

461
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**LESIONES PERIAPICALES
(GRANULOMA)**

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

T E S I S

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

JOSE ANTONIO VILLEDA AVILA



MEXICO, D. F.,

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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

Introducción - - - - -	1
Revisión Bibliográfica - - - - -	3
Etiología - - - - -	16
Diagnóstico - - - - -	22
Tratamiento - - - - -	25
Pronóstico - - - - -	27
Reporte de casos clínicos - - - - -	30
Conclusión - - - - -	36
Bibliografía - - - - -	38

Lesiones Periapicales (Granuloma periapical)

1. Introducción

La incidencia de lesiones periapicales crónicas, han sido una de las causas principales para llevar a cabo una terapia endodóntica ya que, gran cantidad de estas lesiones no causan síntomas importantes que puedan prevenir al paciente - siendo, a su vez, los granulomas periapicales una de las lesiones más comunmente observados.

El motivo por el cual se elaboró esta tesis es por los casos que se presentaron en mi práctica odontológica, sobre las causas en un tratamiento de conductos (Endodoncia).

Nos vamos a referir especialmente al granuloma, que a falta de una definición específica de todos los autores de la literatura consultada me permitió relacionar está:

Definición:

El granuloma es una proliferación de tejido de granulación en continuidad con el ligamento periodontal (6).

Lesión inflamatoria crónica que se desarrolla como una reacción a varias clases de irritantes.

Estos irritantes pueden ser microbianos (como secuela de la caries dental o de enfermedad periodontal), mecánicos, térmicos o químicos (como resultado de procedimientos operativos, endodónticos o trauma). (16)

2. Revisión Bibliográfica

Clínicamente el granuloma puede considerarse como una reacción crónica defensiva de escasa intensidad del hueso alveolar en respuesta a una irritación proveniente del conducto radicular.(6)

Después que se han desarrollado las lesiones granulomas periapicales, pueden transcurrir largos períodos de - - tiempo durante los cuales no hay síntomas.

Sin embargo, "llamas repentinas" (episodios de dolor y tumefacción) se producirían por razones no aparentes.

Los tests pulpares de los dientes con pequeños granulomas, frecuentemente evocan respuestas positivas, ya que los - dientes contienen tejido vital o inflamado.

Los procedimientos operativos adicionales sobre tales dientes, pueden producir síntomas violentos como resultado de la ulterior formación de necrosis por liquefacción.

El pus, limitado e incapaz de ser evacuado, induce presión sobre las terminaciones nerviosas dando como resultado - un dolor severo y tumefacción.

Una vez que el pus ha sido evacuado, los síntomas remiten y se restablece el estado en que se encontraba anteriormente. (16)

A semejanza con el absceso crónico, el granuloma es -- una etapa evolutiva más avanzada de la infección de una pulpa necrozada.

Habitualmente es asintomático y no provoca ninguna -- reacción subjetiva, excepto en los casos poco frecuentes en -- que se desintegra y supura.

En la mayoría de los casos el diente afectado no es -- sensible a la percusión ni presenta movilidad.

Los tejidos blandos en la región apical pueden ser o -- no sensibles a la palpación, lo que depende, a veces, de la -- presencia de una fístula.

El diente no responde al tests térmico o eléctrico. (6)

En otros casos puede haber hipertensión de la región -- afectada, ligero dolor durante la masticación, respuesta posi -- tiva del diente a la percusión y una sensación de diente lar -- go.

La corona del diente afectado se encuentra a menudo -- más oscura que los de los dientes vecinos, pudiendo esta observación justificar la apreciación radiográfica de enfermedad periapical.

A veces, el granuloma sufre una reactivación presentando los caracteres clínicos de un absceso periapical.

En algunos casos se observa la perforación de la cubierta ósea y la formación de un conducto fistuloso.

Su tamaño varía mucho desde un ligero engrosamiento de la membrana periodontal hasta 1cm ó más de extensión.(19)

La presencia de conductos radiculares laterales o accesorios que se abren en las caras laterales de la raíz a cualquier nivel, es una desviación anatómica bien conocida por lo cual se puede extender la infección.

Esto daría lugar a un granuloma lateral o una lesión inflamatoria relacionada.(7)

Histologicamente:

El granuloma esta formado por una capsula fibrosa externa que se continúa con el ligamento periodontal y una por-

ción central o interna, compuesta por tejido conjuntivo laxo y vasos sanguíneos mononucleares y algunos leucocitos polimorfonucleares en número variable.

En el ligamento periodontal próximo al borde cementario, se encuentran bandas de epitelio provenientes de los restos de Malassez, originado de la vaina de Hertwig que representan los remanentes del órgano del esmalte. (6) (16)

El granuloma que se genera como proceso crónico desde el comienzo y no pasa por una fase aguda, empieza como una hiperemia y edema del ligamento periodontal con infiltración de células inflamatorias crónicas principalmente linfocitos y plásmocitos.

La inflamación y mayor vascularización local induce la resorción del hueso de soporte adyacente a esta zona.

En ocasiones, hay resorción microscópica o hasta macroscópica del ápice radicular pero este no es común.

A medida que el diente sufre resorción hay proliferación de fibroblastos y células endoteliales y formación de conductos vasculares más pequeños así como delicadas fibrillas conectivas.

Los nuevos capilares suelen estar tapizados de células endoteliales hinchadas.

Prosigue la inflamación de linfocitos y plásmocitos -- así como la movilización de cantidades considerables de fagocitos mononucleares grandes y errantes.

En ocasiones, grandes cantidades de estos fagocitos ingieren material y se agrupan en grupos, para formar capas de las denominadas células espumosas.(7)

Según Bhaskar pueden encontrarse células llamadas "Células de espuma" o "Seudoxantomias" representantes histiocitarios que al desintegrarse pueden liberar grasa, observada en los tejidos como cristales de colesterol.(12) (16)

Los cristales de colesterol también se acumulan en los tejidos y microscópicamente aparecen como espacios aciculares duros dejados por la disolución del colesterol contenido, por las sustancias usadas para la preparación de los tejidos destinados al examen histológico.(7)

Para Bhaskar el epitelio quizás este presente solamente en forma de pequeños restos, pero con el tiempo prolifera bajo la influencia de la inflamación crónica formando amplios islotes, cuya zona central al degenerarse, se transforma en -

quiste, por esta razón todo granuloma dental se transforma en quiste radicular o paradentario. (12)

El epitelio puede adosarse en zonas amplias de la superficie radicular.

El epitelio no es una barrera para las células redondas y se les encuentra en todas partes, dispersas entre las capas escamosas, lo que demuestra que el epitelio y el tejido conectivo inflamatorio son compatibles. (8)

Langeland de 35 lesiones periapicales en biopsias, 21 de ellas encontró epitelio, solo 9 podrán identificarse como quistes.

Kuntz hizo la investigación sobre la presencia de Inmunoglobulinas y componentes de complemento.

En 48 lesiones periapicales obtenidas quirúrgicamente y detectaron que la mayoría de linfocitos en un 81% no se asociaron con la producción de Inmunoglobulinas.

La IgG se encontró en 74%, IgA en 20%, IgE en 4% y IgM en 2% de células positivas inmunes.

El tratamiento endodóntico de una pulpa inflamada no -

altera la distribución de la lesión de las células inmunes -- positivas, comparadas con la distribución que prevalece en pa cientes no tratados.

