

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



A P I C E C T O M I A

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :
IGNACIO GRANADOS SILVA

Antonio Guis

MEXICO, D. F.

1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
Introducción	1
Capítulo I. Definición de Apicectomía	2
Capítulo II Tipos de Infección Periapical Crónica	5
Capítulo III Indicaciones y Contraindicaciones de Apicectomía	9
Capítulo IV Ventajas y Desventajas de Apicectomía	14
Capítulo V Preoperatorio	16
Capítulo VI Premedicación	20
Capítulo VII Instrumental para Apicectomía	23
Capítulo VIII Anestesia	26

	Pág.
Capítulo IX	
Técnicas de Apicectomía	29
Capítulo X	
Post-operatorio y Revisión	63
Conclusiones	68
Bibliografía	69

INTRODUCCION

Esta tesis se basa sobre las diferentes técnicas quirúrgicas para llevar a cabo la apicectomía.

Nos menciona una secuencia operatoria que es importante llevarla para evitar complicaciones.

Se le debe dar gran interés a la apicectomía ya que su objetivo principal es evitar la pérdida del diente o dientes afectados por medio de procedimientos quirúrgicos.

Es la habilidad, minuciosidad y observación del cirujano oral para llevar al éxito la intervención, pero hay que tener en cuenta que la práctica y el estudio nos darán la suficiente experiencia para obtener cada vez mejores resultados en el futuro.

CAPITULO I

DEFINICION DE APICECTOMIA

APICECTOMIA. Es la remoción de tejido patológico periapical - con resección del ápice radicular (2-3 mm) de un diente cuyo - conducto o conductos se ha obturado o se piensa obturar. - -

Apicectomía. Es la intervención quirúrgica que tiene por objeto seccionar el ápice dentario tomando en cuenta todo el proceso infeccioso en esta región haciendo un curetaje del tejido - enfermo.

Cuando un traumatismo o una caries hace que un diente muera, - la cámara pulpar y los conductos radiculares se transforman en recipientes del tejido pulpar necrótico. Este tejido en dege-neración (con o sin bacterias) produce una irritación periapi-cal a través de las foráminas del ápice.

El organismo intenta combatir esta irritación por medio de una respuesta inflamatoria. Si un microorganismo virulento es responsable de la infección, el proceso tiene probabilidades de - ser agudo. Por otra parte, si el microorganismo no es virulento o si la irritación es producida por las toxinas de la pulpa necrótica, es probable que el proceso sea crónico.

Se ha dicho en otras oportunidades la amputación radicular la-han llamado "la operación de los mil detalles". Creemos, fun-dados en muchos años de práctica y en gran número de apicecto-mías realizadas, que en ésta, más que en cualquier otra inter-vención de cirugía bucal, el cuidado del detalle es fundamen-tal.

La minuciosidad en la operación, la observancia de minúsculas consideraciones quirúrgicas y habilidad del operador, nos lleva al éxito.

CAPITULO II

TIPOS DE INFECCION PERIAPICAL CRONICA

TIPOS DE INFECCION PERIAPICAL CRONICA.

Absceso alveolar crónico.

Un absceso, por definición, es una colección localizada de pus en una cavidad formada por los tejidos de desintegración. El absceso alveolar crónico puede ser la consecuencia de una infección periapical aguda, o puede ser producido por una infección periapical crónica. En ambos casos, el hueso periapical es destruido por una osteomielitis localizada, y la cavidad resultante se rellena con pus. El proceso inflamatorio tabica la zona. Si persiste la irritación crónica, el absceso se va a expandir hasta drenar por sí mismo perforando la encía o la piel.

Si el origen de la irritación se elimina, sea por la extracción del diente o por medio de una obturación radicular, la cavidad del absceso va a drenar y será reemplazada por tejido de granulación, que entonces formará el nuevo hueso.

Granuloma

Un granuloma es, literalmente, un tumor constituido por tejido de granulación. Sin embargo, la expresión granuloma dental se emplea para designar lo que sucede en la región periapical cuando un absceso o una zona localizada de osteólitis es reemplazada por tejido de granulación.

La irritación crónica de la pulpa dental trae como resultado -

la destrucción del hueso periapical. Los intentos del organismo por preparar el defecto, consiste en un crecimiento hacia adentro de él, de capilares y tejido conectivo inmaduro que, a no ser por la irritación persistente de la pulpa dental, habría que reconstruir el tejido óseo.

Sin embargo, la constante irritación provoca una mezcla de este tejido de reparación con exudado inflamatorio, y esto constituye el granuloma dental.

Microscópicamente, el granuloma está formado por tejido conectivo en organización con numerosos capilares, con cápsula fibrosa que tiene fibras colágenas que transcurren paralelas a la periferia, y con evidente exudado inflamatorio (principalmente linfocitos y plasmocitos). La radiografía por lo general, presenta una lesión discreta y redondeada, que es difícil, si no imposible, diferenciar de un quiste.

Un granuloma puede contener restos epiteliales de Malassez.

Estos restos epiteliales tienen el potencial de formar quistes si el granuloma se mantiene en el hueso, aunque se haya extraído el diente.

Quiste periapical.

Un quiste se define como un saco que contiene una sustancia líquida o semisólida. El quiste periapical es un saco recubierto por epitelio que contiene líquido o exudado inflamatorio se

misólido y productos necróticos. Se considera que el quiste - apical se origina del granuloma dental.

Los restos epiteliales de Malassez atrapados en el granuloma - son estimulados para proliferar. Se forma una zona central de deterioro y el epitelio comienza a hacer una membrana encapsulante. La desintegración celular dentro de quiste provoca la - difusión del mismo líquido en la cavidad quística y la consi- - guiente presión.

Esta mayor presión, hace que el hueso periférico se reabsorba - y que el quiste se agrande. Un hallazgo radiográfico incons- - tante es una línea radiopaca en torno a la cavidad quística. - El mecanismo de crecimiento del quiste o la razón por la que - un quiste se vuelve más grande que otro, todavía no se conoce - claramente. Como regla, los quistes periapicales, que siempre se consideraron como infectados, no crecen tanto como los quis - tes foliculares, que no están infectados a menos que se produz - ca una contaminación.

Una lesión periapical puede ser grande sin mostrar evidencia - radiográfica sin destrucción ósea. Esto es debido a que las - lesiones osteolíticas en el hueso esponjoso no pueden ser de- - tectadas radiográficamente; es sólo cuando se destruye una por - ción del hueso cortical que radiografía la muestra.

CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE APICECTOMIA

INDICACIONES DE LA APICECTOMIA.

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

- a) Cuando la conductoterapia y el legrado apical no han podido lograr la reparación de la lesión periapical.
- b) Cuando la presencia del ápice radicular obstaculiza la total eliminación de la lesión periapical.
- c) Cuando existe una fractura del tercio apical radicular.
- d) Cuando se ha producido una falsa vía o perforación en el tercio apical.
- e) Cuando está indicada la obturación con amalgama retrógrada por diversas causas: inaccesibilidad del conducto, instrumento roto enclavado en el ápice, etc.
- f) En algunos casos la resorción apical cemento dentinaria.
- g) En dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el --ápice radicular.
- h) En dientes que presenten falsos conductos.
- i) En dientes cuyos conductos se han fracturado y alojado un instrumento.
- j) En dientes portadores de pivots, jacket - crows, u otras obturaciones que imposibilitan la remoción de ellas para-

realizar un nuevo tratamiento radicular; en ese caso, deberán realizarse la apicectomía y la obturación retrógada del conducto con amalgama. 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. La operación en estos dientes, además de que los resultados no la justifican, requiere un virtuosismo quirúrgico que no todos poseemos.

Pueden apicectomizarse los dientes con procesos periapicales - de cualquier índole y magnitud. En los dientes portadores de grandes quistes paradentarios, la resección del ápice es una - maniobra secundaria con la cual se completa la operación, permitiendo conservar en la arcada un diente que estética y funcionalmente, tiene valor.

En dientes posteriores superiores se evitará lesionar el seno-maxilar, y en los posteriores inferiores habrá que tener cuidado con el nervio mentoniano y el conducto dentario inferior.

CONTRAINDICACIONES DE LA APICECTOMIA.

La más importante es cuando existe movilidad del diente o un - proceso periodontal avanzado, con resorción alveolar.

B) Cuando el ápice es inaccesible por la posición y dirección de la raíz y no tendremos campo suficiente para efectuarla.

- C) Dientes cuyo proceso es tan amplio que deja poco soporte óseo, en dientes que presenten raíces enanas.
- D) Cuando existe para dentosis avanzada con destrucción ósea hasta su tercio radicular.
- E) Proximidad peligrosa con el seno maxilar.
- F) Dientes portadores de procesos apicales, que han destruido el hueso, hasta las proximidades de la mitad de su raíz.
- G) Destrucción masiva de la porción radicular.
- H) Ante la presencia de infección aguda.
- I) En pacientes con enfermedades debilitantes, tales como diabetes no controlada o con nefritis, lo cual puede retardar la cicatrización pudiendo aumentar el riesgo de una infección secundaria.
- J) En pacientes hemofílicos y con otras enfermedades sanguíneas como la enfermedad de Christmas, púrpura, enfermedad de von Willebrand y en la disfunción hepática grave que puede a menudo provocar sangrado.
- K) En pacientes bajo una terapéutica anticoagulante, debido al riesgo elevado de que se presente una hemorragia excesiva.
- L) Pacientes extremadamente nerviosos y emotivos, y pacientes

con hipertiroidismo. Debido a la falta de cooperación, es tos pacientes pueden necesitar anestesia general.

