



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Antonio Jesús

APICECTOMIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ARTURO MOJARRO SERRANO

MEXICO, D. F.

1985



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
PATOLOGIA APICAL	2
CLASIFICACION	3
TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS FOCOS APICALES.	25
INDICACIONES DE LA APICECTOMIA	27
CONTRAINDICACIONES PARA LA APICECTOMIA . . .	30
PROCEDIMIENTOS DE APICECTOMIA	32
OBTURACION DEL CONDUCTO	33
TECNICA QUIRURGICA	36
A.- ANESTESIA	39
B.- INCISION	43
C.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO	46
D.- OSTEOTOMIA	47
E.- AMPUTACION DEL APICE RADICULAR	50
F.- RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL	52
G.- SUTURA	55
TRATAMIENTO POSTOPERATORIO	56
CONCLUSIONES	58

INTRODUCCION

LAS INFECCIONES CRONICAS, LOS GRANULOMAS Y QUISTES, EN EL SITIO PERIAPICAL, HAN SIDO LA CAUSA DE SACRIFICAR DIENTES CON ESTOS PROCESOS, Y ES MENESTER RECORDAR QUE ESTOS DIENTES PUEDEN SERVIR COMO BASE DE ALGUNA RESTAURACION.

LA TECNICA QUIRURGICA CONSERVADORA DE OBTURACION DEL CONDUCTO RADICULAR CON APICECTOMIA O RESECCION RADICULAR, HAN PROPORCIONADO UNA BUENA OPORTUNIDAD PARA CONSERVAR ESTOS DIENTES AFECTADOS.

MOTIVO POR EL CUAL CONSIDERO INNECESARIO EL SACRIFICAR ESTOS DIENTES. POR ESTA RAZON ME SURGIO LA IDEA DE PROFUNDIZAR ESTA PROBLEMÁTICA Y CON ESTO TRATAR DE LOGRAR ALGUNA APORTACION A LA ODONTOLOGIA DENTRO DE LAS LIMITACIONES.

PATOLOGIA APICAL

LA PATOLOGIA APICAL Y PERIAPICAL ENCIERRA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS Y DEGENERATIVAS DE LOS TEJIDOS QUE RODEAN AL DIENTE, PRINCIPALMENTE EN LA REGION APICAL.

LA ENFERMEDAD PULPAR CUANDO NO ES ATENDIDA EN FORMA ADECUADA O CUANDO NO SE ATENDIO, DAN LUGAR A QUE DICHA ENFERMEDAD SE EXTIENDA AL CONDUCTO RADICULAR Y LLEGUE A LA ZONA APICAL Y TEJIDOS PERIAPICALES A TRAVES DEL FORAMEN APICAL DAÑANDO A ESTOS TAMBIEN; DESENCADENARA, YA SEA EN FORMA VIOLENTA: UN PROCESO AGUDO, O EN FORMA LENTA Y GENERALMENTE ASINTOMATICO: UN PROCESO CRONICO.

SE CLASIFICAN EN:

- 1).- PERIODONTITIS AGUDA Y SUB-AGUDA.
- 2).- ABSCESO ALVEOLAR AGUDO.
- 3).- PERIODONTITIS CRONICA.
- 4).- GRANULOMA.

- 5).- QUISTE APICAL.
- 6).- OSTEOSCLEROSIS.
- 7).- REABSORCION CEMENTO-DENTINARIA EXTERNA.
- 8).- HIPERCEMENTOSIS.
- 9).- CEMENTOMA.

1).- PERIODONTITIS AGUDA Y SUB-AGUDA.

DEFINICION.

ES UNA INFLAMACION LOCALIZADA EN EL TEJIDO PERIAPI -
CAL, ORIGINADA POR CUALQUIER AGENTE IRRITANTE FISICO-QUI-
MICO O BIOLOGICO.

SE CARACTERIZA ESTA AFECCION POR SER AGUDA, SIENDO -
SUBITO EL DESARROLLO DE LA MISMA, PERO EXISTE SUPURACION.

EL TERMINO DE PERIODONTITIS SUB-AGUDA NOS INDICA QUE
LA ALTERACION SE AGUDIZA A PARTIR DE UN PROCESO CRONICO -
YA EXISTENTE.

ETIOLOGIA.

SE ORIGINA COMUNMENTE POR INVACION DE MICROORGANISMOS QUE ALCANZAN EL TEJIDO PERIAPICAL POR LA VIA DEL CONDUCTO RADICULAR. POR TRAUMATISMOS LEVES, SOBRE CARGAS DE OCLUSION, SOBRE INSTRUMENTACION EN O DURANTE LA PREPARACION MECANICA DEL CONDUCTO, O BIEN POR PERFORACION DEL CONDUCTO LATERALMENTE DE LA RAIZ CON ALGUN INSTRUMENTO.

LA PERIODONTITIS AGUDA DE ORIGEN MEDICAMENTOSO SE PRODUCE FRECUENTEMENTE DURANTE TRATAMIENTOS ENDODONTICOS, Y LA GRAVEDAD DEL TRÁSTORNO EN PERIODONTO ESTA EN RELACION DIRECTA CON LA POTENCIA Y CONCENTRACION DE LA DROGA, CON EL TIEMPO QUE ACTUA ESTA EN EL CONDUCTO Y CON LA AMPLITUD DEL FORAMEN. DE AQUI QUE SEA IMPORTANTE EL LAVADO DEL CONDUCTO RADICULAR.

SINTOMATOLOGIA.

LOS SINTOMAS PRINCIPALES SON LA LIGERA MOVILIDAD, LA SENSACION DE EXTRUSION DE LA PIEZA Y EL DOLOR VIVO; EXISTE DOLOR A LA PERCUSION VERTICAL.

SUBJETIVAMENTE EL DOLOR SENTIDO POR EL PACIENTE PUEDE SER INTENSO Y HACERSE INSOPORTABLE AL OCLUIR EL DIENTE E INCLUSO AL ROZARLO CON LA LENGUA.

RADIOGRAFICAMENTE EN EL PERIODONTO PUEDE APARECER EL LIGAMENTO PARODONTAL ENGROSADO, Y ALGUNAS VECES SE APRECIARAN NORMAL LA LINEA PARODONTAL, POR LO CUAL NO ES MUY ACONSEJABLE GUIARSE POR LA RADIOGRAFIA, PARA EL DIAGNOSTICO CLINICO DE LA ALTERACION.

TRATAMIENTO.

SE CONSIDERA COMO UNA ALTERACION DE APICE RADICULAR QUE INICIA UNA VERDADERA ENFERMEDAD APICAL, REQUIERE COMO TRATAMIENTO ELIMINAR LA CAUSA QUE LO OCASIONA PARA QUE EL PERIODONTO SE RECUPERE REDUCIENDO LA INFLAMACION Y DANDO OPORTUNIDAD A QUE LAS FIBRAS QUE FUERON DAÑADAS SE REPONGAN. SI LA CAUSA QUE ORIGINO LA ALTERACION PERSISTE, LA PERIODONTITIS EVOLUCIONA A UN ESTADO CRONICO.

* * *

2).- ABSCESO ALVEOLAR AGUDO.

DEFINICION.

ES LA ACUMULACION DE EXUDADO PURULENTO EN LOS TEJIDO PERIAPICALES, CUANDO LA ACCION INTENSA Y DURADERA DE AGENTE TRAUMATIZANTE O LA PATOGENISIDAD Y VIRULENCIA DE GER- MENES IMPIDEN UNA RESOLUCION RAPIDA DEL PROCESO AGUDO.

ETIOLOGIA.

ES DECIR LA PERSISTENCIA E INTENSIFICACION DE LA CAU SA IRRITANTE, GENERALMENTE DE TIPO MICROBIANO, ES LO QUE PROVOCA LA INFLAMACION AGUDA; EL ACUMULO DE PUS, ES DEBI- DO A LA PATOGENICIDAD DE LAS BACTERIAS, Y SU ALTA VIRULEN CIA, QUE INVOLUCRAN AL APICE RADICULAR, COMPLICANDO EL -- PROBLEMA POR LA PRESENCIA DE TOXINAS Y PRODUCTOS DE DESE- CHO DE LOS TEJIDOS AFECTADOS.

SINTOMATOLOGIA.

EL PACIENTE PRESENTA DOLOR INTENSO, VIRULENTO Y PUL- SATIL, ACOMPAÑADO DE FUERTE EDEMA INFLAMATORIO, TUMEFAC -

CION DOLOROSA EN LA REGION PERIAPICAL, AMBOS SON VISIBLES Y PERCEPTIBLES A LA INSPECCION EXTERNA. SE PUEDE COMPLI - CAR CON REACCION FEBRIL, MODERADA EN MUCHOS CASOS, MALES - TAR GENERAL. TAMBIEN PUEDE ORIGINAR OSTEOPERIOSTITIS SUPU - RADA, OSTEOFLEMON Y LINFO-ADENITIS REGIONAL.

LA PIEZA DE LA ZONA AFECTADA, DUELE A LA MAS LEVE -- PERCUSION O PRESION, PRESENTA LIGERA EXTRUSION Y MOVILI - DAD.

