

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

APICECTOMIA Y CURETAJE PERIAPICAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

A U T O R

TORRES HUERTA I. JAVIER.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AÑO: 1989.



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.

A L H O N O R A B L E J U R A D O

AL DR. SANTIAGO MARTINEZ CHAVEZ
POR SU VALIOSO APOYO PARA LA
ELABORACION DE ESTE TRABAJO.

TEMARIO

APICECTOMIA Y CURETAJE PERIAPICAL

INTRODUCCION.....	1
REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
CURETAJE PERIAPICAL (definición).....	8
INDICACIONES DEL CURETAJE.....	8
CONTRAINDICACIONES.....	9
INSTRUMENTAL.....	9
TECNICA.....	10
APICECTOMIA (definición).....	12
INDICACIONES.....	12
CONTRAINDICACIONES.....	12
INSTRUMENTAL.....	13
TECNICA.....	14
TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.....	18
DIBUJOS.....	
COMENTARIO.....	19
CONCLUSIONES.....	20
RESUMEN.....	21
REFERENCIAS.....	22
CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	23

INTRODUCCION

Los alcances y logros de la odontología se amplían todos los días. A medida que esta ensancha sus horizontes para prestar tratamiento a un número de pacientes - cada día mayor. El dentista debe encargarse de diagnosticar enfermedades de los tejidos dentarios duros y blandos. Es preciso que él tenga conocimiento amplio de las especialidades odontológicas.

Muchas veces resulta imposible que el dentista de practica general esté al corriente de todos los procedimientos de cada especialidad, pero sera el dentista que decida cuando está en él la solución de un caso y cuando lo debe dejar al especialista.

Cuando la odontología conservadora, la conductoterapia y la terapéutica médica no basta para curar una lesión paradental, hay que recurrir a la terapéutica quirúrgica. (1)

En el presente trabajo se mencionan dos técnicas - quirúrgicas: apicectomía y curetaje periapical.

La cirugía endodóncica no es ciertamente una innovación reciente. Se sabe que las técnicas de incisión y drenaje para aliviar la tumefacción y el dolor se realizaban ya en el siglo IV y fueron practicadas hasta el - siglo XIX, en que se introdujeron unas técnicas más definidas. (2)

La apicectomía fue practicada por primera vez en Estados Unidos por Farrar y por Brophy antes de 1880. (3)

En 1884 Farrar sugirió la técnica de apicectomía, la cual en esta época era realmente radical y verdaderamente heróica. Esta no fue una técnica totalmente afortunada, debido a que el concepto del sellado del ápice no era entendido. (4)

Fue poco conocida hasta 1890, época en que ganó popularidad a través de Rhein que la recomendaba como método radical para el tratamiento de los abscesos alveolares crónicos. Desde entonces, la técnica de esta intervención se ha perfeccionado y la han realizado tanto el práctico general como el cirujano bucal. (5)

Hace algunas décadas esta cirugía paraendodóncica (sugerido por Kuttler, México, 1960), se refería casi exclusivamente a la apicectomía y algunas de sus variables, como la obturación con amalgama retrógrada. Hoy día se ha ampliado el concepto quirúrgico en endodóncia debido a la definición de conceptos. (6)

La apicectomía (resección radicular, amputación radicular) (7) es la remoción del tejido patológico periapical con resección del ápice radicular (2-3-mm) de un diente cuyo conducto(s) se ha obturado o se piensa obtener a continuación. (8)

La apicectomía o resección apical es la intervención más frecuentemente realizada como tratamiento complementario de la endodóncia. En los casos en que se utiliza como complemento del tratamiento del conducto, este último puede ser realizado por distintas técnicas en una o varias sesiones, y aun la obturación del conducto, etapa final del tratamiento endodóntico, puede efec-

tuarse previa, simultaneamente o posteriormente a la intervención quirúrgica, de acuerdo con las condiciones - de cada caso y con la modalidad del operador. (9)

En cualquier tipo de cirugía en endodóncia, conviene recordar que es un prerrequisito axiomático la necesidad de practicar una correcta conductoterapia y una - obturación total y homogénea de los conductos tratados. Siskin (Tennessee, 1967), dice acertadamente que la cirugía no es un compromiso ni una panacea para la endodóncia de baja calidad, sino un complemento a la buena endodóncia, la cual en muchas ocasiones puede resolver sola la mayor parte de las lesiones periapicales. (10)

Hay que evitar el uso de la palabra apicectomía como el término que engloba la cirugía endodóncia. La apicectomía, o resección apical, sólo es una de las técnicas quirúrgicas endodóncicas. (11)

Cuando el curetaje de los tejidos blandos se realiza sin la eliminación del ápice radicular, se denomina curetaje periapical. (12)

Curetaje periapical: Es la eliminación de una lesión patológica periapical (por lo general una osteofibrosis o quiste radiculodentario) o de una sustancia extraña llevada iatrogenicamente a esta región, complementada por el raspado de las paredes óseas y del cemento del diente responsable. (13)

Se presenta en forma concisa la técnica y procedimientos de cirugía que puedan llevarse a cabo en el con

sutorio dental. Algunos de los procedimientos que se describen o mencionan solo los hace el cirujano bucal, estos se incluyen de modo que el estudiante y el dentista general puedan darse cuenta del panorama tan amplio de los metodos quirúrgicos que ponen al alcance en el tratamiento de los pacientes, incluso los que presentan problemas complejos de cara y maxilares.

