
Facultad de Odontología



"APICEPTOMIA"

T E S I S

Que para obtener el título de :

CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a :

ESMERALDA AVILES PALACIOS

México, D. F.

1978



13536



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A MI MADRE:

SRA. ROSALIA PALACIOS A.

Con respeto y agradecimiento por
haberme legado la mejor herencia.

A MIS HERMANOS :

REYNA AVILES PALACIOS Y
JORGE AVILES PALACIOS.

Con mucho cariño y gratitud.

A MIGUEL BORJA GARCIA.

Por muchas cosas y el agradecimien
to que se merece.

A MI FAMILIA

Cariñosamente

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

Con gran afecto

Agradezco muy afectuosamente al

C. D. DAVID RODRIGUEZ DEL ROSAL

Su atinada Dirección para la reali
zación del presente trabajo.

A MI FACULTAD DE

ODONTOLOGIA

APICEPTOMIA.

CONTENIDO:

- I. DEFINICION Y GENERALIDADES
- II. ANATOMIA TOPOGRAFICA.
- III. INDICACIONES
- IV. PREOPERATORIO:
 - a) Historia clínica.
 - b) Examen radiográfico.
 - c) Exámenes de laboratorio.
- V. INSTRUMENTAL Y MATERIAL
- VI. ANESTESIA.
- VII. TECNICA QUIRURGICA.
 - a) Tipos de incisión
 - b) Desprendimiento del colgajo
 - c) Osteotomía
 - d) Amputación del ápice radicular
 - e) Curetaje periapical y tratamiento de la cavidad
 - f) Sutura de la cavidad
 - g) Aquinesia (liberación oclusal del diente apiceptomizado)
- VIII. OBTURACION RETROGRADA (Indicaciones, técnica)

IX. APICEPTOMIA Y ENDODONCIA

X. POSTOPERATORIO

a) Indicaciones postoperatorios

b) Accidentes y complicaciones

XI. CONCLUSIONES

XII. BIBLIOGRAFIA.

I. DEFINICION Y GENERALIDADES

Se entiende por apiceptomía a la resección ó amputación -- (corte) quirúrgica, por vía transmaxilar, de los focos periapicales y -- del ápice dentario.

Para llevar a cabo con éxito el tratamiento quirúrgico de -- los focos apicales, se requiere de una serie de detalles y cumplimientos quirúrgicos de interés, que sin la aplicación de los mismos, el trata -- miento no sería perfecto.

Es importante también señalar que la apiceptomía solo de -- be efectuarse en dientes anteriores, es decir, incisivos centrales, inci -- sivos laterales, caninos y en algunas ocasiones en premolares, pero -- nunca en molares.

Durante la ejecución de la apiceptomía se debe tomar en -- cuenta el cuidado del detalle, que es fundamental.

La minuciosidad de la operación, la observancia de peque --

fias consideraciones quirúrgicas y de la habilidad del operador, que en -
otras operaciones puede no tener importancia, en el tratamiento de los -
focos apicales no está permitida. Por ello, Rios Centeno la ha llamado,
la "operación de los mil detalles".

II. ANATOMIA TOPOGRAFICA.

La Cirugía Bucal se realiza en la cavidad bucal y en las regiones que le corresponden: Huesos maxilares con sus procesos alveolares y regiones vecinas con las cuales la patología dentaria y periodontaria pueden tener relaciones.

Los huesos maxilares forman el macizo facial, el cual está formado también por varios huesos:

El maxilar inferior, hueso impar medio y simétrico relacionado con el cráneo por intermedio de la articulación temporo-mandibular: cóndilo del maxilar inferior y cavidad glenoidea, del temporal; la mandíbula superior consta de trece huesos, éstos son: además del maxilar superior, el vómer, el unguis, los palatinos, los cornetes inferiores, los huesos propios de la nariz y el malar; los cinco últimos y el maxilar superior son huesos pares.

Lo que corresponde a la anatomía topográfica en relación con la apiceptomía se debe tomar en cuenta, los arcos alveolares; los -

cuales contienen los alveolos dentarios. Estos alveolos y los dientes — que a su vez contienen, se ponen en relación anatómica con los órganos — vecinos que son: seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina, éstos — correspondientes al maxilar superior y el conducto dentario correspon — diente al maxilar inferior.

El conocimiento de estas relaciones nos explicará la mar — cha, desarrollo y evolución del proceso infeccioso o tumoral.

Raras veces durante la apiceptomía debe tocarse la muscu — latura del maxilar superior ó del inferior. Las inserciones muscula — res las encontraremos generalmente por encima de los ápices.

En los dientes antero — superiores debemos considerar y co — nocer tres inserciones:

- a) Por arriba del incisivo central se encuentra el musculo — mirtiforme.
- b) Sobre el incisivo lateral se encuentra el musculo incisivo del labio superior.
- c) Entre el lateral y el camino encontramos el musculo — transverso de la nariz.

En el maxilar inferior debemos cuidar el musculo buccina — dor, y la incisión debe ser horizontal o paralela al mismo para no lesio

nar sus fibras.

Al intervenir un incisivo superior con una zona de rarefacción amplia, el piso de las fosas nasales puede resultar expuesto durante el curetaje. Otra precaución que debemos tomar en cuenta es el seno maxilar, sobre todo cuando vamos a intervenir un canino superior.

IIL INDICACIONES

La apiceptomía está indicada en procesos periapicales con el siguiente estado :

- 1) Cuando ha fracasado el tratamiento radicular.
- 2) En dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el ápice radicular.
- 3) En dientes que presenten falsos conductos.
- 4) En dientes en cuyos conductos se ha fracturado y alojado un instrumento, tales como limas, ensanchadores, etc.
- 5) En dientes portadores de pivots, Jacket- Crowns y otras obtu-
raciones que imposibiliten la remoción de ellos para reali-
zar un nuevo tratamiento radicular; en este caso deberá rea-
lizarse la apiceptomía y la obturación retrograda del conduc-
to con amalgama.