EL EXUDADO PURULENTO ACUMULADO BUSCA UN LUGAR DE SA - LIDA Y POR LO GENERAL, SIEMPRE SERA A LA ZONA MAS DEBIL - LA QUE PROPORCIONA EL DESAGUE DEL MISMO, EN MUCHOS CASOS - ES LA PARTE MAS DELGADA DE LA TABLA OSEA, PROVOCANDO ASI - QUE EL ABSCESO SE PRESENTE DEBAJO DE LA MUCOSA. ESTE DRE - NAJE PUEDE SER ESPONTANEO O PROVOCADO (QUIRURGICAMENTE) . EXISTE OTRO DRENAJE DE ABSCESOS QUE SE PRESENTA EN LOS A - PICES DE LOS PREMOLARES Y MOLARES SUPERIORES QUE SON LOS - QUE ESTAN EN INTIMO CONTACTO CON EL SENO MAXILAR, PUEDE A - BRIRSE EL ABSCESO EN LA CAVIDAD SINUSAL Y PROVOCAR ASI, U - NA SINUSITIS DE ORIGEN DENTARIO, EL ABSCESO SE DENOMINA:- ABSCESO CIEGO.

OTRA COMPLICACION SERIA, PERO POR SUERTE POCO FRECUENTE EN LA ACTUALIDAD GRACIAS A LOS ANTIBIOTICOS, ES LA OSTEOMELITIS AGUDA O CRONICA CON NECROSIS DE PROPORCIONES MAS O MENOS ABANZADAS DE HUESO, LLAMADAS SECUESTROS.

TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO DE URGENCIA, SERA ELIMINAR EL DOLOR TAN SEVERO QUE PRESENTA ESTA LESION; EFECTUAR UN DRENAJE EN LA PIEZA CON EL ABSCESO Y MANTENERLO ABIERTO DURANTE ALGUN TIEMPO PARA DARLE SALIDA AL EXUDADO.

CUANDO EXISTE ALGUN ABSCESO MUCOSO, FLUCTUANTE A LA PALPACION, SE DRENARA TAMBIEN; SE LOCALIZA LA PARTE DEL ABSCESO QUE PRESENTE UNA COLORACION BLANQUESINA, QUE ES LA PORCION MAS DELGADO DE LA MUCOSA, LA APERTURA DEL ABSCESO SE PUEDE HACER CON BISTURI, FRESA DE ALTA VELOCIDAD, DE CARBURO DEL # 3, O BIEN INTRODUCIENDO RAPIDAMENTE UNAS PINZAS BIEN ESTERILIZADAS Y QUE ESTAS ESTEN CERRADAS EN EL PUNTO MAS BLANQUECINO, DE LA MUCOSA Y SE SACARAN LAS PINZAS (CON UN MOVIMIENTO RAPIDO) ABIERTAS, LOGRANDO UN BUEN DRENE DEL ABSCESO EN EL CUAL EXISTE UN ALIVIO INME-

DIATO. PODEMOS ANESTESIAR A DISTANCIA PERO MUCHAS VECES - NO SE LOGRA UNA BUENA ANESTESIA POR EL MISMO PROCESO INFECCIOSO, DESINFECTAMOS PREVIAMENTE LA ZONA POR DRENAR Y EFECTUAMOS LA OPERACION.

OTRA TECNICA ES, (CUANDO NO ES POSIBLE LA APLICACION DE ANESTESIA) LA SIGUIENTE: TOMAMOS CON LOS DEDOS PULGAR E INDICE LA PIEZA ENFERMA, SUAVE PERO FIRMEMENTE, EVITANDO LA MOBILIZACION Y VIBRACIONES EN LA PIEZA EN EL MOMENTO DE LA APERTURA Y COMUNICACION CON LA CAMARA PULPAR.

SE PUEDE ASEGURAR EL TRATAMIENTO CON UNA BUENA MEDICACION PROFILACTICA A BASE DE UN ANTIBIOTICO DE SELECCION (AMPLIO ESPECTRO). PERO TAMBIEN CERSIORARNOS DE NO RECE- TAR UNA DOSIS QUE SOLO NOS PROVOQUE RESISTENCIA DEL MICRO ORGANISMO.

* * *

* * * * *

3).- PERIODONTITIS CRONICA.

DEFINICION.

ES UNA INFLAMACION DEL PERIODONTO, CARACTERIZADA POR UNA OSTEITIS CRONICA (INFLAMACION CRONICA DEL HUESO) CON TRANSFORMACION DEL PERIODONTO Y REEMPLAZO DEL HUESO ALVEOLAR POR TEJIDO DE GRANULACION.

ETIOLOGIA.

EXISTEN CLINICAMENTE DOS TIPOS DE PERIODONTITIS QUE_ PODEMOS IDENTIFICAR:

A).- SUPURADA.

ES REALMENTE UN ABSCESO ALVEOLAR AGUDO QUE HA DRENADO ACCIDENTALMENTE O QUIRURGICAMENTE Y QUE SU DRENAJE LO PUEDE HACER POR MEDIO DE UNA FISTULA, LA CUAL PUEDE ABRIRSE ACCIDENTAL O QUIRURGICAMENTE; AUNQUE LAS FISTULAS DRENAN BUSCANDO LA ZONA MENOS RESISTENTE DE LA MUCOSA ORAL . ESTA DRENA INDEFINIDAMENTE Y HASTA EL MOMENTO QUE SE OBLITERA LA FISTULA, PROVOCANDO ASI UN ESTADO PERIODONTAL AGUDO.

EXISTEN DIVERSOS TIPOS DE FISTULAS:

- a).- CANALICULARES. DRENAN A TRAVES DE CONDUCTO RADICULAR.
- b).- TRANSPERIODONTICAS. DRENAN POR VIA LIGAMENTOSA.
- c).- VESTIBULARES. DRENAN A TRAVES DE TEJIDO OSEO HACIA LA MUCOSA BUCAL O BIEN HACIA LA PIEL, - CUTANEAS.

B).- NO SUPURADA.

ES OTRA ALTERACION CRONICA QUE PROPIAMENTE ES CONOCIDA COMO GRANULOMA.

SINTOMATOLOGIA.

POR LO GENERAL LOS SINTOMAS DE LA PERIODONTITIS CRONICA NO SON DOLOROSOS; AUNQUE PUEDE HABER ALGUNA REACCION DOLOROSA REFLEJA O SENSACION DE PLENITUD EN LA ZONA ALTERADA.

CUANDO LA VIRULENCIA Y EXPANSION DEL ABSCESO PROVOCA DO POR LA OBSTRUCCION DE LA FISTULA, SE AGUDIZAN, ES CUAN

DO DAN RESPUESTA DOLOROSA EN ALGUNAS OCASIONES.

RADIOGRAFICAMENTE SE PUEDEN HACER VISIBLES EL CONDUCTO FISTULOSO CON UNA PUNTA DE GUTAPERCHA UN POCO REBLANDECIDA E INTRODUCIENDOLA SUAVEMENTE EN LA LESION FISTULOSA SEGUN SEA SU ACCESO.

TRATAMIENTO:

EL TRATAMIENTO INDICADO ES LA PULPECTOMIA TOTAL, EFECTUAR LAVADOS CON SUSTANCIAS ANTISEPTICAS, EFECTUAR UNA BUENA INSTRUMENTACION Y FINALMENTE LA OBTURACION DEL CONDUCTO O CONDUCTOS RADICULARES.

DEBEMOS TOMAR EN CUENTA EL DIAGNOSTICO CLINICO-RADIOGRAFICO PARA ESTABLECER EL TRATAMIENTO, YA QUE SI LAS CONDICIONES DEL APICE NO SON ADECUADAS PARA RESOLVER EL CASO UNICAMENTE CON EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS, SE EMPLEARA LA TECNICA DE CURETAJE APICAL Y DE OBTURACION RETROGRADA POR MEDIO DEL COLGAJO MUCOPERIOSTICO, TAMBIEN SE PUEDE EMPLEAR ESTA TECNICA CUANDO TENGAMOS UN CASO DE DESTRUCCION DE HUESO Y CEMENTO APICAL, CON DENTINA DESTRUIDA E -

INFECTADA.

* * *

4).- GRANULOMA.

DEFINICION.

ES LA FORMACION DE TEJIDO DE GRANULACION ORGANIZADO Y FRECUENTEMENTE ENCAPSULADO POR TEJIDO FIBROSO, COMO UNA REACCION DEL HUESO ALVEOLAR PARA OBLITERAR EL FORAMEN API-CAL DEL DIENTE AFECTADO (NECROTICO) Y Oponer RESISTENCIA A LAS IRRITACIONES Y PRODUCTOS PUTREFACTOS CONTENIDOS EN EL CONDUCTO (MICROORGANISMOS). SE PIENSA QUE EL GRANULOMA TIENE UNA FUNCION DEFENSIVA Y PROTECTORA DE POSIBLES INFECCIONES; Y PARA QUE ESTE SE FORME DEBE EXISTIR UNA IRRITACION QUE SEA POCO INTENSA PERO CONSTANTE.

ETIOLOGIA.

LAS CAUSAS PUEDEN SER, IRRITANTES DE ORIGEN FISICO,

QUIMICO O BIOLÓGICO; PERO LA PRINCIPAL CAUSA DEL GRANULOMA APICAL ES LA NECROSIS Y/O GANGRENA PULPAR, CONDICION -- QUE ES INDISPENSABLE DE LA EXISTENCIA DEL GRANULOMA; LA -- INVASION MICROBIANA Y DEPOSITO DE TOXINAS. LA NECROSIS -- Y/O GANGRENA SON LA PRINCIPAL FUENTE DE IRRITACION QUE PASAN A TRAVES DEL FORAMEN Y CONDUCTOS ACCESORIOS HACIA LA ZONA PERIAPICAL AFECTANDOLA.

SINTOMATOLOGIA.

EL CUADRO CLINICO DEL GRANULOMA APICAL ES ASINTOMATICO. LO HALLAMOS A MENUDO EN EL EXAMEN RADIOGRAFICO DE RUTINA.

