAL) O CON PINZA GUBIA DE BOCADOS FINOS.

SI EL HUESO NO ESTÁ PERFORADO ES MENESTER UBICAR EL ÁPICE RADICULAR, EN CUYAS VECINDADES SE INICIA LA OSTEOTOMÍA. LA UBICACIÓN DEL ÁPICE SE DETERMINA POR EL EXAMEN RADIOGRÁFICO PREVIO, - EL CUAL NOS DARÁ LA LONGITUD DE LA RAÍZ. ALGUNOS AUTORES RECOMIENDAN APARATOS LLAMADOS LOCALIZADORES, PARA DETERMINAR LA UBICACIÓN DEL ÁPICE. UN MÉTODO SENCILLO CONSISTE EN INTRODUCIR UN ALAMBRE EN U DENTRO DEL CONDUCTO, APLICANDO EL EXTREMO LIBRE -- SOBRE LA SUPERFICIE ÓSEA, DICHO EXTREMO DARÁ LA COLOCACIÓN DEL - ÁPICE.

CUANDO SE ESTÉ USANDO LA FRESA PARA REALIZAR LA OSTEOTOMÍA, LA ZONA DEBERÁ IRRIGARSE Y LAVARSE CONTINUAMENTE CON SOLUCIÓN SALINA. LO CUAL PREVIENE EL ATASCAMIENTO DE LA FRESA, ADEMÁS DE PREVENIR LA GENERACION DE CALOR, LO CUAL PUEDE CONducIR A LA NECROSIS ÓSEA.

AMPUTACION DEL APICE RADICULAR.

ESTANDO HECHA LA OSTEOTOMÍA, INTRODUCIMOS UNA SONDA POR EL CONDUCTO RADICULAR, LO CUAL NOS PERMITIRÁ FIJAR LA POSICIÓN DEL ÁPICE. LA SECCIÓN RADICULAR LA HAREMOS ANTES DEL RASPaje PERIAPICAL, DEBIDO A LAS DIFICULTADES QUE OFRECE LA RAÍZ REALIZAR ESTAS MANIOBRAS DE RASPaje PERIAPICAL.

LA CANTIDAD DE RAÍZ QUE VA A SER RESECADA DEPENDERÁ DEL TIPO DE OBTURACIÓN RADICULAR QUE SE REQUIERA POSTERIORMENTE. EL PLANO DE CORTE DE LA RAÍZ DEBERÁ TENER UNA INCLINACIÓN DETERMINADA, DE TAL MANERA QUE SE EXPONGA, YA SEA EL CONDUCTO RADICULAR O LA OBTURACIÓN RADICULAR EN CASO DE ESTAR PRESENTE A LA VISTA - DEL OPERADOR. EN EL CASO DE QUE NO SE ENCUENTRE PRESENTE NINGUNA OBTURACIÓN RADICULAR Y UNA VEZ IDENTIFICADO EL CONDUCTO, SE RETIRARÁ SUFICIENTE CANTIDAD RADICULAR COMO PARA PERMITIR LA PREPARACIÓN DE UNA CAVIDAD DE TIPO I EN EL CORTE MISMO. LA RESECCIÓN DE LA RAÍZ HASTA LA BASE DE CAVIDAD ÓSEA QUE RODEA EL ÁPICE YA NO SE CONSIDERA DE BUENA PRACTICA YA QUE EL ACORTAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RAÍZ DISMINUIRÁ LA LONGITUD RADICULAR-

DISPONIBLE PARA UNA CORONA CON POSTES ULTERIOR Y DISMINUIRÁ TAMBIÉN EL BRAZO DE PALANCA INTRAALVEOLAR, EXAGERANDO ASÍ - LOS EFECTOS DEL TRAUMA OCLUSAL.

LA RESECCIÓN DE LA RAÍZ LA EFECTUAREMOS CON FRESA DE - FISURA NÚMERO 558 o 702 PARA DIENTES ANTEROSUPERIORES Y UNA FRESA NÚMERO 557 o 701 PARA LOS INCISIVOS INFERIORES Y DIRIGIREMOS EL CORTE CON UN RELATIVO BISEL A EXPENSAS DE LA CARA ANTERIOR. LA FRESA DEBE INTRODUCIRSE EN LA CAVIDAD EN LA PROFUNDIDAD NECESARIA, PARA QUE ÉSTE INSTRUMENTO SECCIONE EN - LA TOTALIDAD EL ÁPICE Y NO SOLO LA PARTE ANTERIOR DE ESTE. MU- CHO CUIDADO DEBE TENERSE CON RESPECTO A LA PRESIÓN QUE SE - EJERCE SOBRE LA FRESA Y EL ÁNGULO CON QUE ÉSTE INSTRUMENTO - TRABAJE, CON EL OBJETO DE EVITAR SU FRACTURA, ACCIDENTE QUE - SUELE PRODUCIRSE CON BASTANTE FRECUENCIA. EL CORTE DEL ÁPICE SE LLEVA A CABO, POR SUPUESTO, BAJO CORRIENTE DE AGUA ÉSTERIL O SOLUCIÓN SALINA CON EL FIN DE EVITAR LA GENERACIÓN DE CALOR EL CUAL PODRÍA DAÑAR EL LIGAMENTO PARODONTAL Y EL HUESO VECI- NO Y ADEMÁS CON ÉSTO SE MEJORARÁ LA VISIBILIDAD.

SECCIONADA LA RAÍZ, Y "CON EL ÁPICE EN NUESTRAS MANOS", PARA CONVENCERNOS DE QUE LE HEMOS SECCIONADO TOTAL Y PERFEC- TAMENTE, NOS DEDICAMOS A OBSERBAR EL MUÑÓN RADICULAR, EL - - CUAL NO DEBE ACTUAR COMO CUERPO IRRITANTE, POR LO TANTO ES - MENESTER PULIRLO Y LAS ARISTAS BISELARLAS CON CINCELES O CON FRESAS REDONDAS.

RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL.

TIEMPO QUIRÚRGICO MUY IMPORTANTE EN EL QUE OTRA VEZ - - EL CUIDADO DEL DETALLE ES IMPRESCINDIBLE PARA LLEGAR AL - - ÉXITO, PARA REALIZAR EL RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL USARE- MOS CUCHARILLAS MEDIANAS Y BIEN FILOSAS. LAS CUCHARILLAS - - PEQUEÑAS PUEDEN PERFORAR EL PISO DE LOS ÓRGANOS VECINOS.

CON PEQUEÑOS MOVIMIENTOS ELEVAMOS DE LA CAVIDAD ÓSEA EL TEJIDO ENFERMO. EN PRIMER LUGAR REALIZAMOS UNA LIMPIEZA DE LA CAVIDAD A "GROSSO MODO" Y LUEGO NOS DETENEMOS EN LOS PUNTOS EN QUE PUEDAN QUEDAR TEJIDOS DE GRANULACIÓN O RESTOS DE MEMBRANA. VARIOS SON ÉSTOS LUGARES, CUYA BUSQUEDA DEBE HACERSE MINUCIOSAMENTE, AYUDÁNDOSE SI ES PRECISO CON UNA LUPA PARA HACERNOS MÁS FACIL SU LOCALIZACIÓN; GENERALMENTE ESTOS LUGARES SON: LA PORCIÓN RETRORADICULAR, 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 EL HUESO A ESTE NIVEL. PARA ESTAS REGIONES EMPLEAMOS CUCCHARILLAS PEQUEÑAS, LAS QUE MANIOBRADAS CON MOVIMIENTOS ENÉRGICOS, ELIMINAN LOS RESTOS DE TEJIDOS PATOLÓGICOS.

EN MUCHAS OCASIONES, CUANDO EL ESPACIO ENTRE LAS RAICES 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 SE ALOJAN MUCHAS VECES A ESTE NIVEL, ESPECIAL CUIDADO HAY QUE TENER EN NO SECCIONAR EXTEMPORÁNEAMENTE LOS PAQUETES VASCULO NERVIOSOS DE ESOS DIENTES. EN ALGUNOS CASOS HEMOS PREFERIDO PULPECTOMIZARLOS, ANTE EL POSIBLE E INEVITABLE PELIGRO DE UNA MORTIFICACIÓN PULPAR. A ESTA ALTURA DE LA OPERACIÓN, LAVAMOS LA CAVIDAD ÓSEA CON UN CHORRO DE SUERO FISIOLÓGICO TIBIO, EL CUAL SE PROYECTA POR MEDIO DEL ATOMIZADOR O CON LA SIMPLE JERINGA HIPODERMICA O BIEN CON JERINGA ASEPTO. EL LIQUIDO PROYECTADO ASÍ, ARRASTRARÁ LAS PARTÍCULAS ÓSEAS, DENTARIAS Y DE TEJIDOS DE GRANULACIÓN. SECAMOS LA CAVIDAD CUIDADOSAMENTE CON GASA Y CON EL ASPIRADOR PASANDO ASÍ AL OTRO TIEMPO OPERATORIO.

SELLADO DEL APICE.

