



16

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales
IZTACALA**

CIRUJANO DENTISTA

CIRUGIA PERIAPICAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

Cirujano Dentista

P R E S E N T A :

Andrade Andrade Miguel Angel



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION.....	4
III. GENERALIDADES - HISTORIA.....	5
IV. DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO.....	8
V. EVALUACION PREOPERATORIA DEL PACIENTE.	
1) ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.....	12
2) ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS.....	12
3) ANGINA DE PECHO O PECTORIS.....	14
4) HIPERTENSION.....	15
5) FALLA CARDIACA CONGESTIVA O DESCOMPENSACION CARDIACA.....	16
6) ENFERMEDAD REUMATICA CARDIACA.....	17
7) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.....	18
8) EPILEPSIA.....	20
9) DIABETES MELLITUS.....	21
10) EMBARAZO.....	23
11) ANEMIA.....	23
12) POLICITEMIA.....	24

13) LEUCEMIAS.....	24
14) PURPURA.....	25
15) HEMOFILIA.....	25
16) ASMA BRONQUIAL.....	26
VI. INDICACIONES PARA LA CIRUGIA PERIAPICAL.....	26
VII. CONTRAINDICACIONES PARA LA CIRUGIA PERIAPICAL.	29
VIII. PREMEDIACION.....	30
IX. PROCEDIMIENTO OPERATORIO	
a) TRATAMIENTO PREOPERATORIO.....	37
b) ANESTESIA.....	37
c) ABORDAJE DE ZONA QUIRURGICA.....	38
d) EXPOSICION DEL APICE.....	39
e) CURETAJE DE TEJIDO NECROTICO.....	40
f) RESECCION DEL APICE.....	40
g) OBTURACION RETROGRADA.....	41
h) SUTURA.....	43
X. VARIACIONES EN EL TRATAMIENTO:	
1) RESECCION INDIRECTA.....	44
2) CIRUGIA PERIAPICAL PREVIA A LA OBTURACION DEL CONDUCTO.....	47

3) OBTURACION DEL CONDUCTO Y CIRUGIA PERIAPICAL EN UNA SOLA SESION.....	48
XI. INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS.....	49
XII. COMPLICACIONES EN CIRUGIA PERIAPICAL	
a) HEMORRAGIA.....	53
b) INFECCION POSTOPERATORIA DE TEJIDO BLANDO..	55
c) OSTRITIS ALVEOLAR.....	56
XIII. CONCLUSIONES.....	58
XIV. BIBLIOGRAFIA.....	60

I INTRODUCCION

La cirugía como ciencia que es ha tenido un notable progreso debido a la inquietud de personas estudiosas que han heredado sus conocimientos para bién de nuestras generaciones, las cuales aprovechamos para aprender nuevas técnicas que nos marcan nuevas perspectivas hacia nuestra superación en la actividad profesional.

En la actualidad los elevados niveles de educación y de prosperidad nos obligan a una mayor asistencia dental-perfeccionada, por lo que ahora el paciente no se conforma con el servicio de extracción dentaria o de una prótesis -- sino que en ellos ha surgido una mayor estimación a lo que se refiere su integridad de su boca.

Los progresos en odontología han sido muy importantes en todas las especialidades, gracias a esto, podemos cada día estar más satisfechos con el trabajo que desarrollamos ya que contamos con nuevas técnicas, nuevos materiales y lo más importante es que estamos más interesados en conseguir mayor número de progresos y llevar a cabo una odontología preventiva, completa y conservadora.

El tratamiento quirúrgico de los focos apicales por

medio de la CIRUGIA PERIAPICAL nos da la oportunidad de poder salvar un diente; por tal motivo he encaminado mi interés hacia este tema que consiste en la amputación del ápice dentario y la remoción del tejido patológico periapical.

Considero que la evolución de la cirugía ha abrazado horizontes amplísimos. Tiempo ha que abandonó el campo empírico para establecerse sobre bases plenamente científicas y fundamentadas, lo cual ha producido un desarrollo veloz en cuanto a la conservación de órganos dentarios se refiere, y por lo mismo se puede afirmar que utilizando los recursos que esta ciencia nos brinda, "casi no hay pieza dentaria, que no tenga una solución para permanecer en su lugar".

Debemos considerar que el diente en casos en que resulta evidente que la patología periapical no puede eliminarse con métodos no quirúrgicos se recurrirá entonces a las posibilidades quirúrgicas, tomando en cuenta que para llevarlo con buen éxito se requiere de una serie de detalles quirúrgicos de interés, del buen estado físico general del paciente en los aspectos anatómico-fisiológicos y de la habilidad del operador, debiendo poseer este un elevado grado de capacidad técnico-científica.

Esto último es de mucha importancia. La cirugía, ha contribuido valientemente con resultados tangibles a lo que hoy debería ser para el cirujano dentista una premisa, una meta que alcanzar: el trabajar por una odontología preventiva y no terminal, la cual desafortunadamente es practicada aún en nuestro país así como en muchos otros lugares del mundo.

La cirugía periapical, permite, aún cuando sea un último recurso, mantener bocas en armonía oclusal, íntegras en buen estado de salud. Y la integridad es una parte importante, pues contribuye en el fondo a cumplir parte del cometido humano que la odontología debe llevar inherente a su condición de ciencia relacionada con el bienestar.

Me ha llamado la atención enfocar esta tesis hacia la cirugía periapical ya que en ocasiones nos permite corregir errores que se pudieran suscitar durante un tratamiento endodóntico. La cirugía periapical se yergue como un avance más hacia la conservación de órganos dentarios y ésta se ha edificado a través de pruebas y errores, de éxitos y fracasos.

CIRUGIA PERIAPICAL

II. DEFINICION.

Hay dos operaciones distintamente clasificadas bajo el nombre de cirugía apical: curetaje y resección de la — raíz.

El curetaje periapical consiste en la remoción quirúrgica del tejido periapical sin reducir la longitud de la raíz. En cambio, la resección radicular representa la remoción del tejido periapical que lo envuelve y el corte de — una porción de la raíz.

El objetivo general de los endodoncistas es la conservación exitosa de los dientes depulpados como si fueran sanos, como unidades funcionales de la dentadura.

La vieja costumbre de hacer una cirugía periapical en todos los casos de endodoncia representa una contraindicación ya que no está basada en principios biológicos adecuados. De todos modos, este tipo de cirugía es practicada en cantidad de casos. Ni la cirugía ni el tratamiento conservador deberán ser elegidos sobre una base empírica como un único medio de tratamiento.

III HISTORIA DE LA CIRUGIA PERIAPICAL. GENERALIDADES.

La cirugía periapical tuvo su origen hacia 1500 años cuando un físico dentista de la antigua Grecia llamado Aetus, hizo un corte de un absceso apical con un instrumento cortante. Con el tiempo ese proceso se ha ido modernizando y con la ayuda de Mullihens en 1839, se mejoró este tratamiento.

En 1884, Farrar describe un tratamiento radical de un absceso alveolar, por medio de la amputación de los órganos dentarios.

En 1897 Rhein recomendó calurosamente el tratamiento de la amputación radicular o resección radicular, como un tratamiento radical para los abscesos alveolares crónicos. Desde entonces, la técnica de esta intervención se ha perfeccionado y la han realizado tanto el práctico general como el cirujano oral.

En la actualidad, la cirugía periapical en combinación con el tratamiento de los conducto radiculares, ha tenido un éxito muy marcado para el tratamiento de algunas lesiones o patologías periapicales.