Ogilvie al absceso que se forma con cierta intermitencia en un granuloma lo denomina absceso fenix, caracterizada por su aparición periódica y muchas veces en forma de bolsa - superióstica al supurar tras la cortical ósea, muchos de - - ellos fistulizan. (11) (14)

Aspectos patológicos:

Esta enfermedad comienza probablemente como una periodontitis aguda que se hace rápidamente subaguda y luego crónica.

Esta caracterizada por lesiones hísticas pequeñas y recidivantes.

Su aspecto principal es la infiltración de la zona correspondiente con linfocitos, células plásmaticas y grandes - células mononucleares fagocitarias.

Los vasos sanguíneos están probablemente dilatados y comienzan a formar yemas desde los capilares.

A estos acompañan fibroblastos, que producen tejido de granulación para la reparación de las zonas lesionadas.

En muchos casos este proceso es lento y bastante difuso, pero el tipo clásico implica la formación de un gran nudo de tejido de granulación que aumenta lentamente de tamaño.

En ambos casos la respuesta inflamatoria y la formación de tejido de granulación suele ser demasiado grande para caber fácilmente el ligamento periodontal, lo cual da lugar a una lenta resorción de los tejidos circundantes.

Algunas veces el granuloma esta casi completamente reemplazado por células epiteliales, lo cual ha dado lugar a -- que fuera descrito como un tumor radicular epitelial.(10)

Microbiológicamente se dice que en gran número de los casos los tejidos periapicales están estériles aún cuando se encuentran microorganismos en el conducto radicular.(6)

Histopatologicamente:

Kronfeld afirma si bien el método bacteriológico es un medio histológico resulta útil para determinar la zona de donde se obtuvieron los microorganismos.

Un diente con un granuloma puede presentar el conducto infectado y el tejido periapical estéril.

El examinar cortes teñidos con coloración de gram, correspondientes a dientes despulpados infectados in situ.

Un granuloma no es una zona donde los microorganismos viven y si una zona donde ellos son destruidos. (6) (11)

Aspectos Bacteriológicos:

Uno de los factores que pudo haber tomado difícil la investigación de esta zona es la imposibilidad de extraer un diente sin contaminar bacteriológicamente la zona periapical o el granuloma.

Pocas veces se ha extraído cultivos a través del conducto radicular o la lámina alveolar y los obtenidos han estado relativamente libres de contaminación real, los microorganismos aislados mediante estas técnicas por ejemplo; en los estudios de Burket eran los que generalmente se encuentran en la cavidad bucal como el Srt. Viridians, Srt. Hemolyticus, -- Srt. no hemolítico Staph. Aureus, Staph. Albus, Eschericha -- coli y Neumococos.

Raras veces es posible comprobar realmente la presen--

cia de microorganismos intracelulares en el granuloma periapical.

No ha sido posible asociar tipos específicos de microorganismos con lesiones periapicales específicas sobre la base de evaluación clínica ni histológica. (9)

Inervación:

Los granulomas periapicales se hallan inervados aunque Lautenbach descubrió que los nervios eran la mayoría de la variedad no medulados y se observaban más frecuentemente en la cápsula, Martinelli y Rulli detectaron fibras mielínicas y no amielínicas y neurovegetativas en 30 granulomas periapicales.

Tales fibras fueron encontradas en la cápsula de tejido granulomatoso y ocasionalmente, cerca de la superficie radicular como botones terminales, los cuales creyeron que pertenecían al sistema nervioso sensorial. (16)

Función de defensa:

El tejido granulomatoso no es fácil de infectar debido a su rica vascularidad y en presencia de grandes cantidades de células inflamatorias.

La función de las células inflamatorias es la de combatir los microorganismos y otras noxas en el conducto radicular, así como también ayudar en el proceso de reparación. (16)

Incidencia:

Los granulomas son las lesiones periapicales más frecuentemente encontradas.

Los informes varían en lo referente a la frecuencia -- con la cual se producen los granulomas periapicales, yendo -- desde el 45% al 84%.

En un estudio exhaustivo de 2.308 lesiones periapicales, Bhaskar encontró que 1.108 (48%) eran granulomas.

Descubrió que la incidencia de otros tipos de lesiones periapicales, en un orden decreciente de frecuencia, era la siguiente:

Quiste radicular (42%), Quiste residual (3.7%); cicatriz apical (2.5%); Cementoma (1.2%); Absceso dental (1.1%); -reacción a cuerpo extraño (1.0%); Colesteotoma (0.4%) y lesiones de células gigantes (0.1%).

Hallazgos similares han sido reportados por Lalonde y Luebke en 500 lesiones periapicales.

Bhaskar también notó que los granulomas se producían con la misma frecuencia en ambos sexos pero casi 3 veces más frecuente en maxilar superior que en mandíbula.

La mayor incidencia era en la 3a. década de la vida.

Características Radiológicas:

Al principio, los roentnogramas de los dientes y de los tejidos periapicales afectados pueden ser negativos. (16)

Radiográficamente el granuloma dentario aparece como una zona radiolúcida que varía desde un leve ensanchamiento de la membrana periodóntica periapical, hasta una lesión circunscrita de tamaño variable. (16)

Cuando la lesión es estática, o solo avanza lentamente, el hueso esponjoso de soporte (medular) de los bordes se hace más compacto y radiopaco.

Es decir, en la mayor parte de los casos el borde periférico de la radiotransparencia redonda u oval es cortante y bien limitado e incluso subrayado por una línea hiperostótica, mientras que en otros casos es difusa e irregular confundiendo de forma gradual con el hueso vecino.

La membrana periodontal y la lámina dura, que rodean - normalmente al ápice no se pueden identificar, y a veces, hay resorción apical de la raíz.(19)

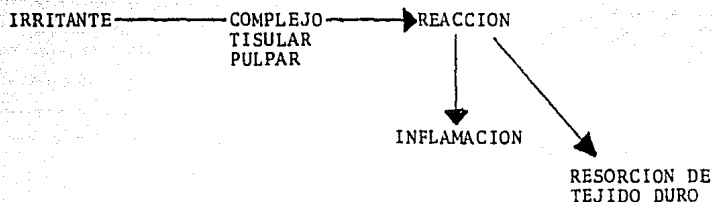
Sin embargo, no es posible diferenciar un granuloma de un quiste pequeño basándose en las imágenes radiográficas incluso después de la inyección de un medio de contraste.(10)

3. Etiología

Los tejidos periapicales pueden ser irritados y comenzar a inflamarse por una variedad de factores.

En presencia de inflamación, comúnmente se produce la resorción de los tejidos duros en el ápice radicular.

Una simple fórmula para tal fenómeno puede ser demostrada como sigue:



Un granuloma periapical es una lesión inflamatoria crónica que se desarrolla como una reacción a varias clases de irritantes.

Estos irritantes pueden ser microbianos (como secuela de la caries dental o de enfermedad periodontal), mecánicos, térmicos o químicos (como resultado de procedimientos).

Operatorios:

- 1) inflamación pulpar y necrosis pulpar
 - a) infección pulpar y del conducto radicular

Endodónticos:

- a) extirpación pulpar
- b) instrumentación del conducto radicular
 - i) instrumentos rotos
 - ii) perforación de la raíz
- c) irrigadores del conducto radicular
- d) medicamentos del conducto radicular
- e) obturación del conducto radicular
 - i) cementos, pastas
 - ii) materiales, sólidos

Trauma:

- a) por golpe
- b) por una oclusión prematura

El mecanismo de formación del granuloma dentario es el siguiente:

En la primera etapa es una pulpitis de la cual el diente no se recupera.