EL DIAGNOSTICO SE APOYA PRINCIPALMENTE POR LA RADIOGRAFIA, QUE PRESENTA UNA ZONA RADIOLUCIDA EN UNA PIEZA NO VITAL. ES MENESTER QUE NO DEBEMOS BASAR EL DIAGNOSTICO -- CLINICO DE UN GRANULOMA EXCLUSIVAMENTE EN LA INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

SE PUEDEN HALLAR CASOS EN QUE SE PRESENTE REACCION DOLOROSA A LA EXPLORACION PULPAR Y AUN DOLOROS EXPONTANE-

NEOS. POR AGUDIZACION DE UNA PULPITIS CRONICA PREEXISTENTE
CRESEN HASTA UN TAMAÑO DETERMINADO.

EN MUCHAS OCASIONES EN LOS GRANULOMAS ENCONTRAMOS --
PROLIFERACIONES EPITELIALES EXTENDIDAS EN SU MASA, QUE EN
CASOS DETERMINADOS EVOLUCIONAN HACIA LA FORMACION DE UN
QUISTE.

TRATAMIENTO.

EL TRATAMIENTO ES LA ELIMINACION DEL TEJIDO NECROTI-
CO DE LOS CONDUCTOS Y CAMARA PULPAR (CONDUCTOTERAPIA) Y _
Y OBTURACION DE CONDUCTOS.

EN LA ZONA DE IRRITACION DONDE EXISTN LOS PROCESOS -
DE REABSORCION, LAS FIBRAS COLAGENAS SON DESTRUIDAS POR -
LOSHISTOCITOS O MACROFAGOS, EN TANTO QUE LOS OSTEOCLASTOS
ATACAN AL HUESO.

ES PUES, DE CARACTER REVERSIBLE EL GRANULOMA; ES DE-
CIR, QUE SI EFECTUAMOS UNA NUEVA CONDUCTOTERAPIA Y OBTURA
CION DE CONDUCTOS, LOS TEJIDOS PERIAPICALES, PRINCIPALMEN

TE EL TEJIDO OSEO Y MEMBRANA PERIODONTAL, VOLVERAN A LA -
NORMALIDAD.

EN OCASIONES EL GRANULOMA SUELE PRESENTAR ZONAS PURU-
LENTAS, PRODUCTO DE LA LICUEFACCION DEL TEJIDO DAÑADO; Y
POR LO GENERAL ESTOS CASOS SE PRESENTAN DESPUES DE OBTURA-
DO EL CONDUCTO. CLINICAMENTE APARECE COMO UN ABSCESO SUPU-
RATIVO, QUE DEBEMOS TRATAR QUIRURGICAMENTE CON UN CURETA-
JE APICAL.

* * *

5).- QUISTE.

DEFINICION.

ES UNA CAVIDAD REVESTIDA POR EPITELIO, QUE CONTIENE_
POR LO GENERAL UN LIQUIDO VISCOSO CON CRISTALES DE COLES-
TERINA, ESTOS SE ORIGINAN PRINCIPALMENTE POR LA DESTRUC -
CION EPITELIAL Y SE ENCUENTRA PRINCIPALMENTE EN QUISTES -
VIEJOS.

LA CAVIDAD Y EPITELIO TIENDEN A AUMENTAR DE VOLUMEN,
A EXPENSAS DEL TEJIDO DE GRANULACION RODEADO POR LA CAPSU
LA FIBROSA.

ETIOLOGIA.

SE ORIGINA GENERALMENTE DE LOS RESTOS EPITELIALES DE
MALASSEZ, REMANENTES DE LA VAINA EPITELIAL DE HERTWIG, A-
UNQUE EN LOS GRANULOMAS Y QUISTES SUPURADOS Y FISTULIZA-
DOS PUEDE EFECTUARSE EN EL INJERTO POR INVAJINACION DEL E
PITELIO DE LA MUCOSA EN LA CAVIDAD DEL ABSCESO.

AHORA BIEN, EL QUISTE APICAL, SIEMPRE ESTA ASOCIADO
A LA PRESENCIA DE UN DIENTE NO VITAL.

SINTOMATOLOGIA.

SU SINTOMATOLOGIA DOLOROSA ES ESCASA, Y GENERALMENTE
ASINTOMATICA, PUEDE PRESENTAR MOVILIDAD LA PIEZA AFECTADA
EN ALGUNOS CASOS PUEDE HABER DOLOR LIGERO A LA PERCUSION,
PROPORCIONANDO UN SONIDO MATE, DISTINTO AL DE UN DIENTE -
NORMAL. EN LA INTERPRETACION RADIOGRAFICA, PRESENTA UN -

CONTORNO BIEN DEFINIDO, BIEN DELIMITADO POR UNA LINEA RADIALUCIDA (CORRESPONDIENTE AL HUESO ESCLEROTICO). CABE -- MENCIONAR QUE HAY AUTORES QUE SOSTIENEN QUE ES MUY DIFICIL DIFERENCIAR RADIOGRAFICAMENTE UN QUISTE PEQUEÑO DE UN GRANULOMA Y DE UN ABSCESO.

EN UN EXAMEN CLINICO DE RUTINA, PODEMOS APRECIAR ASIMETRIA FACIAL EN EL PACIENTE; SE QUEJARA DE CIERTA TENSION O MOLESTIA EN LA ZONA AFECTADA.

A LA PALPACION NOS REGISTRA UNA ZONA EXISTENTE DE UN RELIEVE BLANDO DE LOS TEJIDOS SUBYACENTES. LA MUCOSA ES BLANDA Y NO REGISTRA NINGUNA COLORACION ESPECIAL. CUANDO LA TABLA OSEA ESTA MUY REABSORBIDA Y ADELGASADA, EXISTE UNA SENSACION DE CREPITACION.

TRATAMIENTO.

GENERALMENTE EL TRATAMIENTO ES QUIRURGICO, LA OBTURACION DEL CONDUCTO SE EFECTUARA EN LA MISMA CITA, REALIZANDO UN CURETAJE PERIAPICAL.

* * *

6).- OSTEOESCLEROSIS.

DEFINICION.

SON ZONAS RADIOPAVAS DE MAYOR CALCIFICACION QUE APARECEN EN LAS LESIONES APICALES DE LA PIEZA DENTARIA, PRINCIPALMENTE EN LESIONES PERIAPICALES DE TIPO CRONICO DE LARGA EVOLUCION.

TAMBIEN SON CONOCIDAS COMO OSTEITIS CONDENSANTE, ENOSTOSIS, HUESO ESCLEROTICO, ETC.

ETIOLOGIA.

SU ORIGEN SE ATRIBUYE A UNA IRRITACION DEBIL Y PROLONGADA, QUE EN LUGAR DE DAÑAR EL HUESO PROVOCANDO SU REABSORCION, AUMENTA SU CALSIFICACION. SE PRESENTA ESTA ALTERACION (VISIBLE SOLO EN RADIOGRAFIA) EN LAS PIEZAS TRATADAS ENDODONTICAMENTE Y CUYO TRATAMIENTO PERMITIO LA REPARACION DE HUESO, COMO UNA LINEA RADIOPACA EN FORMA DE AUREOLA SOBRE EL APICE, DE DICHA PIEZA.

SINTOMATOLOGIA.

CARECE DE CONSECUENCIAS CLINICAS Y PATOLOGICAS; ES
DECIR ES ASINTOMATICO.

SU PRESENCIA SE DESCUBRE DURANTE EL EXAMEN RADIOGRA-
FICO DE RUTINA.

TRATAMIENTO.

GENERALMENTE LA OSTEOSCLEROSIS NO REQUIERE DE NIN -
GUN TRATAMIENTO RADICAL SOLO MANTENER UN CONTROL RADIOGRA-
FICO PERIODICAMENTE DEL CASO, SOBRE TODO SI SE EFECTUO YA
EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS.

* * *

7).- REABSORCION CEMENTO DENTINARIA EXTERNA.

* * *

8).- HIPERCEMENTOSIS

DEFINICION.

ES UNA EXCESIVA FORMACION DE CEMENTO A LO LARGO DE LA RAIZ, EN UNA ZONA DETERMINADA DE LA MISMA O EN LA ZONA PERIAPICAL.

ETIOLOGIA.

LA CAUSA PRINCIPAL ES ALGUN PROCESO INFLAMATORIO, -- PROVOCADO POR ALGUNA IRRITACION PROLONGADA; SOBRE CARGAS OCLUSALES, IRRITANTES QUIMICOS Y BIOLOGICOS.

LA RESPUESTA REACCIONAL DEL PERIODONTO AL FORMAR CEMENTO RESULTA SIMILAR A LA DEL HUESO EN LA OSTEOSCLEROSIS.

SINTOMATOLOGIA.

GENERALMENTE ES ASINTOMATICA ESTA ALTERACION EXCEPTUANDO CASOS EN QUE LA LESION ESTA ASOCIADA CON ALTERACIONES PERIAPICALES (GRANULOMA, PERIODONTITIS CRONICA, ETC),

Y SE EXCEDA EL LIMITE DEL EQUILIBRIO DE LAS DEFENSAS.

TRATAMIENTO.

CUANDO EXISTE ALTERACION O LESION INFLAMATORIA, SE EFECTUARA EL TRATAMIENTO DE CONDUCTOS, SIENDO ESTE MUY -- PROBLEMÁTICO.

SI EL DIENTE ES VITAL Y NO HAY ALTERACION, SOLO NOS QUEDARA POR LO MENOS TENERLO EN CONTROL RADIOGRAFICO INDEFINIDAMENTE.

* * *

9).- CEMENTOMA.(NEOPLASIA BENIGNA).