EXISTE CONTROVERSIA SI EL CONDUCTO RADICULAR DEBERÁ SER OBTURADO ANTES O DESPUÉS DE LA RESECCIÓN. ALGUNOS INVESTIGADORES CONSIDERAN QUE SE OBTIENEN MEJORES RESULTADOS CUANDO LA OBTURACIÓN RADICULAR YA SE ENCONTRABA PRESENTE ANTES DE LA CIRUGÍA

(Tschamer, 1955; Harnisch y Grieger, 1967) mientras que otros -- (Mattila y Altonen, 1968, Nordenram y Svardstrom, 1970; Rud y -- Andreassen, 1972), consideraron que en todos los pacientes, el -- apice deberá ser resecado primero y el canal limpiado y obturado en la operación.

LA OPINIÓN EN EL INSTITUTO DE CIRUGÍA DENTAL ES QUE AMBOS PUNTOS DE VISTA TIENEN SUS MÉRITOS PROPIOS, PERO CUANDO FUERA - POSIBLE, EL CONDUCTO DEBERÁ SER PREPARADO Y OBTURADO ANTES DE LA RESECCION, DEBIDO A QUE SERÍA MÁS FÁCIL SECAR EL CONDUCTO, YA QUE NO HABRÍA SANGRADO DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES. TAMBIEN SE CONSIDERA QUE PARA TODAS LAS TÉCNICAS DE APICECTOMÍA, LA OBTURACIÓN - RADICULAR DE ELECCIÓN ES LA AMALGAMA, DEBIDO A QUE DA UNA OBTURACIÓN RADICULAR TRIDIMENSIONAL BIEN CONDENSADA, QUE ENDURECE - CON FIRMEZA Y QUE NO PUEDE SER MOLESTADA DURANTE LA RESECCIÓN. .

LA GUTAPERCHA Y LAS PUNTAS DE PLATA NO SON USADAS DEBIDO - A QUE LA PRIMERA PUEDE SER REBLANDECIDA Y SER TRACCIONADA DE LOS LADOS DEL CONDUCTO MEDIANTE LA FRESA DURANTE LA RESECCIÓN DEL - ÁPICE. UNA PUNTA DE PLATA CEMENTADA CON SELLADOR SE AFLOJA MUY A - MENUDO PARCIAL O TOTALMENTE POR LA VIBRACIÓN DE LA FRESA AL COR - TAR ESTA LA RAÍZ DURANTE LA RESECCIÓN, SEGÚN LA OPINIÓN DE F. J. - HARTY.

DEBIDO A QUE EL DIENTE QUE HA TENIDO UNA APICECTOMÍA ES - MUY PROBABLE QUE NECESITE UNA CORONA CON RETENCIONES DE POSTES, - EL MATERIAL DE OBTURACIÓN RADICULAR IDEAL, DEBERÍA OCLUIR SOLO - LOS 3 MILÍMETROS APICALES DEL CONDUCTO, DESPUÉS DE LA RESECCIÓN - Y COMO SE MENCIONÓ CON ANTERIORIDAD, DEBERÁ SER LO SUFICIENTE -- MENTE RETENTIVO PARA NO DESALOJARSE DURANTE LA APICECTOMÍA NI -- DURANTE LA PREPARACIÓN SUBSECUENTE O DURANTE LA INSERCIÓN DE LA - CORONA CON POSTES. ALGUNOS AUTORES, COMO STEPHEN COHEN, RECO - MIENDAN QUE SE REALICE UNA OBTURACIÓN RETRÓGRADA POR RUTINA, BA - SÁNDOSE EN EL HECHO DE QUE, NO ES POSIBLE DETERMINAR CLÍNICAMEN - TE CON CERTEZA SI LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR A TRAVEZ - DE LA CÁMARA PULPAR ES ADECUADA EN LAS TRES DIMENCIONES.

OBTURACIÓN DEL CONDUCTO POSTRESECCIÓN. PARA REALIZAR LA -
 OBTURACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR, UNA DE LAS CONDICIONES EXIGI-
 DAS ES LA PERFECTA SEQUEDAD DEL CONDUCTO. OTRO DETALLE DE INTE-
 RES PARA EVITAR LA SALIDA DE SANGRE, QUE PUEDE HUMEDECER EL - --
 CONDUCTO RADICULAR, ES OBTURAR POR BREVES INSTANTES LA CAVIDAD - -
 ÓSEA CON PEQUEÑOS TAPONES DE GASA, CON LO CUAL CONSEGUIMOS LA SE-
 QUEDAD IDEAL QUE NECESITAMOS. NO ACONSEJAMOS LA OBTURACIÓN DE LA
 CAVIDAD ÓSEA CON GASA MOJADA EN ADRENALINA, PUES ESTA, SI BIEN --
 ACTUA COMO ESTÍPTICO, MOLESTA POR SU CONDICIÓN DE LÍQUIDO. SE RE-
 TIRA LUEGO EL SEPARADOR Y SE DESCENDE PROVISIONALMENTE EL COLGA-
 JO.

LA RAZÓN POR LA CUAL ALGUNOS AUTORES EMPLEAN ESTA TÉCNICA-
 DE OBTURACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR POST-AMPUTACIÓN ES, DICEN -
 ELLOS, PORQUE CON EL CONDUCTO ABIERTO SE PUEDE LOCALIZAR EL - --
 ÁPICE MEDIANTE UNA SONDA INTRODUCIDA POR DICHO CONDUCTO Y TAMBIÉN
 PORQUE SÓLO DESPUÉS DICEN ELLOS, DE RESECAO EL ÁPICE Y ELIMINADAS
 LAS ZONAS PATOLÓGICAS QUE LO RODEAN, SE PUEDE OBTURAR CON CON--
 DUCTO SECO Y EN FORMA TOTAL.

EL CONDUCTO RADICULAR DEBE SER ENSANCHADO Y ESTIRILIZADO --
 CONVENIENTEMENTE, YA QUE OTRA DE LAS FUENTES DE FRACASO EN LAS --
 APICECTOMÍAS RESIDE EN ENSANCHAMIENTOS INSUFICIENTE Y DEFICIENTES-
 ESTERILIZACIONES. UN RELLENO APICAL QUE PARECE PERFECTO RADIOGRA--
 FICAMENTE, PUEDE SER IMPERFECTO CLÍNICAMENTE, PORQUE EL MATERIAL DE
 OBTURACIÓN NO SE ADOSE A LAS PAREDES RADICULARES, NO CERRANDO HER-
 METICAMENTE EL CONDUCTO.

EN LA PREPARACIÓN DEL CONDUCTO SE EMPLEAN MECHAS IMPREGNA--
 DAS EN AGUA OXIGENADA PARA LAVAR DICHO CONDUCTO; SE DESHIDRATA ---
 EL CONDUCTO CON ALCOHOL Y AIRE CALIENTE. DIJIMOS ANTES QUE ES DETA-
 LLE IMPORTANTE QUE EL CANAL ESTÉ PERFECTAMENTE SECO Y DE NO SER --
 ASÍ, EL MATERIAL DE OBTURACIÓN NO SE ADOSE A LAS PAREDES DEL CONDU-
 TO Y NO SE CUMPLIRÍAN ENTONCES LOS POSTULADOS DE LA OBTURACIÓN HER-
 MÉTICA.

LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO POST-RESECCIÓN SE LLEVA A CABO LLENANDO EL CONDUCTO CON UN MATERIAL CEMENTANTE PARA POSTERIOR-- MENTE TOMAR UN CONO DE PLATA O DE GUTAPERCHA, CUYA LONGITUD Y -- DIAMETRO HABRÁ SIDO VERIFICADO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE AMPU-- TADO EL APICE Y SE INTRODUCIRÁ CON BASTANTE FUERZA, TRATANDO -- QUE SOBRESALGA POR EL CORTE DE SECCIÓN APICAL, SE ESPERAN ALGU-- NOS MINUTOS PARA QUE FRAGUE COMPLETAMENTE EL CEMENTO, SI NO SE-- ESPERA EL TIEMPO NECESARIO, AL RETIRAR LAS GASAS QUE HACIAN HE-- MOSTASIS EN LA CAVIDAD ÓSEA, LA SANGRE PODRÍA PENETRAR EN LA LUZ DEL CONDUCTO, INUTILIZANDO ASÍ TODO EL TRATAMIENTO, EN CASO DE-- DUDA ES MEJOR REALIZAR LA MANIOBRA NUEVAMENTE: OBTURACIÓN CON -- GASA, LIMPIEZA DEL CONDUCTO DE LOS RESTOS DE CEMENTO Y CONO DE-- GUTAPERCHA, SECADO CON ALCOHOL Y AJRE CALIENTE Y NUEVA OBTURA-- CIÓN. MIENTRAS SE ESPERA EL FRAGUADO DEL CEMENTO SE PUEDE PRE-- PARAR UNA MEZCLA DE CEMENTO SIN YODOFORMO O CUALQUIER OTRO MA-- TERIAL DE OBTURACIÓN PROVISIONAL, CON LO CUAL SE LLENA LA CAVI-- DAD CORONARIA.