Esto conduce a la necrosis, o bien la inflamación avanza desde la cámara pulpar al conducto radicular y desde ahí - hacia el ápice. (16)

Cuando se trata de un diente sin vitalidad y no tratado, las defensas del organismo no son capaces de eliminar los irritantes del interior del conducto radicular. (8)

En ambos casos, la inflamación crónica se extiende - - hacia el interior de la membrana periodóntica periapical. (16)

Difícilmente se puede evitar la inflamación cuando el tejido conectivo apical está en contacto con el material de obturación. (8)

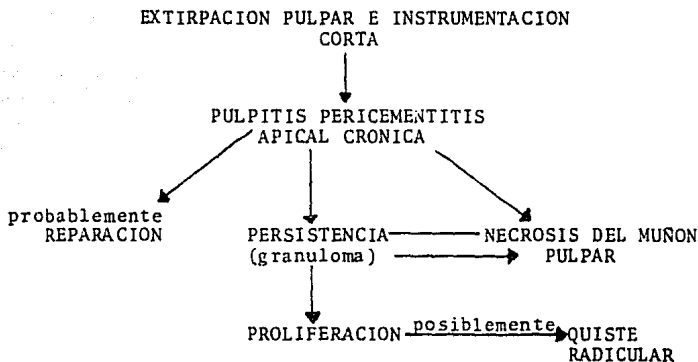
Seltzer y Bender comprobaron que durante el tratamiento endodóntico se instrumenta más allá del ápice o se sobrepura los conductos se estimula la formación de un posible granuloma y también la proliferación epitelial de los restos de Malassez. (11)

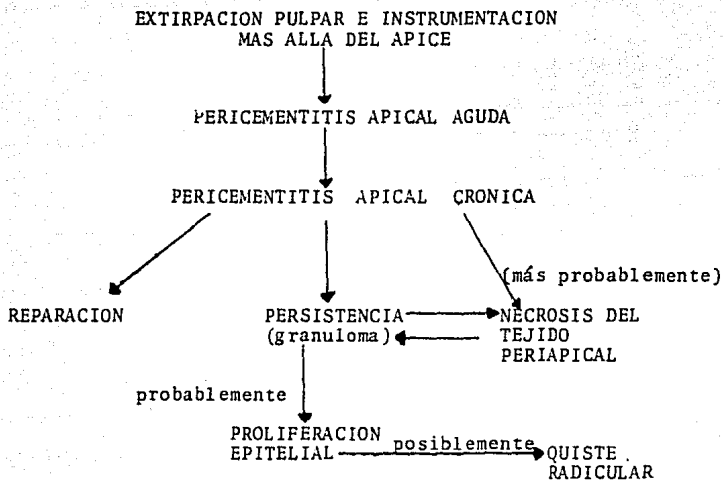
La inflamación crónica se vincula con la formación de tejido de granulación (es decir, fibroblastos, vasos sanguíneos e infiltración de plasmocitos y linfocitos).

Así este tejido sustituye a la membrana periodóntica periapical. (16)

La aplicación de varios irritantes simultánea o consecutivamente a los tejidos periapicales, lo que ocurre durante los procedimientos endodónticos, generan proporcionalmente - - reacciones más severas que aquellas producidas por la reacción de un solo irritante.

Cuando la instrumentación es realizada más alla del -- ápice dentario o cuando es realizada la extirpación pulpar e instrumentación, es corta la inflamación resultante es más se vera.





El resultado es que un granuloma puede persistir en -- los tejidos periapicales después de completada la terapia del conducto radicular.

Si los restos epiteliales comienzan a proliferar, eventualmente, se formaría un quiste.

La esencia de la terapia endodóntica es que, luego de la remoción del irritante a la pulpa inflamada o necrótica -- los tejidos periapicales curarán.

Esto es especialmente verdad sí los irritantes son li-

mitados dentro del conducto radicular; los irritantes pueden ser microbianos, químicos, mecánicos o combinación de todos los tipos como anteriormente ya señalamos.

La irritación mecánica resulta de la sobreobturación del conducto radicular, por la impulsión de materiales extraños sobre los tejidos vitales.(16)

El hueso que circunda al tejido de granulación sufre resorción, lo que se debe a la presión del tejido de granulación en crecimiento.

Tan pronto como parte del hueso periapical se destruye y reemplaza por tejido de granulación, la lesión se hace visible en la radiografía.(16)

Entre los cuerpos y materiales extraños encontrados en lesiones periapicales, se citan fragmentos de gutapercha o plata, cemento de conductos, fibras de algodón y material lipideo.(11)

4. Diagnóstico

La presencia de un granuloma generalmente se presume por la radiografía.

La zona de rarefacción es bien definida, en contraposición con la del absceso crónico, que presenta una zona de rarefacción difusa que se confunde gradualmente con el hueso adyacente.

Debe tenerse presente que solo puede hacerse un diagnóstico definitivo mediante un examen histopatológico. (6)

Morse y cols. han publicado varios trabajos sobre el método de diagnóstico entre granulomas y quistes.

Este método consiste en estudiar el líquido obtenido por aspiración trasdentaria con la técnica de electroforesis con el gel de poliacrilamida y más adelante biopsia de la lesión eliminada por cirugía como control.

Cuando se obtiene un color azul claro con la electroforesis, método colorimétrico se conceptúan como granulomas ratificados por la biopsia de la lesión, pero si el color obtenido es azul intenso, oscuro o negro debido a las proteínas generalmente albúmina y gamma globulina se identificara un quiste comprobado por la biopsia. (11)

4-A Diagnóstico Diferencial:

La zona de rarefacción es bien definida, mientras que del absceso crónico es difuso.

También es necesario diferenciar la zona de rarefacción de un granuloma a la de un quiste.

En el quiste, la zona de rarefacción esta delimitada por una línea fina blanca y continúa.(6)

Pitt Ford de Londres Inglaterra nos menciona la detección radiográfica de lesiones periapicales en perros.

El estudio investigado de la correlación entre el examen radiográfico y histológico de lesiones periapicales en perros.

Las raíces de 4 perros fueron examinados 3 meses después de la obturación de conductos y los de 2 perros 1 año después de la obturación de conductos.

Totalmente, como el grado de inflamación aumenta así, el tamaño de las lesiones en la radiografía, pero ahí hay un desacuerdo entre los métodos, particularmente en la detección de ápices normales.

El examen radiográfico no puede ser considerado como un sustituto para un examen histológico. (15)

Un elemento adicional de diferencia es que el quiste - comúnmente alcanza un tamaño mayor que el granuloma y puede - causar la separación de las raíces de los dientes adyacentes, debido a la presión del líquido quístico acumulado.

El granuloma, también debe diferenciarse de la etapa - osteolítica del llamado cementoma u osteofibrosis periapical, todo esto con reservas pertinentes. (6)

5. Tratamiento

Los dientes con granulomas apicales requieren tratamiento endodóntico o extracción por las siguientes razones:

1.- La posibilidad de una exacerbación dolorosa está presente.

2.- La persistencia de tejido granulomatoso tanto dentro del diente como periapicalmente, eleva la probabilidad de resorción de dentina y cemento radicular.

Si tal resorción continúa la raíz puede eventualmente ser perforada.

3.- Sin tratamiento, los granulomas periapicales nunca se resuelven espontáneamente. (16)

En granulomas pequeños, el tratamiento, se observa la resorción del tejido de granulación y cicatrización con formación de hueso y bien trabeculado.

