



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A P I C E C T O M I A

T E S I S

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

María Guillermina Rabanales Gómez

DIRECTOR: C. D. FLORENTINO HERNANDEZ FLORES
MEXICO, D. F. 1976



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DENTURIA

APICEOTOMIA

TESIS PROFESIONAL

Marta Guillermina Rabanales Gómez

México, D. F.

1971

A MI MADRE
QUIEN CON SU CARINO ME APOYO
DESINTERESADAMENTE EN TODO
MOMENTO.

A MI ESPOSO
CON MI AMOR ETERNO.

A MI HIJA
CON TODO MI CARINO
Y COMO EJEMPLO DE
SU FUTURO.

A MIS HERMANOS.

A MIS SOBRINOS.

A MI SUEGRA.

A MIS MAESTROS: MI ETERNA GRATITUD.

TEMARIO

- CAPITULO I INTRODUCCION.
- CAPITULO II DEFINICION.
- CAPITULO III ETIOLOGIA E HISTOPATOLOGIA.
- CAPITULO IV HISTOLOGIA.
- CAPITULO V CONSIDERACIONES ANATOMICAS GENERALES DE LA PORCION APICAL.
- CAPITULO VI PATOLOGIA BUCAL.
- CAPITULO VII INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES LOCALES Y GENERALES DE LA APICECTOMIA.
- CAPITULO VIII HISTORIA CLINICA.
- CAPITULO IX VALORACION DEL PACIENTE.
- CAPITULO X TECNICA DE APICECTOMIA.
- CAPITULO XI ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA APICECTOMIA.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

A P I C E C T O M I A

CAPITULO I

INTRODUCCION

Es un tema muy interesante que versa sobre el tratamiento quirúrgico de las afecciones periapicales, lo es de mucha importancia para el cirujano bucal especializado de la actualidad e indispensable además para todos los cirujanos - dentistas .

Para llevarla a cabo existen algunos factores muy importantes que se han observado en la práctica de las apicectomías realizadas durante años y que además es fundamental ya que son una serie de detalles quirúrgicos de interés más que en cualquier otra intervención de cirugía bucal. Los factores son los siguientes.

- 1- La minuciosidad en la operación .
- 2- La observación de pequeños detalles quirúrgicos.
- 3- La habilidad del operador.

Si cumplimos con éstos requisitos obtendremos un éxito completo.

Considerando de mucha importancia éste -

tratamiento quirúrgico en la actualidad de la --
Odontología moderna, realizo éste tema que conduce
ce al profesionista hacia una acción eficaz en
la conservación de la salud oral, por lo tanto -
a la conservación de los órganos dentarios natura
rales, incluyendo la estética y la función de -
la misma como la conservación de la salud gene--
ral del paciente.

CAPITULO II

DEFINICION.

Existen diferentes definiciones sobre la apicectomía las cuales se enfocan desde un diferente ángulo, pero para darle una idea del tema transcribire la siguiente y que el fin de ellas tienen el mismo objetivo.

Apicectomía es la resección quirúrgica - por via transmaxilar de un foco periapical y del ápice dentario.

La apicectomía puede realizarse en todos los dientes, pero en los premolares y molares la intervención es más peligrosa por ejemplo.

- a) En premolares y molares superiores se encuentra la proximidad del antro maxilar y se puede hacer con mucha facilidad una comunicación de éste, y de los molares se puede cortar también la arteria - Palatina.
- b) En la amputación de los ápices de los premolares inferiores se encuentra cerca no el nervio mentoniano y además el hueso que los recubre es muy compacto así -

como a nivel de los molares.

Además que la intervención en éstos dientes, los resultados no son muy satisfactorios -- porque requieren de una habilidad quirúrgica que no todos poseemos.

CAPITULO 111

ETIOLOGIA .

Consideramos como factores iniciales; la penetración de bacterias por medio de traumatismos ó caries profundas, un diente puede desvitalizarse, la cavidad pulpar y los conductos radicales se encuentran con tejido pulpar necrótico. Este tejido en degeneración con ó sin bacterias produce una irritación periapical a través del foramen apical.

En éste caso se produce una reacción del organismo respondiendo con una reacción inflamatoria.

Si se trata de un microorganismo virulento, el proceso generalmente es agudo, pero si no lo es ó si la irritación es producida por toxinas la pulpa degenera en proceso crónico.

HISTOPATOLOGIA.--Explicaremos como se observa el area periapical microscópicamente un -- granuloma dentario.

Aquí observaremos que la pulpa del diente afectado se encuentra necrosado ó también puede presentar una infiltración de plámcitos y -
linfocitos.

El hueso alveolar y la membrana periodón-
tica en la zona periapical se encuentra con teji-
do de granulación, consistente en fibroblasto, -
vasos sanguíneos, infiltración densa de plásmoci-
tos y linfocitos y cierta cantidad de colágena.

