

204
2 E. 1111



**"ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IXTACALA"**

U. N. A. M.

CARRERA DE
CIRUJANO DENTISTA

Cirugía Periapical

MA. DEL CARMEN LUVIDINA HERRERO SALAS

San Juan Iztacala, Edo. de México



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.

I N D I C E

PROLOGO

CAPITULO I

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

- | | |
|------------------------|---|
| 1.- INDICACIONES | 3 |
| 2.- CONTRAINDICACIONES | 4 |

CAPITULO II

VALORACION RADIOGRAFICA

- | | |
|--------------------------|---|
| 1.- EXAMEN PERIAPICAL | 5 |
| 2.- EXAMEN INTERPROXIMAL | 6 |
| 3.- EXAMEN OCLUSAL | 6 |
| 4.- ORTOPANTOMOGRAFIA | 7 |

CAPITULO III

ANATOMIA DE LOS HUESOS DE LA CARA: OSTEOLOGIA Y MIOLOGIA

- | | |
|----------------|----|
| 1.- OSTEOLOGIA | 9 |
| 2.- MIOLOGIA | 16 |

C A P I T U L O I V

TIPOS DE TRATAMIENTO PARA LA CIRUGIA PERIAPICAL

1.- APICECTOMIA	26
2.- CURETAJE	27
3.- LEGRADO	27

C A P I T U L O V

PASOS QUIRURGICOS EN UNA APICECTOMIA

1.- INSTRUMENTAL	30
2.- MATERIAL	34
3.- ANESTESIA (LOCAL, REGIONAL Y GENERAL)	36
4.- INCISION	38
5.- HEMOSTASIA	41
6.- DISECCION (COLGAJO)	42
7.- OSTEOTOMIA	44
8.- ODONTOSECCION	44
9.- OBTURACION DEL CONDUCTO	47
10.- SUTURA	49

C A P I T U L O V I

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

1.- DOLOR POSTOPERATORIO	52
2.- HEMORRAGIA	52

3.- INFECCION DE TEJIDOS	53
4.- HEMATOMA	53
5.- ENDOCARDITIS BACTERIANA	53
6.- EDEMA	54

C A P I T U L O V I I

CONCLUSIONES	55
--------------	----

BIBLIOGRAFIA

P R O L O G O

Habiendo terminado mis estudios en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, y siendo uno de los requisitos necesarios, presentar una investigación bibliográfica; he escogido el tema de - CIRUGIA PERIAPICAL tanto en Maxilar como en Mandíbula, ya que es uno de los problemas que se nos presentan tanto en el consultorio dental como en clínicas y hospitales, los cuales deben ser tratados efectivamente con el fin de conservar los órganos dentarios y a su vez la salud estomatológica de nuestros pacientes.

En la existencia de un foco periapical agudo o crónico, hay - dos pasos a seguir:

- a) La Exodoncia.
- b) La Cirugía Periapical.

La Exodoncia y Cirugía menor de los maxilares representan en la Odontología Moderna un papel modesto cuando más se cuiden y traten los dientes, por lo tanto, no hay intervención quirúrgica airosa o fracasada.

Tomando en cuenta la importancia que representan los focos infecciosos en los dientes, en el aspecto estético, funcional y psicológico del paciente; el tratamiento de las Infecciones - Periapicales constituye un serio problema para el Cirujano - Dentista, ya que es responsabilidad de éste preservar los órganos dentarios afectados cuando sea posible.

El buen Cirujano Dentista, debe considerar previa y cuidadosamente la posibilidad de salvar las piezas dentarias.

En este trabajo se hablará de las Indicaciones y Contraindicaciones de una Apicectomía, un Legrado, un Curetaje; con el fin de radicar la patología periapical que presentan los órganos dentarios y las regiones adyacentes, no olvidando la anestesia, la cual puede ser Local, General o Regional. Señalando las bases de la Cirugía al elaborar un Colgajo y teniendo en cuenta la Asepsia y Antiseptia que debemos tener en todo acto quirúrgico, además de conocer las diferentes técnicas por emplear en toda intervención quirúrgica por pequeña que sea. Asimismo, se indica el Material e Instrumental necesarios y los diferentes tipos de Suturas.

El objetivo de esta investigación es establecer la relación existente entre cada tema y a la vez introducir de la forma más sencilla al lector a la comprensión del mecanismo de acción de la Cirugía Periapical.

C A P I T U L O I

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

1.- INDICACIONES:

- a) En los seis dientes anteriores superiores e inferiores. Por tener ciertas facilidades razonables de acceso y que no invaden estructuras anatómicas, tales como el Seno Maxilar o el Conducto Dentario Inferior. Sin embargo un buen Cirujano puede realizar apicectomías en premolares, primeros y segundos molares, tanto superiores como inferiores.
- b) Dientes en los cuales la destrucción ósea alveolar no se extiende más de un tercio del total de la raíz.
- c) Dientes con absorción periapical.
- d) Dientes con granulomas periapicales bien circunscritos.
- e) Dientes que por inadvertencia ha sido perforada la raíz en la mitad apical.
- f) Dientes que han sido desvitalizados por la extensión de una lesión quística vecina (todos los dientes que aparecen comprometidos en un quiste deben ser cuidadosamente controlados a través de su vitalidad).
- g) Dientes fracturados por traumatismo.
- h) Cuando al realizar una Endodoncia, un ensanchador ha sido roto a través del ápice del diente.

- i) En dientes no vitales con áreas radiolúcidas quísticas.

2.- CONTRAINDICACIONES:

- a) Cuando la salud general del paciente se halla disminuída, especialmente la de quienes han padecido Fiebre Reumática o en ese momento sufren Reumatismo, Nefritis, Diabetes, Transtornos Cardíacos, Tirotoxicosis, etc.
- b) Dientes con bolsas parodontósicas profundas y excesiva movilidad.
- c) Dientes que están muy cerca de estructuras anatómicas muy importantes, como Seno Maxilar.
- d) Dientes con raíces enanas.
- e) Cuando hay que eliminar demasiada estructura radicular.
- f) Cuando la oclusión traumática no puede ser corregida.

C A P I T U L O I I

VALORACION RADIOGRAFICA

Antes de todo tratamiento, el dentista debe poseer un conocimiento lo más exacto posible de la boca. El examen radiográfico es de muy valiosa ayuda, pues así se llevarán a cabo las intervenciones con más eficiencia.

Existen dos tipos de Radiografía: Intraoral y Extraoral.

La Radiografía Intraoral consiste en tres clases de exámenes: Periapical, Interproximal y Oclusal.

Un tipo de Radiografía Extraoral es la Ortopantomografía.

1.- EXAMEN PERIAPICAL.

La Radiografía Periapical es el único medio disponible de obtener la imagen de los ápices de los dientes y sus tejidos adyacentes. La película radiográfica tiene gran importancia para determinar los procesos patológicos que interesan a la raíz del diente y tejido circundante. Los signos periapicales radiográficos que se consideran como alteración en el ápice son:

- Aumento en el espacio parodontal.
- Cambios en la configuración ósea.
- Interrupción en la continuidad de la lámina dura.

(Las lesiones oscuras bien delimitadas y esféricas son interpretadas como quistes y las que tienden a confundirse con el hueso circundante como absceso y granuloma).

2.- EXAMEN INTERPROXIMAL.

El Examen Interproximal nos es útil para descubrir las caries en las superficies próximas de los dientes o los defectos en las zonas coronal y cervical, así como hueso basal y borde parodontal (bolsas).

3.- EXAMEN OCLUSAL.

El Examen Oclusal, nos sirve para investigar las zonas grandes de los maxilares y descubrir fracturas, lesiones o dientes impactados o incluidos, cuando los quistes por su mayor tamaño no pueden radiografiarse en una película periapical normal.

