

302A
28



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

APICECTOMIA



T E S I S A

PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
IRENE SANCHEZ SANCHEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1993





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

		Pag.
INTRODUCCION		1
CAPITULO I	DEFINICION DE APICECTOMIA	1
CAPITULO II	PREOPERATORIOS	3
	a) HISTORIA CLINICA	
	b) PRUEBAS DE LABORATORIO	
	c) CONSIDERACIONES RADIOGRAFICAS	
CAPITULO III	INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES	16
CAPITULO IV	TECNICAS QUIRURGICAS	18
	a) INSTRUMENTAL Y MATERIAL	
	b) ANESTECIA	
	c) TIPOS DE INCISIONES	
	d) OSTEOTOMIA	
	e) OPERACION PROPIAMENTE DICHA	
	f) OBTURACION RETROGRADA	
	g) LIMPIEZA Y SUTURA	
CAPITULO V	ACCIDENTES Y COMPLICACIONES	38
CAPITULO VI	POSTOPERATORIO	40
CONCLUSION		42
BIBLIOGRAFIA		43

INTRODUCCION .

La preservación de los dientes naturales es motivo de preocupación de todo cirujano dentista; y en Cirugía Bucal se nos presentan técnicas muy prácticas para dar un tratamiento adecuado a todo diente para que pueda funcionar casi normal dentro de la cavidad bucal. Este tratamiento es Apicectomía; que se encarga, mediante procedimientos quirúrgicos, de eliminar los focos apicales.

Es un tratamiento conservador al que debemos recurrir como una de las últimas posibilidades para conservar una pieza dental, antes de extraerla.

En tiempos anteriores; el tratamiento se basaba principalmente en eliminar infecciones dentarias por medio de incisión y drenaje de pus y la subsecuente extracción del diente.

Ahora con los avances obtenidos, se puede hacer que el diente permanezca un poco más de tiempo dentro de la boca, para no alterar su fisiología masticatoria.

El Cirujano Dentista debe decidir por sí mismo y conocer los límites de su capacidad en Cirugía Bucal y ser capaz de valorar las condiciones del paciente; tanto en el sitio de la operación como del estado general del mismo; esto solo en base a la destreza manual y seguridad obtenidas en la práctica clínica. En caso contrario el paciente deberá ser remitido al cirujano mejor calificado para llevar a cabo el tratamiento quirúrgico, en estos casos es el especialista en Cirugía Bucal.

C A P I T U L O I .

DEFINICION DE APICECTOMIA

APICECTOMIA = Su raíz etimológica proviene del latín
APEX = APICE que significa: Extremidad superior,
punta o cima de una cosa.
y del griego EKTOME = TOMIA que significa:
Extirpación.

"Una apicectomía se define como: la operación de extirpar el ápice radicular, usualmente junto con el tejido circundante y la obturación del conducto radicular, ya sea antes o inmediatamente después de extirpar el ápice radicular."

O bien: "Es la resección quirúrgica por vía transmáxilar la cuál consiste en eliminar el ápice dentario, comprendiendo los dos o tres últimos milímetros de la raíz y curetear los tejidos periapicales adyacentes."

El objeto de esta operación, es el de obtener un sellado apical, cuando este no pueda lograrse mediante la terapéutica radicular convencional.

Los factores más importantes que nos darán el éxito de una apicectomía son la minuciosidad de la operación y la habilidad del operador, lo cuál se logra con la ayuda de los conocimientos básicos.

Por ser un tratamiento que puede efectuar el Dentista General, se pueden plantear de manera sencilla algunos mecanismos y zonas de cuidado en las que se puede o no efectuar la apicectomía.

Por ejemplo:

Apicectomía inmediata o una etapa:

Esta se efectúa en una sola cita, preparando el conducto, desde el trabajo biomecánico, luego la obturación del conducto e inmediatamente después la extirpación del ápice. La habilidad del operador va a permitir traumatizar lo menos posible al paciente.

También se puede hacer una apicectomía en dos etapas: En la segunda etapa se obtura el conducto y se realiza la apicectomía. Este tratamiento se sugiere cuando están involucradas dos o tres raíces.

Las zonas de cuidado son:
En Dientes Posterioresuperiores.- Cuando sus raíces están muy próximas al seno maxilar.

En Dientes Posteroinferiores.- Esta zona anatómica involucra el agujero mentoniano y el conducto dentario inferior.

Se hace incapié en estas zonas de cuidado para evitar errores que por falta de conocimiento del operador se puede perjudicar al paciente.

CAPITULO II

PREOPERATORIOS

a) HISTORIA CLINICA

Generalmente la historia clínica nos indica como elaborar un diagnóstico, el cual ayudará a elegir el tratamiento correcto. En ocasiones nos indicará el camino a seguir para realizar estudios subsecuentes.

La Historia Clínica se basa principalmente en el interrogatorio del Cirujano Dentista al paciente, por lo tanto es muy importante actuar con mucho tacto, diplomacia, comprensión simpatía y habilidad para lograr que el paciente proporcione datos verdaderos y se sienta tranquilo. La recopilación de sus datos dará la pauta para elegir el tratamiento adecuado.

Algunos doctores hacen incapié en la elaboración de la Historia Clínica, porque nos da el 50% de éxito en el tratamiento. Muchos errores en el diagnóstico, se deben más a la falta de minuciosidad que a la falta de conocimiento.

A continuación se integrará una Historia Clínica completa que será de gran ayuda al operador.

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES:

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____

DIRECCION _____ OCUPACION _____

EDO. CIVIL _____ ORIGINARIO DE _____ LUGAR

DONDE TRABAJA _____ TEL: _____ FECHA _____

NIVEL SOCIOECONOMICO _____

MOTIVO DE LA CONSULTA O PADECIMIENTO ACTUAL.

SIGNOS, SINTOMAS Y EVOLUCION.

ESTADO ACTUAL.