La cirugía periapical se puede llevar a cabo tanto en piezas anteriores como en piezas posteriores, comprende una serie de operaciones que se llevan a cabo más allá de la unión cemento-dentina-conducto, principalmente para salvar un órgano dentario, cuando no es posible lograrlo con el tratamiento de endodencia.

En el pasado la importancia de esta cirugía era tal que sin ella no se emprendía ningún tratamiento endodónico o periradicular.

Desafortunadamente, se sigue todavía abusando de la cirugía periapical con desprestigio de no pocos profesionistas y aún de la profesión en general. Pertenecen a esta tendencia:

1. Los que no han tenido suficiente o ninguna enseñanza endodónica en sus estudios profesionales y no han procurado adiestrarse después.
2. Los que tienen una especial inclinación a la cirugía, mayor a la lógica, a la rectitud y al respeto al prójimo.
3. Los que buscan mayor rendimiento económico, aspiran

ración legítima que deja de serlo cuando se vulnera la ética de la profesión.

4. Los que no tienen paciencia para ampliar y obtener correctamente los conductos hasta la unión - CDC y se ven en la necesidad de amputar la parte radicular con conducto no tratado o de eliminar quirúrgicamente la burda sobreobtención o el — fracaso de su conductoterapia incorrecta.

Por todo lo anterior, es muy importante que todos - debemos capacitarnos para intervenir en los casos de urgencia y aún en los no urgentes.

La cirugía periapical tiene sus indicaciones precisas, que el operador debe tomar en cuenta para justificar - sus intervenciones. Lo mismo que en cirugía general, se debe estar aquí en posesión de un diagnóstico lo más preciso - posible no solo en la entidad patológica local, sino tam— bién del estado general del paciente para la seguridad de - que no existen contraindicaciones de la intervención o para tomar ciertas medidas de precaución.

Por lo tanto la cirugía periapical ha venido a dar - una gran ayuda para la preservación de las piezas dentarias.

IV DIAGNOSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

La decisión de extraer o tratar un diente y la selección del método del tratamiento están basadas en la correlación de los hallazgos de una serie de diagnósticos. La siguiente información es importante:

1. Importancia estratégica del diente en la arcada completa.
2. Capacidad del tejido periapical para una cura satisfactoria.
3. Posibilidad de un tratamiento mecánico del conducto pulpar.
4. Posibilidad de restauración de la corona del diente.
5. Capacidad de la estructura periodontal remanente para resistir los esfuerzos de la función normal.
6. Posibilidad de mantener la asepsia durante el tratamiento.

7. Factible economía en el tratamiento.

El análisis clínico incluye lo siguiente:

- 1. Historia clínica y su relación con un exitoso -
tratamiento.**
- 2. Historia de los síntomas, descripción por el pa-
ciente de las localizaciones, tipo, intensidad,
frecuencia y duración del dolor y de la posibili-
dad de trauma.**
- 3. Examen visual.**
 - a) Condición física de la corona.**
 - 1) Presencia de decoloración.**
 - 2) Presencia, tipo y estado de las restaura-
ciones.**
 - 3). Extensión de la caries.**
 - 4) Presencia de fractura.**
 - b) Presencia de exposición pulpar.**
 - c) Estado y apariencia de la dentadura.**
 - d) Prevención de la oclusión traumática.**

- e) Relación del diente con el resto de la dentadura.

4. Estudio radiográfico.

- a) Aproximación de las estructuras anatómicas-normales del diente.
- b) Morfología de la cámara pulpar, del conducto pulpar, y del foramen apical.
- c) Presencia de caries o fracturas.
- d) Morfología y patosis del periodonto.

5. Reacciones del diente a la percusión y a las -- pruebas térmicas y eléctricas.

V EVALUACION PREOPERATORIA DEL PACIENTE

Una importante negligencia, que ocurre a menudo en los cuidados quirúrgicos del paciente dental ambulatorio, - es la falta de una adecuada evaluación preoperatoria; así -- tratan con frecuencia los dentistas a los enfermos que sufren trastornos locales que representan para ellos leves o peligrosos riesgos quirúrgicos; por lo tanto, es imperativo que algunos de los exámenes generales de cada paciente ambulatorio sean practicados antes de cada intervención.

Las limitaciones impuestas por la costumbre y la — economía no permite que el paciente dental reciba un adecuado de tratamiento en el consultorio, pero como alternativa, el dentista puede compensar estas deficiencias usando todas — las ayudas posibles en la evaluación de su paciente. Por lo tanto, debe permanecer atento a todos los signos expuestos— por el paciente y que pueden ser sugestivos o peculiares de una enfermedad sistémica.

Estos signos pueden ser hallados en la apariencia — general del paciente, en la facies y generalmente en la mi- ma cavidad oral. Es posible obtener un considerable discernimiento, dentro de lo que se considera como un estado rela- tivamente sano del paciente, por medio de cortas pero per- tinentes preguntas médicas generales con las cuales pueden — ser exploradas detalladamente las necesidades del paciente— que, naturalmente, dependen de las respuestas de las mis— mas. Muchas veces, el descubrimiento de una seria afección- puede ser el resultado de una consulta con el médico que — trata al paciente y las modificaciones que pueden presentar se requieren el aplazamiento del propósito quirúrgico oral, hasta que aquellas sean controladas o corregidas. Por eso, la consulta médica es siempre importante en la evaluación — de los pacientes y sería el punto de partida al que debe rg currir con frecuencia el dentista.

A menudo las preguntas provienen de pacientes con enfermedades crónicas sistémicas, y según su estado es la forma en que se les debe contestar, por eso el odontólogo debe contar con habilidad para encontrar y tratar las complicaciones y las emergencias tan pronto como aparezcan. De allí que el dentista que posee los medios apropiados, puede atender a sus pacientes de una forma más completa.

Las siguientes revisiones de problemar médicos, frecuentes encontrados en pacientes dentales, acompañadas por sugerencias para el tratamiento clínico de enfermos externos de cirugía oral.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

La enfermedad cardiovascular es uno de los desórdenes médicos más comunes de los pacientes dentales que pasan de los cuarenta años de edad; puede manifestarse en las siguientes formas:

ENFERMEDAD DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

Caracterizada por una disminución en la luz de las arterias coronarias, que disminuye el aporte de sangre al corazón y se asocia con arteriosclerosis, etc. La oclusión

completa de estas arterias vitales priva de sangre al músculo cardíaco, causando un infarto agudo del miocardio o un ataque al corazón.

Si el paciente sobrevive al primer episodio, puede quedar expuesto a una repetición del proceso, uno de los — cuales puede serle fatal. Todo tratamiento dental, excepto el necesario para extirpar un dolor agudo, está contraindicado en los pacientes convalcientes de un ataque cardíaco, siendo de tres meses el tiempo mínimo de recuperación. Después de ese período, la cirugía dental deberá ser conservadora, actuando con el consentimiento del médico del paciente. Los procedimientos quirúrgicos deben ser de corta duración y las extracciones múltiples divididas en sesiones espaciadas.

En los pacientes cardíacos aprensivos son muy recomendables los sedantes y los tranquilizantes para reducir — la excitación y el "stress". La anestesia local con vaso—constrictores no está contraindicada. En cambio, la anestesia general está permitida siempre que sea de corta dura—ción y que los gases que se empleen contengan una alta concentración de oxígeno.

La costumbre de muchos médicos de administrar anti—

coagulantes diariamente a los enfermos con enfermedad coronaria arterial, debe estar condicionada a ciertas precauciones cuando la cirugía dental es contemplada, porque una excesiva hemorragia puede presentarse después de ella. Para actuar con seguridad durante las intervenciones es necesario interrumpir la terapia anticoagulante por algunos días antes de intervenir. Eventualmente, el paciente puede requerir vitamina k para la restauración de la normal actividad de la protrombina.