SE VUELVE A LEVANTAR EL COLGAJO, SE COLOCA EL SEPARADOR -- Y SE RETIRAN CON MUCHO CUIDADO LAS GASAS, SE VERÁ ENTONCES EL -- CEMENTO Y EL CONO DE GUTAPERCHA EMERGIENDO EN LA CAVIDAD ÓSEA, -- SE LE FRACTURA CON UN SUAVE GOLPE DE ESCOPLA, CON UN INSTRUMEN-- TO CALIENTE SE BRUÑE EL CONO DE GUTAPERCHA, CON EL OBJETO DE-- SELLAR PERFECTAMENTE EL CONDUCTO RADICULAR, SI SE HA EMPLEADO -- UN CONO DE PLATA, SE CORTA EL EXCESO CON UNA FRESA REDONDA, --- CON LA QUE TRATAMOS DE BRUÑIR EL METAL SOBRE LAS PAREDES DE LA -- RAÍZ,

ALGUNOS AUTORES ACONSEJAN PINCELAR LA SUPERFICIE DEL -- MUÑON RADICULAR CON NITRATO DE PLATA AMONIACAL, PARA ESTERILI-- ZAR LA SALIDA DE LOS CONDUCTILLOS RADICULARES.

DESPUES DE LO DICHO ANTERIORMENTE POR DIFERENTES AUTORES PARTIDIARIOS DE LA TÉCNICA DE OBTURACIÓN POST-RESECCIÓN, ES DE GRAN VALOR MENCIONAR LA OPINIÓN Y TÉCNICA DE LOUIS I GROSSMÁN, CUYA TÉCNICA PODRÍA SER, EN NUESTRA OPINIÓN, LA TÉCNICA DE RU-- TINA A EMPLEARSE: CUANDO SE REALIZA EL TIPO DE INTERVENCIÓN -- POST-RESECCIÓN, EL CONDUCTO SERÁ LIMPIADO PROLIJAMENTE, 3-----

IRRIGADO Y OBTURADO DESPUÉS DE SECCIONAR EL ÁPICE, TODO LO CUAL -- SE LLEVA A CABO EN UNA SOLA SESIÓN, SI BIEN ESTE ÚLTIMO MÉTODO -- RESULTA VENTAJOSO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL TIEMPO, NO MANTIENE LOS PRINCIPIOS DE UNA BUENA TÉCNICA QUIRÚRGICA, PORQUE INADVERTIDAMENTE SE LLEVAN A LA HERIDA RESTOS Y MATERIAL INFECTADO Y -- ADEMÁS ES MUY DIFÍCIL EVITAR QUE PENETRE SANGRE EN EL CONDUCTO DURANTE LA OBTURACIÓN, AUNQUE ESTA ÚLTIMA CIRCUNSTANCIA NO OCURRE CUANDO SE INTERVIENEN DIENTES INFERIORES.

LOS PARTIDIARIOS DE LA TÉCNICA DE LA OBTURACIÓN POST-RESECCIÓN SOSTIENEN QUE CON ESTE MÉTODO SE EVITA LA PENETRACIÓN DE HUMEDAD EN EL CONDUCTO ANTES DE LA OBTURACIÓN Y SE OBTIENE UN CONDUCTO SECO. GROSSMÁN OPINA DE DIFERENTE MANERA Y DICE; NUESTRA -- EXPERIENCIA NO CORROBORA LA AFIRMACIÓN ANTERIORMENTE MENCIONADA, -- PUEDE SER NOTADO EN QUE HEMOS UTILIZADO ESTA TÉCNICA, INVARIABLEMENTE PENETRABA SANGRE MÁS BIEN QUE EXUDADO PESE A TODOS NUESTROS ESFUERZOS POR TAPONAR AL MÁXIMO LA HERIDA CON GASA O SOSTENER LA PUNTA DEL ASPIRADOR SOBRE LA SUPERFICIE SECCIONADA DE LA RAÍZ. -- ASIMISMO, RESULTA UNA TÉCNICA MÁS COMPLICADA PARA EL DENTISTA NO ESPECIALIZADO, PUES PREVIAMENTE DEBEN PREPARARSE BANDEJAS CON -- INSTRUMENTOS PARA LA OBTURACIÓN DE CONDUCTOS Y BANDEJAS PARA EL ACTO QUIRÚRGICO (RESECCIÓN RADICULAR) ADEMÁS, EL OPERADOR DEBE -- PASAR DE UNA OPERACIÓN QUIRÚRGICA A UNA ENDODONTICA, PARA VOLVERNUEVAMENTE A UNA QUIRÚRGICA. EN EL MÉTODO CORRIENTE, SE REALIZA -- EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS, LUEGO SE DESOCUPA LA MESA Y SE COLOCAN LOS INSTRUMENTOS NECESARIOS PARA EL ACTO QUIRÚRGICO. TAMBIÉN PUEDE HACERSE EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS POR EL MÉTODO HABITUAL -- ALGÚN TIEMPO ANTES DEL DÍA DE LA INTERVENCIÓN, RESULTANDO ASÍ UNA OPERACIÓN MÁS SIMPLE PARA QUIENES LA PRACTICAN SOLO DE VEZ EN -- CUANDO. EN CAMBIO EN LA TÉCNICA DE POSTRESECCIÓN, LA OBTURACIÓN -- DEBE HACERSE EN LA MISMA SESIÓN. EN NUESTRA OPINIÓN, EL MÉTODO -- CORRIENTE DE APICECTOMÍA PRESENTA, SOBRE LA TÉCNICA DE OBTURACIÓN POST-RESECCIÓN, VARIAS VENTAJAS QUE LO RECOMIENDAN COMO PROCEDIMIENTO DE RUTINA A SABER: A) TIENDE A ESTERILIZAR EL CONDUCTO RADICULAR ANTES DE OBTURARLO, MIENTAS QUE EN LA TÉCNICA DE - - - -

POST-RESECCIÓN EL CONDUCTO SIMPLEMENTE SE ENRIGA CON UNA SOLUCIÓN ANTISEPTICA DEBIL; B) NO EXISTE EL PELIGRO DE QUE LA SANGRE DE LA HERIDA PENETRE EN EL CONDUCTO E IMPIDA UNA CORRECTA OBTURACIÓN RADICULAR; C) SE PUEDE PRACTICAR MÁS FACILMENTE UNA TÉCNICA ASEPTICA; PUES EL TRATAMIENTO DEL CONDUCTO Y SU OBTURACIÓN SE HACEN CON EL DIQUE COLOCADO Y LA APICECTOMÍA SE EFECTÚA INMEDIATAMENTE-DESPUÉS COMO UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA APARTE; D) REQUIERE MENOS CAMBIOS DE BANDEJAS, UNA PARA EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS Y OTRA PARA LA RESECCIÓN; MIENTRAS QUE LA TÉCNICA DE POST-RESECCIÓN REQUIERE TRES CAMBIOS.

SELLADO DEL APICE CON AMALGAMA DE PLATA POR VIA APICAL.

CONSISTE EN UNA VARIANTE DE LA APICECTOMÍA, EN LA CUAL LA SECCIÓN APICAL RESIDUAL ES OBTURADA CON AMALGAMA DE PLATA, CON EL OBJETO DE OBTENER UN MEJOR SELLADO DE CONDUCTO RADICULAR Y ASÍ LOGRAR UNA RÁPIDA CICATRIZACIÓN Y UNA TOTAL REPARACIÓN. SIENDO LA AMALGAMA DE PLATA RECOMENDADA COMO MATERIAL ÓPTIMO POR LA MAYOR PARTE DE LOS ENDODONCISTAS (MITCHELL, 1959; TAYLOR Y DOKU, 1961) YA QUE GRANTIZA UN CIERRE HERMÉTICO DEL CONDUCTO RADICULAR SECCIONADO, EVITANDO ASÍ CUALQUIER FILTRACIÓN, DENTRO DE LO CUAL TANTO LA GUTAPERCHA COMO EL CEMENTO DE CONDUCTOS Y LOS CONOS DE PLATA EMPLEADOS PODRIÁN OCASIONALMENTE NO OBTURAR HERMÉTICAMENTE EL CONDUCTO.

OTROS MUCHOS AUTORES HAN ENFATIZADO LA VENTAJA DE PRACTICAR LA OBTURACIÓN RETRÓGRADA CON AMALGAMA, CUANDO SE REALIZA UNA APICECTOMÍA, ENTRE ELLOS TENEMOS A MESSING-LONDRES 1967-, HERD-PERTH AUSTRALIA 1968-, HARTY-LONDRES 1968 Y HOUBER-FLORENCIA 1968-.