ULTIMA VISITA AL MEDICO _____ MOTIVO _____

_____ NOMBRE DEL MEDICO _____

DIRECCION _____ TEL: _____

CARACTERISTICAS DEL PACIENTE

COMPLEXION _____ PESO _____ ESTATURA _____

ASPECTO GENERAL DEL PACIENTE

SATISFACTORIO _____ REGULAR _____ MALO _____

ACTITUD MENTAL

NERVIOSO _____ APRENSIVO _____ TRANQUILO _____

PARA LLENAR POR EL PACIENTE

NOMBRE _____ FECHA _____

SI NO

- ___ Le han dicho alguna vez que padezca trastornos cardiacos?
___ Respira usted con dificultad?
___ Ha padecido fiebre reumática?
___ Se ha desmayado alguna vez en su vida?
___ Ha tenido vértigos o vahídos a temporadas?
___ Se le hinchan los tobillos?
___ Padece a menudo dolores intensos de cabeza?
___ Ha tenido alguna vez trastornos nerviosos?
___ Le ha dicho algún médico que padezca epilepsia?
___ Tiene usted obstrucción nasal con frecuencia?
___ Tiene asma, sinusitis o dolores frecuentes de la garganta?
___ Ha padecido tuberculosis?
___ Sufre dolores de estómago o diárrreas frecuentes?
___ Ha tomado alguna vez tabletas de tiroides?
___ Ha padecido algún miembro de su familia diabetes?
___ Le han dicho que padezca del riñon o de la vejiga?
___ Ha padecido de los oídos o de trastornos de los ojos?
___ Es usted sensible o alérgico a algo, incluyendo polvo,
fiores, alimentos y drogas (penicilina, aspirina,
novocaína, etc.)?
___ Ha aumentado o disminuido su peso últimamente?
___ Ha padecido sífilis o alguna otra enfermedad venerea?
___ Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?
___ Padece de algún tumor o de cáncer?
___ Le han aplicado alguna vez anestecia local o general?
___ Esta tomado medicina o recibe tratamiento?
de algún médico? ¿Que Dr. le trata? _____
___ Ha tenido alguna vez hemorrágias copiosas después de
extracción de dientes, traumatismos o pérdida de sangre
por la nariz?
___ Padece del hígado?

- Padece o padeció anemia?
- Le han tratado alguna enfermedad de la piel?
- Padece a menudo de dolor e inflamación de las articulaciones?
- Ha sufrido alguna fractura o luxación?
- Tiene usted artritis?
- Padece a menudo de dolores de muelas?
- Sangran sus encías cuando se limpia los dientes?
- Recuerda si ha padecido dolores intensos de boca?
- Le han tomado radiografías de sus dientes?

FIRMA DEL PACIENTE _____

EXAMEN CLINICO BUCAL

Fecha de la última consulta al Cirujano Dentista _____

Resumen de trabajos realizados _____

1.- EXAMEN EXTRAORAL.

a) Cabeza: Morfología _____

Movimientos _____

Postura _____

b) Cara: Simetría _____

Color de la piel _____

Tono muscular _____

Características de fisonomía _____

b) Cuello: Simetría _____

Palpación de glándulas tiroides _____

Palpación de nódulos linfáticos _____

d) Articulacion Temporomandibular

Desviación durante la apertura _____

Deslizamiento del cóndilo _____

Simetría y movimientos _____

Sensibilidad y chasquido _____

Otros _____

2.- EXAMEN INTRAORAL

a) Labios

Superior

Inferior

Tamaño _____

Color _____

Palpación _____

Borde bermellón _____

Comisuras labiales _____

b) Mucosa yugal:

Consistencia _____

Color _____

c) Paladar duro:

Forma _____ anchura _____

Altura _____ Color _____

Palpación _____

d) Paladar blando:

Forma _____ Altura _____

Palpación _____ Color _____

e) Uvula:

Tamaño _____ Color _____

f) Amígdalas:

Tamaño _____ Color _____

g) Lengua:

Tamaño _____ Color _____

Palpación _____

Superficie dorsal _____

Papilas filiformes _____

Papilas fungiformes _____

Papilas foliadas _____

Papilas caliciformes _____

Superficie ventral _____

h) Saliva:

Cantidad _____ Consistencia _____

i) Piso de boca:

Color _____ Palpación _____

Frenillo lingual _____

Glándulas salivales submaxilares _____

Sublingual _____

EXAMEN PARODONTAL

ENCIA: Color _____ Textura _____

ENCIA MARGINAL _____

PAPILA INTERDENTARIA _____

SURCO GINGIVAL _____

a) Sangrado

b) Supuración

PERIDONTO _____

Profundidades y contorno _____
de las bolsas parodontales _____

HIGIENE QUE PRACTICA _____

EXAMEN RADIOGRAFICO _____

OCCLUSION _____

PRESENCIA DE PIEZAS _____

AUSENCIA DE PIEZAS _____

CARIES _____

RESTAURACIONES _____

CALIDAD _____

a) márgenes b) contorno c) contacto

ABRASION _____

a) ocupacional b) habitual c) neurótica

DEPOSITOS _____

a) manchas b) placa c) materia alba d) tártaro

MOVILIDAD: Clase: I, II, III

PERCUSION a) vértical b) horizontal

PRUEBAS DE VITALIDAD:

a) frío b) calor c) corte dentario

INTERROGATORIO

ANTECEDENTES FAMILIARES

Viven sus padres actualmente?

SI () NO ()

Causa del fallecimiento

Viven sus hermanos?

SI () NO ()

Causa del fallecimiento

EN SU FAMILIA HAN SUFRIDO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

Neoplasias

Enfermedades Cardiovascular

Diabetes

Tuberculosis

Hipertensión Arterial

Alergias

Hipotención arterial

Toxicomanías

Sífilis

Hemofilia

Otras

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Tuberculosis

Hepatitis

Enfermedades venéreas

Úlcera G-Digestiva

Paludismo

Cardiopatías

Amigdalitis

Alergias

Artritis y F. Reumática

Traumatismos

Trast. renales y hepáticos

Trastornos neurológicos

ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ

Paperas

Tosferina

Viruela

Amigdalitis

Sarampión

Escarlatina

Rubeola

Otros

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Tipo de casa habitación _____

Alimentación _____

b) PRUEBAS DE LABORATORIO

En todo tipo de Cirugía bucal y general, las pruebas de laboratorio se utilizan como complemento de la historia clínica para elaborar un diagnóstico.

El interés específico que nos llevaría a remitir al paciente a un análisis de laboratorio, es que éste nos pueda revelar estados que compliquen posteriormente el procedimiento quirúrgico.

Los exámenes de sangre y orina son los más indicados para saber si se puede intervenir quirúrgicamente al paciente o también en el aspecto terapéutico postoperatorio, ya que hay medicamentos que cambian la fórmula hemática produciendo trastornos en el organismo del paciente, de ahí la importancia del análisis de laboratorio.

A continuación se describirán algunas pruebas de laboratorio que por su importancia nos indicarán si el paciente está en condiciones o no de ser intervenido quirúrgicamente.

BIOMETRIA HEMATICA:

El examen de la sangre debe incluir valor hematocrito y cuenta de leucocitos. Esto se pide comunmente como examen completo de sangre.

Los leucocitos polimorfos nucleares tienden a aumentar en estados inflamatorios agudos y después de traumatismos.

En el hematocrito, el volumen de la sedimentación de los glóbulos rojos se expresan en porcentaje después de que la sangre ha sido centrifugada. Si hay 2 cm³ de glóbulos rojos sedimentados en el tubo que contiene 4 cm³ de sangre, entonces el hematocrito es de 50.

La cifra normal para los hombres esta entre los 40 y 50; para las mujeres de 35 a 45. Un paciente con valor hematocrito bajo, debe recibir atención médica inmediata, ya que puede necesitar transfusiones. Un hematocrito alto, posiblemente es causado por la policitemia. El hematocrito es superior al examen de hemoglobina en los pacientes quirúrgicos.