- 6) Fractura del ápice radicular.
- 7) Marcada sobreobtención del conducto.
- 8) Quistes.

Contraindicaciones

La apiceptomía está contraindicada en los siguientes casos:

- 1) En procesos agudos.
- 2) Dientes portadores de procesos apicales, que han destruido hueso, hasta las proximidades de la mitad de la raíz.
- 3) Parodontosis avanzada, con destrucción ósea hasta su tercio radicular.
- 4) Destrucción masiva de la porción radicular.
- 5) Edad avanzada.
- 6) Proximidad peligrosa con el seno maxilar, agujeros mentoniano, fosas nasales, etc.

IV. PREOPERATORIO.

a) HISTORIA CLINICA.

Estadística Administrativa. Esta comprende el nombre del paciente, su dirección particular y comercial, número telefónico, edad, sexo, estado civil, ocupación.

Todo esto nos va a servir para establecer los antecedentes del paciente e información por la manera de responder y el grado de cooperación.

Motivo de la Consulta. Molestia principal, si siente dolor ó incomodidad, con que frecuencia se presenta.

Todos aquellos datos que el paciente nos refiere del motivo por el cual acude a la consulta.

Antecedentes Patológicos. Los antecedentes patológicos se -- clasifican en familiares y personales:

a) Familiares. Se anotarán las enfermedades sufridas -- por sus familiares; abuelos, padres, hermanos, hijos, etc. Con el objeto de detectar padecimientos hereditarios, o -- bien, de tendencia familiar.

b) Personales. Aquí se anotarán todas las enfermedades sufridas por el paciente, tanto pasadas -- como presentes.

Se debe realizar una serie de preguntas -- que nos lleven a la detección de algún problema patológico, preguntas tales como:

- ¿ Ha estado bajo tratamiento médico prolongado, ó lo está ahora ?
- ¿ Ha tenido que administrarse algún medicamento por mucho tiempo, ó lo hace actualmente ?
- ¿ Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica ?
- ¿ Ha sufrido situaciones desagradables durante la administración de algún fármaco, ó con el uso de anestésicos locales ?
- ¿ Presentó en alguna ocasión problemas hemorrágicos ?

Preguntas como estas y otra serie de preguntas enfocadas a la inspección de otros aparatos y sistemas, nos llevarán a decidir si nuestro paciente puede ser o no intervenido.

Examen extraoral. En el examen extraoral comprende la inspección ó exploración, tomando en cuenta signos vitales como: glándulas salivales, adenopatías, A. T. M., lesiones dermatológicas, simetría facial, etc.

Examen endobucal. Este examen comprende la inspección de los tejidos blandos y duros, incluyendo encías, carrillos, lengua, piso de la boca, paladar, etc.

b) EXAMEN RADIOGRAFICO.

En este examen se debe tomar en cuenta una serie de puntos de interés, en donde se toma una serie de radiografías tales como: periapicales y oclusales básicamente.

Las radiografías nos van a dar la siguiente información:

1. Localización
2. Dimensión (importante la toma de tres radiografías, variando la angulación del rayo, por la confusión que con frecuencia

se presentan en estos procesos).

3. Probable diagnóstico diferencial entre otras variantes, como son los quistes.
4. Vecindad con entidades anatómicas cercanas, agujeros (infraorbitales, mentoniano, nasopalatino, conducto dentario inferior, cavidades nasales, nasomaxilar, etc.)
5. Estado odontológico general (coronario, radicular) de los dientes encontrados y periradiculares.
6. Estado de la raíz.
7. Estado del parodonto.

c) PRUEBA DE LABORATORIO.

A fin de despejar cualquier duda posible, es necesario llevar a cabo el examen de laboratorio rutinario.

Las pruebas que principalmente mandaremos a nuestro paciente serán:

- a) Tiempo de coagulación (Normal 7 a 10 Min.)
- b) Tiempo de sangrado (Normal 1 a 3 Min.)
- c) Biometría hemática como fórmula sanguínea normal señ

haremos la siguiente: Eritrocitos de 4.5 a 5.000,000 x mm³

Leucocitos de 5,000 a 10,000 x mm³

Plaquetas de 250,000 aproximadamente por mm³

Hemoglobina de 15 a 20 gr. x ml.

d) Glucemia (normal de 80 a 120 gramos).

Las pruebas que hemos mencionado, deberán ser realizadas sistemáticamente en cualquier tipo de intervención de cirugía bucal, posponiéndola si los valores no se encuentran normales.

V. INSTRUMENTAL Y MATERIAL.

El instrumental y material quirúrgico en la especialidad de cirugía bucal se le divide en dos partes que son:

L - Instrumental para la sección de tejidos blandos, los cuales se enumeran de la forma siguiente:

- a) Espejo
- b) Jeringa
- c) Exploradores
- d) Bisturí
- e) Hojas para bisturí
- f) Tijeras
- g) Pinzas de dientes de ratón
- h) Legras
- i) Periotótomos
- j) Espátulas romas
- k) Separadores de farabeuf

- l) Pinzas de mosquito
- m) Aguja para sutura
- n) Portaaguja
- o) Hilo para sutura (seda, catgut).

2. - Instrumental para la sección de los tejidos duros :

- a) Escoplos y martillos
- b) Pinzas gubias (Osteotomía de hueso)
- c) Fresas quirúrgicas redondas del número 5 al 8 y de fisura del número 560.
- d) Limas para hueso.
- e) Pinzas para tomar algodón, gasa, etc.
- f) Cucharillas para hueso (Curetas)
- g) Pinzas para extracciones dentarias (Forceps)
- h) Elevadores.
- i) Sondas.