LAS PRINCIPALES INDICACIONES PARA LA OBTURACIÓN RETRÓGRADA CON AMALGAMA DE PLATA SON:

- 1.- DIENTES CON APICES INACCESIBLES POR LA VÍA PULPAR, - - BIEN DEBIDO A PROCESOS DE DENTINIFICACIÓN O CALCIFI-- CACIÓN O POR LA PRESENCIA DE INSTRUMENTOS ROTOS Y EN- CLAVADOS EN LA LUZ DEL CONDUCTO U OBTURACIONES INCO- - RRECTAS DIFÍCILES DE RETIRAR DE LOS DIENTES A LOS QUE - HAY QUE HACER UNA APICECTOMÍA.
- 2.- DIENTES CON REABSORCIÓN CEMENTARIA, FALSA VÍA O FRAC- TURAS APICALES, EN LAS QUE LA SIMPLE APICETOMÍA NO - - GARANTICE UNA BUENA EVOLUCIÓN.
- 3.- DIENTES EN LOS CUALES HA FRACASADO EL TRATAMIENTO ANTE- RIOR (LEGRADO O APICECTOMÍA) PERSISTIENDO UN TRAYECTO- MISTULOSO O LA LESIÓN PERIAPICAL ACTIVA.
- 4.- EN DIENTES REIMPLANTADOS ACCIDENTAL O INTENCIONALMENTE.
- 5.- EN DIENTES QUE TENIENDO LESIONES PERIAPICALES, NO PUEDEN SER TRATADOS SUS CONDUCTOS PORQUE SOPORTAN INCRUSTACIO-- CIONES O CORONAS DE RETENCIÓN RADICULAR O SON PILARES DE PUENTES FIJOS QUE NO SE PUEDE O NO SE DESEA DESMONTAR.
- 6.- EN CUALQUIER CASO, EN EL QUE SE ESTIME QUE LA OBTURACIÓN RETRÓGRADA CON AMALGAMA RESOLVERÁ MEJOR EL CASO Y PROVO- CARÁ UNA CORRECTA REPARACIÓN.

LA VENTAJA DE ESTE MÉTODO ESTRIBA EN QUE AUNQUE ES CONVE--- NIENTE PRACTICARLO EN CONDUCTOS BIEN OBTURADOS, ES TAL LA CALIDAD- SELLADORA DE LA AMALGAMA QUE PUEDE HACERSE SIN PREVIO TRATAMIENTO - DE CONDUCTOS, COMO SUCEDÉ CUANDO EL CONDUCTO ES INACCESIBLE, QUE - SOPORTA UNA CORONA A PERNO O SE HACE UNA REIMPLANTACIÓN INTENCIO-- NAL SENCILLA, ESTA DUALIDAD HACE A ESTA TÉCNICA VERSÁTIL Y DE GRAN VALOR TERAPÉUTICO,

LA TÉCNICA QUIRÚRGICA HASTA EL MOMENTO DE LA APICECTOMÍA -- ES SIMILAR A LA DESCRITA EN EL LEGRADO PERIAPICAL, A LA QUE co----

SEGUIRÁN LOS SIGUIENTES PASOS:

- 1.- LA SECCIÓN APICAL SE HARÁ OBLÍCUALMENTE, DE TAL MANERA -
QUE LA SUPERFICIE RADICULAR QUEDE CON FORMA ELIPSOIDAL.-
EL CORTE SE HARÁ EN ÁNGULO DE 45° EN SENTIDO DEL EJE --
LONGITUDINAL DEL DIENTE, DE TAL MANERA QUE LA CARA DE -
LA RAÍZ Y EL ORIFICIO DEL CONDUCTO ESTEN CLARAMENTE VI-
SIBLES AL OPERADOR.
- 2.- SE SECARÁ EL CAMPO Y EN CASO DE HEMORRAGIA SE APLICARÁ-
EN EL FONDO DE LA CAVIDAD UNA TORUNDA HUMEDECIDA EN --
SOLUCIÓN AL MILÉSIMO DE ADRENALINA.
- 3.- CON UNA FRESA # 33 Y MEDIO O # 34 DE CONO INVERTIDO -
SE PREPARA UNA CAVIDAD RETENTIVA EN EL CENTRO DEL CON-
DUCTO. IRRIGANDO CON SUERO OSOTÓNICO SALINO PARA ELI-
MINAR LOS RESTOS DE VIRUTAS DE GUTAPERCHA Y DENTINA.
- 4.- SE COLOCARÁ EN EL FONDO DE LA CAVIDAD QUIRÚRGICA UN --
TROZO DE GASA ESTÉRIL, DESTINADA A RETENER LOS POSIBLES
FRAGMENTOS DE AMALGAMA QUE PUEDAN DESLIZARSE O CAER EN-
EL MOMENTO DE LA OBTURACIÓN.
- 5.- SE PROCEDERÁ A OBTURAR LA CAVIDAD PREPARADA EN EL CON-
DUCTO CON AMALGAMA DE PLATA SIN ZING, DEJÁNDOLA PLANA -
O BIEN EN FORMA DE CONCAVIDAD O CÚPULA. LA AMALGAMA ES -
PREPARADA DE LA MANERA HABITUAL Y LAS PEQUEÑAS PORCIO--
NES SE INTRODUCIRÁN EN LA CAVIDAD PERFECTAMENTE LIMPIA-
Y SECA MEDIANTE UN PORTAAMALGAMA ENDODÓNTICO. CADA POR-
CIÓN ES CONDENSADA CON UN INSTRUMENTO DE PLÁSTICO ADE--
CUADO, O CON UN CONDENSADOR DE AMALGAMA MUY DELGADO.

6.- UNA VEZ QUE HEAMOS LLENADO LA CAVIDAD APICAL SATISFACTORIAMENTE (LA CONDENSACIÓN DEBERÁ SER TAN BUENA COMO LA QUE SE ESPERA PARA UNA CAVIDAD CLASE I EN CUALQUIER OTRA PARTE DE LA BOCA) SE RETIRARÁ LA GASA CON LOS FRAGMENTOS DE AMALGAMA QUE HAYA RETENIDO, SE REVISARÁ CUIDADOSAMENTE LA ZONA PERIAPICAL PARA RETIRAR LOS EXCESOS DE AMALGAMA Y SI ES NECESARIO SE TOMARÁ UNA RADIOGRAFÍA PARA QUE AYUDE A LA IDENTIFICACIÓN Y REMOCIÓN DE LOS RESIDUOS DE AMALGAMA. SE IRRIGA, SE PROVOCA LIGERA HEMORRAGIA PARA LOGRAR UN BUEN COÁGULO, SE REPONE EL COLGAJO Y SE SUTURA POR LOS PROCEDIMIENTOS DE RUTINA.

SE HAN HECHO ALGUNAS MODIFICACIONES EN LA TÉCNICA DE LA PREPARACIÓN APICAL QUE HA DE ALOJAR LA AMALGAMA, EN ESPECIAL CONVIRTIENDO LA CLASE I EN CLASE II. MATSURA (DETROIT, 1962) RECOMIENDA LA SIGUIENTE TÉCNICA: DESPUÉS DE SECCIONADO EL ÁPICE CON LA DEBIDA ANGULACIÓN, SE HACE UN CORTE VERTICAL A LO LARGO DE LA RAÍZ DE 5 A 7 MM. CON UNA FRESA # 557 Y PROFUNDIZANDO HASTA EL CONDUCTO.

A CONTINUACIÓN CON UNA FRESA REDONDA COLOCADA EN EL CENTRO DE LA SECCIÓN APICAL Y UTILIZANDO COMO CORREDERA EL CORTE VERTICAL, SE LE DESLIZA HASTA LA MISMA ALTURA DE 5 A 7 MM. SACÁNDOLA POR VESTIVERTIBULAR A ESTE NIVEL, SE ELIMINAN LOS RESTOS Y SE OBTURA CON AMALGAMA. OTROS AUTORES COMO GLICH Y DOW-1965 Y FOSTER-1968- HAN PROPUESTO MÉTODOS SIMILARES.

EN GENERAL SE RECOMIENDA QUE LA AMALGAMA DE PLATA EMPLEADA EN ESTA TÉCNICA NO CONTENGA ZINC (ALGUNAS CASA MANUFACTURERAS LA FABRICAN DE ESTE TIPO) PARA EVITAR EL POSIBLE RIESGO PUBLICADO POR OMNELL-1959 Y CITADO POR INGLE-1962 Y 1965-, DE QUE SE PRODUSCAN FENÓMENOS DE ELECTROLISIS ENTRE EL ZINC Y LOS OTROS METALES COMPONENTES DE LA AMALGAMA (MERCURIO, COBRE, PLATA Y ESTAÑO) CON UN FLUJO CONSTANTE DE CORRIENTE ELÉCTRICA, PRECIPITACIÓN DE CARBONATO DE ZINC EN LOS TEJIDOS Y COMO CONSECUENCIA UNA REPARACIÓN PERIAPICAL -

DEMORADA O INTERFERIDA.

ROS-GIESSEN ALEMANIA, 1965-HA EXPERIMENTADO LA OBTURACIÓN RETRÓGRADA CON ORO COHESIVO DE 24 QUILATES (NEW-624) EN DIENTES EXTRAÍDOS UTILIZANDO UN CONDENSADOR AUTOMÁTICO, NO OBSERVANDO-- PENETRACIÓN ALGUNA CON INMERSIÓN EN UNA SOLUCIÓN DE AZUL DE METI LENO, POR LO CUAL EL REFERIDO AUTOR ALEMÁN CREE QUE PODRÍA -- USARSE ESTE MATERIAL.