En la periferia del tejido de granula-
ción el hueso muestra resorción y pueden obser-
varse osteoclastos revistiendo su superficie. --
Los cementoblastos adyacentes a la lesión mues-
tran una creciente actividad y la superficie ra-
dicular puede presentar hiper cementosis.

CAPITULO IV

HISTOLOGIA.

Para el estudio del diente, se divide la unidad anatómica en tres partes: Corona, cuello y raíz; nos enfocaremos particularmente y para nuestro interés en la raíz del diente.

La raíz es la parte del diente que le sirve de soporte, la cual se encuentra firmemente dentro de la cavidad alvéolar, está constituida por dentina y cubierta por cemento en la cual se insertan las fibras colágenas del ligamento parodontal que la sostiene y fija al alvéolo.

En el vértice de la raíz se encuentra un agujero por donde pasa el paquete vasculonervioso que nutre a la pulpa, éste agujero se le conoce con el nombre de foramen apical.

La raíz es la última parte del diente -- que se calcifica, terminando después de la erupción del diente.

La formación del diente sobre la dentina (en la raíz) se realiza por el resultado de la calcificación de tejido cementoide, producida -- por los cementoblastos que se encuentran localizados en la membrana parodontal.

Al terminar la calcificación del ápice, termina la actuación de la vaina de Hertwig y -- por lo tanto el cemento cubre toda la raíz, con la formación del ápice termina la función del gérmen dentario.

El cemento es de color amarillento de -- constitución flexible y menos dura que la dentina, su calcificación es menor y no es sensitivo como ésta.

Histológicamente se ha dividido en dos -- capas: Una externa celular y otra interna acelular.

La capa externa formada por cementoblastos ó cementocitos, fijan las fibras del ligamento parodontal.

La capa interna es compacta, más mineralizada y de crecimiento normal lento, además es más delgada y está unida a la dentina.

El cemento tiene algunas particularidades que no tienen otros tejidos del diente.

1.- La neoformación del cemento regula en -- cierto modo la sujeción y firmeza de la raíz en el alvéolo.

- 2.- La existencia de células en su constitución celular, pueden estar aisladas ó -- formando conjuntos.
- 3.- La construcción de tejido nuevo ó la des mineralización ó destrucción de éste, no afecta la vida del diente. Los apósitos del cemento se superponen, engrosando -- así la porción apical y robusteciendo el parodonto que se adapta a la función sin traumatizarse.

CAPITULO V

CONSIDERACIONES ANATOMICAS GENERALES DE LA PORCION APICAL.

Considerando de interés las relaciones que existen entre la raíz y el medio que la rodea, describiré someramente los elementos, blandos y duros del parodonto.

ENCIA.- es un tejido (fibromucosa) que cubre el proceso alveolar de los arcos dentarios, es de color rosa pálido en su estado normal, está ricamente vascularizado por elementos figurados de la sangre, que actúan para reconstruir cualquier lesión o infección.

ALVEOLO.- es la cavidad localizada dentro de la cresta alveolar de los huesos maxilares y mandíbula y sirve para alojar a la raíz dentaria. La cavidad alveolar está delimitada por las paredes formadas por las láminas oséas externa e interna y los tabiques interalveolares e inter radiculares, entre una y otra cavidad, en la superficie interna del alveolo se considera cubierta por la membrana parodontal.

LIGAMENTO PARODONTAL.- en la articulación dentaria se encuentra el ligamento que une la cara interna del alveolo y la superficie del cemento que corresponde al diente.

Entre el cemento del diente y el alvéolo existe un pequeño espacio y ocupado por una membrana de constitución fibrosa, fibras de Sharpey que se denomina "ligamento parodontal", que tiene la capacidad de formar tejido óseo y además - de formar cemento.

Esta membrana está compuesta por dos diferentes conjuntos tisulares, uno que es fibroso muy resistente, que son fibras onduladas por lo cual pueden flexionarse y estirarse pero sin ser elásticas, la otra es de constitución blanda y - compuesta de tejido conjuntivo laxo, además contiene vasos sanguíneos y linfáticos, pequeñas -- porciones de epitelio llamado "nidos epiteliales de Malasses", terminaciones nerviosas y líquido-intercelular.

La distribución de éstas fibras explica la flexibilidad de la articulación alveolodentaria.

Une a la raíz por medio de siete grupos principales de fibras. Sus funciones son: soporte, sensorial, resorción formativa y nutritiva.

ANATOMIA RADICULAR.- la forma de las raíces dentales varía de una pieza a otra y de --

individuo a individuo, así como también el tamaño y número de raíces y en ocasiones sirven como método de identificación en la Odontología Forense.

Normalmente el agujero apical está insinuado hacia distal, siguiendo en dirección del eje longitudinal de la raíz, cuando no ha terminado su mineralización es de gran tamaño, su calcificación se realiza aumentando los depósitos cálcicos de fuera adentro dirigidas por la vaina de Hertwig, la cual va modelando la forma radicular.

