

12f. 942

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



APICECTOMIA

TESIS PROFESIONAL
Que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

PRESENTAN

SONIA SANCHEZ AVILA
NORA SANCHEZ AVILA

MEXICO, D. F.

1979

15330



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

I N D I C E

		Pág.
I.	Introducción.	1
II.	Historia Clínica.	5
	a) Interpretación de la historia clínica	10
III.	Anatomía Quirúrgica de los dientes.	29
IV.	Instrumental para la Resección de la Raíz.	36
V.	Definición de Apicectomía.	38
VI.	Indicaciones y contraindicaciones en Apicec <u>tomía:</u>	40-41
	a) Generales.	41
	b) Locales.	42
	c) Anatómicas.	43
VII.	Ventajas de una apicectomía.	43
VIII.	Examen Radiográfico Preoperatorio.	44
IX.	Tratamiento Preliminar antes de la Resección	44
X.	Anestesia y complicaciones que presenta una - anestesia incompleta.	46-48
	a) Maxilar superior.	47
	b) Maxilar inferior.	47
XI.	Técnicas de Apicectomía.	49
	a) Insición de Wassmund.	50-A

	Pág.
b) Incisión de Elkan - Neumann	50-A
c) Incisión de Partsch.	50-A
1. Separación del Colgajo.	51
2. Osteotomía.	51
3. Amputación de Apice.	52
4. Legrado del Proceso Radicular.	52
5. Tratamiento del Conducto.	54
6. Obturación Retrógrada.	55
7. Sutura.	55
XII. Cuidados Postoperatorios.	55
XIII. Accidentes y Complicaciones.	57
XIV. Evolución Operatoria.	
XV. Resultados.	
XVI. Caso Clínico.	60
XVII. Conclusiones.	61
XVIII. Bibliografía.	63

I. INTRODUCCION

Desde tiempos muy antiguos se conocen las infecciones dentarias, la cual fué una preocupación de todos -- aquellos que ejercieron la medicina. Walf en el año de -- 1749, revisando el libro de Chirurgie que publicaran Heis-- ter indica las maniobras operatorias para el tratamiento de la caries ósea productora de la fístula de los maxilares, -- estas maniobras son muy parecidas a las técnicas quirúrgi-- cas que se aplican en las Apicectomías. Esta operación fué realizada por primera vez por Désirabode en 1843. Magitot hizo una operación similar en 1867. Farrar describió un mé-- todo de resección radicular en casos de absceso alveolar -- crónico. Quedó a cargo de Rhein la popularización de la -- operación hacia 1890, en una época en que todavía no se ha-- bían descubierto los RX. Al parecer estos primeros inten-- tos se llevaron a cabo a ojo de buen cubero al pretender ex-- tirpar un tejido patológico que en muchos casos no existía en realidad. Ottesen demostró el método del campo abierto para la resección de la raíz. Se hacía una incisión, se re-- traía el tejido blando y se extirpaba el hueso alveolar que cubría el ápice con un cincel. Luego se amputaba el extre--

mo de la raíz y se raspaba el área, se insertaba una obturación de amalgama en el ápice, se ponía un antiséptico en la herida, y se suturaban los tejidos en la línea de incisión.

No se mencionaba el estado del conducto antes de la operación. Siguiendo una técnica muy parecida a la de Ottesen, Garvin informó haber realizado resecciones en 1179 dientes de 862 pacientes. En lugar de limitarse a los dientes anteriores, Garvin incluyó los premolares y los primeros molares en muchos casos. La extracción de dientes -- que él había resecado 22 años antes porque habían dejado de ser útiles, pone de manifiesto el hecho de que su técnica -- debía haber tenido un éxito notable. Por desgracia, con el advenimiento de la era de la infección focal en 1920, Garvin, al igual que otros muchos, siguió el consejo de los -- adeptos, mal informados, de la entonces nueva teoría y durante cierto tiempo dejó de practicar la resección radical, a pesar de los buenos resultados obtenidos, sólo para reanudar dicha técnica posteriormente y continuarla hasta el momento actual.

Existen autores que están en contra de la Apicectomía H.G. Himann en 1921 dijo que el fracaso es casi --

constante, Kosteka 1936 no considera suficiente la Apicectomía para eliminar la infección local.

HISTORIA CLINICA

Para llevar a cabo la apicectomía debemos de tomar en cuenta una serie de datos que debemos de recabar del paciente, se ha de hacer una historia clínica detallada y precisa del estado de salud general del paciente.

Si los antecedentes revelan que se trata de un paciente muy aprehensivo, la premedicación con un barbitúrico adecuado tomado media hora antes de la operación disminuirá las dificultades en el curso de ésta. Psicológicamente debemos también preparar al paciente ya que en la mayoría de los casos el paciente siente mucho temor a cualquier tipo de tratamiento dental, en este caso le explicaremos al paciente el procedimiento y la importancia del tratamiento, tanto para su salud dental, como estética y también el funcionamiento de la misma por lo tanto le pediremos al paciente su cooperación y confianza durante el tratamiento.

A continuación mencionaremos los puntos, los cuales consideramos de vital importancia.

HISTORIA CLINICA

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____

Dirección _____

Teléfono _____ Altura _____ Peso _____

Fecha _____ Ocupación _____ Estado Civil _____

1. Su salud es buena?

a) Ha habido algún cambio en su salud durante el año pasado?

2. Mi último examen físico fue _____

Mi último examen dental fue _____

3. Se encuentra Ud. bajo el cuidado de un médico?

a)Cuál es el padecimiento que se le está tratando? _____

4. El apellido y la dirección de su médico son _____

5. Ha padecido Ud. alguna enfermedad grave o se ha sometido

a una intervención quirúrgica de importancia?

a) Qué padecimiento o intervención fue? _____

6. Padece o ha padecido alguno de los siguientes trastornos

o enfermedades?

a) Fiebre reumática.

b) Lesiones cardíacas congénitas.

c) Enfermedad cardiovascular (molestias cardíacas, ataque cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, presión alta, arteriosclerosis, embolia.

I. Siente dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo?

II. Le falta el aire después de un ejercicio leve?

III. Se le hinchan los tobillos?

IV. Siente que no puede respirar bien cuando se acuesta o necesita almohadas adicionales para dormir?

d) Alergias.

e) Asma.

f) Urticaria.

g) Desmayos o Convulsiones.

h) Diabetes.

I. Tiene necesidad de orinar más de seis veces diarias.

II. Tiene sed la mayor parte del tiempo.

III. Se le seca la boca frecuentemente?

i) Hepatitis, ictericia o enfermedad de hígado.

j) Artritis.

k) Reumatismo articular agudo (articulaciones hinchadas o dolorosas).

