

10
29



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

TRATAMIENTO DE INFECCIONES Y ABSCESOS EN PIEZAS DENTALES

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

EZEQUIEL FLORES BUSTAMANTE



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



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.

Í N D I C E

P Á G.

| | |
|--------------------------------|----|
| INTRODUCCIÓN+++++ | 6 |
| CAPÍTULO I | |
| ESTUDIO DE LOS ABSCEOS+++++ | 7 |
| CAPÍTULO II | |
| DIAGNÓSTICO+++++ | 27 |
| CAPÍTULO III | |
| TRATAMIENTO+++++ | 37 |
| CONCLUSIONES+++++ | 65 |
| BIBLIOGRAFÍA+++++ | 66 |

INTRODUCCIÓN

LO QUE ME MOTIVÓ E IMPULSÓ A ESCOGER ESTE TEMA - PARA LA REALIZACIÓN DE MI TESIS FUÉ A DEBIDO A LA --- GRAN CANTIDAD DE CASOS QUE SE PRESENTAN SOBRE ABSCE-- SOS DENTARIOS Y A LOS POCOS CONOCIMIENTOS Y EXPERIEN-- CIAS QUE HE TENIDO DURANTE MI CARRERA. DE AHÍ NACIÓ MI INTERÉS POR SU ESTUDIO E INFORMACIÓN.

LA ELIMINACIÓN DEL DOLOR, LOS TRASTORNOS Y PRO-- BLEMAS DE MIS PACIENTES, SON UNA DE LAS CAUSAS QUE ME IMPULSARON A ESTUDIAR CON MAS TENACIDAD, YA QUE SERÁN UNA AYUDA MUY VALIOSA EN MI CARRERA.

CAPÍTULO I

ESTUDIO DE LOS ABSCESOS.

DEFINICIÓN:

EL ABSCESO ES UN DEPÓSITO O SACO DE TEJIDO CONJUNTIVO Y DE CONTENIDO PURULENTO FORMADO POR LA DESINTEGRACIÓN DE LOS TEJIDOS.

LA IMPORTANCIA NACE DEL HECHO DE QUE CONSTITUYE CASI LA TOTALIDAD DE LA INFECTOLOGÍA FOCAL DE ORIGEN BUCAL QUE ES ATRAVÉS DE LAS LESIONES DE ESTOS TEJIDOS QUE LAS BACTERIAS ATRAVIEZAN LAS PRIMERAS LÍNEAS DE DEFENSA GANANDO ACCESO A LAS ESTRUCTURAS PROFUNDAS Y A LA CIRCULACIÓN GENERAL.

SIENDO LESIONES INFECCIOSAS DE NATURALEZA BACTERIANA Y CAPACES DE DISEMINACIÓN, PRODUCEN FOCOS INFECCIOSOS A DISTANCIA QUE ATACAN TEJIDOS BLANDOS Y DUROS, EN MAYOR O MENOR AMPLITUD DESENCADENÁNDOSE UNA REACCIÓN ORGÁNICA DEFENSIVA, COMO ES LA INFLAMACIÓN CON SU SINTOMA

TOLOGÍA CARACTERÍSTICA QUE ES: DOLOR, TUMOR, RUBOR Y CALOR; SIGNOS QUE SERÁN PATOGNOMÓNICOS, CIRCUNSTANCIA POR LA CUAL EL DIAGNÓSTICO SERA ESPECÍFICO.

ETIOLOGÍA:

LAS CAUSAS DE LA PERIODONTITIS PUEDEN SER GENERALES O LOCALES, UTILIZAN VÍAS DIFERENTES PARA LESIONAR EL PERIODONTO; VÍA HEMÁTICA O CIRCULACIÓN SANGUÍNEA, VÍA CERVICAL, APICAL, POR CONTINUIDAD ATRAVÉS DEL HUESO O VÍA INTRAVENOSA.

a) CAUSAS GENERALES:

PROVOCAN LA EXALTACIÓN DE FOCOS PERIAPICALES LATENTES. SE DIVIDEN EN:

1o. CONGESTIVAS:

ESTADOS CONGESTIVOS DE LA ENCÍA CON UN CIERTO GRADO DE PERIODONTITIS SUBAGUDO SE OBSERVAN EN LA MUJER DURANTE LA MENSTRUACIÓN Y EL EMBARAZO.

2o.- INFECCIOSAS:

LA GENERALIZACIÓN DE LAS INFECCIONES DISMINUYEN--
LA RESISTENCIA DEL ORGANISMO AUMENTANDO LA SEPTICIDAD--
DEL MEDIO BUCAL. LAS PERIODONTITIS SECUNDARIAS DESA--
ROLLAN A CONSECUENCIA DE LA SÍFILIS, TIFOIDEA, REUMA--
TISMO ARTICULAR AGUDO, ETC.

3o. TÓXICAS:

ESTAS SE DEBEN A SUSTANCIAS TÓXICAS COMO: MERCU--
RIO, PLOMO, FÓSFORO, ARSÉNICO, BISMUTO, ETC. PUDIÉN--
DOSE ELIMINAR POR LA SALIVA O LA ENCÍA, DESTRUYENDO LA
RESISTENCIA LOCAL, LA CUAL FAVORECERÁ A LA APARICIÓN -
DE UNA PERIODONTITIS.

CAUSAS LOCALES.- SE DIVIDEN EN: MECÁNICAS, QUÍMICAS E-
INFECCIOSAS.

1o.- MECÁNICAS: (TRAUMÁTICAS).

LAS IRRITACIONES TRAUMÁTICAS DEL PERIODONTO CONS--
TITUYEN UN SECESO COMÚN EN CLÍNICA PRÁCTICA Y AÚN SE -
LES HA OBSERVADO CON ALTERACIONES DE LA PULPA. LOS--
TRAUMATISMOS PUEDEN PRODUCIRSE SOBRE EL DIENTE O SOBRE
LA PORCIÓN GINGIVAL DEL PERIODONTO. LAS CAUSAS MÁS--
FRECUENTES DE PERIODONTITIS TRAUMÁTICA SON: GOLPES O -

CAÍDAS SOBRE LA BOCA O PIEZAS DENTALES, LESIONES EN EL CURSO DE OPERACIONES DENTALES, SOBRECLOSIÓN, ETC.

LAS CAÍDAS O GOLPES SOBRE ALGÚN OBJETO DURO ACCIDENTE COMÚN EN LOS NIÑOS O CONSECUENCIA DEL CHOQUE VIOLENTO PUEDEN PRODUCIR LUXACIONES INCOMPLETAS, CON DESGARRRES PARCIALES Y EXTENSOS DEL LIGAMENTO. SI LA PULPA NO ESTÁ SERIAMENTE DAÑADA POR EL CHOQUE O ACCIDENTE LAS ALTERACIONES PERIODÓNTICAS SE REPARAN POR SÍ MISMAS FUERA DE TODA MEDICACIÓN ESPECIAL. CONTUSIONES DEL PERIODONTO PUEDEN OCURRIR POR UNA FUERZA MASTICATORIA ACCIDENTAL SOBRE UN OBJETO DURO O DURANTE ALGUNA EXODONCIA-TRAUMÁTICA, TOMANDO COMO APOYO LOS DIENTES VECINOS.

CHOQUES OCLUSALES EXCESIVOS O ANORMALES APOYADOS A UN DIENTE DURANTE LA MASTICACIÓN, EN EL CASO EN QUE ---CIERTO NÚMERO DE DIENTES VECINOS SE HAN PERDIDO O EN ---AQUELLOS EN DONDE EXISTEN SURCOCLOSIÓN, PUEDEN A VECES- SER RESPONSABLES DE UN GRADUAL ENSANCHAMIENTO DEL ESPACIO PERIODÓNTICO QUE INFECTÁNDOSE SECUNDARIAMENTE, ORIGINA UNA PERIODONTITIS CRÓNICA.

LA PERIODONTITIS AGUDA SE CONSIDERA SU PUNTO DE ---PARTIDA EN OBTURACIONES PERMANENTES DEMASIADO ALTAS, ---

POR LA CONCENTRACIÓN DE LA FUERZA DEL IMPACTO EN EL CIERRE DE LA BOCA. PERIODONTITIS QUE SOLO CESARÁN CON LA SUPERACIÓN DEL AGENTE CASUAL, APARATOS PROTÉSICOS CON DEFICIENCIAS EN SU CONSTRUCCIÓN, EN EL CURSO DEL TRATAMIENTO ORTODÓNTICO, POR EL DESPLAZAMIENTO MUY RÁPIDO O VIOLENTO DE LOS DIENTES, ETC. DETERMINAN FRECUENTEMENTE APARICIÓN DE PERIODONTITIS.

OTRA CAUSA MECÁNICA ES EN EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOTERAPIA AL USAR LOS TIRANERVIOS, SONDAS Y DEMÁS INSTRUMENTOS SOBREPASANDO EL FORAMEN CAUSANDO IRRITACIÓN DEL PERIODONTO APICAL Y SOBRECCLUSIÓN DE LOS CONDUCTOS.

2o.- QUÍMICAS:

CAUSADAS POR LAS SUBSTANCIAS USADAS COMO DESVITALIZADORAS PULPARES O ESTERILIZACIÓN DE LA DENTINA COMO: - ANHIDRIDO ARSERIOSO, ACIDO SULFÚRICO, BIÓXIDO DE SODIO, PASTAS ANTISÉPTICAS A BASE DE FORMOL O TRIOXIMETILENO, - ARSÉNICO.

INFECCIOSAS:

CAUSADAS POR MICROORGANISMOS INFECCIOSOS, SIENDO LA FORMA MÁS COMÚN DE LA INFLAMACIÓN PERIAPICAL. PENE

TRAN POR DISTINTAS VÍAS COMO: HEMÁTICA, APICAL, CERVI--
CAL, TRANSÓSEA. POR VÍA APICAL NECESARIAMENTE DEBE --
EXISTIR NECROSIS PULPAR Y COMO CONSECUENCIA EL PASO DE--
TOXINAS ATRAVÉS DEL FORAMEN APICAL, ORIGINANDO LA EXTEN--
SIÓN DEL PROCESO CARIOSO Y LA CONSECUENTE INFECCIÓN.

POR LA VÍA CERVICAL, LA INFECCIÓN DEL PERIODONTO -
TIENE LUGAR POR EL CUELLO DE LOS DIENTES. LAS CAUSAS --
QUE EXPONEN AL LIGAMENTO ALVEOLODENTAL POR LO GENERAL--
SON TRAUMÁTICAS, QUÍMICAS, TÉRMICAS O DE OTRA NATURALE--
ZA SON SUFICIENTES YA QUE DESTRUYEN EL EPITELIO DANDO--
ENTRADA A LOS GÉRMESES PATÓGENOS.

POR LA VÍA TRANSÓSEA UTILIZADA POR INFECCIONES LAS
CUALES SE DESARROLLAN EN LA VACINDAD DE LOS TEJIDOS.

GRAN VARIEDAD DE ENFERMEDADES COMO: ARTRITIS AGUDA
Y CRÓNICA, OSTEOFLEMÓN, OSTEITIS, OSTEOMILITIS, NECRO--
SIS ÓSEA, GOMA SIFILÍTICA, TUBERCULOSIS Y ACTINOMICOSIS
SE EXTIENDEN DE TAL MANERA QUE ATRAVIEZAN O ENVUELVEN -
ARTICULACIONES ALVEOLODENTALES O HUESOS SEGÚN CORRESPON--
DA LA ZONA VECINA.

CLASIFICACIÓN:

LA CLASIFICACIÓN DE LOS ABSCESOS DENTARIOS SERÁ PORCONSIGUIENTE A SU LOCALIZACIÓN ANATÓMICA, PLANOS AFECTADOS Y SU CRONOLOGÍA.

DE ACUERDO A SU LOCALIZACIÓN ANATÓMICA SE ENCUENTRAN EN: CAVIDAD BUCAL, CARA Y CUELLO, ASÍ COMO EN REGIONES PERIAPICALES, PARODONTALES, DE LOS LABIOS, PALADAR, SUBPERIÓSTICO DE LOS MAXILARES, REGIÓN SUBLINGUAL, MENTONIANA Y SUBMENTONIANA, FONDO DE SACO, REGIÓN SUBMAXILAR, ESPACIO PRETEMPORAL, PTERIOGOMANDIBULAR, PARAFARÍNGEO Y VAINA CUROTÍDEA.