El conducto puede ser de mayor diámetro en la porción apical que el que está más cercano a la cámara pulpar, regularizándose cuando termina la formación radicular.

Cuando una raíz ha terminado su mineralización, el agujero apical se puede localizar en el lugar donde el cemento empieza a cubrir la dentina en la terminación del conducto radicular

La forma del agujero apical se puede considerar como doble embudo, unidos por la parte más angosta. La parte externa formada por la porción apical de la raíz y la otra parte se forma-

por la porción apical del conducto radicular.

Enunciaré las diferentes formas anatómicas de la raíz dentaria que debemos de tomar en cuenta para efectuar las técnicas endodónticas y de apicectomía para obtener buenos resultados y además que debemos conocer antes de efectuar dichas técnicas.

- 1) Los incisivos se encuentran con raíz única y su porción radicular insinuada hacia distal, en el incisivo lateral superior su curvatura es más pronunciada hacia distal y puede presentar bifurcaciones del conducto, uno labial y otro lingual, asimismo sucede con los incisivos inferiores con raíces únicas y conductos bifurcados.
- 2) En los caninos, el superior tiene -- raíz única y su tercio apical dirigido hacia distal o lingual, en cambio el inferior con más frecuencia se bifurca o trifurca, ocasionando serios problemas en tratamientos endodónticos.

- 3) En los premolares generalmente la raíz es única, pero el primer premolar superior frecuentemente su raíz es bifida y el cuerpo radicular mayor se encuentra hacia vestibular y el otro hacia lingual, se relaciona íntimamente con la apofisis palatina del maxilar superior.
- 4) En los molares, el primer molar superior tiene 3 cuerpos radiculares y el foramen apical se encuentra orientado hacia distal. La raíz del 2do. molar superior está igualmente trifurcada y con frecuencia se encuentran soldadas entre sí y su tercio apical igualmente dirigido hacia distal. El primer molar inferior tiene su raíz bifida, una mesial y otra distal y con la diferencia del 2do. molar inferior -- que tiene su raíz generalmente única y unida en un solo cuerpo radicular, -- o encontrarse igual que él.

CAPITULO VI

PATOLOGIA BUCAL

Las enfermedades periapicales comprenden en una aproximación del 23%, entre ellas las de mayor frecuencia como: el Granuloma Dentario, el Absceso periapical y el Quiste Radicular.

La apicoexcisión en el tratamiento para el Granuloma dentario, es de la mayor importancia. Haremos hincapié sobre éste padecimiento, y posteriormente sobre el tratamiento.

GRANULOMA DENTARIO.- Es de naturaleza crónica aun cuando la respuesta inicial pudo haber sido aguda o en forma de absceso.

Clinicamente, el diente es asintomático o puede presentar un ligero dolor a la percusión previamente el paciente puede presentar una crisis de dolor intenso que va decreciendo hasta desaparecer, el diente puede estar desvitalizado o responder muy débilmente a las pruebas de vitalidad.

El granuloma dentario abarca aproximadamente el 48% de todas las lesiones periapicales, y es mas frecuente en el maxilar que en la mandíbula y por lo general se presenta en la tercera

década de la vida. ,

Radiográficamente la lesión se observa - como una zona radiolúcida que puede ser desde un pequeño ensanchamiento de la membrana periodónti ca periapical hasta una lesión circunscrita de - tamaño variable.

La formación del granuloma dentario es de la siguiente manera.

- 1) La primera etapa es la formación de -- una pulpitis de la cual el diente no - se recupera y progresa hasta la necro- sis, o puede la infección avanzar des- de la cámara pulpar al conducto radicu lar y llegar al ápice del diente.
- 2) En estos dos casos la inflamación cró- nica avanza hasta el interior de la -- membrana periodóntica.
- 3) La inflamación crónica se relaciona con la formación del tejido de granulación (fibroblastos, vasos sanguíneos, infil tración de plasmocitos y linfocitos) - éste tejido va a substituir a la mem brana periodóntica apical.
- 4) El hueso cercano al tejido de granula-

ción se resorbe, lo que se debe a la -
presión del tejido de granulación en -
crecimiento. Cuando parte del hueso pe -
riapical se destruye y es remplazado -
por tejido de granulación, la lesión -
se observa en la radiografía.