- M) Mujeres embarazadas, en tanto que sea posible, deberán ser tratadas durante el segundo trimestre de embarazo.
- N) En caso de anormalidades vasculares, tales como hemangio--mas, etc.
- Ñ) Normalmente la apicectomía es llevada a cabo bajo aneste--sia local y es necesario que se aplique un vasoconstrictor, para producir cierto grado de vasoconstricción que facilite la operación. Ciertos pacientes, como por ejemplo aque--llos que padecen isquemia del miocardio, pueden tener un -ataque de angina de pecho, si la anestesia local contiene--un poco de adrenalina.

En algunas de las situaciones anteriores, podría ser posi--ble tratar al paciente con apicectomía pero no deberá ha--cerse sin consultar al médico del paciente respecto a su -estado.

CAPITULO IV

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE APICECTOMIA

VENTAJAS DE LA APICECTOMIA.

- a) Se evita la pérdida de un diente útil, y a veces la prótesis que soporta.
- b) Posible tratamiento en una sola sesión.
- c) Su gran porcentaje de éxitos.

DESVENTAJAS DE LA MISMA.

- a) El acto quirúrgico.
- b) Angustia del paciente.
- c) Molestias post-operatorias.
- d) Posible pérdida de unos días de trabajo, o privación de vida social.
- e) Disminución de la longevidad dentaria por el acortamiento-radicular.
- f) Posibles contratiempos.

CAPITULO V

PREOPERATORIO

PREOPERATORIO. Se llama el acto en el cual adoptamos un conjunto de medios para lograr que nuestro paciente se presente en las mejores condiciones de salud en el momento de la intervención.

Instrucciones al paciente:

Al paciente se le ha de exponer lo que cabe esperar del tratamiento quirúrgico con el fin de que esté adecuadamente preparado; se le debe informar acerca del tiempo que se estima habrá de mantenerse alejado de su trabajo y acerca de la tumefacción que es posible que aparezca. Si existe el peligro de complicaciones tales como una perforación del seno maxilar o una parestesia posoperatoria, hay que advertirle de manera -- que no le cause alarma. Se le han de dar instrucciones precisas sobre la dieta, porque el paciente tal vez esté preocupado por la necesidad de ayunar antes y después de la operación. Antes de una operación que se realiza con anestesia local, el paciente no debe ayunar. Si el cirujano oral va a emplear la anestesia general, el paciente deberá ayunar siguiendo las indicaciones del cirujano. La necesidad de bolsas de hielo, -- alimentos especiales, medicamentos y colutorios pueden ser -- discutida antes de la visita quirúrgica.

Los requerimientos de cada paciente pueden modificarse por su reacción a la operación, pero lo que se refiere a muchas téc-

nicas el dentista podrá juzgar las necesidades del paciente -- por adelantado. Este agradecerá la recomendación de que tome jugos, alimentos infantiles, preparados instantáneos para el desayuno y bebidas no alcohólicas durante los primeros días -- después de la operación. Debe hacérsele comprender que ha de satisfacer sus requerimientos de líquidos y de calorías y que privarse de las bebidas y de los alimentos durante el posoperatorio pueden poner en peligro su rápida recuperación.

PROGRAMACION DE LA CITA PARA LA OPERACION.

En el programa del día hay que dejar el tiempo suficiente para completar sin prisas la intervención proyectada. Una evaluación preoperatoria precisa y realista del volumen del problema quirúrgico permitirá una estimación concreta del tiempo necesario.

Las intervenciones quirúrgicas realizadas por el dentista generalmente han de programarse para las primeras horas del día. - Es menos probable que ocurran complicaciones si el dentista y el paciente están descansados. De presentarse complicaciones es más fácil hallar consultores, puesto que disponen el resto del día para arreglar las citas. Asimismo, si el paciente presenta inmediatamente después de la operación dolor o hemorragia, podrá ponerse en contacto con el dentista o con sus ayudantes mientras todavía están en el consultorio.

Uso de medicamentos en Cirugía.

Sedación del dolor.

Una de las claves del éxito en la práctica dental es el tratamiento indoloro.

El temor de la primera cita y de las siguientes con frecuencia está determinado por la habilidad y el tacto desplegados para calmar el dolor.

Anestesia tópica.

En muchos casos, los pacientes aprecian la anestesia tópica -- previa a las inyecciones porque suprime las molestias de los pinchazos.

El uso de una aguja desechable nueva, bien afilada, en cada actuación quirúrgica elimina la mayor parte del dolor; con todo, la anestesia tópica asegura la ausencia de dolor producido por la aguja.

La anestesia tópica tiene un valor psicológico adicional porque su uso demuestra que el dentista se preocupa de la comodidad del paciente.

La superficie mucosa que se desea anestesiar debe secarse suavemente; luego se aplica la pomada con una torunda o un rollo de algodón.

CAPITULO VI
PREMEDICACION

PREMEDICACION.

A los pacientes que han de someterse a intervenciones quirúrgicas en la cavidad oral se les debe prescribir alguna forma de medicación previa.

No obstante, si bien la premedicación administrada en tabletas o en cápsulas es útil, no siempre puede confiarse en ella.

La premedicación con anestesia local para la extracción es - - útil especialmente si se espera que la operación comprenda maniobras complicadas. La premedicación debe ser adecuada a cada individuo. Puede variar desde un barbitúrico o un ataráxico tomado por vía bucal en la casa o en la sala de espera.

La acción depende del tiempo transcurrido desde la última comida, del estado de nerviosismo del paciente, de la velocidad de absorción y de las variaciones individuales en la respuesta a los medicamentos.

También una cápsula de 0.1 g de Nembutal o seconal sódico al tiempo de acostarse y otra una hora antes de la intervención serán muy útiles para sedar al paciente. Se pueden administrar barbitúricos asociados a los anticolinérgicos en forma de Plexonal, u otros productos similares.

PROTECCION ANTIINFECCIOSA.

Si el trastorno que hay que intervenir hay infección, puede infectarse o se van a administrar medicamentos fibrinolíticos, - será conveniente dar al paciente desde 6 a 12 horas antes de - la intervención.

Los antibióticos son las penicilinas sintéticas, la ampicilina, la eritromicina y, ocasionalmente, la lincomicina.

Penicilina por vía oral: Penicilina G potásica (penicilina V), 3 millones de unidades divididas en tres dosis diarias. Ampicilina, desde 250 mg, cuatro veces al día.

Eritromicina, 250 mg, cuatro veces diarias.

Lincomicina, 1.5 g diarios, divididos en tres dosis.

CAPITULO VII

INSTRUMENTAL PARA APICECTOMIA

INSTRUMENTAL PARA LA APICECTOMIA.

El instrumental para la apicectomía puede prepararse de instrumentos escogidos entre los siguientes:

Jeringa con cartuchos

Espejo bucal No. 4

Exploradores (sondas) de ángulo recto No. 6
en forma de hoz No. 54, Briault No. 11.

Pinzas tipo colegial No. 8

Bisturí Bard Parker con hoja No. 15

Elevador de periostio No. 1 ó No. 9

Separador Osteo - Mitchell No. 4

Espátula para cemento

Martillo y cincel

Limas de hueso

Cucharillas

Pinza gubia

Abrebocas

Excavadores

Jeringa desechable de 10 ml.

Riñón metálico

Instrumentos de plástico Nos. 155 (Hobson)

156 (Hobson)

Puntas cefálicas para succión (con un tramo de acero inoxidable para desasolver los bloqueos).

FRESAS QUIRURGICAS:

De fisura, redondas, cono invertido.

Rectas redondas No. 2 (010)

Con fisura cónica No. (012)

De ángulo recto - redonda No. 1/4 (005)

Portaamalgama endodóntico de Hill

Retractor Austin

Portaagujas

Pinzas Spencer - Wells

Pinzas para tejido (Gillies pinzas para disección con 1 x 2 dientes).

Tijeras pequeñas

Compresas de gasas

Todo lo anterior será colocado en una caja de metal esterilizándose en autoclave antes de la operación.

También lo siguiente es necesario, y en actualidad son paquetes fácilmente adquiribles ya previamente esterilizados:

Bisturí y hojas para el mismo.

Solución salina (suero)

Hilo siliconizado de seda para suturar con aguja de 19 mm. de longitud y 3/8 de círculo.

Guantes para Cirujano.

CAPITULO VIII

A N E S T E S I A

ANESTESIA.

La anestesia es de capital importancia para realizar con éxito la apicectomía. Un alto porcentaje de fracasos es causado por anestесias insuficientes que no permiten realizar con pulcritud los tiempos operatorios. La anestesia tiene que reunir -- dos condiciones: en primer término, debe ser anestesia, y en -- segundo, ha de dar la suficiente anemia del campo operatorio -- como para poder realizar una operación en blanco. Esto se con -- sigue usando soluciones anestésicas con adrenalina.

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

A) MAXILAR SUPERIOR.- Anestesia para los incisivos. Anestesia infiltrativa tipo, como la ya estudiada; se infiltra también una pequeña cantidad de anestesia en el lado opuesto, para inhibir las ramas nerviosas que de él provienen. Se debe inyectar también un centímetro cúbico en el lado palatino, frente al ápice del diente a tratar; la sensibilidad de la pared posterior de la cavidad ósea no desaparece, sino está anestesiado el paladar. En muchas ocasiones puede colocarse un tapón con pantocaína en el piso de las fosas nasales; para insensibilizar las terminaciones del nervio, -- nasopalatino.

B) Anestesia para los caninos. Se puede emplear la infraorbi-

taria o la infiltrativa, siguiendo las normas señaladas. -
Se completa con anestesia en la bóveda.

C) Anestesia para los premolares. Infiltrativa (alta) y de la bóveda.

D) Maxilar inferior.- Anestesia para los incisivos. Anestesia en el agujero mentoniano o infiltrativa; en caso de realizarse varias apicectomías y en presencia de procesos óseos extendidos, debe procederse a realizar anestesia regional, en uno o en ambos lados. Debe infiltrarse también en el lado opuesto. No es necesaria la anestesia por el lado lingual, ya que es siempre peligrosa.