Se espera que este tema sea valioso no solo para tratar estados patológicos, sino como medida preventiva de muchas anormalidades, durante los tratamientos endodónticos al contemplar su etiología.

REVICION
BIBLIOGRAFICA

Cuando se va a llevar a cabo cirugía bucal en el -
consutorio dental, se debe tener a la disposición cierto
equipo, intrumental y materiales.

El sillón dental, es parte del equipo que se nece-
sita en la cirugía. Sin embargo pueden ser necesarias
algunas modificaciones menores. De preferencia, el si-
llón debería tener una base operable por electricidad,
con pedales para subir, bajar y cambiar la inclinación,
de manera que ni el operador ni su asistente tengan que
usar las manos para manipular palancas y oprimir botones.

Lampara de iluminación para operar con mango que se
puedan quitar para esterilizarse y puedan adquirirse con
facilidad. La luz deberá ponerse en posición cuidadosa-
mente, antes que el dentista proceda con la asepsia, y
deberá comprobarse que el rayo de luz este dirigido en
la dirección que el operador desea.

El soporte y la bandeja de instrumentos, puede ser
de tipo repisa, o usar la bandeja de una unidad dental,
para colocar los instrumentos quirúrgicos. Además, psi-
cológicamente interesa mantener los instrumentos fuera
de la vista del paciente.

Aspiración no deberían llevarse a cabo procedimien-
tos quirúrgicos sin contar con un equipo adecuado de as-
piración. Un eyector de saliva no proporciona la fuerza
de aspiración necesaria en procedimientos quirúrgicos.
La aspiración clasica con motor de pistón es mucho me-
jor.

La asistente deberá disponer de solución salina esterilizada en un recipiente, también esterilizado, con el propósito de mantener limpio el campo operatorio y evitar la acumulación de sangre coagulada o pequeños restos acumulados por la resección del ápice o frgmentos óseos.

Equipo de esterilización es esencial que los ins-
trumentos y material que se van a usar en cirugía estén
absolutamente estériles. Hervir en agua y sumergir en
solución "esterilizadoras" frías no destruyen todos los
microorganismos. Entre los métodos completamente efica-
ces es por medio de autoclave, por gas (con bióxido de
etileno), y la que se realiza a altas temperaturas con
calor seco. El calor seco no se recomienda para los ins-
trumentos soldados.

La cavidad bucal es una área sumamente difícil de
tener una asepsia adecuada, sin embargo se puede reali-
zar una profilaxis de los dientes por medio de la desca-
mación de cálculos y placa que albergan bacterias, pre-
vio al procedimiento quirúrgico. Inmediatamente antes
de la operación, el paciente deberá enjuagarse con una
solución antiséptica.

Afortunadamente para el paciente y para el dentis-
ta, la cavidad bucal tiene un rico abastecimiento san-
guíneo y cierta resistencia a la infección. Esto permí-
te que los procedimientos quirúrgicos se realicen sin
el temor de que haya tan graves consecuencias. Sin em-
bargo, esta afortunada circunstancia no debería ser to-
mada como una excusa para descuidar la técnica de asepsia.
(14)

CURETAJE PERIAPICAL

Es la eliminación de una lesión periapical (por lo general una osteofibrosis o un quiste radiculodentario) o por una sustancia extraña llevada iatrogenicamente a esta región complementada por el raspado de las paredes óseas y el cemento del diente responsable. (fig.)

INDICACIONES

- 1.- cuando después de un lapso de 6 a 12 meses no se ha iniciado la reparación periapical, en los dientes que han sido tratados con endodóncia correcta y poseían lesiones apicales (ostiofibroma o quiste).
- 2.- cuando después de la conductoterapia, persiste un trayecto fistuloso o se reactiva un foco periapical.
- 3.- por causas iatrogénicas: sobre obturación que produce molestias o es mal tolerada, paso de material de cura al espacio periapical (conos de papel, torundas de algodón, etc.) y otras situaciones semejantes.
- 4.- cuando el ápice está bien obturado y el paciente se queja de dolor o sensibilidad periapical con una zona patológica.
- 5.- cuando la terapia endodóncia ha fracasado por segunda ocasión.
- 6.- en raíces cortas o enanas, donde esta la contraindicación de una apicectomía.
- 7.- para eliminar cuerpos extraños de los tejidos periapicales, que esten causando malestar.

CONTRAINDICACIONES

- 1.- Estructuras anatómicas que pueden quedar comprometidas por la cirugía, se debe escoger entre modificar o contraindicar la intervención quirúrgica.
- 2.- Cuando existe una afección periodontal avanzada.
- 3.- La deficiente salud general del paciente, que comprometa la pronta recuperación de la cirugía.
- 4.- Ante la presencia de infecciones agudas.
- 5.- Mujeres embarazadas, en tanto que sean posibles, deberán ser tratadas durante el segundo trimestre del embarazo.