CONOCIDO TAMBIEN COMO CEMENTOBLASTOMA, OSTEOFIBROMA PERIAPICAL, DISPLASIA FIBROSA PERIAPICAL, CEMENTO FIBROMA CEMENTO ESCLEROSANTE.

DEFINICION.

ES UNA PROLIFERACION DE TEJIDO CONJUNTIVO EN PRIMERA INSTANCIA, EN LA CUAL EL HUESO PERIAPICAL SE REABSORBE Y LO REEMPLAZA UNA MASA DE TEJIDO FIBROSO DE TIPO CONECTIVO EN CUYO INTERIOR SE OBSERVAN DISTINTAS CANTIDADES DE MATERIAL CALCIFICADO, CEMENTO O HUESO.

ETIOLOGIA.

NO ES BIEN CONOCIDA LA CAUSA QUE LO ORIGINA, AUNQUE SE LE ATRIBUYE A LOS TRAUMATISMOS LEVES Y AUN SOBRECARGAS OCLUSALES, ETC.

EL EXAMEN RADIOGRAFICO ES LA UNICA FORMA DE DESCRIBIR ESTAS AFECCIONES.

NO SE HA PODIDO ASOCIAR EL CEMENTOMA CON NINGUNA ENFERMEDAD GENERAL ESPECIFICA.

SINTOMATOLOGIA.

SON TOTALMENTE ASINTOMATICOS; A LA ALARMA QUE NOS -
PROVOCA ES QUE RADIOGRAFICAMENTE OBSERVAMOS IMAGENES RA -
DIOLUCIDAS EN UNA ETAPA INICIAL Y PRESENTA IMAGENES RADIO
PACAS EN SU ETAPA TERMINAL.

TODAS LAS PIEZAS AFECTADAS CON CEMENTOMAS, RESPONDEN
POSITIVAMENTE A LAS PRUEBAS DE VITALIDAD.

TRATAMIENTO.

NO EXISTE AJUN TRATAMIENTO, SOLO TRATAR DE CONVENCER_
AL PACIENTE DE QUE SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD BENIGNA, Y_
QUE REQUERIRA DE UNA REVISION PERIODICA.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS FOCOS APICALES

DEFINICION.

SE ENTIENDE POR APICECTOMIA AL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UNO O MAS APICES POR UN PROCESO, ES DECIR, LA RESECCION QUIRURGICA, POR VIA TRANSMAXILAR DE UN FOCO PERIAPICAL Y DEL APICE DENTARIO.

LA APICECTOMIA ES DENOMINADA TAMBIEN RESECCION RADICULAR Y AMPUTACION RADICULAR, ES LA EXTIRPACION DE LA PORCION RADICULAR INFECTADA, DE UN DIENTE Y EL CURETAJE DE TODOS LOS TEJIDOS PERIAPICALES NECROTICOS E INFLAMATORIOS

EL FRACASO EN EL TRATAMIENTO DE LOS DIENTES INFECTADOS HA SIDO, SEGUN ALGUNOS AUTORES, EL NO TENER ACCESO COMPLETO A TODAS LAS PARTES DEL CONDUCTO RADICULAR Y A LAS ZONAS ENFERMAS MAS ALLA DEL APICE. LA APICECTOMIA, CON SU GRAN PORCENTAJE DE EXITOS, ES BUENA SOLUCION PARA ESTE PROBLEMA.

PARA QUE SE CUMPLA BIEN ESTO, ES MENESTER EL CUMPLI-
MIENTO DE UNA SERIE DE DETALLES QUIRURGICOS DE INTERES, -
PARA LLEVARLA A CABO CON BUEN EXITO, DE LO CONTRARIO NO -
SE ALCANZARIA EL FIN QUE LA INTERVENCION SE PROPONE. SE -
DEBE TENER CUIDADO YA QUE ESTA REQUIERE DE TANTO O MAS --
CUIDADO DETALLADO QUE OTRAS INTERVENCIONES EN LA CIRUGIA_
BUCAL.

INDICACIONES DE LA APICECTOMIA

LA APICECTOMIA ESTA INDICADA EN LOS DIENTES CON PROCESOS PERIAPICALES, COMO LO MARCAN LOS SIGUIENTES CASOS:

- A).- CUANDO HA FRACASADO EL TRATAMIENTO RADICULAR.
- B).- EN DIENTES CON DILACERACIONES QUE HAGAN INACCESIBLE EL APICE RADICULAR.
- C).- EN DIENTES QUE PRESENTEN FALSOS CONDUCTOS.
- D).- EN DIENTES CUYOS CONDUCTOS SE HA FRACTURADO Y ALOJADO UN INSTRUMENTO DE ENDODONCIA.
- E).- EN DIENTES PORTADORES DE PIVOTS, JACKET COWNS U OTRAS OBTURACIONES QUE IMPOCIBILITEN LA REMOCION DE ELLAS PARA EFECTUAR UN NUEVO TRATAMIENTO RADICULAR; EN ESE CASO, DEBERA REALIZARSE LA APICECTOMIA Y LA OBTURACION RETROGRADA CON AMALGAMA.

LA RESECCION QUIRURGICA DEL APICE PUEDE REALIZARSE EN TODOS LOS DIENTES, PERO REALIZAMOS LA APICECTOMIA MAS QUE EN LOS ANTERIORES, POR EXCEPCION EN PREMOLARES Y NUN-

CA EN MOLARES. LA OPERACION EN ESTAS PIEZAS, ADEMAS DE --
QUE LOS RESULTADOS NO LA JUSTIFICAN, REQUIERE DE UN VIR-
TUOSISMO QUIRURGICO QUE NO TODOS POSEEMOS.

PUEDEN APICECTOMIZARSE LOS DIENTES CON PROCESOS PE -
RIAPICALES DE CUALQUIER INDOLE Y MAGNITUD, EN LOS DIENTES
PORTADORES DE GRANDES QUISTES PARADENTARIOS, LA RESECCION
DE APICE ES UNA MANIOBRA SECUNDARIA CON LA CUAL SE COMPLE -
TA LA OPERACION, PERMITIENDO CONSERVAR EN LA ARCADA UN -
DIENTE QUE ESTETICA Y FUNCIONALMENTE, TIENE VALOR, POR -
QUE PUEDE SER LA BASE DE UNA RESTAURACION.

LA APICECTOMIA TAMBIEN ESTA INDICADA EN DIENTES CON_
GRANULOMAS PERIAPICALES BIEN CIRCUNSCRITOS. ALGUNOS ODON-
TOLOGOS NO ACONSEJAN LA APICECTOMIA EN DIENTES DONDE LA -
RADIOGRAFIA REVELA UNA ZONA DIFUSA DE DESTRUCCION OSEA PE
RIAPICAL, AUNQUE EN ALGUNAS OCACIONES SE PRESENTAN RESUL-
TADOS SATISFACTORIOS.

TAMBIEN LO SON LOS DIENTES EN PACIENTES JOVENES QUE SON EL FACTOR ETIOLOGICO DE LA PRODUCCION DE QUISTES RADI-
CULARES O QUE HAN SIDO DESVITALIZADOS POR LA EXTENSION DE UNA LESION QUISTICA VECINA. LA EVIDENCIA RADIOGRAFICA DE LA DESTRUCCION APARENTE DEL HUESO AL REDEDOR DE LOS API -
CES NO DEBE SER INTERPRETADA COMO PRUEBA DE LA DESTRUCC -
CION DE LA VITALIDAD DE LOS DIENTES QUE RADIOGRAFICAMENTE PARECEN COMPROMETIDOS POR EL QUISTE.

CONTRAINDICACIONES PARA LA
APICECTOMIA

LA APICECTOMIA ESTA CONTRAINDICADA:

1).- CUANDO LA SALUD GENERAL DEL PACIENTE SE ENCUENTRA DISMINUIDA, ESPECIALMENTE DE QUIENES HAN TENIDO FIEBRE -- REUMATICA O EN ESE MOMENTO SUFREN DE REUMATISMO, NEFRITIS, DIABETES, TRNSTORNOS CARDIACOS, TIROTOXICOSIS, ETC.

2).- EN DIENTES CON BOLSAS PARADENTOSICAS PROFUNDAS Y EXCESIVA MOVILIDAD.

3).- EN CASOS EN QUE LOS DIENTES A TRATAR ESTAN MUY CERCA DE ESTRUCTURAS ANATOMICAS MUY IMPORTANTES, POR EJEMPLO, LOS PREMOLARES SUPERIORES, SI LA RADIOGRAFIA MUESTRA QUE EL PISO DEL SENO SE HALLA CERCANO AL APICE DE LOS DIENTES CIRCUNVECINOS Y DEL MISMO.

4).- EN CASOS INACCESIBLES.

5).- CUANDO HAY QUE ELIMINAR DEMACIADA ESTRUCTURA RADICULAR.

6).- CUANDO LA OCLUSION TRAUMATICA NO PUEDE SER CORREGIDA.

PROCEDIMIENTOS

HAY TRES PROCEDIMIENTOS ACEPTADOS:

1.- OBTURACION DEL CONDUCTO RADICULAR Y RESECCION RADICULAR INMEDIATA.

2.- OBTURACION DEL CONDUCTO SEGUIDA DE LA APICECTOMIA VARIOS DIAS O SEMANAS MAS TARDE.

3.- AMPUTACION RADICULAR EN DIENTES CON OBTURACION DEL CONDUCTO RADICULAR, EN LOS CUALES LOS EXAMENES RADIOGRAFICOS SUBSIGUIENTES, MESES O AÑOS MAS TARDE, REVELAN QUE SE HAN GENERADO GRANULOMAS PERIAPICALES, PEQUEÑOS QUISTES O DESTRUCCION OSEA DIFUSA CON DRENAJE DEL SENO O SIN DRENAJE DEL SENO.

