



124
24

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**APICECTOMIA EN DIENTES
ANTERIORES SUPERIORES**

T E S I S

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

ROSARIO

GARCIA

JIMENEZ

MEXICO, D. F. 1980

FALLA DE ORIGEN





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 .

INTRODUCCION	1
--------------------	---

MARCO TEORICO

Definiciones	2
Historia	2
Causas	3
Cuadro Clínico	3
Tratamiento	4
Tratamiento Radicular	5

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Indicaciones de la Apicectomía	6
Contraindicaciones de la Apicectomía	6
Examen Radiográfico Preoperatorio	7
Anestesia	8
Instrumental	10
Diseño del Colgajo	11

MOVIMIENTOS QUIRURGICOS

I. Incisión	15
II. Levantamiento del Colgajo	16
III. Ostectomía	17
IV. Amputación del Apice Radicular	18
V. Raspado del Proceso Periapical	19
VI. Sutura	21

CONCLUSIONES	24
--------------------	----

BIBLIOGRAFIA	26
--------------------	----

I N T R O D U C C I O N .

Cuando un diente queda desvitalizado debido a un trauma o caries de 4º grado, la cavidad pulpar y los conductos radicares se llenan de tejido pulpar necrótico. Este tejido en degeneración, con o sin bacterias, produce una irritación periapical a través del foramen apical; el organismo intenta combatir esta irritación con la reacción inflamatoria. Si el responsable de la infección es un microorganismo virulento, el proceso es generalmente agudo, pero si no lo es o si la irritación es producida por toxinas de la pulpa necrótica, el proceso suele ser crónico. Este proceso al llegar a hueso, - posteriormente lo llega a destruir por la formación de un - absceso periapical que, como su nombre lo indica, se encontrará alrededor del ápice del diente. Esta irritación apical también es conocida como foco apical.

El tratamiento quirúrgico de los focos apicales es un tema - que ha interesado a los cirujanos bucales de todos los países, y una operación que debe ser de uso común del práctico general. Y para llevarla a cabo con éxito, se requiere del - cumplimiento de una serie de detalles quirúrgicos de gran importancia, sin los cuales el tratamiento no alcanza el fin - que la intervención se propone.

En esta operación es fundamental el cuidado del "detalle" , tanto o más, quizá, que en otras intervenciones de Cirugía - Bucal, entendiéndose por esto, que me refiero a la minuciosidad de la operación y al conocimiento de etapas bien regladas que, junto con la habilidad del operador, lo llevarán al éxito quirúrgico.

M A R C O T E O R I C O .

DEFINICIONES.

El Dr. Ries Centeno dice: "Se entiende por Apicectomía, la - resección quirúrgica, por vía transmaxilar, de un foco periapical y del ápice dentario".

Mientras que el Dr. Harold Gerstein define a la Apicectomía como la eliminación de una parte del extremo radicular. Esta definición es la más aceptada por la mayoría de los odontólogos.

Por otra parte, el Dr. Harold especifica que "curetaje" es - la extracción de tejido patológico en torno de la raíz.

HISTORIA.

El tratamiento endodóntico quirúrgico no es una innovación reciente, porque ya en la antigüedad se hacían procedimientos de fistulización y de incisión y drenaje. Las amputaciones de raíces se describieron por Black e Inlitch (1886), por - Younger (1894), y por Guerini (1909).

Con el correr de los años se describieron muchos criterios arbitrarios para la intervención quirúrgica: tamaño de la lesión, cantidad de estructura radicular incluida en la lesión, edad de la lesión, probabilidad de un quiste, formación incompleta del ápice, erosión del extremo de la raíz, ausencia de cultivos bacteriológicos negativos, reabsorción interna y dilaceración; según los autores, criterios que en la actualidad ya no son válidos si no se hace un intento inicial de terapia endodóntica de rutina.

CAUSAS.

Los motivos que llevan a un Cirujano Dentista a realizar una apicectomía son:

1. Infecciones Periapicales Crónicas:
 - a) Absceso Alveolar Crónico,
 - b) Granuloma,
 - c) Quiste Periapical.
2. Pulpa Necrótica e Inflamación Periapical debida a Traumatismo y Fractura Radicular.
3. Fracasos en dientes con Tratamiento Endodóntico.
4. Procesos Periapicales en las siguientes condiciones:
 - a) En dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el ápice radicular,
 - b) En dientes que presenten falsos conductos,
 - c) En dientes en cuyos conductos se ha fracturado y alojado un instrumento de endodoncia,
 - d) En dientes portadores de pivotes, jackets u otras obturaciones que imposibilitan la remoción de ellas para efectuar un nuevo tratamiento radicular.