INSTRUMENTAL

- 1.- jeringa carpule, cartucho de anestesia, aguja larga o corta desechable.
- 2.- espejo bucal No. 4, pinzas de curación.
- 3.- exploradores (sondas) de ángulo recto No. 6; forma de hoz No. 54; Briaul No. 11.
- 4.- bisturi, hojas para él mismo No. 15.
- 5.- periostotomo
- 6.- espátula de cera No. 7.
- 7.- Un separador Senn
- 8.- Cincel de mano Buckley No. 2 para hueso.
- 9.- Una legra.
- 10.- Curetas (tres quirúrgicas y una periodontal)
- 11.- dos fresas redondas No.5 y 4; cuatro fresas de fisisura No. 558 ó 702 y dos No. 557 y 701.
- 12.- Un porta agujas de 12 cm., aguja curva semicircu-

lar de Lane No.3 enhebrada con unos 45 cm, de seda quirúrgica negra No. 000 o de sutura atraumática No. X43A.

- 13.- pinzas hemostáticas (curvas y restas)
- 14.- jeringa para irrigar, un aspirador y gasa estéril o rollos de algodón.
- 15.- Solución salina esteril
- 16.- Vasos dappen con agua oxigenada y alcohol (para limpiar los instrumentos).
- 17.- un par de tijeras para sutura.
- 18.- Cera para hueso W 810.
- 19.- pieza de mano de alta velocidad, cambiador de fresas, pieza de mano mini-contra-ángulo.
- 20.- Limas (para ayudar a localizar el ápice), regla milimétrica.

TECNICA

Anestesia local infiltrativa o por conducción se procede hacer la incisión curva semilunar en forma de U abierta, pero sin que la concavidad llegue a menos de 4mm del borde gingival. También puede hacerse la incisión de doble vertical o de Neuman, especialmente cuando la patología abarca varios dientes o quistes muy grandes.

Se levanta el tejido mucoperiostio con el periostótomo. Se realiza la trepanación ó Osteotomía tanto con fresa o cincel y martillo, hasta descubrir ampliamente la zona patológica. Frecuentemente, al levantar el colgajo mucoperiostico se observa que ya existe una

ventana o comunicación ósea, provocada durante agudiza-
ciones anteriores. Se elimina completamente el tejido
patológico periapical y raspando minuciosamente el ce-
mento ápical del diente por medio de cucharillas.

Facilitar la formación de un buen coágulo de sangre
que rellene la cavidad residual. Se sutura con hilo de
seda de 000; se retiran los puntos de sutura de 4 a 7
días después de la intervención quirúrgica.

El legrado periapical ha ido descartando, durante
los últimos años, la apicectomía, hasta el punto de que
no se practica ésta sino cuando la eliminación del ápi-
ce radicular es imprescindible para facilitar la vía
quirúrgica de un buen curetaje, hay necesidad de una
obtención de amalgama quirúrgica por vía retrógrada. (15)

APICECTOMIA

Es una intervención quirúrgica que consiste en amputar el ápice (2-3 mm) y curetear los tejidos periapicales adyacentes.

INDICACIONES

- 1.- Ruptura de un instrumento en el tercio apical del conducto, o canal bloqueado por un nódulo.
- 2.- perforación en el tercio apical del conducto.
- 3.- ápice radicular con reabsorción en forma de cráter que indica la destrucción de dentina y cemento apical.
- 4.- conductos aparentemente bien tratados y obturados, pero persiste una ligera periodontitis, probablemente causada por la irritación de las fibras nerviosas de un conducto accesorio.
- 5.- conducto inaccesible con una raíz en forma de bayoneta que presenta una zona de rarefacción.
- 6.- Reabsorción interna o externa que afecta a la raíz.
- 7.- Fractura del ápice radicular con mortificación pulpar.

CONTRAINDICACIONES

- 1.- Cuando la remoción del ápice radicular y el curetaje dejan insuficiente soporte alveolar para el diente.
- 2.- En enfermedades periodontales con gran movilidad dentaria (clase III) que no puedan tratarse es-

tabilizando el diente.

- 3.- En abscesos periodontales.
- 4.- Ante la presencia de infección aguda.
- 5.- Las condiciones anatómicas, proximidad del nervio dentario inferior y del paquete vascular, etc.
- 6.- En enfermedades generales, como diabetes activa, sífilis, tuberculosis, nefritis, anemia, sida, por razones de salud del paciente que no ofrecen garantía para la intervención quirúrgica.
- 7.- Cuando el operador care de la practica necesaria.
- 8.- Mujeres embarazadas, en tanto que sea posible, de-bera ser tratada durante el segundo trimestre del embarazo.
- 9.- Pacientes extremadamente nerviosos y emotivos, y pacientes con hipertiroidismo. Debido a la falta de cooperación, estos pacientes pueden necesitar anestesia general.