ANGINA DE PECHO O PECTORIS.

Es un trastorno cardíaco caracterizado por un agudo y penetrante dolor en la región subesternal, que se irradia hacia la parte izquierda de la espalda y brazo correspondiente. Una transitoria vasoconstricción de la arteria coronaria reduce la corriente de sangre al corazón produciendo la anoxia tisular, responsable del dolor. La enfermedad de las arterias coronarias se presenta comúnmente, y muchos pacientes afectados de angina de pecho llevan consigo tabletas de nitroglicerina para poder usarlas en caso de emergencia.

En este tipo de pacientes, que necesitan de la cirugía dental, se deben evitar los estímulos dolorosos y los -

estados aprensivos, debiéndose emplear sedantes en el preoperatorio. Los barbitúricos que dan satisfacciones en los casos de intervención, son los de corta duración.

La anestesia local es preferible, aunque la general de corta duración puede emplearse debiendo prevenirse la hipoxia, la supervisión médica es conveniente.

HIPERTENSION

Es un signo de origen variable manifestado por una anormal presión de la sangre. En tales pacientes una tensión sistólica de 160 a 200 milímetros y una presión diastólica de 100 a 150 no es excepcional. Recordar que hipertensiones de larga data pueden determinar una enfermedad hipertensiva del corazón con falla cardíaca.

El hipertenso, candidato a la cirugía oral, requiere una cuidadosa atención y todas las precauciones deben ser tomadas para evitar una elevación de la tensión arterial. Un sedante como premedicación previene toda aprensión, por lo tanto está muy indicado. En el consultorio los procedimientos quirúrgicos deben limitarse al sector de la extracción de dientes con alveolotomía. En estos pacientes no está contraindicado el uso de anestésicos locales con va

soconstrictores.

Cuando la anestesia general está indicada, el anes-
tesista debe aplicarla sin agravar el estado de hiperten-
sión vascular y, para tal propósito, los barbitúricos por -
vía intravenosa son superiores al empleo de la técnica de ó
xido nitroso-oxígeno. La cirugía dental para el paciente --
con evidencia o con historia de excesiva hipertensión no es
aconsejable sin la consulta médica.

FALLA CARDIACA CONGESTIVA

O DESCOMPENSACION CARDIACA. Es una derivación de la
enfermedad cardiovascular. En estas condiciones la reserva-
cardíaca esta tan disminuída que el corazón es incapaz de -
llenar sus cavidades. Como existen varios tipos o grados de
descompensación, es aconsejable reveer la clasificación del
paciente cardíaco.

CARDIACO

Primera clase: La actividad física del paciente es-
tá en relación con la capacidad del músculo cardíaco.

Segunda clase: El ejercicio ordinario provoca dis-
nea.

Tercera clase: El ejercicio ordinario provoca disnea sin hacerse presente en el descanso.

Cuarta clase: La disnea se presenta en el descanso.

Los pacientes de las clases primera y segunda no — presentan, por lo común, ningún problema especial para consultas de cirugía oral.

La clase tercera requiere especial atención y, para estos, el tipo y la extensión de la cirugía deben ser restringidas, estando indicados los procedimientos operatorios de corta duración. En cuanto a la anestesia, la local es — siempre preferible a la general.

En el cardíaco de la cuarta clase, su situación está seriamente comprometida y debe investigarse si está en — condiciones de llegar al consultorio. La consulta médica es de rigor.

ENFERMEDAD REUMÁTICA CARDIACA

Es una secuela frecuente de una enfermedad infecciosa: La fiebre reumática. Existen algunos grados de permanente daño cardíaco en aproximadamente el uno y medio por cien

to de los enfermos afectados de fiebre reumática, como una derivación de la deformación de la válvula mitral o, con menor frecuencia, de la válvula aórtica, las que pueden ser evidenciadas al escuchar el murmullo del corazón.

Estas deformaciones de las estructuras valvulares pueden ser susceptibles de complicación secundaria con bacteriemia y como resultado se llega a una endocarditis bacteriana que puede ser fatal. Debe recordarse que los procedimientos quirúrgicos, especialmente la extracción dentaria, puede provocar dicha bacteriemia. El control de la misma y la presencia del desarrollo de una endocarditis bacteriana-subaguda en pacientes con historia de fiebre reumática miocárdica se logra con la antibioterapia. La consulta médica es aconsejable si hay evidencia de falla cardíaca congestiva en este tipo de pacientes. Como regla general, los pacientes cardíacos toleran los procedimientos quirúrgicos bastante bien, pudiendo aumentarse el riesgo quirúrgico por la presencia de descompensación seria, como angina de pecho y trombosis coronaria previa. En estos pacientes especiales la cirugía debe ser evitada y solo se considerarán aquellos procedimientos para disminuir el dolor.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

El accidente cerebrovascular (A.C.V.) (apoplejía o-

embolia), es una aguda interrupción en el área vascular del cerebro, capaz de producir efectos neurológicos entre los que se incluyen la inconciencia, la parálisis y a veces la muerte. Esta contingencia puede ocurrir tanto en una hemorragia intracerebral espontánea como en la ruptura de una arteria afectada (arterioesclerosis) por hipertensión o por una oclusión vascular por el fenómeno de la trombosis o de la embolia. La supervivencia a estos accidentes pueden dejar secuelas permanentes como hemiplejía o tartamudez.

De cualquier modo, si la lesión no ha sido muy intensa, las consecuencias no serán muy marcadas y permitirán el retorno a una relativa actividad normal. El episodio suele ser precipitado por una violencia excesiva o un trastorno emocional y muchos de los pacientes que se sientan en el sillón dental presentan estas condiciones ya familiares de tensión y más aún: en sus historias existen antecedentes de accidente cerebrovascular. Concurren al consultorio para ser intervenidos y necesitan que dicha atención no les sea negada.

En ese caso, son dos los factores que deben ser tomados en cuenta en la conducción del paciente: el primero es evitar la aprensión y que la tensión de la sangre no se-

eleva, lo que se logra por el uso de medicamentos sedativos. El segundo, la limitación de las intervenciones por sesión, a fin de no extenuar al paciente. La anestesia local es — siempre preferible, con o sin vasoconstrictores. El empleo de anestesia general está condicionada a una técnica que — permita una inducción uniforme y la eliminación del período de excitación.

EPILEPSIA

La epilepsia es una alteración del sistema nervioso central que se caracteriza por los repetidos ataques de inconciencia y de típicas convulsiones aprensivas. Esta afección no representa una verdadera contraindicación para el — tratamiento quirúrgico en este tipo de paciente en el con— sultorio dental, pero es importante que ingieran una droga— anticonvulsiva regularmente y como la prescriba su médico.

La cirugía oral puede ser cumplida satisfactoriamente bajo anestesia local, pero si aquella debe prolongarse — se le premedica con un sedante del tipo de los barbitúri— cos, que se sugiere como una medida profiláctica contra el — ataque. Cuando se emplea la anestesia general, la anoxia y — la hipoxia pueden aparecer ya que la privación de oxígeno — induce a la convulsión aprensiva.

El dentista, al aceptar a un epiléptico como paciente, debe familiarizarse con la naturaleza de la convulsión epiléptica y de su tratamiento.

DIABETES MELLITUS

La diabetes mellitus es un trastorno del metabolismo de los hidratos de carbono, debido a una inadecuada secreción de la hormona insulina de la glándula pancreática.