También puede tratarse por la extracción del diente -- por lo dicho anteriormente.

Cuanto al estudio radiográfico se observa una zona - -

grande de rarefacción, está indicado el curetaje periapical y en muy pocas ocasiones la apicectomía con obturación retrograda, pues la cantidad de hueso destruido puede ser tan grande que sobrepase la cantidad de resorción del organismo para llegar a la reparación. (6)

Si se deja sin tratar, se transforma en un quiste periodontal apical por proliferación de los restos epiteliales de la zona. (7)

6. Pr6n6stico

Con una atenci6n endod6ntica adecuada, el pron6stico para el 6xito de la reparaci6n, es bueno, pero no completamente tan bueno como en dientes sin zonas pretratadas de rarefacci6n (88.8%) y la reparaci6n de dientes tratados en forma similar con zonas de rarefacci6n (77.0%), luego de un per6odo de 2 a6os.

Por lo tanto, desde un punto de vista cl6nico, la terapia del conducto radicular deber6a ser emprendida antes que se produzca la involucraci6n granulomatosa de los tejidos periapicales.

Cuando se presenta un trayecto fistuloso si el irritante es removido, la cicatrizaci6n se producir6a sin el tratamiento directo de la f6stula.

Frecuentemente, a6n si no es posible tratar el conducto por completo, una zona de rarefacci6n curar6a luego del tratamiento endod6ntico.

Esta cura puede deberse a la remoci6n de la mayor parte de tejido org6nico en el conducto radicular principal.

Sprunt ha demostrado que es necesaria una concentra-

ción crítica de microorganismos para producir una infección.

Si la concentración del tejido orgánico enfermo es reducida se elevan cambios para cicatrizar.

Remover todos los tejidos enfermos es esencial, pero - si, una reducción suficiente.

De este modo, la remoción de una concentración crítica de tejido pulpar inflamado o necrótico, es bastante para remover la cicatrización periapical. (16)

Este va a depender de la existencia del hueso destruido de la existencia o ausencia de resorción apical etc.

Como la resistencia y salud del paciente.

En caso de destrucción extensa del hueso está indicada la cirugía endodóntica. (6)

Supongamos el caso de una gangrena pulpar, donde los - microorganismos combinados en el conducto radicular han invadido los tejidos periapicales, originando un proceso inflamatorio crónico defensivo (granuloma periapical).

Si la técnica operatoria ha sido correctamente desarro

llada y la radiografía inmediata nos revela haber conseguido una preparación quirúrgica y una obturación adecuada, podemos en un principio pronosticar la evolución favorable de la lesión periapical, dejando ausencia de sintomatología clínica y los controles radiográficos periódicos nos permitiran controlar la reparación ósea y curación definitiva.

En el mismo caso, una obturación incompleta por inaccesibilidad del conducto o por una técnica defectuosa en su preparación quirúrgica y obturación, el pronóstico sera más reservado debido a la posible persistencia de organismos patógenos en la parte no obturada del conducto, puede impedir la reparación de los tejidos periapicales.(1)

7. Reporte de casos clínicos

Por la misma inquietud mencionada en la introducción, se localizaron pacientes los cuales presentaban características idóneas para su tratamiento quirúrgico y poder tomar biopsias para confirmar el diagnóstico clínico, a continuación se reportan dichos casos:

a) Evaluación de los casos clínicos

- i) en los pocos casos vistos el 100% fueron granulomas
- ii) el diagnóstico clínico coincidió con el estudio histopatológico en un 65% de estos casos.
- iii) el porcentaje de granulomas fue de 100%
- iv) las edades de los pacientes oscilaron entre los 18 años hasta los 30 años
- v) el sexo que predominó fue el femenino en este estudio
- vi) la zona más afectada fueron los anteriores superiores.

A continuación se menciona la técnica quirúrgica y el instrumental utilizado para ella:

Instrumental:

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- a) Instrumentos de incisión:
 - Mango de bisturí Bard-Parker No. 3
 - Hojas de bisturí No. 11, 12 y 15
 - Bisturí de Buck
- b) Elevadores de periostio
 - Espatula de Selding

 - Espatula p/cera No. 7-a
- c) Cucharillas quirúrgicas:
 - Cucharilla de Lukas
 - Glick No. 2
 - Excavadores 31L, 32L y 33L
- d) Curetas parodontales:
 - Tijeras Golman-fox curvas y rectas
 - CK 6
 - Kirk kland
- e) Sostenedores de colgajos:
- f) Fresas quirúrgicas
- g) Instrumental p/sutura:
 - Porta-agujas con seguro
 - Porta-agujas de Mathews
 - Tijeras p/sutura
 - Diferentes tipos de sutura

Técnica Quirúrgica:

Es recomendable que el diente o dientes candidatos al curetaje sean tratados previamente en forma endodóntica, esto significa ahorro en el tiempo quirúrgico y este ahorro aumenta en mucho la seguridad de un postoperatorio más tolerable, en cuanto a la obturación de conductos algunos autores recomiendan la sobreobturación, la cuál será eliminada durante el curetaje.

En cuanto a la técnica quirúrgica propiamente dicha de los casos clínicos vistos se siguieron los siguientes pasos:

- El bloqueo de la zona ya sea supraperióstica o troncular según sea el diente a tratar, en caso de ser supraperióstica se debe bloquear un diente de más de cada lado del diente o dientes a intervenir, queda a elección del clínico el bloqueo de la zona palatina, si se opera en la arcada superior.

En cuanto a la solución bloqueadora deberá elegirse la que tenga buenas características, es decir, acción profunda, buen tiempo de latencia y contener un vasoconstrictor que ayude a eliminar el sangrado en la zona a intervenir y que ofrezca características de baja toxicidad.



FIGURA 1



FIGURA 2



FIGURA 3



FIGURA 4



FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 7



FIGURA 8



FIGURA 9



FIGURA 10



FIGURA 11



FIGURA 12



FIGURA 15



FIGURA 17



FIGURA 18



FIGURA 16



FIGURA 17



FIGURA 18



FIGURA 19

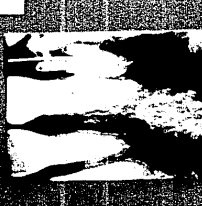


FIGURA 20



FIGURA 21



FIGURA 22



FIGURA 23



FIGURA 24

Técnica Quirúrgica:

Fig. 1.- Ascepsia de la zona a intervenir con alguna solución antiséptica (Merthiolate).

Fig. 2.- Se realizó la incisión necesaria para el caso. David M. Nosonowitz nos describe en su artículo el uso clínico de los diferentes tipos de incisiones para un mejor acceso, para la extirpación de las lesiones periapicales en la cirugía endodóntica.(13)

Fig. 3 y 4.- Levantamiento del colgajo abarcando mucosa y periostio.

Fig. 5 y 6.- Localización y eliminación del hueso enfermo descubriendo, al mismo tiempo la extensión de la lesión. En muchas ocasiones ésta osteotomía no es necesaria-pués la lesión se observa de inmediato al levantar el colgajo.

Fig. 7 y 8.- Enucleación de la lesión con cucharillas quirúrgicas tratando de eliminarla por completo, dirigiendo las cucharillas hacia la pared dura de la lesión, de ésta manera se obtiene un excelente espécimen para el examen o estudio histopatológico.