OBTURACION DEL CONDUCTO

LA APICECTOMIA ES EL PASO INMEDIATO A ESTE, LA PREPARACION, LA ESTERILIZACION, Y OBTURACION DEL CONDUCTO SON PASOS QUE SE ANTEPONEN A LA APICECTOMIA.

1.- SE INYECTAN DE 2 A 2.5 C.C. DE SOLUCION ANESTESICA LOCAL AL 2%. CON UN VASOCONSTRICTOR POR VESTIBULAR, Y 0.5 C. C. POR PALATINO EN EL FORAMEN INCISIVO SI LA OPERACION SE REALIZA EN UN INCISIVO SUPERIOR, SI FUERA UN DIENTE INFERIOR, SE REALIZA UNA INYECCION BILATERAL MANDIBULAR, Y SI FUERA UN PREMOLAR, ADEMAS DE INFILTRAR LA ZONA DEL APICE SE INYECTARIA UNA TRONCULAR HOMOLATERAL.

2.- SE COLOCA EL DIQUE DE GOMA Y SE ABRE EL DIENTE - LLEGANDO A LA CAMARA PULPAR.

3.- SE DEPOSITAN UNAS GOTAS DE SOLUCION DE HIPOCLORITO DE SODIO EN LA CAMARA PULPAR Y SE EXPLORA EL CONDUCTO CON UNA SONDA LISA, EFECTUANDOSE LA LIMPIEZA CON UN TIRANERVIOS. LOS INSTRUMENTOS POR UTILIZAR DENTRO DEL CONDUCTO

TO DEBEN DE LLEVAR MARCADA LA LONGITUD.

4.- EL CONDUCTO SE ENSANCHA CON ESCARIADORES Y LIMAS MOJADAS CON HIPOCLORITO DE SODIO, SE SE FORZARA ALGUN RES_ TO INFECTADO POR EL FORAMEN APICAL, SU EFECTO SE NEUTRALI_ ZARIA O DISMINUIRIA POR LA SOLUCION ANTISEPTICA QUE SIMUL_ TANEAMENTE SE LLEVA A TRAVES DEL FORAMEN, PUEDE UTILIZAR_ SE OTRO ANTISEPTICO EN LUGAR DEL HIPOCLORITO DE SODIO. EL CONDUCTO SE SECA CON CONOS DE PAPEL.

5.- LA SUPERFICIE DEL CONDUCTO SE ESTERILIZA CON ME_ DICACION ELECTROLITICA UTILIZANDO UN ELECTROLITO DE HIPO_ CLORITO DE SODIO. EN ALGUNOS CASOS SE UTILIZA UN LIENZO H_ HUMEDO ENTRE EL ELECTRODO Y LA MANO, PARA MEJORAR EL CON_ TACTO ENTRE LOS DOS AL TERMINAR EL TIEMPO SE QUITAN LOS E_ ELECTRODOS Y EL CONDUCTO SE SECA CON PUNTAS OBSORVENTES, I_ RRRIGANDOSE EL LUGAR CON ALCOHOL PURO PARA DESIDRATAR EL _ CONDUCTO Y MANTENERLO SECO.

6.- EL CONDUCTO DENTARIO SE MIDE CON UN CONO DE GUTA_ PERCHA O DE PLATA, INSERTADO HASTA EL APICE Y CORTANDOLO_ AL NIVEL DE LA SUPERFICIE INCISAL. SE SACA Y SE MIDE, SI_

ES CORTO, SE SELECCIONA OTRO CONO QUE LLEGUE HASTA EL CONDUCTO Y ALCANCE APRETADO EL APICE, SE INTRODUCE CEMENTO - EN EL CONDUCTO DENTARIO, Y TAMBIEN SE ABRE EL CONO, EL CUAL SE LLEVA DESPUES HASTA EL APICE O SE LO PASA LIGERAMENTE. ES PREFERIBLE QUE LO SOBREPASE POR QUE ASI SERVIRA PARA LOCALIZAR LA RAIZ DURANTE LA APICECTOMIA.

7.- SE QUITA EL DIQUE DE GOMA.

TECNICA QUIRURGICA

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS FOCOS APICALES, REQUIERE EL CUMPLIMIENTO DE UNA SERIE DE DETALLES QUIRURGICOS DE SUMA IMPORTANCIA, SIN EL CUMPLIMIENTO DE LOS CUALES EL TRATAMIENTO NO ALCANZA EL FIN QUE LA OPERACION SE PROPONE.

EN ESTA OPERACION ES IMPORTANTE EL CUIDADO DEL DETALLE, IGUAL O AUN MAS QUE EN OTRAS CIRUGIAS BUCALES. SIN EL CUMPLIMIENTO DE ESTE REQUISITO, EL TRATAMIENTO NO ES PERFECTO. DEBE ENTENDERSE QUE ESTO SE REQUIERE A LA MINUCIOSIDAD DE LA OPERACION Y A LA OBSERVANCIA DE ETAPAS BIEN REGLADAS, QUE JUNTO CON LA ABILIDAD DEL OPERADOR SE PODRA TENER EL EXITO QUIRURGICO DESEADO.

ESTOS DETALLES SERIADOS DE GRAN INTERES SON:

I.- ANESTESIA.

II.- INCISION.

III.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

IV.- OSTECTOMIA U OSTEOTOMIA.

V.- AMPUTACION DEL APICE RADICULAR.

VI.- RASPADO DEL PROCESO RADICULAR.

VII.- TRATAMIENTO RADICULAR.

VIII.- SUTURA.

TODOS ESTOS PASOS SE EXPLICAN EN UN RESUMEN A CONTINUACION, PERO QUE ES BREVE PARA HACER MAS ESPLICITOS POSTERIORMENTE CADA UNO DE LOS DETALLES DE LA TECNICA QUIRURGICA.

SI SE USA ANESTESIA LOCAL SE PREMEDICA 1 1/2 GRAMOS DE PENTOBARBITAL O SECOBARBITAL. SI SE USA ANESTESIA GENERAL SE TIENE QUE PREMEDICAR TAMBIEN.

TOMESE RADIOGRAFIAS CORRECTAS DESDE VARIOS ANGULOS QUE MUESTREN EL LARGO DE LA RAIZ, LA ZONA PATOLOGICA, LA PROXIMIDAD DE LA RAIZ O LAS RAICES DE LOS OTROS DIENTES Y EL SENOS MAXILAR. PULVERICESE BIEN LA BOCA CON UNA BUENA SOLUCION ANTISEPTICA.

ANESTESIESE EL DIENTE Y LOS TEJIDOS ADYACENTES SI SE

USA ANESTESIA LOCAL, QUE ES LA MAS APROPIADA PARA ESTE TIPO DE INTERVENCIONES.

AISLESE EL AREA POR OPERAR Y LIMPIESE BIEN LA ZONA - CON UN GERMICIDA. COLOQUESE UN APOSITO DE GASA, USESE EL EYECTOR QUIRURGICO PARA ELIMINAR SALIVA Y SANGRE.

HAGASE UNA INCISION SEMICIRCULAR COMENZANDO EN LA REGION DEL APICE DEL DIENTE MESIAL Y EXTENDIENDOSE HASTA ABAJO HASTA UN PUNTO MEDIO SITUADO EN LOS DOS TERCIOS DE LA DISTANCIA ENTRE EL APICE Y LA LIMEA GINGIVAL DEL DIENTE INFECTADO Y CONTINUANDO HASTA ATRAS Y ARRIBA A NIVEL DEL APICE DEL DIENTE DISTAL.

CORTESE EL APICE DEL DIENTE CON UNA FRESA DE FISURA. NO SE CORTE MAS QUE UN TERCIO DE LONGITUD TOTAL DE LA RAIZ.

ELIMINESE CON UNA CURETA LOS RESTOS PATOLOGICOS QUE LO RODEA.

ALISESE EL BORDE DE LA RAIZ Y LOS EXTREMOS OSEOS.

LLENESE EL LECHO OSEO CON CRISTALES DE SULFONAMIDA,
SUTURESE.

Y ASI, SE MENCIONARAN CADA UNO DE LOS PASOS DETALLA_
DOS DE LA TECNICA QUIRURGICA DE LA APICECTOMIA.

EL DESGLOSAMIENTO DE .ESTAS ETAPAS OPERATORIAS ES EL
SIGUIENTE.

I.- ANESTESIA

LA ANESTESIA ES DE MUCHA IMPORTANCIA PARA REALIZAR -
CON EXITO LA APICECTOMIA.

UN ALTO GRADO DE INDICE DE FRACASOS ESTAN DADOS POR_
UNA MALA TECNICA DE ANESTESIA ES DECIR POR UNA ANESTESIA_
INSUFICIENTE, QUE NO PERMITE REALIZAR CON PULCRITUD LOS -
TIEMPOS OPERATORIOS.

LA ANESTESIA TIENE QUE REUNIR DOS CONDICIONES:

EN PRIMER TERMINO, DEBE DE SER ANESTESIA, Y EN SEGUNDO TERMINO, HA DE DAR LA SUFICIENTE ANEMIA AL CAMPO OPERATORIO COMO PARA PODER REALIZAR UNA OPERACION EN BLANCO.,- ESTO SE CONSIGUE USANDO LIQUIDOS O SOLUCIONES ANESTESICAS COMO ADRENALINA.

APLICAMOS ENTRE OTRAS TECNICAS LA DE WASMUN, INFILTRAMOS CON ANESTESIA UNA REGION DE APROXIMADAMENTE CUATRO CENTIMETROS DE DIAMETRO, LOS TIRONEAMIENTOS Y LA APLICACION DE SEPARADOR PROVOCAN DOLOR, CUANDO NO EXISTE UNA AREA INFILTRADA.