INSTRUMENTAL

- 1.- jeringa carpule, cartuchos de anestesia, aguja lar-ga y corta desechable.
- 2.- espejo bucal No.4, pinzas de curación.
- 3.- exploradores (sondas) de ángulorecto No.6; forma de hoz No.54; Briault No.11.
- 4.- bisturi, hojas para el mismo No.15.
- 5.- Periostotomo.
- 6.- espatula de cera No.7.
- 7.- Un separador Senn.
- 9.- Cincel de mano Buckley No.2 para hueso.

- 10.- Una legra.
- 11.- Curetas (tres quirúrgicas y una periodontal)
- 12.- dos fresas redondas No.-5 y 4; cuatro fresas de fisura No. 558 ó 702 y dos 557 y 701.
- 13.- Un porta agujas de 12 cm., aguja curva semicircular de Lane No.3 enhebrada con 45 cm. de cada quirúrgica negra No. 000 ó de sutura atraumática No. X43A.
- 14.- pinzas hemostaticas (curvas y rectas).
- 15.- jeringa para irrigar, un aspirador y gasa esteril o rollos de algodón.
- 16.- solución salina esterilizada
- 17.- Vasos dappen con agua oxigenada y alcohol (para limpiar los instrumentos).
- 18.- Un par de tijeras para sutura.
- 19.- Cera para hueso W810.
- 20.- pieza de mano de alta velocidad, cambiador de fresas, pieza de mano de baja mini-contra-ángulo.
- 21.- Limas (para ayudar a localizar el ápice), regla milimétrica.
- 22.- amalgama de plata sin zinc.

TECNICA

Una vez que se tiene el instrumental adecuado y en orden se anestesia, dependiendo del diente a tratar, se pondran puntos locales de refuerzo.

Se hace una incisión semilunar directamente hasta el hueso con un bisturí a 3 ó 4 mm. del borde libre de la encía se efectúa con limpieza, bien definida, debe-

ra tener extensión suficiente para procurar tener una buena visión de la zona por intervenir y prolongarse hasta los dientes adyacentes de ambos lados. Si el frenillo obstaculizara, deberá seguir su contorno sin cortar sus inserciones. Esto puede conseguirse haciendo una incisión en forma de "V" abierta que contornee el frenillo para trazar luego la incisión semilunar.

Con una legra ó periostotomo se separa la fibromucosa del hueso. El instrumento deberá estar bien afilado para desprender el periostio del hueso, pues de lo contrario podría mutilarlo al ejercer presión.

El colgajo deberá contener el periostio. Se levanta el colgajo y se sostiene con un separador Senn. Durante la retracción deberá evitarse que el borde se enrosque hacia el hueso.

Si el hueso que recubre el ápice radicular estuviese necrosado o existiese una fístula, la tabla labial ósea se encontrará perforada pudiéndose localizar una entrada que llevará sin dificultad al ápice radicular. Sin embargo en general, es necesario abrir una ventana para exponer el ápice radicular. Esto puede hacerse con una fresa No.5, tallando dos aberturas en el hueso, una mesial y otra distal, aproximadamente en la unión del tercio medio con el tercio apical de la raíz.

Se remueve la tabla externa con un cincel para hueso y se expone el ápice radicular y el tejido de granulación adyacente o el quiste. Si la tabla labial

estudiese perforada, se omitirán los puntos de partida y se removerá con una fresa de fisura la cantidad de hueso necesario hasta exponer la entrada radicular.

La ventana ósea no deberá extenderse demasiado hacia la corona del diente, a fin de dejar suficiente superficie o tabla de hueso para que sirva de soporte al colgajo.

La comprobación histológica señala que la resección ósea a alta velocidad, sin enfriamiento con agua, es un procedimiento seguro. Grossman prefiere el empleo del enfriador de agua al operar con alta velocidad. No obstante en la Facultad de Odontología de la UNAM, este procedimiento se efectúa con baja velocidad y solución esteril como agente refrigerante. (16)

En general el corte se hace a 2 ó 3 mm del ápice la altura dependerá de la cantidad de hueso destruido. El ápice debiera seccionarse con cuidado para no lesionar el periodonto o los dientes adyacentes, una vez amputado y removido, se curetea el hueso con suavidad y cuidado, pero en toda su extensión. Debe removerse todo el tejido de granulación o quístico y el hueso necrosado.

Se regulariza después el extremo de la raíz y se irriga con solución salina estéril o con solución anestésica. Este es un paso importante de la técnica pues así se eliminan los pequeños fragmentos de hueso, tejido necrotico o patológico, además se limpia de sangre, facilitando la inspección de la herida.

En lugar de secar con gasas, es preferible absorber la sangre con un aparato de succión, tal como un aspirador con motor de pistón es mucho mejor, algunas veces pueden desprenderse y quedarse en la herida h los de la gasa los que demoran la reparación.

Una vez irrigada la herida, se la debe curetear para estimular la hemorragia ya que un coágulo sanguíneo normal es el mejor apósito para una herida.

Se coloca una porción de esponja de gelatina del tamaño aproximado al de la herida, se adapta el colgajo y se sutura. La sutura se hace con una aguja semicircular Lane No.-3 ó 4; hilo quirúrgico No. 000.