TIEMPO DE SANGRADO:

Por medio del método Duke, se hace una pequeña incisión en el lóbulo de la oreja, con una aguja o punta de bisturí cada treinta segundos la sangre se recoge en un pedazo de papel filtro, en el que se quedará una mancha de sangre de un centímetro de diámetro aproximadamente, este acto se repetirá cada medio minuto hasta que deje de salir sangre, y se vea como sucesivamente el diámetro de la mancha que ésta deja en el papel va disminuyendo hasta extinguirse. Normalmente el tiempo de sangrado, sin oprimir el punto sangrante, debe cesar la hemorragia entre 1 y 3 minutos.

TIEMPO DE COAGULACION:

Existen varios métodos para su determinación:

1.- Se colocan varias gotas de sangre en un portaobjetos y cada minuto se pasa una aguja a través de una o dos gotas. Cuando la fibrina se adhiere a la aguja, la coagulación se ha llevado a cabo. El tiempo normal con este método es de 7 minutos aproximadamente.

2.- Método de Milán.- Se hace una punción con una lanceta de Frank o de Dourisio, en la yema del dedo o en el lóbulo de la oreja, se ponen unas gotas de sangre en varios portaobjetos, se observará en unos de los portaobjetos, a que tiempo comienza a adquirir consistencia la gota, de manera que al colocar verticalmente el portaobjetos no se modifique la forma inicial de la gota de sangre. Los demás portaobjetos con su gota inicial correspondiente sirven para mayor corrección de la prueba, por no haberse aún coagulado, debe desecharse.

Para evitar la disecación prematura, han de cubrirse los porta/objetos con una cápsula de Petri, dónde previamente se colocará un algodón empapado de agua para dar cierta humedad al ambiente. El tiempo de coagulación por éste método es de 5 a 10 minutos.

3.- Procedimiento de Hayen.- Es el que suelen emplear en los laboratorios, pues ésta prueba es más completa. El tiempo de coagulación normal es de 7 a 10 minutos.

c) CONSIDERACIONES RADIOGRAFICAS

El estudio desempeña un papel complementario insustituible en el diagnóstico de las afecciones periapicales más comunes.

En este segmento nos enfocaremos más al proceso periapical. En este tipo de radiografías se debe considerar la clase y extensión del proceso, su relación con las fosas nasales, con los dientes vecinos y con los conductos y orificios óseos. Se debe realizar con precisión el diagnóstico, para saber de antemano la clase de lesión que encontraremos después de trepanar el hueso. En ocasiones, el conducto palatino anterior, puede ser tomado por error como un elemento patológico, esto también puede suceder con el agujero mentoniano.

La proyección de los rayos X, ubica al conducto sobre un ápice radicular; una radiografía tomada desde otro ángulo salva el error.

Es importante conocer la relación con las fosas nasales, para no invadir esta región extemporáneamente. Es necesario recordar en el acto quirúrgico, la ubicación de los ápices vecinos con el objeto de no lesionar el paquete vasculonervioso correspondiente.

Algunos aspectos, a simple vista no se observan: con una radiografía se podrá decidir el efectuar o no la apicectomía, estos son:

EL ESTADO DE LA RAIZ:

El diente puede estar atacado por caries, que ha destruido grandes porciones de la raíz, o ésta puede hallarse ensanchada por tratamientos previos que dan a la raíz una gran fragilidad.

PERMEABILIDAD DEL CONDUCTO:

Los instrumentos rotos dentro del conducto, obturaciones o pivotes. Con ayuda de una radiografía se conocerá con precisión la ubicación de éstos, antes del acto quirúrgico.

ESTADOS DEL PARODONTO:

La resorción del hueso por paradentosis contradice la intervención.

CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

La Apicetomía esta indicada en toda pieza dentaria que pueda retomar su funcionamiento normal una vez realizada la intervención. También por estética se recomienda este tipo de tratamiento, porque tan sólo la raíz nos puede servir como base de una restauración.

- 1.- En casos de curvatura apical exagerada, dilaceración o cuando hay una barrera de calcificación en la cavidad pulpar.
- 2.- En dientes jóvenes con raíces incompletas, en que la obturación hermética del foramen apical es sumamente difícil, pues el conducto tiene a este nivel su mayor diámetro.
- 3.- En dientes con conductos laterales o perforaciones, las cuáles son accesibles para obturación durante la operación.
- 4.- En dientes que posean una corona, en la cual el acceso coronario está bloqueado por un poste, el cual no puede ser retirado.
- 5.- En dientes en los cuáles la fractura de un instrumento indica que tiene que ser retirado, pero que no puede ser extraído en ninguna forma.
- 6.- Fractura del tercio apical radicular, cuando el ápice requiere ser retirado.
- 7.- Cuando se sospecha la degeneración quística de un granuloma. Este es un hecho sorprendentemente raro y las radiografías pueden ser engañosas.
- 8.- Conducto aparentemente bien tratado y obturado en el que existe una ligera periodontitis, pero persistente.
- 9.- En marcada sobreobtusión del conducto radicular que actúa como irritante de los tejidos periapicales.

NOTA:

La resección quirúrgica del ápice puede realizarse en casi todos los dientes; pero no efectuamos la apicectomía más que en los anteriores, por excepción en los premolares y nunca en los molares. La operación en estos dientes además de que los resultados no la justifican, requiere un virtuosismo quirúrgico que no todos poseemos.

LAS CONTRAINDICACIONES PUEDEN SER LOCALES Y GENERALES.

Las generales son:

- 1.- En personas de edad avanzada, dónde los procesos de reparación son más lentos que en los jóvenes.
- 2.- Esta operación es posible realizarla en dientes de niños, pero la obturación del ápice deberá hacerse por vía transmaxilar.
- 3.- En Períodontoclasia avanzada.
- 4.- En incorregible oclusión traumática
- 5.- Cuando existen infecciones paraendodónticas agudas
- 6.- En abscesos periodontales
- 7.- En enfermedades sistémicas como diabetes activa, sífilis, tuberculosis, nefritis o anemia y cuando por otras razones la salud del paciente no ofrezca garantías para la intervención.

Las locales son;

- 1.- Cuando los tejidos circundantes están propensos a ser dañados durante la operación (por ejemplo; el nervio dentario o el seno maxilar a los ápices de los otros dientes).
- 2.- Cuando la longitud de la raíz es tal, que el corte de ella acortará de tal manera la longitud de la misma, que la restauración permanente posterior al tratamiento resulte imposible.

CAPITULO IV

TECNICAS QUIRURGICAS

a) INSTRUMENTAL Y MATERIAL

Para realizar la intervención se requiere de dos tipos de instrumental, uno para los tejidos blandos y otro para tejidos duros, además de los instrumentos de sutura.

PARA TEJIDOS BLANDOS:

Bisturí de Bard-Parker No. 3, hoja para bisturí No. 5, espátula de Freer (para separar colgajos), legra, separador de Seen, separador de Farabeuf, separador de Langebek o Seeldin, pinzas hemostáticas, de Kocker, de Allis, de disección.

