

Universidad Michoacana
de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Odontología



“Apicectomías en Piezas Monorradiculares”

T E S I S

que para su examen profesional de
Cirujano Dentista

presenta

Volanda Cuevas Zavala

Morelia, Mich.

1958

Universidad Michoacana
de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Odontología



“Apicectomías en Piezas Monorradiculares”

T E S I S

que para su examen profesional de

Cirujano Dentista

presenta

Volanda Cuevas Zavala

Morelia, Mich.

1958

Sumario:

- 1.—CONSIDERACIONES GENERALES.
- 2.—DESCRIPCION ANATOMICA E HISTOLOGICA DE LOS TEJIDOS DE LA REGION DONDE SE PRACTICAN LAS APICECTOMIAS.
- 3.—INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.
- 4.—ESTUDIO DEL ENFERMO.
- 5.—PREPARACION DEL ENFERMO.
- 6.—TECNICA OPERATORIA:
ANESTESIA.
INCISIONES Y COLGAJOS.
OSTEOTOMIA Y SECCION DEL APICE.
TRATAMIENTO RADICULAR.
SUTURA.
- 7.—POSTOPERATORIO.
- 8.—COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR Y CONCLUSIONES.
- 9.—CASOS CLINICOS PRESENTADOS.
- 10.—BIBLIOGRAFIA.

CAPITULO I.

CONSIDERACIONES GENERALES.

La apicectomía es una intervención quirúrgica que tiene por finalidad la supresión de un foco infeccioso formado por el ápice de un diente y los tejidos que lo rodean, con la conservación de la pieza dentaria, como medida complementaria debe efectuarse el tratamiento de la porción del conducto radicular remanente.

La apicectomía es practicada por el Cirujano Dentista, pero como en toda terapéutica ésta también tiene sus indicaciones precisas, reduciéndose a un número limitado de piezas dentarias de las arcadas de los maxilares y siendo éstas de preferencia las monorradiculares.

Esta operación deberá practicarse con criterio y con todos los detalles operatorios, para poder, la mayoría de las veces, salvar piezas dentarias y eliminar infecciones, logrando así un mejor efecto terapéutico y estético.

La teoría de la infección focal ha sido la causa de la inmolación de un enorme número de órganos dentarios, que si se hubieran tratado científicamente y con técnicas adecuadas podrían haber sido salvados.

La posibilidad de que un foco infeccioso bucodentario pueda repercutir sobre el estado general u órganos a distancia es indiscutible. Lo que negamos es la magnitud que se le atribuye. Una infección en cualquier parte del organismo es una amenaza patológica para el resto de la economía y debe erradicarse. En la boca la gran mayoría de éstos focos pueden eliminarse con tratamientos apropiados y concienzudos, ya sean médicos o quirúrgicos, sin recurrir a la extracción de las piezas dentarias y sin que éstas continúen representando un peligro para la salud general. Entre los tratamientos quirúrgicos tenemos la apicectomía que es una de las intervenciones quirúrgicas de

la boca que más satisfacciones ha proporcionado al Cirujano Oral, porque quizás es la operación que mayor número de éxitos ha alcanzado y además es una intervención que se ejecuta para salvar y no para perder algo y salva con promedio de 97% de probabilidades de éxito.

Antes de realizar ésta operación es conveniente hacer un examen de la cavidad bucal por medio de los métodos de exploración ya conocidos con objeto de saber si existen enfermedades paradentarias y caries, que como es sabido son sitios seleccionados especialmente por los gérmenes para su desarrollo y al hacer nuestra intervención nos expondríamos a proporcionar a la herida un mayor número de gérmenes y con mayor virulencia de los que habitualmente pululan en la cavidad bucal.

Deberán tratarse antes de la intervención: lesiones paradentarias, obturarse caries, hacerse las extracciones necesarias y someter a curación las enfermedades de los tejidos blandos.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CAPITULO II.

DESCRIPCION ANATOMICA E HISTOLOGICA DE LOS TEJIDOS DE LA REGION DONDE SE PRACTICAN LAS APICECTOMIAS.

Vamos a exponer en forma breve las características anatómicas e histológicas de los tejidos en los cuales vamos a trabajar quirúrgicamente, para realizar la apicectomía, pues consideramos indispensable conocer dichos tejidos a fondo para asegurarnos mayores probabilidades de éxito en nuestra intervención.

TEJIDOS DE SOPORTE DEL DIENTE.

Los tejidos de soporte del diente están constituídos por la encía la membrana periodontal, el cemento del diente y el hueso alveolar.

Encía.—La encía normalmente puede dividirse en: encía libre, encía adherida y mucosa alveolar.

La encía libre es la parte que no está insertada al diente, lo rodea como un collar y tiene una altura aproximada de 0.5 al 1.5 mm. Forma la pared externa del intersticio gingival y se extiende desde el fondo de este intersticio hasta el margen gingival. Está constituido por tejido conjuntivo fibroso cubierto por epitelio estratificado y generalmente protegido por una capa queratinizada.

Paralelo al margen gingival y a una distancia de 2 mm. corre una línea de depresión que es el surco o margen gingival libre; ésta, marca el límite entre la encía libre y la encía adherida.

La encía adherida se extiende desde el surco gingival hasta el límite de la mucosa alveolar representado por una línea festoneada, la unión mucogingival. Esta encía adherida es queratinizada, punteada, gruesa y carece de capa submucosa; está fuertemente adherida a los dientes y hueso por pesados haces fibrosos colágenos; carece

de fibras elásticas y glándulas. Las células de la capa basal pueden tener granulados de pigmentos (melanina); pigmentación que se encuentra normalmente en los negros, con frecuencia en nuestras razas indígenas y también en la raza blanca de complejión obscura; aumentada considerablemente en las lesiones de la corteza adrenal, enfermedad de Addison.

La superficie epitelial está cubierta por una capa queratinizada "Stratum Corneum", esta capa de desarrollo variable tiene una función protectora contra las injurias mecánicas y la invasión bacteriana.

La mucosa alveolar no es queratinizada, es delgada y flojamente adherida a su base por fibras elásticas y colágenas.

La encía libre forma con el diente, el intersticio gingival, en el fondo de este intersticio, se inicia la unión de la encía adherida con los tejidos duros del diente, ésta unión se inicia por la inserción epitelial, que es una banda de tejido epitelial que se inserta en el tejido del diente, y ésta unión anatómica, se efectúa en el esmalte o en el cemento. Antiguamente se pensaba que la encía principiaba su unión con el diente en la unión del esmalte y del cemento; al principio de la erupción dentaria, se consideraba, que la encía estaba simplemente apoyada en el esmalte formando un espacio virtual y a éste espacio se le llamó "Maetra Gingivalis". Posteriormente se demostró que el fondo del intersticio gingival no estaba localizado en la unión del esmalte y el cemento, sino en la superficie del esmalte y se le denominó inserción epitelial que es una unión orgánica entre la encía y el esmalte del diente. La inserción epitelial prolifera y su localización varía con la edad.