Si la apicectomía se realiza en un solo diente, generalmente se requiere de tres a cuatro suturas o puntos; si la incisión fuera grande se necesitarán más.

Una vez efectuada la intervención, se toma una radiografía postoperatoria para compararla con los futuros controles radiográficos. La radiografía operatoria por lo general muestra una obturación radicular ligeramente más corta que la superficie seccionada de la raíz, debido al nivel de la resección y al paralaje.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

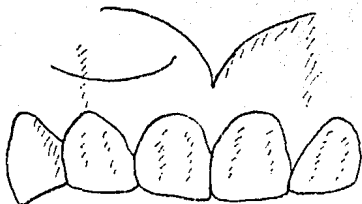
Después de una intervención quirúrgica como es la apicectomía y el curetaje periapical, cabe esperar un dolor moderado, sin embargo su intensidad es variable.

Las indicaciones al paciente serán dadas verbalmente y por escrito.

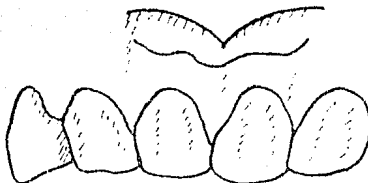
- 1.- Debe indicársele que se aplique una bolsa de hielo en la zona durante 20 minutos cada hora el primer día y cada dos horas durante el segundo día.
- 2.- No debe tracción o levantar el labio para observar la intervención, pues las suturas podrían desprenderse.
- 3.- No comer alimentos duros normalmente deberán tomar una dieta líquida o semilíquida el primer día, que será complementada por compuestos polivitamínicos.
- 4.- No cepillarse la zona intervenida, se recomendará el uso de enjuagues con solución salina después de las comidas.
- 5.- En caso de presentarse equimosis se prescribe compresas calientes y frías alternadas una vez que ha remitido la mayor parte de la tumefacción.
- 6.- Si bien se presentan algunas molestias rara vez son dolores agudos.
- 7.- Se recetarán analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos.
- 8.- La sutura deberán quitarse de 4 a 7 días después.
- 9.- Control radiográfico periódicamente. (17)

CURETAJE PERIAPICAL

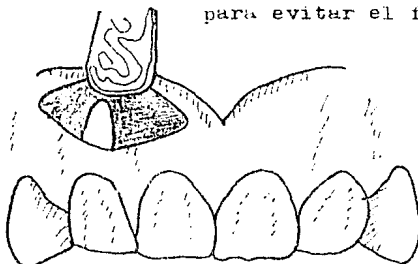
P A S O S



Incisión semilunar labial.

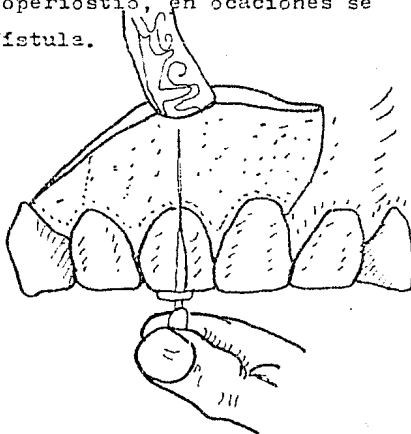


Incisión semilunar modificada para evitar el frenillo.



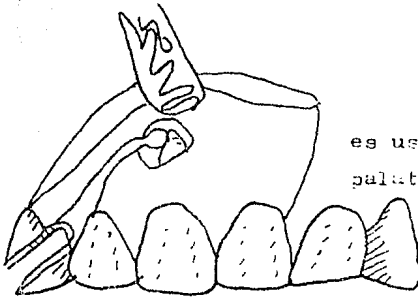
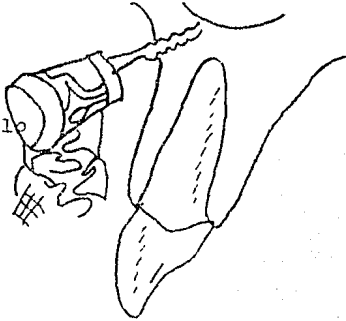
Se levanta el tejido mucoperiostio, en ocasiones se observa ya la raíz, por la fistula.

Una lima previamente medida, ayuda a localizar el ápice.



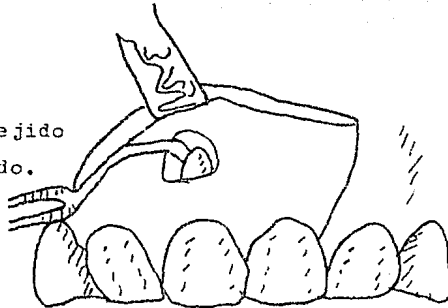
CURETAGE PERIAPICAL

Osteotomía
con fresa o
cincel y martillo



Usando una cureta periodontal
es usada para raspar la superficie
palatina de la raíz y otras zonas

Se remueve todo el tejido
patológico con cuidado.