PARA TEJIDOS DUROS:

Martillo, escoplo o cincel de Burkeley No. 2, sierra Stucker, gubia o alveolotomo para regularización de proceso, legra o cureta de Hu-fried No. 9 recta o curva No. 11. Por último fresas quirúrgicas, dos de bola No. 3 y 5, o fresa de Alport redonda, fresa de Chambert de flama, fresa de Linderman troncocónica, pieza de mano y tubo aspirador estéril.

MATERIAL DE SUTURA

Porta-agujas, aguja atraumática 000, tijeras de sutura, pinzas de disección y sutura que existe de dos tipos para planos profundos (catgut) se reabsorbe 5 días después de la operación, y para planos superficiales, sutura de nylon (dermalón), aguanta las tensiones de la piel, y se tiene que retirar, no se cae sólo.

Así mismo, deben tenerse disponibles gasas estériles, agua oxigenada o alcohol.

El agua oxigenada es útil para limpiar la sangre coagulada de los instrumentos durante la intervención; para esterilizar un instrumento flameándolo dos veces si es necesario utilizarlo.

Así mismo, se deben tener a la mano en caso de hemorragia termocauterio o Gelfoam, éste último es un material de relleno quirúrgico plegable, de gelatina celular que absorbe y retiene muchas veces un peso de sangre. Se le emplea para rellenar la herida después de haberse efectuado la curugía a fin de obliterar el espacio muerto. Favorece la organización del coágulo sanguíneo y en un mes aproximadamente, es totalmente reabsorbido por las células gigantes. No obstaculiza la reparación ni demora la cicatrización.

b) ANESTESIA

La anestesia es de suma importancia para realizar la apicectomía con éxito. Un alto porcentaje de fracasos, es causado por anestésicos insuficientes que no permiten realizar con pulcritud los tiempos operatorios. La anestesia ha de dar la suficiente isquemia del campo operatorio como para poder realizar una operación en blanco. Esto se consigue usando soluciones anestésicas con adrenalina. La solución de novocaína (o productos similares) con adrenalina, se emplea al 1% y al 2% y hasta el 4%, según se desee practicar dicha intervención. La anestesia puede ser intragingival o intraligamentosa (anestecia local).

1.- La anestesia intragingival (pre o subperióstica.), se hace con una solución de 1 X 100 o 2 X 100 de adrenalina (2cc) en la geringa dentaria. La aguja de bisel corto es la indicada.

a) Para los dientes monorradiculares, en la encía del lado vestibular, a 3 o 4 mm. del cuello según la línea de la corona; algunas gotas de la solución, o un cuarto de cmm³. Debe ser infiltrado suavemente. Es útil hacer una segunda infiltración inmediata a 1.5 cm. del cuello del diente en dirección del ápice de 1/2 a 1 cm. en el tejido más laxo y más flexible a ese nivel.

Se puede hacer una inyección complementaria sobre los vertientes palatino o lingual a 3 o 5 mm. del cuello, al igual que del lado vestibular.

b) Para las raíces múltiples, del lado vestibular una inyección hecha en mesial de la corona, a 3 o 5 mm. del cuello, una segunda inyección se aplica en distal.

Conviene hacer infiltración complementaria para los monorradiculares, de 1/2 de 1cc a 1.5 cm. del cuello en dirección del ápice.

En el maxilar inferior no se debe infiltrar sobre la vertiente lingual a más de 3 o 5 mm. del cuello.

2.- La inyección intraligamentosa, se realiza introduciendo la aguja del lado vestibular, en el alveolo, a algunos milímetros de profundidad, en lo posible sobre el plano mesial y el distal de las raíces; completa bien la anestesia superficial pero necesita una fuerte presión.

Estas en términos generales, las normas para la anestesia en aceptomía. Las indicaciones particulares son las siguientes:

MAXILAR

1.- NERVI SUBORBITARIO.- Referencias:

a) La pupila del paciente con la cabeza derecha, mirando directamente al frente.

b).- El reborde orbitario, el agujero suborbitario se sitúa de 5 a 8 mm. por debajo del borde libre del hueso, en una línea perpendicular que baja desde la pupila.

c).- La línea trazada desde el espacio que separa el incisivo lateral del central, hasta la sutura frontomalar que se encuentra a 4 mm. por encima de la horizontal pasando por el ángulo palpebral externo.

Vía bucal.- Se determina el orificio suborbitario con tinta o lápiz y se introduce en el surco gingivolabial, en la línea del espacio interincisivo lateral, una aguja dentaria larga. Esta debe seguir la pared ósea en dirección de la sutura frontomalar hasta el nivel del orificio marcado,

dónde se filtra 1cc de anestésico y luego penetra por tanteo, en el conducto en cuya entrada se inyecta 1cc de líquido.

2).- **NERVIO DENTARIO SUPERIOR, POSTERIOR O CIGOMATICO.**- Se introduce una guja fina de 5 mm. en el vestibulo a la altura del ápice del segundo molar superior, se avanza en contacto con el hueso, hacia arriba y hacia atrás, siguiendo una línea que hace 45° , con el plano horizontal de la arcada dentaria: se inyectan de 2 a 3 cc.

3).- **NERVIO NASOPALATINO.**- Referencias: la papila palatina, 5 a 8 mm. del espacio interincisivo medio.

TECNICA.- La aguja penetra directamente en la depresión ósea en el conducto palatino anterior, la aguja penetra de 4 a 5 mm depositando 1/4 de cartucho.

4).- **NERVIO PALATINO ANTERIOR.**- Referencias: Depresión palpable en el paladar, a 1.5 cm del reborde gingival, en una línea que baja del espacio entre el segundo y tercer molar. En el conducto posterior de dónde emerge el nervio en dirección oblicua hacia arriba y atrás ligeramente hacia afuera.

TECNICA.- Se introduce 1 cm. la aguja, se deposita 1cc de solución anestésica. Se llega al tronco del nervio maxilar superior al nivel de la parte posterior de la fosa pterigomaxilar dónde se infiltran 2cc.

MANDIBULA

1.- **NERVIO DENTARIO INFERIOR.**-

TECNICA.- Se coloca la jeringa sobre los premolares del lado contrario para introducir la aguja cerca de la región retromolar hasta topar con hueso, allí se deposita un cuarto de cartucho, se jala la guja y se coloca en posición más recta y se va depositando otro 1/4 de cartucho para bloquear los nervios lingual y bucal largo.

2.- **NERVIO MENTONIANO.**- Técnica: Se coloca la jeringa en posición casi vertical, se intrduce la aguja en el fondo del surco vestibular siguiendo el eje del segundo premolar, depositar de 1 a 2 cc.

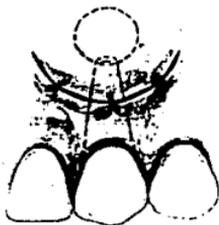
c) TIPOS DE INCISIONES

La incisión es una maniobra mediante la cual, se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención. Para realizar cualquier tipo de incisión, es aconsejable mantener firme la fibromucosa o encía. El corte debe realizarse de un sólo intento, sin titubear.