Mientras que al hacer erupción el diente, la inserción epitelial está únicamente en el esmalte, en la vejez queda insertada únicamente en el cemento, quedando a discusión si ésto debe considerarse como fisiológico o como patológico.

Membrana peridentaria.—A continuación de la inserción epitelial, en sentido apical, la encía se une a la raíz por tejido conjuntivo y principia la membrana peridental, periodoncio, pericemento o ligamento alveolo-dental. En la membrana peridentaria se encuentran fibras blancas de tejido conectivo de 0.3 a 0.5 micras de espesor, que se asocian para constituir haces de diferente grosor, son casi inextensibles. Se caracterizan por contener colágena, substancia que por la cocción se transforma en gelatina. Se encuentran también los siguientes elementos celulares: fibroblastos, cementoblastos, osteoblastos, restos epiteliales, vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios, adheridos al cemento por una delgada capa que es el cementoide o precemento.

Los haces principales se engrosan y orientan en determinadas direcciones para unir fuertemente el diente a la pared alveolar.

La dirección de estas fibras ha servido para clasificarlas en grupos que siguiendo a Black serían: **Gingivales libres** que van del cemento a la masa fibrosa de la encía, se encuentran en la encía marginal, pero no en la papila interdientaria, en donde a inmediata continuación de la inserción epitelial se encuentran los ligamentos **transeptales** o interdientarios, que van del cemento de un diente a otro, sobre la cresta alveolar. Los ligamentos **alveolares**, fibras que van de la cresta alveolar al cemento del diente y que solo existen en las caras labial, bucal, lingual y palatina, no existiendo en los espacios interdientarios por estar ocupado el espacio por los ligamentos transeptales. Fibras **horizontales**, que se encuentran inmediatas a la cresta alveolar y su dirección es perpendicular a la raíz. Fibras **oblicuas**, que ocupan la mayor extensión de la raíz, que van oblicuamente de la pared alveolar al cemento, de manera que la presión ejercida en el diente en la masticación, produce una tracción en la pared ósea, que es un estímulo para la formación de nuevas capas óseas. Por último el grupo **apical** que pudiera ser subdividido a su vez en dos grupos: apicales horizontales y apicales verticales.

Cerca de la superficie del cemento se encuentran alineados los cementoblastos y una capa de tejido conectivo, matriz orgánica sin calcificar, que es el cementoide, es una región potencial para la formación de nuevo cemento, en donde pueden organizarse nuevos haces de fibras principales que al calcificarse forman las fibras de Sharpey. La existencia del cementoide, explica la unión de nuevos ligamentos, y así encontramos primero en la juventud los ligamentos cresta alveolares y transeptales inmediatos al cuello anatómico del diente y después en la vejez, se encuentran fuertemente insertados en el cemento, lejos de la unión del esmalte y el cemento. Y es que en el seno de la membrana peridentaria, por activación de los fibroblastos, se forman haces fibrosos con sus extremidades incluídas en el cementoide, que al calcificarse, quedan aprisionados, calcificados (fibras de Sharpey), éste método de unión es tan fuerte que se ha demostrado que es mayor la fuerza de unión de los ligamentos al cemento que la unión que existe entre el cemento y la dentina; en diferentes traumatismos se ha visto cómo fragmentos de cemento se desprenden de la dentina y quedan adheridos a la membrana peridentaria.

CEMENTO.—La raíz anatómica del diente está cubierta por el cemento. El cemento joven y el cementoide como ya se dijo, forman una barrera para el crecimiento apical de la inserción epitelial.

El estímulo que el hueso necesita para permanecer en condiciones anatómicas y fisiológicas normales, está dado por el cemento y en ciertas ocasiones, si el cemento no sostiene ninguna fibra, la pared alveolar correspondiente se vuelve inútil y desaparece.

Pueden considerarse dos tipos de cemento: el primario que no contiene células y el secundario o celular que es el cemento donde han

quedado incluídos los cementoblastos. Los cementoblastos forman numerosas cavidades o lagunas con prolongaciones que son finos canalículos que en ocasiones se conectan con los de las células adyacentes.

El cemento secundario se encuentra en capas gruesas en la proximidad de los ápices, y en la bifurcación de las raíces de premolares y molares.

HUESO ALVEOLAR.—El hueso alveolar es la estructura ósea de sostén que rodea al diente formando los alveolos. Se distinguen dos partes: a) tejido óseo compacto y b) tejido esponjoso o trabecular.

a).—El tejido óseo compacto comprende: 1º—Una pared interna llamada alveolar o lámina cribiforme, es la pared continua que rodea al diente y que presenta numerosas perforaciones para dar paso a vasos y nervios, de ahí su nombre de cribiforme. En esta pared se inserta la membrana peridentaria y no está cubierta por periostio. 2º—Una pared ósea externa, lámina cortical, cubierta por periostio donde está adherida la encía.

b).—Tejido esponjoso, trabecular o medular, hueso alveolar de soporte, se encuentra entre la pared alveolar y la pared ósea externa y está formado por trabéculas óseas que limitan espacios medulares de diferentes tamaños que se modifican según la función que tenga la pieza dentaria que soporte.

Los espacios medulares en los procesos alveolares son potencialmente hematopoyéticos pero generalmente contienen médula grasosa.

PULPA DENTARIA.—La pulpa dentaria se origina en la papila dentaria, la cual en un principio está constituida por células sin localización precisa; es ricamente irrigada y contiene muchas terminaciones nerviosas: evoluciona hasta la forma de células estrelladas que se anastomosan formando un retículo y tejido embrionario. Una vez formada cumple con su función de originar y calcificar la Dentina Primaria y conforme el diente va alcanzando su edad adulta, irá formando a su vez Dentina Secundaria.

La Pulpa Dentaria está constituida por los siguientes elementos histológicos: células, estroma conjuntivo, sistema vascular, sistema retículo endotelial, sistema linfático y sistema nervioso. Las células desempeñan una función de reserva y de defensa; el estroma conjuntivo contribuye a darle forma y consistencia; su irrigación proviene de los vasos de la región donde se implanta el diente, así mismo su innervación; entrando ambas por el foramen Apical. El sistema retículo endotelial tiene función granulopéxica, macrófaga y hemocitopoyética.

La pulpa tiene la función de: formar dentina, reaccionar contra los cambios físicos y químicos y defender al diente contra los ataques microbianos. Frente a los cambios físicos y químicos se calcifica para protegerse, si el ataque es persistente puede degenerar hasta necrosarse.

La pulpa dentaria está contenida en una cavidad Cámara Pulpar que se encuentra en la corona del diente, extendiéndose hasta el cuello del mismo.

Canal dentario es un conducto que comunica la Cámara Pulpar con los sistemas nervioso y circulatorio por medio del agujero apical.

En general la forma de la cámara pulpar y los conductos radiculares corresponden a la forma exterior del diente; sin embargo, varía constantemente debido a la formación continua de dentina, dicha formación es de fuera a dentro y está en relación directa con el agente provocador, la edad y el estado de salud del individuo, éste cambio de forma origina la disminución de la luz de la Cámara Pulpar y de los conductos radiculares.