EL ÉXITO A DISTANCIA DE LA OBTURACIÓN POR VIAL APICAL DEPEN DE DE LA TOLERANCIA DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES AL MATERIAL EMPLEA DO, DE QUE NO EXISTA SOLUCIÓN DE CONTINUIDAD ENTRE DICHO MATERIAL- Y LAS PAREDES DE LA CAVIDAD Y FINALMENTE, DE QUE NO PERSISTA DEN- TINA INFECTADA AL DESCUBIERTO AL EFECTUAR EL CORTE DE LA RAÍZ Y - AUN DESPUÉS DE OBTURAR LA CAVIDAD.

SABEMOS QUE LA REPARACIÓN IDEAL POSTERIORMENTE AL TRATAMIENT- TO ENDODÓNTICO ES LA QUE SE PRODUCE CUANDO EL PERIODONTO DEPOSITA- CEMENTO SOBRE LAS PAREDES INTERNAS DEL ÁPICE RADICULAR, AISLANDO - PERMANENTEMENTE LA ZONA PERIAPICAL DEL CONDUCTO RADICULAR.

SIN EMBARGO, ESTA REPARACIÓN SÓLO ES POSIBLE CUANDO ADEMÁS - DE NO EXISTIR INFECCIÓN REMANENTE, LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO EN EL MOMENTO DE REALIZARLA O A DISTANCIA DEL TRATAMIENTO, SE ENCUENTRA- A 1 MM. APROXIMADAMENTE DEL EXTREMO ANÁTOMICO DE LA RAÍZ, ES DECIR, HASTA EL LUGAR DONDE NORMALMENTE SE INVAGINA EL PERIODONTO.

EN EL CASO DE LA OBTURACIÓN POR VIA APICAL QUE SE REALIZA CON MATERIALES NO REABSORBIBLES O MUY LENTAMENTE REABSORBIBLES, EL NUEVO PERIODONTO APICAL FORMADO POSTERIORMENTE A LA INTERVENCIÓN OPERATO- RIA QUEDARÁ EN PERMANENTE CONTACTO CON LA SUBSTANCIA EXTRAÑA QUE EN EL MEJOR DE LOS CASOS, TOLERARÁ O TRATARÁ DE AISLAR POR MEDIO DE UNA CÁPSULA DE TEJIDO FIBROSO. OTRAS VECES, SIN EMBARGO, UN PEQUEÑO GRA- NULOMA RESIDUAL CON INFILTRADO LINFOPLASMOCITARIO, POCO VISIBLE EN- LA RADIOGRAFÍA PERO COMPROBABLE HISTOLÓGICAMENTE, ES LA RESPUESTA --

DEL PERIODONTO, CON CARÁCTER DE CRONICIDAD, A LA PRESENCIA DE UN CUERPO EXTRAÑO QUE NO PUEDE ELIMINAR (BIOLCATI, -1943,4).

SUTURA.

LLEGAMOS ASI AL ÚLTIMO TIEMPO OPERATORIO "LA SUTURA DEL COLGAJO", MANIOBRA QUE REPUTAMOS DE SUMO INTERÉS Y DE IMPRESCINDIBLE NECESIDAD. ESTAMOS CON CAVINA QUIEN HA DICHO "AFIRMAMOS -- QUE LA SUTURA PRIMARIA REPRESENTA LA MÁS GRANDE CONQUISTA, PUES-- GRACIAS A ÉSTA, LA EVOLUCIÓN DE LA HERIDA ES RÁPIDA, EL TRATAMIENTO POST-OPERATORIO NULO Y LA CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA PERFECTA".

HACEMOS LA SUTURA CON PEQUEÑAS AGUJAS ATRAUMÁTICAS SIMICIRCULARES # 3 0 4 E HILO SEDA NEGRA 000 O 0000 COLOCANDO PUNTOS -- AISLADOS, AYUDANDONOS CON EL PORTEAGUJAS RESPECTIVO. ANTES DE REALIZAR LA SUTURA DEBEMOS TENER LA PRECAUCION DE RASPAR LIGERAMENTE EL FONDO DE LA CAVIDAD ÓSEA Y LOS BORDES DE LA MISMA, PARA QUE ESTA CAVIDAD ÓSEA SE LLENE DE SANGRE Y SE FORME ASÍ UN BUEN COÁGULO. EL COÁGULO, ES EL MATERIAL QUE POSTERIORMENTE ORGANIZARÁ LA NEOFORMACIÓN ÓSEA.

CUANDO LA FIBROMUCOSA ESTÁ ADHERIDA A LA TABLA ÓSEA Y DIFÍCULTA LA INSERCIÓN DE LA AGUJA, SE LE DEBE DESPRENDER CON UNA LEGRA O CURETA PEQUEÑA. SI LA APICECTOMÍA SE REALIZÓ EN UN SÓLO -- DIENTE, GENERALMENTE SE REQUIEREN 3 O 4 PUNTOS AISLADOS; PERO SI LA INCISIÓN FUERA GRANDE SE NECESITARAN MAS. EN GENERAL, EN LOS -- DIENTES ANTEROINFERIORES SE REQUIEREN MAYOR NÚMERO DE SUTURAS, PARA UNA LONGITUD DETERMINADA DE INCISIÓN, QUE EN OTRO LUGAR DE LA BOCA, DEBIDO A LA MOVILIDAD DEL LABIO INFERIOR AL HABLAR Y AL MASTICAR.

UNA VEZ EFECTUADA LA INTERVENCIÓN SE TOMA UNA RADIOGRAFÍA -- POST-OPERATORIA PARA COMPARARLA CON LOS FUTUROS CONTROLES RADIO -- GRAFICOS. LA RADIOGRAFÍA POST-OPERATORIA POR LO GENERAL MUESTRA -- UNA OBTURACIÓN RADICULAR LIGERAMENTE MÁS CORTA QUE LA SUPERFICIE -- SECCIONADA DE LA RAÍZ, DEBIDO AL NIVEL DE LA RESECCIÓN Y AL PARALAJE.

CAPITULO V

POSTOPERATORIO.

EL POSTEOPERATORIO ES EL CONJUNTO DE MANIOBRAS QUE SE REALIZAN DESPUÉS DE LA OPERACIÓN CON EL OBJETO DE MANTENER LOS FINES LOGRADOS POR LA INTERVENCIÓN, REPARAR LOS DAÑOS QUE SURJEN CON MOTIVO DEL ACTO QUIÚRGICO, COLABORAR CON LA NATURALEZA EN EL LOGRO DEL PERFECTO ESTADO DE SALUD.

LAS INSTRUCCIONES AL PACIENTE SERÁN DADAS VERBALMENTE Y POR ESCRITO, PUES COMO ESTÁ BAJO LA INFLUENCIA DE LA MEDICACIÓN PREOPERATORIA, PODRÍA OLVIDARLAS.

TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO.

HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL. TERMINADA LA OPERACIÓN, EL AYUDANTE O LA ENFERMERA LAVA PERFECTAMENTE LA SANGRE QUE PUDO HABERSE DEPOSITADO SOBRE LA CARA DEL PACIENTE, CON UNA GASA MOJADA EN AGUA OXIGENADA. LA CAVIDAD BUCAL SERÁ IRRIGADA CON UNA SOLUCIÓN TIBIA DEL MISMO MEDICAMENTO O AUN MEJOR PROYECTADA ESTA CON UN ATOMIZADOR, QUE LIMPIARÁ ASÍ Y ELIMINARÁ SANGRE, SALIVA, RESTOS QUE EVENTUALMENTE PUEDEN DEPOSITARSE EN LOS SURCOS VESTIBULARES, DEBAJO DE LA LENGUA, EN LA BÓVEDA PALATINA Y EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS, ESTOS ELEMENTOS EXTRAÑOS ENTRAN EN PUTREFACCIÓN Y COLABORAN EN EL AUMENTO DE LA RIQUEZA DE LA FLORA MICROBIANA BUCAL.

EL PACIENTE EN SU DOMICILIO (YA REALIZADA LA FORMACIÓN DEL COÁGULO) POR LO MENOS 4 HORAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN, PODRÁ CEPILLARSE LA BOCA EXCEPTO EN LA ZONA INTERVENIDA HASTA QUE SE LE RETIREN LOS PUNTOS, HARÁ SUAVES ENJUAGUES DE SU BOCA CON UNA SOLUCIÓN ANTISÉPTICA CUALQUIERA DESPUÉS DE LAS COMIDAS, ESTO HARÁ QUE EL PACIENTE LIMPIE SU BOCA Y LE PROPORCIONARÁ UNA SENSACIÓN DE FRESCA LIMPIEZA QUE HARÁ QUE ÉSTE SE SIENTA MÁS CÓMODO. EL CEPILLO DEBERÁ SER DE CONSISTENCIA SUAVE.

FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA. SE HA PRECONIZADO EL EMPLEO DE AGENTES FÍSICOS, COMO ELEMENTOS POSTOPERATORIOS PARA MEJORAR Y MODIFICAR LAS CONDICIONES DE LAS HERIDAS EN LA CAVIDAD BUCAL. SE REFIEREN AL EMPLEO DEL CALOR, FRÍO O IRRADIACIONES ULTRAVIOLETA.

FRÍO. EMPLEAMOS CON GRAN FRECUENCIA EL FRÍO, COMO TRATAMIENTO POST-OPERATORIO Y LO ACONSEJAMOS BAJO LA FORMA DE BOLSAS DE HIELO O TOALLAS AFELPADAS MOJADAS EN AGUA HELADA, QUE SE COLOCAN SOBRE LA CARA, FRENTE AL SITIO DE LA INTERVENCIÓN. EL FUNCIONAMIENTO QUE TIENE EL FRÍO ES MULTIPLE; EVITA LA CONGESTIÓN Y EL DOLOR POST-OPERATORIO, PREVIENEN LOS HEMATOMAS Y LAS HEMORRAGIAS, DISMINUYE Y CONCRETA LOS EDEMAS POST-OPERATORIOS. EL FRÍO DEBE USARSE POR PERÍODOS DE 15 MINUTOS, SEGUIDOS DE UN PERÍODO DE DESCANSO DE OTROS 15 MINUTOS. ESTA TERAPÉUTICA SÓLO SE USARÁ DURANTE EL PRIMER DÍA POST-OPERATORIO; APLICÁNDOSE CADA DOS HORAS DURANTE EL SEGUNDO DÍA. ESTA TERAPÉUTICA EN NINGÚN MOMENTO DEBERÁ PROLONGARSE POR MÁS DE TRES DÍAS, YA QUE SU ACCIÓN SERÍA INUTIL, CUANDO NO PERJUDICIAL (PRODUCCIÓN DE DOLOR, NO CESACIÓN DEL DOLOR POST-OPERATORIO; EN ESTE ÚLTIMO CASO ESTÁ MÁS INDICADO EL CALOR).

CALOR. SOLAMENTE LO EMPLEAMOS CON EL OBJETO DE "MADURAR" LOS PROCESOS FLOJÍSTICOS Y AYUDAR A LA FORMACIÓN DE PUS. DESPUÉS DEL TERCER DÍA PUEDE APLICARSE PARA DISMINUIR LAS ALVEOLALGIAS Y DOLORES POST-OPERATORIOS.

LAMPARA SOLUX. RAYOS INFRARROJOS. SON FUENTES DE CALOR INTERESANTES. SE EMPLEAN DESPUÉS DE LA APICECTOMÍA, DESPUÉS DE EXTRACCIONES LABORIOSAS Y EN EL TRATAMIENTO DE LAS ALVEOLITIS.

MEDICACION POST-OPERATORIA.

LOS PROCEDIMIENTOS QUÍMICOS DE QUE DISPONEMOS TIENEN GRAN UTILIDAD EN LA ACTUALIDAD Y NOS AYUDAN DE MANERA IMPORTANTE A LA

BUENA EVOLUCION DE LA HERIDA Y A EVITAR LAS MOLESTIAS AL PACIENTE.

LOS ANTIBIOTICOS SÓLO SE USAN O ESTÁN INDICADOS EN PERÍODOS POST-OPERATORIOS CUANDO LA HERIDA QUIRÚRGICA ESTÁ CONTAMINADA O APARECEN SIGNOS DE INFECCIÓN, PERO COMO LA CONTAMINACIÓN DE LA HERIDA ES INEVITABLE SIEMPRE QUE SE PENETRA EN VÍAS RESPIRATORIAS O GASTRO-INTESTINALES ALTAS, ES CONVENIENTE ADMINISTRAR ANTIBIOTICOS PARA PREVENIR ESTAS INFECCIONES. PODREMOS UTILIZAR PARA ESTE FIN, A LAS PENICILINAS, ERTROMICINA, ESTREPTOMICINA, AMPICILINA, ETC., PUDIÉNDOSE ADMINISTRAR POR EJEMPLO, --- 250 A 500 MG. DE AMPICILINA, SEGÚN LA EDAD Y PESO DEL PACIENTE Y CADA 6 U 8 HORAS DE ACUERDO AL CASO EN CUESTIÓN.

LOS ANALGÉSICOS SON ÚTILES PARA ALIVIAR O EVITAR LA SINTOMATOLOGÍA DOLOROSA POST-QUIRÚRGICA CUANDO ESTA EXISTIERA, EN TAL CASO PODRÁN EMPLEARSE; LOS SALICILATOS Y SUS DERIVADOS, -- LOS DERIVADOS DE LA ANILINA (ACETO-FINTIDINA), DERIVADOS DE -- LA PIRAZOLONA, GRUPO FENIRAMIDOL O TAMBIÉN LOS DEL GRUPO DEL -- ÁCIDO FENAMICO.

LOS ANTIINFLAMATORIOS SON RECOMENDABLES PARA AYUDAR A -- PREVENIR O BAJAR LA INFLAMACIÓN Y EL EDEMA Y PARA ESTO PODEMOS UTILIZAR: LA TRIPSINA Y QUIMOTRIPSINA, LOS SALICILATOS, LA -- FENILBUTAZONA, ETC.

ESTOS MEDICAMENTOS SERÁN DOSIFICADOS DE ACUERDO A LOS -- REQUERIMIENTOS NECESARIOS DE CADA PACIENTE, GENERALMENTE --- SUELEN RECETARSE LOS SALICILATOS O LOS DERIVADOS DE LA PIRAZOLONA EN DOSIS DE 500 MG. CADA 6 U 8 HORAS.

ALIMENTACION DEL RECIEN OPERADO.

SE PRESCRIBIRÁ DIETA SEMISOLIDA DURANTE EL PRIMER DIA Y -- DIETA NORMAL EN LOS DIAS SIGUIENTES, CON AGUA O JUGO DE FRUTAS EN ABUNDANCIA.

ACTIVIDAD FISICA.

SE LE ACONSEJARÁ AL PACIENTE QUE REPOSE DURANTE UNO O MÁS DÍAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN, SEGÚN LA EXTENSIÓN DE LA CIRUGÍA. DEBE ADVERTIRSE DE ANTEMANO CUANTO TIEMPO NECESITARÁ PARA DESCANSAR Y RECUPERARSE. DEBEN EVITARSE EL TRABAJO FÍSICO EXTENUANTE Y LOS DEPORTES.

EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA.

LOS PUNTOS DE SUTURA DEBERÁN EXTRAERSE DESPUÉS DE 4 A 7 DÍAS. LA TÉCNICA ES LA SIGUIENTE: SE PASA SOBRE EL HILO A EXTRAERSE UN ALGODÓN MOJADO EN TINTURA DE YODO O DE MARTHIOLO, CON EL OBJETO DE ESTERILIZAR LA PARTE DEL HILO QUE ESTANDO EN LA CAVIDAD BUCAL SE ENCUENTRA CONTAMINADO. SE TOMA UNA PINZA DE CURACIÓN O DE DISECCIÓN Y MANEJADA CON LA MANO IZQUIERDA SE PINZA UN EXTREMO DEL NUDO QUE EMERGE SOBRE LOS LABIOS DE LA HERIDA, TRACCIONANDO ASÍ EL HILO COMO PARA PERMITIR OBTENER UN TROZO DE ÉSTE POR DEBAJO DEL NUDO PARA PODER CORTARLO A ESTE NIVEL.

CON UNA TIJERA TOMADA CON LA MANO DERECHA, SE CORTA EL HILO. LA MANO IZQUIERDA SIGUE TRACCIONANDO EL HILO O LO VUELVE A TOMAR PRÓXIMO AL PUNTO QUE EMERGE POR EL EXTREMO OPUESTO AL DE LA SECCIÓN Y LO TRACCIONA PARA EXTRAERLO DEL INTERIOR DE LOS TEJIDOS.

ES IMPORTANTE PROCURAR QUE LA MENOR CANTIDAD DE HILO CONTAMINADO PASE POR EL INTERIOR DE LOS TEJIDOS, LAS RAZONES SON OBVIAS.

DE ESTA MANERA SE ELIMINAN TODOS LOS PUNTOS DE SUTURA, PROCURANDO NO LASTIMAR LA ENCIA NI ENTREABRIR LOS LABIOS DE LA HERIDA.

CAPITULO VI

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA APICETOMIA.