CAPITULO VII

INDICACIONES LOCALES Y GENERALES DE LA APICECTOMIA

Para llevar a cabo el tratamiento radicular por medio de la Apicectomía, es necesario -- que el paciente se encuentre en las siguientes condiciones; para no fracasar en Nuestro tratamiento se debe de efectuar tomándose en cuenta, los siguientes puntos:

- 1) En la extirpación primaria de un foco periapical, si éste es quístico.
- 2) Cuando se ha efectuado el tratamiento radicular y éste ha fracasado.
- 3) En dientes con dilaceraciones en que haga -- inaccesible el ápice radicular.
- 4) Cuando el conducto radicular no se obturó hasta el apice en los siguientes casos:
 - a.- Acomodamientos radiculares impermeables, sobre todo en los molares.
 - b.- Cuando existen focos inflamatorios en conductos laterales.
 - c.- En dientes que presentan falsos conductos por obturar.

d.- Impermeabilidad de los conductos, ya sea por dentina secundaria, cálculos pulpaes, instrumentos endodónticos - fracturados.

5) Cuando no se puede desecar un conducto para su obturación:

- a.- En caso de fractura del ápice dentario.
- b.- Cuando existe perforación radicular.
- c.- En piezas juveniles cuyo ápice es muy ancho y rezuma constantemente de sangre el conducto.
- d.- Cuando existe un absceso osteomielítico y haya secreción purulenta, no ceda con el tiempo y la antibiotico-terapia.
- e.- En los dientes portadores de grandes quistes paradentarios, aquí la apicectomía es secundaria.
- f.- En pacientes con enfermedades como la Diabetes Controlada, así como en Cardiopatías también controladas.
- g.- En pacientes que se encuentran en buen estado de salud no alérgicos a

los anestésicos.

CONTRAINDICACIONES LOCALES Y GENERALES

Explicaremos cuando no se debe de efectuar la apicectomía para evitarnos accidentes y complicaciones durante el tratamiento; entre ellos tenemos los siguientes casos:

- 1) En dientes portadores de procesos apicales, que han destruido el hueso hasta o cerca de la mitad de la raíz.
- 2) En piezas dentales que tengan raíces enanas, en las cuales al efectuar la apicectomía nos provoca movilidad de la misma.
- 3) En paradentosis avanzada con destrucción ósea hasta su tercio radicular.
- 4) Cuando la pieza dental se encuentra próxima a regiones importantes, tales como los senos maxilares, agujero mentoniano o al conducto dentario inferior.
- 5) En aquellas piezas con oclusión traumática imposible de corregir.
- 6) En pacientes que se encuentran con una leucocitosis elevada porque existe una predisposición a una infección, y además hay retardo en-

la cicatrización.

- 7) En pacientes con Cardiopatías no compensadas, es decir pacientes no tratados en la que se expone la vida del mismo.
- 8) En pacientes diabéticos no tratados porque existe una predisposición a una infección y además hay retardo en la cicatrización.
- 9) En pacientes hemofílicos, porque hay una predisposición a sangrar fácilmente.

Estas son las contraindicaciones más importantes que debemos tomar en cuenta para no -- fracasar en nuestro tratamiento, ni poner en peligro la salud del paciente.

CAPITULO VIII

HISTORIA CLINICA

Para llevar a cabo la apicectomía debemos tomar en cuenta una serie de datos que debemos recabar con el paciente sobre su estado general, tanto orgánico como psicológico, que nos serán muy importantes para obtener un resultado favorable.

En el aspecto psicológico en la mayoría de los casos el paciente siente mucho temor a cualquier tipo de tratamiento dental, en éste caso se le explica al paciente la importancia y el procedimiento del tratamiento tanto para su salud dental como estética y funcionamiento de la misma, por lo tanto se le pedirá al paciente su cooperación y confianza durante el tratamiento.

Se valorará al paciente con la realización de una Historia Clínica completa que nos ayudará a evitar cualquier tipo de complicaciones.

Entre los datos que nos interesan sobre el interrogatorio tenemos:

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.--
lo más importante para nosotros es saber si los padres o familiares más cercanos viven y que --

enfermedades han padecido, si fallecieron de que enfermedad, y sobre todo saber sobre las enfermedades hereditarias como por ejemplo, cardiopatías, diabetes, tuberculosis pulmonar, sífilis, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.- nos interesa saber en que condiciones de higiene vive el paciente, además que hábitos tiene y sobre todo el tipo de alimentación.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.- es muy importante porque nos va a proporcionar datos con los cuales nos pone sobre aviso de como se encuentra su salud, por ejemplo si es diabético y esta controlado o si ha padecido Fiebre Reumática y ha dejado secuelas o si tiene tendencia a la hemorragia o padece alguna enfermedad cardiovascular, también es importante saber a que medicamento y alimento es alérgico.

PADECIMIENTO ACTUAL.- signos y síntomas que ha presentado y como ha evolucionado.

Una vez terminado con el interrogatorio procedemos con la inspección bucal, en ese aspecto empezamos con los hábitos de higiene y vemos en que condiciones se encuentra la cavidad bucal

luego nos guiaremos sobre la circulación temporo mandibular en que condiciones se encuentra, que-haya buena oclusión.