En los dientes unirradiculares por regla general hay un solo canal que parte un poco abajo de la línea cervical y en los demás dientes exceptuando la primera premolar superior que algunas veces tiene dos, hay habitualmente un canal por raíz de la pieza dentaria. Hay piezas dentarias que poseen mayor número de canales que de raíces, como las primeras premolares ya señaladas y las primeras gruesas molares inferiores y terceras gruesas molares superiores e inferiores.

La edad del paciente hace variar el diámetro de los canales, pudiendo en edad avanzada estar obliterados por calcificación. Si la pulpa se degenera antes de terminar la calcificación primaria del diente, el crecimiento del mismo se detiene.

Los dientes en general pueden tener canales accesorios o secundarios como ramificaciones del canal principal, encontrándose habitualmente en el tercio apical, pero pueden existir en cualquier porción de la raíz. Hay casos de bifurcaciones que terminan en un solo foramen apical, otras que tienen salida en orificios diferentes, (forámenes). Cuando hay anomalías radiculares, cada raíz tiene sus canales accesorios.

Es frecuente encontrar, tanto en la cámara pulpar como en los canales, nódulos o cálculos que según su tamaño o disposición pueden llegar hasta a impedir los tratamientos radiculares.

CAPITULO III.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.

Para realizar la apicectomía debemos tener en cuenta factores que desde el punto de vista local o general nos indican o dificultan la operación hasta llegar a impedirnos realizarla.

Está indicada la apicectomía en toda pieza dentaria que pueda retomar su funcionamiento normal una vez realizada la intervención.

Desde éste punto de vista las indicaciones son de dos tipos: patológicas y no patológicas.

No patológicas	Falsas vías de conducto radicular. Rotura de instrumentos dentro del conducto radicular que rebasen o no el ápice radicular (ensanchadores, limas, sondas y tira-nervios). Rebase del ápice radicular con los materiales de obturación del conducto radicular. Obturación incompleta del conducto radicular. Forma curva del tercio apical. Estenosis del canal. Fractura del tercio apical. Conservación de prótesis.
Patológicos	Abscesos agudos o crónicos. Granulomas. Cementomas. Quistes apicales. Quistes de origen dentario que tomen uno o más dientes. Infección Residual, secuela de tratamiento de conductos radiculares.

Dentro de las indicaciones no patológicas encontramos: cuando, por malas maniobras operatorias, en el transcurso del tratamiento

del conducto se hubiera producido un falso canal. Si éste se encuentra cercano al ápice puede hacerse desaparecer al seccionar convenientemente la porción radicular.

En los casos en que se ha roto un instrumento dentro del conducto y que no puede ser retirado por la vía normal.

Rebase del material obturante en el ápice radicular pues no hay otra manera de poder retirarlos y sabemos que obran como irritantes a las células del paradencio apical.

Obturación incompleta del conducto radicular.

Cuando, por curvaturas radiculares u obturaciones del conducto, por reacciones de los tejidos orgánicos se hace imposible su correcto tratamiento.

En casos de fractura radicular, cuando la porción apical a retirarse sea de tamaño tal que no afecte la estabilidad del diente.

En las indicaciones patológicas debemos efectuar apicectomías para eliminar los tejidos patológicos y evitar la propagación de las infecciones a los tejidos contiguos.

Contraindicaciones.—Estas son: generales, locales y anatómicas.

Generales

Discracias sanguíneas.
Diabetes.
Uremia.
Hipocalcemia (libres).
Hipoavitaminosis K, C y P.
Disminución de fibrinógeno.
Padecimientos que afectan los elementos figurados de la sangre:
Anemias (disminución de rojos).
Leucopenias (disminución de blancos).
Trombopenias (disminución de plaquetas).
Leucemias (aumento de blancos).
Padecimientos cardiacos no compensados.
Hipertensión.
Algunos padecimientos hepáticos y renales.
Padecimientos infecciosos agudos ya sean generales o locales.
Disminución de resistencia por debilitamiento del estado general.

Locales

Cuando las lesiones apicales de cualquier naturaleza que sean tomen más de un tercio de la raíz.
Cuando existan abscesos paradentarios que hayan destruido el soporte osteo-radicular o bolsas piorréicas que hayan destruido la lámina interna o externa del proceso alveolar, disminuyendo los elementos de sustentación del diente dentro de la cavidad alveolar.
Soportes de prótesis que desvitalizados no resistan el trabajo.

Anatómicas

Enanismo de las raíces con coronas: normales, enanas, gigantes.
Relación intermaxilar en mordida cruzada .
Oclusión traumática.
Proximidad o irrupción de los ápices a elementos anatómicos importantes.
Cuando hay demasiado tejido óseo entre el ápice y el exterior.

Cuando las infecciones apicales hayan destruido más de un tercio de los tejidos de soporte, no se deberá intervenir, pues no está garantizada la reposición de tejido perdido y el diente terminará por ser expulsado.

En padecimientos paradentarios en que se hayan destruido los tejidos de soporte, (estará contraindicada la apicectomía), y al eliminar el ápice se pierda más de un tercio del sostén de la pieza dentaria.

En prótesis donde el diente por tratarse tenga excesivo trabajo es aconsejable la extracción y el cambio de tipo de prótesis.

Dentro de las contraindicaciones anatómicas tenemos:

Las raíces enanas, que no toleran cortes en su longitud pues si ya es deficiente su medio de sujeción, disminuyéndolo, se desalojará el diente.

Los dientes apicectomizados deben tener una oclusión perfectamente balanceada, si no es posible obtener ésto, no debemos operar, ya que la pieza se perdería debido al sobrecargo en la masticación.

Para intervenir se debe tener presente que los ápices deben estar fácilmente a nuestro alcance, pues en piezas donde existen grandes cantidades de tejido óseo, tendríamos que destruir porciones voluminosas para hacernos accesible el paso para la intervención, lo que traería como consecuencia, mala visibilidad y deficiente accesibilidad.

El estado general del enfermo es de suma importancia, ya que en algunos padecimientos no se pueden intentar tratamientos locales,

pues aparte de que el organismo no respondería, no es conveniente causar nuevas molestias al sujeto. Las lesiones cardiacas nos prohíben exacerbar los movimientos bacterianos por la circulación con cualquier maniobra quirúrgica, aparte de que nos hacen tener estricta vigilancia en el tipo de anestesia que empleemos.

Las enfermedades hemorráparas nos harán posponer nuestro tratamiento hasta controlar perfectamente a nuestro paciente. Las lesiones en órganos nobles como el hígado y el riñón nos restan elementos de defensa y de resistencia, por lo que no debemos dejar un punto vulnerable al ataque microbiano en la cavidad bucal.

En conclusión en ningún estado general en que se favorezca la infección focal o en el que haya posibilidad de poner en peligro la vida del enfermo, debemos intentar hacer una apicectomía.

Con respecto a la edad del paciente, no hay ninguna contraindicación absoluta, pero debemos tener en cuenta que en las personas de edad avanzada, los procesos de regeneración, son más lentos que en los jóvenes, además cuando en estas personas se realiza cualquier tipo de intervención, hay menos provabilidades de éxito que en las personas jóvenes.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CAPITULO IV.