LOS ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE ESTA OPERACION SE --
 DEBEN A INNUMERABLES FACTORES, UNOS OBEDECEN A LA MALA ELECCIÓN
 DEL CASO (DIENTES MULTIRRADICULARES O CON PROCESOS DE PARADENTO
 SIS, ETC.), OTROS, A UNA DEFECTUOSA TÉCNICA OPERATORIA, TODO --
 ESTO NOS PODRÍA LLEVAR AL FRACASO DE LA OPERACIÓN. A CONTINUA--
 CIÓN DESCRIBIREMOS SITUACIONES QUE TAMBIÉN NOS PODRÍAN LLEVAR --
 AL FRACASO COMO CONSECUENCIA:

- 1.- INSUFICIENTE RESECCIÓN DEL ÁPICE RADICULAR. AL REALIZAR
 LA OPERACIÓN, LA FRESA SOLO CORTA LA PARTE ANTERIOR --
 DE LA RAÍZ, DEJANDO UN TROZO IMPORTANTE DEL ÁPICE, --
 QUE ESTÁ INFECTADO. EN EL CASO DE TRATARSE DE UN PRE--
 MOLAR, LA RESECCIÓN DE LA RAÍZ BUCAL, DEJANDO LA PALA
 TINA EN SU SITIO.
- 2.- INSUFICIENTE CURETAJE DEL PROCESO PERIAPICAL. DEJAN --
 DO TROZOS DE GRANULOMA, RESTOS DE MEMBRANA QUÍSTICA, --
 LO CUAL OCASIONA RESIDIVA DEL PROCESO A PLAZOS DIS----
 TINTOS, ORIGINANDO FÍSTULAS QUE DENUNCIAN EL FRACASO --
 DE LA OPERACIÓN.
- 3.- LESIÓN DE LOS DIENTES VECINOS. PUEDE SECCIONARSE EL --
 PAQUETE VASCLONERVIOSO DE UN DIENTE VECINO, EN OTRAS--
 OCASIONES, LA ERRÓNEA UBICACIÓN DEL ÁPICE PUEDE DAR LUGAR
 A LA AMPUTACIÓN DEL ÁPICE DE UN DIENTE SANO.
- 4.- LESIÓN DE LOS ÓRGANOS O CAVIDADES VECINAS, PERFORACIÓN
 DEL PISO DE LAS FOSAS NAALES, EN LOS CASOS DE LOS --
 DIENTES QUE TIENEN SUS ÁPICES MUY CERCANOS A ESTAS ES--
 TRUCTURAS, ÉSTO A CONSECUENCIA DE LA PERFORACIÓN DE LA--
 TABLA ÓSEA POR EL EMPLEO DE LA CUCHARILLA O LA FRESA; -
 ESTE ACCIDENTE NO TIENE MÁS TRASCENDENCIA QUE LA HEMOBRA

GIA NASAL, TAMBIÉN PUEDE HABER PERFORACIÓN DEL SENOS MAXILAR - EN LAS APICECTOMÍAS DE PREMOLARES Y EN ALGUNAS DE CANINOS, -- CUANDO LA FRESA PERFORA EL PISO O LA PARED DEL SENOS, PUDIÉNDOSE INTRODUCIR EL ÁPICE AMPUTADO EN EL INTERIOR DE ESTA CAVIDAD. ES POR ÉSTO, QUE HEMOS INSISTIDO EN LA CUIDADOSA INVESTIGACIÓN RADIOGRÁFICA, PARA SITUAR EL ÁPICE CON RESPECTO A LA UBICACIÓN DE SENOS MAXILAR Y ESTABLECER ASÍ LA RELACIÓN ENTRE AMBOS.

LA LESIÓN DE LOS VASOS Y NERVIOS PALATINOS ANTERIORES ES UN ACCIDENTE POSIBLE EN EL CURSO DE LA APICECTOMÍA DE LOS INCISIVOS CENTRALES. LA SECCION DE LOS VASOS PRODUCE UNA ABUNDANTE-HEMORRAGÍA, QUE PARA COHIBIRLA HAY QUE TAPONAR LA CAVIDAD DURANTE UN TIEMPO CONSIDERABLE.

EN LA LESIÓN DE LOS VASOS Y NERVIOS MENTONIANOS, ADEMÁS DETENER EL PROBLEMA DE LA HEMORRAGIA SE AGREGA LA COMPLICACIÓN DE LA PARESTESIA DEL LABIO INFERIOR, POR LA LESIÓN DE LAS RAMAS - - NERVIOSAS EFERENTES.

- 5.- FRACTURA O LUXACIÓN DEL DIENTE EN TRATAMIENTO. EL ESCOPLA MAL DIRIGIDO PUEDE OCASIONAR FRACTURAS RADICULARES QUE OBLIGUEN A LA EXTRACCIÓN DEL DIENTE, UN GOLPE EXAGERADO SOBRE EL ESCOPLA PUEDE LUXAR O TAMBIÉN EXPULSAR EL DIENTE.
- 6.- PERFORACIÓN DE LAS TABLAS ÓSEAS LINGUAL O PALATINA. LA LESIÓN MÁS IMPORTANTE ES LA QUE TIENE LUGAR EN EL MAXILAR INFERIOR, PUDIÉNDOSE ORIGINAR UNA PROPAGACIÓN DE LA INFECCIÓN A LA REGIÓN GLOSOSUPRAHIOIDEA, ESTA PERFORACIÓN DE LA TABLA LINGUAL, PUEDE TAMBIÉN SER CAUSA DE -- HEMORRAGIAS DEL PISO DE LA BOCA, QUE SE TRADUCEN POR -- LA COLORACIÓN HEMÁTICA CARACTERÍSTICA, INFLAMACIONES -- E INGURGITACIONES DE LA GLÁNDULA SUBLINGUAL.

CAPITULO VII

REPARACION POSTERIOR A LA APICECTOMIA.

A MANERA DE DESCRIPCIÓN Y PARA MAYOR COMPRENSIÓN FORMULAREMOS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: ¿POR QUE ES NECESARIO HACER UNA APICECTOMÍA CUANDO EXISTE UN GRANULOMA, AÚN CUANDO SEA GRANDE?, ¿EL GRANULOMA NO ESTÁ CONSTITUIDO POR TEJIDO DE GRANULACIÓN?, ¿EFECTUANDO EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS, ESTE TEJIDO DE GRANULACIÓN, ESPECIALMENTE SI ES ABUNDANTE, NO LLEVARÁ A UNA REPARACIÓN COMPLETA?. LA RESPUESTA NO ES TAN SIMPLE COMO PARECE; SI BIEN UN GRANULOMA ESTÁ CONSTITUTIDO PRINCIPALMENTE POR TEJIDO DE GRANULACIÓN, TAMBIÉN CONTIENE OTROS ELEMENTOS, ADEMAS DE UNA RICA RED CAPILAR QUE COMPONE EL TEJIDO DE GRANULACIÓN, TIENE TAMBIÉN TEJIDO CONJUNTIVO FIBROSO Y CÉLULAS INFILTRADAS, POR ESTO SE LE DENOMINA PREFERENTEMENTE TEJIDO GRANULOMATOSO Y NO TEJIDO DE GRANULACIÓN, PARA QUE ESTE TEJIDO CONJUNTIVO PROLIFERATIVO, PERO SIN DIFERENCIACIÓN, GENERE OSTEÓBLASTOS, FIBROBLASTOS, ETC. ES NECESARIA LA PRESENCIA DE UN ESTÍMULO,

AL PARECER, EL ESTÍMULO NO SE PRODUCE O BIEN ESTÁ DIFICULTADA LA TRANSFORMACIÓN DE ESTE TEJIDO EN OTRO MÁS DIFERENCIADO. PARA QUE SE FORME TEJIDO ÓSEO SE REQUIEREN SALES DE CALCIO Y FOSFATA SA. CUANDO EXISTE UN TEJIDO RICAMENTE VASCULARIZADO, COMO SUCEDE EN EL GRANULOMA, NO SE PRODUCE FACILMENTE NEOFORMACIÓN ÓSEA. EN EFECTO, LOS CENTROS DE REPARACIÓN ÓSEA CON FRECUENCIA ESTÁN ALEJADOS DE LOS CAPILARES SANGÜÍNEOS QUE PENETRAN EN LA SUBSTANCIA -- FUNDAMENTAL. SEGUN CAHN, EL PROCESO DE REPARACIÓN DE LA HERIDA DESPUÉS DE UNA APICECTOMÍA ES SEMEJANTE AL QUE OCURRE DESPUÉS DE UNA-- EXTRACCIÓN. AL REALIZAR LA APICECTOMIA SE REMUEVE HUESO Y CEMENTO NECROSADOS, FACILITÁNDOSE ASÍ EL PROCESO DE REPARACIÓN. LA ABUNDANTE IRRIGACIÓN DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN JOVEN PROVOCA UNA DESCALCIFICACIÓN DEL HUESO QUE BORDEA LA LESIÓN. EL CALCIO ES TRANSFERIDO-- AL PLASMA INTERSTICIAL DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN, QUE ASÍ SE TORNA EN UN MEDIO OSIFICABLE Y EN SUBSTANCIA FUNDAMENTAL PARA LA NEOFOR-- MACIÓN ÓSEA.

MIENTRAS EXISTA HIPEREMIA, NO PODRÁ DEPOSITARSE NUEVO HUESO. CUANDO DISMINUYE LA VASCULARIZACIÓN Y AUMENTA EL COLÁGENO, DESAPARECEN LOS CAPILARES Y COMIENZA LA OSIFICACIÓN.