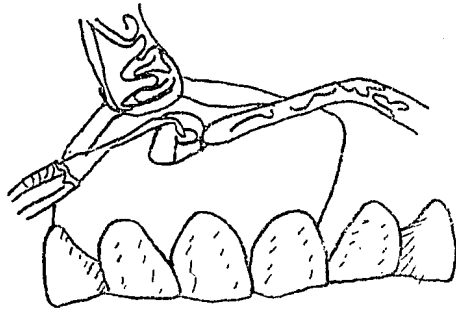


CURETAJE PERIAPICAL

En ocasiones es necesario una obturación de amalgama de plata sin zinc. por via retrograda.

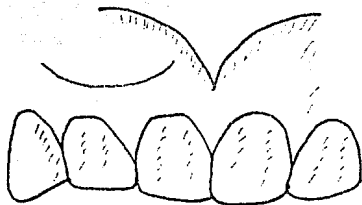


Obturación por via retrograda

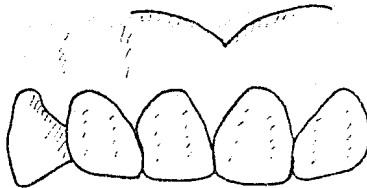


CURETAJE PERIAPICAL

TERMINACION DE LA OPERACION



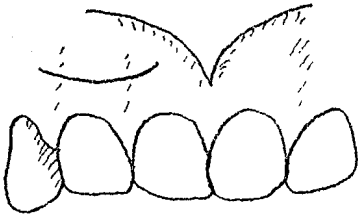
Sutura de la intervención
de 3 a 4 puntos.



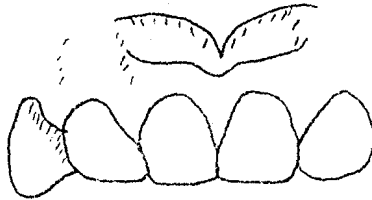
Completa reparación

APICECTOMIA

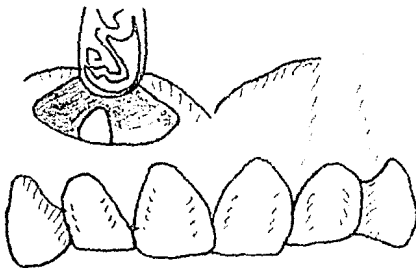
P A S O S



Incisión semilunar labial.

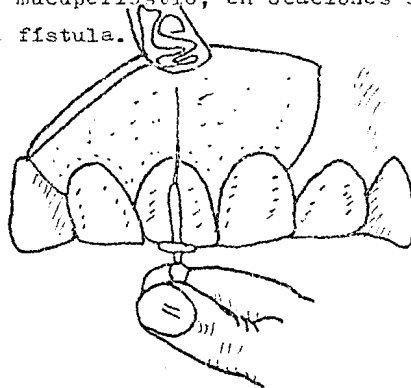


Incisión semilunar modificada para evitar el frenillo.

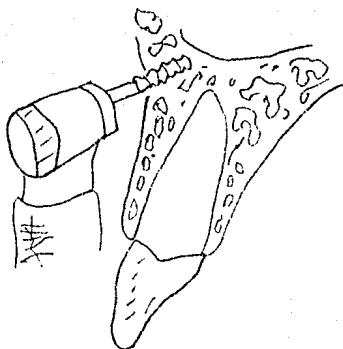


Se levanta el tejido mucoperiosteico, en ocasiones se observa la raíz, por la fistula.

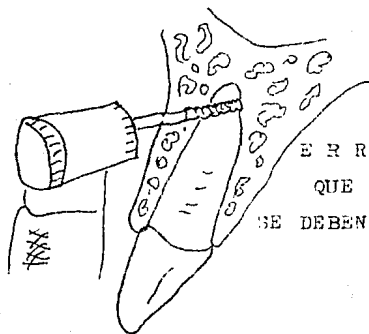
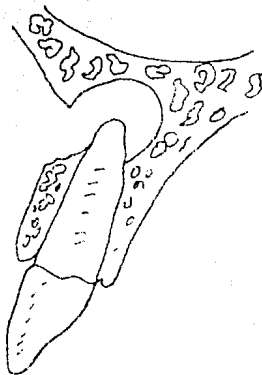
Una lima previamente medida, ayuda a localizar el ápica.



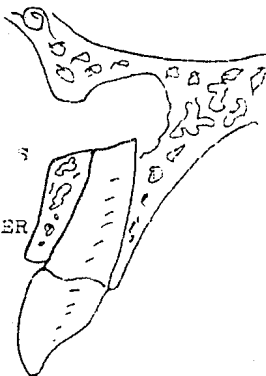
APICECTOMIA



Osteotomía con
fresa o cincel y martillo.