ESTUDIO DEL ENFERMO.

Vamos a hacer un estudio de la cavidad oral porque creemos que es indispensable para determinar si es posible hacer la intervención quirúrgica, que en este caso será una apicectomía; creemos que para realizarla debemos conocer en detalle el estado de la boca porque sabemos que las enfermedades paradentarias y la caries son sitios seleccionados especialmente por los gérmenes para su desarrollo y al hacer nuestra intervención, tendremos mayor peligro de que nuestra herida se infecte.

El reconocimiento en la boca lo hacemos examinando por medio de los métodos de exploración ya conocidos, las diferentes regiones y cada uno de los tejidos que las integran, acostumbrando hacerlo en el mismo orden siempre para no dejar ninguna parte sin estudio.

Es de sumo interés el examen bucal porque hay lesiones, como las paradentarias, que por sí mismas son un inconveniente definitivo para realizar una apicectomía.

La articulación intermaxilar es de sumo interés en una intervención como ésta, pues debemos tener en cuenta que la pieza por tratar ya no va a tener la misma resistencia que normalmente tenía, y una articulación cruzada o en la que solamente determinadas piezas soporten la fuerza de la masticación y entre ellas la antes dicha, tendría como consecuencia el desalojamiento de ésta o la recidiva de la infección y por lo tanto el consiguiente fracaso, pues no podría efectuarse la regeneración normal de los tejidos en la zona que estaba infectada, así pues, debemos tratar de corregir en lo posible esta articulación.

Cuando se va a hacer una prótesis tomamos en consideración varios factores como son: el estado de salud de los tejidos, de las piezas soportes, así como de su resistencia, la cual está clasificada según

la pieza de que se trata, en resistencia máxima, media, y mínima, de esta manera un diente en el que se ha hecho apicectomía, tendrá forzosamente disminuída su resistencia por lo que se evita ser usado como soporte en las prótesis; sin embargo, puede usarse como soporte siempre que el trabajo por desarrollar o soportar no sea muy grande.

El estudio del estado general del paciente debe ser tan detallado como lo amerita nuestra intervención, pero no es necesario hacer un examen que nos lleve a elaborar un diagnóstico de padecimientos en órganos que aún cuando son de importancia para la economía del organismo, no llegan a ser un inconveniente para nuestra intervención, así por ejemplo no importa realizar una apicectomía en un individuo que hubiera perdido un miembro en un atropellamiento; pero sí es importante conocer el estado de los aparatos respiratorio y cardiovascular para saber fundamentalmente el tipo de anestesia que debemos emplear, por regla general los pacientes que se someten a una intervención de este tipo son pacientes ambulantes, y por lo tanto en condiciones de ser operados, pero hay casos de lesiones cardíacas sobre todo, que ameritan preparación especial del enfermo para evitar accidentes.

Es también muy importante la edad de nuestro enfermo, pues un organismo viejo y con sus defensas orgánicas disminuídas no puede reaccionar de igual manera que un joven.

En un niño generalmente está contraindicada una intervención de ésta naturaleza debido a que sus forámenes apicales no se han cerrado por completo.

Con el trato de los enfermos nos acostumbramos a apreciar ciertos síntomas que por la simple inspección nos hacen pensar en lesiones de órganos o sistemas que nos obliguen a hacer un estudio profundo del enfermo, así la coloración azul de la piel principalmente en los labios, las posturas en las que el enfermo busca la más fácil respiración, nos conducen a encontrar padecimientos cardiovasculares o respiratorios, la coloración amarilla o bronceada de la piel, la coloración amarilla de los ojos, nos hacen pensar en lesiones hepáticas; ciertas lesiones cutáneas nos guían hacia la sífilis, etc.

Debemos tender a encontrar los signos que por ser interesantes no escapan a nuestra observación o a nuestro interrogatorio para que con ellos hagamos los exámenes, o los mandemos hacer, así como los análisis convenientes.

Repetimos que pocas lesiones nos impedirán intervenir desde el punto de vista del estado general y hacia ellos debemos orientar nuestra investigación como son: las enfermedades del tejido sanguíneo, entre ellas la hemofilia, el aumento o disminución de glóbulos blancos, la disminución de glóbulos rojos, y en general los padecimientos

hemorragíparos; a esos padecimientos llegamos por medio del interrogatorio de los antecedentes del enfermo, efectuaremos los análisis de sangre y los tiempos de sangrado, coagulación y protrombina. El diagnóstico de sífilis se hace por el interrogatorio de las lesiones provocadas por ésta enfermedad, y se confirma por las reacciones serológicas.

La diabetes por medio de los signos característicos de poliuria, polidipsia y polifagia, confirmándose también por la dosificación de azúcar en los análisis de orina y sangre, cuando se hace análisis de orina podemos encontrar aumento en los elementos orgánicos, células, sales de calcio, fósforo, etc., éstos elementos nos indican padecimientos renales, que generalmente no impiden nuestra intervención. Hay síntomas objetivos como los edemas que indican enfermedades renales y que solamente en estados avanzados nos impiden operar.

La tuberculosis en estados avanzados y que diagnosticamos por las cadenas ganglionares, esputos, la coloración de la piel, el brillo de los ojos y el aspecto general del enfermo, que también nos impiden intervenir.

Al encontrar algún padecimiento al que podemos exacerbar con nuestra intervención debemos posponerla o suspenderla, pues es preferible la pérdida de un diente que acarrear un mal mayor al organismo. Cuando diagnosticamos padecimientos en órganos y sistemas, lo conveniente es enviar a nuestro enfermo al médico general o al especialista indicado, y ya con su cooperación podremos tratar a nuestro paciente. Naturalmente que hay alguna enfermedad en la que podremos hacer desaparecer los síntomas que contraindican nuestra intervención, pero insistimos debemos recurrir al especialista cuando sea necesario.

Un factor muy importante entre los métodos de laboratorio, es la radiografía, nuestro estudio radiográfico deberá ser lo más completo posible, para lo cual tomaremos todas las radiografías necesarias para elaborar un diagnóstico radiográfico muy completo; debemos disponer de radiografías en distintos ángulos para conocer íntimamente nuestra pieza por tratar y los tejidos que la circundan, así conoceremos la forma y longitud de la raíz, las características del canal dentario, el progreso de la infección si existe, el estado del paradencio y el tipo de tejido óseo en que vamos a trabajar; también sabremos, cuando esté obturado el canal o cuando ya ha sido vaciado, el estado en que se encuentra. Podremos localizar cálculos pulpares y todo aquello que facilite o impida nuestra apicectomía.

Con nuestro diagnóstico integral podemos iniciar nuestro tratamiento, cuando el estado del enfermo lo permite con el mayor número de probabilidades de éxito.

CAPITULO V.

PREPARACION DEL ENFERMO.

- a).—Estomatocclisis (limpieza de su boca).
- b).—Preparación médica general.
- c).—Preparación psíquica.

Si después de haber hecho un estudio del enfermo tanto en lo que se refiere a su estado general, como al estado de su boca y en especial al de la pieza o piezas por tratar, el diagnóstico nos indica la apicectomía, se deberá preparar al enfermo para la intervención.