Este tipo de examen intraoral sólo debe considerarse como complementario de los exámenes periapical e interproximal. La radiografía oclusal ha de juzgarse como una especie de reconocimiento topográfico de ciertas regiones de la boca, ya que no puede proporcionar detalles minuciosos sobre el estado patológico de dientes aislados.

Este método también es útil cuando al paciente (por algún defecto físico) no le es posible abrir la boca lo suficiente para que le sea colocada una película intraoral normal para examen periapical.

Para una localización exacta del corte transversal oclusal, - debe usarse en combinación con una película periapical, que - extiende el ángulo de proyección a un arco que va de cero a - 90°, lo cual depende de la región radiografiada.

La porción vertical del hueso frontal es la obstrucción más - grande que se encuentra en las radiografías oclusales (corte transversal) de la porción anterior del maxilar superior, don - de es paralelo al eje largo de los anteriores. En ciertos cas - os es necesaria alguna modificación de la angulación verti - cal para revelar esta zona.

La película oclusal mide 7 x 9 cms., y se manufactura para ve - locidades regular y rápida.

La rápida es la mejor película para las vistas oclusales del Maxilar Superior a causa de su extrema sensibilidad.

4.- ORTOPANTOMOGRAFIA.

La Ortopantomografía es un tipo de película extraoral, utili - zada normalmente en la radiografía dental. Está basada en una curvatura (promedio) para los dos maxilares. Se emplea el - mismo promedio para los adultos y se calcula generalmente - otro promedio para niños.

La calidad de la película panorámica resultante depende de - hasta que grado la curvatura del maxilar del paciente se - aproxima a la curvatura promedio escogida como modelo por el fabricante del equipo.

Este tipo de películas muestran una parte mucho mayor de los maxilares que las películas intraorales. También son caracte -

rísticas importantes especialmente para revisiones colectivas de una población, la exposición limitada del paciente y la rapidez del método.

El tubo de rayos x y la película curva rotan alrededor de la cabeza del paciente. La película gira simultáneamente detrás de una pantalla, en la cual hay una estrecha hendidura vertical. La hendidura estrecha a través de la cual emerge el haz procedente de la cabeza del tubo.

De la rotación de la película y del movimiento del haz bien - coordinados, dependen los resultados óptimos.

CAPITULO III

ANATOMIA DE LOS HUESOS DE LA CARA

OSTEOLOGIA Y MIOLOGIA

1.- OSTEOLOGIA.

La cara está constituida por catorce huesos; doce de ellos están dispuestos por pares y los restantes son impares.

Estos huesos son:

- a) Maxilares Superiores (Hueso par)
- b) Malares (Hueso par)
- c) Unguis (Hueso par)
- d) Cornetes Inferiores (Hueso par)
- e) Huesos propios de la nariz (Hueso par)
- f) Palatinos (Hueso par)
- g) Vomer (Hueso impar)
- h) Mandíbula (Hueso impar)

a) MAXILARES SUPERIORES.

En la cara interna se encuentra la apófisis palatina que se articula con la del lado opuesto para formar la bóveda palatina. Encima de la apófisis palatina se encuentra, de adelante hacia atrás:

- la cara interna de la apófisis ascendente,
- un canal que forma parte del conducto nasal,

- el orificio del Seno Maxilar, y
- una superficie rugosa, vertical, para articularse con el palatino.

Los dos bordes del surco del conducto nasal se articulan por arriba con el Unguis y por abajo con el Cornete Inferior. El orificio del Seno Maxilar está limitado en su parte inferior por el Cornete Inferior; en su parte superior por el Etmoides; en la anterior por el Unguis y en la posterior por el Palatino. Por éste orificio se aprecia el Seno Maxilar en forma de pirámide triangular, cuya base corresponde a la abertura y cuyo vértice determina una saliente sobre la superficie exterior del hueso. Esta cavidad está tapizada por la mucosa pituitaria y comunica con las Fosas Nasales.

Su cara externa presenta una elevación en forma de pirámide triangular, forma que representa la del Seno Maxilar.

El vértice apófisis del Malar se articula con este hueso; el borde inferior se dirige hacia la primera o segunda pieza molar. El borde anterior forma parte del reborde orbitario; el borde posterior concurre a la formación de la hendidura esfenomaxilar.

La cara superior, suelo de la órbita, forma la pared superior delgada del Seno Maxilar; presenta el canal suborbitario, atraviesa el borde anterior de la pirámide y se abre en la cara anterior por un orificio, agujero suborbitario. El conducto dentario anterior situado en la pared anterior del seno. La cara anterior de la pirámide ofrece el agujero suborbitario y la fosa canina. La cara posterior forma parte de la Fosa Cigomática y pterigomaxilar y constituye la pared posterior del Seno; en ella se aprecian conductos posteriores y ramas de la arteria alveolar.

En el borde anterior encontramos la parte anterior de la apófisis palatina, la espina nasal anterior, la abertura anterior de las fosas nasales, el borde anterior de la - apófisis ascendente.

Borde posterior: constituye la tuberosidad del maxilar, - en su porción más alta recibe a la apófisis piramidal del palatino y el borde anterior de la apófisis pterigoides.

Borde superior: forma la pared inferior de la órbita y se articula con el Unguis, con el Etmoides y atrás con la apófisis orbitaria del Palatino.

Borde Inferior: en este borde se encuentran las cavidades o alveolos dentarios, donde se alojan las raíces de los - dientes; éstos alveolos se encuentran separados por tabiques óseos que constituyen las apófisis interdientarias.

b) MALARES.

Está situado entre el Maxilar Superior, el Frontal, el Ala mayor del Esfenoides y la escama del Temporal. Consta de dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos.

Este hueso está formado por tejido compacto en la periferia y por tejido esponjoso en el centro. Por este hueso - atraviesa un conducto en forma de Y, nace la apófisis orbitaria, y se divide en el interior en dos ramas. Este conducto es llamado conducto malar.

c) UNGUIS.

Está situado entre el Frontal, Etmoides y Maxilar Superior. Tiene dos caras y cuatro bordes.

Cara externa.- se encuentra dividida en dos porciones por la Cresta Lagrimal; la Cresta Lagrimal termina inferiormente por una apófisis, ésta apófisis integra el orificio nasal superior.

La Cresta Lagrimal sirve de inserción al tendón reflejo - del Orbicular de los párpados.

Cara interna.- Es dividida en dos por un canal y corresponde con la cresta de la cara externa. Esta cara concurre a formar la pared externa de las fosas nasales.

En cuanto a sus bordes, el superior se articula con la apófisis orbitaria interna del frontal; el inferior contribuye a formar el conducto nasal; el anterior se articula con la rama ascendente del maxilar superior y el posterior con el hueso plano del Etmoides.

d) CORNETE INFERIOR.

Es un hueso de forma laminar adherido a la pared externa de las fosas nasales. Consta de dos caras, dos bordes y dos extremidades.

La cara interna es convexa vuelta hacia el tabique de las fosas nasales.

La cara externa es cóncava y forma la pared interna del -

meato inferior.

El borde superior se articula por delante con la apófisis ascendente del maxilar superior y por detrás con el Palatino; del punto medio de éste borde se destaca una prolongación ósea que descendiendo, cierra la parte inferior del Seno Maxilar; es la apófisis auricular situada entre la apófisis lagrimal anterior ascendente y concurriendo a formar el conducto nasal con el Unguis y la apófisis etmoidal posterior ascendente y articulada con la apófisis inciforme del etmoides.

El borde inferior es libre, grueso y convexo; no presenta apófisis.

La extremidad anterior se articula con el Maxilar Superior y la posterior con el Palatino.

e) HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ.

Estos huesos están situados entre las apófisis frontales de los maxilares superiores y se unen entre sí adentro. Están constituidos de tejido compacto y se encuentran atravesados por un conducto vascular. Se encuentran comprendidos por dos caras y cuatro bordes.

La cara anterior tiene un orificio vascular, en el cual se inserta el músculo piramidal de la nariz.