- l) Úlcera gástrica.
 - m) Enfermedad del riñón.
 - n) Tuberculosis.
 - o) Tiene Ud. tos persistente o expectora sangre al toser?
 - p) Presión baja.
 - q) Enfermedades venéreas.
 - r) Otras _____
8. Tuvo hemorragias excesivas o anormales después de extracciones, cirugía o traumatismos?
- a) Se le hacen cardenales fácilmente?
 - b) Alguna vez ha necesitado transfusión de sangre?
- Explique las circunstancias _____
9. Padece Ud. algún trastorno de la sangre?
10. Ha sido operado o sometido a tratamientos con los rayos X para tumor, excrescencias o cualquier otra afección de la boca o de los labios?
11. Está tomando alguna droga o medicina?
12. Está Ud. tomando actualmente alguno de los siguientes productos:
- a) Antibióticos o Sulfas.
 - b) Anticoagulantes.
 - c) Medicamentos para presión alta.

- d) Cortisona o Esteroides.
- e) Tranquilizantes.
- f) Aspirina.
- g) Insulina, Tolbutamida.
- h) Digital o medicamentos para enfermedades del corazón.
- i) Nitroglicerina.
- j) Otros _____

14. Ha padecido Ud. algún trastorno relacionado con el tratamiento dental anterior?

- a) Le duele algún diente?
- b) Se le acumula alimento entre los dientes?
- c) Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes?
- d) Le rechinan los dientes durante la noche?
- e) Tiene Ud. dolor en los oídos o cerca de ellos?
- f) Le han hecho alguna vez tratamiento periodontal?
- g) Le han proporcionado alguna vez instrucciones para el cuidado adecuado de sus dientes?
- h) Tiene Ud. alguna llaga o tumor en la boca?
- i) Desea Ud. conservar sus dientes?

15. Padece Ud. alguna enfermedad o trastorno no mencionado anteriormente _____

Mujeres

16. Está Ud. embarazada?

17. Tiene Ud. problemas con su ciclo menstrual?

Interpretación de la guía para la elaboración de una historia médica dental.

1. Su salud es buena?

La contestación a ésta pregunta nos ayuda a establecer una base de comprensión entre el paciente y el dentista.

2. Se encuentra Ud. bajo el cuidado de un médico?

Es importante porque podemos modificar su diagnóstico y el plan de tratamiento. Es indispensable que poseamos estos conocimientos básicos acerca de los padecimientos generales y métodos para tratarlos. Debemos conocer aquello relacionado con la terapéutica farmacológica.

3. Si contestó afirmativamente a la pregunta, cuál es el padecimiento que se le está tratando?

El paciente que tiene costumbre de ver a su médico cada año para hacerse examinar revela una preocupación por su propio bienestar, además, el examen puede señalar trastornos médicos importantes para la elaboración del plan de tratamiento dental.

4. El apellido y la dirección de su médico:

Es importante ya que muchos pacientes con problemas médicos requieren la autorización de su médico antes de some

terse a un tratamiento dental.

5. Ha padecido Ud. alguna enfermedad grave o se ha sometido a una intervención quirúrgica de importancia?

El motivo de esta pregunta es descubrir incidentes en la historia médica del paciente que pudieran haber afectado su salud permanente. Algunos de los padecimientos descritos por el paciente pueden ser de tipo crónico o recurrente.

Si el paciente se ha sometido a una intervención quirúrgica, debemos averiguar el tipo de la misma, si se presentaron complicaciones durante la convalecencia, si hubo reacciones alérgicas a los medicamentos u otro tipo de reacción indeseable.

6. Padece o ha padecido alguna vez fiebre reumática o enfermedad cardíaca reumática?

Las medidas de precaución especiales que deben tomarse - están indicadas cuando se intenta realizar un procedimiento que puede provocar hemorragia, lo cual suele suceder sobre todo al realizar extracciones y cuando se raspan y limpian los dientes. Muchos dentistas no comprenden los peligros de la endocarditis bacteriana subaguda,

ya que en la mayoría de los casos la enfermedad no se pre senta sino hasta dos o más semanas después de la apari-- ción de la bacteremia. La relación entre la endocardi-- tis bacteriana subaguda y un procedimiento dental puede ser muy remota, aunque en muchos casos es motivo de preo cupación inmediata para el dentista. En estos casos es importante establecer una estrecha comunicación con el - médico del paciente.

7. Padece Ud. una enfermedad cardiovascular?

Actualmente los ataques cardíacos o infartos del miocar-- dio se tratan con anticoagulantes. Estos medicamentos, que se toman por vía bucal, disminuyen la producción de protrombina. Por lo general los niveles sanguíneos de - protrombina se determinan mensualmente mediante análisis de laboratorio. Es importante saber, y conocer, el mét do empleado ya que los valores pueden variar considera-- blemente y afectar la evaluación de la prueba por el den tista.

Muchas personas se mantienen a base de anticoágu^lantes - por tiempo indefinido, y algunos no parece preocuparles ésta situación, ya que lo prolongado del tratamiento les

hace pensar que no se trata de un medicamento o de un --
tratamiento. Actualmente los cardiólogos opinan que - -
cuando sean sometidos a una cirugía dental es preferible
reducir la dosis de anticoagulantes y no suprimir el me-
dicamento. Antecedentes de embolia y hemiplejía son im-
portantes como el ataque cardíaco. La parálisis resul-
tante de una embolia impide que el paciente efectúe una
higiene bucal adecuada y se le dificulta la inserción y
retiro de aparatos protésicos dentales.

Una historia de soplo cardíaco es necesario determinar -
si se trata de un soplo orgánico o funcional. Los fun-
cionales no requieren de premedicación y los soplos orgá-
nicos casi siempre se deben a un defecto del endocardio
que predisponen al individuo a la endocarditis bacteria-
na subaguda.

8. Siente dolores en el pecho al hacer un esfuerzo?

Estos dolores pueden ser una irrigación sanguínea defi-
ciente del miocardio. Si contestó afirmativamente hay -
que indicarle que vaya con el médico. Muchos pacientes
para aliviar el dolor toman nitroglicerina por ejemplo:
en la angina de pecho. La administración de nitrito de

amilo por vía sublingual antes de un tratamiento dental puede evitar un ataque de angina.

9. Siente Ud. que le falta aire después de realizar ejercicios leves o le falta aire cuando se acuesta y necesita almohadas adicionales para dormir?

Estos síntomas pueden deberse a diversas causas, quizá la más importante sea la insuficiencia cardíaca.

10. Se le hinchan los tobillos?

En muchos casos la descompensación aórtica va acompañada por edema. Los trastornos renales crónicos también pueden ser otra causa.

11. Padece Ud. o ha padecido alergia?

Puede deberse a medicinas, polen, caspa, polvo, alimentos o drogas. También pueden deberse a trastornos generales. Si hay una historia de alergia debe obtenerse mayor información antes de instituir un tratamiento dental.

La erupción en forma de mariposa sobre el dorso de la nariz y mejillas es el lupus eritematoso; cualquier erupción persistente sobre la cara debe investigarse minuciosamente, para determinar su etiología.