Las incisiones de la cavidad bucal, en general deben llegar en profundidad, hasta el tejido óseo, seccionando por lo tanto el tejido que cubre el hueso, el perióstio. Las incisiones limitan un trozo de fibromucosa o mucoperióstio, que se denominan colgajo.

CONDICIONES QUE DEBE REUNIR UNA INCISION

- 1.- Es necesario que tenga una base lo suficientemente ancha, para preveer la suficiente irrigación evitando la necrosis del tejido.
- 2.- Debe permitir buena visualización
- 3.- La incisión debe ser hecha de un sólo trazo, sin líneas secundarias.
- 4.- La incisión, ha de trazarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo en su sitio, la línea de incisión repose sobre hueso sano.



Incisión correcta:

no coincide con la cavidad ósea. La incisión y el colgajo producido de ella, descansan sobre hueso sano, una vez que se ha re-
puesto el colgajo en su sitio;

De todas las incisiones , mencionaremos sólo las que se aplican en apicectomía.

INCISION DE WASSMUND

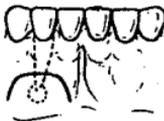
Es la indicada para realizar apicectomías en dientes del maxilar superior.

La incisión se realiza de la siguiente manera: Con bisturí de hoja corta, se empieza la incisión a nivel de surco vestibular y desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, profundizando hasta el hueso, seccionando mucosa y periostio. La incisión desciende hasta medio centímetro del borde gingival y desde allí, corre paralela a la arcada dentaria y se lleva nuevamente hasta el surco vestibular, terminando a nivel del ápice del diente vecino del otro lado.



Incisión preconizada por Wassmund:

en este caso se realiza en el canino superior izquierdo.



Incisión del mismo autor, para el maxilar inferior.

INCISION DE NEUMAN

Se efectúa desde el surco gingival, hasta el borde libre, festoneando los cuellos de los dientes y seccionando las lenguetas gingivales. Las incisiones verticales, deben terminar en los espacios interdentarios. La cicatrización es perfecta y no deja huella.



Incisión de Neumann.



Incisión de Neumann para la operación en los dos incisivos centrales.

INCISION DE PARTSCH

Esta incisión está indicada en los casos donde existen quistes de mediano o gran tamaño, en los cuales, la enucleación de la bolsa traería problemas y trastornos por parte del hueso (hemorragias, fracturas, apertura del seno maxilar) y por parte de los dientes (lesión de la pulpa de los dientes vecinos).

La incisión se realiza de la siguiente manera: Con el bisturí se traza una incisión semilunar, en forma de una "U" abierta, que traspase mucosa, submucosa y periostio. La convexidad de dicha incisión, no debe pasar de 3 o 4 mm. arriba del borde gingival.

La incisión, debe extenderse hacia mesial y distal de los dientes adyacentes, ésta incisión semilunar es la que se utiliza en la mayoría de los casos.



Incisión de Partsch

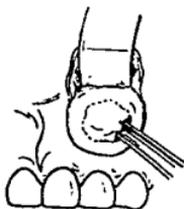
d) OSTEOTOMIA

Osteotomía es la extracción del hueso que cubre el objeto de la operación, esta se realiza con escoplos, fresas o pinzas gubias.

OSTEOTOMIA CON ESCOPLOS

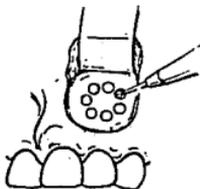
Se usa dando golpes secos pero afectivos. Cuando el hueso esta adelgazando o hay perforación ósea debida a un proceso patológico del periápice, el escoplo se usa a presión normal y manual, realizando con facilidad la osteotomía.

OSTEOTOMIA CON ESCOPILOS



OSTEOTOMIA CON FRESA

La fresa es un instrumento útil para la osteotomía, evita el shock que provoca el escoplo, el cual resulta muy desagradable. La fresa debe actuar siempre bajo el chorro de agua esterilizada o suero fisiológico, para evitar el calentamiento del hueso, provocando necrosis del mismo.



OSTEOTOMIA CON PINZAS GUBIAS

Las pinzas gubias se usan para agrandar orificios previamente preparados con escoplos. Las pinzas funcionan con golpes sucesivos de abertura y cierre, cortando el hueso a manera de sacabocados. Las puntas rugosas, los bordes afilados y crestas se alisan con lima para hueso.

e) OPERACION PROPIAMENTE DICHA

En éste apartado describiremos la operación, enumerando los pasos para realizar la apicectomía.

1.- ANESTESIA: La anestesia, será regional o infiltrativa local, profunda, prolongada y con suficiente vasconstrictor:



2.- PREPARACION DEL CAMPO: No solamente la mucosa oral debe ser desinfectada, sino también los labios y parte descubierta de la cara.

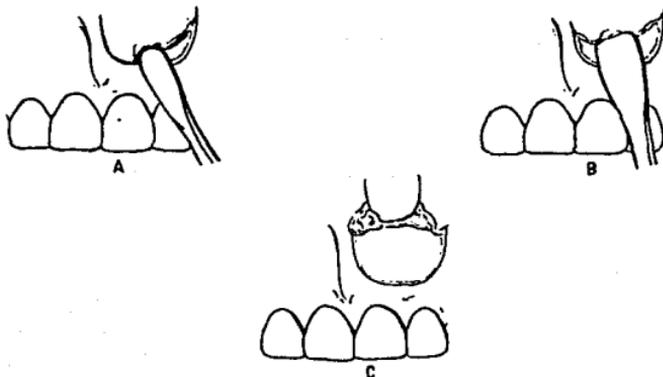
3.- INCISION: La mejor incisión, es la semilunar de Partsch, hasta el periostio, con la convexidad hacia el plano oclusal y pasando por la mitad de la raíz de longitud media. Por lo general, es de uno a dos centímetros de largo, tratándose de una sola apicectomía, que puede extenderse en altura y en anchura en caso necesario. En amplias rarefacciones perirradiculares se hace la incisión de Wassmund en forma de "U", al tomar en cuenta que en su parte convexa debe estar un poco más cervical que la ventana ósea, pero nunca menos de 3 mm. del borde gingival. Los extremos de la incisión, a la distancia que permita ver bien el ápice.



Incisión en arco de Partsch

Si hay que realizar una apicectomía en la que interfiera algún frenillo, deberá seguir la incisión su contorno sin cortar inserciones. Esto puede seguir haciéndose una incisión en forma de "V" abierta, que contornee el frenillo para trazar luego la incisión semilunar hasta encontrarse con ella. Cuando el frenillo se encuentra se encuentra demasiado largo, se puede seccionar sin inconvenientes; la sutura del colgajo resituirá los tejidos en relación normal.