Se completará la Historia clínica con la toma de la presión arterial para saber si el pa-ciente es hipertenso o si se encuentra bien, tam-bien tomaremos el pulso, temperatura, frecuencia cardiaca y ademas el peso del paciente.

Tomaremos una serie de radiografias para darnos cuenta del estado general de los tejidos y como se encuentra la lesion y su relación con los conductos y orificios óseos.

También observaremos el estado de la --raíz, la pieza puede estar afectada por caries - que hayan destruido parte de la raíz o pueda en-contrarse muy ensanchada por tratamientos ante-riores que den fragilidad a la misma.

Ademas observaremos la permeabilidad del conducto, saber si existen instrumentos antes de iniciar la operación.

Estado del parodocio, si existe resor-ción del hueso, si existe no se podrá efectuar - la operación.

CAPITULO IX

VALORACION DEL PACIENTE

(Preoperatorio)

Para realizar una operación cualquiera - que se efectúe en Nuestro organismo se requiere de una preparación previa, es decir, preparar al paciente antes de la operación para ponerlo en - las mejores condiciones y así obtener un buen - resultado.

Tomaremos como medidas pre operatorias - generales las siguientes.

1) Se tomarán pruebas de laboratorio como son: exámen general de orina; nos interesa saber que elementos se encuentran alterados, por ejemplo si hay presencia de albúmina, acetona y en caso de existir se tendrá que normalizar ésta orina mandando a nuestro paciente con su Médico especialista y una vez normalizada no tendremos ningún riesgo quirúrgico.

Además necesitamos el tiempo de sangrado y - coagulación, química sanguínea, ya que nos - interesa saber que cantidad de glucosa en -- sangre tiene el paciente cuando sospechamos -

o tiene antecedentes diabéticos.

Biometría hemática nos indicará si la hemoglobina es baja a normal.

- 2) También debemos preparar la cavidad bucal para que se encuentre en buenas condiciones de higiene, se hará una limpieza dental, se quitará todo el tártaro existente.

Estas medidas preoperatorias colocarán a nuestro paciente en óptimas condiciones para poder realizar la operación y disminuir en un alto porcentaje los riesgos y las complicaciones -- postoperatorias.

- 3) CONDUCTECTOMIA.- con la técnica siguiente:

a) Primero aplicaremos la anestesia que puede ser local por infiltración de la pieza por operar, también observaremos si en la pieza dentaria existe algún proceso carioso o no y se estudiará la radiografía para ver la relación de la cámara pulpar y los conductos radiculares.

b) El 2do, paso será el aislamiento del campo operatorio, por medio de la colocación del dique de hule y dándole al paciente el succionador, asimismo instrucciones para que --

lo sostenga firmemente en los lugares que él sienta acúmulo de saliva.

c) Posteriormente se hará la asepsia y antisepsia de la superficie del diente aplicando algún antiséptico. Continuando después con el acceso a la cámara pulpar, el cual se hará - por lingual en dientes anteriores y en oclusal en dientes posteriores. Si hay caries se eliminará con mucho cuidado, sin llegar a -- contaminar los conductos. Usaremos fresas re dondas chicas para hacer la apertura de la - cámara pulpar en dientes anteriores y podemos utilizar alta velocidad y dejar al des - bierto la cámara pulpar eliminando la por -- ción cameral de la pulpa con una cucharilla, desprendiéndola ésta de las paredes hasta de - jar descubiertos los conductos, observando - que no queden restos pulpares.

d) Continuaremos con el acceso a los conductos radiculares por medio de escariadores o li - mas finas, introduciendo y deslizándolos por una pared del conducto para poder desprender de la pared dentinaria la pulpa radicular, la medida de introducción de este instrumento -

la calcularemos por la medida promedio de ca
da diente y observando en la radiografía.

e) Después hacemos la extirpación del nervio o
pulpa radicular, retiramos la lima explorado
ra e introducimos el tiranervio girando me -
dia vuelta dentro del conducto y se tira lue
go suavemente.

f) Posteriormente procedemos a hacer la conduc
tometría, tomamos una radiografía previa, o
sea se introduce una lima dentro del conduc
to para conocer la longitud entre el forámen
apical del conducto y el borde incisal del -
diente, poniendo un tope de goma en el extre
mo externo.

g) Continuaremos con el ensanchamiento de los -
conductos, eliminando restos de tejido pul -
par y ensanchando las paredes del conducto -
para que se nos facilite su obturación. Una
vez terminada irrigamos los conductos para -
remover los restos pulpaes y eliminar los -
restos de dentina desprendida empujando agu
jas largas y delgadas que se pueden profundi
zar en el conducto.

h) Una vez terminado y limpio el conducto proce
demos a hacer la esterilización; introduci -
mos puntas de papel impregnadas de una solu

ción antiséptica, la cual dejaremos en un --
tiempo mínimo de 24 horas para lograr su efecto
to.