CUADRO CLINICO.

En realidad, muchos casos son por completo asintomáticos. Por lo regular no existe perforación de hueso suprayacente y de la mucosa bucal con formación de un trayecto fistuloso a menos que la lesión sufra una irritación aguda.

Sin embargo, cuando una inflamación periapical aguda permanece sin ser tratada, se destruye hueso esponjoso y comienza a

acumularse un exudado ácido y purulento; sigue desmineralizándose el hueso y empeora el estado del paciente.

La primera prueba de que la infección se ha diseminado más allá de los límites de la pulpa dental, puede ser una sensibilidad notable del diente afectado a la percusión o dolor leve que aparece cuando se muerden o se mastican alimentos sólidos. En algunos casos el diente se siente ligeramente agrandado en su alvéolo y de hecho puede estarlo. La sensibilidad se debe a la hiperemia, el edema y la inflamación del ligamento periodontal apical. El paciente puede presentar dolor moderado a intenso, también es probable que presente fiebre, escalofríos y náuseas.

TRATAMIENTO.

Una vez que la afección patológica periapical crónica (absceso alveolar, granuloma o quiste), sufre irritación aguda, el tratamiento local requiere las siguientes consideraciones adicionales:

1. Si es un diente inútil, el mejor y más sencillo tratamiento será extraerlo.
2. Si el diente es útil, la meta principal deberá ser conservarlo. Por lo que el tratamiento deberá consistir en abrir la cámara pulpar y eliminar la mayor parte del contenido de los conductos para obtener drenaje. Pero si el drenaje por esta vía es inadecuado, puede ser necesario realizar una incisión para drenaje además de la terapéutica con antibiótico.

Cuando la irritación haya cedido, se deberá llevar a cabo tratamiento de conducto radicular. Si se produce curación rá

pidamente después de terapéutica endodóntica sola, el raspado periapical será innecesario. Pero si el área no puede volverse a examinar radiográficamente en un periodo de tres a seis meses, es más sensato realizar el raspado periapical en el momento en que se obture el conducto radicular para asegurarse de haber eliminado todo el tejido quístico.

TRATAMIENTO RADICULAR.

El tratamiento radicular es un punto fundamental para obtener éxito en la apicectomía.

Lo primero es ensanchar el conducto radicular y esterilizarlo debidamente. El ensanchamiento del conducto se realiza por medios mecánicos con limas endodónticas y, por medios químicos con ácido fenolsulfónico, neutralizado con bicarbonato de sodio. Se lava con agua oxigenada al 10%.

La esterilización se puede obtener irrigando con hipoclorito de sodio al 3% el conducto, o bien, con alcohol al 70%. Después se seca con puntas de papel, este es un detalle importante, ya que de no quedar perfectamente seco, el material de obturación no se adosará a las paredes del conducto y no se cumplirán los postulados de la obturación hermética.

El resultado brillante de la obturación no depende del método mismo, sino de su correcta ejecución. Para ello, el material que se prefiere en la actualidad es la gutapercha con un sellador (óxido de zinc y eugenol), ésta, cuya longitud y diámetro se habrá verificado inmediatamente después de haber ensanchado el conducto, se introduce con fuerza.

Para la condensación se utilizan técnicas de compresión lateral y/o vertical.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

INDICACIONES DE LA APICECTOMIA.

La apicectomía está indicada, en dientes con procesos periapicales, en las siguientes circunstancias:

1. Cuando ha fracasado el tratamiento radicular,
2. En dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el ápice radicular,
3. Cuando se presentan falsos conductos o conductos adyacentes a nivel apical,
4. Cuando se ha fracturado y alojado un instrumento de endodoncia en el conducto radicular,
5. En procesos patológicos agudos alrededor del ápice.

La eliminación quirúrgica del ápice puede realizarse en todos los dientes y, en los dientes con procesos periapicales de cualquier índole y magnitud.

En los dientes portadores de grandes quistes paradentarios, la amputación del ápice es una maniobra secundaria con la cual se completa la operación, permitiendo conservar en la arcada un diente que, estética y funcionalmente, tiene valor porque puede ser la base de una restauración.