INTRODUCIMOS LA AGUJA A NIVEL DEL SURCO VESTIBULAR, PARALELA AL HUESO, Y SERCA DE UN CENTIMETRO, APROXIMADAMENTE, POR ENCIMA DEL SURCO; ALLI DEPOSITAMOS EL LIQUIDO ANESTESICO. ESTA MANIOBRA SE REALIZA Y REPITE EN TRES O CUATRO PUNTOS DIFERENTES, TRATANDO DE ABARCAR TODA LA ZONA NECESARIA.

USAMOS SOLUCIONES DE NOVOCAINA AL 2%, EMPLEAMOS EN MUCHOS CASOS SOLUCIONES AL 5%; WASSMUND PIENSA QUE ES INESESARIO ESTA ULTIMA AL IGUAL QUE ESTE HANESTEIN, QUIEN RE

COMIENDA SOLUCIONES DE DEBIL PORCENTAJE.

A).- MAXILAR.

ANESTESIA PARA LOS INCISIVOS.

ANESTESIA INFILTRATIVA, SE INFILTRA TAMBIEN UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE ANESTESIA EN EL LADO OPUESTO A LA PRIMERA PUNCION, PARA INHIBIR LAS RAMAS NERVIOSAS QUE DE EL PROVIENEN. SE DEBE INYECTAR TAMBIEN UN CENTIMETRO CUBICO_ EN EL LADO PALATINO, FRENTE AL APICE DEL DIENTE A TRATAR; LA SENSIBILIDAD DE LA PARED POSTERIOR DE LA CAVIDAD OSEA_ NO DESAPARECE, SI NO ESTA ANESTESIADO EL PALADAR. EN MUCHAS OCASIONES PUEDE COLOCARSE UN TAPON CON PANTOCAINA, E EN EL PISO DE LAS FOSAS NAALES, PARA INSENSIBILIZAR LAS TERMINACIONES DEL NERVIO NASOPALATINO.

ANESTESIA PARA LOS CANINOS.

SE PUEDE USAR O EMPLEAR LA INFRAORBITARIA O BIEN LA INFILTRATIVA, Y SE COMPLETA CON ANESTESIA EN LA BOVEDA.

ANESTESIA PARA LOS PREMOLARES.

INFILTRATIVA (ALTA) Y A LA BOVEDA.

B).- MANDIBULA.

ANESTESIA PARA LOS INCISIVOS.

ANESTESIA EN EL AGUJERO MENTONIANO O INFILTRATIVA EN EL CASO DE REALIZARSE VARIAS APICECTOMIAS Y EN PRESENCIA DE PROCESOS OSEOS MUY EXTENSOS, DEBE PORCEDERSE A REALIZAR ANESTESIA REGIONAL EN UNO O AMBOS LADOS, DEBE INFILTRARSE TAMBIEN EL LADO OPUESTO. NO ES NECESARIA LA ANESTESIA POR EL LADO LINGUAL, YA QUE ES SIEMPRE PELIGROSA.

ANESTESIA PARA EL CANINO Y PREMOLARES.

ANESTESIA AL NIVEL DEL AGUJERO MENTONIANO, INFILTRATIVA O PARA MAYOR EXACTITUD, ANESTESIA TRONCULAR.

EN CASO DE OPERAR BAJO ANESTESIA GENERAL, ES CONVENIENTE, CON FINES HEMOSTATICOS, REALIZAR UNA ANESTESIA INFILTRATIVA CON NOVOCAINA-ADRENALINA, CON LO CUAL SE OBTIENE EL EFECTO DESEADO.

INCISION

LAS INCISIONES MAS INDICADAS PARA ESTE TRATAMIENTO - ENTRE OTRAS SON LAS DE LOS AUTORES SIGUIENTES: WASSMUND , PARTSCH Y LA DE NEUMAN.

ES MUY FAVORABLE LA INCISION DE WASSMUND, NOS PERMITE LOGRAR LOS POSTULADOS IDEALES PARA LOS MAESTROS DE LA CIRUGIA BUCAL: FACIL EJECUSION, AMPLIA VISION PARA EL CAMPO OPERATORIO, QUEDAR LO SUFICIENTEMENTE ALEJADA DE LA BRECHA OSEA COMO PARA QUE LAS BRECHAS DE LA HERIDA NO SEAN TRAUMATIZADAS Y LESIONADAS DURANTE LA OPERACION, Y PERMITIR, UNA VEZ TERMINADA ESTA, QUE LA COAPTACION DE LOS LABIOS DE LA HERIDA CON LA SUTURA, SE REALIZE SOBRE HUESO SANO.

ESTA INCISION SE PUEDE REALIZAR CON EXITO PARA REALIZAR APICECTOMIAS EN LOS DIENTES DEL MAXILAR.

SE REALIZA DE LA SIGUIENTE MANERA: CON UN BISTURI DE HOJA CORTA SE EMPIEZA LA INCISION A NIVEL DEL SURCO VESTI-

BULAR Y DESDE EL APICE DEL DIENTE VECINO AL QUE VAMOS A INTERVENIR, LLEVANDO PROFUNDAMENTE ESTE INSTRUMENTO HASTA EL HUESO, PARA SECCIONAR MUCOSA Y PERIOSTIO. LA INCISION SE DESCENDE HASTA MEDIO CENTIMETRO DEL BORDE GINGIVAL, Y DESDE ALLI, EVITANDO HACER ANGULOS AGUDOS, CORRE PARALELA A LA ARCADE DENTARIA Y SE REMONTA NUEVAMENTE HASTA EL SURCO VESTIBULAR, TERMINANDO A NIVEL DEL APICE DEL DIENTE VECINO DEL OTRO LADO. NO DISPONIENDO DE UN AYUDANTE Y AUN EN EL CASO DE TENERLO, SE FACILITA LA MANIOBRA MENCIONADA SOSTENIENDO Y SEPARANDO EL LABIO SUPERIOR CON EL DEDO INDICE Y TAMBIEN EL MEDIO, DE LA MANO IZQUIERDA. DE ESTA MANERA, LA ENCIA QUEDA Tensa Y EL BISTURI CUMPLE SU COMETIDO (FUNCION) SIN INTERRUPCIONES. EN CASO DE APICECTOMIA DE DOS O MAS DIENTES, SE AMPLIA EL LARGO DE LA RAMA HORIZONTAL DE LA INCISION EN LA MEDIDA NECESARIA.

SI HAY QUE REALIZAR LA DE LOS DOS INCISIVOS CENTRALES SE SECCIONA SIN INCONVENIENTES EL FRENILLO; LA SUTURA DEL COLGAJO RETITUIRA LOS TEJIDOS A SUS NORMALES RELACIONES. LOS FRENILLOS DAN UNA ABUNDANTE HEMORRAGIA AL SER SECCIONADOS POR SER ALTAMENTE VASCULARIZADOS, PARA EVITAR ESTO, PASAMOS UN HILO DE SUTURA EN EL PUNTO MAS ALTO POSI

BLE, CON EL QUE LIGAMOS TEMPORARIAMENTE ESTOS VASOS.

LA INCISION DE NEUMAN ES IDENTICA A LA QUE SE PRACTICA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE PARADENTOSIS Y SE EMPLEA CON BASTANTE FRECUENCIA. SE PUEDE DECIR, QUE ES LA INCISION DE ELECCION, QUE SE REALIZA EN CASI TODOS LOS CASOS, A EXCEPCION DE LAS APICECTOMIAS QUE SE REALIZAN EN DIENTES CON PORTACION DE JACKET-CROWN.

SE REALIZA DESDE EL SURGO GINGIVAL HASTA EL BORDE LIBRE, FESTONEANDO EL O MAS BIEN LOS CUELLOS DE LOS DIENTES Y SECCIONANDO LAS LENGUETAS GINGIVALES. LAS INCISIONES VERTICALES DEBEN TERMINAR EN LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS, LA CICATRIZACION ES MAS PERFECTA Y NO SE NOTA, NO DEJA HUELLAS.

LA INCISION DE NEUMAN NO DEBE REALIZARSE EN DIENTES PORTADORES DE PORCELANA, U OTRO CUALQUIER TIPO DE PROTESIS, PORQUE LA RETRACCION GINGIVAL PUEDE DEJAR AL DESCUBIERTO LA RAIZ.

DESPRENDIMIENTO DEL
COLGAJO.

ESTANDO REALIZADA LA INCISION, CON UNA LEGRA, PERIOSTOTOMO O CON UNA ESPATULA DE FREER, SE SEPARA LA MUCOSA Y EL PERIOSTIO SUBYACENTE, Y EL AYUDANTE LO SOSTINE CON UNSEPARADOR DE FARABUF, DE LANGEBERCK O MEAD, O SIMPLEMENTE CON UN INSTRUMENTO ROMBO. EL SOSTENIMIENTO DEL COLGAJO , PARA LA INTERVENCION DE ESTE TRATAMIENTO ES DE UNA GRAN - IMPORTANCIA: LA VISION DEL CAMPO OPERATORIO HA DE SER PERPECTA Y EL COLGAJO NO DEBE INTERPONERSE EN LAS MANIOBRASOPERATORIAS. ADEMAS, SI EL COLGAJO NO ESTA FIJO Y SOSTENIDO, ES LESIONADO DURANTE LA INTERVENCION, Y LUEGO LA CICATRIZACION Y EL POSTOPERATORIO NO SON NORMALES.