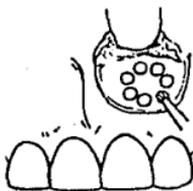
4.- SEPARACION DEL COLGAJO:- Después de realizada la incisión; con un periostotomo, legra o con espátula de Freer, se separa la mucosa y el periostio subyacente, el asistente lo sostiene con un separador de Langerberck, Seldin o simplemente con un instrumento romo. El sostener el colgajo, es de vital importancia, pues la visión del campo operatorio debe ser perfecta y el colgajo no debe interponerse en las maniobras operatorias.



Desprendimiento del colgajo. A. Se insinúa el extremo afilado del periostótomo entre los labios de la incisión. B. El extremo ancho del instrumento completa la preparación del colgajo. C. El colgajo se sostiene con el periostótomo o con un separador.

5.- OSTEOTOMIA:- Algunas veces, falta una parte de la lámina externa y queda descubierta una porción de la raíz, en éste caso, con cincel afilado de presión manual se levanta el tejido óseo que cubre el ápice. Otra técnica sería, con una fresa de bola, se hacen 4 o más perforaciones que se van uniendo al desprender la lámina ósea que cubre el ápice.

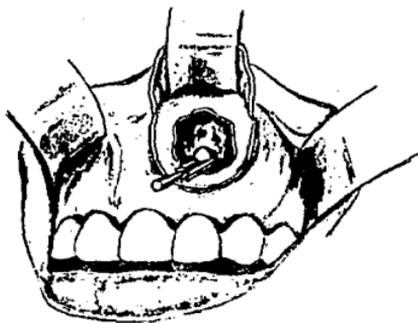
Luego se procede a agrandar la brecha en ambos lados rodeando la zona apical, procurando evitar el calentamiento del tejido óseo, irrigando constantemente con suero fisiológico. La fenestración ósea, debe ser suficiente para manejar fácilmente los instrumentos.



Osteotomía con fresa redonda.

6.- AMPUTACION DEL APICE RADICULAR:- la amputación del ápice se efectúa con una fresa de carburo No. 558 de fisura, dirigiendo el corte paralelo a las carasoclusales de las piezas, cortando el ápice generalmente de 2 a 3 mm de longitud. La fresa debe intrudirse en la cavidad la profundidad necesaria para que seccione parejo el ápice y no solo la parte anterior de éste. También, debe tenerse mucho cuidado con la presión que se ejerce sobre la fresa y el ángulo con que éste instrumento trabaja, con objeto de evitar su fractura.

6.- AMPUTACION DEL APICE RADICULAR:



Amputación de la raíz con fresa de fisura.

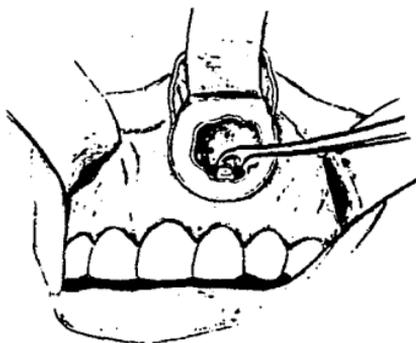
El empleo del escoplo es muy riesgoso, según los autores, puede ocasionar fractura longitudinal de la raíz y biseles erróneos. Debe sostenerse el diente en entre dos dedos, para evitar la fractura o movimiento exagerado del diente.

7.- CURETAJE PERIAPICAL:- Este paso, es definitivamente el más importante y el cuidado del detalle es esencial para el éxito. Primero hay que saber como se eliminan los procesos patológicos y luego con que se eliminan éstos.

El raspado o cureteado se hace con pequeños movimientos elevando de la cavidad ósea al tejido enfermo. En primer lugar, se hace la limpieza de la cavidad y luego nos detendremos en los puntos en dónde pueda quedar tejido de granulación o restos de membrana.

Son varios los puntos cuya búsqueda debe hacerse minuciosamente, como por ejemplo; la porción retroradicular, el espacio entre la raíz del diente en tratamiento y la de los vecinos, la zona adherida a la fibromucosa palatina, en el caso de haber desaparecido el hueso a este nivel.

Los movimientos que haremos con las cucharillas, deberán ser enérgicos para eliminar las porciones del tejido patológico. Posteriormente, se alisa con fresa cilíndrica la cavidad, el suelo de la brecha, debe quedar absolutamente limpio y liso. Cuando el espacio entre las raíces es muy estrecho, se puede hacer la limpieza con una fresa redonda. Otro detalle importante, es observar cuidadosamente las porciones retroradiculares de los dientes vecinos, ya que los tejidos de granulación, se alojan con frecuencia a ese nivel, al realizar el curetaje de esa zona, hay que tener cuidado para no seccionar el paquete vasculonervioso de esos dientes. Después de una serie de maniobras, se lava la cavidad ósea con suero fisiológico o presión para que arrastre las partículas óseas, dentarias y de tejido de granulación.

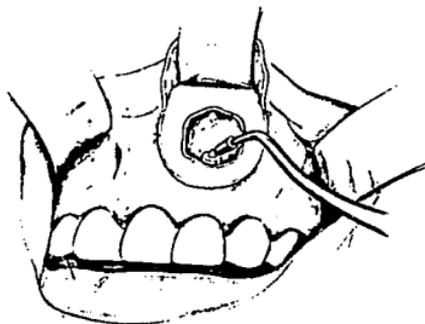


RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL

8.- TRATAMIENTO DEL CONDUCTO:- Este paso, varía según el caso que se trate.

PRIMER CASO:

El conducto fue preparado y obturado antes. En este caso sólo se sella con un instrumento caliente la gutapercha que aparece en el nuevo foramen.



SEGUNDO CASO:

El conducto fué preparado pero falta obturarlo. EN este caso: a) Se recorta un poco de tejido óseo alrededor del nuevo extremo radicular, con el fin de que la sangre no penetre en el conducto. b) Se rodea ésta porción radicular con una tira de gasa empapada con agua oxigenada. c) Se seca bien el conducto. d) Se obtura el conducto con la técnica usual.

TERCER CASO:

Nada se ha hecho al conducto, en éste caso existen posibilidades: A) Una vez hecha la apicectomía, el acceso es normal a toda la cavidad pulpar por la cámara y se hace la conductoterapia usual.

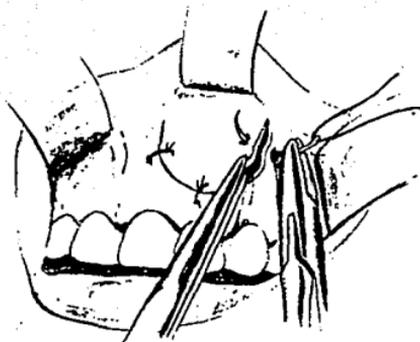
B) El acceso, es solamente la terminación del conducto por el nuevo foramen, debido a las obstrucciones (como en el diente con pivote, o el obturado con cemento de oxifosfato y el que tiene calcificación subtotal de la cavidad pulpar). En este caso el tratamiento es retrógrado, es decir del foramen hacia adentro. Comprende dos técnicas diferentes: 1.- Cuando el conducto es muy corto, se amplía con fresa de cono invertido montada en un ángulo miniatura y se obtura con amalgama de plata que se lleva en pequeñas porciones, para evitar hasta dónde sea posible que se riegue alrededor de la raíz. 2.- Si la porción del conducto por tratar no es corta, se doblan en ángulo recto algunas limas de mango largo, de diferente calibre y se ensancha, se alisa, se irriga, se seca, se desinfecta y se obtura el conducto, condensando lateralmente pequeños conos de gutapercha. Se cortan los extremos y se sella con instrumento caliente C) Cuando se ha roto un instrumento y el fragmento ha quedado alojado en el tercio medio radicular, se logra desalojar de la cámara haciendo presión con un instrumento por el nuevo foramen.