MATERIAL DE RELLENO. Dentro del material mencionaremos los cementos medicados, gelfoam, oxycel, gasas yodoformadas, furacinadas, etc.

VI. ANESTESIA.

La anestesia es de capital importancia para realizar con éxito la apiceptomía. Esta tiene que reunir dos condiciones: En primer término, debe ser anestesia; y en segundo, ha de dar la suficiente isquemia del campo operatorio.

INDICACION DE WASSMUND. Se infiltra anestesia en una región de un diámetro de cuatro cms. Introducimos la aguja a nivel del surco vestibular, paralela al hueso y cerca de un cm., aproximadamente por encima del surco; allí depositamos el líquido anestésico.

La maniobra se realiza en tres ó cuatro puntos diferentes. En las figuras 1, 2, 3, y 4 están esquematizadas las técnicas para la anestesia en este tipo de operaciones.

INDICACIONES PARTICULARES.

- a) Maxilar superior. - Anestesia para los incisivos, se realiza la infiltrativa, complementándose con anestesia en el paladar.

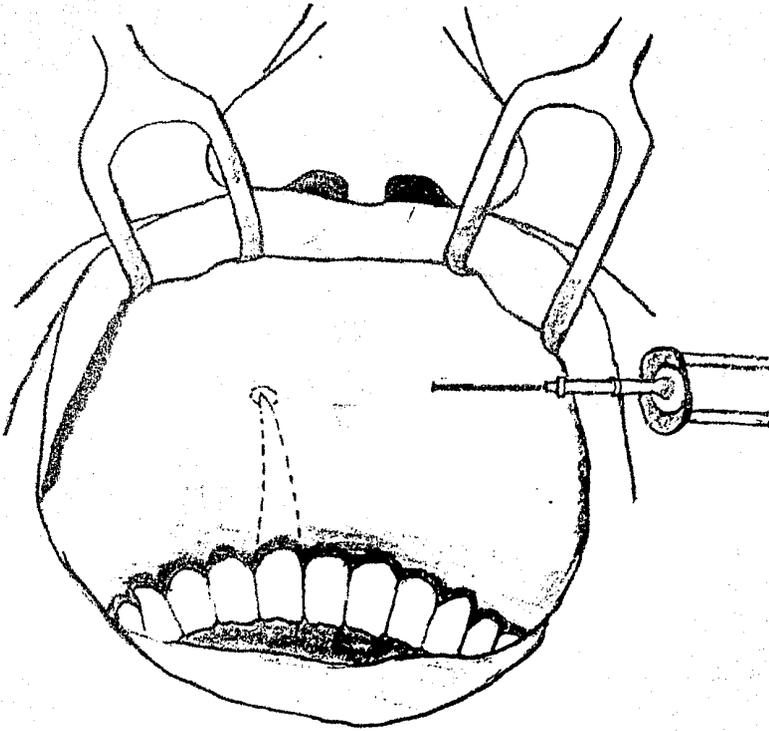


FIG. 1

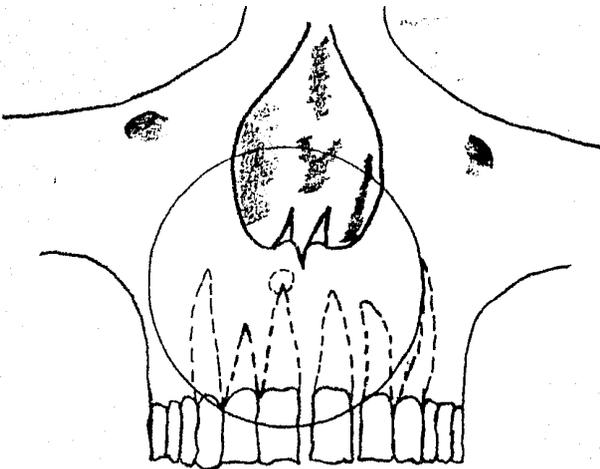


FIG. 2

- b) Anestesia para los caninos. Se utiliza la anestesia infraorbitaria ó infiltrativa complementándose con anestesia en la bóveda.
- c) Anestesia para los premolares. Se utiliza la anestesia infiltrativa alta y de la bóveda.
- d) Maxilar inferior. Anestesia para los incisivos, se realiza la -- anestesia del agujero mentoniano ó infiltrativa; en el caso de realizarse varias apiceptomías ó procesos óseos extendidos, se debe proceder a realizar la anestesia regional en uno ó ambos lados. Nunca usar anestesia por el lado lingual ya que siempre es peligrosa.
- e) Anestesia para los caninos y premolares. Se utiliza la anestesia troncular y en ocasiones complementamos con anestesia en agujero mentoniano.