Primeramente se le someterá a una total estomatocclisis, dando preferencia a la limpieza mecánica. Deberá pues, eliminarse el sarro ya que en él se encuentra gran cantidad de microorganismos que no sería posible eliminar por medios antisépticos. Esta limpieza mecánica debe practicarse por lo menos uno o dos días antes de la operación, para dar tiempo a la curación de las heridas producidas por la operación profiláctica y a que remita la gingivitis producida por el sarro. Se tratarán también las cavidades cariosas y fístulas que puedan existir en la cavidad oral. Todo esto contribuye a lograr una mejor asepsia relativa ya que no podemos excluir totalmente las bacterias bucales.

Teniendo en consideración que la apicectomía está contraindicada cuando hay padecimientos de orden general, se supone que el paciente tendrá su organismo en buenas condiciones en el momento de someterse a la intervención, en cuyo caso la preparación médica se reduce a prescribir al paciente algún antibiótico de amplio espectro, 48 hs. antes de la intervención.

También se administrará vitamina K a dosis de 0.50 miligramos cada doce horas durante dos o tres días antes de la intervención.

Se recomienda administrar vitamina C para asegurar una rápida cicatrización; se prescribirá de acuerdo con la edad del paciente.

Dentro de la preparación operatoria queda incluida la preparación psíquica del paciente y la sedación de su sistema nervioso por medios farmacológicos. La primera es cuestión de tacto y de sentimientos, trataremos de menguar la importancia del caso y tranquilizar el ánimo del paciente.

La sedación del sistema nervioso se logra administrando un hipnótico la noche anterior a la operación, ya que una noche de insomnio no resultaría una adecuada preparación, también se recomienda cuando se trata de personas emotivas, un sedante media hora antes de la intervención dosificado de acuerdo con la persona.

Preparado así el paciente y llegado el momento de la operación, el siguiente paso será la asepsia de la región por operar, para lograr lo cual se harán embrocaciones de algún antiséptico tanto en la cavidad oral como en derredor de la boca, a continuación se aislará el campo operatorio, colocando sobre la cabeza del paciente una compresa estéril, e interpuesto, además, entre esta y su apoyo en el sillón. Una segunda compresa se colocará sobre el pecho del paciente. Ambas compresas deben sujetarse mutuamente con pinzas de campos.

El operador y su ayudante estarán vestidos con bata y guantes estériles, llevarán cubierta la cabeza así como también la boca y nariz para protegerse contra las gotas portadoras de infección procedentes del campo operatorio, así como para no contaminar el campo operatorio con la saliva o cabello de los operadores.

INSTRUMENTAL.—El instrumental que empleamos para la apicectomía es sencillo y de uso corriente en todas nuestras intervenciones quirúrgicas: jeringa y agujas para anestesia, bisturí, desperiostizadores, espejo de boca, pinzas para aseo, pinzas de campos, pinzas para hemostasia, pinzas de disección, separadores de garfios, separadores romos para carrillo, brocas de bola y de fisura, cinceles, tiranervios, ensanchadores de canales, sondas de canales, cucharillas de Blach, limas para hueso, jeringa para lavado, material de sutura de preferencia hilo de lino, agujas de sutura, pinzas porta agujas, tijeras. Finalmente, se requiere, también, un aspirador estéril para saliva y gasa estéril.

Como se vé el instrumento es reducido y se puede colocar sobre el braquet que estará previamente cubierto por una compresa estéril o bien se puede usar una mesa de Mayo, con su respectiva cubierta estéril.

CAPITULO VI

TECNICA OPERATORIA.

En general el campo operatorio en la cavidad bucal no puede ser aseptico, claro que se toman todas las medidas para preparar la boca como lo hemos indicado; ya para realizar nuestra intervención hacemos embrocaciones de algún antiséptico y aislamos la cavidad oral con campos estériles.

ANESTESIA.—La anestesia que generalmente empleamos para realizar la apicectomía es la local o la regional. No usamos nunca de ser posible la anestesia general, la que complicaría esta pequeña intervención.

Cuando se trata de los incisivos centrales superiores hacemos una punción en el pliegue mucolabial depositando la solución un poco por encima del ápice del diente, inyectando lentamente. Debido a la existencia de fibras nerviosas procedentes del lado opuesto se cruzará la línea media inyectándose en el ápice de ambos incisivos centrales.

Para la anestesia de los incisivos laterales superiores se hará la punción en el pliegue mucolabial depositando el anestésico por encima del ápice del diente, que se encuentra a la altura de la fosa canina.

Para la anestesia del canino superior, el punto de punción está también en el pliegue mucolabial a la mitad del trayecto entre las raíces del lateral y el canino, la aguja se dirige lentamente en dirección distal hasta alcanzar el ápice de la raíz del canino que está algo más alta que el piso nasal.

En los dientes inferiores usamos la anestesia regional. Esta anestesia se completa con la inyección del nervio bucal largo. Cuando hemos de operar sobre los incisivos centrales y laterales, hemos de bloquear las fibras nerviosas procedentes del lado opuesto.

Establecida ya la anestesia iniciamos la intervención propiamente dicha.

Existen varias técnicas para realizar la apicectomía; entre ellas se encuentra la de Partsch, la de Partsch modificada, la de Neuman, la de Wassmund. Cada una de estas técnicas varía en cuanto al tipo de incisión, en la trepanación ósea y en la obturación del conducto. Cada una tiene sus indicaciones; pero la más indicada, la más fácil y la que mejores resultados nos ha brindado es la apicectomía con inmediata obturación del conducto radicularl.

A continuación describiré nuestro modo de proceder que no es más que un conjunto de procedimientos tomados de las otras técnicas de las que hemos eliminado los puntos que creemos inconvenientes, teniendo siempre en cuenta los siguientes principios básicos: 1.—Irradiación de la zona patológica periapical. 2.—Preparación y obturación contenzuda y aséptica del conducto radicular.

INCISIONES Y COLGAJOS.—La incisión es el primer paso operatorio que tiene por objeto la formación del colgajo que desprendido y levantado, pone al descubierto el tejido óseo maxilar. Este tejido deberá ser removido en cantidad necesaria, para poder llevar a feliz término la intervención.

La incisión debe tener forma adecuada y un trazo nítido para lo cual utilizamos un bisturí de hoja corta y filosa.

Respetaremos en lo posible, las zonas muy irrigadas, para poder operar con la menor cantidad de sangre.

Tendremos también en cuenta que una vez realizada la apicectomía los labios de la herida deberán enfrentarse, para así obtener una cicatriz casi imperceptible.

Haremos nuestra incisión en forma tal que cuando el colgajo vuelva a su lugar, los bordes de ésta tengan apoyo óseo en toda su extensión y no pueda invaginarse en la cavidad producida por la intervención.

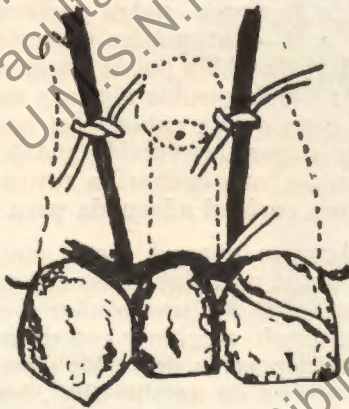
La incisión más conveniente será aquella que nos proporcione un colgajo, que al mismo tiempo que nos dé buena visibilidad, quede bien irrigado.