E) Anestesia para el canino y premolares.

Anestesia a nivel del agujero mentoniano, infiltrativa, o para más exactitud, anestesia troncular.

En caso de operar bajo anestesia general, es conveniente, con fines hemostáticos, realizar una anestesia infiltrativa con novocaína-adrenalina, con lo cual se obtiene el efecto deseado.

CAPITULO IX

TECNICAS DE LA APICECTOMIA

TECNICAS DE LA APICECTOMIA.

Existen varias técnicas quirúrgicas para llevar a cabo la apicectomía, ya que el objetivo principal de estas técnicas es evitar la pérdida del diente a tratar, que a continuación se mencionan.

INCISION:

La incisión de Wassmund, permite lograr los postulados que para la incisión preconizan los maestros de la cirugía bucal: - fácil ejecución; amplia visión del campo operatorio; quedar lo suficientemente alejada de la brecha ósea como para que -- los bordes de la herida no sean traumatizados y lesionados durante la operación y permitir, una vez terminada ésta, que la coaptación de los labios de la herida con sutura, se realice sobre el hueso sano (Fig. 1).

Esta incisión se puede aplicar con éxito para realizar las -- apicectomías en los dientes del maxilar superior.

Se realiza de la siguiente manera: con un bisturí de hoja corta se empieza la incisión a nivel del surco vestibular y desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, llevando profundamente este instrumento hasta el hueso, para seccionar mucosa y periostio. La incisión desciende hasta medio centímetro del borde gingival, y desde allí, evitando hacer -- ángulos agudos, corre paralela a la arcada dentaria y se re--

monta nuevamente hasta el surco vestibular, terminando a nivel del ápice del diente vecino del otro lado (fig. 2).

No disponiendo de un ayudante y aun en el caso de tenerlo, facilita la maniobra mencionada sosteniendo y separando el labio superior con los dos dedos índices y medio de la mano izquierda.

De esta manera, la encía queda tensa y el bisturí cumple su recorrido sin interrupciones.

En casos de apicectomías de dos o más dientes, se amplía el -- largo de la rama horizontal de la incisión en la medida necesaria (fig. 3).

Si hay que realizar la de los dos incisivos centrales se secciona sin inconvenientes el frenillo; la sutura del colgajo -- restituirá los tejidos a sus normales relaciones.

Para evitar la profusa hemorragia que dan los vasos del frenillo pasamos un hilo de sutura en el punto más alto posible, -- con que ligamos temporariamente estos vasos.

La incisión de Neumann (fig. 4) a la que se practica en el tratamiento quirúrgico de la parodontosis, se emplea con bastante frecuencia.

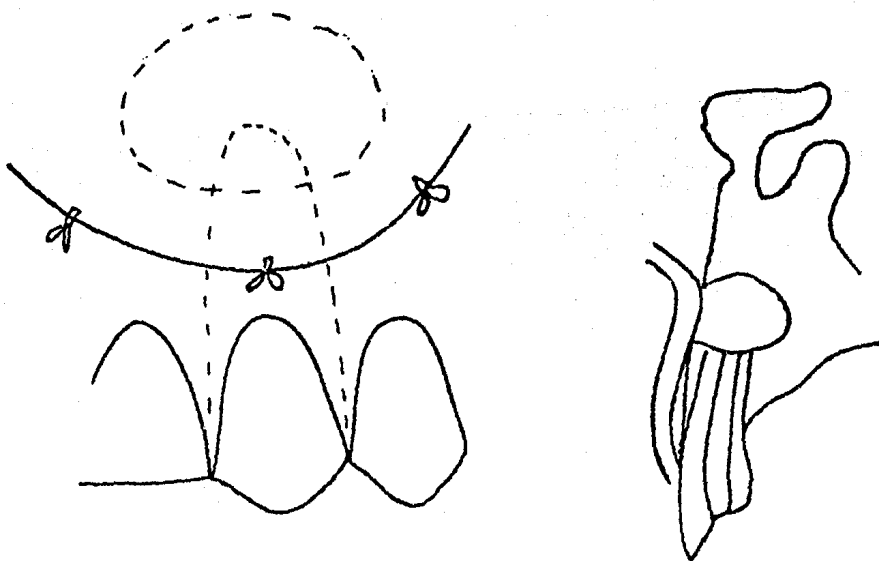


FIG. 1.- Incisión correcta; no coincide con la cavidad ósea. La incisión y el colgajo producto de ella, descansan sobre hueso sano, una vez que se ha repuesto el colgajo en su sitio.

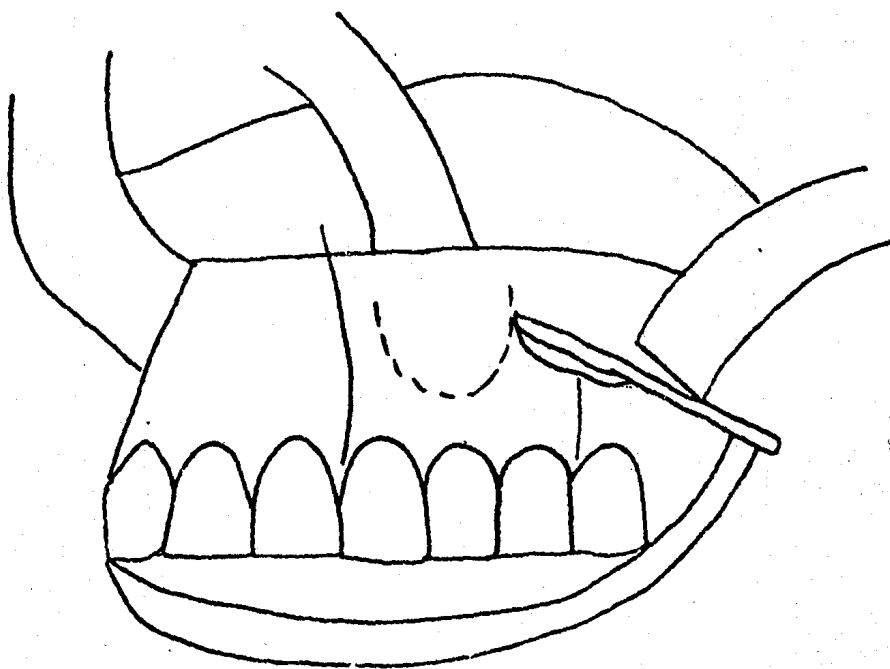


FIG. 2.- Incisión de Wassmund. Trazado de la incisión.

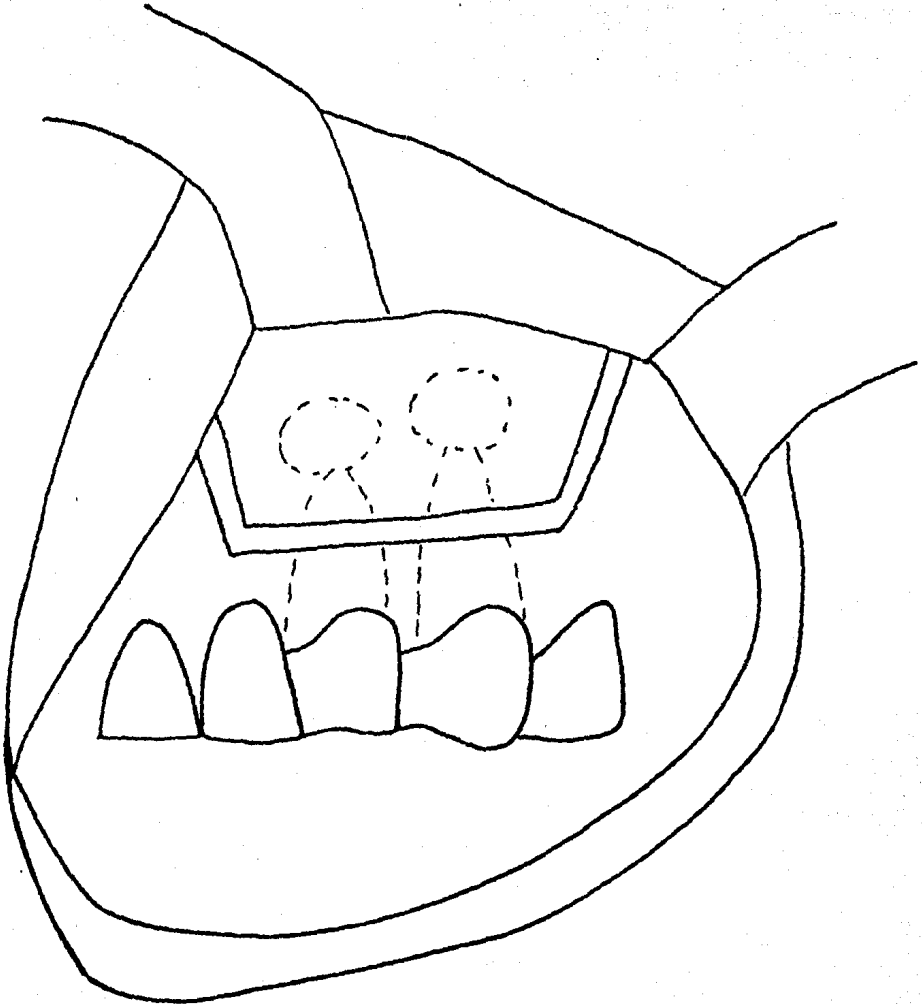


FIG. 3.- Incisión de Wassmund, ampliada para la apicectomía del incisivo lateral y canino superior izquierdos.