POR LOS PLANOS QUE AFECTAN, LOS ABSCESOS SUBMUCOSOS, SUBCUTÁNEOS DE TEJIDOS BLANDOS Y DUROS, SEGÚN AFECTEN EL TEJIDO ÓSEO O EL DIENTE, ASÍ SERÁN SUBPERIÓSTICOS, PERICEMENTARIOS Y ALVEOLARES.

POR SU CRONOLOGÍA SE DIVIDEN EN: AGUDOS, SUBAGUDOS Y CRÓNICOS. LAS MANIFESTACIONES INICIALES DEL PERIODONTOINFLAMADO OCURREN PRINCIPALMENTE EN EL PUNTO DE ATAQUE.

ESTE PUNTO PREPARATORIO PARA EL INGRESO DE INFECCIO-

NES PUDIENDO SER LA REGIÓN PERIAPICAL, QUE ES INVADIDA -- POR EL PASAJE DE MICROORGANISMOS O TOXINAS DESDE PULPAS-- GANGRENADAS ATRAVÉS DEL FORAMEN, O PUDIENDO OCURRIR DESDE EL MARGEN GINGIVAL DEL PERIODONTO, DONDE LAS IRRITACIONES TRAUMÁTICAS SON FRECUENTES, CON LIMITACIONES A ESA ZONA-- O DESARROLLOS EN PLANOS MÁS PROFUNDOS O ENTRE LAS RAÍCES-- DE LOS DIENTES MULTIRRADICULARES.

AL LOCALIZAR LA INFLAMACIÓN COMO RESULTADO NOS PERMI-- TIRÁ UNA SEGUNDA DISTINCIÓN EN PERIODONTITIS APICALES, -- MARGINALES E INTERRADICULARES. EL PROCESO INFLAMATORIO-- CIRCUNSCRITO COMENZANDO A DICHOS PUNTOS PODRÁ ENVOLVER -- POR SU DESARROLLO ULTERIOR A LA TOTALIDAD DEL PERIODONTO-- Y EN LOS CASOS SEVEROS RESULTARÁ UN TIPO DE INFLAMACIÓN-- SUPURADA DIFUSA DE ESTE TEJIDO, EN CIERTAS CONDICIONES EL PROCESO AGUDO PUEDE TRANSFORMARSE EN CRÓNICO; EN ESTE ÚL-- TIMO PERÍODO, LOS CARÁCTERES SALIENTES DE LA ENFERMEDAD-- SE DESARROLLAN LENTAMENTE. PUEDEN DURAR SEMANAS, MESES-- PARA SU EXTERIORIZACIÓN COMPLETA, ACOMPAÑADA POR UN CUA-- DRO CLÍNICO CON VARIOS SIGNOS PATOGNOMÓNICOS.

SUBDIVISIÓN DE LOS ABSCESOS PERIAPICALES: DENTOALVEO-- LAR AGUDO Y CRÓNICO.

EL ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO DA FORMACIÓN A MEDIDA QUE PROGRESA LA PERIODONTITIS SUPURADA AGUDA. DESTRUYÉN DOSE EL TEJIDO BLANDO E INVADIDO EL HUESO ALVEOLAR. SE-ACUMULA PUS EN EL ÁREA APICAL FORMANDOSE POR LO GENERAL -MEMBRANA PIÓGENA QUE AISLA LA INFECCIÓN.

CUANDO SE EXTRAE UNA PIEZA DENTARIA EN ESTA PRIMERA-ETAPA DE LA FORMACIÓN DEL ABSCESO, POR LO COMÚN ESTÁ ADHE RIDA AL DIENTE UNA MASA FLUCTUANTE DE TEJIDO, QUE ES MU--CHO MÁS SUAVE QUE UN GRANULOMA, SIENDO DE COLOR ROJO.

SE VE QUE LA INFLAMACIÓN SE EXTIENDE A LA MEMBRANA--PERIODONTAL, QUEDANDO ADHERIDA DICHA MASA AL DIENTE EX---TRAÍDO. LA COLORACIÓN ROSA TÍPICA DE LA INFLAMACIÓN AGU DA ES CAUSADA NO SOLO POR LA HIPEREMIA DE LOS VASOS DE LA MEMBRANA PERIODONTAL, SINO TAMBIÉN POR LOS FOCOS DE HEMO--RRAGIA PRODUCIDOS POR DIAPEDESIS PUEDEN ENCONTRARSE BOL--SAS DEL ABSCESO ADHERIDAS AL ÁPICE, EL ÁREA INTERRADICU--LAR O A UN LADO DEL DIENTE, SEGÚN SI LA INFECCIÓN OCURRE--EN EL ÁPICE, O EN UN CONDUCTO ACCESORIO O TAMBIÉN EN UNA--PERFORACIÓN ARTIFICIAL.

EL ABSCESO DENTOALVEOLAR SE EXTIENDE EN LA DIRECCIÓN

DE MENOR RESISTENCIA. LOS ESPACIOS MEDULARES VECINOS---
SERÁN INVADIDOS, A MEDIDA QUE SE VAN DESTRUYENDO LAS TRA
BÉCULAS DAN COMO FORMACIÓN A UN GRAN ABSCESO CENTRAL EN-
EL MAXILAR, PUDIÉNDOSE LLAMAR OSTEITIS SUPURADA. ESTA-
ETAPA DE SINTOMATOLOGÍA SERÁ UN FUERTE DOLOR CAUSADO POR
LA PRESIÓN DEL EXUDADO PURULENTO. AL EXTRAER LA PIEZA-
DENTARIA SE NOTA DE INMEDIATO LA SALIDA DEL PUS CON SU--
COLOR CARACTERÍSTICO CREMOSO Y DE COLOR AMARILLENTO, SIN
TIENDO ALIVIO EL PACIENTE INMEDIATO POR LA EXTRACCIÓN, -
YA QUE ESTA PERMITIRÁ UN DRENAJE EFICIENTE AÚN CUANDO --
EXISTA LA PARED PROTECTORA ALREDEDOR DE LA LESIÓN PURU--
LENTA, ENCONTRAREMOS QUE SI NO SE EFECTÚA LA EXODONCIA,-
LA INFLAMACIÓN SE EXTENDERÁ GRADUALMENTE HACIA LA PERIFE
RIA ALCANZANDO FINALMENTE LA LÁMINA CORTICAL; PUDIENDO -
ESTAR INVADIDAS OTRAS GRANDES O PEQUEÑAS AREAS, ASI COMO
LOS DIENTES CONTIGÜOS, QUE SE HACEN SENSIBLES A LA PERCU
SIÓN.

LOS GANGLIOS LINFÁTICOS GENERALMENTE ESTARÁN INFECC-
TADOS, BLANDOS Y DOLOROSOS A LA PALPACIÓN SI LA INFECCIÓN
AFECTA EL ÁREA DE LOS INCISIVOS DE LA MANDÍBULA, LOS GAN
GLIOS SUBMENTONIANOS SERÁN LOS AFECTADOS.

EN LOS DIENTES DE LA PRIMERA DENTICIÓN PUEDEN DESTRUIRSE COMPLETAMENTE EL HUESO ALVEOLAR, AFECTANDO COMO CONSECUENCIA LOS GÉRMENES DENTARIOS DE LA DENTICIÓN PERMANENTE.

AUNQUE SE HA CREÍDO GENERALMENTE QUE LA ENCAPSULACIÓN DE LAS PIEZAS DENTARIAS EN DESARROLLO, DEL RESTO-- DEL ÓRGANO DEL ESMALTE Y DEL FOLÍCULO DENTAL DA UNA PROTECCIÓN ADECUADA CONTRA EL ATAQUE EXTERIOR. HAY INDICIOS DE QUE UNA INFECCIÓN LEVE PRODUCE UN EFECTO ESTIMULANTE EN EL EPITELIO DEL GERMEN DENTARIO PUDIENDO CAUSAR LA FORMACIÓN DE UN QUISTE DENTÍGENO.

SE FORMA UN ABSCESO SUBPERIÓSTICO SI LA INFECCIÓN-- PERFORA LA SUPERFICIE DEL HUESO, EL CUAL ES PRECEDIDO-- POR PERIODONTITIS EXTENSA CON SÍNTOMAS MÁS AGUDOS QUE-- LOS EXPERIMENTADOS EN ETAPAS ANTERIORES DE LA INFECCIÓN GENERALMENTE SE ACUMULAN LÍQUIDO PURULENTO BAJO EL PERI-- OSTIO PERFORÁNDOSE EL MISMO, FORMANDO POSTERIORMENTE-- UN ABULTAMIENTO EN LA ENCÍA.

EL ABSCESO GINGIVAL SE ENCUENTRA POR CARA O LADO-- BUCAL O LABIAL DEL MAXILAR GENERALMENTE CUANDO LA INFECC

CIÓN EMPIEZA EN RAÍCES PALATINAS DE UN DIENTE SUPERIOR, EL PROCESO INFLAMATORIO PUEDE LIMITARSE A LA MUCOSA PALATINA, EN ESTOS CASOS SE FORMAN ABULTAMIENTOS POR LA INFECCIÓN AVANZADA ALCANZANDO PARTE PARCIAL O TOTAL DEL PALADAR, PROVOCANDO GENERALMENTE EDEMA COLATERAL DEL PALADAR BLANDO Y LA ÚVULA.

LA TRAYECTORIA QUE SIGUE EL ABSCESO DENTOALVEOLAR AGUDO DESDE SU ORIGEN DEPENDERÁ DE LAS CONDICIONES ANATÓMICAS. AUNQUE LA GRAVEDAD PUEDA INFLUIR, LA CORTEZA PRÓXIMA AL FOCO DE INFECCIÓN PODRÁ AFECTARSE, ASÍ COMO LAS INSERCIONES MUSCULARES, EL ABSCESO EN EL TEJIDO BLANDO SE FORMA EN EL INTERIOR DE LA CAVIDAD BUCAL O SUBSECUENTEMENTE.

EN EL ABSCESO DENTOALVEOLAR CRÓNICO SE PRESENTARÁ COMO PRIMER CUADRO LA PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA, QUE ES UNA REACCIÓN A UN AGENTE NOCIVO LEVE, QUE ESTARÁ EMANANDO DEL CONDUCTO RADICULAR QUE TIENE SU PAQUETE NEUMUSCULAR AFECTADO O PULPA ENFERMA. PUEDE SER TAMBIÉN LA FASE FINAL DE UN PROCESO AGUDO DE SUPURACIÓN QUE NO HA TENIDO EL ÉXITO DESEADO.

EN LOS CASOS EN QUE LA INFECCIÓN PASE A SU SEGUNDA FASE DEBERÁ CORRESPONDER AL USO DE MEDICAMENTOS IRRITANTES MATERIALES DE OBTURACIÓN EXCESIVOS U OTROS CUERPOS-EXTRAÑOS, SIENDO COMO UNA CAUSA PRIMARIA LA GANGRENA -- PULPAR.

UNA LESIÓN APICAL LATENTE PUEDE PRESENTARSE A VECES EN DIENTES CUYOS CONDUCTOS HAN SIDO TRATADOS CON CONDUCTOTERAPIA O ENDODONCIA CON MESES Y AUN AÑOS DE ANTERIORIDAD.

TODA EXITACIÓN INDEBIDA PUEDE SER RESPONSABLE DE UNA EXALTACIÓN DE LA VIRULENCIA MICROBIANA, RESULTANDO UNA SUPURACIÓN SUBAGUDA O AGUDA DE LA REGIÓN AFECTADA.

EL ABSCESO DENTOALVEOLAR, ES ASINTOMÁTICO, LOS ÚNICOS SÍNTOMAS QUE OCASIONALMENTE SE MANIFIESTAN SON LIGERO ENTUMECIMIENTO DE LA PIEZA DENTAL Y/O LA AUSENCIA DE UNA FÍSTULA.