12. Padece o ha padecido desmayos o convulsiones?

El objeto de esta pregunta es descubrir en el paciente una predisposición a los síncope después de la administración de anestésicos locales en la boca. Con los individuos que padecen convulsiones o epilepsia debemos tener cuidado durante sus consultas dentales. Es indispensable tener la seguridad de que el padecimiento está debidamente controlado puesto que uno de los medicamentos utilizados es la Dilantina, que posee un efecto directo sobre la encía causando su proliferación y tomar las medidas necesarias para aliviar la hiperplasia, una consulta con el médico del paciente nos ayudará a determinar si es aconsejable modificar la dosificación de -- agentes anticonvulsivos durante el tratamiento dental.

13. Padece Ud. o ha padecido diabetes?

Por lo general los diabéticos son más susceptibles a -- las infecciones. Además, parece que la infección posee una influencia directa sobre las necesidades de insulina del diabético. Aún cuando el paciente reciba su dosis diaria de insulina es posible que presente un coma diabético si hay infección. Se cree que es mejor citar a los pacientes diabéticos inmediatamente después de ha

ber comido, salvo en los casos que esté indicado un anestésico general.

Antes de comenzar a tratar un diabético nos debemos de asegurar que la enfermedad está debidamente controlada.

14. Tiene Ud. que orinar más de seis veces al día o tiene sed la mayor parte del tiempo?

Un aumento en la frecuencia de la micción puede ser provocada por una enfermedad funcional, trastorno renal, hipertrofia prostática o diabetes. Los síntomas de la diabetes son; la frecuencia de la micción, llamada poliuria, otro es la polidipsia, pérdida de peso, aumento de apetito y un retraso en la cicatrización de cortaduras y abrasiones.

15. Padece Ud. o ha padecido: hepatitis, ictericia, enfermedades del hígado?

Hay dos clases de hepatitis: la infecciosa y la del suero. La hepatitis infecciosa nos es importante ya que es contagiosa y existe una posibilidad de 7 a 10% de que los dentistas contraigan la enfermedad en esta forma. La hepatitis por suero es una enfermedad viral causada por el virus SH o B. Por lo general se presenta -

después de una trasfusión sanguínea, tratamiento por plasma por vía intravenosa o penetración del virus por la piel o membrana mucosa después de manipulaciones terapéuticas o diagnósticas. También se le conoce como hepatitis de aguja. La propagación de la hepatitis por suero debido al uso intenso y diario de anestésicos locales inyectables.

La ictericia es un síntoma causado por el exceso de pigmentos biliares en la sangre debe ser examinado por el médico antes de someterse a un tratamiento dental.

Las enfermedades hepáticas nos son de suma importancia, aquellas que van acompañadas por ictericia grave, pueden presentarse ya sea una hemorragia espontánea en la cavidad bucal o una hemorragia abundante después de procedimientos quirúrgicos.

16. Padece Ud. o ha padecido artritis o reumatismo articular agudo?

Una respuesta afirmativa puede ser importante, especialmente si afecta la articulación temporomandibular el paciente puede quedar incapacitado para abrir la boca lo suficiente para la realización de los tratamientos den-

tales. La presencia de hinchazón y dolor en las articulaciones puede ser debido a artritis reumatoide o a osteoartritis.

17. Padece Ud. o ha padecido de los riñones?

Debemos tomar precauciones para el tratamiento que necesite. Debemos consultar al médico del paciente, y si están indicados los antibióticos, deben administrarse antes de iniciar el tratamiento dental.

18. Padece Ud. tos persistente o tos con sangre?

En el fumador la tos puede deberse a irritación, aunque también puede indicar la presencia de un proceso maligno, enfisema o tuberculosis. La tos también se presenta en algunos pacientes con trastornos cardíacos.

19. Tiene la presión baja?

Es importante solicitar el consejo del médico del paciente.

20. Padece Ud. o ha padecido enfermedades venereas?

Si los hallazgos clínicos indican la existencia de artritis gonococcica de la articulación temporomandibular o la presencia de lesiones sifilíticas secundarias (placas mucosas) o terciarias (goma) y en la boca. Una his

toria de enfermedad venérea trae la posibilidad de reinfección, aunque la enfermedad haya sido tratada antes. El paciente deberá presentar un certificado que confirme que se encuentra libre de enfermedades venereas. Si no ponemos en peligro nuestra salud.

21. Ha sangrado de manera anormal después de las extracciones, cirugía o traumatismos?

Se deben realizar las pruebas del laboratorio apropiadas, en el objeto de determinar si existe una enfermedad hemorrágica. Algunas veces se observa hemorragia excesiva después de un tratamiento con corticosteroides o salicilatos.

22. Se le hacen cardenales fácilmente?

El cardenal puede ser el primer indicio de púrpura, una enfermedad caracterizada por la extravasación de sangre bajo la piel o las mucosas.

23. Alguna vez ha necesitado una transfusión de sangre?

Antecedentes de transfusiones repetidas puede indicar que el paciente padece un trastorno sanguíneo que solo mejora con transfusiones frecuentes.

24. Alguna vez le han operado o sometido a tratamiento con rayos X para un tumor o afección similar de la boca?

Si en la historia aparece que el paciente se sometió a una intervención quirúrgica para la extirpación de tumor o excresiones, el examen clínico debe incluir un examen minucioso de los ganglios linfáticos regionales. Se tendrá cuidado donde exista posibilidad de metástasis, recurrencia, o ambas, en el sitio primitivo de la lesión. Cuando el paciente ha sido tratado con radiación en la región de cabeza o cuello, con frecuencia se observa una reducción drástica de la secreción salival. La secuela de este trastorno clínico progresivo es la xerostomía y la degeneración de la dentición debido a una combinación de reducción gingival y caries cervical. Por lo tanto el paciente que ha de recibir dosis terapéuticas de radiación debe someterse primero a la extracción de todas sus piezas dentarias y después a la colocación de dentadura total.

La radiación disminuye la vascularidad de los huesos, porque también disminuye su vitalidad. El hueso que ha sido irradiado puede sufrir una osteorradionecrosis después de un traumatismo. Deben evitarse las extraccio--

nes dentales en el área del hueso irritado.

25. Está Ud. tomando alguna droga o medicina?

Si contesta afirmativamente, debemos anotar lo que está tomando. El plan de tratamiento puede modificarse según la índole de dichos datos.

26. Está Ud. tomando alguno de los siguientes medicamentos?

Tranquilizantes: Es de suma importancia conocer el motivo del uso de los tranquilizantes, que solo puede obtenerse del médico del paciente. No es raro observar reacciones alérgicas. Estas reacciones pueden manifestarse bajo la forma de grandes ampollas sobre los labios, lengua y mucosa bucal acompañadas, a veces, por síntomas como prurito y ardor.

Aspirina: Debe determinarse la dosificación y el motivo de este tratamiento. La aspirina puede provocar varias reacciones indeseables como urticaria, edema y, en algunos casos, hipoprotrombinemia, que suele presentarse 1 ó 2 días después de tomar el medicamento y que persiste de 5 a 7 días.