9.- DESINFECCION DE LA DENTINA:- En la punta de un palillo se lleva la solución de nitrito de plata sobre la dentina radicular descubierta y con eugenol llevado en otro palillo se reduce la sal argpénica.

10.- LIMPIEZA DEL CAMPO ABIERTO:- Después de esperar tres minutos aproximadamente, se limpia la cavidad y se raspa levemente el fondo para provocar una ligera hemorragia y el coágulo que hará la cicatrización.

11.- SUTURA:- Se adapta el colgajo en su lugar y se sutura con seda negra de tres ceros, con tres o cuatro puntos, primero el de la parte media y se complementa a uno y otro lado. En la mandíbula se requieren más puntos de sutura.

11.- SUTURA:



Sutura del colgajo

12.- **CANALIZACION** :- Si ha habido supuración radicular, insertaremos una tira de gasa con Dentalone (De Park) hasta el fondo de la cavidad, pasando por la parte más baja de la incisión para canalizar y cerrar la herida.

13.- **CONTROL**:- Se toma una radiografía inmediatamente después de la operación para checar su evolución con las radiografías subsecuentes.

f) **OBTURACION RETROGRADA:**

Consiste en una variante de la apicectomía, en la que la sección apical residual es obturada con amalgama de plata, con el objeto de obtener un mejor sellado del conducto y así lograr una rápida cicatrización y una total reparación.

Siendo la amalgama de plata un material óptimo que evita cualquier filtración, se justificaría ésta intervención, con la finalidad de garantizar el cierre del conducto seccionado, puesto que la retapercha y el cemento de conductos no garantizan la obturación hermética del conducto.

LAS PRINCIPALES INDICACIONES SON:

- 1.- Los dientes con ápices inaccesibles por vía pulpar.
- 2.- Dientes con reabsorción cementaria, falsa vía o fracturas ápicales en los que la simple apicectomía no garantice una buena evolución.
- 3.- En dientes implantados accidental o intensionalmente.
- 4.- En dientes que teniendo lesiones periápicales, no pueden ser tratados sus conductos porque soportan incrustaciones o coronas de retención radicular o son bases de puentes fijos que no se desean desmontar.

T E C N I C A

- 1.- La sección apical se hará oblicuamente, de tal manera que la superficie radicular quede en forma elipsoidal.
- 2.- Se secará el campo y en caso de hemorragia, se aplicará una torúnda humedecida en solución al milésimo de adrenalina.
- 3.- Con una fresa de cono invertido se preparará una cavidad retentiva en el centro del conducto. Se lavará con suero fisiológico salino para eliminar restos.
- 4.- Se obturará la cavidad con amalgama de plata sin zinc dejándola plana o en forma de concavidad o cúpula.
- 5.- Se retirarán los fragmentos de amalgama. Se provocará ligera hemorragia para formar un buen coágulo y se suturará por los medios de rutina.

En general se recomienda la amalgama de plata empleada en esta técnica que no contenga zinc, para evitar el posible riesgo de que se produzcan fenómenos de electrolisis entre el zinc y otros metales que componen la amalgama (mercurio, cobre y estaño), con un flujo constante de corriente eléctrica, precipitación de carbonato de zinc en los tejidos y como consecuencia una reparación periapical demorada.

g) LIMPIEZA Y SUTURA:

La limpieza del campo abierto después de esperar unos tres minutos, se hace la limpieza de la cavidad, irrigando la zona con suero fisiológico a presión.

Para irrigar la herida se le hace bajar la cabeza al paciente y se proyecta la solución en la herida con bastante presión, pues se eliminan los pequeños fragmentos de hueso.

Una vez irrigada la herida, se le debe curetear para estimular la hemorragia que formará el coágulo que servirá de aposito para la herida. Se adapta el colgajo a su lugar y se sutura.

La sutura se hace con aguja atraumática e hilo quirúrgico número 000 de seda o nylon. El catgut también se puede emplear sólo que es más rígido y se dificulta hacerlos nudos. Si la apicectomía se realizó en un solo diente, generalmente se requieren de tres o cuatro puntos de sutura. Los dientes inferiores requieren de mayor número de puntos de sutura, debido a la movilidad del labio inferior al hablar o masticar.

CAPITULO V

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA APICECTOMIA

Los accidentes y complicaciones de ésta operación, pueden ser por innumerables factores; unos pueden presentarse por utilizar una mala técnica o por mala elección del caso, a continuación citaremos las más frecuentes:

1.- **TUMEFACCION:**- No siempre se produce, pero se presenta por traumatismo en la zona de la intervención, por sobrecalentamiento del hueso durante el fresado.

2.- **DOLOR:**- Por la variabilidad de su intensidad

3.- **PARESTESIA:**- Ocasionalmente se presentan transitorias, puede durar unos días o hasta varios meses, se manifiesta más en premolares y molares inferiores .

4.- **ABCESOS:**- Estos pueden ser originados por los puntos de sutura, debido a la laceración de los tejidos al suturar, o a la acumulación de restos alimenticios sobre ella (infección).

5.- **HEMORRAGIAS:**- Raras veces se presenta después de una apicectomía En este caso se deberá anestésicar al paciente, curetear nuevamente la herida y suturar.

6.- **INTERRUPCION DE IRRIGACION E INERVACION:**- De los dientes adyacentes durante el curetaje, si existe una zona de rarefacción muy grande. Para evitar este accidente se recomienda primero hacer el tratamiento de conducto y un pequeño curetaje.

7.- **INSUFICIENTE RESECCION DEL APICE RADICULAR:**- Esto sucede cuando la fresa corta nada mas la parte anterior de la raíz, dejando la otra porción.

8.- **LESION DE DIENTES VECINOS:**- El paquete vasculonervioso puede ser seccionado a la errónea ubicación del ápice, puede dar lugar a la amputación del ápice de un diente vecino.

9.- **LESION DE ORGANOS O CAVIDADES VECINAS:**

a) Perforación de las fosas nasales, con cucharillas o durante el fresado , produciendo hemorragia nasal. b) Perforación del seno maxilar. Si no se estudia y se ubica el ápice en una radiografía, en algunos casos el fresado puede perforar el piso del seno e introducir en éste el ápice amputado.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

c) lesión de los vasos y nervios palatinos anteriores. d) Lesión de los vasos y nervios mentonianos, además de la hemorragia se produce parestesia.