La cara posterior forma parte de la bóveda de las fosas nasales y presenta pequeños surcos para vasos y nervios.

El borde superior (grueso), se articula con el frontal;

el borde inferior (delgado), se une a los cartílagos laterales de la nariz; el borde interno se articula con el - del lado opuesto con la lámina perpendicular del Etmoides y la espina nasal del Frontal; el borde externo se articula con la apófisis ascendente del Maxilar Superior.

f) PALATINOS.

"Situados en la parte posterior de la cara, detrás de los maxilares superiores. Cada uno consta de dos láminas: horizontal y vertical". (*)

El borde posterior del paladar óseo presta inserción al - paladar blando. En el plano medio, el borde posterior presenta la espina nasal posterior. Hacia atrás y afuera el paladar óseo muestra un orificio a cada lado, el agujero palatino mayor, por el que pasa el nervio palatino y los vasos procedentes de la fosa pterigopalatina. Uno o más - conductos y orificios palatinos menores se observan detrás del mayor y dan paso al nervio y vasos palatinos menores.

Los huesos palatinos tienen la forma de L y se componen - de:

- una lámina perpendicular que se aplica al dorso de la - cara interna del maxilar, y
- de una lámina horizontal que se dirige hacia adentro pa

(*) Quiroz Gutierrez, Fernando; TRATADO DE ANATOMIA HUMANA.

ra unirse a la del lado opuesto y formar la porción posterior del paladar óseo. En la unión de las dos láminas se observa la apófisis piramidal, dirigida hacia atrás y afuera, la cual separa el maxilar de la apófisis pterigoidea esfenoidal. Dos pequeñas apófisis se dirigen desde la parte superior de la lámina perpendicular hacia arriba y contribuyen a limitar el agujero esfenopalatino.

g) VOMER.

El vómer es un hueso impar, forma la mayor parte del tabique óseo de las fosas nasales, y está constituido por una lámina delgada dispuesta sagitalmente. Hacia arriba y atrás se bifurca en dos prolongaciones o alas del vómer; en el surco que se forma entre las dos alas se introduce la cresta esfenoidal, el borde posterior del hueso termina afilándose y forma parte del contorno de las coanas. El borde inferior corresponde a la cresta nasal de los palatinos y maxilares. El borde anterior corto, va a parar a la porción anterior y saliente de la Cresta Nasal. El borde anterosuperior contacta con la lámina perpendicular del etmoides.

En el límite entre la porción posterior con la lámina perpendicular del etmoides y la porción cartilaginosa del tabique medio de la nariz, hay un surco, el cual está destinado al paso del nervio Esfenopalatino interno.

h) MANDIBULA.

El maxilar inferior consta de un cuerpo a manera de herradura y de dos ramas que emergen lateralmente de él; en dirección ascendente, se continúa con la apófisis alveolar. Cada rama ofrece en su extremidad dos formaciones: la apófisis articular y la apófisis coronoides o muscular. El tránsito del borde inferior del cuerpo al borde posterior de cada ra-

ma, se encuentra el ángulo del maxilar; del lado inferior - de éste ángulo está la apófisis del ángulo mandibular. El - cuerpo del maxilar presenta en su porción media la protuberancia mentoniana y a los lados de ésta protuberancia los - tubérculos mentonianos. A nivel del intersticio gingival entre el primero y segundo premolar se encuentra el agujero - mentoniano.

La superficie interna del Maxilar Inferior muestra en la zona del mentón la fosita digástrica; aquí se inserta el músculo digástrico. Por encima de ella el hueso se eleva y forma un pico óseo, denominado apófisis Geni. La superficie interna del hueso está dividida por la línea milohioidea en - una zona anterosuperior y otra posteroinferior (hacia abajo y hacia adelante).

En el punto medio de la superficie interna de la rama ascendente, se encuentra el orificio de entrada al conducto dentario inferior; hacia adelante y abajo está limitado por un borde agudo elevado en forma de pico óseo, es la Espina de Spix; en el lado interno de la apófisis coronoides y casi - en su vértice, se inicia la Cresta Temporal. Una segunda - cresta, situada en la superficie interna de la rama ascendente, pasa junto al reborde anterior del orificio del conducto dentario inferior termina finalmente en el lugar de comienzo de la línea milohioidea, después de bifurcarse con la cresta temporal (ésta es la cresta del cuello del cóndilo).

2.- MILOGIA

Los músculos de la cabeza comprenden un grupo de músculos masticadores, que se insertan por una de sus extremidades en la mandíbula, y otro grupo de músculos cutáneos.

MUSCULOS MASTICADORES:

- a) Masetero.
- b) Temporal.
- c) Pterigoideo Interno.
- d) Pterigoideo Externo.

MUSCULOS CUTANEOS DE LA CARA:

- a) Orbicular de los párpados.
- b) Superciliar.
- c) Piramidal.
- d) Transverso de la nariz.
- e) Mirtiforme.
- f) Dilatador de las aberturas nasales.
- g) Orbicular de los labios.
- h) Buccinador.
- i) Elevador común del ala de la nariz y del labio superior.
- j) Elevador propio del labio superior.
- k) Canino.
- l) Cigomático menor.
- m) Cigomático mayor.
- n) Risorio de Santorini.
- o) Triangular de los Labios.
- p) Cuadrado de la barba.
- q) Borla de la barba.

a) MUSCULO MASETERO.

Se inserta en el borde inferior y cara interna del arco cigomático, e inferiormente, en el ángulo del Maxilar Inferior.

Relaciones: cubre la rama del maxilar y el tendón del Temporal. La cara externa del Masetero está recubierta por la aponeurosis maseterina, por la cual se encuentra tejido con juntivo con la arteria transversa de la cara, el conducto - de Stenon, ramos nerviosos del facial, la prolongación mase terina de la parótida, músculo cutáneo y la piel.

Acción: elevador del Maxilar Inferior.

b) MUSCULO TEMPORAL.

Inserción: en la Fosa Temporal, cara profunda de la aponeurosis temporal y cara interna de la apófisis coronoides.

Relaciones: se relaciona con la aponeurosis temporal, arco cigomático y parte superior del Masetero. Cubre huesos, ner vios y vasos temporales profundos.

Acción: eleva el maxilar inferior y lo dirige hacia atrás.

c) MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.

Inserción: cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides, mitad inferior de la cara interna de la rama del maxilar inferior.

Relaciones: externamente con el músculo pterigoideo externo, aponeurosis interpterigoidea, maxilar inferior, vasos y nervios dentarios. Internamente se relaciona con la faringe y peristafilino externo.

Acción: elevador del maxilar inferior y contribuye en pequeños movimientos laterales del maxilar inferior.

d) MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.

Inserción: cara externa de la apófisis pterigoides y mitad inferior del ala mayor del Esfenoides. Cara interna del cuello del cóndilo y menisco interarticular.

Relaciones: por arriba con la bóveda de la fosa cigomática, con el nervio temporal profundo medio y con el maseterino y nervio bucal. En su cara anterior con los nervios y vasos linguales y dentarios inferiores.

Acción: los dos músculos pterigoideos externos dirigen hacia delante el cóndilo del maxilar; su contracción alternativa concurre a los movimientos de diducción.

a) MUSCULO ORBICULAR DE LOS PÁRPADOS.

Inserciones: por dentro se inserta por el tendón del orbicular, el cual se divide en dos porciones: Directa y Refleja.

La Directa se inserta en el borde anterior del canal lacrimonasal y la Refleja en el borde posterior de dicho canal. Los bordes del tendón directo, la cara anterior y borde superior del ramo superior y el borde inferior de la rama inferior, son los lugares de inserción de la mayor parte de las fibras orbiculares. También se insertan algunos haces en la parte superior de la apófisis ascendente del Maxilar Superior.