Cuando la enfermedad prevalece, la oportunidad de prevenir el tratamiento para el paciente, se presenta con frecuencia. Como regla, el paciente diabético es un paciente apto para la cirugía dental en el consultorio, pero deben tomarse todas las precauciones para prevenir primero, el desarrollo de una emergencia médica tal como el coma diabético o el shock insulínico, y, segundo, para asegurar el cuidado operatorio y postoperatorio.

Es importante prevenir el aumento de azúcar en la sangre, pues la excitación nerviosa y emocional asociadas a una intervención quirúrgica aún secundaria, pueden causar una hiperglucemia debida al incremento de la eliminación de la adrenalina. Por la misma razón, se usará una solución de anestesia local con vasoconstrictor que no sea adrenalina.-

También puede ser usado un sedante o una droga tranquilizante como premedicación. La anestesia general prolongada en el consultorio está contraindicada, porque la hiperglucemia puede presentarse, pero puede emplearse una técnica correcta que prevenga la acidosis. Por esta razón, debe regularse en el preoperatorio y en ayunas, el dosaje de insulina a su ministrarse.

De ahí que el planteo de la anestesia general debe realizarse por la mañana temprano. En cuanto a las extracciones y otras intervenciones de cirugía oral bajo anestesia local, deben efectuarse dos o tres horas después de una comida y de la administración de insulina.

Algunas veces, la curación de las heridas en el paciente diabético suele ser más lenta que la de un paciente normal; por eso, la técnica quirúrgica debe ser tan traumática como sea posible. Las heridas deben ser cerradas por sutura. La alta proporción de las infecciones postoperatorias, como alveolo seco, etc., necesita el mantenimiento de una buena higiene oral combinada en lo posible con una terapia con antibióticos, control nutritivo, etc. Es importante el control de las infecciones postoperatorias, puesto que inducen a hiperglucemias.

EMBARAZO

Este estado da lugar a controversias respecto al límite tolerable referente al tratamiento dental de la paciente embarazada. En términos generales, se acepta que después del primer trimestre no hay real contraindicación para la cirugía oral de una paciente con embarazo normal.

La principal razón para impedir los procedimientos selectivos durante el primer período se basan en el conocimiento de que el desarrollo del embrión es más susceptible a la acción de los estados de "stress".

Si se presenta una historia de aborto crónico, la cirugía electiva de la boca debe ser diferida hasta que el embarazo haya terminado. La selección de la anestesia para la paciente embarazada requiere una atención y una evaluación especial. La local con una suave sedación para estas pacientes aprensivas es la más deseable, pero si la anestesia general es utilizada por el obstetra, deberá ser de coorta duración, evitando la hipóxia.

ANEMIA

Se caracteriza por la reducción del número de los -

glóbulos rojos en el sistema circulatorio. La deficiencia - puede reconocer un origen variable tal como pérdida de sangre nutricia, hemolítica, etc. El paciente anémico no es un candidato para la cirugía, excepto para un caso de emergencia, para aliviar un dolor o una molestia.

POLICITEMIA

Es un trastorno sanguíneo por el cual aumenta el número de glóbulos rojos (o eritrocitos) circulantes. Uno de los metodos aceptados para esta enfermedad, es el retiro periódico de sangre del paciente. Sobre esta premisa no están contraindicados los procedimientos quirúrgicos orales para el paciente afectado de policitemia.

LEUCEMIAS

Son enfermedades que se caracterizan por la presencia de un gran número de leucocitos anormales en el sistema circulatorio; hay una variedad de leucemias, por lo que la cirugía oral representa un peligro para estos pacientes. Debido a los usuales y pobres pronósticos para el paciente, la cirugía dental extensa no debe considerarse a menos que sea absolutamente necesaria. Además, la hospitalización de estos pacientes sería muy superior al tratamiento en el cog

sultorio.

Algunas de las complicaciones que siguen a las intervenciones en un paciente leucémico son: excesiva hemorragia, infecciones secundarias, pobre o retardada evolución en la curación de las heridas. Un mantenimiento nutritivo adecuado y antibioterapia son frecuentemente necesarios. La consulta con el médico del paciente es aconsejable aún al proceder a una simple extracción dentaria.

PURPURA

Es una sangría espontánea en el espesor de la piel y de las membranas mucosas; puede ser idiopática pero también causada por una disminución de las plaquetas sanguíneas en lo que se refiere a la púrpura trombocitopénica.

Una excesiva e incontrolable hemorragia puede seguir a una intervención quirúrgica si no se toman las medidas necesarias para impedir su avance.

HEMOFILIA

Es una enfermedad hemorrágica hereditaria de los varones, caracterizada por el prolongado tiempo de coagulación.

ción y de normal tiempo de sangría.

La cirugía oral, aun la mínima como la simple extracción dentaria, está contraindicada en el consultorio, - siendo necesaria la hospitalización para la evaluación del paciente y la adecuada preparación del mismo antes de la intervención. Toda cirugía oral debe ser descartada.

ASMA BRONQUIAL

Es una afección que se manifiesta por episodios paroxístmicos de disnea debido a la contracción de los músculos lisos de los bronquiolos y una excesiva secreción de las glándulas bronquiales. El factor emocional como ansiedad, excitación, ira, pueden provocar un ataque asmático.

La cirugía oral no debe ser considerada en el período en que los síntomas de la enfermedad son evidentes.

Cuando no existen signos evidentes, no hay contraindicación para la cirugía en este tipo de pacientes.

VI INDICACIONES PARA LA CIRUGIA PERIAPICAL

La cirugía periapical está generalmente indicada en

los casos siguientes:

1. Diente con pulpa vital o no vital con fractura en el tercio apical.

2. En amplias lesiones periapicales como granulomas o quistes radiculares, que por muy extensas que sean — mediante una correcta cirugía periapical se puede lograr — una eliminación total de la lesión con una completa reparación por osteogénesis.

3. Presencia de instrumento roto en el tercio apical o proyectado más allá del ápice y que no puede ser extraído sin intervención quirúrgica.

4. Cuando la terapia conservadora ha fracasado después de un tiempo razonable, debido a una irritación o lesión periapical que ha permanecido sin cambios o que ha aumentado progresivamente.

5. Cuando la conductoterapia y el legrado apical no han logrado la reparación de la lesión periapical.

6. dientes con reabsorción apical cemento-dentinaria y cuya raíz con mucha abertura o con foramen en forma

de embudo, que no pueden ser obturados por el método usual.

7. Cuando el material de relleno es proyectado más allá del ápice y está causando una irritación definitiva.

8. Diente contaminado, con pulpa vital o desvitalizado y con presencia de una curvatura apical exagerada o raíces en forma de bayoneta.

9. Cuando no es posible retirar una espiga o pivote y exista zona de rarefacción apical.

10. Destrucción extensa de los tejidos periapicales hueso o periodonto que abarca hasta un tercio del ápice .

11. Cuando se ha producido una perforación por un instrumento cerca del ápice del diente.

12. La cirugía periapical está más indicada en piezas anteriores, sin embargo está indicada en los dientes posteriores en los casos siguientes:

Radicectomía también llamada radiculotomía o amputación radicular, hemisección del diente, quiste radicular, - granuloma periapical, y en caso de una periodontitis apical aguda.