Creemos que se pueden solucionar todos los casos de apicetomías con dos o tres de las muchas incisoines que existen.

Para realizar apicetomías en uno o dos dientes sin lesiones periodónticas utilizamos la incisión de Partsch, de forma curvilínea y de convexidad dirigida hacia el borde cortante de los dientes, su extensión comprenderá los dientes operados más un diente de cada lado.



Cuando se trata de dientes que además de su foco apical tengan lesiones paradentósicas y que se decida realizar las dos operaciones en forma conjunta utilizamos la incisión de Newman, que consiste en dos incisiones rectas oblicuamente dirigidas desde el surco vestibular hasta el cuello de los dientes, cada una de estas incisiones se inicia en el surco vestibular a la altura de los ápices de los dientes vecinos, dirigiéndose oblicuamente hacia la parte dital de la papila interdientaria correspondiente al diente a operar. En este sitio se desprende el colgajo siguiendo el festón gingival hasta que queden unidas las dos incisiones.



Una vez ejecutada nuestra incisión que debe llegar hasta el periostio, tendremos delimitado el colgajo, que procedemos a desprender. Para ello utilizamos una legra de borde ancho y romo.

Una vez levantado el colgajo lo sostendremos para permitirnos una buena visibilidad del campo operatorio, para este fin utilizamos separadores de garfios y con gasas limpiamos hasta que no haya sangre.

TREPANACION Y SECCION DE APICE.—El colgajo que hemos levantado nos ha dejado al descubierto la tabla externa del maxilar, la cual, tendremos que trepanar para llegar al ápice.

Puede ocurrir que la tabla externa esté perforada previamente por un trayecto fistuloso. Generalmente la perforación ósea coincide con la raíz del diente a operar lo cual nos facilita hacer la ventana ósea que tenemos que abrir.

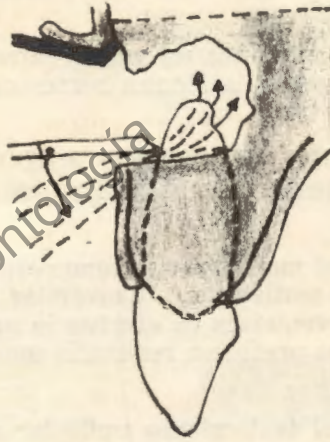
Cuando la tabla externa está intacta, la perforación tratamos de hacerla a la altura del ápice lo más preciso posible.

Antes de que logremos la fenestración ósea, localizamos el ápice de la pieza por operar. Esto lo logramos mediante un estudio radiográfico ayudándonos además por la conformación del hueso que se encuentra abultado en el sitio en que se encuentra el ápice del diente, si éste estuviera profundo podemos localizar su sitio exacto introduciendo una sonda por el canal dentario hasta llegar al ápice y la doblamos en el borde del diente de manera que quede en forma de "U", la retiramos y cortamos del otro extremo a la altura del que introdujimos de manera que al volver a introducir la sonda, el extremo libre nos señala en el tejido óseo el sitio correspondiente al ápice de la pieza.

La osteotomía la podemos llevar a cabo de varias maneras: mediante una fresa redonda hacemos cuatro perforaciones que después unimos por medio del cincel —automático o común—. Puede hacerse con fresa exclusivamente. También puede hacerse el corte con el cincel automático o común; siendo posible algunas veces en que el hueso es sumamente delgado o no existe cubierto el ápice dentario, ya sea por razones anatómicas o por destrucción patológica, por medio de movimientos de palanca con una cucharilla retirar el tejido suficiente para llegar a tener una cavidad adecuada para nuestro trabajo.

Nosotros acostumbramos usar el cincel con martillo, iniciando la ventana ósea haciendo una perforación en el hueso mediante un instrumento con punta, pudiendo ser un botador o el mismo cincel, con el que presionamos en el punto elegido y con un movimiento de elevación se retira una pequeña porción de tejido óseo. Esta brecha ósea la ensanchamos con un cincel de amplio bisel, trabajando en sentido del borde gingival hacia el surco; con pocas maniobras descubrimos la parte superior de la raíz.

El tamaño y la forma que deberá tener la ventana ósea, depende de la extensión del foco.



Descubierto ya el ápice radicular en la cavidad ósea, estamos en condiciones de seccionar la porción terminal de la raíz. Para llevar a cabo este paso usamos el cincel con martillo. Al hacer la sección del ápice con el cincel, el ayudante inmoviliza con un dedo la corona del diente, en la misma dirección en que vamos a aplicar la fuerza, con el fin de evitar un desplazamiento o luxación de la pieza. En estas condiciones aplicamos un golpe de martillo en el extremo posterior del cincel con lo cual, generalmente, el ápice queda seccionado.



Tenemos ya seccionado el ápice radicular, nos corresponde ahora eliminar el foco paradentario, usamos para este fin una cucharilla de Blak con la que eliminamos todo el tejido blando que exista, al mis-

mo tiempo raspamos la cavidad ósea hasta estar seguros de haber eliminado todo tejido enfermo.

Cuando el foco periapical sea un quiste paradentario su extirpación la hacemos de acuerdo a la técnica correspondiente a esta clase de intervenciones.

TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR.—El tratamiento del conducto radicular es uno de los puntos más importantes en la apicectomía.

La determinación del momento oportuno para hacer el tratamiento del conducto ha sido motivo de controversias, pues mientras hay quienes sostienen la conveniencia de efectuarlo uno o varios días antes de la operación, otros prefieren realizarlo uno o dos días después de la amputación radicular.

Nosotros hacemos el tratamiento radicular en la misma sesión en que realizamos la apicectomía, después del acto quirúrgico, pues de este modo obtenemos mejor sequedad en el conducto al mismo tiempo que trabajamos en una raíz que ha sido liberada del foco apical, verdadera fuente de contaminación.

Al operar así, hemos efectuado la limpieza mecánica y química del conducto y su ulterior obturación en un campo más limpio y libre de la contaminación provocada en forma constante por el foco paradentario.

El único inconveniente que hemos encontrado a este procedimiento es la aparente prolongación de la operación, para el paciente. En efecto, el tratamiento efectuado antes de la parte quirúrgica impresiona como una sesión común para cualquier curación dentaria. En cambio, el mismo trabajo efectuado inmediatamente después de la amputación del ápice radicular es, para el paciente, parte integral de la operación misma; manteniéndolo en un estado de alteración nerviosa que creemos oportuno evitar.

Con respecto a las otras oportunidades para tratar el conducto, es decir, varios días antes o después de la operación no las creemos aconsejables. En el primer caso, la obturación efectuada con anterioridad puede producir un proceso inflamatorio agudo que puede llegar al flegmón.

En lo que respecta al tratamiento efectuado con posterioridad, consideramos que debe ser descartado puesto que no debemos dejar un conducto abierto en contacto directo con la brecha operatorio ósea.