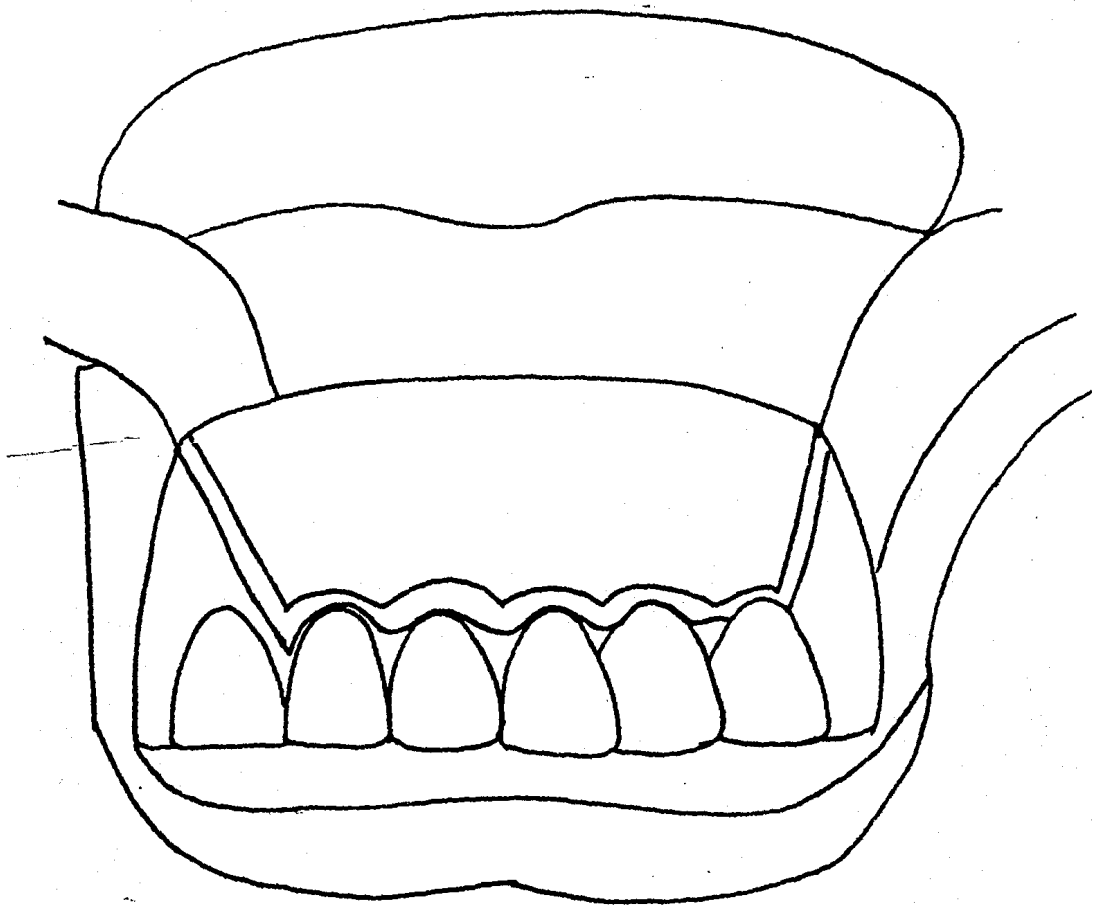


FIG. 4.- Incisión de Neumann, para realizar la apicectomía de los dientes incisivos-centrales superiores.

Se dice que en la práctica no se ha tenido modificaciones macroscópicas en la inserción gingival a nivel del cuello del diente. Se realiza desde el surco gingival hasta el borde libre, festoneando los cuellos de los dientes y seccionando las lenguetas gingivales.

Las incisiones verticales deben terminar en los espacios interdentarios. La cicatrización es más perfecta y no deja huellas.

La incisión de Neumann no se debe emplear en aquellos casos en que el diente a operarse es portador de una corona de porcelana, u otro cualquier tipo de prótesis, porque la retracción gingival puede dejar al descubierto la raíz, con los siguientes trastornos estéticos.

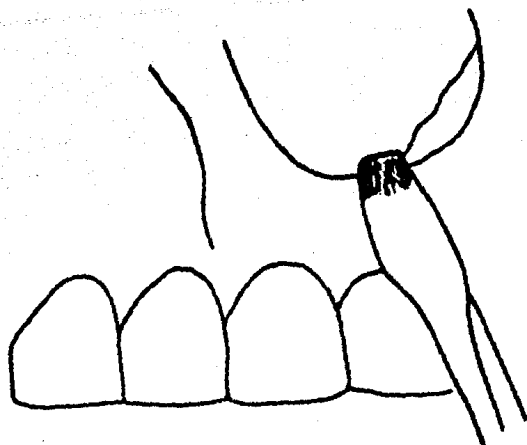
Desprendimiento del Colgajo.

Estando realizada la incisión, con una legra se separa la mucosa y el periostio subyacente, y el ayudante lo sostiene con un separador de Farabeuf, de Mead, o con un instrumento romo. El sostenimiento del colgajo es de importancia: la visión del campo operatorio es perfecta y el colgajo no debe interponerse en las maniobras operatorias.

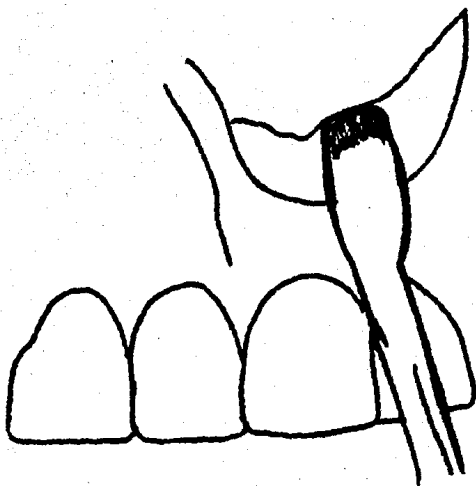
OSTEOTOMIA.

La osteotomía puede realizarse a escoplo y martillo o con fresas quirúrgicas.

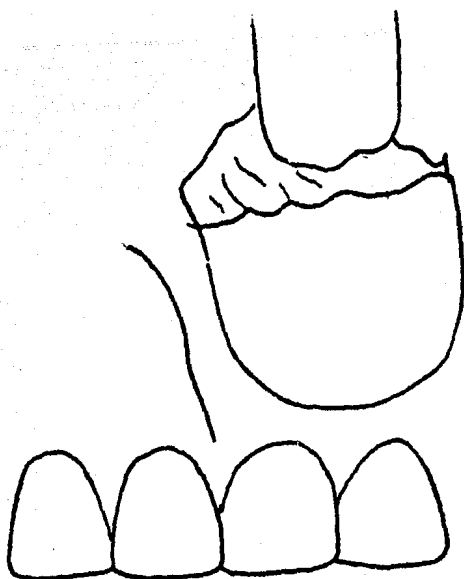
Casi siempre se emplean las fresas quirúrgicas, pero no en for



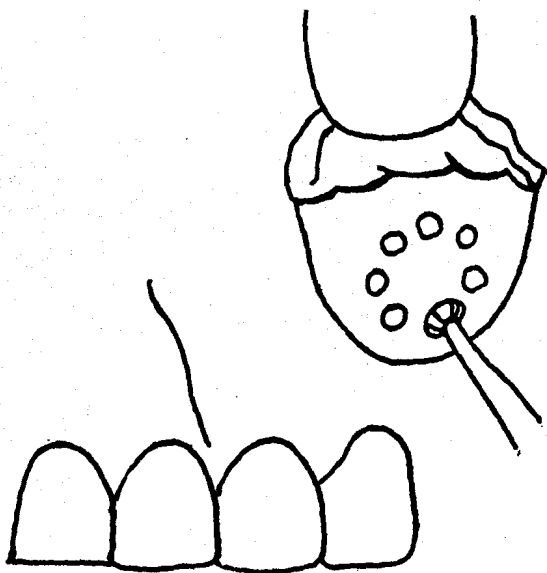
- A) Desprendimiento del colgajo, se insinúa el extremo afilado del periostótomo entre los labios de la in cisión.



- B) El extremo ancho del instrumento completa la preparación del colgajo.



C) El colgajo se sostiene con el periostótomo.



D) Osteotomía con fresa redonda.

ma absoluta, empleamos en muchos casos el escoplo, sobre todo cuando ya hay una perforación ósea realizada por el proceso patológico del periápice; en este caso el hueso está adelgazado, y con el escoplo y a presión manual, se realiza con facilidad la osteotomía.

En caso de usar la fresa quirúrgica, usamos una redonda número 3 ó 5, con la cual se hacen pequeñas perforaciones en círculo, con el ápice como centro de la circunferencia. Luego, -- con un golpe de escoplo, se levanta la capa ósea.

El lugar del ápice se determinará por el examen radiográfico-previo, que nos impondrá de la longitud de la raíz.

AMPUTACION DEL APICE RADICULAR.

Introducimos una sonda por el conducto radicular, lo cual nos permitirá fijar la posición del ápice.

La sección radicular la hacemos antes del raspaje periapical, porque la raíz dificulta estas maniobras.

Debe cortarse la raíz a nivel de hueso sano. Se efectúa la sección de la raíz con fresa de fisura número 558 y dirigimos el corte con un relativo bisel a expensas de la cara anterior.

La fresa debe introducirse en la cavidad en la profundidad necesaria, para que este instrumento seccione en su totalidad el ápice y no sólo la parte anterior.

Mucho cuidado debe tenerse con respecto a la presión que se ejerce sobre la fresa y el ángulo con que este instrumento -- trabaja, con el objeto de evitar su fractura.

Seccionada la raíz, y con el ápice en nuestras manos, para -- convencernos de que lo hemos seccionado total y perfectamente, nos dedicamos a observar el muñón radicular; este muñón no de be de actuar como cuerpo irritante; por lo tanto es menester -- pulirlo y las aristas biselarlas con fresas redondas.

RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL.

Tiempo quirúrgico muy importante. Usamos cucharillas media-- nas y bien filosas. Las cucharillas chicas pueden perforar -- el piso de los órganos vecinos.

Con pequeños movimientos elevamos de la cavidad ósea el teji-- do enfermo. Se realiza una limpieza de la cavidad a groso mo do, y luego nos detenemos en los puntos en que pueden quedar -- tejidos de granulación. Varios son estos lugares, cuya bús-- queda debe hacerse minuciosamente.

En muchas ocasiones, cuando el espacio entre las raíces es -- muy estrecho, hacemos la limpieza con una fresa redonda peque -- ña. Es importante la observación de las porciones retrorradi-- culares de los dientes vecinos, pues los tejidos de granula-- ción se alojan muchas veces a ese nivel; especial cuidado hay que tener en no seccionar extemporáneamente los paquetes váscu

lonerviosos de esos dientes. A esa altura de la operación la vamos la cavidad ósea con un chorro de suero fisiológico ti-- bio, el cual se proyecta por medio de un atomizador o con una jeringa de mano: el líquido arrastra las partículas óseas, -- dentarias y de tejido de granulación.

Secamos la cavidad con gasa y con el aspirador, y pasamos al otro tiempo operatorio que es la obturación del conducto radi cular. Para realizarla, una de las condiciones exigidas es - perfectamente la sequedad del conducto. Se dice que para evi tar la salida de sangre, que se puede humedecer el conducto - radicular, obturamos por unos instantes la cavidad ósea con - pequeños tapones de gasa al Stryphon, con el cual se consi-- que realizar el clima seco ideal que se necesita.

TRATAMIENTO RADICULAR.

El conducto radicular debe ser ensanchado y esterilizado con-- venientemente, ya que otra de las fuentes del fracaso en las apicectomías reside en ensanchamientos insuficientes y defi-- cientes esterilizaciones. Se emplean, para la obturación del conducto los conos de gutapercha y los conos de plata.

Se lava el conducto con mechas impregnadas en el agua oxigena da; se deshidrata el conducto con alcohol y agua caliente. -- Llenando el conducto, se toma el cono de plata o de gutaper-- cha, cuya longitud y diámetro habrá sido verificado inmediata

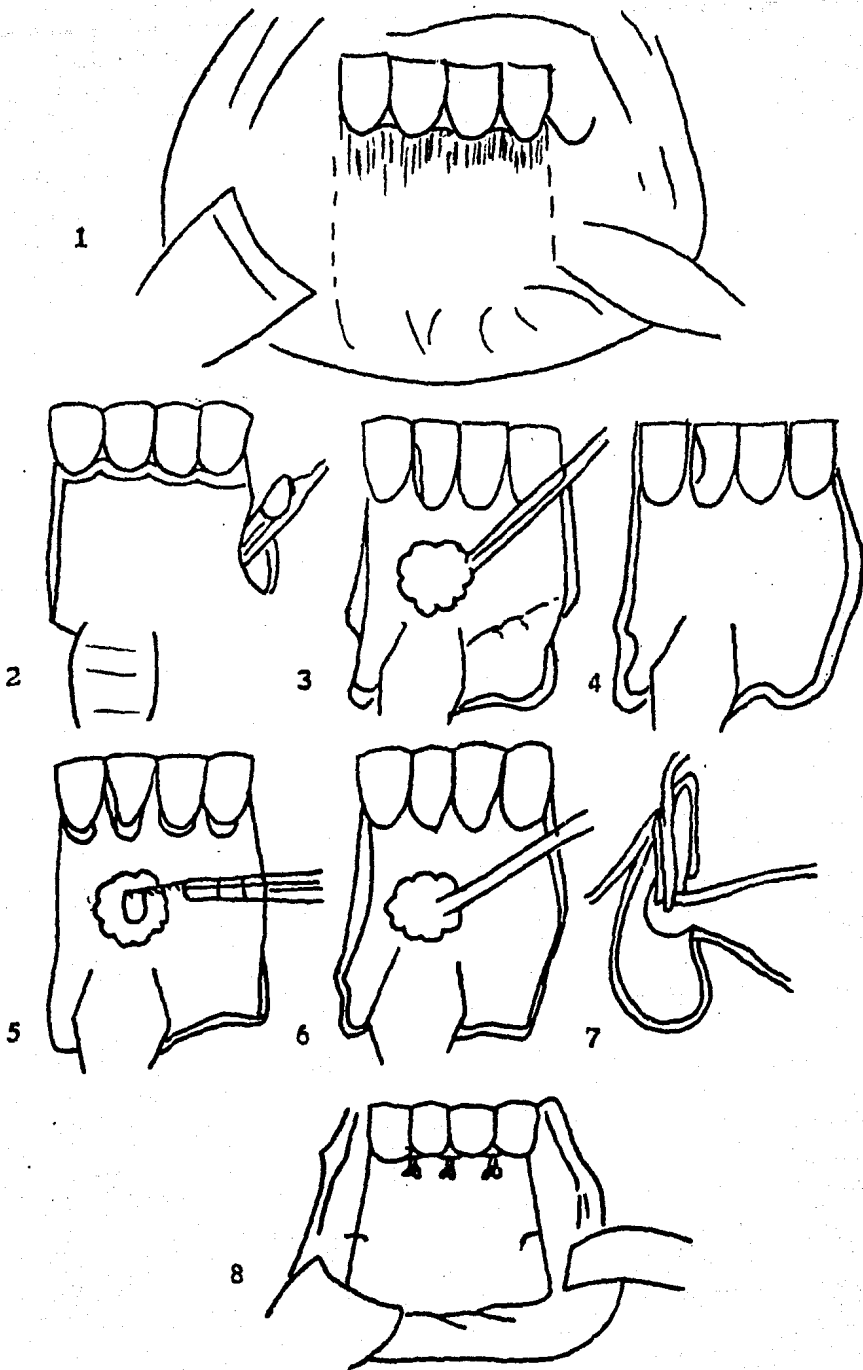
mente después de amputado el ápice, y se introduce con bastante fuerza, tratando que sobresalga por el orificio superior del conducto. Se esperan unos minutos para el fraguado del cemento, si no se espera el tiempo necesario, al retirar las gasas que hacían hemostasis en la cavidad ósea, la sangre puede penetrar en la luz del conducto, inutilizando todo el tratamiento, mientras se espera el fraguado, se puede preparar otro material de obturación provisional, con el cual se llena la cavidad coronaria.

Se vuelve a levantar el colgajo; colocándose el separador, y se retiran con mucho cuidado las gasas. Se ve que el cono de cemento emergiendo en la cavidad ósea; se le fractura con suave golpe de escoplo. Con un instrumento caliente se bruñe el cono de gutapercha, con el objeto de sellar perfectamente el conducto radicular.

Si hemos empleado un cono de plata, se corta el exceso con -- una fresa redonda, con la que tratamos de bruñir el metal sobre las paredes de la raíz.

OBTURACION RETROGRADA.

La obturación del conducto ha de realizarse por vía retrógrada (apical) en los casos que el conducto está ocupado con un pivot u otro material, que no es posible retirar. Para realizar este tipo de obturación es menester preparar una cavidad retentiva en la raíz amputada, por medio de fresas de cono in



Apicectomía de incisivo central derecho inf. 1. incisión de Neumann; 2, desprendimiento de colgajo; 3, osteotomía; 4, abierto el hueso -- aparece el ápice a resecarse; 5, resección del ápice radicular; 6, raspado del proceso periapical; 7, obturación del conducto; 8, sutura.

vertido. Se seca la cavidad con alcohol y agua caliente y se obtura con amalgama de plata.

SUTURA.

Hacemos la sutura con pequeñas agujas atraumáticas, las que - manejamos ayudados por el portaagujas. Como material de sutura empleamos hilo o seda. Antes de realizar la sutura tene--mos la precaución de raspar ligeramente el fondo y los bordes de la cavidad, para que esta cavidad ósea se llene de sangre.

TECNICA DE LA APICECTOMIA.

1. Se toma una radiografía una vez terminada la obturación -- del conducto radicular para determinar el nivel al cual de be amputarse la raíz.

Este nivel debe ser tal como para eliminar la porción sin-obturar del conducto radicular, y también facilita el acce so al quiste o granuloma periapical para asegurar su remo ción completa.

2. Se diseña un colgajo mucoperiódstico teniendo en mente tres consideraciones:

A) Asegurarse que el suministro sanguíneo y la masa de te jid os blandos sean adecuados para evitar la necrosis y mala cicatrización. Son importantes las incisiones hechas de manera aguda y perpendiculares al hueso.

B) Hacer un colgajo lo suficientemente grande como para -- proveer buen acceso.

C) Hacer que el colgajo se extienda hasta bien pasado el - defecto óseo, de manera que el tejido blando esté sopor tado por hueso cuando se lo devuelva a su sitio.