VII CONTRAINDICACIONES PARA LA CIRUGIA PERIAPICAL

1. Pacientes con un estado general que contraindica cualquier tipo de cirugía como son las enfermedades sistémicas: diabetes activa, sífilis, tuberculosis, anemia y -pacientes mayores de 50 años.
2. Enfermedades periodontales severas con gran movilidad dentaria que no pueden tratarse estabilizando el diente.
3. Cuando la remoción del ápice radicular y curetaje, dejen insuficiente soporte alveolar para el diente y no resista la función masticatoria normal.
4. Ciertas proximidades en consideración anatómica- que aunque no sean contraindicadas absolutamente, pueden dificultar mucho la ejecución, (proximidad al canal dentario-inferior, agujero mentoniano, seno maxilar etc).
5. Abscesos periodontales.
6. Fractura cerca de la porción coronaria del diente, e incorregible oclusión traumática así como inexperiencia e incapacidad del operador.

VIII PREMEDICACION

Durante las intervenciones de conductos infectados, puede producirse una bacteriemia pasajera por introducción de algunos gérmenes patógenos en el sistema circulatorio. - Si bien en personas sanas este accidente fugaz carece de importancia, en pacientes con enfermedades crónicas puede producir una agravación de las mismas. Es indispensable la administración preoperatoria de antibiótico en pacientes con lesiones valvulares, para evitar la posibilidad de que se produzca una endocarditis bacteriana subaguda.

Así mismo la eliminación de focos sépticos como granulomas o quistes infectados puede ser seguida del paso de microorganismos a la sangre, en pacientes cardíacos y reumáticos esta complicación tiene gran importancia porque puede originarse una endocarditis bacteriana grave. A este tipo de pacientes es menester administrar penicilina a grandes dosis, antes, durante y después del tratamiento: 500.000 U. diarias.

Los pacientes pusilánimes o excesivamente nerviosos pueden requerir además del tratamiento psíquico, la administración de un sedante previo a la intervención.

La premedicación consistirá en administrar seconal-sódico, hexobarbital (Equival) o etinamato (Valdmit) para la sedación o relajación, y bantina o sulfato de atropina para controlar la salivación.

La acción del seconal sódico comienza entre los 20- y 30 minutos y se mantiene efectiva durante 4 a 5 horas.

El hexobarbital, en dosis de 260 mg es un barbitúrico de acción corta que se manifiesta a los 15 ó 20 minutos y se prolonga al rededor de 3 ó 4 horas.

El etinamato es también de acción rápida; su efecto comienza a los 15 ó 20 minutos, su acción persiste solo durante dos horas.

El seconal sódico es el que produce efectos sedantes más profundos; y el etinamato, los más suaves.

La bantina se usa cuando está contraindicada la atropina, en casos como: presión arterial alta, problemas cardíacos, etc., es menos efectiva que la atropina.

Quando la operación se realiza por el método inmediato o sea la intervención en una etapa se puede adminis-

trar el Seconal Sódico y la Bantina; ingerir la cápsula 15- minutos antes de la cita.

Su administración se hace de acuerdo a la siguiente fórmula:

Seconal Sódico.....100mg.
Bantina..... 50mg.

Para niños menores de 12 años debe administrarse la mitad de la dosis señalada o también un elixir de Seconal, - una cucharada de té por cada 10kg. de peso. El promedio de los niños requerirá de 3 a 4 cucharadas de té, equivalente a 15cm cúbicos o una cucharada sopera.

Si se sustituye el Seconal sódico por el Hexobarbital, éste se dará unos 15 minutos antes de la intervención- si ella habrá de realizarse en una etapa o justo antes de - obturar el conducto si fuera en dos.

Cuando la intervención se va a realizar en dos etapas o sea que necesite de una sedación breve puede administrarse Etinamato (Valmit) 15 minutos antes de la cita. Se - administrará la Bantina o Atropina junto con el Etinamato.- Ingerir tabletas 15 minutos antes de la cita.

Puede prescribirse la siguiente fórmulas

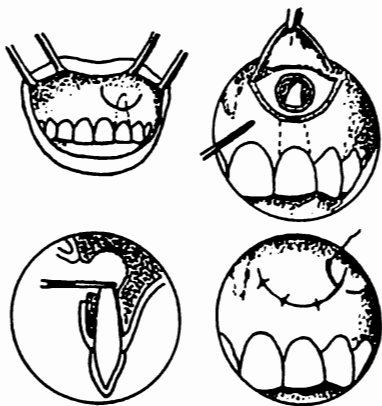
Etinomato (Valdmit)..... 100mg.
Sulfato de atropina..... 0.65mg.

Podemos reemplazar la premedicación por la Co-medicación, inyectando junto con la solución anestésica de 30 a 50 mg. de clorhidrato de Demerol (Meperidina).

La acción de éste comienza al cabo de 5 minutos, y el efecto sedativo dura aproximadamente una hora.

En el caso de intervenciones problemáticas podemos utilizar:

Nobrium.....10 mg.
2 horas antes de la intervención.
Valium inyectable..... 10 mg.
20 minutos antes de la intervención.
Triprolen inyectable..... 11000, 00 U.
media hora antes de la intervención.





IX PROCEDIMIENTO OPERATORIO

a) TRATAMIENTO PREOPERATORIO

La cavidad oral debe ser puesta en condiciones para la intervención. En algunos casos será necesario hacer una profilaxis o el tratamiento gingival previos. Si el paciente es muy aprensivo, debe administrarse una premedicación adecuada. Los principios de la asepsia deberán ser cumplidos rigurosamente.

Como ya se dijo en el capítulo donde se trata la evaluación preoperatoria del paciente hay que tomar en cuenta el estado general en que se encuentra este, así como tener conocimiento de todas las contraindicaciones ya explicadas en el capítulo anterior.

b) ANESTESIA

Ordinariamente la cirugía periapical se realiza bajo anestesia local, sin embargo, la general puede ser utilizada en ciertos casos seleccionados. La inyección infraorbitaria y la nasopalatina son usualmente empleadas para la anestesia del maxilar superior y puede ser complementada con infiltración local. En el agujero nasopalatino se deben de-

positar 0.5 centímetros cúbicos de solución. Si la inyección no es efectiva, el paciente experimentará dolor cuando el hueso sea cureteado. La anestesia unilateral o bloqueo - bilateral mandibular es utilizada cuando se debe practicar la cirugía en un diente anterior e inferior. Esta podrá ser completada con una infiltración local.

c) ABORDAJE DE ZONA QUIRURGICA

TÉCNICA DE COLGAJO. El trazado del colgajo está subordinado a diversos factores. Ellos incluyen el estudio de las superficies anatómicas, la inserción de los músculos, - la extensión de la lesión periapical, la proximidad del --- diente adyacente normal, la inclinación de las raíces y el largo del diente a intervenir. El tipo de colgajo más común en cirugía periapical es el de media luna. Otros tipos de - incisiones son el de media luna invertida, el tipo en "V" - o en "L" que son utilizadas según lo exijan las condiciones que se presentan. No importa el tipo de colgajo que se emplee, en cambio ciertos hechos fundamentales deben observarse y ellos son:

1. La incisión debe ser lo suficiente extensa como para obtener una adecuada visión. Generalmente - un diente vecino debe ser incluido en ellas. Se-

debe evitar que la incisión interese el frenillo.

2. La sutura debe descansar sobre el hueso y no debe incluir los tejidos del repliegue gingival.
3. El corte debe ser limpio abarcando mucosa y periostio. Debe evitarse una excesiva tensión, estiramiento o laceración del colgajo porque tienden a aumentar el edema postoperatorio.

d) **EXPOSICION DEL APICE**

La mucosa y el periostio son rebatidos con el extremo romo de un periostótomo mientras que el borde del colgajo es mantenido en alto con una erina. En algunos casos, el hueso que cubre el ápice está parcial o completamente reabsorbido. Cuando esto suceda, se intentara localizar el ápice con un explorador o con un cincel acodado en forma de hoz. Una vez que las relaciones anatómicas estan determinadas, el hueso puede ser resecado con un escoplo agudo mediante la presión de la mano o bien por medio de una fresa.