Relaciones: superficialmente se relaciona con la piel, profundamente con el reborde orbitario, músculo superciliar, arteria y nervios supraorbitarios.

Acción: funciona a manera de esfínter del orificio palpebral (cerrándolo cuando se contrae).

b) SUPERCILIAR.

Inserciones: se inserta en parte interna del arco superciliar, sus fibras se dirigen hacia afuera y arriba formando una concavidad y entrecruzándose con las fibras del orbicular, termina en la cara profunda de la piel de las cejas.

Relaciones: está en relación con el músculo frontal y piramidal (dentro), orbicular (fuera), con el hueso frontal, con arteria y nervio supraorbitario (su cara profunda).

Acción: acerca las dos cejas (ceño fruncido).

c) PIRAMIDAL.

Inserciones: abajo de los cartílagos laterales de la nariz se dirige hacia arriba para insertarse en la piel superciliar donde se relaciona con las del frontal.

Relaciones: cubre los huesos propios de la nariz.

Acción: los dos músculos llevan la piel hacia abajo, formando arrugas horizontales en la raíz de la nariz.

d) MUSCULO TRANSVERSO O DILATADOR DE LA NARIZ.

Inserciones: por arriba, en el dorso de la nariz, por medio de una aponeurosis que desciende sobre las partes laterales de la nariz y da nacimiento a las fibras carnosas que vienen

a implantarse en el borde posterior de los cartílagos del ala de la nariz y en la piel que los recubre.

Acción: dilata las alas de la nariz.

e) MIRTIFORME.

Se origina del maxilar superior al borde posterior del ala de la nariz. De la gita canina se dirige hacia arriba y se insertan sus fibras anteriores al tabique nasal, las medias en el borde posterior del cartílago del ala de la nariz, -- las posteriores con el transverso de la nariz.

Relaciones: está en relación con la mucosa de las encías o gingival y con el semiorbicular de los labios.

Acción: es depresor del ala de la nariz y constrictor de sus aberturas.

f) DILATADOR DE LAS ABERTURAS NASALES.

Se encuentra situado sobre el ala de la nariz.

Inserciones: se inserta en el borde posterior del cartílago del ala de la nariz.

Acción: desplaza hacia afuera el ala de la nariz dilatando las aberturas nasales.

g) ORBICULAR DE LOS LABIOS.

El músculo que rodea la boca y que forma la masa carnosa de -

los labios.

Las fibras se insertan en la piel y las mucosas del labio superior e inferior, particularmente la de la mitad interna.

Acción: funciona cerrando la abertura bucal, interviene en la pronunciación de las letras, en la acción de silbar, mamar o besar.

h) MUSCULO BUCCINADOR.

Inserción: se inserta atrás, en la parte externa del borde alveolar de los dos maxilares y en la aponeurosis bucinofaríngea.

Acción: dirige las comisuras hacia atrás. En la masticación coloca bajo los dientes los alimentos que caen en el vestíbulo de la boca.

i) MUSCULO ELEVADOR COMUN DEL ALA DE LA NARIZ Y DEL LABIO SUPERIOR.

Inserciones: por arriba, en los huesos propios de la nariz y en la apófisis ascendente del maxilar superior. Por abajo en la cara profunda de la piel del labio superior.

Relaciones: se encuentra cubierto por la piel, a su vez cubre parcialmente la rama ascendente del Maxilar Superior, músculo transverso de la nariz, músculo mirtiforme y orbicular de los labios.

Acción: eleva el ala de la nariz y el labio superior.

j) MUSCULO ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR.

Inserciones: por arriba en la parte inferior del reborde Orbital, por encima del agujero suborbitario del Maxilar Superior. Por abajo en la cara profunda de la piel del labio superior.

Acción: eleva el labio superior.

k) MUSCULO CANINO.

Se inserta en la parte superior de la fosa canina, en el maxilar superior por debajo del agujero suborbitario y en la cara profunda de la piel del labio superior, por delante del Orbicular.

Relaciones: superficialmente se relaciona con el elevador propio del labio superior, nervios y vasos suborbitarios y con la piel. Su cara profunda cubre parte del maxilar superior.

Acción: levanta y dirige hacia adentro la comisura de los labios.

l) CIGOMATICO MENOR.

Se extiende del hueso malar al labio superior.

Inserciones: se inserta en el hueso malar; se dirige hacia abajo y adelante hacia la cara profunda de la piel del labio superior.

Acción: desplaza hacia arriba y afuera la parte media del labio superior.

m) CIGOMATICO MENOR.

Se extiende del malar al labio superior.

Inserciones: se inserta en la piel del ángulo de la boca y se continúa con el músculo orbicular de los labios.

Acción: desplaza hacia arriba y afuera la comisura labial.

o) RISORIO DE SANTORINI.

Se expande de la región parótida a la comisura labial.

Inserción: en el tejido celular que cubre a la región parótida, sus fibras se dirigen hacia adelante y se fijan en la cara profunda de la piel de la comisura labial.

Relaciones: su cara profunda se halla en relación con la parótida, masetero y con el buccinador.

Acción: consiste en desplazar hacia atrás la comisura labial.

Recibe inervación del nervio cérico facial.

p) MUSCULO TRIANGULAR DE LOS LABIOS.

Inserción: por abajo, en la parte posterior de la línea oblicua externa del maxilar inferior, donde recibe algunas fibras del cutáneo del cuello. Por arriba, en la cara profunda de la piel del labio inferior al nivel de la comisura.

q) MUSCULO CUADRADO DE LA BARBA.

Se distribuye del maxilar inferior al labio inferior.

Inserción: en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar inferior. Se dirige hacia arriba y adentro hasta alcanzar su borde interno. Termina en la cara profunda de la piel del labio inferior.

Relaciones: con la piel en sus dos tercios superiores. Cubre la cara externa del maxilar y se entrecruza con el semi orbicular inferior.

Acción: consiste en desplazar hacia abajo y afuera el labio inferior.

Recibe inervación del nervio cérico facial.

r) BORLA DE LA BARBA.

Situado al lado de la línea media y se extiende de la sínfi sis mentoniana a la piel del mentón.

Inserción: se inserta en el maxilar inferior, a los lados en la línea media y por debajo de la mucosa gingival.

Relaciones: por su parte superior con el semiorbicular inferior.

Inervación: del nervio cervicofacial al contraerse los músculos de ambos lados, levantan la piel del mentón y la aplican contra la sínfisis.

C A P I T U L O I V

TIPOS DE TRATAMIENTO PARA CIRUGIA PERIAPICAL

Los procedimientos preliminares para el tratamiento de la Cirugía Periapical son los siguientes:

- 1.- Apicectomía.
- 2.- Curetaje.
- 3.- Legrado.

1.- APICECTOMIA,

Es la resección quirúrgica por vía transmaxilar del ápice radicular. El tratamiento de elección es la enucleación total y el curetaje de todos los tejidos periapicales necróticos e inflamatorios. Para conseguirlo se deben seguir ciertos principios quirúrgicos con los siguientes pasos operatorios:

- 1ª Colgajo Mucoperióstico.
- 2ª Enucleación de la Lesión.
- 3ª Cierre de la Herida.
- 4ª Cuidados Postoperatorios.

Todos los granulomas periapicales deben ser eliminados con cuidado para asegurarse de que los que contienen células epiteliales no continúen creciendo.

2.- CURETAJE.

El curetaje periapical consiste en la remoción quirúrgica del tejido periapical sin reducir la longitud de la raíz.

El tejido blando enfermo y el exceso de material de curación, deben ser extraídos con una cureta. Si el ápice no va a ser cortado, se le alisa con una cureta o con el cincel acodado en forma de hoz. Si es necesario, se pule ligeramente el extremo de la raíz con una fresa. Todos los bordes agudos deben ser alisados.

El tejido blando, localizado sobre palatino, puede ser retirado satisfactoriamente con pequeñas curetas.