CONTRAINDICACIONES DE LA APICECTOMIA.

Las contraindicaciones para la apicectomía son:

1. Procesos con Infección Severa.- Al parecer, la congestión impide la anemia necesaria para que la sangre no moleste

el acto operatorio; la anestesia local, en estos casos, - es siempre insuficiente.

2. Dientes portadores de procesos apicales, que han destruido el hueso hasta las proximidades de la mitad de su raíz.
3. Infecciones parodontales avanzadas, con destrucción ósea hasta su tercio radicular o, las lesiones parodontales y apicales combinadas.
4. Destrucción masiva de la porción radicular.
5. Proximidad peligrosa con el seno maxilar.
6. En los casos en los que el estado general del paciente no es adecuado para la intervención.

EXAMEN RADIOGRAFICO PREOPERATORIO.

En el examen radiográfico preoperatorio, deben observarse - una serie de puntos de suma importancia:

1. El Proceso Periapical.- Deben considerarse clase y extensión del proceso, las relaciones con las fosas nasales, - con los dientes vecinos y con los conductos u orificios - óseos. Se debe realizar con precisión el diagnóstico del proceso periapical, para saber de antemano la clase de lesión que encontraremos después de perforar el hueso.

La extensión del proceso es de gran importancia, ya que - por ejemplo, un granuloma puede estar ubicado solamente - sobre el diente a tratar o extenderse sobre el ápice de - dientes vecinos. Esta relación del proceso con los dientes vecinos, puede observarse radiográficamente al igual que la ubicación de los ápices colaterales, cosa que se tomará en cuenta en el acto quirúrgico para no lesionar el pa

quete vasculonervioso correspondiente.

Así mismo, el conducto palatino anterior puede ser interpretado por un elemento patológico. La proyección de los rayos ubica al conducto sobre un ápice radicular; una radiografía tomada desde otro ángulo, salva el error.

2. El Estado de la Raíz.- El diente puede estar atacado por caries que ha destruido grandes porciones de la raíz o, ésta puede hallarse enormemente ensanchada en sus conductos, por tratamientos previos, que dan a la raíz una gran fragilidad.
3. Estado del Parodonto.- Resorción del hueso por parodontitis.

ANESTESIA.

Para realizar con éxito la apicectomía, la anestesia juega un papel primordial. Según el Dr. Ries Centeno, un alto porcentaje de fracasos es causado por anestésias insuficientes que no permiten realizar con cuidado los pasos de la operación.

La anestesia tiene que reunir dos condiciones:

1. Debe ser anestesia, y
2. Ha de dar la suficiente isquemia del campo operatorio como para poder realizar una operación "en blanco". Esto se consigue usando soluciones anestésicas con adrenalina, tales como epinefrina, norepinefrina, nervodefrina.

Movimientos para anestésiar los dientes anteriores en el maxilar superior:

1. Se infiltra suprapariéticamente con anestesia una región

de 4 cm de diámetro aproximadamente: se introduce la aguja a nivel del surco vestibular, paralela al hueso y cerca de un centímetro por encima del surco, es entonces, - donde depositaremos el líquido anestésico. Esta maniobra se repite en tres o cuatro puntos diferentes, tratando de abarcar toda la zona necesaria. Figura 1.

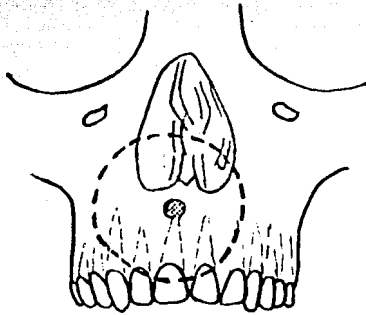


Fig. 1 Anestesia para efectuar la apicectomía de los incisivos superiores. Se realiza una infiltración que mida por lo menos 4 cm de diámetro.

Además, si se requiere, se puede infiltrar una pequeña - cantidad de anestesia en el lado opuesto para inhibir las ramas nerviosas que de él provienen.

2. Se debe inyectar también anestésico en el lado palatino, frente al ápice del diente a tratar, ya que la sensibilidad de la pared posterior de la cavidad ósea no desaparece, si no está anestesiado el paladar.

Recomendaciones Para Anestésiar.-

1. Salvo si existen contraindicaciones médicas, conviene emplear una solución anestésica que contenga vasoconstrictor

para reducir el sangrado y mejorar la visibilidad.