UNA VEZ QUE LA PULPA MUBRE, ENZIMÁTICOS O BACTERIA NOS SE DIFUNDEN O SALEN DEL CONDUCTO RADICULAR PRODUCIENDO LA INFLAMACIÓN O REAL INFECCIÓN DEL TEJIDO PERIA

PÍCAL, SI EL IRRITANTE CONTINÚA RESULTARÍA EN DESTRUC--
CIÓN DE ESTOS TEJIDOS CON ACUMULACIÓN PURULENTO. EN -
ALGUNOS CASOS DICHA ACUMULACIÓN LOGRA SU SALIDA POR ME-
DIO DE UNA FÍSTULA, PERO EN OTROS CASOS DE ABSCESOS CRÓ-
NICOS LA CANTIDAD DE PUS QUE SE FORMA EN TAN PEQUEÑA A-
CAUSA DEL BAJO GRADO DE LA INFECCIÓN, QUE EL MATERIAL--
PURULENTO ES ELIMINADO POR VIAS VASCULARES Y CANALES---
LINFÁTICOS, ASÍ QUE LA CANTIDAD DE HUESO DESTRUIDO NO--
LLEGARÁ A SER MÁS GRANDE, SINO QUE PERMANECERÁ ESTÁTICO
OTRA RAZÓN SERÁ QUE SE PRESENTARÁ CERCA DE LA PERIFERIA
UN CORDÓN DE LEUCOCITOS QUE DELIMITAN LA INVASIÓN DE MI-
CROORGANISMOS AL TEJIDO VIVO.

LA TERMINOLOGÍA DE SUBAGUDO SE ENUNCIARÁ A UN GRU-
PO CLÍNICO ARBITRARIO DE CASOS QUE SI BIEN NO SIGUEN LA
EVOLUCIÓN RÁPIDA Y GRAVE DEL ABSCESO AGUDO, TAMPOCO LA-
LENTA Y ASINTOMÁTICA DE LOS ABSCESOS CRÓNICOS.

EL ABSCESO PERIODÓNTICO CONOCIDO TAMBIÉN POR PARU-
LIS O PERULIA O ABSCESO EN BOTÓN DE CAMISA, SU FORMA---
CIÓN ES LA ASOCIACIÓN CON BOLSAS PERIODONTALES PROFUN-
DAS. CLINICAMENTE PARECE UN PEQUEÑO BOTÓN O FURÚNCULO
CIRCUNSCRITO EN LA ENCÍA DEL DIENTE AFECTADO,

HISTOPATOLOGÍA:

LA INVASIÓN DE LOS TEJIDOS DE LA CAVIDAD BUCAL POR MICROORGANISMOS PATÓGENOS, TRAE COMO CONSECUENCIA UNA-- REACCIÓN LOCAL DEL CUERPO DE LA IRRITACIÓN; ES LA RES-- PUESTA DE LA NATURALEZA DEL DAÑO COMO DEFENSA DEL ORGA-- NISMO AL ATAQUE MICROBIANO Y EL MEDIO POR EL CUAL ES -- COMBATIDA LA INFECCIÓN POR DEFENSAS NATURALES, ES LA IN-- FLAMACIÓN CUYOS SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS A LOS ANTERIO-- RES, SIENDO ELLOS LA EXPRESIÓN EXTERNA DE LOS CAMBIOS-- VASCULARES.

LA CAUSA DE LA INFLAMACIÓN QUE ES LA DEFENSA DEL - ORGANISMO, PUEDE SER CUALQUIER TÓXICO; EL MÁS COMÚN ES-- EL PRODUCIDO POR LOS MICROORGANISMOS PATÓGENOS. EN ES-- TOS CASOS, LAS BACTERIAS PRODUCEN UNA REACCIÓN AGUDA DE QUE RESULTA EL PASE DE CÉLULAS Y LÍQUIDOS HUMORALES DE-- LA SANGRE DE LOS VASOS A LOS TEJIDOS, DESENCADENÁNDOSE-- UNA REACCIÓN DE DEFENSA DE LAS CÉLULAS MESODÉRMICAS --- ERRANTES QUE ATRAVIEZAN LAS PAREDES VASCULARES HACIA EL IRRITANTE (ESTAS CÉLULAS SERÁN LOS LEUCOCITOS PRODUCI-- DOS POR LA MÉDULA ÓSEA).

NORMALMENTE, LOS ELEMENTOS FIGURADOS DE LA SANGRE-
FLUYEN EN EL CENTRO DE LA CORRIENTE Y EL PLASMA HACIA -
LA PERIFERIA, (EL PLASMA SANGUÍNEO QUE ES EL FACTOR DE-
DEFENSA HUMORAL), PERO EN LA INFLAMACIÓN, LOS GLÓBULOS-
SE MUEVEN HACIA LA PERIFERIA ADHERIÉNDOSE A LAS PAREDES
DE LOS VASOS (DIAPÉDESIS) POR MOVIMIENTOS AMIBOIDEOS.
ES MUY DOLOROSO, PERO EL PACIENTE NOTA SU EXISTENCIA Y-
PUEDE RELATAR NUMEROSOS EPISODIOS SOBRE LESIONES DE ESA
ÍNDOLE, CADA UNA DE LAS CUALES TERMINA ADHIRIÉNDOSE Y--
POR CONSIGUIENTE DESCARGANDO LÍQUIDO PURULENTO.

POSTERIORMENTE EN EL SIGUIENTE CAPÍTULO SE HARÁ --
MENCIÓN MINUCIOSA EN SU ESTUDIO Y DESARROLLO, ASÍ COMO-
TAMBIÉN MECANISMOS DE FORMACIÓN DE LOS ABSCESOS MENCIO-
NADOS.

LOS GLÓBULOS ROJOS PUEDEN TAMBIÉN SALIR DANDO LU--
GAR A UNA INFLAMACIÓN HEMORRÁGICA. EN TODA INFLAMA---
CIÓN INTERVENDRÁN LOS LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES, CÉ
LULAS MONONUCLEARES (MACRÓFAGOS Y CÉLULAS GIGANTES) Y -
PEQUEÑOS LINFOCITOS.

LOS LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES, FAGOCITAN LAS -

EL PLASMA SANGUÍNEO ES OTRA DE LAS DEFENSAS, ESCAPÁNDOSE DE LAS PAREDES DE LOS VASOS, ES MENOS VISCOSO Y SU CONTENIDO DE PROTEÍNAS EN EL INTERIOR DE LOS VASOS-- ES MENOR. EN LA INFLAMACIÓN, EL PLASMA SANGUÍNEO QUE-- SE INFILTRA ENTRE LOS ESPACIOS DE LOS TEJIDOS CONTIENE-- MUCHAS PROTEÍNAS, ES EL SUERO O FLUÍDO INTERCELULAR, LA CANTIDAD DE LINFA AUMENTA MUCHO DURANTE LA INFLAMACIÓN, TANTO QUE SE ACUMULA ENTRE LOS ESPACIOS DE LOS TEJIDOS-- CAUSANDO EDEMA.

LA LINFA TIENE UN PAPEL IMPORTANTE AL COMBATIR LA-- INFECCIÓN; DILUYE LAS TOXINAS DE LAS BACTERIAS, CONTIENE SUBSTANCIAS ANTIBACTERIANAS DEL PLASMA SANGUÍNEO ---ARRASTRANDO LOS PRODUCTOS IRRITANTES DE LA DESCOMPOSICIÓN. EN LA CAVIDAD ORAL TODOS ESTOS PEQUEÑOS FENÓMENOS Y ALTERACIONES MENCIONADAS SE PERCIBEN ASI:

EN LA PERIODONTITIS SUPURADA DE LOS VASOS, ESTÁN-- ENSANCHADOS Y HAY NOTABLE DIAPEDESIS, CUANDO LOS LEUCOCITOS POLIMORFONUCLEARES SE ACUMULAN GRADUALMENTE, EL-- TEJIDO SE DESTRUYE.

PUEDE HABER HEMORRAGIA Y ACUMULACIÓN DE PUS. LA-

INFECCIÓN SE EXTENDERÁ DEL ESPACIO PERIODONTAL AL HUESO ESPONJOSO. PRIMERO SON INVADIDOS LOS ESPACIOS MEDULARES Y DESPUÉS LOS CANALES DE HAVERS. SEGÚN LA CANTIDAD DE HUESO AFECTADO, LA LESIÓN SE DENOMINARÁ ABSCESO-DENTOALVEOLAR U OSTEITIS SUPURADA. LA DIFERENCIA SOLO ESTARÁ EN EL GRADO DE ALTERACIÓN DEL HUESO. EL PROCESO ES EL MISMO EN AMBOS CASOS. LA OSTEOGÉNESIS CESA, LOS ESTEOBLASTOS YA NO SE TIENEN Y DESAPARECEN, LA MÉDULA SE INFILTRA CON LEUCOCITOS Y UNA AMPLIA CAVIDAD DE ABSCESO SE FORMA POR REABSORCIÓN DE LAS TRABÉCULAS ÓSEAS. CUANDO SE ATRAVIEZAN LA LÁMINA CORTICAL, SE VE EL PERIOSTIO ENGROSADO POR EL EDEMA Y AUMENTADO DE VOLUMEN POR LA ACUMULACIÓN DE LÍQUIDO PURULENTO.

EL EDEMA COLATERAL DE LA CARA SE PRESENTA PRINCIPALMENTE POR UN AUMENTO EN LA PERMEABILIDAD DE LOS CAPILARES DE MODO QUE EL LÍQUIDO SALE RÁPIDAMENTE A LOS ESPACIOS INTERCELULARES FORMÁNDOSE UNA RED DE FIBRINA QUE IMPIDE EL MOVIMIENTO DEL LÍQUIDO ATRAVÉS DEL TEJIDO CON LO CUAL AUMENTARÁ LA ACUMULACIÓN DE EXUDADO INFLAMATORIO.

EN LA REPARACIÓN LA CAVIDAD DEL ABSCESO EN EL---
MAXILAR SE LLENA DE HUESO DE UN ASPECTO BASTANTE ALTE-
RADO, FORMADO POR UNA MASA DE TRABÉCULAS ÓSEAS CON ES-
PACIOS MEDULARES MUY PEQUEÑOS, PARECIENDO CON FRECUEN-
CIA HUESO COMPACTO. ESTE HUESO ESCLERIZADO TIENE UNA
ESTRUCTURA NOTABLEMENTE DISTINTA A LA DEL HUESO NORMAL
CIRCUNDANTE.

CON FRECUENCIA RESULTA ANQUILOSIS ENTRE EL CEMEN-
TO DEL DIENTE Y EL HUESO. EL DIENTE MUESTRA SÍNTOMAS
DE REABSORCIÓN QUE PRECEDEN A LA ANQUILOSIS, A ESTO --
ATRIBUYE AISENBERG, DESCRIBIENDO QUE EL HUESO PUEDE --
UNIRSE A LA DENTINA DE LA RAÍZ. EN EL CASO DE QUE ES
TA REABSORCIÓN SEA ORIGINADA POR UN PROCESO INFLAMATO-
RIO, LA UNIÓN SE HACE CON EL HUESO NUEVAMENTE FORMADO,
QUE LLENARÁ EL ÁREA DE HUESO DESTRUIDO POR LA INFEC---
CIÓN.

SE COMPRENDERÁ LA GRAN DIFICULTAD QUE ACONTECE O-
ENTRARÁ LA EXTRACCIÓN DE UNA PIEZA DENTARIA EN ESTE --
GRADO DE CONDICIONES.

MENCIONAMOS TAMBIÉN LA PARULIS O ABSCESO PERIODÓNTICO EN SU HISTIOGÉNESIS O MECANISMO DE FORMACIÓN, LA ABERTURA CORONARIA DE UNA BOLSA PERIODÓNTICA SE CIERRA DEBIDO A LA TUMEFACCIÓN DE LA ENCÍA. POR CONSIGUIENTE, LA BOLSA SE CONVERTIRÁ EN UNA CÁMARA DE INCUBACIÓN IDEAL; LAS BACTERIAS PROLIFERAN FORMANDO UN ABSCESO -- QUE SIGUIENDO LA LÍNEA DE MENOR RESISTENCIA "APUNTA" - HACIA LOS TEJIDOS GINGIVALES BLANDOS.

CAPÍTULO II

DIAGNÓSTICO

ESTE CONSISTE EN EL RECONOCIMIENTO DE UNA ANORMALIDAD LA INVESTIGACIÓN DE LA MISMA Y LAS CAUSAS QUE LA HAN PROVOCADO.

LOS MÉTODOS DE QUE NOS VALEMOS PARA LOGRAR UN --- DIAGNÓSTICO COMPLETO NOS ENSEÑA A CONOCER E INTERPRE-- TAR LOS SÍNTOMAS QUE OBTENDREMOS Y SERÁN EMPLEADOS EN-- LA CLÍNICA PARA SABER EL ESTADO DE SALUD, SENTAR EL -- PRONÓSTICO E INSTITUIR EL TRATAMIENTO ADECUADO.