En caso necesario, la abertura ósea se agrandará lo suficiente como para permitir un mejor acceso a la cara palatina de la raíz.

Una vez terminada la resección de la raíz, el hueso vecino deberá ser cureteado, y por consiguiente todos los restos deberán ser extraídos. Después que todo está en orden, el curetaje de la cavidad ósea propiciará la llegada de sangre y la consiguiente formación del coágulo.

3.- LEGRADO.

El Legrado está indicado en bolsas infraóseas. Los objetivos de un legrado consisten en eliminar el cemento reblandecido y el tejido necrosado (encía interna para formar la readherencia y el ligamento parodontal).

INDICACIONES DE UN LEGRADO:

- Bolsas parodontales.
- Apicectomías.
- Eliminación de quistes, granulomas.
- Todo tipo de Neoplasias.

CONTRAINDICACIONES DE UN LEGRADO:

- Cuando no se ha eliminado el sarro correctamente.
- Si no hay buena técnica de cepillado.
- Cuando el diente ha perdido hueso en tres o cuatro capas del diente.
- Cuando la enfermedad parodontal ataca bifurcaciones - acompañadas de retracción gingival.
- Pacientes con alteración de coagulación.

Para la realización de un Legrado se deben llevar a cabo los siguientes pasos:

- 1ª Historia Clínica.
- 2ª Sondeo Parodontal.
- 3ª Rayos X.
- 4ª Técnica de Cepillado.
- 5ª Eliminación de Sarro.
- 6ª Eliminación de irritantes locales.

C A P I T U L O V

PASOS QUIRURGICOS EN UNA APICECTOMIA

Todos los granulomas periapicales deben ser eliminados con cuidado para asegurarse de que los que contienen células epiteliales no continúen creciendo, y también para evitar la reproducción del quiste residual.

Esta operación para llevarla a cabo con buen éxito, requiere del cumplimiento de una serie de detalles quirúrgicos de interés, sin la realización de los cuales, el tratamiento no alcanza el fin que la intervención propone.

ETAPAS QUIRURGICAS:

- 1.- Instrumental.
- 2.- Material.
- 3.- Anestesia (Local, Regional y General).
- 4.- Incisión.
- 5.- Hemostasia.
- 6.- Disección (Colgajo).
- 7.- Osteotomía.
- 8.- Odontosección.
- 9.- Obturación del conducto.
- 10.- Sutura.

1.- INSTRUMENTAL.

El instrumental debe encontrarse bien clasificado y ordenado:

a) INSTRUMENTOS DE CORTE: BISTURI Y TIJERAS.

- El Bisturí puede ser de dos formas: de hoja fija e intercambiable. El de hoja fija se utiliza para incisiones muy amplias y tejido que ofrece mucha resistencia. El de hoja intercambiable está constituido por la hoja y el Mango; así mismo, vienen enumerados.

El Mango viene con numeración 3, 4 y 7, y las hojas - con numeración 12 y 15.

Los Mangos 3 y 7 son para las hojas 10 y 19 respectivamente; éstos se utilizan para cortes más profundos.

- Las Tijeras deben ser curvas o rectas. Las rectas las empleamos para cortar hilo y las curvas para tejidos. los más comunmente empleados son:
 - Mayo.
 - Puntos (curvas).
 - Metzen Bau.

b) INSTRUMENTOS DE HEMOSTASIA.

Los utilizamos para inhibir hemorragia. Está constituido por pinzas de forse presión. Las pinzas por lo general - son rectas y curvas, las cuales son:

- Mosquitos.
- Kelly.
- Crille.
- Kecher.
- Pean Rochester.
- Halstea.

c) INSTRUMENTAL DE DISECCION.

Se utiliza para separar los colgajos (tejidos). Está constituido por pinzas de disección con o sin aletas. Las que tienen dientes las utilizamos para separar tejidos resistentes, las que no tienen dientes las utilizamos para sostener tejidos desgarrables (músculo).

- Atzon (con o sin dientes).
- Estiletes.
- Sondas acanaladas (las empleamos para separar arterias, venas y nervios).
- Allis, son pinzas de forse presión, se emplean para un tejido que se eliminará (las utilizamos en alveolotomía, alveoloplastía).
- Separadores.

d) INSTRUMENTAL DE SUTURA.

Está constituido por: Portaagujas, hilos y agujas.

Los portaagujas pueden ser:

- Doyen.

- Hegan.
- Mayo.

Los hilos pueden ser absorbibles como el Catgut, y no absorbibles, como la seda y dermalón.

y las agujas pueden ser:

Roma.- para tejidos desgarrables.

Cortantes.- para tejidos resistentes.

Automáticas.- tienen abastecimiento de hilos automáticos.

Atraumáticas.- no tienen escalón y se continúa con su hilo.

e) ESPEJO BUCAL PLANO Y DE AUMENTO.

f) PINZAS DE CURACION.

g) JERINGA TIPO CARPULE.

Con agujas de acero inoxidable del número 23 5/8 de pulgada para inyecciones suprapariólicas.

h) PIEZAS DE MANO.

i) MANGO DE BISTURI.

Para Parker con hoja del número 15.

j) ELEVADOR SUBPERIOSTICO.

k) SEPARADOR.

See, Farabeuf o Mead.

l) EXPLORADOR.

Cuerno de Vaca.

m) REGLA DE METAL.

n) FRESAS QUIRURGICAS.

Redondas del Número 3-5. Fisuras del Número 558-702-557 y 701.

ñ) ALVEOLO TOMO.

o) JERINGA ACEPTO.

Para irrigar suero.

p) GASAS.

q) ASPIRADOR QUIRURGICO.

r) PORTA AMALGAMA.

Para obturación (especial) retrógrada.

s) EMPACADORES.

2.- MATERIAL.

a) CUBREBOCA.

El objetivo del cubreboca en la cirugía bucal es el de - proteger el campo operatorio de la flora del cirujano, y el que éste se proteja y defienda de los peligros de infecciones que pueda transmitirle el paciente, o por lo menos, evitar que sobre su rostro salpique sangre, pus, agua, etc.

b) GUANTES DE GOMA.

La esterilización es necesaria en toda intervención quirúrgica por pequeña que ésta sea.

Los guantes de goma esterilizados nos proporcionan un - máximo de seguridad, al igual que el instrumental y material necesarios.

c) COMPRESAS.

Para ésta operación utilizamos compresas de hilo de forma

cuadrangular de aproximadamente 1.20 X 0.80 cms. de ancho, con una perforación oval. Una vez colocada en el paciente, deja al descubierto la boca. De este modo se asegura un - aislamiento y esterilización del campo operatorio.

d) GASAS.

Es de mucha utilidad usar trozos de gasa de pequeñas dimensiones, por ser más fácil de manejar.

No es recomendable utilizar algodón, ya que pueden quedar fibras atrapadas y provocar posteriormente una infección.

e) MATERIAL DE SUTURA.

Utilizamos como materiales de sutura: Catgut, Seda, Lino y Nylon.

El Catgut es un material reabsorbible, por consiguiente - está indicado en planos profundos.

f) SUERO FISIOLÓGICO.

Lo utilizamos para irrigar, lavar la cavidad.

g) ANESTESIA.

Existen varios derivados de la anestesia, pero la que nosotros utilizaremos es la Xilocaína al 2% con Epinefrina al 1: 100.000. Con éste anestésico utilizamos poca cantidad para alcanzar grandes niveles anestésicos y duración

de la anestesia.

3.- ANESTESIA (LOCAL, REGIONAL Y GENERAL).

a) LOCAL.

Los anestésicos locales pueden bloquear la conducción del impulso a lo largo del cilindro eje y puede impedir al órgano sensorial que inicie un impulso aferente. Por consiguiente, se aplican a las raíces o troncos nerviosos o son infiltrados en una zona sin la pérdida de la conciencia que acompaña a la anestesia general.