27. Es Ud. alérgico o ha reaccionado adversamente a alguno de los siguientes productos?

Anestésicos locales:

La mayor parte de las reacciones adversas a los anestésicos locales, son síncope leves o desmayos. Estas reacciones son más bien de tipo psicógenos que alérgicos. Sin embargo, existen reacciones alérgicas a los anestésicos locales, la novoaína pueden provocar reacciones alérgicas. La sensibilización cruzada a los anestésicos locales, explica que una persona sensible a la Procaína lo sea también a la butacaína o Monocaína. Si existen antecedentes de una reacción alérgica real a los anestésicos locales es de suma importancia conocer este hecho ya que es posible evitar una experiencia que trastorne o ponga en peligro la vida del paciente.

28. Penicilina: La penicilina puede provocar reacciones alérgicas que pueden ser desde erupciones cutáneas hasta choque anafiláctico mortal cuando un paciente ha presentado reacciones alérgicas a los antibióticos, se procederá con suma cautela.
29. Sulfas: Pueden provocar reacciones fisiológicas adversas, tanto alérgicas como tóxicas. En ocasiones se combinan con antibióticos y se administran para tratar ciertos tipos de infecciones.

30. Barbitúricos, sedantes y píldoras para dormir:

Los barbitúricos han provocado erupciones cutáneas. El motivo por el que se toma la droga es importante: conociendolo se puede instituir un tratamiento adecuado.

31. Le duele a Ud. algún diente?

Una respuesta afirmativa a esta pregunta nos obliga a investigar el sitio, la duración, intensidad y tipo del dolor. Además debe intentar determinar la causa mediante el interrogatorio. El dolor es constante? Qué es lo que provoca el dolor? Se debe al calor, frío, puede deberse a una restauración recién colocada, y también puede indicar una hiperemia pulpar, con la posibilidad de que el proceso sea reversible. El dolor al calor suele indicar un proceso pulpar irreversible. La sensibilidad a la presión, casi siempre indica que está afectada la membrana periodontal debido a traumatismo o inflamación periapical relacionada con la pulpa desvitalizada.

32. Se le acumula alimento entre los dientes?

Esto nos puede indicar que existe caries en los puntos de contacto, pérdida de tejido interseptal o formación de bolsas periodontales.

33. Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes?

Debemos averiguar si la salida de sangre es espontánea o provocada por la intervención del cepillo dental. Si se presenta espontáneamente, es necesario profundizar en la historia médica del paciente con el objeto de determinar si existe una discrasia sanguínea.

34. Le rechinan los dientes durante la noche?

Este fenómeno puede ser la causa de traumatismo oclusal e indica la necesidad de realizar una investigación minuciosa, tanto fisiológicamente como psicológicamente.

35. Siente Ud. dolor en los oídos o cerca de ellos?

La cercanía de la articulación temporomandibular al oído, puede ser el motivo de que un dolor en la articulación se atribuya a un trastorno del oído. Un estudio minucioso del área nos permite formular un diagnóstico adecuado.

36. Le han practicado alguna vez tratamiento periodontal?

Una respuesta afirmativa puede proporcionarnos datos importantes. Qué se realizó? Cuanto tiempo duraron los tratamientos? También es posible que el paciente tenga en su poder las radiografías anteriores, que nos indiquen el efecto que tuvo el tratamiento.

37. Le han proporcionado alguna vez instrucciones para el cuidado de sus dientes en casa?

Si la respuesta es afirmativa puede revelar factores importantes tales como consejos dietéticos, cepillado correcto, estimulación interdientaria y revisiones dentales periódicas.

38. Tiene Ud. alguna llaga o tumor en la boca?

Es de suma importancia conocer el tamaño, posición y frecuencia de estas lesiones. Las lesiones de origen herpético causan considerables molestias y tienden a recurrir. El tratamiento es paliativo. Pueden mencionarse otros trastornos como orificios, fístulas, hinchazón de los tejidos periodontales, ganglios linfáticos y glándulas salivales aumentadas de volúmen por la oclusión de sus orificios; también las cortaduras de las dentaduras, las úlceras causadas por la aplicación tópica de aspirina, mucocelos o ránulas.

39. Desea Ud. conservar sus dientes?

Mediante esta pregunta nos enteraremos de lo que espera el paciente del tratamiento dental.

40. Dolores de cabeza?

La mayor parte de los dolores de cabeza que padecen ---

los pacientes se deben a un estado de tensión. Los dolores de cabeza de este tipo son generalmente de localización frontal. La cefalalgia Histamínica y la migraña suelen ser muy intensas. La hipertensión puede causar fuertes dolores de cabeza de tipo recurrente que por lo común se localizan en la región occipital. Un dolor de cabeza unilateral en la región temporal puede estar relacionado con trastornos en la articulación temporomandibular, o con espasmos en los músculos masticatorios.

Trastornos oculares?

Consiste en la necesidad de usar lentes. El glaucoma es de suma importancia ya que los antisialogogos están contraindicados porque tienden a elevar aún más la presión intraocular que ya constituye un problema en este paciente.

Padecimiento de los senos paranasales?

En ciertas personas, una historia de sinusitis aguda es importante ya que es posible que se presente odontalgia en dientes cuyas raíces estén íntimamente relacionadas con el seno maxilar. Estos dientes, cuando están adyacentes a un seno infectado, pueden tornarse sensibles a la presión masticadora. Además, el dolor en esta región

aumenta cuando el paciente se inclina hacia adelante y hacia abajo.

Epistaxis.

La causa más común es el traumatismo frecuente de la mucosa nasal. Entre las causas generales de la epistaxis se encuentra la hipertensión y las discrasias sanguíneas. Una causa remota puede ser un tumor nasofaríngeo. Debe investigarse cuidadosamente cualquier hemorragia nasal en el adulto con el objeto de determinar su etiología.

41. Está Ud. embarazada?

Es importante saber si la paciente se encuentra embarazada para facilitar el reconocimiento de los cambios gingivales asociados con el embarazo, la llamada gingivitis del embarazo. También es importante evitar la exposición a los rayos X durante el primer trimestre.

42. Tiene Ud. trastornos con su ciclo menstrual?

Las manifestaciones bucales más frecuentes relacionadas con la menstruación son:

- a) Hinchazón de la encía marginal.
- b) Ulceras aftosas o herpes labial.

- c) Posible hiperemia en el periodonto o la pulpa.
- d) Leve aumento del tiempo de coagulación de la sangre.
- e) Hinchazón de las glándulas salivales.
- f) Odontología periodóntica.
- g) Ronquera, relacionada con la capacidad de fijar agua de los tejidos.

ANATOMIA QUIRURGICA DE LOS DIENTES

Sabemos que los dientes se componen de: corona, cuello y una o varias raíces.

En los sujetos de la edad media, normalmente -- constituidos y cuyos dientes no estan atacados por paradontosis, las raíces se hallan encajadas íntegramente en los -- maxilares.

La encía que recubre al hueso se inserta en el diente a la altura del cuello de éste por medio del ligamento circular de Kolliker, de esta manera, la corona es la única parte del diente que sobresale.