Es aquí cuando nuestra pieza dental está lista para la resección apical, en este punto existe la polémica de que si se debe de obturar el conducto antes o después de la resección.

Mi opinion personal es efectuar la obturación de los conductos, uan vez terminada la resección apical, ya que en ésta forma podemos garantizar la perforación de los conductos y de no hacerlo así tendremos que sobre obturar éstos.

Posteriormente a haber realizado la apicectomía, como lo mencionaremos en la técnica de apicectomía, hacemos la obturación del conducto introduciendo puntas de gutapercha y cemento.

CAPITULO X

TECNICA DE APICECTOMIA

En éste capítulo nos vamos a referir a las técnicas de la apicectomía y las variantes -- que existen y por medio de la que podemos alcanzar éxito posible de nuestro tratamiento.

Anestesia.- consideramos como primer pa- la anestesia que es de mucha importancia para -- realizar con éxito la apicectomía, pues muchas -- de las ocasiones los fracasos son causados por -- la anestesia deficiente. Debemos de tomar en --- cuenta que la anestesia nos produzca isquemia -- del campo operatorio, además que sea profunda y prolongada para evitar a nuestro paciente molestias y al mismo tiempo realizar tranquilamente -- nuestra operación.

En Incisivos, centrales y laterales sup^g riores utilizamos anestesia local por infiltra-- ción, la solución se depositará un poco por enci^l del apice del diente, haremos la punción en el -- pliegue mucolabial sobre una de las piezas que -- se vayan a intervenir y también depositaremos -- por el lado palatino para lograr una anestesia -- profunda.

En caninos también utilizamos anestesia por infiltración inyectando también por lado palatino.

En premolares y molares utilizamos la misma técnica.

Si la anestesia por infiltración no nos da buen resultado, podemos utilizar anestesia, bloqueo por conducción, la inyección infraorbitaria o la cigomática.

En dientes inferiores usaremos la inyección regional o si necesitamos únicamente anestésicar los premolares usaremos una inyección mentoniana, en incisivos usaremos la técnica -- por infiltración inyectando también por el lado lingual para obtener una anestesia profunda.

Una vez aplicada la anestesia procedemos a efectuar la asepsia de la región por operar con un antiséptico no irritante como el benzal diluido, posteriormente continuamos con la incisión que debe realizarse de un solo trazo -- hasta llegar a hueso, y de las múltiples incisiones mencionaré dos tipos de incisión que usaremos según nos convenga y se nos facilite al trabajar.

La primera consiste en hacer la incisión a nivel del surco vestibular y desde el ápice -- del diente vecino al que vamos a intervenir haciendo presión hasta el hueso, seccionando mucosa y periostio, posteriormente descendemos hacia el borde gingival como a medio ó un centímetro -- de éste y llevamos la incisión al lado vestibular terminando a nivel del ápice del otro diente contiguo al intervenir.

En ésta técnica que considero la mejor -- s favorece por varias ventajas, es fácil para la ejecución, además nos da una visión muy amplia del campo operatorio, y también los bordes de la incisión quedan alejadas del area permitiendo con ésto, no se lesionen, además permiten -- que los cordes queden bien coaptados y que la sutura se realice sobre el hueso sano.

La segunda incisión se hace a nivel del cuello del diente, desde el surco subgingival -- hasta el borde libre, festoneando los cuellos, -- las incisiones verticales terminan en los espacios interdentarios . La ventaja de éste tipo de incisión es que en la cicatrización no deja -- huella. No la debemos realizar cuando exista en

la pieza por intervenir por ejemplo; corona de - porcelana o cualquier otro tipo de prótesis.

Para facilitar nuestra labor separamos - el labio y en ésta forma queda la encia tensa y con ésto podemos hacer el corte mejor.

Posteriormente procedemos a hacer el desprendimiento del colgajo, ésto lo podemos hacer con una legra, un periostótomo o una espátula de freer según consideremos que se nos facilite, -- separamos la mucosa y el periostio, una vez despegado lo sostenemos con un separador de fara---beuf o un instrumento que sea rozo, hacemos ésta separacion porque nos proporciona una amplia visión del campo operatorio y además que no debe - interponerse el colgajo en las maniobras quirúr- cas porque puede ser lesionado.

Una vez descubierto el hueso, tenemos la posibilidad de encontrar hueso sano o tejido ne- crosado lo cual ha perforado el hueso y encontramos directamente la raíz del diente, pero si en- tramos hueso sano procedemos a localizar los agujeros nutricios que nos van a servir como relacion con el tamaño de la raíz, posteriormente por me- dio de una radiografía nos vamos a guiar para la

realización de la osteotomía, en la realización se ha suscitado discusiones porque se puede hacer la perforación con cincel y martillo o también utilizar fresa, en lo particular prefiero usar la fresa, una vez decidido hacemos la perforación en círculo tomando como centro el agujero nutritivo, esto lo hacemos con fresa redonda, después con una fresa de fisura unimos las perforaciones, levantamos la tabla ósea y encontramos el proceso y también el ápice radicular.