Los anestésicos locales usados comunmente pueden ser: ésteres, amidas, éteres o cetonas. Los ésteres se pueden clasificar sobre la base del ácido que contribuye a la formación del éster, por ejemplo, ésteres del ácido benzoico o del ácido para-aminobenzoico.

El anestésico más recomendable en Odontología es la Xilocaína al 2% con Epinefrina al 1; 100.000. Su ventaja reside en la poca cantidad que se necesita para alcanzar grandes niveles anestésicos y en el tiempo de duración.

Dentro de la anestesia submucosa.- a su vez se subdivide en: anestesia supraperiódica y subperiódica. Con la inyección supraperiódica quedan bloqueadas las terminaciones nerviosas que llegan al ápice dentario, al hueso, al periostio y a la encía.

La anestesia subperiódica consiste en llevar la solución

inmediatamente por debajo del periostio..

La anestesia intraósea, se realiza una vez que se ha perforado la tabla ósea externa con una fresa, vía por la cual se introduce una aguja, y se deposita el líquido anestésico en el interior del hueso.

b) REGIONAL.

Es la que se realiza poniendo la solución anestésica en contacto con el tronco o rama nerviosa importante; como las ramas del Trigémino y el nervio Maxilar Superior.

El mecanismo consiste en depositar la solución anestésica en contacto con la rama nerviosa, quiere anesthesiarse bloqueando así el tronco nervioso, ejemplo:

- El nervio dentario inferior proviene del maxilar inferior, que junto con el maxilar superior y el oftálmico constituyen las tres ramas del trigémino (V par). Su sitio de abordaje está dado por las vecindades del orificio superior del conducto dentario inferior.

c) GENERAL.

La administración de la anestesia general es de cierto riesgo, por lo tanto, es recomendable antes de decidir, analizar si la indicación es marcada y el riesgo ligero.

INDICACIONES PARA LA ANESTESIA GENERAL:

- En los pacientes en buen estado de salud, se les podrá administrar con entera libertad, e incluso, en muchas - ocasiones de una forma ambulatoria con los debidos cuidados.

- En casos de pacientes con salud deficiente, en los que haya que realizar intervenciones tanto pequeñas como - grandes, será mejor administrarles la anestesia con la debida precaución y bajo régimen de internado en hospital.

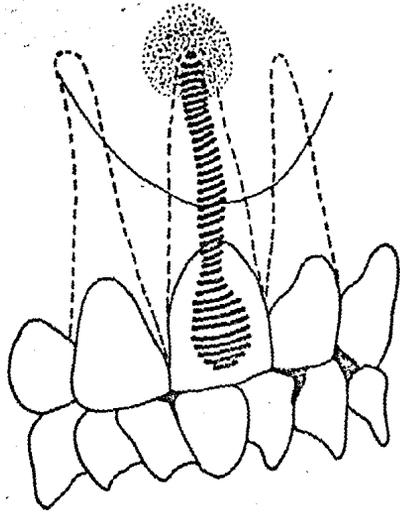
- En pacientes cuyo estado de salud sea malo, se considerará la anestesia general como un verdadero peligro y, a no ser que la operación sea de vida o muerte, no se deberá emplear.

4.- INCISION.

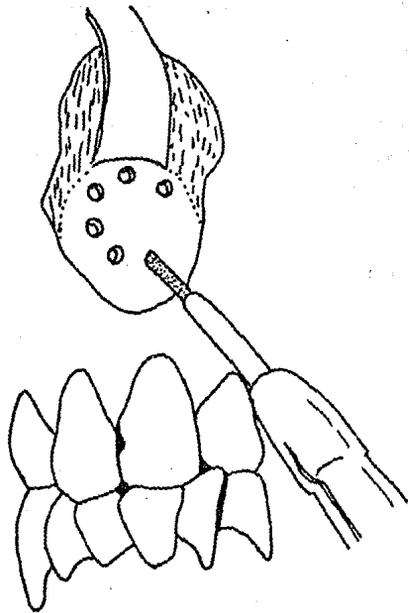
La Incisión es el procedimiento quirúrgico que consiste en - cortar, dividir o seccionar los tejidos blandos con un instrumento cortante, bisturí y tijeras.

La incisión puede ser de diferentes formas y amplitud dependiendo del tipo de cirugía por realizar:

- La incisión debe ser de un sólo trazo para que sea - uniforme,



INCISION



OSTEOTOMIA

- perpendicular a los tegumentos,
- realizarse por deslizamiento, y
- ser diseñada de tal manera que nos proporcione suficiente luz quirúrgica.

La forma de la incisión puede ser recta curva o mixta:

Curvas.- para quistes, torus palatinos.

Mixtas.- para extracción de un 3er. molar.

También es importante la forma de tomar el bisturí. Existen cuatro formas:

De Lápiz.- para cortes pequeños.

De Pincel.- para cortes muy pequeños y precisos.

De Cuchillo.- el bisturí se toma con la palma de la mano, el dedo índice se coloca sobre el borde superior del marco. Esta forma se utiliza para cortes de mediana amplitud.

Hasta de Bandera.- se utiliza para cortes muy grandes como en amputaciones.

Los cortes en una incisión deben ser de derecha a izquierda, de abajo hacia arriba, de la parte más cercana a la más lejana.

La incisión para apicectomía se realiza desde el surco gingival hasta el borde libre, festoneando los cuellos de los dientes y seccionando las lenguetas. Las incisiones verticales deben terminar en los espacios interdentarios. La cicatrización es más perfecta y no deja huellas.

En la apicectomía están indicados tres tipos de incisión:

- Wassmund.
- Partsch.
- Elkan Neuman.

La incisión de Wassmund nos permite una fácil ejecución; vi si ón amplia del campo operatorio; el que la brecha ósea que de de de alejada para evitar que los bordes de la herida sean trau matizados y lesionados durante la operación; que la coapta ción de los labios de la herida con sutura se realice sobre hueso sano.

La incisión de Neuman se utiliza con mucha frecuencia, pero no se debe emplear si el diente por intervenir es portador de una corona o cualquier protésis; por que la retracción - gingival puede dejar al descubierto la raíz y haber transtor nos estéticos.

5.- HEMOSTASIA.

La hemostasia son maniobras quirúrgicas que empleamos para cohibir o detener una hemorragia o flujo sanguíneo (la palabra hemostasia viene del griego Haina=sangre Stasis=detener). Después de realizada la incisión.

Los procedimientos para cohibir el sangrado se dividen de la siguiente manera: Provisionales y Definitivos:

- Provisionales
 - a) Directos
 - b) Indirectos

- a) Procedimiento dígito, digital, manual. Se lleva a cabo presionando el vaso sangrante con dos dedos.
- b) El procedimiento indirecto se realiza con el empleo de instrumental y de una compresa. Comprimiendo el tejido o pinzando los vasos sangrantes (generalmente con pinzas Kocher, Mosquito).

PROCEDIMIENTO DEFINITIVO:

- a) La Electrocoagulación: Se utiliza cuando el sangrado es en capas.

Con las pinzas de campo se pinzan varios vasos de izquierda a derecha, y con el cauterio se tocan las pinzas, las cuales transmiten electricidad unas con otras produciendo así la coagulación.

- b) Para vasos de mediano calibre. Se utiliza pinzamiento y ligadura del vaso.