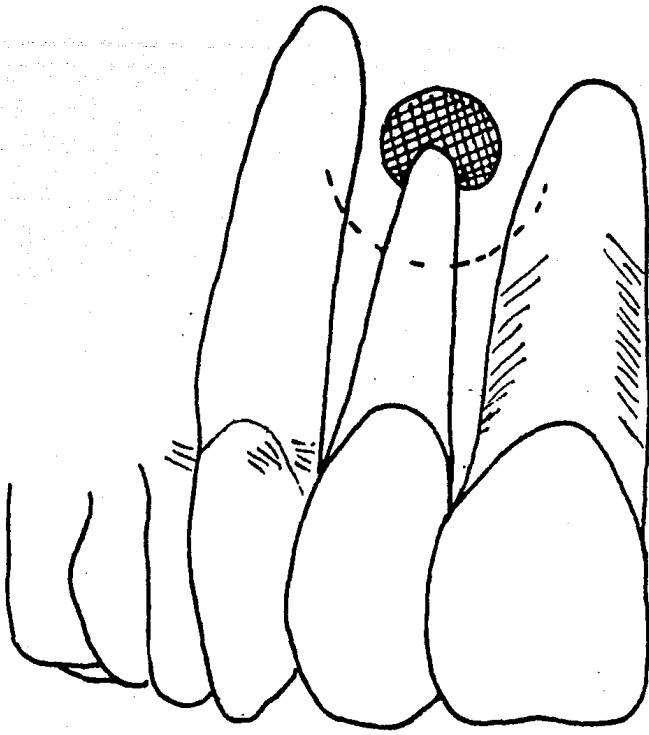
3. Una vez que se ha elevado el colgajo mucoperiódstico, se ha ce una abertura en el defecto óseo periapical empleando -- una fresa quirúrgica o un escoplo, si el quiste o granuloma no han perforado ya la cortical vestibular del hueso.

Se extiende la abertura por la cortical externa con una fresa, un escopló o una pinza gubia, para obtener buen acceso a los límites del defecto.

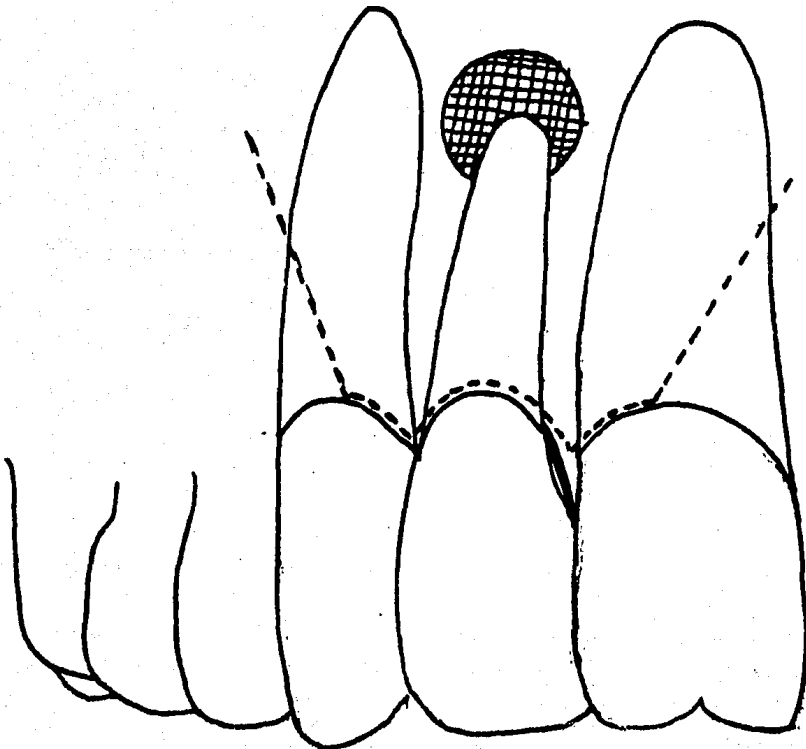
Luego, con una fresa cilíndrica fisurada, se amputa la raíz al nivel determinado, con la ayuda de una radiografía.

El quiste o granuloma deben ser enucleados, preferiblemente in toto, por medio de pequeñas cucharillas para hueso.

4. Se controla la hemorragia dentro del defecto, aplastando los puntos sangrantes del hueso, con presión, o con torundas de algodón humedecidas en epinefrina (adrenalina).
5. Se sutura el colgajo perióstico con una pequeña aguja cortante, y seda o cargut No. 4-0.
6. Después de cerrar, se mantiene una firme presión sobre la zona durante diez minutos para evitar la formación de un hematoma.
7. Se obtiene una radiografía posoperatoria inmediata para comprobar el nivel de amputación radicular y para futuras comparaciones.



Dos tipos de incisión para la apicectomía.



OBTURACION RETROGRADA.

La obturación retrógrada es a veces una técnica muy útil cuando resulta imposible la obturación completa de un conducto -- por el abordaje coronario, o cuando los síntomas persisten -- después de la obturación del conducto. Hay varios puntos importantes para su éxito:

1. Biselar la superficie radicular de la apicectomía de manera de tener una buena visualización de las foraminas apicales.
2. En la "preparación cavitaria" para la obturación retrógrada, hacer las retenciones sólo al lado palatino del conducto. De ese lado se tendrá suficiente dentina apical -- como para alojarlas; del lado vestibular, el intentar hacer una retención simplemente hace saltar la pared (debido al bisel de la apicectomía).
3. Es fundamental una punta para la aspiración pequeña. Ha sido de gran ayuda el uso de una aguja calibre 16 que calza en el extremo de una punta de succión corriente. Con varias de estas agujas a mano, la asistente puede regular la punta para que aspire los trozos más grandes (incluyendo los fragmentos de amalgama) y colocar o sacar rápidamente la aguja en la medida que sea necesario.
4. La amalgama cinc-cinc es el material de obturación retrógrada más comúnmente utilizado. También se ha empleado -- con éxito la gutapercha.

TECNICA DE APICECTOMIA.

INCISION.

El acceso en la zona apical se obtiene levantando un colgajo-mucoperiostático, ya sea a través de la mucosa labial o bucal, o levantamiento de un colgajo gingival. En cualquiera de los casos, el tejido gingival levantado deberá ser lo suficientemente grande para dar una buena visión y un excelente acceso a la zona periapical. Debe incluir a la mucosa y al periostio, abriendo un plano de tejidos solamente. Cuando se reponga el colgajo, la línea de sutura será sobre hueso sano.

INCISION DE LA MUCOSA.

Esta podrá ser recta o convexa hacia la corona. Deberá ser lo suficientemente larga como para dar un acceso adecuado y extenderse hasta el hueso, ya que no hay ventaja alguna al tener un mal acceso con una visión inadecuada. La incisión deberá incluir un diente en ambos lados del diente afectado y a menudo más, pero no debería encimarse sobre la reflexión de la mucosa ni yacer sobre la lesión ósea.

Esto asegura que la línea final de suturas yazca sobre el hueso sano.

Por otro lado, la incisión no deberá estar muy cerca del margen gingival ya que pondrá en peligro la circulación sanguínea de la papila.

La incisión tiene que estar a una distancia menor de 5mm del margen gingival (cuando se tiene que obturar una perforación labial de la raíz) es cuando se considera la posibilidad más adecuada de efectuar una incisión gingival de bisel invertido.

En el caso de incisivos centrales superiores, la incisión deberá de tratar de evitar al frenillo; pero si esto no es posible, entonces el frenillo deberá cortarse nítidamente y suturarse.

Un frenillo exageradamente largo, podrá reducirse a un tamaño-conveniente durante esta operación.

INCISION GINGIVAL DE BISEL INVERTIDO.

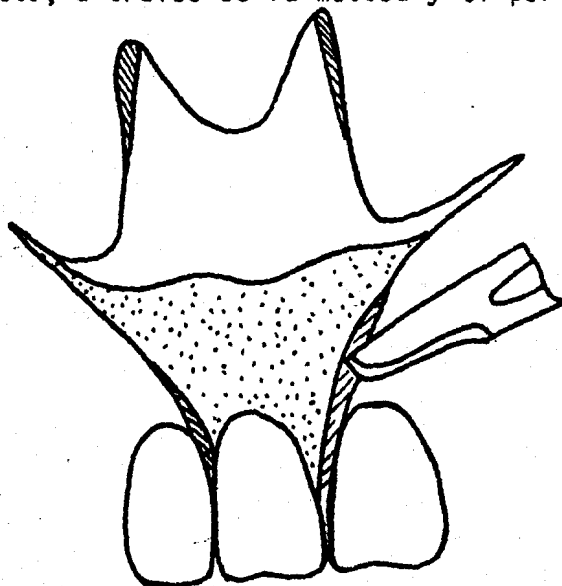
Esta incisión ha sido sugerida por Hill como superior a otros-diseños debidos a su reparación y ausencia de cicatrización. Es útil en la región anteroinferior, donde el levantamiento -- del colgajo mucoperióstico sobre la porción labial de la mandí- bula da un buen acceso, y lo que es más importante, permite -- buena visión y facilita la identificación de referencias óseas, haciendo relativamente fácil el hallazgo del ápice de un diente en particular. Es también útil cuando está levantando un - colgajo alrededor de un diente con corona fija, ya que facilita la reposición de colgajo gingival con mayor precisión, y -- sin tensión excesiva de las suturas.

Esta técnica, es similar a la vía gingival usada, e involucra- el levantamiento del mucoperiostio adherido del surco gingival

del diente. Se hacen incisiones liberatorias que se extienden dentro del surco bucal, de manera que el colgajo incluya la papila interdental en cada extremo.

En la incisión de bisel invertido modificada, la papila es -- hendida por una incisión liberatoria, de tal manera que las -- fibras circulares del periodonto y los surcos gingivales son mantenidos sobre los dientes de ambos lados del colgajo. Entonces el colgajo levantado consiste del surco gingival y del total de la papila de los dientes.

Esto se logra angulando la hoja del bisturí hacia afuera del surco gingival de los dientes circunvecinos en la región de la papila interdental. El remanente de la incisión liberatoria va recto, a través de la mucosa y el periostio.



Modificación de la línea de incisión gingival mostrando la separación de la papila.

LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO.

Se lleva a cabo con un elevador del periostio de borde sólido. El instrumento deberá comprimirse firmemente contra el hueso, levantando periostio y mucosa sin desgarro. El mismo instrumento es usado como separador.