2. Hay que tener en cuenta que es muy frecuente la ineficacia del anestésico en áreas localizadas de infección porque:
- a) la solución anestésica se diluye rápidamente,
 - b) hay tendencia a inyectar cantidades mínimas,
 - c) se absorbe más rápido por la inflamación, y
 - d) la diferencia del pH entre la solución anestésica y el material purulento impide la hidrólisis de la sal y evita la liberación de las bases de alcaloides libres.

Por eso, no se recomienda intentar anestésiar una zona de inflamación localizada con anestesia por infiltración aplicada directamente en el área inflamada.

INSTRUMENTAL.

El instrumental que se recomienda para la apicectomía es el siguiente:

- Espejo,
- pinzas para algodón,
- curetas,
- jeringa para anestésiar y aguja corta,
- cartuchos extras de anestesia,
- bisturí y hoja para bisturí,
- legra,
- separador de colgajos,
- jeringa hipodérmica,
- fresas de carburo,
- sutura 3-0,
- porta agujas,
- tijeras curvas,
- gasas.

Recomendaciones sobre el instrumental.-

A continuación mencionaré algunas sugerencias que siempre hay que tener en cuenta para operar.

1. Todos los instrumentos deben ser estériles y todos los cortantes deben estar bien afilados.
2. Deben usarse hojas de bisturí nuevas y desechables.
3. En cuanto a fresas, son mejores las de carburo para penetración en el hueso y preparar la raíz, utilizando para ello, una combinación de fisura y redonda. Deben esterilizarse con cualquier técnica adecuada.
4. Todo cirujano debe tener instrumentos y elementos de repuesto o adicionales de acuerdo con sus deseos y técnicas individuales.

DISEÑO DEL COLGAJO.

Después de que un caso fue seleccionado cuidadosamente para apicectomía, deberá centrarse la atención en el diseño del colgajo. Deberán evaluarse las siguientes situaciones:

1. Cantidad de dientes involucrados,
2. Longitud y forma de la raíz involucrada,
3. Presencia o ausencia de patología periapical,
4. Extensión de la lesión periapical,
5. Profundidad del surco,
6. Ubicación y tamaño del frenillo y de las fijaciones musculares,
7. Estructuras anatómicas próximas,
8. Espesor del hueso en el sitio de la cirugía,
9. Altura y profundidad del vestíbulo,

10. Acceso necesario,

11. Tipo de restauraciones en el área quirúrgica.

Una vez evaluadas estas condiciones, el cirujano bucal deberá diseñar un colgajo que cumpla con sus objetivos.

Los diseños de colgajos que más se utilizan son:

1. Semilunar
2. Luebke-Ochsenbein
3. Triangular
4. Trapezoidal

COLGAJO SEMILUNAR O CURVADO. La incisión comienza 1 mm por encima del surco mucoso vestibular en la mandíbula o por debajo del surco en el caso del maxilar superior y sigue con una forma de media luna con su convexidad hacia la encía. La mayor parte de la incisión se hará en la encía adherida y por lo menos a 3 mm del surco gingival, hacia apical. Fig. 2

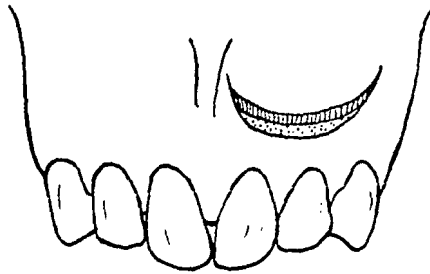


Fig. 2 El colgajo semilunar es una incisión curvada.

COLGAJO SUBMARGINAL. Fue propuesto por Luebke-Ochsenbein. Es una modificación del diseño de media luna. Se hace una incisión vertical a cada lado del sitio quirúrgico, éstas se une con una incisión horizontal festoneada en la encía a 3 mm de

la profundidad del surco. La incisión vertical y horizontal deben unirse en ángulo obtuso para asegurar que su base sea mayor que su borde libre y así obtener una mejor irrigación del colgajo. Figura 3.