Fig. 9, 10, 11 y 12.- Cuando así se planeó:

Se hizo la obturación de conductos "a cielo abierto, que consistió en realizar la obturación con el colga

jo levantado con el objeto de ver claramente esta ob-
turación, para estó, se colocó una punta de gutaper-
cha en el conducto radicular con el objeto de sobre-
pasar el forámen para después tomarla con las pinzas
jalándola para lograr un buen ajuste, posteriormente
se condensa el material por vía normal, es decir, in-
traconducto y yá condensado se procede a eliminar --
los excedentes tanto de la parte apical como de la -
cervical.

Fig. 13.- Se hizo la eliminación de la lesión en su porción -
de la pared blanda con tijeras Golman-Fox.

Fig. 14.- Se realizó la irrigación de la cavidad ósea en for-
ma profusa y con solución isotónica de Cloruro de So-
dio con el objeto de eliminar pequeñas partículas --
tanto de tejido enfermo como de material extraño que
no fueron localizados a simple vista.

Fig. 15.- Se reubicó el colgajo y se suturó, en algunos casos
se hizo puntos aislados aunque en ocasiones se pue-
den usar otro tipo de suturas como por ejemplo el --
surgete continuo.

En otros casos de incisiones verticales se suturó --
primero éstas y se dejó al último las suturas de las
papilas o de la incisión horizontal.

Fig. 16.- Se colocó áposito quirúrgico, existe discrepancia -

en esto ya que existen inclinaciones a ambas tendencias de colocarlo o no.

Fig. 17.- Control de una semana.

Fig. 18.- Control de 10 meses, aquí se muestra la reparación de la lesión.

Fig. 19.- Se muestra el control radiográfico de la Técnica quirúrgica realizada y mostrada anteriormente con similitud a los otros casos clínicos.

Del lado izquierdo el control de 1 semana

Del lado derecho el control de 10 meses.

Fig. 20, 21 y 22.- Aspectos radiográficos de otro caso clínico en donde se hizo el tratamiento convencional hasta el instrumento fracturado, se obturó y se realizó la obturación retrograda sellando apicalmente el conducto.

Desgraciadamente el paciente no regreso para sus controles radiográficos pero sí se realizó la cirugía.

Fig. 23 y 24.- Aspectos radiográficos de otros casos clínicos diferentes donde se realizó los pasos de las figuras descritas anteriormente.

FICHA ENDODONTICA

Paciente Mercedes Gonzalez Sexo Femenino
 Dirección Cte 35 Mz. 7 lote 13 Nezta. Edad 27 años Diente 2
 Recomendado por _____ Te. _____

ANTECEDENTES DEL DIENTE A TRATAR Aprox. 4 años con resina, sufrió fractura de
está se dejó sin tratar aprox. 2 años hasta
que presento un pequeño dolor.

Caries Amalgama
 Traumatismo Corona
 Abrasion Incrustacion
 Resina

SINTOMAS SUBJETIVOS	SINTOMAS OBJETIVOS	EXAMEN RADIOGRAFICO	ZONA APICAL Y PERIAPICAL
DOLOR <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Fuqaz <input type="checkbox"/> Dulce <input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Acido <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> y/o nocturno <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Explotación <input type="checkbox"/> Espontaneo <input type="checkbox"/> Percusión horizontal <input type="checkbox"/> Percusión vertical <input type="checkbox"/> Palpacion periapical <input type="checkbox"/> Masticacion PRUEBA ELECTRICA Diente problema _____ Diente testigo _____	CAMBIO DE COLOR <input type="checkbox"/> Localizado <input checked="" type="checkbox"/> Difuso TECHO PULPAR <input type="checkbox"/> Duro <input checked="" type="checkbox"/> Blando MOVILIDAD <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 PULPA <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Totalmente destruida <input type="checkbox"/> Parcialmente destruida <input type="checkbox"/> Hipertrofiada <input checked="" type="checkbox"/> Expuesta <input type="checkbox"/> Sin pulpa ZONA PERIAPICAL <input checked="" type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Tumefaccion localizada <input type="checkbox"/> Tumefaccion difusa <input type="checkbox"/> Perioestitis	CAMARA PULPAR <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> FRACTURA <input type="checkbox"/> Amplia <input type="checkbox"/> Corona <input checked="" type="checkbox"/> Estrecha <input type="checkbox"/> Riz <input type="checkbox"/> Nodulos <input type="checkbox"/> Tercio c. <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/> Tercio m. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tercio a. CONDUCTO PULPAR <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Calcificado <input type="checkbox"/> Amplio <input type="checkbox"/> Senil <input type="checkbox"/> Estrecho <input type="checkbox"/> Anomalo <input type="checkbox"/> Anomalos <input type="checkbox"/> Anomalo ext. <input type="checkbox"/> Precalcificado <input type="checkbox"/> Obstruido Numero de conductos _____ Morfologia Recto <input checked="" type="checkbox"/> Bavoneta Curvo <input type="checkbox"/> Fusionado Acodado <input type="checkbox"/> Bifurcado	ESPACIO DEL LIGAMENTO <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Ensanchado <input type="checkbox"/> Bolsa periodontal _____ n.m <input type="checkbox"/> Absorcion apical <input type="checkbox"/> Hipercementosis <input type="checkbox"/> Osteoesclerosis <input checked="" type="checkbox"/> Rarefaccion circunscrita <input type="checkbox"/> Rarefaccion difusa

DIAGNOSTICO PULPAR Necrosis pulpar

DIAGNOSTICO PERIAPICAL DE PRESUNCION Quiste periapical

INTERVENCION INDICADA Tratamiento de conductos y Curetaje periapical

PRONOSTICO Favorable

CONDUCTOMETRIA	OBTURACION	ACCIDENTES OPERATORIOS																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>APARENTE</th> <th>REAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Conducto unico</td> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">18.5</td> </tr> <tr> <td>Vestibular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lingual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesiovestibular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distovestibular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesiolingual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		APARENTE	REAL	Conducto unico	20	18.5	Vestibular			Lingual			Mesiovestibular			Distovestibular			Mesiolingual			Distal			Otro			MATERIALES <u>Gutapercha</u> <u>óxido de zinc puntas</u> <u>accesorias</u> TECNICA <u>Condensación Lat.</u> <u>y puntas accesorias</u> METODO <u>Condensación Lat.</u> <u>con puntas accesorias</u>	<input type="checkbox"/> Sobre extension <input type="checkbox"/> Sobre obturacion <input type="checkbox"/> Fractura coronaria <input type="checkbox"/> Escalon <input type="checkbox"/> Instrumento fracturado <input type="checkbox"/> Sobre instrumentacion <input type="checkbox"/> Perforacion de piso de camara <input type="checkbox"/> Perforacion a preincisivo
	APARENTE	REAL																											
Conducto unico	20	18.5																											
Vestibular																													
Lingual																													
Mesiovestibular																													
Distovestibular																													
Mesiolingual																													
Distal																													
Otro																													

FICHA ENDODONTICA

Paciente Carmén Vasquez C. Sexo Femenino
 Dirección Av. Acueducto 1044-304 edE, A. Edad 30 años Diente 2
 Recomendado por _____

ANTECEDENTES DEL DIENTE A TRATAR Traumatismo en la masticación y de ahí empezó el problema carioso hasta el tratamiento de conductos (S.U.A.) hubo fractura de instrumento lo cual impidió el tratamiento convencional.