El colgajo no deberá estar sujeto a movimientos excesivos, ya que de esta manera aumentará el sangrado, obscureciendo inútilmente el campo operatorio.

LA VENTANA OSEA.

Es necesario extirpar suficiente cantidad de hueso alveolar, para poder ver la región periapical con claridad. La localización de esta región es fácil si la zona de la pérdida de hueso es amplia, y ya existe previamente una perforación del hueso. Contrariamente, si la pérdida de hueso es mínima, será difícil localizar el ápice, pero podrán ayudar los siguientes puntos:

1. Marcas anatómicas sobre el hueso, tales como la cresta formada por el canino, la cual es útil.
2. Radiografías de la raíz buscada, relacionándola con los dientes circunvecinos.
3. Un alambre colocado en el conducto radicular, muestra su dirección, y por lo tanto, el sitio probable del ápice.

4. Cuando es posible calcular la longitud de una raíz mediante un alambre y una radiografía, esta longitud será marcada sobre el hueso para localizar exactamente la posición del ápice.
5. El ápice del incisivo lateral está, por lo general, colocado hacia la profundidad del paladar.
6. Si no existe ninguna perforación visible en el hueso, el sondeo del hueso con una sonda afilada, revelará a menudo un pequeño orificio en el hueso cortical, el que estará - casi siempre sobre la zona erosionada donde se encuentra la zona de rarefacción radiográfica.

Si sólo existe una capa delgada de hueso sobre el ápice, éste es fácilmente extirpable con un excavador o un cincel usando la simple presión de los dedos. Es posible -- usar una fresa redonda, utilizándola del centro hacia la periferia.

Si no existe lesión periapical ósea, o la zona es pequeña o profunda, se necesitará cortar una ventana ósea para -- llegar al ápice. Una vez que el sitio del ápice ha sido cuidadosamente determinado, la forma de la ventana ósea - deberá ser delineada haciendo una serie de orificios con una fresa No. 3 de forma redonda, extendiéndose solamente hasta el hueso alveolar.

Mientras se esté contorneando el hueso con una fresa, el-

sitio deberá lavarse continuamente con solución salina, la cual previene el atascamiento de la fresa, y esto a su vez previene la generación de calor, lo cual puede conducir a la necrosis ósea.

LIMPIEZA DE CAVIDAD.

Una vez que la placa más externa ha sido removida, la cavidad-periapical deberá ser limpiada con excavadores para exponer el ápice de la raíz.

El legrado exhaustivo deberá evitarse en este paso, ya que provocaría que sangrara la herida, lo cual puede dificultar la identificación del ápice. Este puede examinarse, determinando el nivel correcto de la resección.

RESECCION.

La cantidad de raíz que va a ser resecada dependerá del tipo de la obturación radicular que se requiera. Idealmente, la raíz deberá ser cortada en sentido plano hacia atrás hasta que se exponga la obturación radicular y se vea que ocluye el ápice. En caso de que no se encuentre presente ninguna obturación radicular, el conducto deberá ser identificado, y se retirará suficiente cantidad radicular para permitir la preparación de una cavidad tipo I en el corte mismo. Primero se pensó que la raíz tenía que ser resecada hasta la base de la cavidad ósea que rodea al ápice. Sin embargo esto ya no se consi-

dera una buena práctica por dos razones principales: Primera, el acortamiento quirúrgico de la raíz disminuye la longitud radicular disponible para una corona con postes ulterior y -- disminuye también el brazo de palanca intraalveolar empeorando, o exagerando los efectos del trauma oclusal.

Segunda, la excesiva resección radicular contradice los principios de la terapéutica radical, es decir, el colocar un sello hermético tan cerca del ápice del diente como sea posible, permitiendo al diente que permanezca en función dentro del arco dentario. Si el sello en el ápice es adecuado, entonces -- la resolución de la zona periapical ocurrirá independientemente de que se coloque un ápice recién fabricado.

Cuando el nivel de la resección radicular esté determinado, -- el ápice radicular es extirpado rebanándolo a través de la -- raíz con una fresa cónica de fisura 701 ó 702. No se recomienda el uso de una fresa de fisura plana, debido a que se -- puede atascar en la raíz y fracturarse.

El corte se lleva a cabo, bajo una corriente de agua estéril -- o de solución salina, de tal manera que se mejora la visibilidad y no caen los residuos dentro de la cavidad ósea que lo -- rodea.

El ángulo en el cual la raíz es cortada es importante, y depende del tipo de obturación radicular que se encuentre presente o si el conducto no está obturado, sobre el tipo de obturación radicular que le será insertada después de la resección.

SELLADO DEL APICE.

Existe controversia si el conducto radicular deberá ser obturado antes o después de la resección. Algunos consideran que se obtienen mejores resultados cuando la obturación radicular ya se encontraba presente antes de la cirugía mientras que -- otros consideraron que en todos los pacientes el ápice debería ser resecado primero, el canal limpiado y obturado en la operación.

También se considera que para todas las técnicas de la apicectomía la obturación radicular de elección es la amalgama, debido a que da una obturación radicular tridimensional bien -- condensada, que endurece con firmeza, y que no puede ser molestada durante la resección.

La gutapercha y las puntas de plata no son usadas debido a -- que la primera puede ser reblandecida y ser jalada de los lados del conducto mediante la fresa durante la resección del -- ápice.

Una punta de plata cementada con sellador se afloja a menudo -- parcial o completamente por la vibración de la fresa al cortar esta raíz durante la resección.

METODO RETROGRADO.

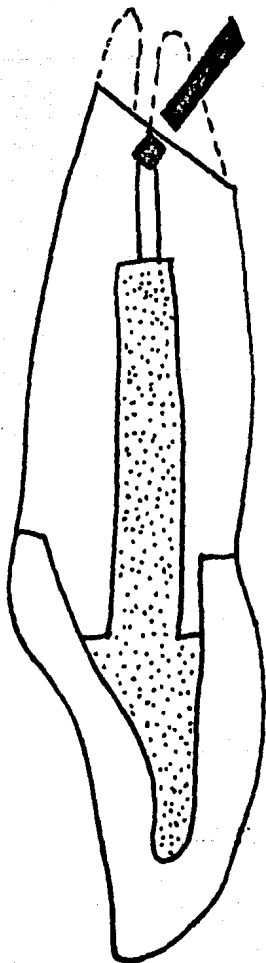
Este es el método indicado cuando se tiene que colocar un sello apical directamente en la porción apical del conducto radicular.

TECNICA.

- a) Anestesia, retracción del colgajo y acceso al ápice.
- b) El ápice del diente se localiza y se corta en un ángulo de 45° en un sentido del eje longitudinal del diente, de tal manera que la cara de la raíz y el orificio del conducto - estén claramente visibles al operador, se cortará entonces una pequeña cavidad en la cara de la raíz, incorporando en esto al orificio del conducto. Esto se lleva a cabo mejor con una fresa redonda de $1/4$ ó $1/2$ en una pieza de mano de ángulo recto.

Se hacen cortes adecuados en las paredes mesial, distal y palatina o lingual, y si es posible, en la pared labial de la cavidad.

- c) La amalgama se prepara de la manera usual, y los pequeños incrementos se introducirán en la cavidad seca mediante un portaamalgama endodóntico. Cada instrumento es condensado con un instrumento de plástico adecuado, o con un condensador de amalgama muy delgado.
- d) Una vez llena la cavidad apical satisfactoriamente la cinta de gasa o cera de hueso empacada se retira, se revisa cuidadosamente la zona periapical para retirar los excesos de amalgama, y si es necesario, se toma una radiografía para que ayude en la remoción e identificación de los residuos de la amalgama, se irriga, se repone el colgajo y se sutura.



El método retrógrado. Nótese que el ápice se corta en un ángulo de 45° con respecto al eje longitudinal del diente, de tal manera que la cara de la raíz amputada, y el orificio del conducto radicular esté -- claramente visible.

CIERRE DE LA HERIDA.

Al terminar la operación, e independientemente del tipo de incisión el diseño del colgajo y la técnica de obturación usada, se examina la cavidad ósea por las posibles contaminaciones - que puedan existir de material de obturación y se raspan cualquier residuo de tejido granulomatoso.

La herida no deberá ser suturada hasta que la hemorragia haya cesado, de tal manera que el coágulo atrapado por debajo del colgajo sea de tamaño mínimo, evitando la equimosis debida a la extravasación sanguínea y a la demolición del coágulo. Los hematomas ocurren en aproximadamente el 5% de los enfermos y, si es muy grave, podrá incluir a la mandíbula y aún el cuello independientemente del sitio de la operación. Esto es posible debido al desague de la zona.

Si el sangrado es excesivo, podrá cortarse una canalización - de un pequeño rectángulo de dique de hule doblado a la mitad y fijado con una sutura única de tal manera que el exudado de la herida continúe sin la formación exagerada de presión por debajo del colgajo opuesto. Tal desague deberá ser retirado - en 24 horas.

Los labios de la herida son colocados en aposición y suturados con suturas interrumpidas con seda siliconizada negra que cruce la herida en ángulo recto. Una aguja atraumática de -- 3/8 de círculo y de 19 mm con seda de 4 ceros, debido a que - sólo hay una hebra de hilo de seda muy delgada. El número de

suturas necesario es difícil de definir, pero la regla general es que éstas no deberán colocarse más cerca una de la otra que lo necesario, y las terminaciones de la herida no deberán traslaparse o mostrar depresión.

TECNICA DE LA APICECTOMIA.

La técnica quirúrgica es la siguiente:

1. Anestesia local infiltrativa o por conducción.
2. Incisión curva semilunar en forma de U abierta, pero sin que la concavidad llegue a menos de 4 mm del borde gingival.