Si la tabla ósea no está perforada y si existe una lesión periapical visible en la radiografía, se perforará dicha zona con un instrumento afilado o con una fresa. Cuando

do la lesión y el ápice están definitivamente localizados, - el hueso es desecado. Si éste está sano y si no se observa ninguna lesión, debe ser retirado con mucho cuidado debiendo mantenerse en todo momento una adecuada visión del ápice.

e) CURETAJE DE TEJIDO NECROTICO

El tejido necrótico y el exceso de material de curación deben ser extraídos a cureta. Si el ápice no va a ser resecado se lo alisa con una cureta o con el cincel acodado en forma de hoz. Si es necesario, se pule ligeramente el extremo de la raíz con una fresa. Todos los bordes agudos deben ser alisados. El tejido blando localizado sobre palatino puede ser retirado satisfactoriamente con pequeñas curetas y cinceles para paradentosis que obran mejor que las — largas curetas quirúrgicas. Si es preciso, la abertura ósea se agrandará lo suficiente como para mantener o permitir un mejor acceso a la cara palatina de la raíz.

f) RESECCION DEL APICE

El ápice es cortado con una adecuada fresa de figura y alisado con una fresa redonda. Un pequeño chorro de solución fisiológica caliente ayudará a prevenir un posible — daño tisular. Además, el recalentamiento del hueso puede —

provocar una necrosis. Puede usarse un método alternado: es-
coplo agudo y martillo. El escoplo es aplicado perpendicu-
larmente a la raíz y un agudo corte es hecho al ras, mien-
tras que la corona del diente es firmemente mantenida entre
los dedos. La aspiración es necesaria para mantener una visi-
bilidad adecuada.

La amputación de la raíz debe ser llevada hacia in-
cisal, por lo que es preciso cortarla en forma oblicua, es-
to se hace también para conservar la estructura de la raíz-
asi como para una mejor visibilidad durante la obturación -
retrograda si ésta se va a efectuar después de la cirugía.

g) OBTURACION RETROGRADA

Estando hecho el corte apical y la eliminación de -
las zonas patológicas, se debe mantener seca la cavidad pa-
ra evitar una salida de sangre que pueda humedecer el con-
ducto radicular, utilizando para ésto gasa o un aspirador.

El conducto radicular debe ser ensanchado y estiri-
lizado convenientemente, para evitar un fracaso en éste tra-
tamiento. Se esteriliza mediante ácido fenolsulfónico neu-
tralizado con bicarbonato de sodio.

El conducto se lava con mechas impregnadas de agua-oxigenada; y se deshidrata con alcohol y aire caliente. Para la obturación del conducto podemos elegir indistintamente conos de gutapercha o conos de plata.

Se elige un cono estéril cuya longitud y diámetro - habrá sido verificado inmediatamente después de amputado - el ápice, se prueba para asegurarse que se adapta satisfactoriamente tratando que sobresalga por el agujero superior del diente intervenido.

Se verifica su adaptación mediante una radiografía, se retira el cono y se introduce una punta absorbente en el conducto.

Se mezcla el cemento para conductos y se verifica - la consistencia, se retira la punta absorbente y se recubre el conducto con cemento. Se toma el cono y se cubre su superficie de cemento pasándolo sobre éste y se lo introduce en el conducto haciendo presión.

Se espere unos minutos para retirar el exceso de material de obturación, esto se hace brufiendo el cono de gutapercha con un instrumento caliente si es que se ha empleado esta, si se utiliza el cono de plata se corta el ex-

ceso con una fresa redonda con la cual le brucimos sobre la pared de la raíz para que el conducto radicular selle perfectamente.

h) SUTURA

Se adapta perfectamente el colgajo en su lugar y se sutura utilizando catgut con aguja atraumática semilunar — número 3 o 4 e hilo quirúrgico o seda negra número 000 ayudándose con un portaagujas respectivo.

En caso de que al paciente le resulte difícil regresar para la rección de los puntos de sutura, puede usarse catgut con aguja atraumática, material éste que se reabsorbe aproximadamente en diez días, aunque se debe tener mucho cuidado al momento de hacer los nudos ya que tienden a soltarse por ser mas rígido.

Los puntos de sutura que se colocan son aproximados a la amplitud de la incisión, si la resección se ha realizado en un solo diente generalmente se requiere de tres a cuatro puntos de sutura.

Generalmente en los dientes antero inferiores se requiere mayor número de puntos de sutura esto debido a la mo

por movilidad del labio inferior al hablar y al masticar.

Se coloca el primer punto de sutura en la línea media y se colocan los demás puntos a uno y otro lado.

Para retirar los puntos de sutura se espera de 4 a 6 días después de la intervención. Se cortan los nudos con unas tijeras pequeñas y afiladas, se retira de los cabos — sueltos con pinzas de algodón. Si no se presenta ninguna alteración durante el período de cicatrización, la incisión — será apenas visible a las dos semanas de la intervención.

I VARIACIONES EN EL TRATAMIENTO

1. RESECCION INDIRECTA

Ciertos estados especiales necesitan un tratamiento desde el ápice del diente y ellos son:

a). La presencia de una lesión periapical con un — conducto parcial o totalmente obliterado por un proceso de — calcificación. Esto es común cuando el diente ha sido sometido a un trauma o a una irritación pulpar y en el que la — pulpa ha experimentado una calcificación secundaria pero — permanece viva. La calcificación no se presenta necesaria—

mente en un orden establecido desde la porción coronaria al ápice del canal pulpar, y en algunos puntos del proceso la cantidad de sangre aportada a la pulpa vital remanente está disminuída. Esto determina la ruptura del tejido pulpar y la aparición de productos tóxicos que actúan como irritantes de los tejidos periapicales, cuyo resultado será una patosis periapical. Algunas veces se presenta una calcificación completa sin ruptura de la pulpa remanente y sin lesión de los tejidos periapicales. En efecto, la naturaleza ha obturado satisfactoriamente el conducto y el tratamiento ya no será necesario.

b). La presencia de un instrumento de metal que no puede ser extraído sin provocar la fractura del diente.

c). La presencia de una antigua obturación en el canal que no puede ser satisfactoriamente retirada y en el que el tratamiento puede fracasar por causa de una obturación inadecuada.

Usualmente, el tratamiento está limitado a los dientes anteriores, pero en casos especiales los posteriores también pueden ser tratados de acuerdo con la técnica siguientes:

1. Acceso al ápice del diente es obtenido de la manera usual, a través del hueso. Este acceso debe ser necesariamente más amplio que el necesario para una cirugía peripical de rutina.

2. Los tejidos enfermos que rodean al ápice deben ser extraídos por curetaje.

3. El ápice es seccionado con una inclinación de 45 grados de modo que la superficie mire hacia el operador. Es necesario tener una clara visión de la superficie seccionada.

4. Si la calcificación del conducto pulpar no se ha completado, una pequeña abertura puede ser evidenciada por el explorador. Un pequeño contraángulo colocado en una pieza de mano y una fresa de cono invertido, son necesarios para efectuar una pequeña abertura que albergará a la amalgama. Para ello, se socava las paredes hasta una profundidad de dos milímetros de la dentina. Si el ápice es abierto, es ensanchado e irrigado. La instrumentación de un conducto curvo puede ser llevada acabo por este procedimiento.

5. Todos los restos pulpares son extraídos, se termina la preparación de la cavidad a seco y el ápice es ais-

lado con gasa esteril, esponja de gelatina absorbible o, si el espacio lo permite, con un trozo de gasa para exprimir la amalgama, se cubre el ápice.