LA REPARACIÓN CON NUEVO HUESO PUEDE PRODUCIRSE DESDE 6 MESES HASTA UN AÑO DESPUÉS DE EFECTUADA LA APICETOMÍA. RESULTA ASÍ UN PROCESO DE REPARACIÓN MÁS RÁPIDO QUE LA CICATRIZACIÓN ALVEOLAR POST-EXTRACCIÓN, LA CUAL SEGÚN EXNER, REQUIERE DE 18 A 24 MESES. EN ALGUNOS CASOS ES MÁS LENTA, PERO GENERALMENTE ACAECE CON MAYOR RAPIDEZ QUE CUANDO SE REALIZA UN TRATAMIENTO DE CONDUCTOS SIMPLE, PARA UN TAMAÑO DADO DE ZONA PERIAPICAL.

BOYNE Y COLABORADORES, COMPROBARON, AL REABRIR ZONAS OPERADAS, QUE CUANDO LA LESIÓN HABÍA SIDO PEQUEÑA, LA CORTICAL ÓSEA LABIAL ESTABA TOTALMENTE REPARADA DESPUÉS DE 5 MESES; EN CAMBIO --- CUANDO HABÍA SIDO DE MAYOR TAMAÑO, SÓLO SE HABÍA REDUCIDO DURANTE ESE LAPSO SIN CURRAR POR COMPLETO. COOLIDGE HA ESTUDIADO CASOS HISTOLÓGICAMENTE Y ENCONTRÓ CEMENTO DEPOSITADO SOBRE LA SUPERFICIE DE LA RAÍZ RESECADA.

CONCLUSION.

ESTE TRABAJO COMPRENDE VII CAPÍTULOS, LOS CUALES SON DE SUMA IMPORTANCIA PARA PODER LLEGAR AL ÉXITO DESEADO. RESPECTO A LAS INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA APICECTOMÍA (CAPÍTULO I) ES MENESTER MENCIONAR QUE EN COMBINACIÓN CON LA EVALUACIÓN DEL PACIENTE (CAPÍTULO II) NOS DARÁN DE UNA MANERA PRECISA "LA ELECCIÓN DEL CASO" QUE ES MUY IMPORTANTE PARA EL ACTO QUIRÚRGICO Y PREVENIR ASÍ LOS RIESGOS DE FRACASO QUE SE PUEDEN PRESENTAR POR UNA MALA ELECCIÓN DEL CASO. EL PREOPERATORIO (CAPÍTULO III) ES EL TIEMPO EN EL QUE SE PREPARA AL PACIENTE Y SE LE PONE EN OPTIMAS CONDICIONES COMO PARA SOPORTAR UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, COMPRENDE TEMAS COMO LA ASÉPSIA Y ANTISEPSIA QUE SON DE IMPRESCINDIBLE NECESIDAD PARA LLEGAR AL ÉXITO YA QUE DE EXISTIR DEFICIENCIAS ASEPTICAS O ANTISEPTICAS, ÉSTAS PODRIÁN ACARREAR COMO CONSECUENCIA EL FRACASO DE LA OPERACIÓN, POR LA CONTAMINACIÓN DE LA HERIDA QUE ÉSTAS IMPLICAN.

EN LA PRÁCTICA, DURANTE EL ACTO QUIRÚRGICO PROPIAMENTE DICHO PODEMOS OBSERVAR QUE EXISTEN VARIAS TÉCNICAS DE APICETOMÍA QUE DIFIEREN EN UNA O EN OTRA COSA Y AL INCLINARSE POR CUALQUIERA DE ELLAS, ÉSTA DEBERÁ LLEVARSE A CABO CON RIGUROSO CUIDADO Y CON LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS, YA QUE DE ÉSTO DEPENDERÁ EL ÉXITO O EL FRACASO DE NUESTRA INTERVENCIÓN. EN EL POST-OPERATORIO, EL PACIENTE DEBERÁ RECIBIR LAS RECOMENDACIONES POST-OPERATORIAS VERBALMENTE Y POR ESCRITO. Y NOSOTROS DEBEMOS VIGILAR QUE EL PACIENTE LAS CUMPLA AL PIE DE LA LETRA.

AL REALIZAR NUESTRA INTERVENCIÓN DEBEMOS TENER SIEMPRE PRESENTE LOS ACCIDENTES Y COMPLICACIONES QUE PUEDEN SUCEDER DURANTE EL TRANSCURSO DE LA MISMA, YA QUE SI LOS PASARAMOS POR ALTO Y ÉSTOS SUCEDIERAN, PODRIÁN TRAER CONSIGO CONSECUENCIAS TALES COMO EL FRACASO DE LA INTERVENCIÓN.

MUCHO SE HA HABLADO DEQUE SI EL CONDUCTO HABRÁ DE SER -
OBTURADO ANTES O DESPUÉS DE LA RESECCIÓN APICAL O AÚN ANTES DEL
ACTO QUIRÚRGICO O DURANTE EL TRANSCRUSO DEL MSIMO. EN BASE EN-
LA PREPARACIÓN, ELABORACIÓN Y EN LO DESCRITO ANTERIORMENTE EN
ESTA TESIS, ME PERMITO RECOMENDAR LO SIGUIENTE:

DE PREFERENCIA EL CONDUCTO DEBERÁ SER OBTURADO PREVIAMENTE
COMO UN TRATAMIENTO DE CONDUCTOS TOTALMENTE INDEPENDIENTE ALGÚN
TIEMPO ANTES DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, LA CUAL SE PROGRAMARÁ
PARA ALGUNOS DÍAS DESPUÉS. ÉSTO PODRÁ HACERSE EN LA MAYORÍA -
DE LOS CASOS EXCEPTO CUANDO SE NOS PRESENTE LA DIFUCULTAD DE ---
LOCALIZACIÓN DEL ÁPICE, YA QUE TENIENDO EL CONDUCTO ABIERTO SE -
NOS FACILITARÁ ESTA MANIOBRA, MEDIANTE EL USO DEL ALAMBRE EN --
"U" INTRODUCIDO EN EL CONDUCTO.

RESPECTO AL SELLADO DEL ÁPICE, DOY PRIORIDAD A LA OBTURA
CIÓN RETRÓGRADA CON AMALGAMA DE PLATA EXENTA DE ZINC COMO PRO-
CEDIMIENTO DE RUTINA EN TODAS LAS APIC TOMÍAS, YA QUE ÉSTO NOS -
DARÁ UN MAYOR MARGEN DE SEGURIDAD. ESTA OBTURACIÓN POR VÍA APICAL
DEBERÁ REALIZARSE OBTIAMENTE DESPUÉS DE LA RESECCIÓN APICAL Y -
AÚN CUANDO EL CONDUCTO RADICULAR ESTÉ OBTURADO PREVIAMENTE.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- CIRUGIA BUCAL.
GUILLERMO A. RIES CENTENO.
SÉPTIMA EDICION (SEGUNDA REIMPRESIÓN)
EDITORIAL EL ATENEO
10 DE JUNIO DE 1975
BUENOS AIRES ARGENTINA.

- 2.- TRATADO DE CIRUGIA ORAL.
KRUGER GUSTAVO.
PRIMERA EDICIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A.
31/3/1960
MEXICO, D.F.

- 3.- DR. EMNET R. COSTICH
DR. RAYMOND P. WHITE JR.
SEGUNDA EDICIÓN
EDITORIAL INTERAMERICANA
25/1/1974
MEXICO, D.F.

- 4.- CIRUGIA BUCAL PRACTICA.
DANIEL E. WAITE.
PRIMERA EDICION EN ESPAÑOL.
COMPAÑIA EDITORIAL CONTINENTAL, S.A.
JULIO/1978.
MEXICO, D.F.

5.- TRATADO DE CIRUGIA ORAL.

GURALNICH WALTER C.

EDITORIAL SALVAT

1971

BARCELONA ESPAÑA.

6.- PRACTICA ENDODONTICA.

LOUIS I. GROSSMAN

TERCERA EDICION EN CASTELLANO (SÉPTIMA EN INGLÉS)

EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. Y F.

1973

BUENOS AIRES ARGENTINA.

7.- ENDODONCIA EN LA PRACTICA CLINICA.

F.J. HARTY

EDITORIAL EL MANUAL MODERNO S.A.

1979

MEXICO, D. F.

8.- ENDODONCIA

OSCAR A. MAISTO.

TERCERA EDICION

EDITORIAL MUNDI S.A.

BUENOS AIRES ARGENTINA.

9.- ENDODONCIA (LOS CAMINOS DE LA PULPA)

STEPHEN COHEN

RICHARD C. BURNS

10.- ENDODONCIA

ANGEL LASALA

SEGUNDA EDICION

CRONOTIP

1961

CARACAS VENEZUELA.

11.- MEDICINA BUCAL (DE BURKET, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO)

DR. MALCOLM A. LYNCH

SEPTIMA EDICION

EDITORIAL INTERAMERICANA

1980

MEXICO D. F.

12.- FUNDAMENTOS DEL DIAGNOSTICO

LUIS MARTIN ABREU

SEGUNDA EDICION

EDITORIAL FCO. MENDEZ CERVANTES

1976

MEXICO, D. F.