UNA VEZ LEVANTADO EL COLGAJO, DEBERA HACERSE UNA COMPARACION CUIDADOSA DEL SITIO QUIRURGICO CON LA RADIOGRAFIPARA PROCEDER CON EL TRATAMIENTO DE LA OSTECTOMIA.

OSTECTOMIA

LA OSTECTOMIA (OSTEOTOMIA) PUEDE REALIZARSE CON UN INSTRUMENTO LLAMADO ESCOPLA Y UN MARTILLO, O BIEN CON UNA FRESA REDONDA. EXISTEN HASTA NUESTROS DIAS MUCHAS CONTROVERSAS QUE SE HAN DESENCADENADO SOBRE LA SUPERIORIDAD DE UNO U OTRO INSTRUMENTO.

LO ANTERIOR SIMPLEMENTE, DEPENDE DEL CASO, EN MUCHOS CASOS ES NECESARIO USAR EL ESCOPLA, SOBRE TODO CUANDO YA HAY UNA PERFORACION OSEA REALIZADA POR EL PROCESO PATOLOGICO DEL PERIAPICE; EN ESTE CASO EL HUESO ESTA ADELGAZADO Y CON EL ESCOPLA Y UN POCO DE PRESION MANUAL, SE PUEDE REALIZAR LA OSTECTOMIA CON MUCHA FACILIDAD. SE PUEDEN UTILIZAR OTRAS TECNICAS; SE EMPLEA UNA UÑA PARA RASPAJE DEL TARTARO, PARA PERFORAR EL HUESO, O UN ELEVADOR DE RAICES, LA BRECHA OSEA SE PUEDE AMPLIAR CON UN CINCEL O ESCOPLA . SE USA MUY A MENUDO UN CINCEL, DE SECCION TRIANGULAR, QUE TIENE SU BORDE LIBRE EN ANGULO, Y SE EMPLEA A MANERA DE UN BARRENO PARA ABRIR SIN TRAUMATISMOS EL HUESO VESTIBU--

LAR.

EN CASO DE DECIDIRNOS POR LA FRESA, USAMOS UNA REDONDA # 3 O 5 , CON LA CUAL SE HACEN PEQUEÑAS PERFORACIONES EN CIRCULO, CON EL APICE COMO CENTRO DE LA CIRCUNFERENCIA LUEGO CON UN GOLPE DE ESCOPLA, SE LEVANTA LA TAPA OSEA Y ENTAMOS DE LLENO AL PROCESO.

SE TIENE QUE VER EL LUGAR DONDE SE VA A EFECTUAR LA OSTEOTOMIA, QUE ES MUY IMPORTANTE. CUANDO EL HUESO ESTA DESTRUIDO, NADA MAS SENCILLO QUE AGRANDAR LA PERFORACION CON FRESA REDONDA, CON ESCOPLA A PRESION MANUAL O CON PINZA GUBIA DE BOCADOS FINOS.

SI EL HUESO NO ESTA PERFORADO, ES NECESARIO UBICAR EL APICE RADICULAR, EN CUYAS VECINDADES SE INICIA LA OSTEOTOMIA. EL LUGAR DEL APICE SE DETERMINA POR EL EXAMEN RADIOGRAFICO PREVIO, QUE NOS IMPONDRA LA LONGITUD DE LA RAZIZ. EXISTEN EN EL MERCADO ALGUNOS APARATOS QUE RECIBEN EL NOMBRE DE LOCALIZADORES, PARA DETERMINAR EL LUGAR DE UBICACION DEL APICE. UN METODO SENCILLO CONSISTE EN INTRODUCIR UN ALAMBRE EN U, DENTRO DEL CONDUCTO, APLICANDO EL EX

TREMO LIBRE SOBRE LA SUPERFICIE OSEA. DICHO EXTREMO DARA_
LA UBICACION O COLOCACION DEL APICE.

AMPUTACION DEL APICE RADICULAR

ESTANDO HECHA LA OSTECTOMIA, SE INTRODUCE UNA SONDA -
 POR EL CONDUCTO RADICULAR, LO CUAL NOS PERMITIRA FIJAR LA_
 POSICION DEL APICE. EL EXAMEN RADIOGRAFICO POR OTRA PARTE,
 YA QUE NOS DARA ESTA UBICACION.

LA SECCION DEL APICE SE REALIZA ANTES DEL RASPAJE PE-
 RIAPICAL, POR LO QUE LA RAIZ DIFICULTA ESTAS MANIOBRAS. O-
 TROS NUEVOS PROBLEMAS SE PLANTEAN EN ESTE MOMENTO DE LA IN
 Tervencion, ES DECIR, SALEN ALGUNAS DUDAS A FLOTE, Y SE -
 PREGUNTA UNO: HASTA QUE ALTURA SECCIONAREMOS LA RAIZ Y CON
 QUE INSTRUMENTOS? ?CON EL ESCOPLLO O CON LA FRESA?.

ESTAS DUDAS LAS PODEMOS DESCARTAR CON LAS INDICACIO -
 NES QUE DAN ALGUNOS AUTORES Y ESTAS SON QUE: EN GENERAL DE
 BE CORTARSE LA RAIZ HASTA EL NIVEL DEL HUESO SAND. ENTRE O
 TRAS COSAS, EL RASPAJE RETRORADICULAR ES DIFICULTOSO POR -
 UN MUÑON QUE EMERGE EN LA CAVIDAD OSEA. PERO SI SE ADQUIE-

RE CIERTA PRACTICA PARA RASPAR LAS GRANULACIONES QUE SE ENCUENTRAN POR DETRAS DE LA RAIZ, NO EXISTE INCONVENIENTE PARA DEJAR UN TROZO GRANDE DE MUÑON SIN LA SUFICIENTE PROTECCION OSEA, (DESDE LUEGO NO MAS DE UN TERCIO RADICULAR).

EL HUESO DE NUEVA FORMACION LO ENGLOBARA Y CUANTA MAS RAIZ QUEDE, MAYOR FIJACION DEBE TENER EL DIENTE APICECTOMIZADO.

EFFECTUAMOS LA SECCION DE LA RAIZ CON FRESA DE FISURA # 558 Y DIRIGIMOS EL CORTE CON UN BICEL EN LA CARA ANTERIOR. LA FRESA DEBE INTRODUCIRSE EN LA CAVIDAD, EN LA PROFUNDIDAD NECESARIA, PARA QUE ESTE INSTRUMENTO SECCIONE EN SU TOTALIDAD EL APICE Y NO SOLO SU PARTE ANTERIOR DE ESTE, COMO SUELE SUCEDER EN ALGUNAS OCASIONES. SE DEBE TENER MUCHO CUIDADO CON LA PRESION QUE SE EJERZA SOBRE LA FRESA, Y EL ANGULO CON QUE ESTA TRABAJA, CON EL OBJETO DE EVITAR SU FRACTURA, ACCIDENTE QUE SUELE SUCEDER CON BASTANTE FRECUENCIA. CUANDO SE PRESENTE SE SUSPENDE LA INTERVENCION, SE ASPIRA LA SANGRE Y SE BUSCA Y EXTRAE LA FRESA ROTA.

EL EMPLEO DEL ESCOPIO, PUEDE SER PELIGROSO, PUEDE HACER FRACTURAS LONGITUDINALES DE LAS RAICES O BICELES ERRO-NEOS. ES MENESTER SOSTENER EL DIENTE ENTRE LOS DEDOS, PARA EVITAR LA FRACTURA O MOVIMIENTO EXAJERADO DEL DIENTE.

SECCIONADA LA RAIZ, Y " CON EL APICE EN NUESTRAS MA-ÑOS ", PARA CONVENCERNOS DE QUE LO HEMOS SECCIONADO TOTAL- Y PERFECTAMENTE, NO DEDICAMOS A OBSERVAR EL MUÑON RADICU- LAR; ESTE MUÑON NO DEBE ACTUAR COMO CUERPO IRRITANTE; POR- LO TANTO ES NECESARIO PULIRLO Y LAS ARISTAS BICELARLAS CON CINCELES O FRESAS REDONDAS.

RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL

COMO SE EXPLICO AL PRINCIPIO DE ESTE, ES MUY IMPORTAN- TE EL CUIDADO DEL DETALLE PARA EL EXITO. ANTES QUE NADA ES MENESTER HACER NOTAR QUE ESTE PERIODO ES UN PASO TRANSOPE- RATORIO MUY IMPORTANTE.

SE USAN CUCHARILLAS MEDIANAS Y BIEN FILOSAS, LAS CU -

CHARILLAS CHICAS PUEDEN PERFORAR EL PISO DE LOS ORGANOS VECINOS.

CON PEQUEÑOS MOVIMIENTOS ELEVAMOS DE LA CAVIDAD OSEA EL TEJIDO ENFERMO. EN PRIMER LUGAR, REALIZAMOS UNA LIMPIEZA DE LA CAVIDAD. ESTO DEBE DE HACERSE A GROSOMODO, DETENIENDOSE EN LOS PUNTOS EN QUE PUEDA QUEDAR TEJIDO DE GRANULACION O TROZOS DE MEMBRANA. VARIOS SON ESTOS LUGARES, CUYA BUSQUEDA DEBE REALIZARSE MINUCIOSAMENTE, AYUDANDONOS SI ES PRECISO DE UNA LUPA PARA ENCONTRARLOS MEJOR: LA PORCION RETRORRADICULAR; EL ESPACIO ENTRE LA RAIZ 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. PARA ESTAS REGIONES SE EMPLEAN CUCHARILLAS PEQUEÑAS, LAS QUE MANIOBRADAS CON MOVIMIENTOS ENÉRGICOS, ELIMINAN LOS TROZOS DE TEJIDO PATOLÓGICO.