También puede hacerse la incisión doble vertical o de - - Neumann, especialmente cuando abarca varios dientes o enquistes muy grandes. Este tipo de incisión vertical, según Best y Grothaus, reduce el trauma, es menos dolorosa y facilita una cicatrización más rápida.

3. Levantamiento del mucoperiostio con periostótomo.
4. Osteotomía practicada tanto con fresa o con cincel y martillo, la osteotomía se hará ligeramente mayor hacia gingival para permitir mejor visualización y corte del tercio apical.

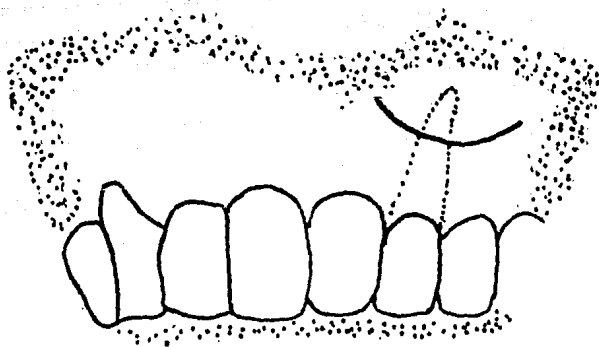
Trabajos experimentados llevados a cabo por Costich y Cols, han demostrado que las fresas a alta velocidad cortan el hueso en las osteotomías de manera nítida, sin provocar -

necrosis, aun sin el empleo de refrigeración y logrando -- una cicatrización rápida, lo que hace recomendar el uso de la alta velocidad en esta fase quirúrgica.

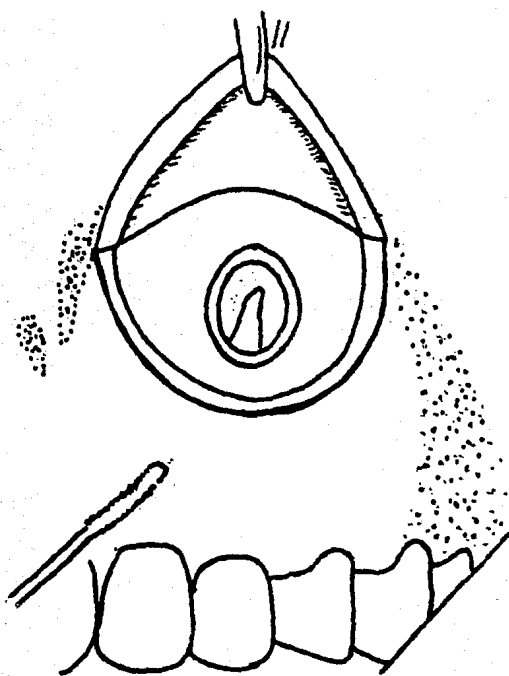
5. Una vez puesto al descubierto el ápice radicular se seccionará éste 2-3 mm del extremo apical, con una fresa de fisura y se removerá luxándolo lentamente con un elevador apical. A continuación se procederá a la eliminación de los tejidos patológicos periapicales y al raspado o legrado de las paredes óseas, limando cuidadosamente la superficie radicular y eventualmente alisando la gutapercha seccionada con un atacador caliente.

SUTURA

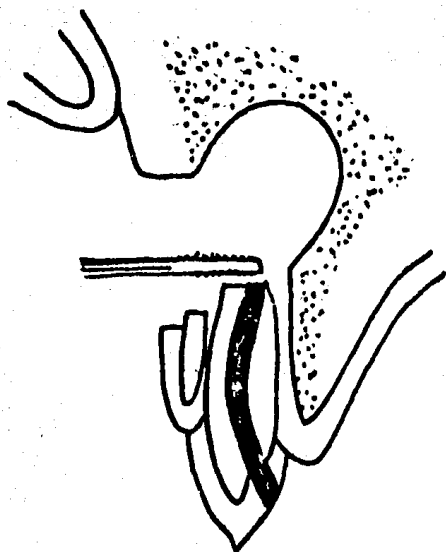
Con seda del 0,00,000; quitar los puntos de 4 a 6 días después de la intervención.



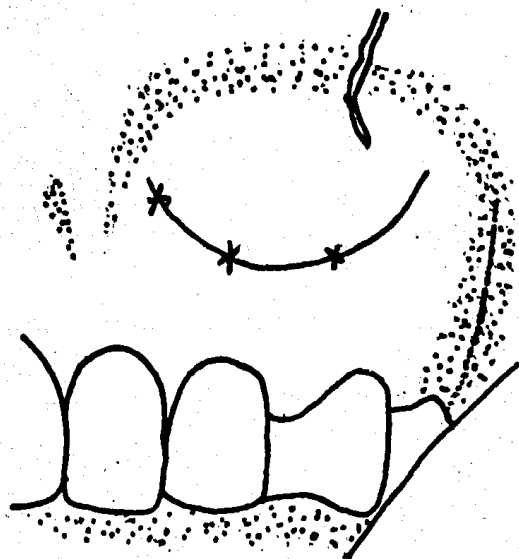
A) Incisión en forma semilunar



B) Osteotomía



C) Resección del ápice radicular.



D9 Sutura. (Según Trice).

CAPITULO X

POST - OPERATORIO Y REVISION

POST-OPERATORIO Y REVISION

Se llama post-operatorio al tiempo posterior al acto quirúrgico en el cual tanto el cirujano como el paciente se apegan a las medidas necesarias para obtener una favorable evolución del proceso.

Cuidado post-operatorio: El paciente debe recibir instrucciones precisas sobre el cuidado post-operatorio y será enviado a su domicilio provisto de instrucciones impresas proporcionadas por el Cirujano.

Instrucciones para ser cumplidas en el hogar después de la intervención quirúrgica.

A) Que hacer después de la intervención quirúrgica:

1. Después de dejar el consultorio, descansar y evitar actividades fatigantes por el resto del día.
2. Tomar dos aspirinas cada 2 a 4 horas, hasta el momento de ir a dormir, para mantener el bienestar.
3. Aplicar una bolsa de hielo o compresas frías en la parte externa de la cara sobre la zona operada. Aplicar por 10 minutos y luego retirar por 10 minutos. Continuar las -- aplicaciones durante las primeras 4 a 6 horas únicamente el primer día. Esto ayuda a reducir la hinchazón y evita

el cambio de color.

4. Ingerir alimentos blandos únicamente las 24 horas.
5. No masticar en la zona operada hasta que se quiten las suturas.
6. Cepillar todos los dientes después de cada comida. En la zona operada tener cuidado de no tocar las suturas.
7. Sentirá menos molestias en la boca si mantiene en ella -- una solución de media cucharadita de sal en una taza llena de agua caliente 2 ó 3 minutos cada hora.
8. No enjuagar vigorosamente, no emplear el "Water Pic".
9. No levantar o mover innecesariamente el labio.
Es posible desgarrar accidentalmente las suturas, abrir la incisión y retrasar la cicatrización.
10. Volver a este consultorio para quitar las suturas, en la fecha indicada.
11. Si se ha colocado un apósito o cemento quirúrgico comunicar inmediatamente a este consultorio si se aflojara o cayera en las primeras 48 horas.

B). Que esperar después de la intervención quirúrgica.

1. Generalmente hay cierta molestia. Es raro que haya dolor

intenso. Si las aspirinas no alivian, por favor llame al consultorio para que les proporcionemos receta de un analgésico.

2. Durante tres a cinco días después de la operación aparecerá cierta hinchazón y cambio de color. Esto es parte normal del proceso de cicatrización.
3. Suele haber una pérdida transitoria de la sensibilidad en la zona operada.
4. El diente operado puede dar sensación de estar flojo por un tiempo.

C) Si sucediera algo que cause preocupación, por favor llame a este consultorio.

Una de las mejores maneras de manifestar nuestra consideración por el paciente, además de brindarle el más alto nivel de técnica quirúrgica, es mostrar preocupación por él durante las primeras 24 horas que siguen a la operación.

Lo mejor es telefonar al paciente la noche anterior a la intervención y a la mañana siguiente. Esta costumbre le da al odontólogo la oportunidad de vigilar la evolución del caso y es algo muy apreciado por todos los pacientes.

REVISION.

El paciente deberá ser visto y el diente investigado y verificado radiográficamente después de 6 meses y al año. Posteriormente, el paciente deberá ser visto a intervalos de 1 ó 2 años por lo menos durante los 5 años después de haber terminado el tratamiento.

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

Después de haber elaborado esta tesis, y para obtener el éxito deseado en nuestra intervención quirúrgica, depende de un buen diagnóstico y seguir paso a paso las técnicas operatorias. Debe uno de estar bien documentado sobre lo que vamos a hacer.

El porcentaje de resultados es satisfactorio.

La mayoría de fracasos se atribuye a la deficiencia en la técnica y a la inaccesibilidad al campo operatorio.

Se tendrá siempre en cuenta, la asepsia y la antisepsia que son los factores principales para obtener resultados satisfactorios en la intervención quirúrgica.

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

ENDODONCIA
Angel Lasala
3a. Edición
Editorial Salvat

CIRUGIA BUCAL
Guillermo A. Ries Centeno
7a Edición
Editorial El Ateneo

CIRUGIA BUCAL MAXILOFACIAL
Gustavo O. Kruger
5a. Edición
Editorial Médica Panamericana

TESIS PROFESIONAL
Catalina Orozco González

FUNDAMENTOS
O-Metaendodoncia Práctica
Dr. Kuttler
Editorial Méndez Oteo

ENDODONCIA
Ingle, Beveridge
Editorial Interamericana

ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS EN LA PRACTICA GENERAL
Morris

ENDODONCIA
Samuel Luks
Editorial Interamericana

ENDODONCIA A LA PRACTICA CLINICA

Harty F. J.

Editorial El Manual Moderno

DICCIONARIO ENCICLOPEDICO

Ciro Dorante Avellano