Sabemos que las raíces de los dientes no están enclavadas en el hueso, a la manera de clavo en la tabla, -- sino que el diente y el hueso forman una articulación con -- ligamento que los une, y que tienen su mayor espesor a la -- altura del cuello y del ápice radicular.

FORMA, DIRECCION Y DIMENSION DE LAS RAICES

Para estudiar la forma, dirección y la dimen- -- sión de las raíces, desde el punto de vista quirúrgico, cla-
sificaremos los dientes permanentes del maxilar superior

y del maxilar inferior.

MAXILAR SUPERIOR

- 1o. Grupo: Incisivos y Caninos
- 2o. Grupo: Premolares
- 3o. Grupo: Molares 1ros. y 2dos
- 4o. Grupo: 3ros. Molares

MAXILAR INFERIOR

- 1o. Grupo: Incisivos y Caninos
- 2o. Grupo: Premolares
- 3o. Grupo: Molares 1ros. 2dos.
- 4o. Grupo: 3ros. Molares.

1er. Grupo:

Incisivo Central:

Es un elemento par, existe uno en cada lado de la línea media, derecho e izquierdo. Son los más prominentes y notables de los dientes anteriores y están colocados para señalar el centro de la cara.

Corona: Puede ser estudiada como un poliedro semejante a una cuña, con cuatro caras o planos axiales, un borde incisal y el plano cervical imaginario que une a la corona con la raíz. Formada por cuatro lóbulos de crecimiento tres labiales y uno lingual.

Cuello: Anatómicamente hablando, el contorno donde termina el esmalte. Clínicamente es la porción que está delimitada por la inserción del ligamento parodontal quedando libre el borde de la encía.

Raíz: Es única, recta y de forma conoide. El -
cuello o línea cervical es la base del cono y en la punta -
se encontrará el ápice de ella, sitio donde se halla el fo-
ramen apical.

Cámara pulpar o Pulpa: Está totalmente ocupada
por la pulpa y tiene la forma externa del diente. Al obser-
var con atención se encuentran tres cuernos pulpaes: me-
sial, central, distal. El central es el menos largo. Al -
sobrevener la calcificación de la pulpa con la edad, se mi-
neralizan estos cuernos y dejan en la dentina neoformada se-
ñales que orientan su posición, se les llama líneas de re-
cesión de los cuernos. La forma interna del conducto es ci-
lindrocónica; en un corte transversal es elíptica mesiodis-
talmente y redonda en el ápice.

Incisivo Lateral:

Es el segundo diente partiendo de la línea me-
dia. Es muy semejante al central; la diferencia principal
está en que las dimensiones del lateral son más reducidas.

Corona: La forma de la corona, así como los ló-
bulos de crecimiento son semejantes a los del central. Tie-
ne cuatro caras axiales (labial, lingual, mesial y distal).

Tiene forma trapezoidal.

Cuello: El cuello es más estrecho, sobre todo - en sentido mesiodistal.

Raíz: Es recta, con el ápice ligaramente inclinado hacia distal; de forma conoide y fuertemente estrecha en sentido mesiodistal.

Cámara Pulpar: Su cámara pulpar es la misma forma que el contorno exterior del diente. Su reducción en la porción apical hace patente cierta curvatura en el conducto normalmente hacia distal. Tanto la estrechez en apical como la curvatura pueden presentar ciertos problemas en tratamientos endodónticos. En ocasiones se encuentra bifurcación del conducto, uno labial y otro lingual.

Canino:

La orientación del eje longitudinal es de apical a incisal mesial y labial. Es de mayor longitud que cualquier otro diente, su corona es conoide y la raíz es hasta 1.8 veces más larga que la corona.

Corona: Su borde incisal no es recto mesiodistalmente, tiene una cúspide que lo divide en dos tramos, llamados del borde incisal. El lóbulo central está ostensi

blemente desarrollado. Tiene cuatro caras axiales.

Cuello: La línea cervical que circunda la corona es ondulante, de las escotaduras proximales, la mesial - es la más pronunciada que la distal.

Raíz: Es recta y única, la más poderosa por su longitud, grosor y anchura. En raras ocasiones se encuentra bífida.

Es de forma conoide, termina su calcificación - con la formación del ápice, llega a tener la forma de bayoneta, distorsionando el tercio apical, hacia distal y también a veces hacia lingual.

Cámara Pulpar: La cavidad coronaria es sólo un engrosamiento del conducto radicular; no se le reconoce ni techo ni fondo. El conducto radicular tiene luz de forma - elíptica, se advierten algunas curvaturas en su recorrido - longitudinal.

INFERIORES

Incisivo central.

Es considerado el diente más pequeño de todos, lineal y volumétricamente. Su peso es aproximadamente la - mitad del central superior.

Corona: Esta es angosta y esbelta y alargada, - es considerada como un poliedro en forma de cuña. Los lóbulos de crecimiento son cuatro, tiene cuatro caras axiales.

Cuello: Es ondulado y de menor diámetro mesio--distal que labiolingual.

Raíz: Es única, recta y de forma piramidal, se encuentran raros casos de bifurcación.

Cámara Pulpar: Tiene la forma exterior del diente, en la porción coronaria está aplastada labiolingualmente, siendo ancha en sentido mesiodistal. No tiene piso ni techo. La porción radicular es un conducto que tiene menos - diámetro. Es la cavidad más pequeña.

Incisivo Lateral:

Es el segundo diente de la arcada mandibular a partir de la línea media. Es tan semejante en forma al central. El lateral es más grande. La mayor diferencia se encuentra en el borde incisal tiene una pequeña eminencia que coincide con el surco interdentario.

Raíz: De forma y porción iguales que el central pero con dos milímetros más de longitud se puede considerar mayor inclinación del tercio apical hacia distal y también existen raros casos de bifurcación.

Cámara Pulpar: Es de la misma forma que el exterior. De mayor volumen que el central, el conducto radicular es más amplio. En ocasiones es tan grande en sentido labio lingual que se encuentran dos conductos radiculares, uno labial y otro lingual, los cuales se unen en el ápice.

Canino:

Es el diente más largo de la mandíbula.

Corona: Su corona es conoide, siendo del mismo largo las dos coronas, la del inferior es más angosta de mesial a distal lo que hace ver más larga su figura. Se describirán cuatro perfiles: el incisal, con dos tramos o brazos que forman el borde cortante y además el cervical, mesial y distal.

Cuello: Su diámetro es amplio.

Raíz: Es unirradicular pero se bifurca con más frecuencia que el canino superior. Se insinúa en muchas ocasiones hacia distal y un poco hacia lingual.

Cámara Pulpar: Es de menor diámetro. Encuentranse raramente dos forámenes en una sola raíz. Cuando existe bifurcación cada raíz tiene su conducto.

INSTRUMENTAL PARA LA RESECCION
DE LA RAIZ.

En seguida mencionaremos los requisitos mínimos de instrumental necesario para efectuar una resección radicular.