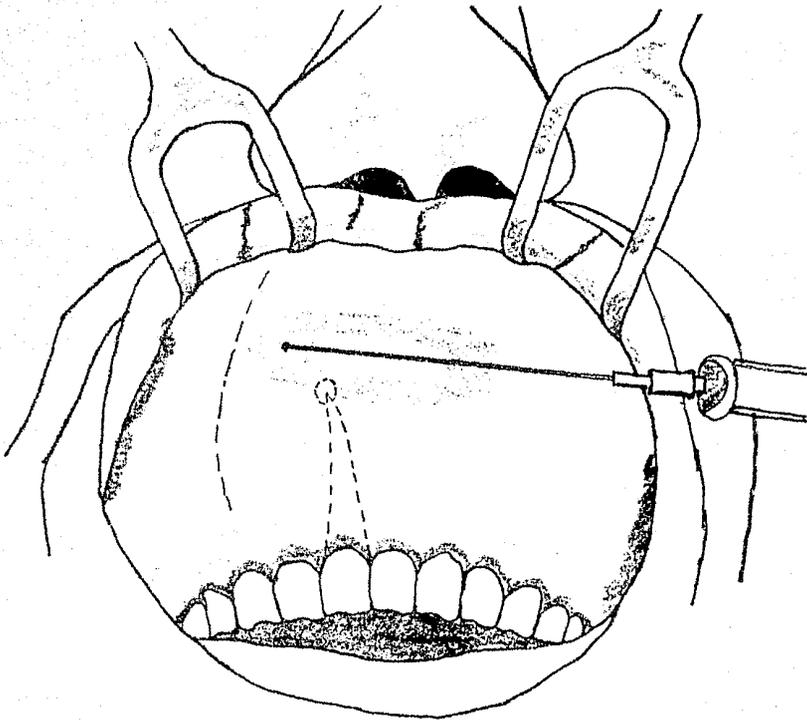


FIG. 3

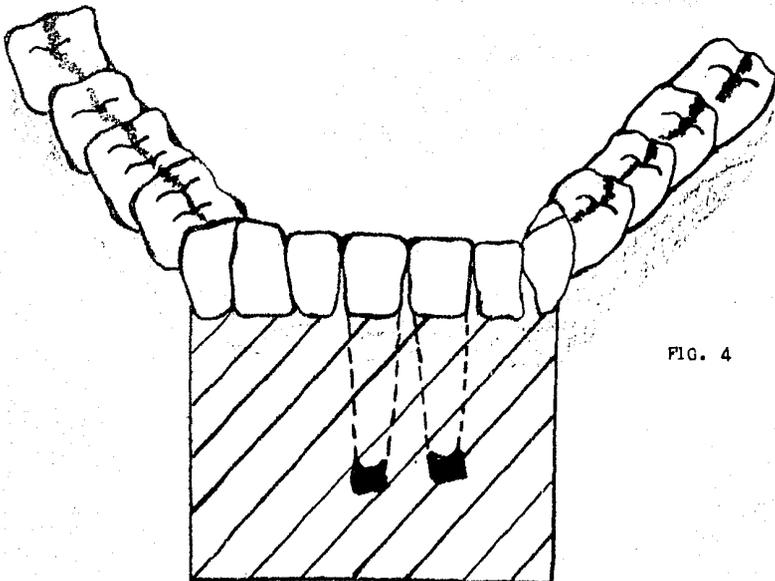


FIG. 4

VII. TECNICA QUIRURGICA.

- a) La incisión se define como la maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objetivo de la intervención.

INCISION DE WASSMUND. Esta incisión se realiza con bisturí de hoja corta, se inicia a nivel del surco vestibular y desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, llevando profundamente este instrumento hasta el hueso, para seccionar mucosa y periotio. En las figuras 5 y 6 están esquematizadas la técnica de este tipo de incisión.

Esta incisión se realiza con éxito en las apiceptomías de los dientes del maxilar superior. Reúne todos los requisitos que para la incisión precognizan los maestros de cirugía bucal: fácil ejecución, amplia visión del campo operatorio: quedar lo suficientemente alejada de la brecha ósea para que los bordes de la herida no sean traumatizados, debe abarcar mucha cosa y periotio.

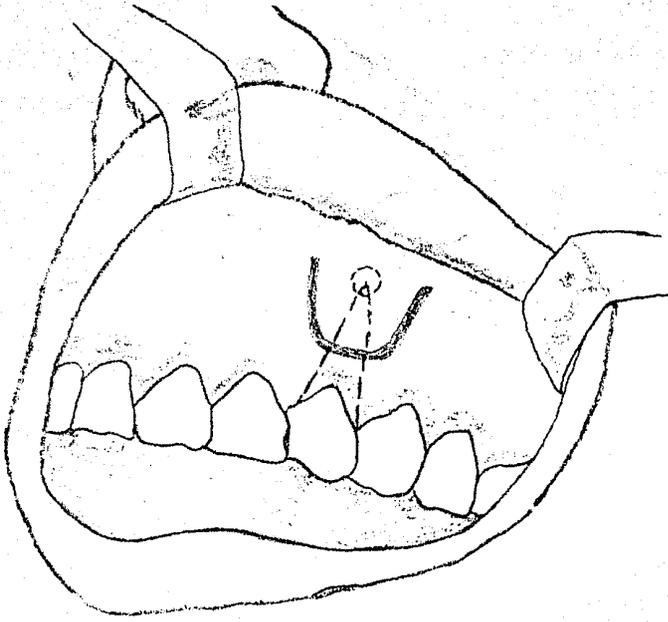


FIG. 5

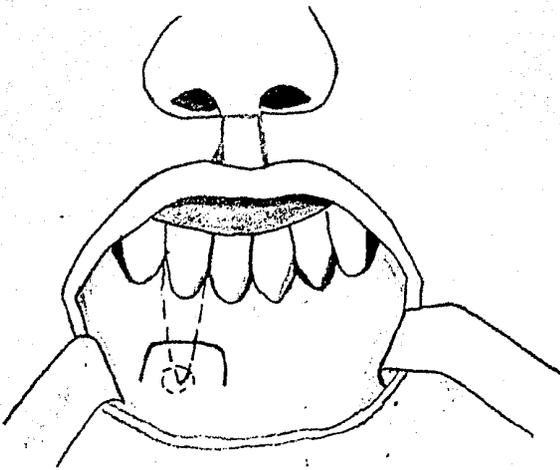


FIG. 6

INCISION DE ELKAN-NEUMAUN. A esta incisión se le considera de --
elección porque se realiza en casi todos los casos a excepción de las -
apiceptomías en dientes portadores de jacket-crowns.

La incisión se realiza desde el surco gingival hasta el borde libre, fes-
toneando los cuellos de los dientes y seccionando las lengüetas gingiva-
les, las incisiones gingivales deben terminar en los espacios interdenta-
rios como se esquematiza en la Figura # 8.