SI EL PLANO DE CLIVAJE O BIEN LA DISECCION EN SI, NO CONSIGUE SEPARAR LOS ELEMENTOS, ES CONVENIENTE CAUTERIZAR EL TEJIDO PATOLÓGICO POR MEDIOS ELECTRICOS O QUIMICOS (CLORURO DE ZINC, ACIDO TRICLOROACETICO).

EN MUCHAS OCASIONES, CUANDO EL ESPACIO ENTRE LAS RAICES ES MUY ESTRECHO, SE HACE LA LIMPIEZA CON FRESA REDONDA PEQUEÑA. OTRO DETALLE IMPORTANTE ES LA OBSERVACION DE PORCIONES RETRORRADICULARES DE LOS DIENTES VECINOS, PUES LOS TEJIDOS DE GRANULACION SE ALOJAN MUCHAS VECES A ESE NIVEL; HAY QUE TENER MAS CUIDADO DE NO SECCIONAR EXTEMPORANEAMENTE LOS PAQUETES VASCULONERVIOSOS DE ESOS DIENTES. EN ALGUNOS CASOS ES PREFERIBLE PULPECTOMIZARLOS ANTES DE UNA MORFIFICACION PULPAR. A ESTA ALTURA DE LA OPERACION, SE LAVA LA CAVIDAD OSEA CON UN CHORRO DE SUERO FISIOLÓGICO TIBIO, EL CUAL SE PROYECTA POR MEDIO DEL ATOMIZADOR O CON LA SIMPLE JERINGA DE MANO; EL LIQUIDO ARRASTRA LAS PARTICULAS OSEAS, DENTARIAS Y DE TEJIDO DE GRANULACION. SE SECA LA CAVIDAD CUIDADOSAMENTE CON GASA Y EYECTOR, SE PASA AL OTRO TIEMPO OPERATORIO, QUE ESE TAL VEZ UNO DE LOS MAS IMPORTANTES: LA OBTURACION DEL CONDUCTO RADICULAR. PARA REALIZARLA UNA DE LAS CONDICIONES EXIGIDAS ES LA PERFECTA SEQUEDAD DEL CONDUCTO. PARA EVITAR LA SALIDA DE SANGRE, QUE PUEDE HUMEDECER EL CONDUCTO RADICULAR, OBTURAMOS POR BREVES INSTANTES LA CAVIDAD OSEA CON TAPONES DE GASA AL STRIPNON, CON LO CUAL CONSEGUIMOS EL CLIMA SECO IDEAL, QUE ES LO QUE NECESITAMOS. (NO ES ACONSEJABLE LA OBTURACION DE LA CA

VIDAD OSEA CON GASA EMBEVIDA DE ADRENALINA, PUES ESTA, SI ACTUA COMO ESTIPICO, MOLESTA POR SU CONDICION DE LIQUIDO , SE RETIRA EL SEPARADOR Y SE DESCIENDE PROVICIONALMENTE EL-COLGAJO.

LA OBTURACION RADICULAR SE HACE POR LO REGULAR A ESTA ALTURA DE LA OPERACION; REALIZANDO LA OBTURACION POSTAMPUTACION, POR QUE EN EL CONDUCTO ABIERTO SE PUEDE LOCALIZAR-EL APICE MEDIANTE UNA SONDA INTRODUCIDA POR DICHO CONDUCTO Y TAMBIEN POR QUE SOLO DESPUES DE RESECAO EL APICE Y ELIMINADAS LAS ZONAS PATOLOGICAS QUE LO RODEAN PODEMOS OBTURAR CON CONDUCTO SECO Y EN FORMA TOTAL.

CON ESTE PASO SE LLEGA AL ULTIMO TIEMPO OPERATORIO: - LA SUTURA DEL COLGAJO. ACTO QUE REQUIERE DE UN GRAN INTERES Y DE IMPRESCINDIBLE NECESIDAD. LA SUTURA PRIMARIA REPRESENTA LA MAS GRANDE CONQUISTA, PUES GRACIAS A ELLA, LA-EVOLUCION DE LA HERIDA ES RAPIDA, EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO NULO Y LA CICATRIZACION DE LA HERIDA PERFECTA.

HACEMOS LA SUTURA CON PEQUEÑAS AGUJAS ATRAUMATICAS --
LAS QUE SE MANEJAN AYUDADOS POR EL PORTAAGUJAS RESPECTIVO.
COMO MATERIAL DE SUTURA SE EMPLEA EL HILO O SEDA, Y OTRO -
MATERIAL, QUE SE USA CON BUEN RESULTADO TAMBIEN ES EL NY -
LON.

ANTES DE REALIZAR LA SUTURA SE DEBE TENER CUIDADO DE
RASPAR LIGERAMENTE EL FONDO Y LOS BORDES DE LA CAVIDAD, PA
RA QUE ESTA CAVIDAD OSEA SE LLENE DE SANGRE, EL COAGULO PO
POR EL MISMO MECANISMO CON QUE SE LLENA EL ALVEOLO DESPUES
DE LA EXTRACCION DENTARIA, ES EL MATERIAL QUE ORGANIZARA -
LA NEOFORMACION OSEA.

LOS MECANISMOS POR LOS CUALES VA PASANDO LA CICATRIZA
CION, DEBEN DE SER CUIDADOS POSTOPERATORIOS QUE SON ELEMEN
TALES: SE REDUCEN A COMPRESAS FRIAS, BOLSAS DE HIELO, LAM
PARAS SOLUX, ENJUAGATORIOS SUAVES CON UNA SOLUCION DE AGUA
Y SAL O PERBORATO DE SODIO. LOS PUNTOS SE RETIRAN AL CUAR
TO O QUINTO DIA Y LA CICATRIZACION ES PERFECTA.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

EXISTE LA POSIBILIDAD DE HABER TRAUMATIZADO LA RAIZ _
DE LOS DIENTES CIRCUNVECINOS. ESTO SOLAMENTE LO PODRIAMOS -
COMPROBAR O DESCARTAR CON MEDIOS RADIOGRAFICOS POSTOPERATO
RIOS. PUEDE SER QUE SE HAYA PRODUCIDO UNA SUPURACION LOCAL
EN ESTE CASO SE ABRE LA CAVIDAD, SE IRRIGA, Y LLENA CON U-
NA PEQUEÑO DRENAJE DE GASA YODOFORMADA.

SI EL EDEMA, LA TEMPERATURA Y EL MALESTAR GENERAL PER
SISTIERAN DURANTE TRES DIAS O MAS, NO HAY DUDA DE QUE SE -
ESTA FORMANDO UN ABSCESO SUBPERIOSTICO Y EL TRATAMIENTO A_
SEGUIR ES LA EXTRACCION. DEBEN APLICARSE CONTINUAMENTE FO-
MENTOS HUMEDOS DE AGUA CALIENTE SOBRE LA CARA, COLUTORIOS_
CALIENTES DE SUERO FISIOLÓGICO, EN LA ZONA OPERADA, CADA _
HORA, Y SE DEBE RESETAR ANTIBIOTICO, QUE A MENUDO HARAN A-
BORTAR ESTAS INFECCIONES. SI ESTO NO OCURRE, DEBE ABRIRSE_
LA HERIDA Y ESTABLECER UN DRENAJE.

ESTAS ZONAS DEBEN RADIOGRAFIARSE PERIODICAMENTE, DU -
RANTE A;OS, A FIN DE COMPROBAR QUE LA ZONA RADIOLUCIDA DIS
MINUYE AL REDEDOR DEL APICE, Y FINALMENTE DESAPARECE PORQ-
QUE ES HUESO LA QUE LO RECUBRE O RELLENA.

CONCLUSIONES

ES MENESTÉR CONOCER CUANDO UNA ALTERACION ES REVERSIBLE O NO, Y PROCURAR POR TODOS LOS MEDIOS DE SALVAR O PRESERVAR NO SOLO LAS PIEZAS DENTARIAS SINO TAMBIEN EL TEJIDO QUE LO RODEA.

CON EL PRESENTE TRABAJO, SE INTENTO QUE EL ODONTOLOGO ACTUAL ORIENTE SU CRITERIO AL TRATAR CON ALGUNA ENFERMEDAD DE LA REGION APICAL DEL DIENTE.

LA APICECTOMIA OFRECE UN ALTO PORCENTAJE DE EXITO, EN LA IMPOSIBILIDAD QUE SE NOS PRESENTA AL NO TENER ACCESO A TODAS LAS PARTES DEL CONDUCTO RADICULAR Y A LAS ZONAS ENFERMAS MAS ALLA DEL APICE.

B I B L I O G R A F I A .

G.A. RIES CENTENO
CIRUGIA BUCAL
EDITORIAL ATENEO, 8a. EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA.

ARCHER W. TLARRY
CIRUGIA BUCAL
EDITORIAL MUNDI, 2a. EDICION
BUENOS AIRES, ARGENTINA.

WAITE DANIEL E.
CIRUGIA BUCAL PRACTICA
EDITORIAL CONTINENTAL, S.A., 1a. EDICION EN ESPAÑOL
MEXICO, D.F.

ENDODONCIA INGLE BEVERIDGE
EDITORIAL INTERAMERICANA, 2a. EDICION
MEXICO, D.F., 1982.

ARTUR W. HAM
TRATADO DE HISTOLOGIA
EDITORIAL INTERAMERICANA, 6a EDICION

MARIO EDUARDO FIGUM Y RICARDO GARINO
ANATOMIA ODONTologica FUNCIONAL Y APLICADA
EDITORIAL EL ATENEO .

MERCK SHARP DOMME
MANUAL DE MERCK
DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA
EDITADO POR RESEARCH LABORATORIES.