- Caries Amalgama
 Traumatismo Corona
 Abrasión Incrustación
 Resina

<p>SINTOMAS SUBJETIVOS</p> <p style="text-align: center;">ODOR</p> <p><input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Dulce <input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Acido <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> Es o nocturno <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Exhalación <input type="checkbox"/> Espontáneo</p> <p><input type="checkbox"/> Percusión horizontal <input type="checkbox"/> Percusión vertical <input type="checkbox"/> Palpación periapical <input type="checkbox"/> Masticación</p> <p style="text-align: center;">PRUEBA ELECTRICA</p> <p>Diente problema _____ Diente testigo _____</p>	<p>SINTOMAS OBJETIVOS</p> <p style="text-align: center;">CAMBIO DE COLOR</p> <p><input type="checkbox"/> Localizado <input checked="" type="checkbox"/> Difuso</p> <p style="text-align: center;">TECHO PULPAR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Duro <input type="checkbox"/> Blando</p> <p style="text-align: center;">MOVILIDAD</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</p> <p style="text-align: center;">PULPA</p> <p><input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Totalmente destruida <input type="checkbox"/> Parcialmente destruida <input type="checkbox"/> Hipertrófica <input type="checkbox"/> Expuesta <input checked="" type="checkbox"/> Sin pulpa</p> <p style="text-align: center;">ZONA PERIAPICAL</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Tumefacción localizada <input checked="" type="checkbox"/> Tumefacción difusa <input type="checkbox"/> Perostitis</p>	<p>EXAMEN RADIOGRAFICO</p> <p style="text-align: center;">CAMARA PULPAR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> FRACTURA <input type="checkbox"/> Amplia <input type="checkbox"/> Corona <input type="checkbox"/> Estrecha <input type="checkbox"/> Raíz <input type="checkbox"/> Nodulos <input type="checkbox"/> Tercio c. <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/> Tercio m. <input type="checkbox"/> Tercio a.</p> <p style="text-align: center;">CONDUCTO PULPAR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Calcificado <input type="checkbox"/> Amplio <input type="checkbox"/> Senil <input type="checkbox"/> Estrecho <input type="checkbox"/> Absorción nt. <input type="checkbox"/> Agujeros ceros <input type="checkbox"/> Absorción ext. <input type="checkbox"/> Precalcificado <input type="checkbox"/> obturado</p> <p>Numero de conductos <u>1</u> Mortología Recto <input checked="" type="checkbox"/> Bayoneta _____ Curvo _____ Fusiónado _____ Acodado _____ Bifurcado _____</p>	<p>ZONA APICAL Y PERIAPICAL</p> <p style="text-align: center;">ESPACIO DEL LIGAMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Ensanchado <input type="checkbox"/> Bolsa periodontal _____ mm. <input type="checkbox"/> Absorción apical <input type="checkbox"/> Hipercementosis <input type="checkbox"/> Osteoesclerosis <input checked="" type="checkbox"/> Rarefacción circunscrita <input type="checkbox"/> Rarefacción difusa</p>
--	---	--	---

DIAGNOSTICO PULPAR Diente despulrado

DIAGNOSTICO PERIAPICAL DE PRESUNCION: Granuloma periapical

INTERVENCION INDICADA Tratamiento de conductos y obturación retrograda

PRONOSTICO Favorable

CONDUCTOMETRIA	OBTURACION		ACCIDENTES OPERATORIOS
	APARENTE	REAL	
Conducto unico	20	19	<input type="checkbox"/> Sobre extensión
Vestibular			<input type="checkbox"/> Sobre obturación
Lingual			<input type="checkbox"/> Fractura coronaria
Mezovestibular			<input type="checkbox"/> Escalon
Distovestibular			<input type="checkbox"/> Instrumento fracturado
Mezolingual			<input type="checkbox"/> Sobre instrumentación
Distal			<input type="checkbox"/> Perforación de pulpa de cámara
Distal			<input type="checkbox"/> Perforación de pericoronario

MATERIALES Gutapercha

oxido de zinc puntas
accesorias

TECNICA Condensación Lat.
obturación retrograda

METODO Condensación Lat.
con puntas accesorias

FICHA ENDODONTICA

Paciente Alicia López Pérez Sexo Femenino
 Dirección Calle 8 No. 16 depto 5 Edad 16 años Diente 2
 Recomendado por _____ Tx. _____

ANTECEDENTES DEL DIENTE A TRATAR Menciona que aprox. 2 años sufrió una caída frontal en la zona de anteriores superiores aparentemente no hubo movilidad aunada a esto presenta caries profunda, aprox. 4 meses presentó una fístula con drenaje de un líquido s/sabor nunca hubo dolor, ni inflamación, hace 1 sem. fue sometida a cirugía parodontal, está involucrado

- Caries Amalgama
 Traumatismo Corona
 Abrasion Incrustacion
 Resina

SINTOMAS SUBJETIVOS	SINTOMAS OBJETIVOS	EXAMEN RADIOGRAFICO	ZONA APICAL Y PERIAPICAL
DOLOR <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Fugaz <input type="checkbox"/> Dulce <input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Acido <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> No nocturno <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Exoracion <input type="checkbox"/> Espontaneo <input type="checkbox"/> Percusion horizontal <input type="checkbox"/> Percusion vertical <input type="checkbox"/> Palpacion periapical <input type="checkbox"/> Masticacion PRUEBA ELECTRICA Diente problema _____ Diente testigo _____	CAMBIO DE COLOR <input type="checkbox"/> Localizado <input checked="" type="checkbox"/> Difuso TECHO PULPAR <input type="checkbox"/> Duro <input checked="" type="checkbox"/> Blando MOVILIDAD <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 PULPA <input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Totalmente destruida <input type="checkbox"/> Parcialmente destruida <input type="checkbox"/> Hidrotrafada <input checked="" type="checkbox"/> Expuesta <input type="checkbox"/> Sin pulpa ZONA PERIAPICAL <input type="checkbox"/> Norma <input checked="" type="checkbox"/> Fístula <input type="checkbox"/> Tumefaccion localizada <input checked="" type="checkbox"/> Tumefaccion difusa <input type="checkbox"/> Perioestitis	CAMARA PULPAR <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> FRACTURA <input checked="" type="checkbox"/> Amplia <input type="checkbox"/> Corona <input type="checkbox"/> Estrecha <input type="checkbox"/> Raiz <input type="checkbox"/> Nodulos <input type="checkbox"/> Tercio c. <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/> Tercio m. <input type="checkbox"/> Tercio a. CONDUCTO PULPAR <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Calcificado <input type="checkbox"/> Amplio <input type="checkbox"/> Semi <input type="checkbox"/> Estrecho <input type="checkbox"/> Absorcion int. <input type="checkbox"/> Aguas calientes <input type="checkbox"/> Absorcion ext. <input type="checkbox"/> Precalcificado <input type="checkbox"/> Obturado Numero de conductos <u>1</u> Mortarionia _____ Recto <input checked="" type="checkbox"/> B avioneta Curvo <input type="checkbox"/> Fusionado Acodado <input type="checkbox"/> Bifurcado	ESPACIO DEL LIGAMENTO <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Ensanchado <input type="checkbox"/> Bolsa periodontal _____ mm <input type="checkbox"/> Absorcion apical <input type="checkbox"/> Hipercementosis <input type="checkbox"/> Osteoesclerosis <input checked="" type="checkbox"/> Rarefaccion circunscrita <input type="checkbox"/> Rarefaccion difusa