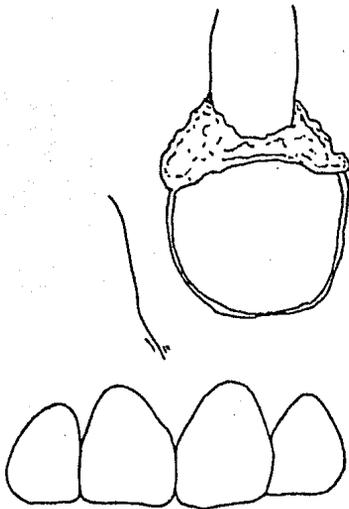
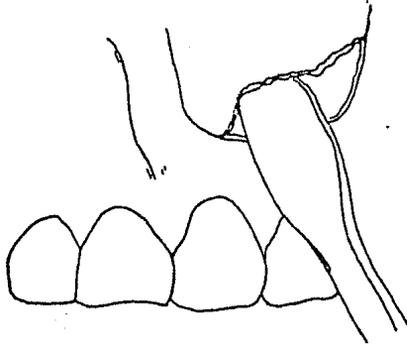
6.- DISECCION (COLGAJO)

Una vez hecha la incisión, procedemos a separar la mucosa y el periostio subyacente por medio de una Legra, perióstomo o con una Legra Seldin. Con un separador o con un instrumento romo, - nuestro ayudante sostiene el colgajo; esto es muy importante, - ya que nos permite una visión del campo operatorio, además, el colgajo debe estar fijo y sostenido para evitar que sea lesionado durante la intervención.

REQUISITOS DE UN COLGAJO:

- Debe conservar su aporte sanguíneo.

DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO



- Una vez terminada la intervención, el colgajo debe volver a su lugar, sin ninguna presión, debe tener soporte óseo.

7.- OSTEOTOMIA.

Para la realización de la osteotomía, utilizamos fresas redondas del número 3 ó 5, con la cual se hacen pequeñas perforaciones en círculo, tomando como referencia central el ápice, luego, con un golpe de escoplo, se levanta la tapa ósea.

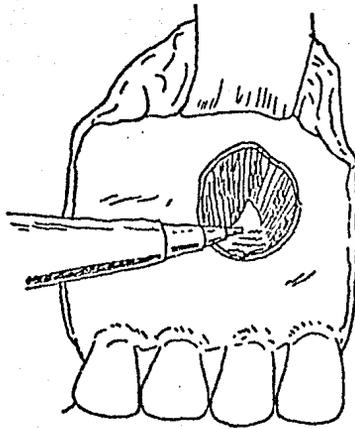
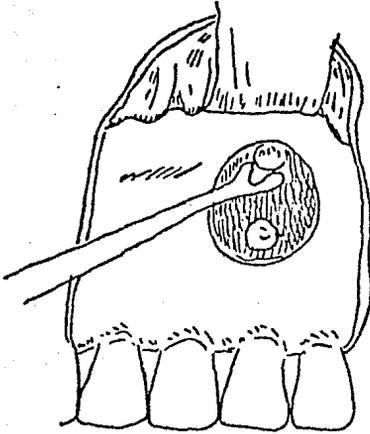
Debemos tener mucha seguridad del lugar que hemos elegido para iniciar la osteotomía, esto lo conseguimos con dos métodos:

- Cuando el hueso está destruido, nada más sencillo que agrandar la perforación con una fresa redonda o con escoplo a presión manual.
- Si el hueso no está perforado, necesitaremos ubicar el ápice, lo cual lo conseguimos con un examen radiográfico previo, además, podemos ayudarnos con la introducción de un alambre en forma de U dentro del conducto, colocando el extremo libre sobre la superficie ósea. Este extremo nos indica la colocación del ápice.

8.- ODONTOSECCION.

Una vez realizada la osteotomía, procedemos a la resección radical.

ODONTOSECCION



Efectuamos la sección de la raíz con fresa de fisura del número 558, cortando como máximo un tercio de la longitud total de la raíz. Para asegurar una buena fijación del diente intervenido, hacemos un bisel por la cara anterior; la fresa se introduce en la cavidad únicamente la profundidad necesaria para seccionar totalmente el ápice. El diente debe sostenerse entre dos dedos para evitar una fractura o un movimiento exagerado del diente.

Una vez seccionado el ápice radicular, eliminamos con una cureta el tejido patológico que lo rodea, asegurándonos primeramente de que el muñón esté pulido, así mismo, los bordes óseos para evitar irritaciones.

La eliminación del tejido patológico la realizamos de la siguiente manera:

1ª Limpieza de la cavidad.

2ª Eliminación de tejido patológico.- Este tejido lo encontramos en la porción retroradicular; el espacio entre la raíz del diente en tratamiento y la de los dientes vecinos, ya que éste tipo de tejido tiende a alojarse a este nivel.

Para ésto utilizamos cucharillas pequeñas, las cuales maniobramos con movimientos firmes y enérgicos (debemos tener cuidado de no seccionar los paquetes vasculares nerviosos de los dientes).

3ª Una vez eliminado el tejido de granulación, lavamos la cavidad ósea con suero fisiológico irrigando con una jeringa desechable; el líquido arrastra las partículas óseas dentarias y de tejido de granulación. Finalmente secamos la cavidad con gasas y con aspirador.

9.- OBTURACION DEL CONDUCTO.

Después de la Odontosección procedemos a la Obturación del -
conducto.

Antes de comenzar la obturación del conducto debemos asegurar nos que la cavidad ósea esté completamente seca, libre de - -
flúidos; para lograrlo, obturamos la cavidad con pequeños tapones de gasa, evitando así la salida de sangre que pueda humedecer el conducto radicular.

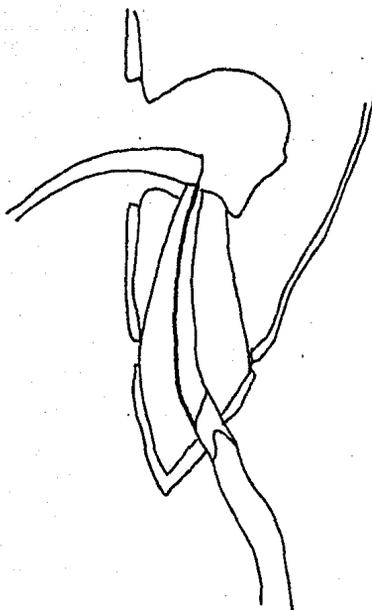
El conducto radicular debe ser ensanchado y esterilizado convenientemente.

El ensanchamiento del conducto se realiza por medios mecánicos con ensanchadores o escariadores, y químicamente con ácido fenolsulfónico o con hipoclorito de sodio.

El conducto se seca con conos de papel. La superficie del conducto se esteriliza con medicación electrolítica utilizando -
electrolito de hipoclorito de sodio. Se lava el conducto con mechas impregnadas de ésta solución; después, se irriga con -
alcohol puro para deshidratarlo e inmediatamente después, se seca. Es de suma importancia la sequedad total del conducto, de no ser así, el material de obturación no se adosará a las paredes de éste y la obturación no será hermética.

El conducto dentario se mide con un cono de gutapercha hasta seleccionar uno cuya longitud y diámetro sea adecuado; es recomendable que el cono de gutapercha sobrepase por el orificio superior del conducto. Se introduce cemento por el conducto dentario, igualmente, el cono se cubre de cemento de óxido de zinc y eugenol, después, metemos el cono en el conducto ra
dicular con bastante fuerza.