10.- FRACTURA O LUXACION DEL DIENTE EN TRATAMIENTO:- El mal manejo del escoplo puede causar fractura, luxación y hasta expulsar el diente en tratamiento.

11.- PERFORACION DE LAS TABLAS OSEAS LINGUAL O PALATINA:- La lesión más importante tiene lugar en la mandíbula, propagando así la infección a la región glos supraiohidea. La perforación de la tabla lingual, puede también ocasionar hemorragias del piso de la boca, la cual da coloración hemática característica, inflamación e injurgitación de la glándula sublingual.

CAPITULO VI

POSTOPERATORIO

Las instrucciones serán dadas verbalmente y por escrito para que el paciente no las olvide si es que aún ésta bajo la influencia de la medicación preoperatoria.

- 1.- Es conveniente advertir al paciente que no se alarme si después nota dolor, ligera hemorragia o inflamación de la región:- Se prescriben analgésicos, según se necesiten, por ejemplo: Derivados de las pirazolonas, acetaminofén, etc.
- 3.- En el mismo día se apliquen fomentos fríos (hielo) durante 20 minutos con intervalos de una hora.
- 4.- Dieta líquida y blanda
- 5.- Los días siguientes y mientras dure la inflamación, se recurre a fomentos calientes por fuera y enjuagues con solución salina tibia, después de las comidas.
- 6.- Si se desea o conviene reducir la inflamación más rápidamente, se administran antihistamínicos o dihidrocortizona, y aún se puede inyectar hialuronidasa directamente en el edema.
- 7.- Los puntos de sutura se eliminan a los cuatro o siete días.
- 8.- Revisión clínica y radiografías periódicas.
- 9.- Dieta blanda durante tres o cuatro días, dependiendo del estado del paciente.

EVOLUCION POSTOPERATORIA

El proceso de regeneración ósea se verificó en el lapso de seis a doce meses. El periodonto también se regenera y la superficie dentaria en la mayoría de los casos, se deposita neocemento y el extremo de la obturación se cubre de tejido fibroso cicatrizal.

RESULTADOS: Los éxitos de la apicectomía alcanzan un 98%. Clínicamente los dientes son asintomáticos.

Los estudios radiográficos e histológicos demuestran que los tejidos periradiculares se regeneran y normalizan.

A veces se ve en la radiografía que la fibrosis en contacto con el material obturante del conducto, es más gruesa que el periodonto contiguo, por lo que motiva la confusión con una inexistente alteración periapical. Otras veces por destrucción de la lámina ósea alveolar interna con su periosteo (aparte de la externa) no puede regenerarse el tejido óseo de una manera completa y se ve en la radiografía una zona radiolúcida intensa con bordes nítidos, que tampoco es patológica, sino un efecto de la calcificación postoperatoria. Este defecto suele estar separado del diente, por una lámina dura alveolar y periodonto normales.

CONCLUSIONES

Podemos resumir que la Apicetomía, es una intervención clasificada dentro de la Cirugía Menor; por lo que puede ser practicada por el dentista general.

La Apicetomía va ligada directamente con la terapéutica endodóncica y generalmente se efectúa cuando ésta ha fracasado.

El objetivo primordial de la Apicetomía, es el de conservar los dientes, por razones estéticas y funcionales; además, como se ha visto, es una forma de tratar los focos crónicos periapicales.

El éxito de este tratamiento se deberá a la minuciosidad con que se realice la operación y a la correcta aplicación de las técnicas de cirugía utilizadas por el Odontólogo.

C A S O C L I N I C O N º . 1 .

CIRUGIA DE TERCER MOLAR RETENIDO

PACIENTE: VERONICA NAVA GALLEGOS

EDAD: 21 AÑOS

FECHA: 26/3/93.

DATOS CLINICOS:

La paciente presentaba pericoronitis debida a la acumulación de alimento en la zona del tercer molar inferior derecho. Este caso corresponde a la clasificación 3 normal posición vertical.

TRATAMIENTO:

Radiografía periapical en zona de molares.

Se aplicó anestesia regional infiltrativa (Mepivacafna), un cartucho para bloquear el nervio dentario inferior.

Ya estando bloqueada la zona, se hizo una incisión angular para dar visibilidad y la consiguiente facilidad para manipular los instrumentos dentro de la cavidad quirúrgica.

Con elevador recto, se intridujo hasta lograr el punto de apoyo para luxar el diente, para después desalojarlo.

Se lavó el alveolo con solución isotónica, irrigando con la presión de una aguja hipodérmica.

Ya limpia la cavidad quirúrgica se acomodó el tejido (colgajo) en su lugar y después de formado el coágulo se procedió a suturar con seda negra (tres puntos de sutura solamente).

POSTOPERATORIO:

Después de recibir las indicaciones dadas por el operador a los cuatro días se le retiraron los puntos; observándose ya bien avanzada la cicatrización de la herida.

C A S O C L I N I C O N º . 2 .

MUCOSELE

PACIENTE: GARCIA HERNANDEZ VICTORIA

EDAD: 38 AÑOS

FECHA: 11/3/93.

DATOS CLINICOS:

La paciente presentaba un abultamiento en el carrillo del lado izquierdo a 5 mm. de la comisura labial. La lesión era de forma redondeada de 7mm. aproximadamente de diámetro. Presentaba una coloración azulosa, de consistencia fibrosa y dura a la palpación e indolora.

TRATAMIENTO:

Se administró anestesia local, un cartucho de zitanex para bloquear la zona, infiltrando el líquido mediante puntos alrededor de la lesión hasta producir isquemia.

Con bisturí de hoja Nº. 15, se trazo una incisión en forma de rombo o elíptica, de modo que la lesión quedara en el centro del trazo quirúrgico.

El pequeño tumor se va levantando con unas pinzas de curación, a medida que se va haciendo la incisión para desalojarlo de su base de implantación, evitando así posibles residivas.

Ya desalojado el tumor, se lavó el lecho quirúrgico y se suturó la herida con tres puntos de seda negra.

POSTOPERATORIO:

Dadas las indicaciones verbalmente y por escrito, se le recetó antibiótico y antiinflamatorio.

Se citó al paciente a los 4 días para retirar los puntos de sutura.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- RIES CENTENO
CIRUGIA BUCAL 9a. EDICION
EDITORIAL EL ATENEO.
- 2.- GUSTAVO O. KRUGER.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
EDITORIAL INTERAMERICANA 1971.
- 3.- ANGEL LASALA
ENDODONCIA 2a. EDICION
CARACAS VENEZUELA, 1971
- 4.- F. J. HARTY
ENDODONCIA EN LA PRACTICA CLINICA
ED. EL MANUAL MODERNO, 1976
- 5.- COSTICH - WHITE
CIRUGIA BUCAL
- 6.- ARCHER W. HARRY
CIRUGIA BUCAL, TOMO I.
EDITORIAL ATENAS, ARGENTINA, 1978