INCISION DE PARTSCH. Esta incisión reúne los mismos fines que las-
anteriores, es la semi lunar muy utilizada también como lo muestra la
Figura # 7.

APICEPTOMIA PROPIAMENTE DICHA.

a) **DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.** Una vez realizada la incisión
se procede a levantar el colgajo. Este desprendimiento se realiza
con una legra, ó periotótomó separando la mucosa y el periotio sub-
yacente.

El sostenimiento del colgajo es de gran importancia; pues el colga-
jo no debe interponerse en la visión del campo operatorio pues si -
es lesionado tardará más la cicatrización.

b) **OSTEOTOMIA.** Es la parte de la operación que consiste en abrir
el hueso. La operación se realiza con escoplos, pinzas gubias o -
fresas.

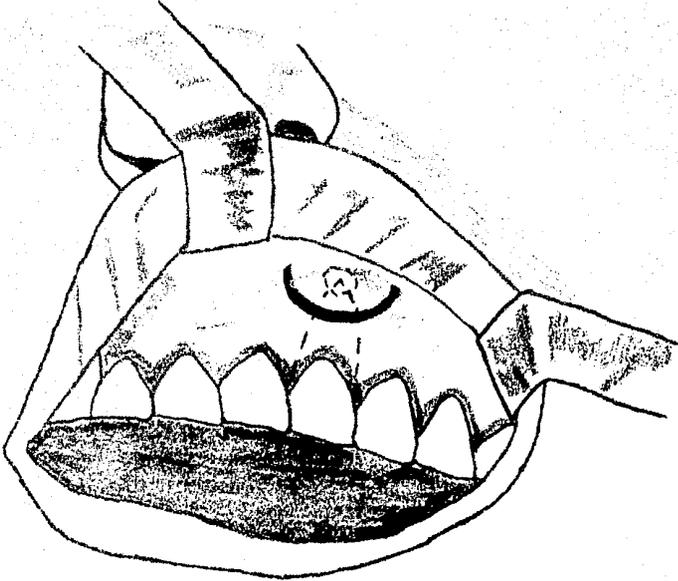


FIG. 7

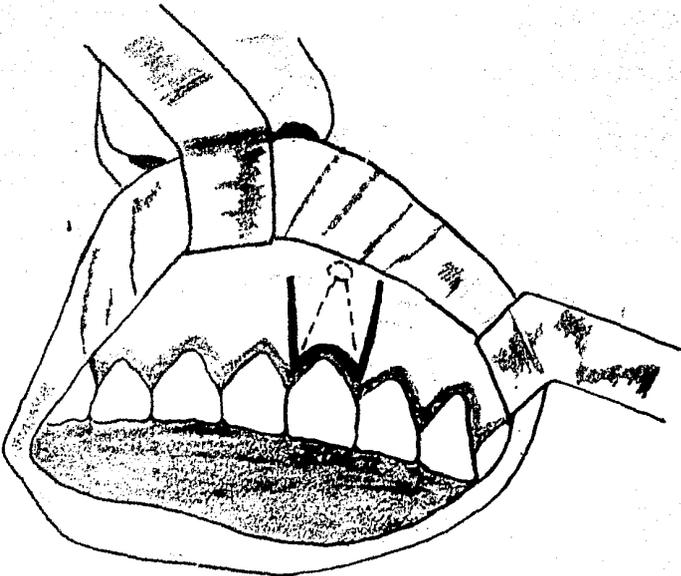


FIG. 8

La utilización de cualquiera de estos instrumentos queda a elección del cirujano bucal, ya que puede utilizar el instrumento con que mejor se acomode y de acuerdo a las circunstancias en que se encuentre la tabla ósea. De igual manera Ries Centeno prefiere la fresa.

En caso de decidimos por la fresa usaremos una redonda del No. 3 ó 5 con la cual se van a hacer pequeñas perforaciones en círculo al rededor de donde se encuentra el ápice. Se debe estar irrigando con suero, luego con un simple golpe de escoplo se levanta la tabla ósea, como lo muestra las Figuras 9 y 10.

La elección del lugar donde iniciaremos la incisión es importante, hay ocasiones en que el hueso lo encontramos destruido nada más sencillo que agrandar esa perforación si es necesario. El lugar del ápice se va a determinar por un examen radiográfico previo que nos dará la longitud de la raíz. Hay autores que mencionan ciertos aparatos llamados localizadores, un método sencillo consiste en introducir un alambre en forma de "U" dentro del conducto, aplicando el extremo libre sobre la superficie ósea; este extremo dará la colocación del ápice. Por supuesto esta técnica solo podrá realizarse cuando la endodoncia se hace al mismo tiempo que la operación.

- c) AMPUTACION DEL APICE RADICULAR. Una vez realizada la osteotomía se procede a seccionar la raíz. La sección del ápice radicular se efectúa a nivel de hueso sano, el corte se hace con fresa