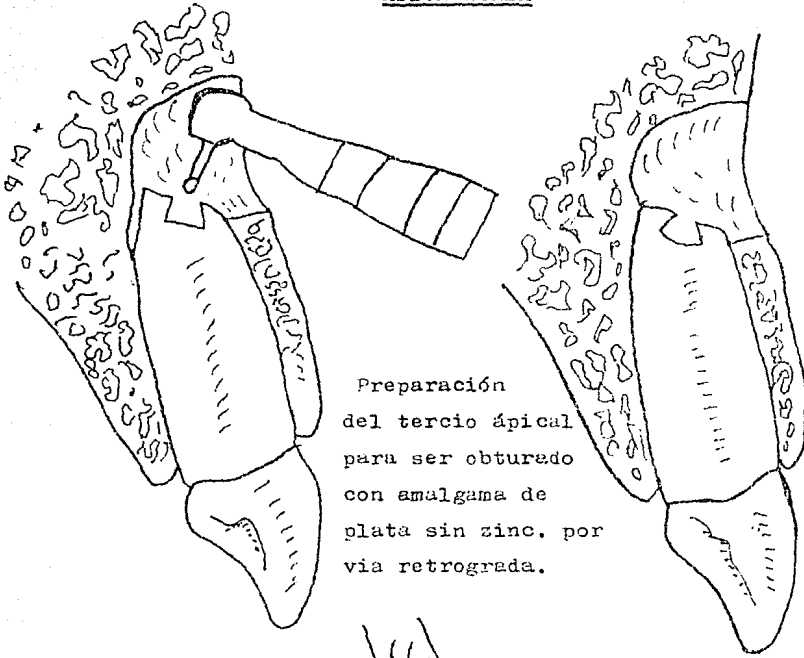
ERRORES
QUE NO
SE DEBEN COMETER



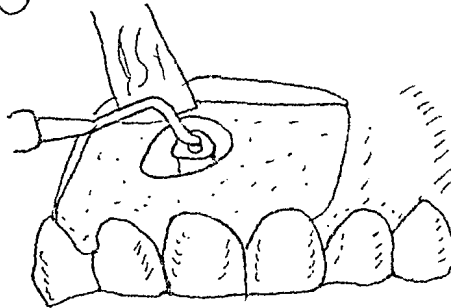
Resección del tercio apical (2-3 mm)
con fresa de fisura o con la ayuda del rayo laser.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

APICECTOMIA



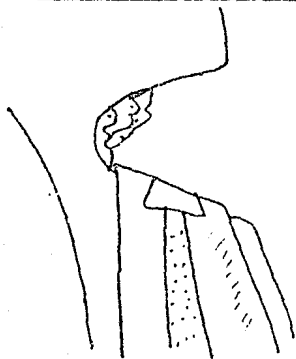
Preparación
del tercio apical
para ser obturado
con amalgama de
plata sin zinc. por
via retrograda.



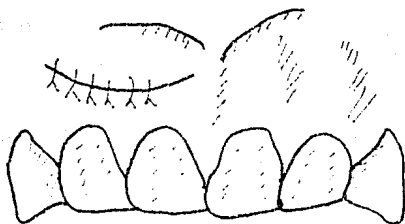
Obturación por via retrograda con amalgama de plata
sin zinc.

APICECTOMIA

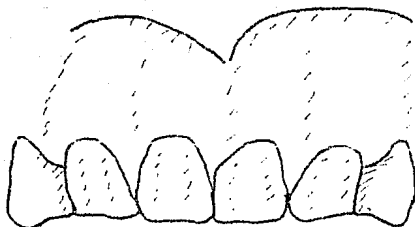
TERMINACION DE LA OPERACION



Obturación terminada



Sutura de la intervención
de 3 a 4 puntos.



Completa reparación

COMENTARIO

El dentista de práctica general debe realizar las intervenciones quirúrgicas con conocimiento y practica suficiente.

Todo procedimiento quirúrgico deberá llevarse con una técnica e instrumental adecuado y con asepsia, se obtendran resultados favorables.

La cavidad bucal es una área con infinidad de microorganismos, bacterias, placa dentobacteriana y depósitos de cálculos, sin embargo, puede realizarse una profilaxis. El uso de sustancias antisépticas disminuirán algunos microorganismos; algunos se aplican con una gasa esteril en la zona por intervenir (tintura de metafén incolora) otros son enjuagues bucales.

La apicectomía y curetaje periapical son dos técnicas quirúrgicas empleadas en la endodóncia para reparar lesiones patológicas periapicales de los dientes involucrados con el fin de mantenerlos en los maxilares por tiempo indefinido en condiciones no patológicas. Y así tener una función masticatoria y estética adecuada.

CONCLUSIONES

Al termino de este trabajo podemos concluir que el curetaje periapical es el procedimiento quirúrgico de primera elección quedando como segunda elección la apicectomía.

Solo se realizara apicectomía en casos sumamente -
necesarios, donde se comprometa el tercio apical.

- 1.- Ruptura de un instrumento en el tercio apical, o -
canal bloqueado por un nódulo pulpar.
- 2.- Perforación en el tercio apical del conducto.
- 3.- Cuando se encuentre inaccesible un conducto con una
raíz en forma de bayoneta.

Los dientes más indicados para la apicectomía y
el curetaje periapical son los uniradiculares (anterio-
res superiores e inferiores). Se podran intervenir los
posteriores (superiores e inferiores) siempre cundo
sus raices no pongan en peligro zonas anatomicas impor-
tantes;

- 1.- Seno del maxilar
- 2.- Piso de las fosas nasales
- 3.- Agujero mentoniano
- 4.- Conducto dentario inferior

RESUMEN

Actualmente se emplean varias técnicas para realizar una apicectomía y curetaje periapical que difieren sólo en detalles.