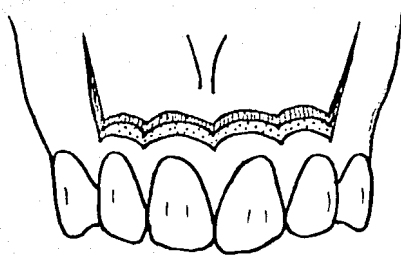


Fig. 3 El colgajo de Luebke-Ochsenbein se prepara con una incisión semilunar modificada, festoneada.

COLGAJO TRIANGULAR (Intrasurco). Una incisión vertical única se une en ángulo obtuso con una incisión horizontal gingival. La incisión gingival se hace en el surco gingival y libera el tejido radicular así como toda la papila. La incisión vertical angulada se hace en el espacio entre las prominencias de las raíces y se extiende desde la cresta gingival hasta el surco mucovestibular. Figura 4.

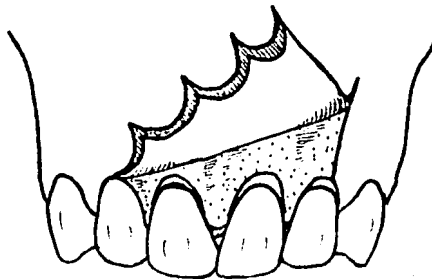


Fig. 4 Colgajo triangular.

COLGAJO TRAPEZOIDAL. Este diseño comprende una incisión horizontal que conecta dos incisiones verticales liberadoras. Como los ángulos que se formen en la unión de las incisiones - deben ser obtusos, el aspecto geométrico que presenta este - colgajo es el de un trapecoide. Fig. 5.

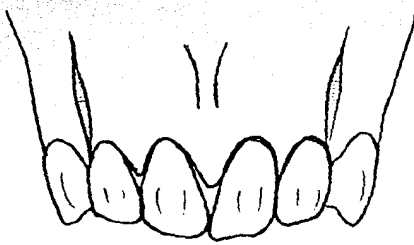


Fig. 5 Colgajo Trapezoidal.

MOVIMIENTOS QUIRURGICOS.

I. INCISION.

La incisión es el primer paso para tener acceso a hueso cortical.

Una de las incisiones más utilizadas para la apicectomía y que ofrece buenos resultados es la semilunar o de Wassmund. Figura 6.



Fig. 6 Incisión precorizada por Wassmund.

Se realiza de la siguiente manera: se comienza la incisión a nivel del surco vestibular y desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, llevando profundamente la hoja del bisturí hasta el hueso, para seccionar mucosa y periostio. La incisión desciende hasta medio centímetro del borde gingival y desde ahí, evitando hacer ángulo agudo, corre paralela a la arcada dentaria y se remonta nuevamente hasta el surco vestibular, terminando a nivel del ápice del diente vecino del otro lado.

La incisión trapezoidal o de Neumann, también se utiliza en apicectomías con bastante éxito, con excepción de dientes portadores de jackets. Figura 7.

Se realiza desde el surco gingival hasta el borde libre, -

festoneando los cuellos de los dientes y seccionando las -
lenguetas gingivales. Las incisiones verticales deben termi-
nar en los espacios interdentarios. La cicatrización es más
perfecta y no deja huellas.

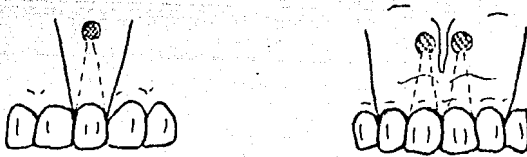


Fig. 7 Incisión de Neumann o trapezoidal.

II. LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO.

Una vez realizada la incisión, se separa la mucosa y el --
periostio subyacentes con una espátula o con un periostotomo
con la superficie cóncava hacia el hueso; el borde filoso se
inserta entre los bordes de la incisión hasta que toque el -
hueso. Utilizando una fuerza firme hacia apical y moviéndose
a lo largo de la línea de incisión, se levanta el colgajo de
la tabla cortical. La elevación continuará apicalmente hasta
que quede hueso sano expuesto sobre toda la lesión. Fig. 8

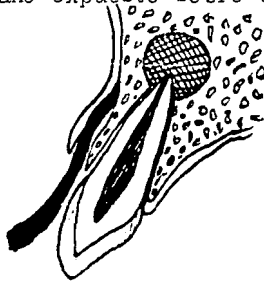


Fig. 8 El levantamiento del colgajo debe continuar
hasta que toda la lesión quede descubierta y -
pueda notarse hueso sano a todo su alrededor.