HISTORIA CLÍNICA:

SERÁ EL PRIMER PASO A SEGUIR EN CUALQUIER TRATA-- MIENTO ODONTOLÓGICO QUE CONSISTE EN LA RECOPIACIÓN DE DATOS DEL PACIENTE PARA OBTENER SU ESTUDIO COMPLETO.

INTERROGATORIO:

ESTE SERÁ UNO DE LOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO POR -

MEDIO DEL LENGUAJE (CASO NORMAL) Y DEBERÁ PRACTICARSE SIEMPRE QUE SE TRATE DE UN PACIENTE QUE ACUDA A NOSOTROS POR PRIMERA VEZ, PROCURANDO USAR UN LENGUAJE QUE SEA COMPRESIBLE Y AL ALCANCE DE LA PERSONA, DEBERÁ TOMARSE EN CUENTA LA EDAD DEL PACIENTE.

SE DEBE PROCURAR QUE SEA EL INTERROGADOR EL QUE LLEVE LA INICIATIVA, QUE LAS CONTESTACIONES DEL PACIENTE SEAN LAS RELACIONADAS A LO QUE SE PREGUNTA, NO PERMITIÉNDOLE QUE SE EXPLAQUE MÁS DE LO DEBIDO. POR MEDIO DEL INTERROGATORIO OBTENDREMOS NOCIONES DE MOLESTIA Y DOLOR, SI ES QUE EXISTE, QUE TIPO, INTENSIDAD DEL MISMO, ANTIGÜEDAD DEL PADECIMIENTO, FECHA EN QUE SE PRESENTÓ, ETC.

INSPECCIÓN:

PARA ELLO NOS VALEMOS DE LA VISTA, CON ESTO OBTENDREMOS NOCIONES DEL ESTADO DE LAS SUPERFICIES, VOLUMEN COLOR Y ALTERACIONES OBJETIVOS DEL ESTADO BUCAL.

LA INSPECCIÓN PUEDE SER DE DOS FORMAS:

1o. SIMPLE:

LA REALIZACIÓN POR MEDIO DE LA OBSERVACIÓN, EN FORMA GENERAL OBSERVAMOS AL PACIENTE, SABEMOS SU ESTADO DE SALUD APARENTE. LA INSPECCIÓN ESPECÍFICA DE NUESTRA ESPECIALIDAD, LE PEDIMOS AL PACIENTE ABRIR SU BOCA Y OBSERVAMOS EN FORMA GENERAL, LAS ESTRUCTURAS DE LA CAVIDAD BUCAL HASTA DONDE LA VISTA PERMITE.

2o. ARMADA:

ES EL MEDIO POR EL CUAL EXAMINAMOS A NUESTRO PACIENTE VALIÉndonos DE LOS DISTINTOS INSTRUMENTOS CON QUE SE CUENTA EN EL GABINETE DENTAL (ESPEJO BUCAL, PINZAS DE CURACIÓN, EXPLORADOR, SONDA PERIODONTAL, ROLLOS DE ALGODÓN, EYECTOR DE SALIVA, ABATELENGUAS, SEPARADORES LABIALES Y SOLUCIONES ANTISÉPTICAS, ETC.).

EN LA INSPECCIÓN SE DEBERÁ SEGUIR UN ORDEN QUE SERÁ DE LA MANERA SIGUIENTE:

A) INSPECCIÓN GENERAL.

SE DEBERÁ PONER EMPENO EN DETALLES QUE SON MUY IMPORTANTES Y CON FRECUENCIA OLVIDAMOS; OBSERVEMOS FACIES

(ESTADO QUE GUARDA EL SEMBLANDE DE UNA PERSONA), MARCHA, SEXO, EDAD, TALLA, TICS NERVIOSOS, SI EXISTEN Y SU ESTADO EMOCIONAL APARENTE.

B) INSPECCIÓN DE LOS EJIDOS BLANDOS.

SERÁ SIMPLE Y ARMADA, PARA ESTO NOS VALEMOS DE LOS INSTRUMENTOS ANTES MENCIONADOS DEL GABINETE DENTAL. EN ESTA INSPECCIÓN SE OBSERVARÁN TRES DETALLES IMPORTANTES: CIANOSIS-COLOR AMORATADO POR FALTA DE OXIGENACIÓN, RUBICUNDEZ Y PALIDEZ.

ESTA INSPECCIÓN SERÁ EN LA CARA INTERNA DE LAS MEJILLAS, DE LOS LABIOS, DORSO DE LA LENGUA, PISO DE LA BOCA ÚVULA, AMÍGDALAS, PALADAR, PILARES DEL PALADAR, DESEMBOCADURA DE LOS CONDUCTOS SALIVALES, MODIFICACIÓN DEL COLOR GINGIVAL, ZONA PAPILAR, ENCÍA ADHERIDA O EN LA MUCOSA ALVEOLAR; MODIFICACIÓN DE LA FORMA, POSICIÓN Y ASPECTO SUPERFICIAL DE LA ENCÍA COMO HIPERPLASIA, RETRACCIÓN-DESAPARICIÓN DEL PUNTEADO, ASPECTO BRILLOSO, GRIETAS O FESTONEAMIENTO ACENTUADO; RETRACCIÓN DE TEJIDOS GINGIVALES QUE DARÁN LUGAR A FORMACIÓN DE BOLSAS, HEMORRAGIAS, PRESENCIA DE EXUDADO, MOVILIDAD, MIGRACIÓN Y POR ÚLTIMO,

LA ALTERACIÓN EN LA OCLUSIÓN.

C) INSPECCIÓN DE LOS TEJIDOS DUROS.

SE RECOMIENDA EMPEZAR CON EL TERCER MOLAR INFERIOR-DERECHO, LLEGANDO AL INCISO CORRESPONDIENTE Y CONTINUAR-PARA TERMINAR EN EL TERCER MOLAR SUPERIOR DERECHO, PARA-PODERLO EFECTUAR CORRECTAMENTE AISLAMOS CON ROLLOS DE AL-GODÓN, SECAMOS, SIGUIENDO EL MISMO ORDEN, OBSERVAMOS TO-DAS LAS CARAS BUCALES, LINGUALES, OCLUSALES Y PROXIMALES DEBIENDO PONER ESPECIAL EMPENO EN: SURCOS, FOSETAS Y FI-SURAS O CUALESQUIER OTRO DEFECTO ESTRUCTURAL, ESTO LO HA-CEMOS POR MEDIO DE EXPLORADORES Y EXCAVADORES.

PALPACIÓN:

SE REALIZA LA PALPACIÓN ATRAVÉS DEL TACTO DE LOS TE-JIDOS DUROS Y BLANDOS.

- a) EN LOS TEJIDOS DUROS SE LOGRA COLOCANDO EL DEDO-ÍNDICE Y PULGAR SOBRE LAS CARAS BUCALES, LINGUA-LES O PALATINAS Y CON LIGEROS MOVIMIENTOS DE LA-TERALIDAD, PALPAMOS EL GRADO DE MOVILIDAD, ASÍ - COMO ALGUNA HIPERSENSIBILIDAD EN LOS TEJIDOS DE-SOPORTE.

- b) EN LOS TEJIDOS BLANDOS VEREMOS LA CONSISTENCIA DE LA ENCIÓN Y SI HAY DOLOR A LA PRESIÓN HACIENDO UNA LIGERA PRESIÓN SOBRE LA ENCIÓN MARGINAL, TAMBIÉN SE VERÁ SI EXISTE SANGRADO O EXUDADO AL HACER ESTA PALPACIÓN

PERCUSIÓN:

POR ESTE MÉTODO OBTENDREMOS DATOS DE MOVILIDAD, --- ASÍ COMO LA VITALIDAD PULPAR, ESTE MÉTODO SE HACE CON INSTRUMENTO ROMO (MANGO DEL ESPEJO BUCAL), SE GOLPEA LIGERAMENTE EN SENTIDO VERTICAL, SI EXISTE DOLOR AL PERCUTIR EN ESTE SENTIDO, SE PUEDE PENSAR QUE UNA ALTERACIÓN PATOLÓGICA EN LA ZONA DE LOS ÁPICES DE LOS DIENTES; SI PERCUTIMOS EN SENTIDO HORIZONTAL SOBRE LAS CARAS BUCALES Y SI AL HACER ESTO EXISTE DOLOR O HIPERSENSIBILIDAD SE PODRÁ PENSAR QUE HAY ALTERACIÓN EN LAS FIBRAS DEL LIGAMENTO PARODONTAL.

MEDICIÓN:

SISTEMA UTILIZADO POR EL ODONTÓLOGO DE PRÁCTICA GENERAL Y CONSISTE EN MEDIR LOS DIÁMETROS DE LOS DIENTES, ESTE MÉTODO ES EMPLEADO POR LOS ORTODONCISTAS Y REHABILITADORES BUCALES.

PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR:

SE REALIZA BAJO TRES MEDIOS:

TÉRMICOS, REALIZADOS POR MEDIO DE AGUA FRÍA O CALIENTE QUE PROYECTAMOS SOBRE LA PIEZA DENTARIA, EL FRÍO LO OBTENEMOS TAMBIÉN COLOCANDO UNA TORUNDA DE ALGODÓN EMPAPADA DE CLORURO DE ETILO Y LA COLOCAMOS SOBRE EL DIENTE, EL CALOR LO PROYECTAREMOS POR MEDIO DE UN TROZO DE GUTAPERCHA, CALENTÁNDOLO A LA FLAMA DE LA LÁMPARA DE ALCOHOL, POARWEIOEMWNRW LA LLEVAREMOS AL DIENTE Y OBTENEMOS LA RESPUESTA POSITIVA O NEGATIVA DE LA VITALIDAD PULPAR.

a) QUÍMICAS:

LAS OBTENDREMOS PREGUNTÁNDOLE AL PACIENTE SI SIEN-TE ALGUNA MOLESTIA AL INGERIR ALIMENTOS DULCES O ÁCIDOS.

b) ELÉCTRICAS:

SE LOGRAN ATRAVÉS DEL VITALÓMETRO PULPAR, POR MEDIO DE UNA ESCALA NOS INDICARA SI HAY O NO VITALIDAD--PULPAR Y EL GRADO.

EXAMEN RADIOGRÁFICO:

SIEMPRE SERÁ DE SUMA IMPORTANCIA PORQUE NOS AYUDA A ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO MÁS ACERTADO, YA QUE POR ESTE MEDIO OBSERVAREMOS LA ESTRUCTURA INTERNA DEL DIENTE, ESTRUCTURA DEL HUESO DE SOPORTE, ASÍ COMO LA PRESENCIA DE RESTOS RADICULARES, ÁREAS RAREFACIENTES EN EL ÁPICE, PROFUNDIDAD DE LAS CAVIDADES CARIOSAS, CÁRRIES INTERPROXIMAL, REINCIDENCIA DE CARIES EN OBTURACIONES ANTIGUAS, DESAJUSTE EN EL MARGEN GINGIVAL POR OBTURACIONES MAL REALIZADAS, TAMAÑO DE LA PULPA, ALTURA DEL HUESO DE SOPORTE, DENSIDAD ÓSEA, ESPESOR O GROSOR DE LA MEMBRANA PARODONTAL, LO CUAL NOS INDICARÁ SI EXISTE O NO UNA SOBRECARGA FUNCIONAL, OCLUSIÓN TRAUMÁTICA, PROFUNDIDAD DE LAS BOLSAS PARODONTALES, REABSORCIÓN DE LA CRESTA ÓSEA, EN LA CORONA (TAMAÑO) CLÍNICA, ANATÓMICA, RAÍZ (TAMAÑO, FORMA Y NÚMERO).

RADIOGRÁFICAMENTE UNA PIEZA DENTARIA LA PODEMOS CLASIFICAR SEGÚN SUS CARACTERÍSTICAS ANATÓMICAS, TOMANDO EN CONSIDERACIÓN SU TAMAÑO, FORMA DE LA CORONA, DE LA RAÍZ, NÚMERO DE RAÍCES Y LA SITUACIÓN DE LAS MISMAS.

1.- DIENTES DE MÁXIMA RESISTENCIA:

DE ESTA CAPACIDAD DE RESISTENCIA A LAS FUERZAS PRODUCIDAS POR EL FUNCIONAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA CAVIDAD BUCAL, TENEMOS EN PRIMER TÉRMINO: DIENTES DE MAYOR RESISTENCIA EN LA ARCADA SUPERIOR, LOS CANINOS, PRIMERO Y SEGUNDOS MOLARES. EN LA ARCADA INFERIOR, CANINOS PRIMEROS Y SEGUNDOS MOLARES.