DIAGNOSTICO PULPAR Necrosis pulpar

DIAGNOSTICO PERIAPICAL DE PRESUNCION Quiste periapical

INTERVENCION INDICADA Tratamiento de conductos y Curetaje periapical

PROMOSTICO Favorable

CONDUCTOMETRIA	OBTURACION	ACCIDENTES OPERATORIOS																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">APARENTE</td> <td style="text-align: center;">REAL</td> </tr> <tr> <td>Conducto unico</td> <td style="text-align: center;">20</td> <td style="text-align: center;">18.5</td> </tr> <tr> <td>Vestibular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lingual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesiovestibular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ostiovestibular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesiolingual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		APARENTE	REAL	Conducto unico	20	18.5	Vestibular			Lingual			Mesiovestibular			Ostiovestibular			Mesiolingual			Distal			Otro			MATERIALES <u>Gutapercha</u> <u>Óxido de zinc y puntas</u> <u>accesorias</u> TECNICA <u>Condensación Lat.</u> <u>con puntas accesorias</u> METODO <u>Condensación Lat.</u> <u>con puntas accesorias</u>	<input type="checkbox"/> Sobre extension <input type="checkbox"/> Sobre obturacion <input type="checkbox"/> Fractura coronaria <input type="checkbox"/> Escalon <input type="checkbox"/> Instrumento fracturado <input type="checkbox"/> Sobre instrumentacion <input type="checkbox"/> Perforacion de piso de camara <input type="checkbox"/> Perforacion a periodonto
	APARENTE	REAL																											
Conducto unico	20	18.5																											
Vestibular																													
Lingual																													
Mesiovestibular																													
Ostiovestibular																													
Mesiolingual																													
Distal																													
Otro																													

FICHA ENDODONTICA

Paciente Consuelo Martinez A Sexo Femenino Diente 2
 Dirección Tejamanil 119 sto. Domingo Edad 18 años
 Recomendado por _____ Tel _____

ANTECEDENTES DEL DIENTE A TRATAR Caries cuando tenia 17 años y se fue haciendo más grande con un poco de dolor durante el día, actualmente no existe dolor.

Caries Amalgama
 Traumatismo Corona
 Abrasión Incrustación
 Resina

SINTOMAS SUBJETIVOS

DOLOR

Frio Persistente
 Calor Fugaz
 Dulce Localizado
 Acido Irritado
 vs occlusión Provocado
 Expiración Espontáneo

Percusión horizontal
 Percusión vertical
 Palpación periapical
 Masticación

PRUEBA ELECTRICA

Diente problema _____
 Diente testigo _____

SINTOMAS OBJETIVOS

CAMBIO DE COLOR

Localizado Difuso

TECHO PULPAR

Duro Blando

MOVILIDAD

1 2 3

PULPA

Integra Totalmente destruida
 Parcialmente destruida Hipertrófica
 Expuesta Sin pulpa

ZONA PERIAPICAL

Normal Fístula
 Tumefacción organizada
 Tumefacción difusa
 Periostritis

EXAMEN RADIOGRAFICO

CAMARA PULPAR

Normal FRACTURA
 Amplia Corona
 Estrecha Raíz
 Nodulos Tercio c.
 Calcificada Tercio m.
 Tercio a.

CONDUCTO PULPAR

Normal Calcificado
 Amplio Senil
 Estrecho Absorción int.
 Apujas cónicas Absorción ext.
 Precalcificados Obturado

Número de conductos 1

Morfología

Recto Bavoneta _____
 Curvo _____ Fusiónado _____
 Acudado _____ Bifurcado _____

ZONA APICAL Y PERIAPICAL

ESPACIO DEL LIGAMENTO

Normal
 Ensanchado
 Bolsa periodontal _____ mm.
 Absorción apical
 Hipercementosis
 Osteoesclerosis
 Rarefacción circunscrita
 Rarefacción difusa

DIAGNOSTICO PULPAR Necrosis pulpar

DIAGNOSTICO PERIAPICAL DE PRESUNCION Quiste periapical

INTERVENCIÓN INDICADA Tratamiento de conductos y curetaje periapical

PRONOSTICO Favorable

CONDUCTOMETRIA		OBTURACION	ACCIDENTES OPERATORIOS
	APARENTE		
Conducto unico	21	19.5	
Vestibular		<u>Materiales Gutapercha</u>	<input type="checkbox"/> Sobre extensión
Lingual		<u>óxido de zinc, puntas</u>	<input type="checkbox"/> Sobre obturación
Mesiovestibular		<u>accesorias</u>	<input type="checkbox"/> Fractura coronaria
Distiovestibular		<u>TECNICA Condensación Lat.</u>	<input type="checkbox"/> Escalon
Mesiolingual		<u>obturgación retrograda</u>	<input type="checkbox"/> Instrumento fracturado
Distal		<u>METODO Condensación Lat.</u>	<input type="checkbox"/> Sobre instrumentación
Otro		<u>con puntas accesorias.</u>	<input type="checkbox"/> Perforación por punta de coronaria
			<input type="checkbox"/> Perforación por instrumento

FICHA ENDODONTICA

Paciente: Veronica Avila R. Sexo: Femenino
 Dirección: Rancho el mirador 121-4 Edad: 24 años Diente: 2
 Recomendado por: _____ Tel: _____

ANTECEDENTES DEL DIENTE A TRATAR La paciente reporta que hace 3 años estuvo en tratamiento ortodontico, hace 10 meses se le eliminaron los aparatos de ortodoncia reporta constante inflamación a nivel apical la cual de saparece constantemente.

- Caries
 Traumatismo
 Abrasion
 Resina
 Amalgama
 Corona
 Incrustacion

SINTOMAS SUBJETIVOS	SINTOMAS OBJETIVOS	EXAMEN RADIOGRAFICO	ZONA APICAL Y PERIAPICAL
DOLOR <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Persistente <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Fugaz <input type="checkbox"/> Dulce <input type="checkbox"/> Localizado <input type="checkbox"/> Acido <input type="checkbox"/> Irradiado <input type="checkbox"/> y/o nocturno <input type="checkbox"/> Provocado <input type="checkbox"/> Exolioracion: <input type="checkbox"/> Espontaneo <input type="checkbox"/> Percusion horizontal <input type="checkbox"/> Percusion vertical <input type="checkbox"/> Palpacion periapical <input type="checkbox"/> Masticacion PRUEBA ELECTRICA Diente problema _____ Diente testigo _____	CAMBIO DE COLOR <input type="checkbox"/> Localizado <input checked="" type="checkbox"/> Difuso TECHO PULPAR <input type="checkbox"/> Curvo <input checked="" type="checkbox"/> Blando MOVILIDAD <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 PULPA <input checked="" type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Totalmente destruida <input type="checkbox"/> Parcialmente destruida <input type="checkbox"/> Hipertrofiada <input type="checkbox"/> Expuesta <input type="checkbox"/> Sin pulpa ZONA PERIAPICAL <input type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> Fistula <input type="checkbox"/> Tumefaccion localizada <input checked="" type="checkbox"/> Tumefaccion difusa <input type="checkbox"/> Peristitis	CAMARA PULPAR <input checked="" type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> FRACTURA <input type="checkbox"/> Amplia <input type="checkbox"/> Corona <input type="checkbox"/> Estrecha <input type="checkbox"/> Raiz <input type="checkbox"/> Nodulos <input type="checkbox"/> Tercio c. <input type="checkbox"/> Calcificada <input type="checkbox"/> Tercio m. <input type="checkbox"/> Tercio a. CONDUCTO PULPAR <input type="checkbox"/> Norma <input type="checkbox"/> Calcificado <input checked="" type="checkbox"/> Amplio <input type="checkbox"/> Sini <input type="checkbox"/> Estrecho <input type="checkbox"/> Absorcion int. <input type="checkbox"/> Aislado <input checked="" type="checkbox"/> Absorcion ext. <input type="checkbox"/> Perforado <input type="checkbox"/> obturado Numero de conductos: <u>1</u> Mortalone _____ Recto: <input checked="" type="checkbox"/> Bayoneta _____ Curvo _____ Fusionado _____ Acodado _____ Bifurcado _____	ESPACIO DEL LIGAMENTO <input type="checkbox"/> Norma <input checked="" type="checkbox"/> Ensanchado <input type="checkbox"/> Bolsa periodontal _____ <input type="checkbox"/> Absorcion alveo <input type="checkbox"/> Hiperplasia <input type="checkbox"/> Osteoesclerosis <input type="checkbox"/> Rarefaccion circunferencial <input checked="" type="checkbox"/> Rarefaccion difusa