El siguiente paso es la amputación radicular, aquí procedemos a introducir una sonda en el conducto radicular para poder fijar la posición del ápice.

Posteriormente hacemos la amputación, considero en mi opinión que debemos hacer el corte del ápice hasta una area sana sin que exceda la tercera parte de la raíz, que tenga protección ósea.

Continuaremos después con el raspado del proceso periapical en éste momento utilizamos cucharillas medianas y filosas que nos ayudaremos para atravesar el tejido de granulación y llegar hasta hueso sano, de un solo movimiento fuerte tratando de no desprender todo el tejido

de un solo movimiento y empezar de la periferia del tejido de granulación hacia el centro haciendo una limpieza minuciosa en la región retroradicular el espacio entre la raíz del diente en tratamiento y también la de las piezas vecinas en caso de encontrarse tejido adherido a la fibromucosa palatina y no encontrarse hueso, empleamos cucharillas pequeñas, eliminando tejido patológico, también podemos hacer la limpieza en lugares donde los espacios son muy estrechos usaremos --fresas redonda y pequeñas, además debemos tener mucho cuidado extemporaneamente los paquetes vasculonerviosos de dichos dientes vecinos.

Una vez terminado el raspado hacemos un lavado con un chorro de solución fisiológica --tibio dentro de la cavidad ósea con una jeringa con ésto arrastraremos todas las partículas -- óseas dentarias y de tejido de granulación y --- después secamos la cavidad y dejamos un tapon de gasa para inhibir la hemorragia y poder trabajar sin que haya sangrado, retiramos el separador y colocamos el colgajo en su posición.

Tratamiento radicular, el siguiente paso quirúrgico es el tratamiento radicular, como ya tenemos ensanchado y esterelizado el conducto, -

introducimos puntas de guta percha y cemento --
emergiendo la punta por el orificio superior --
del conducto dentario, esperamos el fraguado --
del cemento así evitamos que al quitar el tapón
de gasa de la cavidad ósea no entre sangre a la
luz del conducto, en el caso que se contaminara
con la sangre tendremos que hacer de nuevo la -
obturación.

Posteriormente retiramos la gasa de la
cavidad levantando el colgajo con mucho cuidado.
Sellamos el conducto con un instrumento calien--
te, en caso que necesitemos hacer una obturación
retrograda (apical) porque el conducto este ocu-
pado por pivote u otro material que no fuera po-
sible retirarlo, aquí necesitaremos hacer una ca-
vidad retentiva en la raíz amputada con fresa de
cono invertido, secamos la cavidad con alcohol -
y aire caliente y obturamos con amalgama de pla-
ta.cobre u oro de orificar.

Una vez terminada alisamos el reborde de
la trepanación con una lima teniendo la precau-
ción que no queden rebordesfilosos que lesiona--
ran a la mucosa ; además que la cavidad ósea que
de perfectamente limpia sin esquirilas óseas o --

restos de amalgama.

Continuaremos con la sutura del colgajo, usaremos agujas atraumáticas o sea agujas con -- punta no cortante y antes hacemos un raspado ligero en el fondo del borde de la cavidad ósea - para que se llene de sangre y el coagulo que se forme es el material que organizara la neoformación ósea.

Para la sutura podemos usar seda delgada y catgut, lo más comun es usar catgut porque tiene la ventaja de reabsorberse solo y en cambio - la seda actua como cuerpo extraño y puede causar una infección.

Tratamiento Médico, la administración de antibióticos como tratamiento, haremos preferencia en aquellos casos en que exista un proceso infeccioso en la pieza intervenida y con el fin de evitar una diseminación de la infección y como medida preventiva y necesaria se dará antibióticoterapia antes de la intervención y después por lo menos cinco días.

Los cuidados post-operatorios se recomienda al paciente ponerse compresas frias, dieta blanda, reposo en cama, analgésicos para el do--

lor, y hacerse el cepillado de sus dientes con -
mucho cuidado. Si la sutura se efectuó con seda
se citara al paciente a los cinco días para reti
rarsela y observar la evolución y cicatrización
de la herida quirúrgica.

CAPITULO XI
ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA
APIPECTOMIA

Los accidentes en ésta intervención se pueden deber a varios factores en los cuales debemos de tener mucho cuidado al estar efectuando la apicectomía, éstos factores se pueden deber a veces a la mala elección del caso ó también puede ser que no se lleve una buena técnica operatoria.

Al efectuar la resección del ápice radicular no lo hacemos completa y puede quedar un trozo del ápice infectado y en ésta forma tendremos resultados desfavorables.

También podemos dejar restos de granuloma ó membrana quística que puede ser recidiva y originar fístulas a corto ó largo tiempo.