La retracción o separación del colgajo, cuyo objetivo es -- sostener los tejidos gingivales alejados para mantener el -- acceso a la lesión y mejorar la visibilidad de toda el área quirúrgica, se realiza con un separador de tejidos, no impor -- tando mucho qué tipo se use, mientras se apoye en el hueso y no lesione los tejidos.

III. OSTECTOMIA.

El propósito de la cirugía apical es el descubrir el ápice -- de un diente enfermo. Cuando el proceso de resorción de la inflamación desmineraliza el hueso, frecuentemente brinda -- ese acceso; el hueso está destruido y nada más sencillo que agrandar la cavidad con fresa redonda o con gubia.

Sin embargo, la mayoría de los casos requiere la perforación a través de la tabla cortical, lo más recomendable es la -- utilización de fresas redondas grandes de carburo a alta velocidad porque es menos traumática, con la cual se hacen -- pequeñas perforaciones en círculo con el ápice como centro de la circunferencia, luego con un golpe de gubia, se levanta la tapa ósea y entramos de lleno al proceso. Figura 9.

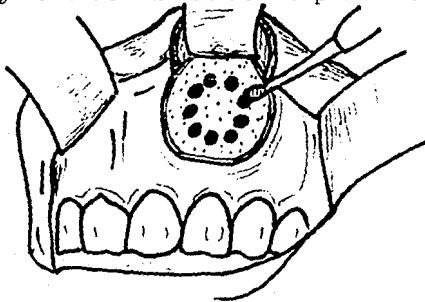


Fig. 9 Osteotomía realizada con pequeñas perforaciones alrededor de la lesión.

O bien, únicamente con la fresa redonda, se realiza el cavado

quitando todo el proceso patológico y dándole la forma adecuada para la apicectomía.

Quando la cortical ósea está intacta, es un gran problema la determinación de dónde hacer la entrada en el hueso. El conocimiento anticipado de la longitud radicular del diente enfermo, la medición en radiografías y el conocimiento de las longitudes promedio de los dientes ayudará a determinar la altura vertical, pero las concavidades y convexidades del hueso a menudo pueden dirigirnos hacia un error, por lo que a veces esto no es suficiente.

El método más confiable comprende la colocación de un trozo estéril de lámina de plomo de la que vienen en las radiografías, u otro material radioopaco, en un pequeño orificio -- hecho con la fresa donde se cree que se encuentra el ápice. Una vez radiografiado, la lámina orientará al operador hacia el ápice.

IV. AMPUTACION DEL APICE RADICULAR.

Estando hecha la ostectomía, la sección radicular la hacemos antes del raspado periapical, porque la raíz dificulta esta maniobra. Por lo general, el corte de la raíz, dicen algunos autores, debe hacerse a nivel del hueso sano, pero desde luego, no debe ser más de un tercio de la raíz.

Efectuamos la sección de la raíz con fresa de fisura y se dirige el corte con un relativo bisel. La fresa debe introducirse en la cavidad a la profundidad necesaria, para que este instrumento seccione en su totalidad el ápice y no sólo la parte anterior.

Seccionada la raíz, la atención se dirige al muñon radicular.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

El cual, no debe actuar como cuerpo irritante, por lo tanto, hay que pulirlo y las aristas biselarlas con fresa redonda.

Figura 10.



Fig. 10 Cuando se retira el ápice de una raíz debe quedar una superficie biselada.

V. RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL.

Si la proximidad de las fosas nasales es mínima, si la infección ha hecho una gran destrucción ósea o si aún no se ha retirado todo el proceso patológico, se procede al raspado del proceso periapical, que como ya lo indiqué anteriormente, se realiza después de la amputación del ápice para una mejor ejecución.

Para ello, se usan cucharillas medianas y bien filosas. Las cucharillas chicas pueden perforar el piso de los órganos vecinos.

Con pequeños movimientos elevamos de la cavidad ósea el tejido enfermo. Figura 11

En primer lugar, realizamos una rápida limpieza de la cavidad y luego nos detenemos en los puntos en que pueden quedar tejidos de granulación o trozos de membranas. Varios son estos lugares, cuya búsqueda debe hacerse minuciosamente, ayudándonos, si es posible, con una lupa para encontrarlos mejor:

- Porción retrorradicular,
- espacio entre la raíz del diente en tratamiento y la de los vecinos,
- la zona adherida a la fibromucosa palatina, en el caso de haber desaparecido el hueso a este nivel.