Unos prefieren obtener el conducto inmediatamente antes de la operación, mientras que otros lo obturan durante la intervención misma, una vez expuesto y removido el ápice; hay quienes prefieren un tipo de colgajo y quienes prefieren otro; Unos eliminan la tabla ósea con cincel, otros emplean la fresa. Hay quienes se ayudan con el aparato de rayos laser. (18)

Este aparato es empleado como herramienta quirúrgica hace algunas décadas hasta nuestros días, debido a sus ventajas.

Por su densidad específica de poder de destellos de luz infrarroja imbibibles, tiene gran aplicación como: (fig.)

- 1.- Esterilizar la zona quirúrgica.
- 2.- Inhibe la hemostasis.
- 3.- Reduce el dolor postoperatorio.
- 4.- Disminuye en gran medida el grado de contaminación del sitio quirúrgico

Cualquiera sea la técnica empleada, si se realiza con conocimiento y habilidad e instrumental adecuado en perfectas condiciones y seleccionado el caso cuidadosamente, la intervención quirúrgica dara buenos resultados.

R E F E R E N C I A S

- 1.- Costich R.E., White P.R., Cirugia Bucal, 1a. ed., México, D.F., Ed. Interamericana, S.A. de C.V. 1974, pag. 1-79
- 2.- Frank L.A., Simon H.S.M., Glick H.D., Endodóncia Clínica y Quirúrgica, 1a. ed., Barcelona España, Ed. Labor, S.A., 1986, pag.91-128.
- 3.- Grossman I.L., Practica Endodóntica, 3a. ed., Buenos Aires, Ed. Mundi, S.A.I.C. y F., 1973, pag. 318-344.
- 4.- Harty F.J., Endodóncia en la práctica clínica, 2a. ed., México, D.F., Ed. El manual moderno, S.A. de C.V., 1984, pag. 210-227.
- 5.- Iasala A., Endodóncia, 3a. ed., Barcelona (España), Ed. Salvat editores, S.A., 1979, pag.445-460.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Lasala A; Endodoncia, 3a. ed., Barcelona (España); Ed. Salvat Editores, S.A.; 1979; Vol. pag. 445-446
- 2.- Frank L, A, Simon S, J, H, Rass, M; Endodoncia clínica y quirúrgica, 1a. ed. España Barcelona; Ed. Editorial Labor, S.A., 1986, pag. 91-92.
- 3.- Grossman I, L, Practica Endodóntica, 3a. ed., Buenos Aires, Ed. Editorail Mundi S.A.I.C. y F., 1973, pag. 318
- 4.- Harty F, J; Endodoncia en la práctica clínica, 2a, ed, México, D.F., Ed. El manual Moderno, S.A. de C.V., 1984, pag. 210.
- 5.- Grossman I, L, Practica Endodóntica, 3a. ed., Buenos Aires, Ed. Mundi S.A.I.C. y F., 1973, pag. 318
- 6.- Lasala A.; Endodoncia, 3a. ed. Barcelona (España), Ed. Salvat, S.A., 1979, pag. 445.
- 7.- Grossman I, L, Practica Endodóntica, 3a. ed. Buenos Aires, Ed. Mundi S.A.I.C. y F., 1973, pag. 318.
- 8.- Lasala A., Endodóncia, 3a. ed. Barcelona (España), Ed. Salvat, S.A., 1979, pag. 457.
- 9.- Maisto A, O., Endodóncia, 3a. ed. Buenos Aires, Ed. Mundi S.A., 1978, pag. 379.
- 10.- Lasala A., Endodóncia, 3a. ed. Barcelona (España), Ed. Salvat, S.A., 1979, pag. 446.
- 11.- Frank L, A, Simon S, J, H. Endodoncia clínica y quirúrgica, 1a. ed. Barcelona España, Ed. Labor S.A., 1986 pag. 100.

- 12.- Grossman I,L, Practica Endodóntica, 3a. ed. Buenos Aires, Ed. Mundi S.A.I.C. y F., 1973, pag.450.
- 13.- Lasala A., Endodoncia, 3a. ed. Barcelona (España),Ed. Salvat, S.A., 1979, pag. 450.
- 14.- Costich E,R, White,JR, Raymond P., Cirugia Bucal, 1 la. ed. México, D.F., Ed. Interamericana, S.A. de C.V., 1974, pag. 22-62.
- 15.- Lasala A., Endodoncia, 3a. ed. Barcelona (España),Ed. Salvat, S.A., 1979, pag. 450-456.
- 16.- C.D. Santiago Martinez Chavez,DR. de la Facultad de Odontologia,(COMUNICACION PERSONAL).
- 17.- Grossman I,L, Practica Endodóntica, 3a. ed. Buenos Aires, Ed. Mundi S.A.I.C. y F., 1973, pag. 318-344.
- 18.- (Oral Surg Oral Fed Oral Pathol 1988; 66; 15-9)
oral Surg. Noviembre, 1988.