OBTURACION



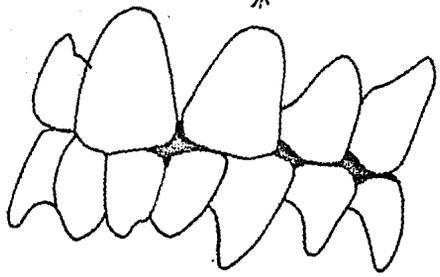
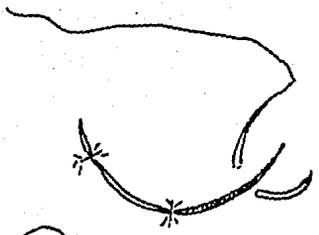
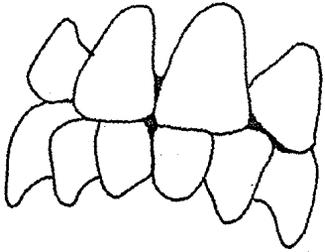
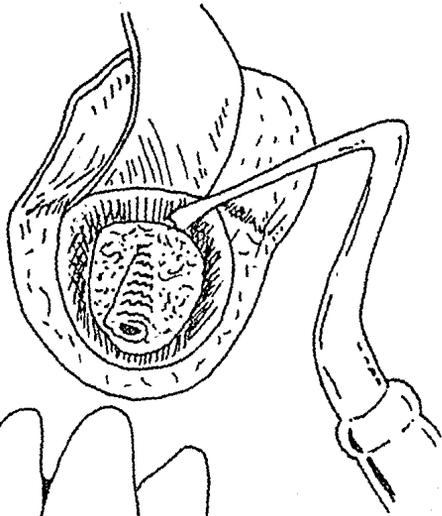
Unos minutos más tarde, después de fraguado el cemento con un instrumento cortante caliente, se corta el excedente de gutapercha con el objeto de sellar perfectamente el conducto radicular. Una vez sellado el conducto, retiramos las gasas que nos servían para hacer hemostasia en la cavidad ósea. Y así procederemos a la sutura del colgajo.

10.- SUTURA.

La sutura es un complemento de la incisión.

Requisitos para una sutura adecuada:

- a) El tejido para suturar debe estar limpio y desprovisto de coágulos.
- b) Se debe haber hecho una hemostasia adecuada.
- c) Los bordes de la herida deben ser rectos, nítidos, desprovistos de tejido desgarrable, necrosado, lacerado.
- d) La sutura de los tejidos debe ser por planos, es decir, se debe suturar tejido de la misma naturaleza.
- e) La reunión de los tejidos debe ser la adecuada, para evitar la formación de espacios muertos donde habrá proliferación de gérmenes y acumulación de secreción.
- f) Se debe seleccionar el tipo de sutura que se va a emplear, así como el material de acuerdo al tejido que se va a suturar.



Las suturas de acuerdo a la función que desempeñan en los tejidos, puede ser de:

- Afrontamiento.
 - Tensión.
 - Oclusión.
- Las de afrontamiento sirven para reunir los bordes o labios de la herida; entre éstas tenemos los puntos aislado, simple o de cirujano; punto en X y sujetes que pueden ser continuos o discontinuos.
- Las de tensión.- son aquellos puntos en los cuales vamos a aplicar tensión para reunir los bordes que se encuentran separados y entre éstos tenemos: punto en U y los diferentes puntos de tensión de Sarnoff.
- Las de oclusión.- sirven para cerrar perforaciones pediculos o la luz de un tubo.

Antes de realizar la sutura, debemos tener la precaución de raspar ligeramente (legrado) el fondo y los bordes de la cavidad ósea para que ésta se llene de sangre. El coágulo es el material que organizará tejido de granulación para una mejor cicatrización.

Los cuidados postoperatorios son elementales: se recomienda poner compresas frías, bolsas de hielo, analgésicos y antiinflamatorios (Dolo-tanderil) y antibióticos.

Los puntos se retirarán al cuarto o quinto día.

C A P I T U L O V I

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

En general, las operaciones de los quistes y de algunos tumores son seguidas de complicaciones locales, las cuales incluyen:

- 1.- Dolor Postoperatorio.
- 2.- Hemorragia.
- 3.- Infección de Tejidos.
- 4.- Hematoma.
- 5.- Endocarditis Bacteriana.
- 6.- Edema.

1.- DOLOR POSTOPERATORIO.

El dolor que se presenta a causa del tratamiento operatorio, puede ser calmado con análgicos como la antipirina y piramidón. Asimismo, es aconsejable colocar una bolsa con hielo alternadamente cada veinte minutos durante algunos horas para disminuir los dolores.

2.- HEMORRAGIA.

La hemorragia no es un problema común, pero en caso de aparecer, se puede aplicar el siguiente tratamiento:

- Compresión brusca del vaso que sangra.
- Taponamiento que se realiza con un trozo de gasa, la -
cual debe estar impregnada de adrenalina.

3.- INFECCION DE TEJIDOS.

La infección se establece con una variedad de cultivos dentro de las 24 horas.

Las infecciones se controlarán localmente con irrigaciones y taponamientos de la cavidad ósea y sistemáticamente mediante el empleo de antibióticos. Las cavidades óseas que han quedado abiertas se deben de irrigar frecuentemente con el fin de evitar la acumulación de alimentos.

4.- HEMATOMA.

Consiste en la entrada, difusión y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación.

La encía que cubre la región operatoria se pone inflamada y -
dolorosa.

Para el hematoma no hay tratamiento, después de algunos días se reabsorve.

5.- ENDOCARDITIS BACTERIANA.

La eliminación de un quiste puede ser seguida del paso de mi-

microorganismos a la sangre. Esta complicación tiene más importancia en los enfermos cardíacos y reumáticos porque puede originarse Endocarditis Bacteriana. A este tipo de pacientes se les debe someter a tratamiento de penicilina antes y después de la intervención.

La lesión básica de la Endocarditis consiste en masas frágiles y algo voluminosas de microorganismos como:

- Estreptococos (s. viridans, s. faecales) y
- Estafilococos (s. aureus, s. epidermidis). Incluidos en coágulo sanguíneo.

6.- EDEMA,

Después de toda intervención quirúrgica hay una secuela inevitable que es el Edema.

La aplicación local de frío a la piel causa contracción a las fibras musculares de los vasos sanguíneos y una disminución de la irrigación en esa zona, ya que inhibe la leucocitosis y el aflujo de linfa a la parte afectada. Con la consiguiente disminución de presión sobre las fibras nerviosas, impidiendo así la distensión de los tejidos.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

En un diente afectado por un quiste, lo último que se debe hacer es la Exodoncia. Principalmente si se trata de un diente anterior, ya que estéticamente tienen una mayor importancia. Es fundamental su restauración tanto estética como funcional. Y para su conservación, que mejor que someterlo a una intervención quirúrgica (Apicectomía).

Para lograr nuestro objetivo deben cumplirse con dedicación minuciosa todos los detalles de ésta excelente operación. Entre los más importantes detalles están:

- a) Limpieza y obturación del conducto radicular.
- b) Eliminación de la cápsula quística en su totalidad.
- c) Raspado completo de la zona periapical.

Además de un buen cuidado postoperatorio.

Ayudados con terapia química (analgésicos, antibióticos y antiinflamatorios), así, el postoperatorio cursará sin otras complicaciones.

Estas son algunas de las condiciones más importantes que debemos seguir para lograr que un paciente, en el cual se presenten signos y síntomas ya referidos en este estudio, salga con bien del problema, y así sus dientes seguirán funcionando positivamente.

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

ARCHER W. HARRY.

Atlas paso por paso de Técnicas Quirúrgicas.
Segunda Edición, Editorial Mundi, 1978.

BLAIR VILRAY PAPIN.

Surgery and Disease of the Mouth and Jaws.
Third Edition, Editorial Mosby, 1912.

CLARK HENRY B.

Práctica de la Cirugía Oral.
Buenos Aires, Argentina.
Editorial Mundi, 1957.

GURALNICK WALTER C.

Tratado de Cirugía Oral.
Salvat Editores, 1971.

KRUGER GUSTAVO O.

Tratado de Cirugía Bucal.
Editorial Interamericana, 1960.

MAUREL GERARD.

Cirugía Maxilo Facial.
Segunda Edición, Editorial Alfa, 1944.

NEWLANDS CARLOS.

Radiología Dentaria.
Editorial Científicas, 1952.

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTE AMERICA.

Cirugía Oral en el Consultorio.

Buenos Aires, Argentina.

Editorial Mundi, 1961.

PICHLER HANS.

Cirugía Bucal y de los Maxilares.

Versión de la Tercera Alemana.

Editorial Labor, 1952.

RIES CENTENO GUILLERMO A.

Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica.

Editorial el Ateneo, 1957.