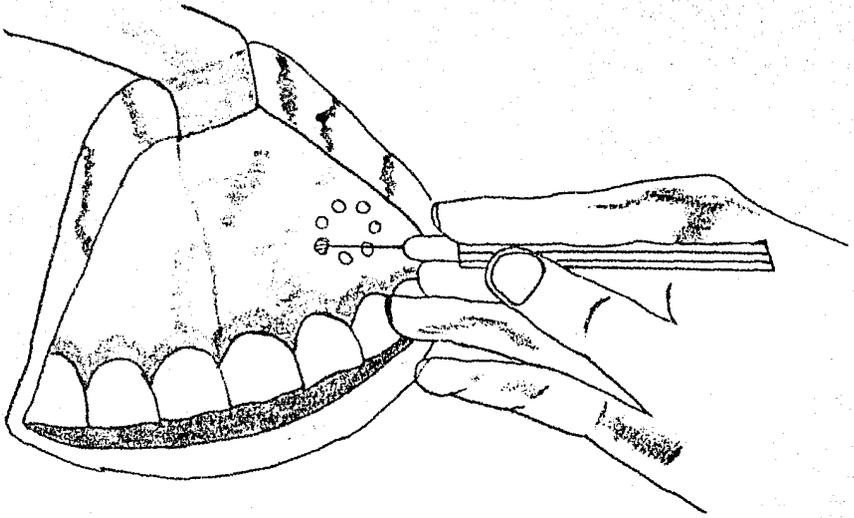


FIG. 9

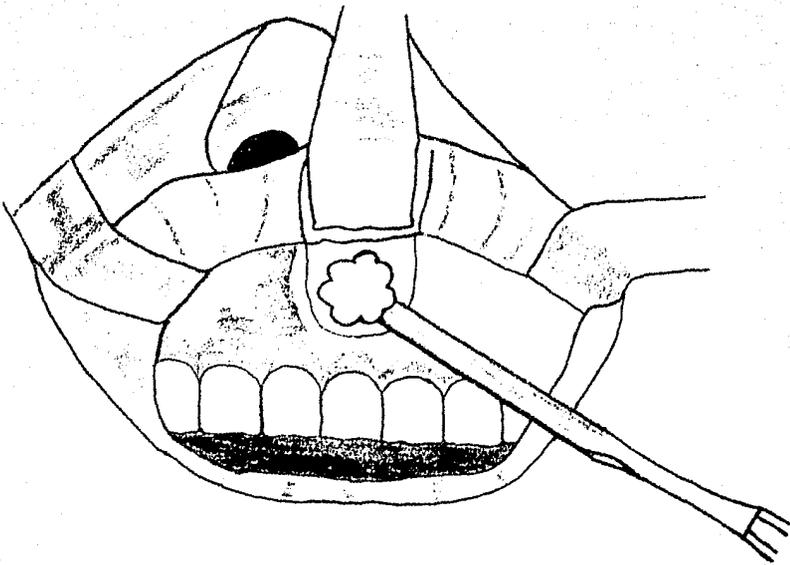


FIG. 10

de fisura del número 558, la fresa debe de introducirse con una profundidad necesaria; para que el instrumento corte la totalidad de ella y no una parte de ella.

Las aristas deben ser pulidas y biseladas con cinceles ó fresas redondas. El empleo del escoplo nos parece peligroso, por las fracturas ó biseles erróneos que puede presentar, sin embargo se han observado casos realizados con éxito con el empleo del escoplo. En la Figura # 11 se muestra la amputación con fresa de fisura.

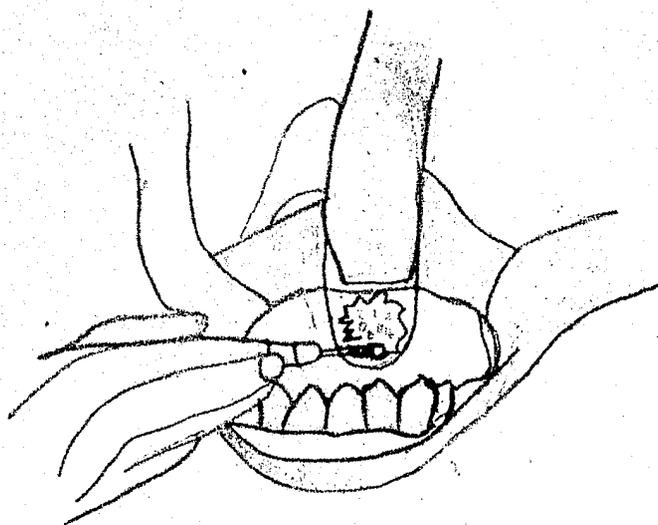


FIG. 11 - Amputación con fresa de fisura.

e) CURETAJE PERIAPICAL.

Es el paso más importante y el cuidado del detalle es esencial. En este paso se realiza la remoción del tejido patológico de la sección periapical, complementándose con el raspado de las paredes óseas y del cemento del diente responsable.

La remoción se realiza con cucharillas medianas o chicas filosas. El raspaje se efectúa con pequeños movimientos con el objeto de eliminar el tejido enfermo; posteriormente nos detenemos en los puntos en que puedan quedar tejidos de granulación ó trozos de membrana. Hay que tener cuidado especial en la porción retroradicular; el espacio entre la raíz del diente en tratamiento y los dientes vecinos; la zona adherida a la fibromucosa palatina, en el caso de haber desaparecido el hueso a ese nivel.

Para estas regiones se utilizan cucharillas pequeñas, las que, manobras con movimientos energéticos eliminan los trozos de tejido patológico.

Una vez realizada la remoción del tejido se lava la cavidad ósea con un chorro de suero fisiológico tibio el cual se proyecta con un atomizador ó con la simple jeringa de mano con el objeto de que el líquido arrastre las partículas óseas, dentarios y tejidos de granulación. Secamos la cavidad cuidadosamente con gasa y con el aspirador y se pasa al otro tiempo tal vez el más importante: la obturación del conducto radicular y una de las condiciones exigidas es la perfecta sequedad del conducto.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD.

Algunas operaciones requieren de un tratamiento particular de la cavidad ya sea porque el hueso está afectado ó porque la índole de la operación así lo exige, para evitar hemorragias o dolor postoperatorio.

El tratamiento consiste en la colocación de medicamentos gasas ó drenaje directamente dentro de la cavidad. Como medicamentos se emplean las distintas preparaciones indicadas para el tratamiento de las alvéolitis como son: cementos quirúrgicos, lavado de los alvéolos ó cavidades con soluciones anestésicas ó antisépticas, etc.