2.- DIENTES DE MEDIA RESISTENCIA:

TENEMOS EN LA ARCADA SUPERIOR, INCISIVOS CENTRALES, PRIMEROS Y SEGUNDOS PREMOLARES.

3.- DIENTES DE MENOR RESISTENCIA:

TENEMOS EN LA ARCADA ANTERIOR LOS INCISIVOS CENTRALES Y LATERALES.

EXISTE OTRA CLASIFICACIÓN POR MEDIO DE VALORES NUMÉRICOS:

UNA VEZ LLEVADA LA HISTORIA CLÍNICA A CABO EN LA FORMA ANTES MENCIONADA Y SIGUIENDO TODOS LOS PASOS DESCRITOS EN LA FORMA ADECUADA Y SIN DEJAR PASAR POR ALTO-

NINGÚN PUNTO, NOS QUDA PARA REALIZAR EL TRATAMIENTO ---
DEL CUAL HABLAREMOS EN FORMA SEPARADA.

UNA VEZ QUE CONTEMOS CON LOS MODELOS DE ESTUDIO -
DEL ENFERMO, TENDREMOS TODOS LOS DATOS SUFICIENTES PA-
RA ELABORAR EL DIAGNÓSTICO PRECISO, PROCEDEREMOS A LA-
ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRATAMIENTO, EL CUAL SEGUIRE--
MOS EN FORMA ORDENADA.

DEBEMOS TOMAR EN CONSIDERACIÓN QUE TODOS ESTOS PA
SOS SE SEGUIRÁN, EN CASO DE QUE NO SE PRESENTE UNA ---
EMERGENCIA, PUES SIENDO ASÍ SE PROCEDERÁ A INTERVENIR-
INMEDIATAMENTE PARA PROPORCIONAR PRIMERAMENTE ALIVIO.

CAPÍTULO III

TRATAMIENTO

LAS LESIONES AGUDAS DE LA CAVIDAD BUCAL NO SE VEN--
TODOS LOS DÍAS EN LA PRACTICA ODONTOLÓGICA. SIN EMBARGO,
TODO DENTISTA DEBERÁ ESTAR PREPARADO PARA RECONOCERLAS
Y TRATARLAS CORRECTAMENTE.

EN TALES CASOS EL PROFESIONAL DEBE RECORDAR QUE --
LAS ENFERMEDADES BUCALES PUEDEN ACOMPAÑARSE DE MANIFES--
TACIONES SISTEMÁTICAS Y TENER EN CUENTA ADEMÁS LOS DI--
VERSOS FENÓMENOS FISIOLÓGICOS QUE EL ORGANISMO PONE EN--
MARCHA PARA DEFENDERSE.

SI BIEN INFINIDAD DE LESIONES SON EXCEPCIONALES, -
ES NECESARIO QUE EL DENTISTA SEPA RECONOCERLAS Y DISTINGUIR
LAS ENTRE SÍ, PUES SE DEBERÁ DISTINGUIR UN ABSCESO--
PERIAPICAL DE UN PERICORONARIO, ASÍ COMO ESTOS DE UNA--
PULPITIS O PERIODONTITIS (QUE SON LESIONES AGUDAS TAM--
BIEN), Y DEBEREMOS DE ESTAR CAPACITADOS PARA HACER EL--
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, DE MANERA QUE PODEMOS TRATAR--

LAS DIRECTAMENTE O DERIVARLAS AL ESPECIALISTA APROPIADO.

Y UNA VEZ QUE SE HA RECONOCIDO A UN ABSCESO EN LA CAVIDAD BUCAL, SU FORMACIÓN, LOS TEJIDOS QUE LO FORMAN PENETRACIÓN, SU EVOLUCIÓN, LOS ESTUDIOS DISTINTOS QUE DEBEN SEGUIRSE PARA CONOCER EL ESTADO DEL ENFERMO Y LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIA, DEBEREMOS ELEGIR EL SISTEMA ADECUADO PARA LA INTERVENCIÓN. NO OBTANTE, LAS INVESTIGACIONES Y OPINIONES QUE EXISTEN EN LA ACTUALIDAD SOBRE QUE PASOS DEBEN SEGUIRSE PARA LA ELIMINACIÓN DEL ABSCESO O EN QUE MOMENTO DEBERÁ REALIZARSE LA INTERVENCIÓN, PARA UNOS EL ABORDAR LA INFECCIÓN MEDIANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA RADICAL PRECOZ, ES LO MEJOR, AUNQUE ALGUNOS ABORDARÁN UNA TÉCNICA CONSERVADORA.

MI OPINIÓN CONCUERDA CON AQUELLOS QUE DICEN QUE EL TRATAMIENTO EFECTIVO PARA LA ELIMINACIÓN DEL ABSCESO ES EL QUIRÚRGICO, AUNQUE SE PUEDE PRESCRIBIR, SULFAMIDAS, PENICILINAS O ALGÚN OTRO TIPO DE ANTIBIÓTICOTERAPIA QUE POSTERIORMENTE MENCIONAREMOS O TRANSFUCIONES FLUÍDOS PARENTERALES Y ALIMENTACIÓN CONCENTRADA EN LOS

CASOS GRAVES, HASTA QUE LA FLUCTUACIÓN PERMITA LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. ES PREFERIBLE DEMORAR LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE CAUSANTE ANTES QUE HAYA MENGUADO LOS SÍNTOMAS AGUDOS.

EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO DE LOS ABSCESOS PERIODONTALES NO DEPENDERÁ ENTERAMENTE DE LA AGUDEZA O DE LA CRONICIDAD DE LA LESIÓN, SINO EN GRAN PARTE A SU LOCALIZACIÓN Y DE LA FORMA DEL ÁREA DE DESTRUCCIÓN ÓSEA.

CUANDO LA TERAPÉUTICA SIGUE A LA FASE AGUDA DEL ABSCESO PERIODONTAL, EL HUESO SE REPARA CON MAYOR RAPIDEZ LOCALIZADO EN UN DEFECTO INTRAÓSEO, QUE CUANDO LA LESIÓN SE HAYA EN SU FASE CRÓNICA.

LOS ABSCESOS PERIODONTALES PROFUNDOS SE TRATAN POR MEDIO DE LA OPERACIÓN DE COLGAJO; MIENTRAS LOS QUE ESTÁN LOCALIZADOS EN LAS PAREDES DE BOLSAS PERIODONTALES SE TRATAN POR GINGIVECTOMÍA.

EL PLAN DE TRATAMIENTO SERÁ SIEMPRE ENCAMINADO EN LA MISMA FORMA, PUDIENDO VARIAR EN LAS CONDICIONES QUE SE PRESENTE EL PACIENTE, COMO EN EL CASO DE PRESENTAR-

SE CON DOLOR, PARA DESPUÉS SEGUIR UNA SECUENCIA ORDENADA QUE EL PLAN DE TRATAMIENTO NOS MARCA COMO LO ES EL SIGUIENTE:

- 1.- ELIMINAR EL DOLOR Y CAUSA DE ÉSTA SI ES UNA EMERGENCIA.
- 2.- PROFILAXIS O REMOSIÓN DEL TRATADO DENTARIO, -- QUE NOS PERMITA TRABAJAR EN UN CAMPO MENOS -- SÉPTICO Y MÁS ACCESIBLE.
- 3.- CIRUGÍA, ELIMINACIÓN DE UN ABSCESO O QUISTE Y LA EXTRACCIÓN DE DIENTES NO ÚTILES, Y EN CASO DADO REGULARIZACIÓN DE PROCESO.
- 4.- ATENDER LAS ALTERACIONES PERIODONTALES, DEBERÁN TRATARSE PORQUE SE PUEDE INCURRIR EN EL-- ERROR DE RESTAURAR DIENTES ENFERMOS, QUE DESPUÉS TENDREMOS QUE EXTRAER, ADEMÁS DE QUE LAS SECRECIONES DE LAS ENCÍAS ENFERMAS IMPIDEN -- LAS OBTURACIONES CORRECTAS, AQUÍ SERÁ MUY IM PORTANTE LA ENSEÑANZA DEL CEPILLADO Y LA RECO MENDACIÓN DE LA HIGIENE QUE SE DEBERÁ SEGUIR.
- 5.- AHORA PROCEDEREMOS A RESTAURAR DIENTES LESIO-

NADOS, PREPARACIÓN, COLOCACIÓN, DISEÑO DE --
PRÓTESIS, ETC.

UNA VEZ TERMINADOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS CLÍ-
NICOS EN SU TOTALIDAD Y RESTABLECIDA LA CAVIDAD BUCAL
NOS QUEDA RECOMENDAR AL PACIENTE LOS CUIDADOS NECESA-
RIOS Y RECORDARLE LAS VISITAS PERIÓDICAS AL DENTISTA.

ABSCESO PERIAPICAL (ALVEOLODENTARIO) AGUDO:

SI UNA PULPITIS EXISTE EN UNA PIEZA DENTARIA Y -
ESTA NO ES TRATADA, LOS PRODUCTOS DE NECROSIS ORIGI--
NAN EL ABSCESO PERIAPICAL Y EN LA ETAPA AGUDA DE ESTE
ABSCESO SE ENCUENTRA LA INFECCIÓN CONFINADA A LA LÁMI-
NA CORTICAL DEL HUESO Y LA PIEZA DENTAL APARECE SENSÍ-
BLE A LA PERCUSIÓN. Y EN GENERAL A MENOS QUE EL PA-
CIENTE PRESENTE UN CUADRO TÓXICO, LA ANTIBIÓTICOTERA-
PIA NO SERÁ NECESARIA EN ESTA FASE. DEBERÁ PROCEDER-
SE AL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO O CONDUCTOTERAPIA, Y YA
QUE LA EXTIRPACIÓN DEL PAQUETE NEUROMUSCULAR O PULPA-
NECRÓTICA PERMITIRÁ UN BUEN DRENAJE. SI NO ES ADE--
CUADO APARECERÁ TUMEFACCIÓN DE LOS TEJIDOS, SE DEBERÁ
DE INSTITUIR UN ANTIBIOTICOTERAPIA ADECUADA. EN ES-

LA ETAPA DE LA INFECCIÓN DEL DIENTE PUEDE EXTRAERSE -
CON LA AYUDA DE ANESTÉSICOS LOCALES; PERMITIENDO CON
ESTE PROCEDIMIENTO EVACUAR EL MATERIAL PURULENTO, Y -
ASÍ ELIMINADA LA CAUSA DE LA INFECCIÓN, CICATRIZA Y -
SELLA SOLA LA CAVIDAD POR REABSORCIÓN EN LOS TEJIDOS,
SOLO QUE SEA MUY EXTENSO Y PROFUNDO EL ABSCESO SE SU-
TURARÁ.

LA TÉCNICA A SEGUIR EN ESTE TIPO DE ABSCESOS ES-
LA MISMA QUE SE USA EN EL ABSCESO DEL PERIODONTO Y EL
PERICORONARIO SIEMPRE Y CUANDO LA VIA DE ACCESO MÁ--
CERCANA A ESTOS SEA INTRABECULARMENTE Y NO SE CONSIGA
LA EVACUACIÓN ESPONTÁNEA POR EL ALVÉOLO DIRECTA Y SU-
PERFICIALMENTE, DEBIDO A LA LOCALIZACIÓN DEL EXUDADO-
EN LOS ESPACIOS TISULARES ES POR ÚTIL Y POCO TRAUMÁ-
TICA LA SIGUIENTE:

1.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA DEL CAMPO OPERADOR:

ESTO ES CON REFERENCIA A LAS REGIONES CERCANAS A
LA CAVIDAD BUCAL A BASE DE ANTISÉPTICOS, CUBRIR TODAS
LAS PARTES DEL CUERPO CON SÁBANAS Y COMPRESAS DEJANDO
AL DESCUBIERTO LA REGIÓN A INTERVENIR. EN CUANTO AL
OPERADOR SE REFIERE, DEBERA VESTIR SEGÚN LOS CÁNONES-

OPERATORIOS.