6. Las partículas de amalgama son llevadas a la cavidad, donde se las condensa y se las pule. Debe tenerse --cuidado de que la amalgama no caiga en los tejidos vecinos, ya que su retiro es muy difícil, una adecuada succión mediante el aspirador debe efectuarse durante el desarrollo del procedimiento.

7. El taponamiento es retirado, la zona irrigada y la herida cerrada por el método usual.

2). CIRUGIA PERIAPICAL PREVIA A LA OBTURACION DEL CONDUCTO

En algunas ocasiones es necesario apartarse de los procedimientos de rutina de obturar primeramente el conducto y después efectuar la cirugía periapical. Esta situación se presenta cuando una gran cantidad de exudado se acumula en el conducto partiendo de una lesión periapical; no pudiendo ser controlado por la terapia radicular de rutina. -

Por lo tanto, es imposible mantener el conducto suficiente-

mente seco con el fin de obtener un adecuado relleno del mismo. El procedimiento usual es inadvertido y la cirugía periapical se inicia antes de que la obturación del conducto se complete. El área periapical es expuesta y los tejidos enfermos son retirados a cureta. Si la raíz debe ser resecada, este procedimiento será pospuesto hasta después de la obturación. La cavidad ósea resultante es taponada con gasa estéril o con gelatina absorbible o esponja de gelatina y el colgajo es repuesto temporariamente a su posición normal. Se coloca un trozo de goma sobre el diente y el canal es agrandado y sobreobturado. Se toma una radiografía para verificar la condensación de la obturación. Se retira el taponamiento y el exceso de obturación y si es necesaria la resección, debe practicársela en este momento.

3). OBTURACION DEL CONDUCTO RADICULAR Y CIRUGIA PERIAPICAL EN UNA SOLA SESION

La obturación del conducto y la cirugía periapical puede ser llevada a cabo en una sesión. Este método es empleado algunas veces cuando el tiempo que se dispone es limitado o cuando es necesario tratar un diente anterior en el que es imposible mantener la asepsia durante una fractura por debajo del margen gingival. etc. El conducto es abierto y preparado con un instrumento de igual tamaño o dos

veces más largo que cuando no se efectúa la terapia conservadora. Algunos operadores usan ácidos inorgánicos como el ácido fenolsulfónico, ácido sulfúrico, etc., neutralizando con solución de bicarbonato de sodio con el fin de ensanchar el conducto para su tratamiento. Estos ácidos son altamente cáusticos y su empleo puede resultar perjudicial para los tejidos. Ostby ha recomendado el uso del ácido etilendiamino tetracédico, un elemento muy generalizado para limpiar, desinfectar y ensanchar los conductos radiculares y como sustituto de los cáusticos ácidos inorgánicos.

La solución parece ser relativamente no tóxica al tejido y es capaz de llevar a cabo una efectiva desmineralización de las paredes de la dentina. Este es generalmente sobreobturado por sobre el ápice y sellado y el curetaje periapical o la resección de la raíz pueden ser practicados. Si es posible mantener el canal lo suficiente seco para una obturación satisfactoria, la cirugía periapical debe ser realizada previamente a la obturación, como ya se ha descrito con anterioridad.

XI INSTRUCCIONES POSTOPERATORIAS

Una inadecuada atención postoperatoria puede destinar el fracaso de una satisfactoria intervención quirúrgica,

mientras que una falta absoluta de los cuidados preoperatorios, por parte del operador, puede llegar a poner en peligro la vida del paciente. Por ejemplo, si un paciente con historia de oclusión coronaria no es suficientemente preparado, puede sufrir un ataque de resultado fatal. Y, por la misma causa, una complicación postoperatoria, tal como una infección impropia o inadecuadamente tratada, puede conducir al paciente a la muerte.

Por lo tanto, no deben sustituirse los principios de un buen cuidado pre y postoperatorio para evitar estas complicaciones. Felizmente, muchos de los errores que se cometen no terminan en la muerte, pero pueden causar dolor y modificación en la salud del paciente, y al dentista angustia, pérdida de su reputación y hasta demandas judiciales.

Las instrucciones postoperatorias son absolutamente necesarias para asegurar el éxito de la intervención. Es bien sabido que la inadecuada o simplemente falta de instrucción postoperatoria, pueden ser causa de una deshincencia de las heridas mejor operadas. Con todo, y a pesar de ello, muchos dentistas no dan instrucciones para proteger su cirugía, a pesar de que la palabra escrita al final de una intervención es mucho más efectiva que todas las instrucciones verbales que puedan darse al paciente.

Si las instrucciones postoperatorias son mimeografiadas y son estudiadas por el paciente juntamente con el dentista antes de la partida, éstas tendrán un máximo de efectividad. Las órdenes postoperatorias deben ser claras y sucintas, pero con suficientes detalles para resolver los problemas comunes en toda cirugía. Un ejemplo de instrucciones postoperatorias es el siguiente, el cual puede ser modificado de acuerdo a las necesidades que se presenten:

1. **IRRIGACION.** No se irrigue por 24 horas, al cabo de las cuales haga un suave lavaje (1 cucharadita de sal en un vaso de agua tibia).
2. **CUIDADO DE LA HERIDA.** No toque la herida con la lengua.
3. **DIETA.** Alimentese bien con una alta proporción de proteínas y calorías, ésta debe ser líquida o blanda.
4. **DESCANSO.** El paciente debe reposar y acostarse de las ocho a las diez de la noche.
5. **HINCHAZON.** Bolsa con hielo sobre la cara, diez minutos sobre ella, después cinco minutos cada -

seis horas en el resto del día.

6. DOLOR. Tome dos o tres aspirinas cada cuatro horas, si es necesario, o lo que se prescriba directamente.
7. CALOR. No se huse sobre la cara.
8. EMPAQUETAMIENTO CON PETROLATO. Tome una gasa humedecida con petrolato hasta obtener una consistencia de jales y colóquela sobre la herida, cin cuenta minutos después de la intervención, reemplazándola después de las comidas si es necesario.
9. COMPLICACIONES. Puede haber hinchazon por cinco días, pero en los subsiguientes pueden presentarse complicaciones, debiendo ponerse en contacto con nosotros inmediatamente. A los pocos días de la intervención puede presentarse un dolor incon trolable, una severa hemorragia, alta temperatura, dificultad para abrir la boca o excesiva hinchazón.

XII COMPLICACIONES EN CIRUGIA PERIAPICAL

Si el cirujano dentista no está preparado para afrontar o si se siente incapaz de tratar las complicaciones quirúrgicas que se le pueden presentar durante o después de una cirugía periapical, será mejor en pensar en la posibilidad de enviar su cirugía a otro cirujano competente, esto con el fin de evitarse él mismo preocupaciones y evitarle al paciente malestares que pueden ser evitadas o prevenidas. Además, debe tener un adecuado juicio quirúrgico para efectuar una rápida consulta cuando las complicaciones postoperatorias toman un mal cariz.

a). HEMORRAGIA.- Cuando el paciente telefona por primera vez que se ha presentado una hemorragia y usted determina que su naturaleza es mínima, aconseje un tratamiento en casa del enfermo. El paciente puede ser instruido para que se mantenga quieto mientras mantiene colocada sobre la herida una gasa con petrolato o un empaquetamiento de algodón, que es mantenido firmemente con los dientes en oclusión. Otras personas suelen llamar después de la primera se día hora y relatar el progreso obtenido, pero si la hemorragia continúa o la severidad de la misma no permite apreciar la a través de la consulta, el paciente debe concurrir inmediatamente al consultorio.