DIAGNOSTICO PULPAR Necrosis pulpar

DIAGNOSTICO PERIAPICAL DE PRESUNION Granuloma periapical

INTERVENCION INDICADA Tratamiento de conductos y curetaje periapical

PROGNOSTICO Favorable

CONDUCTOMETRIA	OBTURACION	ACCIDENTES OPERATORIOS																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">APARENTE</td> <td style="text-align: center;">REAL</td> </tr> <tr> <td>Conducto unico</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">20.5</td> </tr> <tr> <td>Vestibular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lingual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesiovestibular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Disto-vestibular</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mesio-lingual</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Distal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		APARENTE	REAL	Conducto unico	22	20.5	Vestibular			Lingual			Mesiovestibular			Disto-vestibular			Mesio-lingual			Distal			Otro			MATERIALES <u>Gutapercha</u> <u>Óxido de zinc</u> TECNICA <u>Condensación lateral</u> METODO <u>Condensación Lat. con puntas accesorias</u>	<input type="checkbox"/> Sobre extension <input type="checkbox"/> Sobre obturacion <input type="checkbox"/> Fractura coronaria <input type="checkbox"/> Escalon <input type="checkbox"/> Instrumento fracturado <input type="checkbox"/> Sobre instrumentacion <input type="checkbox"/> Perforacion al-pus de camara <input type="checkbox"/> Perforacion a periodontico
	APARENTE	REAL																											
Conducto unico	22	20.5																											
Vestibular																													
Lingual																													
Mesiovestibular																													
Disto-vestibular																													
Mesio-lingual																													
Distal																													
Otro																													

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
LABORATORIO DE HISTOPATOLOGIA

Estudio Núm. F028286 Fecha 31 Julio 1986

Nombre del paciente Consuelo Martínez A. Edad 18 años Sexo Femenino

Solicitó el estudio Dr. Arturo Ventura Morales Antonio Villeda Avila Cátedra Endodoncia

Naturaleza del espécimen: ~~Central~~ superior derecho en apical.
Lateral

Descripción Macroscópica: Se recibe espécimen multifragmentado de color café con porciones blancas, tamaño aproximado .5x.3x.2 cms. consistencia suave. Se incluye.

Descripción Microscópica: El espécimen examinado lo constituyó en su mayor parte infiltrado inflamatorio crónico linfo-plasmocitario abundante con algunos neutrófilos, capilares abundantes, macrófagos, fibroblastos, haces irregulares de colágena y hemorragia reciente.

Diagnóstico. Granuloma periapical. Incisivo ~~central~~ superior derecho.
Lateral

Dr. Constantino Ledezma M.

Dr. Javier Portilla Robertson.

8. Conclusiones

En relación al presente estudio, las conclusiones son las siguientes:

- 1.- En las lesiones periapicales de los casos clínicos vistos en este estudio fueron granulomas en un 100%, ratificado por el estudio histopatológico.
- 2.- Se debe realizar este estudio de investigación con más control a distancia de 1 año, 1 año 3 meses, 1 año 6 meses, 1 año 9 meses, 2 años ó más para ver la reparación de la lesión en su totalidad.
- 3.- En este estudio la zona más afectada fueron los anteriores superiores, pero no indica que la zona de posteriores este exenta de este tipo de lesiones periapicales.
- 4.- Todos los casos clínicos fueron candidatos para ser tratados quirúrgicamente.
- 5.- El sexo femenino fue el que predominó en este estudio, no se puede generalizar, que las mujeres tiendan a padecer siempre este tipo de lesión sin hacer excepción en el sexo masculino.

6.- Este estudio deberá ser ampliado con mayor número de casos para que la estadística nos lleve a la -- conclusión que buscamos.

Ya que no podemos generalizar con una pequeña cantidad de pacientes en la incidencia de este tipo - de lesión periapical.

9. BIBLIOGRAFIA

- 1.- A. Maisto Oscar, Endodoncia 3a. edición
Ed. Mundi S.A. págs. 48-56-196-266-268-272.
- 2.- Cohen, S.: Pathways of the pulp. Ed 2,
St. Louis, The C.V. Mosby Co, 1980.
- 3.- D. Spouge J. Patología bucal, Ed. Mundi
S.A.I.C y F. 1a. edición.
- 4.- F. Borghelli Ricardo, Temas de patología
bucal clínica, Ed. Mundi Tomo II B. Aires.
- 5.- Grossman, L. Endodontic Practice, Ed. 9
Philadelphia, Lea & Febiger Co. 1978.
- 6.- G. Shafer W. Tratado de patología
bucal 4a. edición Ed. Interamericana
págs. 501-507.
- 7.- Ingle, J. Endodontics, Ed. 2. Philadelphia
Lea & Febiger Co. 1976.
- 8.- J. Hartly F. Endodoncia en la práctica
clínica. Ed. El manual moderno S.A.
edición 1979.

- 9.- J. Gorlin Robert, patología oral (Thoma)
Ed. Salvat, 2a. reimpresión, 1980.
- 10.- Kruger O. Gustav, Tratado de cirugía,
Ed. Interamericana 4a. edición.
- 11.- Lasala Angel, Endodoncia, Ed. Salvat
3a. edición págs. 86-90.
- 12.- N. Bhaskar S. Patología bucal, Ed. Libreria
el ateneo 3a. edición.
- 13.- Nosonowitz, D. Flap designs for gaining
access to periapical lesions, J. Oral surg.
Nov. 83, Vol. 56, Number 5, págs 537-541.
- 14.- Michael, H. Antibody-producing cells in
human periapical granulomas and cysts,
Journal of Endodontics, Oct. 81, Vol. 7
Number 10. págs 447-451.
- 15.- Pitt, F.: The radiographic detection of
periapical lesions in dogs, Oral surg.
Jun. 84, Vol. 57, Number 6. págs 662-667.
- 16.- Seltzer Samuel, Endodoncia (Considera-

ciones biológicas en los procedimientos endodónticos), Ed. Mundi, 1a. edición págs. 199-211 y 231-282.

17.- Ritacco A. Angel, Implantes endodónticos intraóseos, Ed. Mundi, 2a. edición.

18.- V. Zegarelli Edward, Diagnóstico en patología oral, 1a. edición en español Ed. Salvat editores.

19.- Walter C. Guralnick, Tratado de cirugía oral Ed. Salvat, edición 1971 española.