Para estas regiones se emplean cucharillas pequeñas, las que maniobradas con movimientos enérgicos y mucho cuidado, eliminan los trozos de tejido patológico.

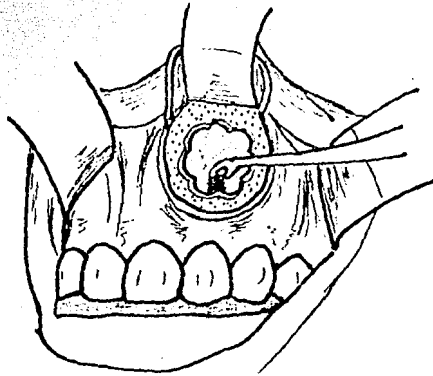


Fig. 11 Después de la amputación del ápice, es necesario realizar un raspado del área para asegurarnos de quitar todo el proceso patológico y dejar así sólo tejido sano.

Cuando el espacio entre las raíces es muy pequeño, se puede hacer la limpieza con fresa redonda chica.

Posteriormente, se lava la cavidad ósea con una solución salina o con suero fisiológico, por medio de una jeringa hipodérmica. El líquido arrastra las partículas óseas, dentarias y de tejido de granulación.

Por otra parte, el curetaje, como también se le conoce al raspado del proceso, tiene otro objetivo: la biopsia. Para

ello, se recomienda la enucleación de toda la lesión intacta en una sola pieza para que el anatomopatólogo tenga mejor oportunidad para establecer un diagnóstico preciso. Lo anterior se puede lograr enfrentando la cureta con su superficie cóncava hacia el hueso y va separando el tejido enfermo por clivaje, retirándolo luego de la cavidad. Muchas veces el tejido está adherido a la raíz tan tenazmente que resiste todo intento de retirarlo. Con una fresa de fisura se corta el extremo apical de la raíz, los últimos 2 ó 3 mm y así se podrá retirar el tejido y el segmento de la raíz como una unidad.

Aunque el 90% de las lesiones serán granulomas periodontales o quistes, existen otras posibilidades más serias. En consecuencia, los tejidos que son eliminados merecen ser diagnosticados.

Una vez lavada la cavidad, se seca con gasa cuidadosamente y se procede a suturar.

VI. SUTURA.

Llegamos así al último tiempo operatorio que es la sutura del colgajo. Recordando la afirmación del Dr. Ries Centeno: "la sutura primaria representa la más grande conquista, pues gracias a ella, la evolución de la herida es rápida, el tratamiento posoperatorio nulo y la cicatrización de la herida perfecta", lo que nos indica lo indispensable que es la correcta realización de ella.

La sutura se ejecuta con pequeñas agujas atraumáticas, las que manejamos ayudados por el portaagujas.

Como material de sutura empleamos hilo o seda, dando buenos

resultados el nylon.

Antes de realizar la sutura se debe tener precaución de raspar ligeramente el fondo y los bordes de la cavidad, para que se llene de sangre, así el coágulo formado, es el material que organizará la neoformación ósea.

Toda sutura comienza con la inserción de la aguja a través de la cara superficial del tejido libre, antes de entrar a la superficie interna del tejido adherido. Figura 12.

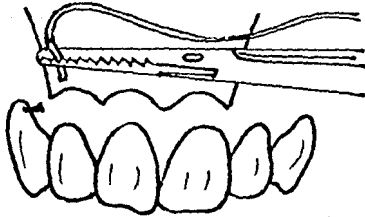


Fig. 12 Todas las suturas deben comenzar insertando la aguja por la superficie externa del colgajo, para entrar luego por la superficie interna del tejido adherido.

Para minimizar los desgarramientos, la aguja debe insertarse por lo menos a 2 mm a cada lado de la línea de incisión; el espacio entre las suturas no excederá los 2 ó 3 mm.

Para suturar podemos elegir cualquiera de las siguientes técnicas:

- interrumpida,
- continua de colchonero,
- continua con punto atrás. Figura 13.

Todos estos puntos tienen sus ventajas y desventajas y su elección es materia de experiencia y preferencia. Sin embargo,

cabe mencionar que la sutura interrumpida es la más simple - de todas y la más empleada; se usa cuando la posición de los tejidos no es crítica, cuando se requiere igual tensión a - ambos lados de la incisión o cuando una incisión separada - requiere ser ligada al periostio subyacente.