Para tratar el conducto radicular lo primero que hacemos es tener acceso a la cámara pulpar. Este acceso será paralelo a la pieza y al nivel del cíngulo, pues si tratamos de penetrar al conducto radi-

cular por cualquiera de las caras proximales, se fracturan los instrumentos en el conducto radicular siendo después casi imposible extraer la porción de instrumento que ha quedado dentro del conducto radicular; y sin dejar escalones que permitan atorar los instrumentos sino que quede libre para hacer las maniobras operatorias.

Una vez que tenemos amplio acceso a la cámara pulpar hacemos su vaciamiento por medio de un tiranervios y acto seguido procedemos al ensanchado del canal que también lo hacemos paralelo al diente, ya que de lo contrario se van formando escalones a lo largo del conducto radicular que la mayoría de las veces es casi imposible salvar.

El ensanchamiento del canal lo iniciamos de la cámara pulpar hacia el ápice usando las limas del número uno al número seis, comenzando por la número uno, luego la dos, tres, cuatro, cinco y finalmente la seis.

Nosotros realizamos el ensanchado introduciendo la lima del número uno hasta el ápice de la pieza, le damos un cuarto de vuelta al instrumento, lo que es suficiente para que dos o tres de las navajas se hundan en dentina y luego tiramos hacia afuera. Lo mismo hacemos con todas las demás limas.

Cuando estamos frente a una raíz curva usamos para su ensanchado los ensanchadores números uno, dos y tres que por ser flexibles los podemos curvar en forma semejante a la raíz para no producir un canal falso o un escalón. O bien usamos el instrumento llamado "Cola de Ratón".

Ya ensanchado el canal lo lavamos con suero fisiológico o con agua bidestilada por medio de una jeringa procurando que no quede nada de sangre para que no coloree la corona y procedemos inmediatamente después al secado del canal quedando así en condiciones de ser obturado.

Las pastas de obturación que usamos son de las llamadas "no absorbibles" que tienen la ventaja de asegurarnos un cierre más perfecto de la sección radicular. En efecto: si entre el material de obturación propiamente dicho —puntas de gutapercha— y las paredes del conducto existe una delgada capa de material no absorbible, podemos confiar en su permanencia por tiempo indefinido en cambio si la pasta fuera reabsorbible tropesaríamos con el inconveniente de su desaparición en un tiempo más o menos breve. Tendríamos, así, un punto propicio para la reiniciación de la infección periradicular.

Entre las pastas "no reabsorbibles" nosotros preferimos utilizar para la obturación del conducto radicular, el ort-eugenol y las puntas de gutapercha.

El oxi-eugenol es un medicamento formado por óxido de zinc y eugenol que tiene como propiedades el ser antiséptico y secante. Batimos polvo y líquido a consistencia pastosa y lo llevamos al canal radicular por medio de las puntas de gutapercha.

Cuando efectuamos la obturación procuramos que la pasta "no absorbible" sobrepase el ápice radicular eliminando después dicho excedente por la brecha operatoria y sellamos el foramen apical con un instrumento caliente.

Uno de los puntos más importantes en esta intervención es la correcta obturación del conducto hasta su ápice, pues si se deja insuficientemente relleno, trae como consecuencia que el tejido de granulación que se ha extirpado se reproduzca por nuevos ataques infectivos, procedentes del conducto radicular, igual que sucedía antes de la operación. Lo que constituye una indicación para renovarse no solo la obturación del conducto radicular sino también la apicectomía.

Si hay una hiperobturación, el exceso de material obturante, obrará como irritante a las células del paradencio apical dando origen a infecciones.

Cuando nos encontramos con piezas dentarias en las que está indicada la apicectomía, con el conducto parcial o totalmente obturado y cuyos tratamientos datan de meses o años, en estas condiciones nosotros hacemos la eliminación completa de la obturación para luego iniciar nuevamente el tratamiento. Si radiográficamente la obturación fuera perfecta la dejamos intacta siendo necesario, en este caso, efectuar el cierre completo del muñón una vez eliminado el ápice radicular.

SUTURA.—Una vez que hemos retirado todo el tejido que debe ser eliminado y comprobada la total obturación del conducto radicular, colocamos el colgajo en su lugar y procedemos a la sutura.

Ponemos en contacto los labios de la herida con el objeto de provocar así, la cicatrización por primera intención y después efectuamos generalmente, tres puntos de sutura. El primero en la parte más cercana al reborde gingival y uno a cada lado de éste primer punto, si con estos tres puntos la herida no queda bien protegida hacemos otro punto o los que sean necesarios con objeto de que la herida quede bien protegida y evitar una zona de tejido cicatrizal entre los labios de la herida, lo que sería una consecuencia normal de la retracción del colgajo. Este tejido resultaría antiestético por tener una coloración más clara que la de las mucosas normales.

Acostumbramos pues hacer tantos puntos de sutura como sean necesarios para que la herida quede bien protegida ya que la única desventaja que nos presentan dichos puntos de sutura son las mo-

lestias de carácter mecánico que manifiesta el paciente por la presencia de hilos y nudos en contacto con la mucosa de los labios.

No hemos hecho mención a dejar canalización, pues nunca intervinimos cuando existen infecciones en períodos agudos, por lo tanto no hay necesidad y sí sería un inconveniente dejar comunicada nuestra cavidad con el medio bucal.

Vamos a mencionar los curetajes apicales, que se diferencian de las apicectomías en que no se hace corte en la raíz dentaria. La técnica es la misma en todos sus detalles menos en el ensanchamiento del canal, que debe ser mayor con este sistema ya que así nos permite el sellado apical de material obturante. Una vez descubierto el ápice se retira el tejido patológico y se hace una raspa en el ápice dentario, siguiendo los mismos pasos señalados en la apicectomía. Es conveniente hacer la técnica del curetaje en raíces cortas y cuando hay lesiones paradentarias, que si bien no son muy extensas, nos prohíben restringir aún más los medios de soporte. Naturalmente no podemos intentar este sistema en raíces curvas o muy profundas.

Se necesita, sobre todo en piezas dentarias que tengan por razones de prótesis mayor trabajo, aliviar un poco la articulación con la antagonista; rebajando a nuestro criterio, la pieza tratada o la oponente.

CAPITULO VII

POSTOPERATORIO.

Con las normas que seguimos para seleccionar y preparar a los pacientes para la intervención, nuestro tratamiento postoperatorio es generalmente sencillo.

Es conveniente mantener la concentración indicada de antibióticos durante el día de la intervención y cuando es necesario, a nuestro criterio, uno o dos días más; ya de acuerdo con la respuesta del organismo a los fenómenos de cicatrización.

El dolor es un síntoma cuya aparición no es constante y si aparece generalmente es discreto y lo combatimos por medio de analgésicos de uso interno de preferencia aquel a que está acostumbrado su organismo.

Indicamos al paciente la aplicación de una bolsa con hielo, sobre la piel del labio correspondiente a la zona operada durante 10 minutos cada dos horas en el primer día. Esto con objeto de prevenir el edema y el dolor, o de combatirlos si ya han aparecido.