2.- INCISIÓN Y DRENAJE:

SE INTRODUCE SUAVEMENTE UNA CURETA DELGADA POR DETRO DE LA ENCÍA Y EL MUCOPERIOSTIO, A LO LARGO DEL HUESO ALVEOLAR HASTA ALCANZAR EL ABSCESO, LO CUAL PERMITIRÁ EVACUAR EL EXUDADO PURULENTO. EN ESTE TRAYECTO SE INSERTA UN DRENAJE DE GOMA DE 0.5cm. DE ANCHO, SE LE SUTURA LA ENCÍA Y SE LE DEJA VARIOS DÍAS HASTA QUE LA SUPURACIÓN HA CESADO. ESTA TÉCNICA TIENE LA VENTAJA DE EVITAR INCISIONES INNECESARIAS DE LA MUCOSA, QUE SON Molestas PARA EL PACIENTE Y LENTAS PARA CURAR, POR LO QUE NO LA TRATAREMOS. ADEMÁS Y SI SE QUIERE SALVAR EL DIENTE Y REALIZAR DESPUÉS UN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO, EL PROCEDIMIENTO NO ALTERA LA IRRIGACIÓN SANGUÍNEA DE LA ZONA AFECTADA.

NUNCA DEBERÁ EXTRAERSE UN DIENTE EN PRESENCIA DE INFECCIONES AGUDAS. ALGUNOS PROCEDIMIENTOS POR EJEMPLO LA REFLEXIÓN DE LA LENGÜETA MUCOPERIOSTICA Y LA ESCISIÓN DEL HUESO, PUEDEN ABRIR NUEVAS VÍAS PARA LA PROPAGACIÓN DEL PROCESO Y PRODUCIR OSTEOMIELITIS REBELDES. LA EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DEL DIENTE SOLO DEBERÁ REALI-

ZARSE CUANDO CEDAN LOS SÍNTOMAS AGUDOS.

SI LA INFECCIÓN SE HA EXTENDIDO A OTROS ESPACIOS-- Y SE HA LOCALIZADO FUERA DE LA BOCA. LA INCISIÓN Y EL DRENAJE DEBEN EFECTUARSE ATRAVÉS DE LA PIEL (EXTRAORALMENTE). EN ESTE CASO SE ACONSEJA COLOCAR UN DRENAJE-- QUE ATRAVIESE EL ABSCESO DE LADO A LADO, TAL COMO SE -- DESCRIBE A CONTINUACIÓN:

1.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA.

2.- INCISIÓN Y DRENAJE..

SE HACE UNA INCISIÓN HORIZONTAL DE 1 cm. QUE SEA-- SUPERFICIAL Y SE INTRODUCE UNA PINZA DE TIPO KOCHER PARA PROVOCAR EL DRENAJE. LOS MOVIMIENTOS DE CIERRE Y-- ABERTURA Y LAS RAMAS DEL INSTRUMENTO PERMITIRÁN LA ABER- TURA Y EVACUACIÓN DE LAS CAVIDADES ACCESORIAS. CUANDO LA PUNTA DEL INSTRUMENTO ELEVA LA PIEL, EN EL LADO ---- OPUESTO DEL ABSCESO, SE REALIZA OTRA INCISIÓN HORIZONTAL Y SE SACA EL EXTREMO DE LA PINZA ATRAVÉS DE ELLA.

CON LA PINZA ASÍ COLOCADA, ENTONCES SE TOMA LA PUNTA DE UN DRENAJE TIPO PERROSE, SE LE SACA POR LA PRIMERA INCISIÓN, UNIÉNDOSE AMBOS EXTREMOS DE LA GOMA MEDIANTE UN ALFILER DE GANCHO.

SE COLOCA UN APÓSITO SOBRE LA ZONA Y UNA VEZ QUE-- LA SUPURACIÓN HA CESADO (HABITUALMENTE DE 3 a 5 DÍAS)-- SE RETIRA EL DRENAJE Y LAS INCISIONES CURAN POR SEGUNDA INTENCIÓN.

EL DRENAJE O CANALIZACIÓN SE REALIZA INTRA O EXTRAORALMENTE; DE AQUÍ QUE LOS ABSCESOS SE LOCALIZEN POR ENCIMA DEL MUSCULO MILOHIOIDEO O POR DEBAJO DEL MISMO.

LA TÉCNICA DE LA INCISIÓN ELIPTICA QUE SE HACE --- ATRAVÉS DE LA PIEL EVITANDO BORDES, ES CUANDO EXISTE--- UNA FÍSTULA CAUSADA POR UN ABSCESO, SE PROCEDE A SOCAVAR LA PIEL Y SE SUTURA, PERO SI EXISTE SUPURACIÓN AÚN; SE DEJA UNA CANALIZACIÓN ESPERÁNDOSE A QUE SE REABSORBA EL PROCESO Y SE SUTURA.

ABSCESO PERIODONTAL CRÓNICO:

EN EL CASO DE LOS ABSCESOS CRÓNICOS, SE PROCEDERÁ DE LA MISMA FORMA QUE EN LOS AGUDOS, SOLO QUE SE TRABAJA CON TÉCNICAS DE COLGAJO COMO LO SEÑALARÉ A CONTINUACIÓN:

1.- ASEPSIA Y ANTISEPSIA:

SE AISLA LA ZONA CON GASA, SE SECA Y SE PINTA CON UN ANTISÉPTICO, TANTO POR VESTIBULAR COMO POR LINGUAL Y SE DA LA ANESTESIA NECESARIA. DETERMINACIÓN DE LA VÍA DE ACCESO: COMO PRIMER REQUISITO SERÁ DETERMINAR LA LOCALIZACIÓN RELATIVAMENTE VESTIBULAR O LINGUAL DEL ABSCESO. PARA SU LOCALIZACIÓN SE DEBERÁ SONDEAR EL MARGEN-GINGIVAL SIGUIENDO CUALQUIER CANAL PROFUNDO HASTA SU---TERMINACIÓN. SI HAY UNA FÍSTULA PUEDE SONDEARSE ATRAVÉS DE ELLA. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS PUEDE SEGUIRSE LA VÍA DE DESTRUCCIÓN DEL ABSCESO INDICARÁ SI DEBE--LLEGARSE AL ABSCESO POR VÍA VESTIBULAR O LINGUAL, SIENDO PREFERIBLE LA VÍA VESTIBULAR, PUES OFRECE MAYOR VISIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD.

2.- INCISIÓN (COLGAJO) DRENAJE:

UNA VEZ DECIDIDA LA VÍA, SE ELIMINARÁ EL TÁRTARO--
SUPERFICIAL, HACIÉNDOSE DOS INCISIONES VERTICALES, DESDE
EL SURCO VESTIBULAR HASTA EL MARGEN GINGIVAL, DELIMITA-
DO EL CAMPO OPERATORIO SI SE HACE POR VÍA LINGUAL LAS -
INCISIONES DEBEN INCLUIR POR LO MENOS LA ZONA ENTRE LAS
LÍNEAS MEDIAS DE LOS DIENTES A CADA LADO DEL ABSCESO.
ES MUCHO MEJOR TRABAJAR CON UN COLGAJO GRANDE Y NO CON-
UNO PEQUEÑO QUE SERÍA MUY LIMITADO, DIFICULTARÍA LA TÉCN-
NICA Y PERJUDICARÍA EL RESULTADO.

EL LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO SE INICIA CON UNA IN-
CISIÓN MESIODISTAL EN CADA PAPILA INTERDENTAL, CON UN--
BISTURÍ BARD-PARKER No. 12 PARA FACILITAR SU DESPRENDI-
MIENTO Y CON UN ELEVADOR DE PERIOSTIO SE LEVANTA EL COL-
GAJO MUCOPERIOSTICO MANTENIÉNDOLO EN POSICIÓN CON UN RE-
TRACTOR SE DEBERÁ USAR ASPIRADOR PARA MANTENER EL CAMPO
LIMPIO.

EN CASO DE QUE LA ELEVACIÓN DEL COLGAJO SE PRESEN-
TE TEJIDO DE GRANULACIÓN EN EL MARGEN GINGIVAL, CÁLCU--
LOS EN LA SUPERFICIE RADICULAR, UNA SUPERFICIE ÓSEA CON
PUNTOS SANGRANTES, FÍSTULAS EN LA CAVA VESTIBULAR,

PROFUNDAS O TEJIDO ESPONJOSO PURULENTO QUE EMERJA DE -- LAS FÍSTULAS, SE PROCEDERÁ A ELIMINAR EL TEJIDO DE GRANULACIÓN QUE SE EXTIENDA A LO LARGO DE LA RAÍZ, AISLAR CUIDADOSAMENTE LAS SUPERFICIES RADICULARES; SI EXISTEN FÍSTULAS, SU LOCALIZACIÓN DETERMINARÁ LA CONDUCTA A SEGUIR CON RESPECTO AL HUESO, Y POR ÚLTIMO LAS FRANJAS--- DELGADAS ÓSEAS TENDRÁN QUE SER ELIMINADAS, PUES ACTÚAN COMO CUERPOS EXTRAÑOS, PERJUDICANDO LA CICATRIZACIÓN.

UNA VEZ LIMPIADA CUIDADOSAMENTE LA ZONA, SE LLEVA EL COLGAJO A SU POSICIÓN; EL BORDE DE ÉSTE GENERALMENTE TIENE UNA BOLSA PERIODONTAL Y POR LO TANTO SU CARA EN ESTE CASO LA INTERNA ESTÁ TAPIZADA POR EPITELIO QUE IMPIDE QUE EL BORDE DEL COLGAJO SE REINSERTE EN EL DIENTE PERO SE RECURRE A LAS TIJERAS PARA ELIMINAR LA PARTE INTERNA DEL BORDE DEL COLGAJO.

SE CUBRE LA ZONA VESTIBULAR Y LINGUAL CON UNA GASA DELGADA EN FORMA DE "U" HASTA QUE CESE DE SANGRAR, POSTERIORMENTE SE QUITA LA GASA Y SE CUBRE CON APOSITO DE CEMENTO QUIRÚRGICO.

SI SE DESEA PUEDE SUTURARSE, PERO NO SERÁ NECESARIO EN EL MAXILAR SUPERIOR. SE LE INDICA AL PACIENTE QUE NO SE ENJUAGUE EN 24 HORAS, DESPUÉS DE LAS CUALES PUEDE USAR CADA 2 HORAS ALGÚN ANTISÉPTICO DILUÍDO EN AGUA, UNO EN TRES. LA ZONA DEBERÁ SER LIMPIADA CON UN CEPILLO Y ESTIMULADOR INTERDENTAL DE GOMA.

EL PACIENTE REGRESARÁ EN UNA SEMANA. EN ESTA SESIÓN, SE ELIMINARÁ EL APÓSITO PERIODONTAL Y SE LE ENSEÑA AL PACIENTE LA FISIOTERAPIA ORAL.

CANALIZACIÓN ENDODÓNCICA:

ESTA TÉCNICA DE TRATAMIENTO SE LLEVA A CABO CUANDO LA PERIODONTITIS AGUDA O SUBAGUDA SON CONSECUENCIA DE UNA INFLAMACIÓN PULPAR, SE RECURRE A UNA CURACIÓN CON PARAMONOCOROFENOL ALCANFORADO Y PROSIGUE CON LA PULPECTOMÍA TOTAL.

SE PROCEDE CON LOS SIGUIENTES PASOS:

1.- ACCESO A LA CÁMARA PULPAR:

- a) CON EL ÍNDICE IZQUIERDO SE PRESIONA LA PIEZA HACIA UN LADO, A FIN DE FIJARLA, LO QUE DISMINUYE NOTABLE-

MENTE EL DOLOR PRODUCIDO POR LA PRESIÓN Y VIBRACIÓN DE LA MÁQUINA (PIEZA DE MANO), SE CORTA CUIDADOSAMENTE EL ESMALTE Y LA DENTINA CON FRESA NUEVA DE CARBURO.

- b) EN PRESENCIA DE UNA OBTURACIÓN, ESTA SE DEBERÁ PERFORAR.
- c) SI EXISTE CARIES PROFUNDA NO TRATADA, SE LIMPIA ESTA CON UNA CUCHARILLA DE DENTINA.
- d) SI LA PIEZA SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO ENDODÓNTICO, SE QUITA EL APÓSITO Y LA MECHA DEL CONDUCTO.