Provisto de una adecuada historia preoperatoria y - si el examen descarta una diátesis hemorrágica, el problema de la hemorragia puede ser resuelto en un corto período de tiempo si son adoptadas las medidas siguientes:

1. Preparar en una bandeja anestesia local, un adecuado hemostático e instrumental antes de que llegue el paciente.

2. Limpie la cara y la cavidad oral mientras tranquiliza al enfermo.

3. Administre una anestesia en la región.

4. Por medio de un empaquetamiento y aspiración, observe la herida y determinar si procede: a) de una arteria (color rojo claro y pulsátil); b) de una vena (color obscura y de flujo uniforme); c) de un capilar (de color obscuro y de muy lento fluir) o si proviene del hueso o del tejido blando.

5. Después de determinar la naturaleza del problema, aplicar un empaquetamiento a presión y emplear uno de los métodos de tratamiento más apropiados.

En todos los casos, después que la hemostasia ha si

do conseguida, soldamos el empaquetamiento de petrolato y lo colocamos en su lugar por algunas horas, permaneciendo - el paciente en posición de sentado. El empaquetamiento debe ser mantenido de tal manera que el paciente pueda ocluir -- con sus dientes anteriores.

Quando una hemorragia secundaria aparece a los tres o cuatro días de la intervención, la etiología más probable es la erosión de un vaso debida a una infección. El problema puede ser grave y aunque la hemostasia es vencida en la forma ya descripta, la terapia antibiótica está indicada.

b). INFECCION POSTOPERATORIA DE TEJIDO BLANDO. La - infección postoperatoria puede ser causa de una celulitis, - pero este estado debe ser diferenciado del edema y del hematoma postoperatorio. Después de la valoración del paciente - en lo referente a nutrición, descanso, temperatura, condición sistémica general y de los espacios faciales afectados se recomienda el siguiente método de tratamiento:

1. Instrucción dietética.
2. Descanso, analgésicos y sedantes.
3. Incisión y drenaje tan pronto como sea posible.
4. Antibióticos si son necesarios.

5. Visita diaria y número telefónico para comunicación inmediata.

c). **OSTEITIS ALVEOLAR.** El dolor postoperatorio generalmente precede a una infección localizada en las paredes del alvéolo, llamada osteítis alveolar. Los tres síntomas - que contribuyen al diagnóstico de una osteítis alveolar son: 1) dolor obtuso persistente, 2) exposición del hueso, y 3)-olor fétido del alveolo.

Estos tres síntomas no se evidencian siempre en cada caso, pero el diagnóstico no es difícil. Los síntomas comienzan por igual con ese dolor obtuso, a los tres o cuatro días, y si no es atendida o se maltrata, una osteítis puede transformarse en una osteomielitis. El siguiente método de tratamiento es uno de los muchos que aparentemente llevan - al mismo resultado: bienestar del paciente y curación del - hueso infectado.

1. Eliminación con jeringa de los restos del alvéolo.
2. Aislación y secado con suavidad del alvéolo.
3. Eliminar algún coágulo desprendido- no curetear.
4. Aplicar una gota de eugenol en el extremo de una pinza para algodón.

5. Hacer una curación de eugenol, óxido de zinc en polvo, petrolato y algunas hebras de algodón de manera de - alcanzar una consistencia débil, se lo coloca en el alvéolo con lo que se obtiene la cesación del dolor.

6. Reemplazar diariamente las curaciones hasta que el dolor haya cedido, por lo general, después de 24 horas.- Se reemplaza cada tres o cuatro días hasta que el hueso se recubre de tejido de granulación. En ese momento, se hace una irrigación con agua, por medio de una jeringa, que mantendrá la herida del paciente libre de desechos hasta que el alvéolo esté completamente relleno por el tejido de granulación.

El petrolato se incorpora a la mezcla para evitar - que ésta se quebre y la pequeña placa de algodón como vanculo para llevar la mezcla al alvéolo. Si se trata de una - herida retentiva en que el orificio oral es menor que el de defecto óseo, la mezcla de eugenol debe ser sustituida a los - cinco o los seis días. Actualmente, el eugenol es un compo - nente vital que actúa como un anodino y antiséptico úseo - que promueve la curación de la herida por granulación.

Es importante no despertar "stress" evitando el cu - raje para evitar extender la infección del hueso medular, lo que equivale a una osteomielitis.

XIII CONCLUSIONES

Como se ha podido observar en el transcurso de la -- presente tesis, CIRUGIA PERIAPICAL es una técnica sencilla de realizar y de mayor éxito, si la llevamos a cabo mediante un plan de tratamiento adecuado.

Para lograr el éxito requerido, debemos tener pleno conocimiento de las reglas a seguir en una intervención quirúrgica, así como los riesgos que puedan presentarse.

El estado de salud general en que se encuentra el -- paciente, es un factor decisivo para lograr que la CIRUGIA-PERIAPICAL cumpla con los objetivos trazados, para esto, -- nos apoyamos en un recurso muy importante en todo tratamiento quirúrgico que es una buena historia clínica.

Puedo concluir que la CIRUGIA PERIAPICAL es considerada de gran valor en la terapia dental, ya que su empleo -- representa el último recurso que procura mantener la integridad natural de los dientes.

Debemos tener muy en cuenta, que para llevar a cabo cualquier tipo de intervención se debe estar conciente de -- lo que se va hacer, tratando de resolver el problema de la-

XIV BIBLIOGRAFIA

1. ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTZAMERICA. EDWARD C. HINDS. SIMPOSIO SOBRE CIRUGIA O--
RAL EN EL CONSULTORIO BUE--
NOS AIRES, MUNDI 1961.
2. ARCHER, W.HARRY. CIRUGIA BUCAL, SEGUNDA ED. BUEAOS AIRES, MUNDI 1978.
3. FICHLER, HANDB. CIRUGIA BUCAL Y DE LOS ---
MAXILARES, BARCELONA, LA--
BOR 1953.
4. MAUREL, GERARD. CIRUGIA MAXILO FACIAL, BUE
NOS AIRES, ALPA 1959.
5. RIES CENTENO GUILLERMO A. CIRUGIA BUCAL CON PATOLO--
GIA, BUENOS AIRES, ATENED--
1979.
6. GURALNICK, WATERC. TRATADO DE CIRUGIA ORAL, -
BARCELONA, SALVAT, 1971.
7. COLIDGE, EDGAR D. ENDODONCIA, BUENOS AIRES,-
BIBLIOGRAFICA ARGENTINA,
1957.

8. ESCUELA ODONTOLÓGICA
ALEMANA. ODONTOLOGIA CONSERVADORA —
BARCELONA, LABOR, 1937, TO-
MO I.
9. LASALA ANGEL. ENDODONCIA, SEGUNDA ED. CA-
RACAS, CROMATIP 1971.
10. MAISTO, OSCAR A. ENDODONCIA, TERCERA ED. BU-
HOS AIRES, MUNDI 1975.
11. ODONTOLOGIA CLINICA
DE NORTEAMERICA. ENDODONCIA, TERAPÉUTICA ORAL
BUENOS AIRES, MUNDI 1956.
12. SOEMER, RALPH
FREDERICK. ENDODONCIA, BUENOS AIRES, -
MUNDI 1959.
13. S.H. BRASKAR. PATOLOGIA BUCAL, BUENOS AI-
RES, ATEMED 1971.
14. OSCAR C. ALCAYOGA,
R. ALBERTO ALAZABAL. FISILOGIA PATOLOGICA BUCO-
DENTAL, BUENOS AIRES, CUAR-
TA ED. ATEMED 1970.