Recomendamos también reducir el movimiento de los labios para respetar la coaptación del colgajo.

El paciente procurará evitar en lo posible el esfuerzo masticatorio sobre la pieza o piezas apicectomizadas, —eso durante las dos primeras semanas—. Es también importante el no hacer esfuerzos para partir los alimentos, con las piezas tratadas, pues se provocarían movimientos celulares de defensa, que hasta podrían llegar a darnos exudados, destrucción de los tejidos de soporte y desalojamiento del diente.

Inmediatamente después de la operación tomamos una radiografía para comprobar el resultado de la operación y recomendamos

tomar otras radiografías con intervalos de tres meses hasta haberse efectuado la osificación.

Con estas recomendaciones citamos al paciente para después de 24 hs. de intervenido para revisar la herida y si ésta es normal, a los 4 días volvemos a ver a nuestro paciente para retirarle las puntadas y pasadas tres o cuatro semanas podemos hacer la obturación de la corona.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

CAPITULO VIII.

COMPLICACIONES QUE SE PUEDEN PRESENTAR.

Por practicarse esta operación en la apófisis alveolar las complicaciones que suelen presentarse no son graves aunque sí bastante desagradables, siendo una de ellas la pérdida de la pieza por conservar a consecuencia de una mala técnica, del mal uso de los instrumentos, bien por accidente traumáticos o infecciosos inmediatos a la intervención.

La prolongación del postoperatorio es otra de las complicaciones que se pueden presentar como consecuencia de una resección grande del fragmento apical o por infección secundaria. Cuando se presenta la infección postoperatoria, levantamos un punto de la sutura para canalizar la herida.

En el curso de una infección local puede ocurrir: que, a causa de la resorción ósea que se produce la tabla externa resultante destruída hasta el cuello dentario, lo que origina una bolsa profunda que alcanza el campo operatorio, en cuyo caso procedemos a la exodoncia pues en bolsas tan profundas no es posible la cura por escisión de la bolsa. Además el hueso destruído ya no se reconstruye y la encía no puede ya adherirse al diente afectado porque su cemento también se ha destruído.

La hemorragia postoperatoria es otra de las complicaciones que se pueden presentar siendo necesario tener convenientemente preparado al paciente para evitar este accidente postoperatorio.

No es frecuente la aparición de edemas pero en ocasiones se ponen de manifiesto inmediatamente después de la operación. Lo combatimos introduciendo las puntas de una pinza de curaciones entre los puntos de sutura para dejar salir el líquido contenido.

También es posible la producción de un hematoma que ocasio-

na una impresión desfavorable tanto al paciente como a sus familiares.

En algunas ocasiones encontramos por medio de la radiografía, pequeñas sombras oscuras en derredor de la sección del muñón de la raíz, lo que evita en muchos casos la reabsorción de los bordes cortantes de la raíz amputada así como el relleno de la cavidad ósea teniendo en algunas ocasiones un trayecto fistuloso como consecuencia de una infección residual o una infección secundaria.

También suele presentarse como una complicación de la apicectomía un proceso de osteítis condensante en la zona de trepanación y sección del ápice, el cual es posible diagnosticar por el dolor tan intenso que provoca tanto espontáneamente como en la compresión de la zona afectada pudiéndose comprobar radiográficamente.

CONCLUSIONES.—Los estados patológicos periapicales, generalmente, no son hoy razones suficientes para la extracción dentaria.

Está comprobado, indiscutiblemente, que numerosos dientes con apicectomías se mantienen tan firmes y sanos como cualquier diente sin resección apical.

La estadística ha probado que estos dientes soportan puentes en la misma forma que los otros dientes.

la apicectomía y obturación del conducto radicular han salvado 97% de los dientes con infecciones periapicales y sin ellas, que se sometieron a esta intervención.

El resultado depende más del buen tratamiento y obturación del conducto radicular, que de la apicectomía propiamente dicha.

CASOS CLINICOS PRESENTADOS.

PRIMER CASO.

Historia Clínica.—Paciente de sexo femenino, L.D. de 16 años de edad, el día 8 de febrero de 1958 se presentó a consulta. El incisivo central derecho superior había sido tratado con anterioridad en su conducto radicular. Se tomó radiografía y se pudo observar que su conducto radicular había sido insuficientemente rellenado y como consecuencia existía en su ápice un absceso crónico que indicaba la apicectomía. El incisivo central izquierdo superior fue extraído por presentar caries de cuarto grado y su corona destruida en gran proporción. No había signos de periodontoclasia ni de otros estados patológicos.

El día 13 de febrero se realizó la apicectomía con anestesia local por infiltración; cuya técnica hemos descrito con anterioridad en esta tesis, se reobturó el conducto radicular con puntas de gutapercha y con óxido de Zn. y eugenol. Hubo cicatrización por primera intención y las puntadas se retiraron cinco días después de la operación.

La radiografía tomada al día siguiente de la operación muestra el conducto totalmente obturado y correctamente seccionado su apex.

Después de realizada la intervención el diente se muestra muy firme y sin molestias postoperatorias.

Estado de salud de la paciente durante el pre-operatorio:

Interrogatorio: enfermedades padecidas las de la niñez. No ha habido padecimientos de las vías respiratorias, ni gastrointestinales.

Exámen físico: temperatura 37° grados, pulso 80, presión arterial 140/73, peso 60 Kilos.

Pruebas de laboratorio: tiempo de coagulación 7 minutos, tiempo de sangrado 1 minuto.

SEGUNDO CASO.

Srita: S. P. de 20 años de edad, cuyos incisivos central y lateral superiores derechos presentan muerte pulpar después de varios años de haber sido obturados. La paciente se presentó con signos de infección local crónica y fístula al nivel del ápice de la pieza.

Se tomó radiografía y se observó que la obturación del silicato que presentaba el incisivo lateral estaba muy profunda y sin base de cargenol, la obturación del central era una incrustación muy cer-

cana a la cámara pulpar. No había ningún otro signo de estados patológicos en su boca.

El 23 de Abril de 1958 se realizó la apicectomía con anestesia local por infiltración. El conducto radicular fue tratado y obturado con puntas de gutapercha y oxi-eugenol. No presentó ninguna complicación postoperatoria.

La radiografía tomada al día siguiente de la operación muestra el conducto radicular totalmente obturado, y correctamente seccionado su ápice. Después de un mes de realizada la operación los dientes se muestran firmes y sin ninguna molestia.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Bibliografía:

G. DURANTE AVELLANAL.—Cirugía Odontomaxilar.

V. V. MEAD.—Cirugía Bucal.

H. PICHLER Y R. TRAUNER.—Cirugía Bucal y de los Maxilares.

YURY KUTLER.—La conservación de los dientes anteriores depul-
pados por medio de la apicectomía e inmediata obturación del
conducto radicular. Revista de la A. D. M. Vol. V. Mayo-Junio
1948.

ABELARDO GUTIERREZ MORELOS.—Trabajo presentado en el
seminario anual de Estudios Dentales U. S. C. de México, 1950.

AMAR PANIAGUA RUIZ.—Tesis.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.