El taponamiento de la cavidad se hace con dos fines :

1. - Evitar la entrada a la cavidad de sustancias ó cuerpos extraños.
2. - Prevenir la hemorragia y el dolor.

Dicho taponamiento se hace con gasas solas ó impregnadas con medicamento como son: gasas yodoformadas, xeroformadas, euroformadas al rivenol, con fenol alcanforado, bálsamo del Perú, tintura de benjuí, etc.

Existen otras sustancias usadas para la obturación de cavidades óseas, THOMA considera tres factores de interés:

1. - A causa de que es difícil lograr y mantener una absoluta asepsia en los actos quirúrgicos se necesita un agente - -

bactericida y bacteriotático.

2. - Porque la hemorragia secundaria generalmente de ligera - intensidad, es común las primeras 24 horas.
3. - Como prevención de la ruptura de un coágulo demasiado grande, que es excelente medio de cultivo bacteriano.

Estos medicamentos pueden ser: penicilinas, sulfonamidas, - fibrifoam (espuma de fibrina) este medicamento de extraordinaria acción hemostática. Pueden usarse solos ó introducidos en el alvéolo dentario ó combinado con otros agentes ó materiales que actúan como vehículos; como lo es: la gelfoam, la celulosa oxidada (oxycel) etc. Generalmente hay dos métodos de cierre para nuestra cavidad, que son: - a) Cierre a Primera intención y b) Cierre a segunda intención. El cual es Inmediato y mediato.

CIERRE A PRIMERA INTENCION.

Cuando nuestra intervención se ha llevado a cabo rápidamente, no existe algún proceso infeccioso, y además no ha sido traumático, ha remos el cierre a primera intención; consistente en dejar la libre forma ción del coágulo y suturar herméticamente.

CIERRE A SEGUNDA INTENCION.

Este tipo de cierre es aquel en que vamos a ayudar ó bien a in

terferir la formación del coágulo, valiéndonos de distintos materiales. -
Básicamente hay dos tipos de este cierre que es: Cierre inmediato y Cierre mediato.

CIERRE INMEDIATO.

Este tipo de cierre lo vamos a utilizar principalmente en aquellas intervenciones en las cuales la brecha ósea va a ser demasiado grande y podría acarreamos problemas en la formación del coágulo, ó en pacientes que presenten problemas en su coagulación.

Este método se llevará a cabo utilizando diversos materiales absorbibles tales como: Oxycel, Gelfoam, etc. Que van a formar el cuerpo del coágulo, ayudando a una correcta cicatrización, terminando con una sutura hermética.

CIERRE MEDIATO.

Se realiza en el mismo caso que el anterior, ó sea en brechas óseas grandes, pero que además tiene infección preexistente que perjudicaría la cicatrización a primera intención.

Esta técnica la llevaremos a cabo evitando la formación del coágulo, con el objeto de evitar la formación de coágulos muy grandes, que son fáciles de desprenderse ó de infectarse, mediante materiales absorbibles tales como: gasas furacinadas, yodoformadas, tubos de penros, etc. que fijaremos a la cavidad mediante un punto de sutura para ir

los retirando paulatinamente en controles postoperatorios. Estos materiales básicamente nos van a dar dos funciones; regular la epitelización y servir como vías de drenaje.

f) SUTURA DE LA CAVIDAD.

Este punto se considera el final de la operación y es la maniobra que tiene por objeto reunir los tejidos separados por la incisión, - el cierre se hace con agujas atraumática e hilo seda tres ceros, - excepcionalmente se utiliza el catgut, en suturas de tejidos profundos, la sutura es de puntos separados es decir, independiente uno de otro.

g) AQUINESIA.

Se entiende por aquinesia, a la liberación oclusal del diente apicepromtomizado; es decir, debe investigarse el choque con el antagonista y desgastar en caso necesario el diente apicepromtomizado y su oponente. La aquinesia del diente es importante, ya que gran número de fracasos se deben al trauma oclusal.

NOTA. - La reparación de los tejidos periapicales, se llevará a -
cabo, aproximadamente en un año.

VIII. OBTURACION RETROGRADA

La obturación retrógrada es una variante de la apiceptomía, - en la cual la porción apical residual es obturada con amalgama de plata, con el objeto de obtener un mejor sellado del conducto y así lograr una rápida cicatrización y una total reparación. Para realizar este tipo de obturación es necesario preparar una cavidad retentiva en la raíz amputada, por medio de fresas de cono invertido (en el ángulo) ó con cincel ó hachuelas para esmalte.

El conducto deberá ser ensanchado y esterilizado convenientemente y posteriormente se seca la cavidad con alcohol y agua caliente y se obtura con amalgama de plata.

INDICACIONES:

1. - Dientes con ápices inaccesibles por la vía pulpar debido principalmente a dentinificación ó por presencia de instrumentos rotos, obturaciones incorrectas, difíciles de desobturar, etc.

2. - Dientes con reabsorción cementaria, falsa vía ó fracturas apicales, en los que la simple apiceptomía no garantiza una buena evolución.
3. - Dientes en donde ha fracasado el tratamiento anterior, legrado ó apiceptomía, persistiendo un trayecto fistuloso ó la lesión periapical activa.
4. - En dientes que teniendo lesiones periapicales no pueden ser tratados sus conductos porque soportan incrustaciones ó coronas de retención radicular ó son base de puentes fijos que no se puedan ó no se desea desmontar.
5. - Dientes portadores de jackets-crowns, conductos ocupados por pivotes, etc.
6. - En cualquier caso, en que estime que la obturación retrógrada resolverá mejor el caso.

La ventaja de esta obturación estriba en que, aunque es inconveniente manejarlo en conductos bien obturados, es tal la calidad selladora de la amalgama, que puede hacerse sin previo tratamiento de los conductos, como sucede cuando al conducto es inaccesible o soporta una corona a pernos, etc.