2.- DEBRIDACIÓN DEL CONDUCTO:

CON EL EXTRACTOR SE VACÍA POR SECCIONES EL CONDUCTO RADICULAR, Y SI ES NECESARIO SE PASA EL PERIÁPICE -- HASTA QUE SE PERCIBE LA CANALIZACIÓN DE LOS GASES Y A VECES EL PUS ACOMPAÑADO DE SANGRE.

3.- BRINDAR LA FACILIDAD PARA LA CANALIZACIÓN:

SE DEJA ABIERTA LA CAVIDAD PULPAR, RECOMENDANDO AL PACIENTE QUE HAGA SUCCIÓN PARA EL DRENAJE Y SE ENSEÑA A COLOCARSE UNA TORUNDA DE ALGODÓN ANTES DE TOMAR LOS ALI

MENTOS, CON EL FIN DE EVITAR LA OBSTRUCCIÓN, QUITANDOLA DESPUÉS DE COMER.

DÍAS DESPUÉS SE CITA AL PACIENTE PARA EL VENCIMIENTO Y PREPARACIÓN DEL CONDUCTO.

- 1.- AUNQUE YA ESTÉ ALTERADO EL PARODONTO, DE TODOS-MODOS SE DEBE EVITAR LA IMPULSIÓN DEL CONTENIDO HACIA EL PERIÁPICE.
- 2.- LA EXPLORACIÓN PUEDE, Y CUANDO HAY SUPURACIÓN - PERIAPICAL DEBERÁ LLEGAR HACIA EL FORAMEN O MÁS ALLÁ, CON LO CUAL SE LOGRA EL QUINTO ACCESO Y - LA CANALIZACIÓN DEL PARODONTO.
- 3.- LA DEBRIDACIÓN SE LLEVA A CABO HASTA EL FORAMEN CON EL OBJETO DE QUE EL ORGANISMO TENGA MENOS - TEJIDO NECROSADO QUE FAGOCITAR Y POR LO TANTO-- UNA MÁS RÁPIDA REGENERACIÓN.
- 4.- MAYOR ENSANCHAMIENTO DE ÉL O LOS CONDUCTOS.
- 5.- SE PREFIEREN EN ESTOS CASOS LAS MECHAS TUBULA--RES, SEPARADAS CON SONDA TRIANGULAR.
- 6.- NO HAY INCONVENIENTE QUE UN POCO DE PARAMONOCLO

ROFENOL ALCANFORADO DE LA MECHA REBASE EL PERIÁPICE EN CASO DE QUE ESTÉ INFECTADO.

- 7.- SI SE ENCUENTRA ABUNDANTE EXUDADO, SE ASPIRA, SE SECA Y SE DEJA UNA CURACIÓN CON UN ASTRINGENTE COMO SOLUCIÓN DE YODO Y YODURO DE ZINC.
- 8.- SI EN ALGUNOS CASOS EL LÍQUIDO COLESTERÓTICO - INFECTADO DE UN QUISTE NOS PERMITE UN COMPLETO SECAMIENTO DEL CONDUCTO, SE IMPONE UNA INCISION EN LA PARTE MÁS CONVENIENTE PARA CANALIZARLO.
- 9.- EN LOS POCOS CASOS DE CONDUCTOS TAN ESTRECHOS- QUE IMPOSIBILITAN EL QUINTO ACCESO, ES DECIR, - EL CATETERISMO Y PREPARACIÓN DE LA TERMINAL -- DEL CONDUCTO HASTA LLEGAR AL PERIÁPICE , NO -- OBSTANTE HABER VENCIDO LA SINTOMATOLOGÍA DE LA PERIODONTITIS AGUDA Y SUBAGUDA Y PRESENTÁNDOSE EL PACIENTE A LA EXPERIMENTACIÓN, SE AMPLÍA EL CONDUCTO HASTA DONDE ES POSIBLE, INSTITUYENDO- DESPUÉS LA ELECTRODESINFECCIÓN COMO ÚLTIMO RECURSO NO QUIRÚRGICO.
- 10.- LAS FÍSTULAS MUCOSAS NO REQUIEREN TRATAMIENTO-

ESPECIAL, PORQUE DESAPARECEN CON UNA CORRECTA-
CONDUCTOTERAPIA.

A LOS TRES DÍAS SE CITA AL PACIENTE PARA SU CON---
TROL BACTERIOLÓGICO.

EN LA ÚLTIMA SESIÓN, SE LLEVA A CABO LA OBTURACIÓN
DEL CONDUCTO, NO HABIENDO CONTRAINDICACIÓN SE OBTURA -
ÉL O LOS CONDUCTOS, CON LA DIFERENCIA DE QUE EN ESTOS--
CASOS COMO NO EXISTE PERIODONTO VIVO EN EL CONDUCTO, --
HAY QUE TENER MÁS CUIDADO PARA NO SOBREOBTURAR.

EN LOS CASOS DONDE SE UTILIZA LA ELECTRODESINFEC--
CIÓN POR IMPOSIBILIDAD DE PREPARAR EL CONDUCTO HASTA LA
UNIÓN CDC, SE OBTURA EN EL FONDO CON PASTA "TRIDO ----
GYSIL" Y EN EL RESTO DEL CONDUCTO CON CEMENTO DE RICHERT
Y PUNTAS DE GUTAPERCHA.

GINGIVEACTOMÍA:

ES OTRA DE LAS TÉCNICAS APLICADAS EN LA CAVIDAD BU
CAL PARA ELIMINAR ABSCESOS EN CASO DE QUE ÉSTOS SE EN--
CUENTREN SITUADOS EN LAS PAREDES DE BOLSAS PERIODONTA--
LES.

PASOS DE UNA GINGIVECTOMÍA EN CASO DE SER NECESARIO ESTA INTERVENCIÓN.

PRIMERO SE RECONOCERÁ QUÉ CLASE DE ABSCESO ES Y CUANDO ESTE ES AGUDO SE PROCEDE ASÍ:

SE TOMA LA TEMPERATURA DEL PACIENTE Y SE APRECIA SU ESTADO GENERAL POR LA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES-SISTÉMICAS.

SE APLICA ANESTESIA TÓPICA Y SE INCIDE EL ABSCESO CON UN BISTURÍ BARO-PARKER No.12, DEBE IR DE LA MUCOSA A LA ALTURA DE LOS ÁPICES HASTA EL MARGEN GINGIVAL SI ESTÁ POR VESTIBULAR.

SI EL PACIENTE TIENE FIEBRE SE PRESCRIBE ANTIBIÓTICOS POR VÍA SISTÉMICA, ASÍ COMO TAMBIÉN ANTIINFLAMATORIOS, LOS CUALES NCS AYUDARÁN EN EL TRATAMIENTO A SEGUIR.

EN EL SEGUNDO DÍA: REMITIDOS LOS SÍNTOMAS AGUDOS EL TRATAMIENTO ES EL MISMO QUE SI EL PACIENTE SE HUBIERA PRESENTADO CON UN ABSCESO CRÓNICO.

SE AISLA, SE SECA, SE PINTA CON UNA SOLUCIÓN ANTI-SÉPTICA Y SE APLICA LA ANESTESIA NECESARIA EN LA ZONA - POR INTERVENIR.

SE EXPLORA MINUCIOSAMENTE EL ABSCESO PARA DETERMINAR EL GRADO DE LESIÓN DE LOS TEJIDOS SUBYACENTES Y ADYACENTES.

ESTO ES IMPORTANTE, CUANDO EL ABSCESO ESTÁ POR LINGUAL, PUES FRECUENTEMENTE SE ORIGINA EN UNA LESIÓN VESTIBULAR. Y UNA VEZ EXPLORADA LA ZONA SE MARCAN CON UNA PINZA DE CRAUSE-KAPLAN LOS BORDES LATERALES DEL ABSCESO

SE CONTINÚA CON UNA INCISIÓN ELIMINANDO PRIMERO EL TÁRTARO SUBGINGIVAL, LA INCISION SERÁ SEMILUNAR Y SE HARA CON UN BISTURÍ DE KIRKLAND DE 2mm. AFUERA DE LAS MARCAS. SE ELIMINA LA ENCÍA INDICADA EXPONIÉNDOSE LO SIGUIENTE: TEJIDO DE GRANULACIÓN Y TÁRTARO DENTARIO, SE AISLAN LAS RAÍCES. EL HUESO NO DEBERÁ SER TOCADO. LA ZONA SE DEBERÁ LAVAR CON SUERO FISIOLÓGICO PARA ELIMI--NAR RESTOS, SE CUBRE CON GASA-HASTA QUE DEJA DE SANGRAR APLICÁNDOSE UN APÓSITO PERIODONTAL. SE COLOCARÁ POR - VESTIBULAR Y LINGUAL PARA OBTENER MEJOR RETENCIÓN. SE

LE DARÁN INSTRUCCIONES AL PACIENTE IGUALES QUE PARA ---
CUALQUIER TRATAMIENTO DE ABSCESO. HIGIENE BUCAL EN ES
PECIAL LA ZONA OPERADA, DIETA ADECUADA, NO ENJUAGARSE--
(BUCHES), ETC. SE LE CITARÁ UNA SEMANA DESPUÉS.

YA PASADO EL TIEMPO, SE RETIRARÁ EL APÓSITO CONTRO
LANDO NUEVAMENTE LA ZONA EN BUSCA DE DEPOSITOS TARTÁRI-
COS.

SI LA ZONA ES SENSIBLE, SE COLOCARÁ UN SEGUNDO APÓ
SITO QUE SE LE DEJARÁ OTRA SEMANA PARA UNA MEJOR REAC--
CIÓN TISULAR. SE LE ENSEÑARÁ AL PACIENTE LA FISIOTERA
PIA ORAL.

EN UN MES SE HABRÁN RESTAURADO LOS TEJIDOS PERIO--
DONTALES.

ELECCIÓN Y DOSIFICACIÓN DE ANTIBIÓTICOS:

ES CONVENIENTE SABER LOS CUIDADOS GENERALES QUE SE
DEBEN TENER CON NUESTRO PACIENTE, ESTOS NOS AYUDARÁN A-
UN RESTABLECIMIENTO MÁS ADECUADO.

SE DEBERÁN ELEVAR LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO POR MEDIO DE UNA ALIMENTACIÓN BALANCEADA, EVITANDO ALIMENTOS QUE SEAN DIFÍCILES PARA LA MASTICACIÓN, DURANTE ALGUNOS DÍAS. EN PARTICULAR ALIMENTACIÓN LÍQUIDA (DIETA BLANDA) EVITANDO CON ESTO, POSIBLE EMPACHAMIENTOS ALIMENTICIOS, SI ES NECESARIO HAY QUE ADMINISTRAR VITAMINAS A, B, C, -- QUE SIRVEN PARA LA REPARACIÓN TISULAR.

PODRÁN ADMINISTRARSE ALGUNAS OTRAS VITAMINAS Y MINERALES, LAS QUE SEAN NECESARIAS PARA UNA PRONTA RECUPERACIÓN.

CUANDO EL DENTISTA SE ENCUENTRA CON INFECCIONES QUE REQUIEREN EL USO DE ANTIMICROBIANOS, COMO OCURRE EN LA -- CELULITIS FACIAL, PROVOCADA POR UN ABSCESO DENTARIO, EL USO DE ESTOS ENTRAÑA UNOS PELIGROS PECULIARES POR LA --- EDAD DEL PACIENTE.

PENICILINA.

HA DEMOSTRADO SER EL AGENTE MÁS EFICAZ PARA TRATAR-- INFECCIONES DENTARIAS. SE HA RECOMENDADO PARA PACIEN-- TES QUE HAYAN PADECIDO FIEBRE REUMÁTICA O DE ALGUNA CAR--

DIOPATÍA CONGÉNITA.

EL INCONVENIENTE MÁS SERIO DE LA PENICILINA ES SU CAPACIDAD DE PRODUCIR REACCIONES ALÉRGICAS, QUE PUEDEN EVITARSE EN PARTE MEDIANTE LA HISTORIA CLÍNICA (INTERROTORIO), QUE PERMITA DESCUBRIR FENÓMENOS PREVIOS DE ALERGIA O ANTECEDENTES GENERALES DE HIPERSENSIBILIDAD.

EL PELIGRO DE UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA ES MUCHO MENOR CUANDO SE UTILIZA PARA LA VÍA BUCAL. EL DENTISTA DEBERÁ TENER SIEMPRE LA DROGA DE EMERGENCIA Y SABER COMO UTILIZARLAS Y ESTAS SON: ADRENALINA, ANTIHISTAMÍNICOS Y AMINOFILILINA (EN CASO DE DIFICULTAD RESPIRATORIA) COMO TAMBIÉN CORTICOSTEROIDES INYECTABLES Y VASOPRESORES COMO EL TIPO DE METARAMINOL (ARAMINE).