En otros casos se puede perforar la tabla ósea en dientes que tienen sus ápices muy cerca de las fosas nasales y lo que puede ocasionar es una hemorragia nasal. En dientes premolares ó caninos podemos perforar el piso del seno maxilar ó que se introduzca el ápice dentario

dentro de la cavidad.

En algunos casos podemos seccionar el -- paquete vasculonervioso del diente contiguo ó -- también puede amputarse el ápice de un diente sa no por error de la ubicación de éste.

También podemos lesionar un vaso importante, las más importantes son ; la Arteria Dentaria inferior al trabajar en molares inferiores y la Arteria Palatina al intervenir los molares superiores.

En la mandíbula se pueden lesionar los -- nervios mentonianos y el alvéolar inferior ó se puede nada más comprimirlos sin llegar a cortarlos, en éste caso se presenta una anestesia que puede durar algunas semanas ó tal vez meses luego volviendo a la normalidad, en éste caso se -- puede recomendar al paciente que tenga mucha precaución al tomar sus alimentos ya que no hay -- sensibilidad en el labio y puede quemarse ó mor-derse ocasionandose así lesiones muy serias.

Entre las lesiones más importantes tenemos la perforación de la tabla lingual, que ocasiona hemorragias del piso de la boca ó inflamaciones e ingúrgitaciones de la glándula sub---

dentro de la cavidad.

En algunos casos podemos seccionar el paquete vasculonervioso del diente contiguo ó también puede amputarse el ápice de un diente sa no por error de la ubicación de éste.

También podemos lesionar un vaso importante, las más importantes son ; la Arteria Dentaria inferior al trabajar en molares inferiores y la Arteria Palatina al intervenir los molares superiores.

En la mandíbula se pueden lesionar los nervios mentonianos y el alvéolar inferior ó se puede nada más comprimirlos sin llegar a cortarlos, en éste caso se presenta una anestesia que puede durar algunas semanas ó tal vez meses luego volviendo a la normalidad, en éste caso se puede recomendar al paciente que tenga mucha precaución al tomar sus alimentos ya que no hay --sensibilidad en el labio y puede quemarse ó mor--derse ocasionandose así lesiones muy serias.

Entre las lesiones más importantes tenemos la perforación de la tabla lingual, que ocasiona hemorragias del piso de la boca ó inflamaciones e ingúrgitaciones de la glándula sub---

lingual . También se puede originar una propagación de la infección a la región glososuprahioidea.

Se puede ocasionar también fracturas radiculares ó luxar el diente al efectuar un golpe fuerte sobre el cincel. En éste caso se tendra que hacer la extracción del diente.

En algunos casos se presenta una infección del campo operatorio, se puede evitar no operar en la fase de inflamación aguda y mandar al paciente con antibióticos antes de intervenir quirúrgicamente.

Aparte de éstas causas mencionadas anteriormente, también podemos tener fracasos debido a errores en el tratamiento de los conductos.

CONCLUSIONES

- 1.- La apicectomia es una intervenci3n quir3rgi que para llevarla a cabo debemos de planear la cuidadosamente y que adem3s nos ayuda en el tratamiento endod3ntico asi como en la soluci3n de la patologia periapical.
- 2.- Debemos de evitar lo posible las complicaciones antes de intervenir al paciente.
- 3.- Llevar a cabo una buena asepsia y antisepsia de la regi3n.
- 4.- Efectuar una anestesia profunda antes de incidir al paciente.
- 5.- Tener un campo operatorio amplio y visible y no efectuar maniobras bruscas que pueden lesionar el tejido.
- 6.- No se deber3 hacer el tratamiento en presencia de una infecci3n 3 inflamaci3n aguda.
- 7.- No debemos sellar el conducto cuando est3 contaminado.
- 8.- la herida 3sea deber3 quedar completamente limpia y sin rebordes filoso.
- 9.- Deber3 tener la sutura soporte 3seo para --

obtener una buena cicatrización .

Cumplidos éstos requisitos tenemos la posibilidad de un éxito favorable tanto para el paciente como para cumplir con nuestra ética profesional, con la cual nos sentiremos muy satisfechos de poder hacer un buen tratamiento a nuestros semejantes.

BIBLIOGRAFIA

- G.A. RIES CENTENO
CIRUGIA BUCAL
ATENEO, 1968.
- PICHLER & TRAUNER
CIRUGIA BUCAL Y DE LOS MAXILARES
LABOR, 1953
- MAX, KONFELD
REHABILITACION BUCAL
MUNDI, 1972
- S.N. BHASKAR
PATOLOGIA BUCAL
ATENEO, 1971
- MAISTO, OSCAR A
ENDODONCIA
MUNDI, 1967
- RAPAEL, ESPONDA VILA
ANATOMIA DENTAL
U.N.A.M. 1964
- V. PRECIADO Z.
MANUAL DE ENDODONCIA
CUELLAR, EDICIONES 1975