1. Campo operatorio: Es la parte del cuerpo aseptizada, limitada por compresas asépticas sobre la cual debe recaer la insición quirúrgica u operatoria.
No debe desinfectar solamente la mucosa intraoral sino también labios y parte de la cara que queden descubiertos para impedir cualquier contaminación, la asepsia debe ser lo más extenso posible.
2. Guantes para cirugía estériles.
3. Jeringa tipo carpule.
4. Jeringa hipodérmica.
5. Portaagujas.
6. Agujas atraumáticas.
7. Fresas redondas del No. 3 ó 5, de fisura No. 558 ó 702 y 557 ó 701.
8. Mango de bisturí del No. 3.
9. Hojas de bisturí del No. 11 y 15.

10. Hilo seda para sutura de 4-0 ó catgut.
11. Legra.
12. Periostotomo.
13. Escoplo.
14. Martillo.
15. Cincel de mano Bucklen No. 2 para hueso.
16. Cucharillas filosas medianas.
17. Gasas estériles.
18. Pieza de mano esteril.
19. Anestesia.
20. Curetas.
21. Pinza para disección (diente de ratón).
22. Tijeras de sutura.
23. Aspirador.
24. Separadores.

DEFINICION DE APICECTOMIA

Existen diferentes definiciones sobre la apicectomía, las cuales se enfocan desde un diferente ángulo.

Ries Centeno la define:

Se entiende por apicectomía la resección quirúrgica, por vía trasmaxilar, de un foco periapical y del ápice dentario.

R.F. Sommer la define:

El término resección de la raíz implica la ablación de alguna porción del extremo de la raíz con el fin de extirpar lo que se supone tejido patológico asociado con el ápice.

Oscar A. Maisto la define:

Consiste esencialmente en la eliminación del --ápice radicular lesionado y del tejido conectivo inflamado. Y también la define como:

La apicectomía o resección apical es la inter--vención quirúrgica más frecuente realizada como tratamiento complementario de la endodoncia.

Otra definición es:

Es la amputación del ápice dentario que compre
de los últimos 2 ó 3 mm. de la raíz.

INDICACION EN APICECTOMIA

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

- a) Cuando ha fracasado el tratamiento radicular.
- b) En dientes con diracelación que hagan inaccesibles el ápice radicular.
- c) En dientes en cuyos conductos se han fracturado y alojado un instrumento (tiranervios, ensanchadores).
- d) En dientes que presentan falsos conductos.
- e) Fractura de ápices.
- f) Cuando el conducto radicular por alguna causa no se rellenó herméticamente hasta el ápice.
- g) En los dientes portadores de grandes quistes.

La resección quirúrgica del ápice puede realizarse en todos los dientes, pero no efectuamos la apicectomía más que en los anteriores por excepción en los premolares y nunca en los molares.

CONTRAINDICACIONES EN APICECTOMIA

Está contraindicada en:

- a) Procesos agudos.
- b) Los dientes portadores de procesos apicales que han destruido el hueso hasta las proximidades de la mitad de su raíz.
- c) Parodontosis avanzadas, con destrucción ósea, hasta su tercio radicular.
- d) Proximidad de los ápices al seno maxilar o al dentario inferior.

CONTRAINDICACIONES: Estas son:

Generales, locales y anatómicas.

GENERALES

1. Discrasias sanguíneas.
2. Diabetes.
3. Hipocalcemia (libres)
4. Hipovitaminosis K, C y P.
5. Disminución de fibrinógeno.
6. Padecimientos que afectan los elementos figurados de la sangre.

7. Anemias (disminución de eritrocitos)
8. Trombopenia (disminución de plaquetas)
9. Leucopenia (disminución de leucocitos)
10. Padecimientos cardíacos no compensados.
11. Hipertensión.
12. Algunos padecimientos hepáticos y renales.
13. Padecimientos infecciosos agudos, ya sean generales y -
locales.
14. Disminución de resistencia, por debilitamiento del esta
do general.

LOCALES

1. Cuando las lesiones apicales, de cualquier naturaleza --
que abarque más de un tercio de la raíz.
2. Cuando existen abscesos paradentarios que haya destruído
el soporte osteo-radicular o bolsas piorréicas que hayan
destruído lámina interna o externa del proceso alveolar,
disminuyendo los elementos de sustentación del diente --
dentro de la cavidad alveolar.
3. En casos de piezas que siendo soportes de prótesis no re
sistan el trabajo al ser desvitalizadas.

ANATOMICAS

1. Oclusión traumática.
2. Proximidad de los ápices a los elementos anatómicos importantes.
3. Cuando hay demasiado tejido óseo entre el ápice y el exterior.

VENTAJAS DE UNA APICECTOMIA

1. Se puede evitar la extracción de un órgano dentario útil.
2. Mayor facilidad y seguridad en el sellamiento del conducto.
3. Puede salvarse un diente que soporta una prótesis.
4. El tratamiento endodóncico se realiza en una sola sesión.

EXAMEN RADIOGRAFICO PREOPERATORIO

En el examen radiográfico prequirúrgico debemos estudiar una serie de puntos, ellos son:

1. El proceso periapical debe de considerarse:

La clase y extensión del proceso; las relaciones con las fosas nasales, con los dientes vecinos y con los conductos u orificios óseos.

2. El estado de la raíz.

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

3. Estado del paradencio:

Reabsorción del hueso por paradentosis.

TRATAMIENTO PRELIMINAR ANTES DE LA RESECCION

1. El diente se ha de tratar con la técnica -- aséptica más estricta.

2. Se han de hacer cultivos bacteriológicos en cada cambio de tratamiento.

3. Los conductos se han de obturar herméticamente después de 2 cultivos negativos seguidos.

4. La resección se practica inmediatamente después de obturar el conducto.

ANESTESIA

La consideramos de capital importancia para realizar con éxito la apicectomía. Un alto porcentaje de fracasos es causado por anestésias insuficientes que no permiten realizar con pulcritud los tiempos operatorios, en consecuencia, la anestesia ha de ser de mayor duración y más profunda que para la extracción corriente, debido a que la operación requiere un tiempo mayor.

La anestesia tiene que reunir dos condiciones:

1. En primer término debe producir bloqueo.
 2. Ha de dar la suficiente isquemia del campo operatorio para poder realizar una operación en blanco. -
- Esto se consigue usando soluciones con adrenalina.

Siendo la indicación de Wasmund, infiltramos -- con anestesia una región de un diámetro de 4 cm. introducimos la aguja a nivel del surco vestibular, paralela al hueso, y cerca de 1 cm. por encima del surco, allí depositamos el líquido anestésico. (Fig. 1).

Esta maniobra la repetimos en 3 ó 4 puntos diferentes, tratando de abarcar toda la zona necesaria.

Estas son las normas para la anestesia, las indicaciones particulares son las siguientes:

MAXILAR SUPERIOR

1. Incisivos: Anestesia infiltrativa, se infiltra también una pequeña cantidad de anestesia en el lado -- opuesto para inhibir las ramas que de ésta provienen.

2. Caninos: Se puede emplear la infraorbitaria o la infiltrativa, siguiendo las normas señaladas se completa con anestesia en la bóveda.