IX. APICEPTOMIA Y ENDODONCIA.

La endodoncia tiene como finalidad primordial el de evitar una posible extracción, ya sea: por necrosis pulpar, fractura total de la corona, etc. y así poder salvar una ó varias piezas dentarias conservando su lugar de origen natural y evitar una infección progresiva. En el caso de focos apicales, muchas veces para llevar a cabo la endodoncia se llega a la resolución del problema periapical.

Existen casos en que la endodoncia no resulta suficiente para resolver dicho problema; entonces hay que llevar a cabo otros tratamientos complementarios como lo es la apiceptomía.

La apiceptomía puede realizarse en una ó dos etapas. En el segundo caso, se hace la preparación biomecánica del conducto radicular en la sesión inicial (primera etapa) sellándose los conductos con pastas poliantibióticas. En la sesión siguiente, se obtura el conducto y se realiza la amputación radicular (segunda etapa).

La intervención en dos etapas está indicada en los siguientes

casos: Cuando debe hacerse una apiceptomía en niños; Cuando se efectúan apiceptomías en uno ó más dientes: Cuando el dentista no tiene mucha experiencia en endodoncia ó en cirugía.

Para realizarse la operación en una etapa (apiceptomía inmediata), se hará primero la preparación biomecánica, la esterilización con medicación electrolítica y la obturación del conducto e inmediatamente después, la amputación radicular.

La ventaja de la apiceptomía inmediata es el ahorro de tiempo y está más indicada en pacientes que vienen de lejos.

X. P O S T O P E R A T O R I O .

El postoperatorio se define como el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, colaborar para el logro del perfecto estado de salud del paciente.

a) INDICACIONES POSTOPERATORIAS.

Toda indicación al paciente deberá ser dada por escrito, para evitar que las olvide.

1. - Reposo de la zona intervenida, evitar el traccionar ó levantar el labio pues las suturas podrían desprenderse.
2. - Deberá aplicarse hielo en la zona intervenida durante 10 a 15 minutos cada hora durante las primeras 16 horas.
3. - Al día siguiente continuará con fomentos de agua tibia.
4. - Dieta líquida durante las primeras 9 horas, para proteger la formación del coágulo.

5. - En los siguientes 3 ó 4 días dieta blanda exenta de grasas e irritantes.
6. - Se le recomendará el uso de enjuagatorios con una solución salina después de cada alimento.
7. - No debe cepillarse la zona intervenida hasta no retirarle los puntos, que será de 4 a 7 días aproximadamente.
8. - Aunque generalmente no se presentan dolores agudos pueden manifestarse algunas molestias, en tal caso recomendaremos algún analgésico tales como los derivados de las pirazolonas, acetaminofen, etc.

b) ACCIDENTES Y COMPLICACIONES.

Los accidentes y complicaciones de esta operación, se deben a innumerables factores; unos obedecen a la mala elección del caso -- (dientes multirradiculares, ó con procesos de parodontosis, etc.) otros a una defectuosa técnica operatoria.

Estos accidentes se enumeran de la forma siguiente:

1. - Insuficiente recepción del proceso periapical (Restos de membrana quística).
2. - Insuficiente recepción del ápice radicular (corte incompleto de la raíz).
3. - Lesión de los órganos ó cavidades vecinas (perforación del piso de las fosas nasales, del seno maxilar, lesión de vasos y nervios pálatinos anteriores y mentonianos, etc.).
4. - Lesión de dientes vecinos (sección del paquete vasculonervioso del diente vecino).
5. - Perforación de la tabla ósea, lingual ó palatina.
6. - Fractura ó luxación del diente en tratamiento (un golpe exagerado puede expulsar el diente).

Complicaciones. Puede ser por diversas indoles, pero pocas veces se presentan. Según la práctica de los diversos autores. Podemos mencionar rápidamente las complicaciones más comunes: 1. - Dolor. 2. - Abscesos. 3. - Mala cicatrización. 4. - Tumefacción.

XI. C O N C L U S I O N .

El porcentaje de éxitos y de fracasos de ésta operación, coinciden con la opinión de la mayoría de los autores. Pues para llegar al éxito absoluto debe cumplirse con todos los detalles de esta operación.

Tal vez el más importante es el curetaje periapical, siguiendo por orden de importancia el prequirúrgico, la esterilización y obturación del conducto radicular.

La apiceptomía debe realizarse como lo menciona Ries Cente no en dientes anteriores de ambas arcadas y en ocasiones en dientes bicúspides, pues para realizar apiceptomías en dientes posteriores se necesita de una habilidad que no todos poseemos, además que la operación no garantiza una buena evolución.

Debe señalarse también que la apiceptomía no necesariamente se realiza para la resolución de focos apicales, sino porque al hacer la incisión y la osteotomía quistes, granulomas, etc., imposibilitan la remoción del proceso, ó sea el curetaje periapical que es tal vez la etapa

más importante, la remoción de dicho proceso.

Como última conclusión mencionaré, que este tipo de interven
ción deberá ser realizada, por su sencillez, por el dentista de práctica -
general y no dejarla exclusivamente para cirujanos bucales ó endodoncis
tas.

XII. BIBLIOGRAFIA.

1. - GURALNICK WALTER. CIRUGIA BUCAL.
2. - GROSSMAN LOUIS. ENDODONCIA CLINICA.
3. - KRUGER GUSTAVO. CIRUGIA BUCAL.
4. - MAISTO OSCAR. ENDODONCIA.
5. - RIES CENTENO GUILLERMO A. CIRUGIA BUCAL.
6. - APUNTES DE LA CATEDRA DE CIRUGIA BUCAL DE LOS DOCTORES:

DR. RODRIGUEZ DEL R. DAVID.

DR. RUIZ R. RAFAEL.

DR. SELVA M. JAIME.