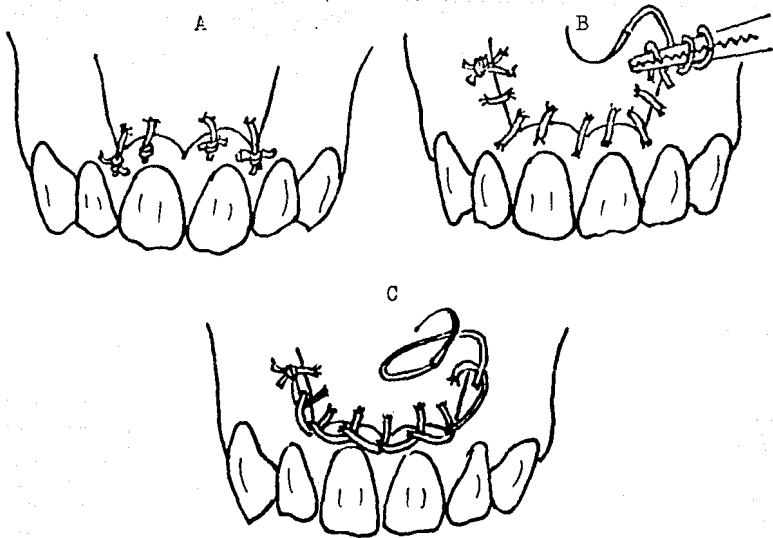


Fig. 13 Tres técnicas de sutura: A interrumpida, B continua de colchonero y C continua en cadena.

La eliminación aséptica de la sutura requiere de un espejo, tijeras puntiagudas, pinzas de algodón, torundas de algodón para la aplicación de antiséptico y anestesia tópica y gasas plegadas para el secado. Realizándose ésta, a la semana del tratamiento quirúrgico.

Antes y después de retirar las suturas, es conveniente limpiar el área con un desinfectante.

CONCLUSIONES.

En las técnicas para la limpieza, modelación y relleno de los conductos radiculares, existen situaciones en las que los sistemas de medicación radicular no son suficientes para eliminar una irritación aguda o un proceso patológico. En estos casos, el abordaje quirúrgico es la única alternativa razonable con respecto a la extracción. Subrayando que este procedimiento quirúrgico debe considerarse simplemente como una alternativa de tratamiento más y no como un procedimiento endodóntico radical.

La restaurabilidad y el pronóstico periodontal de una pieza dental son importantes para decidir un tratamiento; no obstante, el estado general del paciente es fundamental.

Debido a que el acceso quirúrgico requiere obviamente la incisión de tejidos blandos y la eliminación de hueso, el paciente debe ser capaz física y mentalmente de soportar el procedimiento, y lo suficientemente sano como para permitir la curación sin problemas. Por eso una historia médica integral deberá ser registrada, revisada y discutida con el paciente para determinar si existe algún riesgo potencial para su salud.

Además de haber revisado las condiciones fisiológicas, anatómicas y funcionales de la cavidad oral y del paciente en general, es esencial que el operador requiera de cierto grado de conocimientos, destreza y confianza para que la cirugía resulte exitosa.

Pero si el dentista se siente incómodo por tener que realizar

determinado tratamiento quirúrgico, debe mejor mandar el caso a un especialista, beneficiando al paciente y a él mismo.

Por último, cuando el tratamiento no quirúrgico es imposible o no puede resolver un problema de conductos o periapical, la hábil aplicación de sólidos conocimientos y principios quirúrgicos ofrece muchas y diversas ventajas. Lo que llevará al cirujano dentista a decidir con un criterio propio y bien fundamentado a dar una solución adecuada a cualquier caso odontológico, obteniendo como resultado un tratamiento brillante.

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

"Tratado de Cirugía Bucal"

Autor: Gustav O. Kruger

Edit. Interamericana

4a. Edición México 1987

"Cirugía Bucal"

Patología, Clínica y Terapéutica

Autor: Guillermo A. Ries Centeno

Edit. El Ateneo

Buenos Aires 1987

"Cirugía Bucal y Maxilofacial"

Autor: Daniel M. Laskin

Edit. Panamericana

Buenos Aires 1987

"Endodoncia"

Los Caminos de la Pulpa

Autores: Stephen Cohen y Richard C. Burns

Edit. Panamericana

4a. Edición México 1988