MAXILAR INFERIOR

1. Incisivos: Anestesia en el agujero mentoniano o infiltrativa, también en el lado opuesto.

2. Canino y Premolares: Anestesia a nivel del - agujero mentoniano o infiltrativa.

En caso de operar bajo anestesia general, es -- conveniente con fines hemostáticos, realizar una anestesia infiltrativa con novocaína - adrenalina.

COMPLICACIONES QUE PRODUCE UNA ANESTESIA INCOMPLETA

La anestesia incompleta se manifiesta primeramente cuando el operador intenta penetrar en el hueso alveolar, o en el espacio óseo comprendido entre las láminas vestibular y lingual.

A medida que el paciente va notando el dolor, - el operador se ve coartado por la resistencia del paciente y por su incapacidad para mantenerse intranquilo.

Además de la aprehensión y falta de cooperación del paciente, la hemorragia contribuye a complicar seriamente lo que por lo demás es una operación sencilla.

TECNICAS DE APICECTOMIA

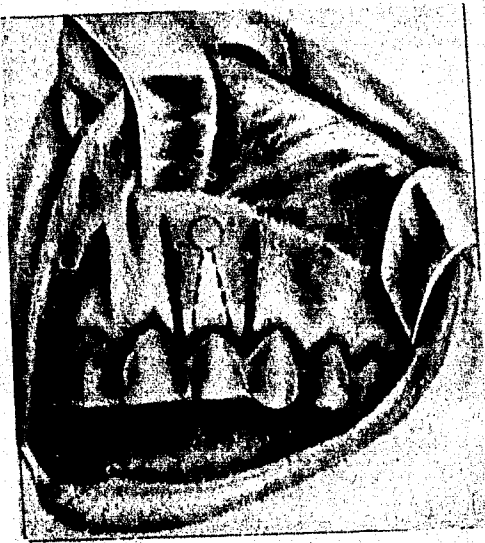
De las múltiples incisiones que se aplican en la apicectomía creemos que de todas, tres son las que normalmente se usan:

- A. Incisión de Wassmund.
- B. Incisión de Parstsch.
- C. Incisión de Elkan-Newmann - Peter - Novack.

De estos tres tipos de incisiones las más usadas son la incisión de Wassmund y la incisión semilunar de Parstsch pero es a la elección del cirujano. Estos dos tipos de incisiones que más se usan son de fácil ejecución: amplia visión del campo operatorio, quedan suficientemente alejadas de la brecha ósea para que los bordes de la herida no sean traumatizados en el transcurso de la operación y permitir así mayor coaptación de los labios de la herida y que la sutura se realice sobre hueso sano.

La incisión de Elkan - Newmann - Peter - Novack, es análoga a la que se practica en los tratamientos de parodontia. Esta incisión se realiza desde el surco gingival hasta el borde libre, festoneando los cuellos de los dientes y seleccionando las lengüetas gingivales, las incisio--

nes verticales deben terminar en los espacios interdenta- -
rios. Este tipo de incisión se va a usar cuando existe ex-
tensa destrucción de hueso por labial, extendida hacia en-
cía en la cual no quedaría tabla ósea donde efectuar la su-
tura. Lo bueno de esta incisión es que la cicatrización es
más perfecta y no deja huellas.



Inciación de Newman



Inciación de Partsch



Inciación de Wassmund

SEPARACION DEL COLGAJO

Ya realizada la incisión con una legra, perios-
totomo o con una espátula de Frer separamos la mucosa y el
periostio y se sostiene con un separador de Farabeuf, de --
Langebeck o Mead, o con un instrumento romo. El sosteni- -
miento del colgajo es de mucha importancia.

OSTEOTOMIA

La Osteotomía la podemos realizar a escoplo y -
martillo o también con fresas. En caso de que queramos - -
usar fresa, usaremos una redonda No. 3 ó 5 con la cual va--
mos a hacer pequeñas perforaciones en círculo con el ápice
como centro de la circunferencia, enseguida con un golpe de
escoplo, se levanta la tapa ósea y entramos así al proceso.

Cuando el hueso está destruído se agranda la --
perforación con fresa redonda, con escoplo o presión manual.
Si el hueso no está perforado ubicamos el ápice radicular -
en cuyas vecindades se inicia la osteotomía. El lugar del
ápice se determina por el examen radiográfico previo, que -
nos dará la longitud de la raíz.

AMPUTACION DEL APICE

Ya hecha la Osteotomía vamos a introducir una sonda por el conducto radicular para permitirnos fijar la posición del ápice. Posteriormente efectuamos la sección de la raíz con fresa de fisura No. 58 y dirigimos el corte con un relativo bisel a expensas de la cara anterior. La fresa se introduce en la cavidad en la profundidad necesaria para que éste instrumento seccione en su totalidad al ápice. El empleo del escoplo es peligroso puede hacer fracturas longitudinales de las raíces, es menester sostener el diente entre dos dedos, para evitar fractura o movimiento exagerado del diente.

Ya seccionada la raíz y con el ápice en nuestras manos observamos el muñon radicular, el cual no debe actuar como cuerpo irritante por lo tanto se debe de pulir y biselar las aristas con cinceles o fresas redondas.

LEGRADO DEL PROCESO PERIAPICAL

Usamos cucharillas medianas y bien filosas, las cucharillas chicas pueden perforar el piso de los órganos vecinos con pequeños movimientos elevamos el tejido óseo de

La cavidad ósea, se realiza una limpieza de la cavidad, nos detenemos en los puntos en que puedan quedar tejidos de granulación. Si la disección no consigue separar los elementos, se cauteriza el tejido patológico por los medios eléctricos o químicos (Cl de Zn, ac. tricloracético). En ocasiones cuando el espacio entre las raíces es muy estrecho, hacemos la limpieza con fresa redonda pequeña. Para evitar la salida de sangre, que puede humedecer el conducto radicular, obturamos por unos instantes la cavidad ósea con pequeños tapones de gasa Stryphonon, y así logramos el clima seco ideal, se retira el separador y se desciende provisionalmente el colgajo.

La obturación radicular se hace casi siempre a la altura de la operación, realizamos la obturación postamputación, porque con el conducto abierto podemos localizar el ápice mediante una sonda introducida por dicho conducto, y también porque solo después de resecado el ápice y eliminadas las zonas patológicas que lo rodean, podemos obturar con conducto seco y en forma total.

TRATAMIENTO DEL CONDUCTO

Es fundamental para poder llegar al éxito. El conducto radicular debe de ser ensanchado y esterilizado, - el ensanchamiento del conducto se realiza por medios mecánicos, con ensanchadores con ac. fenolsulfónico. El éxito de penderá de una correcta ejecución no del método.