LA DROGA DE ELECCIÓN EN CASO DE ANAFILAXIA ES LA ADRENALINA AL 1% QUE SE ADMINISTRA POR VÍA SUBCUTÁNEA A RAZÓN DE 0.2 a 0.5mg.

EN TODO CONSULTORIO DENTAL SIEMPRE DEBERÁ HABER -- OXÍGENO Y EL PERSONAL DEBERÁ SABER ADMINISTRARLO, YA -- QUE ES DE VITAL IMPORTANCIA LA HABILIDAD CON QUE SE EJECE

CUTEN LOS MÉTODOS DE RESUCITACIÓN.

LAS DOS PENICILINAS MÁS USADAS EN ODONTOLOGÍA SON: LA PENICILINA G (BENCILPENICILINA), Y LA PENICILINA V (FENOXILMETILPENICILINA), PUES SON ADMINISTRADAS POR-VÍA BUCAL.

LA PENICILINA G, ES ESTABLE EN EL MEDIO ÁCIDO (ESTÓMAGO), ALCANZA CONCENTRACIONES ELEVADAS EN EL PLASMA.

LA PENICILINA V, DESTRUYE MÁS EN EL JUGO GÁSTRICO, PERO CON ELLA SE OBTIENEN NIVELES SATISFATORIAS ACLARANDO SU ACTIVIDAD DESTRUCTIVA.

EXISTEN OTRAS PENICILINAS SINTÉTICAS QUE PUEDEN --SER EMPLEADAS CUANDO UN GÉRME ES RESISTENTE A LAS DOS-ANTERIORES.

SI ES POSIBLE SE RECOMIENDA REALIZAR UN CULTIVO Y-ANTIBIOGRAMA DEL MATERIAL INFECTADO. LAS PENICILINAS-ANTIESTAFILOCOCCICAS SON MUCHO MÁS TÓXICAS QUE LOS OTROS DERIVADOS, EFECTO QUE SE OBSERVA POR VÍA RENAL, Y A VECES EN MÉDULA ÓSEA, ES ESENCIAL, EN CONSECUENCIA QUE LA DOSIS SEA CORRECTA.

EN LACTANTES Y NIÑOS LA CANTIDAD MÁXIMA ES DE:
300mg. KG/DÍA, DIVIDIDOS EN 4 a 6 DOSIS.

PENICILINA G POSTÁSICA.- 25,000-50,000 UNIDADES/KG
DÍA, DE 4 a 6 DOSIS.

PENICILINA V.- 25,000-50,000 UNIDADES/KG/DÍA DE 4-
A 6 DOSIS.

ERITROMICINA:

ESTE ANTIBIÓTICO ES EL MÁS ACTIVO DE LOS MACRÓLI--
DOS. GRUPO DE DROGAS SIMILARES QUE COMPRENEN LA ERI-
TROMICINA, OLEANDOMICINA, ESPIROMICINA, CARBOMICINA Y -
LA OSTEOGICINA. SU ESPECTRO ES PARECIDO AL DE LA PENI-
CILINA Y SE EMPLEA EN ODONTOLOGÍA PARA TRATAR LAS MIS--
MAS CONDICIONES.

USADO TAMBIÉN EN INFECCIONES POR ESTAFILOCOCOS RE-
SISTENTES A LA PENICILINA, AUNQUE GENERALMENTE NO ES --
TAN EFECTIVO COMO LAS PENICILINAS ANTIESTAFILOCOCÓCICAS
SE ADMINISTRAN HABITUALMENTE POR VÍA BUCAL EN TABLETAS,
CÁPSULAS O SUSPENSIONES LÍQUIDAS, LA INYECCIÓN INTRAMUS-
CULAR ES DOLOROSA, TENIENDO UN GRADO DE TOXICIDAD BAJO.

LAS INFECCIONES SERIAS QUE REQUIERAN UN ANTIBIÓTI-
CO CURARÁN ANTES DE 15 DÍAS.

AUNQUE LA DROGA PUEDE CAUSAR TRASTORNOS INTESTINA-
LES, SU ESPECTRO LIMITADO IMPIDE QUE SEAN TAN DESASTRO-
ZOS COMO OCURRE A VECES CON LAS TETRACICLINAS.

DOSIS: 30-50 mg/KG/DIA ó 0.9-1.5g/KG/DÍA DIVIDIDAS
EN CUATRO DOSIS.

TETRACICLINAS:

LOS COMPONENTES DE ESTE GRUPO SON: TETRACICLINAS,
COROTETRACICLINA, OXITETRACICLINA, 4 DIMETILCLOROTETRA-
CICLINA, SON SIMILARES EN ACCIÓN Y EFECTOS COLATERALES.

SE ADMINISTRAN GENERALMENTE POR VÍA BUCAL, PERO SE
PUEDEN POR VÍA INTRAVENOSA, ASÍ COMO TAMBIÉN VÍA INTRA-
MUSCULAR.

LOS EFECTOS TÓXICOS MÁS COMUNES SE MANIFIESTAN A -
NIVEL GASTROINTESTINAL CON VÓMITOS Y DIARREA. LOS MÁS
SERIOS SE DEBEN A LA DESTRUCCIÓN DE LA FLORA NORMAL Y AL

DESARROLLO DE GÉRMINES RESISTENTES A LA TETRACICLINA. ESTA SOBREENFECCIÓN ES MUY PELIGROSA EN PACIENTES DEBILITADOS. CONOCIENDOSE CASOS DE LESIONES HEPÁTICAS GRAVES- E INCLUSIVE MORTALES EN EL CASO DE APLICAR POR VÍA INTRA- VENOSA.

SE HAN ELABORADO PRUEBAS EN ANIMALES MAMÍFEROS Y A - CONCENTRACIONES ALTAS PRODUCEN HIPOPLASIA DEL ESMALTE DEN TARIO Y RETARDO EN EL CRECIMIENTO ÓSEO.

EN MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS PRODUCE UN TINTE AMA- RILLENTO EN LAS PIEZAS DENTARIAS DEBIDO A SU ACCIÓN QUE-- LANTE, ASIMISMO PRODUCE ALGUNAS REACCIONES AL ORGANISMO, - POR LO QUE DEBEMOS TENER CUIDADO EN EL USO Y MANEJO DE -- LOS MISMOS, SIENDO INCLUSIVE CAPACES DE PROVOCAR UNA REAC CIÓN ANAFILÁCTICA.

EN EL NIÑO LAS TETRACICLINAS PLANTEAN CIERTOS PROBLE MAS QUE CONTRAINDICAN SU EMPLEO. DEBEMOS TOMARLO MUY EN CUENTA, ASÍ COMO CUANDO SE ADMINISTRA POR VÍA BUCAL.

DEBERÁ DE DARSE ALREDEDOR DE 1ml. DE AGUA POR mg. DE DROGA, PARA QUE LA ABSORCIÓN SEA MÁXIMA.

DOSIS DE TETRACICLINA (ACROMICINA):

25 mg/KG/DÍA.

0.75 g/KG/DÍA. DIVIDIDA EN 4 DOSIS.

DOSIS DE DIMETILCLOROTETRACICLINA (LEDERMICINA):

10 mg./KG/DÍA.

03 g/KG/DÍA. DIVIDIDA EN 2 a 4 DOSIS.

EL CLORHIDRATO DE TETRACICLINA Y LA OXITETRACICLINA-
SE DAN EN LA MISMA DOSIS QUE LAS TETRACICLINAS.

EL PROFESIONAL DISPONE DE MUCHOS OTROS GENTES ANTIMI-
CROBIANOS QUE NO HEMOS MENCIONADO. LOS PRINCIPALES GRU-
POS MENCIONADOS SON DE VALOR COMPROBADO Y DE SUMA UTILI-
DAD PARA TRATAR INFECCIONES DENTARIAS.

EL MÉTODO MÁS LÓGICO PARA SELECCIONAR LA DROGA APRO-
PIADA SERÁ SIN DUDA IDENTIFICAR EL MICROORGANISMO CAUSAL-
Y SU SUSCEPTIBILIDAD A LOS DIVERSOS ANTIBIÓTICOS, ELIGIEN-
DO LUEGO ENTRE ÉSTOS AQUEL QUE PUEDE RESULTAR CON MENOS
GRADO DE TOXICIDAD PARA CADA PACIENTE EN PARTICULAR, YA--
QUE ESTO PUEDE PROVOCAR LESIONES SERIAS AL ORGANISMO, ADE-
MÁS LA PROPORCIÓN FIJA DE LOS ANTIBIÓTICOS HACE IMPOSIBLE
AJUSTAR LA DOSIS A CADA INDIVIDUO.

LA COMBINACIÓN DE DOS AGENTES ANTIMICROBIANOS NO PRODUCE NECESARIAMENTE EFECTOS SINÉRGICOS; EL RESULTADO PUEDE SER UNA SIMPLE SUMA DE EFECTOS O INCLUSO UN ANTAGONISMO.

EN EL CONSULTORIO NO SIEMPRE SE DISPONE DEL INSTRUMENTAL NECESARIO PARA LA PRUEBA DE CULTIVO Y SENSIBILIDAD, PESE A ELLO EL TRATAMIENTO NO DEBE SER DEMORADO POR ESTA CAUSA. LA INTELIGENCIA DEL OPERADOR (DENTISTA) AL ELEGIR UN ANTIBIÓTICO ADECUADO SE PONDRÁ DE MANIFIESTO EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE SU PACIENTE.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- LOS ABSCESOS DENTARIOS SON FOCOS DE INFECCIÓN, YA QUE ESTÁN FORMADOS POR LA DESINTEGRACIÓN DE LOS TEJIDOS, LOCALIZÁNDOSE EN DIVERSAS PARTES- DE LA CAVIDAD BUCAL.
- 2.- UNA INTERVENCIÓN INMEDIATA DEL CIRUJANO DENTISTA SERÁ DE SUMA IMPORTANCIA PARA LA ELIMINA--- CIÓN POR MEDIO DE UN ESTUDIO COMPLETO DEL PA-- CIENTE, LOGRAREMOS DATOS SUFICIENTES PARA SU-- PRIMIR EL DOLOR, ELIMINANDO LA CAUSA Y APLICANDO EL TRATAMIENTO ADECUADO.
- 3.- PARA ESTO NOS VALEMOS DE LOS ANALGÉSICOS, ANTIBIÓTICOS Y ANTIINFLAMATORIOS, ANTES O DESPUÉS- DE HABER ELIMINADO LA CAUSA, INCLUYENDO AÚN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.
- 4.- EL ÉXITO DE CUALQUIER TRABAJO QUE SE VAYA A -- ELABORAR SIEMPRE DEPENDERÁ DE LA RESPONSABILI- DAD LEGAL Y MORAL DEL PROFESIONAL QUE LA EN--- FRENTEA.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- BLASKAR, S.N.
PERIAPICAL LESIONS-TYPES, INCIDENCE, AND CLINICAL FEATURES.
ORAL SURG 21 1966
657 PÁGINAS.

- 2.- CIPES, L.R.
ARTE DE RECETAR Y FORMULARIO PARA DENTISTAS.
UNIÓN TIPOGRÁFICA EDITORIAL HISPANO-AMERICANA DE MÉXICO 1955
2a. EDICIÓN
462 PÁGINAS.

- 3.- DURANTE, A. CIRO
DICCIONARIO ODONTOLÓGICO
EDITORIAL MUNDI S.A. I.C. Y F.
ARGENTINA, BUENOS AIRES 1978
3a. EDICIÓN VOLUMEN ÚNICO
926 PÁGINAS

- 4.- KRUGER, GUSTAVO O
TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL
NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA S.A. DE C.V.
MÉXICO, D.F., 1980
4a. EDICIÓN
616 PÁGINAS.

5.- LEVIN, I.S.

INFECTIONS AND TUMORS ARISING IN AND FROM THE PERIAPICAL TISSUES.

ORAL SURG. 10 1957

291 PÁGINAS.

6.- VELÁZQUEZ, T.

ANATOMÍA PATOLÓGICA DENTAL Y BUCAL.

PRENSA MÉDICA MEXICANA

MÉXICO, D.F., 1966

1a. EDICIÓN

359 PÁGINAS.