La esterilización la obtenemos por el tricresol formol según la técnica de Buckey, para la obturación del - conducto los conos de gutapercha y los conos de plata. Lavamos el conducto con mechas impregnadas en agua oxigenada, deshidratamos con alcohol el conducto e insuflamos aire caliente, usamos la mezcla de Williger: cemento, 3 partes de yodoformo, una parte la cual introducimos por medio de sondas, en el conducto llenado éste, tomamos el cono de plata - cuya longitud y diámetro habrá sido verificado inmediatamente después de la amputación del ápice y lo introducimos con bastante fuerza tratando de que sobresalga por el orificio superior del conducto. Se esperan unos minutos para el fraguado del cemento.

LA OBTURACION RETROGRADA

La obturación retrógrada del conducto la realizamos por vía retrógrada en los casos en que el conducto es tá ocupado con un pibote.

Para hacer la obturación es necesario que prepa remos una cavidad retentiva en la raíz amputada, por medio de fresas de cono invertido se seca la cavidad con alcohol y aire caliente y se obtura con amalgama de plata, cobre -- con oro de orificar.

SUTURA

Hacemos la sutura con pequeñas agujas atraumáticas, con su portaagujas respectivo, como material de sutura empleamos hilo de seda. Antes de realizar la sutura tenemos la precaución de raspar ligeramente al fondo y los bordes - de la cavidad, para que ésta se llene de sangre, el coágulo es el material que organizará la neoformación ósea.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

1. Advertir al paciente que va haber dolor, inflamación y - ligera hemorragia.

2. Se prescriben analgésicos, antiinflamatorios y antibióticos.
3. Se aplican compresas frías ese mismo día con intervalo de una hora.
4. Se recomienda dieta blanda o líquida.
5. En los días posteriores mientras dure la inflamación se recurrirá a las compresas calientes y baños con solución salina caliente durante algún tiempo.
6. Si ha habido necesidad de dejar canalización, ésta se retirará a las 48 horas.
7. Los puntos de sutura se retirarán a los 4 ó 5 días.
8. Se tendrá en revisión clínica y radiográfica periódica.

ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

1. Mala elección del caso (dientes multirradiculares).
2. Defectuosa técnica operatoria.
3. Insuficiente resección del ápice radicular.
4. Insuficiente resección del proceso periapical.
5. Lesión de dientes vecinos.
6. Lesión de los órganos o cavidades vecinos.
7. a) Perforación del seno maxilar.
b) Perforación del piso a las fosas nasales.
c) Lesión de los vasos y nervios palatinos anteriores.
d) Lesión de los vasos y nervios mentonianos.
8. Fractura o luxación del diente en tratamiento.
9. Perforación de las tablas óseas lingual o palatina.

COMPLICACIONES CONSECUTIVAS A UNA RESECCION RADICULAR

Tumefacción y dolor postoperatorios.

En la inmensa mayoría de los casos de resección radicular el dolor y la tumefacción postoperatorios son mínimos. No obstante se le ha de indicar al paciente que en caso necesario tome tabletas analgésicas. Si aparece alguna tumefacción indebida, son eficaces las compresas frías -

durante las primeras 24 hrs. En caso de que la tumefacción y la rigidez persistan más de 24 hrs. la aplicación alterna da de compresas calientes y frías estimularán la circulación en el área y ayudará a eliminar los líquidos hísticos acumulados.

Hemorragia postoperatoria.

Es rara la hemorragia postoperatoria consecutiva a la resección de los dientes anteriores maxilares. Sin embargo la presencia de vasos nutricios en la región anterior mandibular es muy frecuente. Si secciona estos vasos en el curso de una resección, la hemorragia puede prolongarse durante algún tiempo después de la operación. Cuando esto ocurre debemos emplear los mismos métodos recomendados para cohibir la hemorragia que se produce después de las extracciones.

Hematoma del labio.

El paciente desarrolla un hematoma extenso durante las 24 hrs. siguientes a la resección de un incisivo lateral superior. Se le produjo por una hemorragia recidivante en la cual la sangre se acumuló en el labio superior. Se mantuvo al paciente en obserfación durante varios días,

en cuyo periodo la sangre fue reabsorbiéndose gradualmente.

Fallo de puntos de sutura.

Una de las secuelas más corrientes de la resección es el fallo de uno o varios puntos de sutura. Si bien esto no debe considerarse como un accidente grave, puede originar la exposición de una área considerable de hueso a los líquidos de la boca. Debido a la constante tensión muscular durante la conversación y los movimientos de masticación, la región mandibular es posiblemente el área donde esto ocurre con mayor frecuencia. Algunas veces es necesario volver a anestésiar los tejidos blandos para repetir los puntos de sutura. Siempre se le a de aconsejar al paciente inmediatamente después de la operación que no ponga en tensión los labios innecesariamente durante algunos días.

CASO CLINICO

Como dato tenemos un paciente de 18 años, sufrió caída yendo en una bicileta que le causó la muerte de la -- pulpa en los incisivos central y lateral maxilares con frac tura oblicua del tercio apical de la raíz lateral. Después del tratamiento endodóntico y la obturación adecuados de am bos dientes, se eliminó el exceso de material de obturación que se había hecho rebasar el conducto radicular intenciona damente con el objeto de conseguir una condensación mejor. Se alisaron los extremos de las raíces con una fresa de fi- sura de corte diagonal y se extirpó al mismo tiempo la pun- ta fracturada de la raíz.

Reparación ósea completa a los ocho meses de la resección.

CONCLUSIONES

La apicectomía es un proceso quirúrgico que se usa exclusivamente en los dientes anteriores y excepcionalmente en los posteriores.

Es un tema de bastante interés para los cirujanos especialistas de la mayoría de los países, en una operación que debe de ser resorte del práctico general.

Debemos de evitar las complicaciones antes de intervenir al paciente.

Para llevarla a cabo con buen éxito se requiere del cumplimiento de una serie de normas quirúrgicas de mucho interés, sin la realización de los cuales el tratamiento no es perfecto.

Llevar una buena asepsia y antisepsia de la región.

Tener un campo operatorio amplio y visible.

Los fracasos se presentan por una deficiencia de la técnica.

Cuando observamos un correcto diagnóstico, preparación y requisitos de la técnica quirúrgica el éxito es

de un 95% a 99% de los casos.

La apicectomía nos viene a resolver situaciones que antiguamente constituían un problema.

BIBLIOGRAFIA

1. Kruger Gustavo
Tratado de Cirugía Bucal.
Ed. Interamericana 1960.
2. Hans Pichler
Cirugía Bucal de los Maxilares.
Barcelona, Labor 1952.
3. Durante Avellanal Ciro
Cirugía Odonto - maxilar.
Buenos Aires, 1936.
4. Maisto Oscar A.
Endodoncia.
Philadelphia, Mundo 1967.
5. Mc. Elroy Malone.
Diagnóstico y tratamiento Odontológico.
Ed. Interamericana
6. Ries Centeno
Cirugía Bucal Patología Clínica y terapéutica.
Ed. Buenos Aires
El Atenero 1957.

7. Thomas Kurt H.

Oral Surgery.

St. Louis C.V. Mosley 1948.

8. Esponda Vila Rafael

Anatomía Dental.

Manuales Universitarios México 1970.