

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**INFECCIONES PERIAPICALES
CRONICAS Y SU TRATAMIENTO**

GLORIA GEORGINA GUERRERO GARCIA ROJAS

MORELIA, MICH.

1974

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



**INFECCIONES PERIAPICALES
CRONICAS Y SU TRATAMIENTO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

GLORIA GEORGINA GUERRERO GARCIA ROJAS

Asesor de Tesis

Dr. SAMUEL CHAVEZ FRAGA

MORELIA, MICH.

1974

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CON INMENSAS GRATITUD, CARIÑO Y
ADMIRACION A MIS PADRES:

ING. CESAR GUERRERO MENDOZA
ERENDIRA GARCIA ROJAS DE GUERRERO

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.

A MIS QUERIDOS HERMANOS:

RUTH MARIA

MIGUEL ANGEL

CESAR AUGUSTO

SERGIO VIRGILIO

ALEJANDRO MAURICIO

JORGE ALBERTO

HILDA ROSALBA

VERONICA

MARCO AURELIO

NORA LIZETTE

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

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

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

A MIS MAESTROS CON RESPETO

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

AL DR. SAMUEL CHAVEZ FRAGA

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

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS

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.

C O N T E N I D O .

I.-- INTRODUCCION.

**II.-- TIPOS DE INFECCION PERIAPICAL ----
CRONICA.**

I.) ABSCESOS DENTOALVEOLARES CRONICOS.

2.) GRANULOMA DENTAL.

3.) QUISTE PERIAPICAL.

III.-- TRATAMIENTO.

IV.-- APICECTOMIA.

V.-- CONCLUSIONES.

VI.-- BIBLIOGRAFIA.

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

I.- INTRODUCCION

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

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

Esto no es el final, sino el principio. Es solo un escalón para intentar alcanzar mi realización, la cual lograré, cuando sienta que no ha sido inútil el esfuerzo; que he servido de algo lo que he hecho; que he sido útil a la sociedad que me ha brindado la oportunidad de tener esta carrera.

Yo ahora juro: servir a la humanidad con los conocimientos que he adquirido. Juro, ser honesta en el desempeño de mis actividades profesionales y obrar con justicia y ética con mis pacientes y mis colegas.

Si al final de mis días, ha sido así, moriré con la satisfacción del deber cumplido, pero si no, tendré la vergüenza de mi palabra empeñada en vano.

Gloria Georgina Guerrero García R.

CAPITULO

II

TIPOS DE INFECCION PERIAPICAL CRONICA.

- I.) ABSCESOS DENTOALVEOLARES CRONICOS.
- 2.) GRANULOMA DENTAL.
- 3.) QUISTE PERIAPICAL.

ABSCEOS DENTOALVEOLARES CRONICOS.

Por definición tenemos que : Un absceso es una colección localizada de pus en una cavidad formada por la desintegración de los tejidos, rodeada por tejido inflamatorio, y a su vez está limitada por una capa de tejido conjuntivo fibroso.

Los abscesos dentoalveolares son una consecuencia de la infección pulpar y una continuación de la cadena de enfermedades de la odontitis, y generalmente por el paso de productos irritantes derivados de la necrosis, de las bacterias y sus toxinas hacia la zona paradontal apical. Se presentan en los forámenes normales y anormales de las raíces o en una perforación hecha por un instrumento. La localización más común son los abscesos del ápice.

Generalmente se presenta primero la periodontitis apical crónica, que es una reacción a un agente nocivo leve que emana del conducto radicular. Consiste en una filtración inflamatoria que puede convertirse en un Granuloma Dental. En otros casos representa la fase final de un proceso agudo de supuración que no ha sido tratado o que lo ha sido sin éxito.

Poco después de iniciarse la infección de la pulpa dental se efectúa una reacción en la membrana paradontal en la

salida del conducto pulpar o en la perforación de la raíz. Esto es un esfuerzo para aislar la infección del diente. Sin embargo, las bacterias invaden gradualmente esta área y producen un absceso crónico, se forma tejido de granulación a expensas del hueso, y los fibroblastos que proliferan derivados de la membrana periodontal forman una capsula fibrosa, que protege de la infección los espacios medulares periféricos y localiza la lesión a la inmediata vecindad del diente.

Al estudiar la Histopatología de un Absceso Dentoalveolar Crónico debemos recordar que estas lesiones están sujetas a gran variación. Hay procesos progresivos o regresivos y lo que vemos en un espécimen depende de la etapa de desarrollo patológico en que se encuentra la lesión.

El Absceso Alveolar Crónico presenta una acumulación de células inflamatorias, que produce la reabsorción de la lámina alveolar. El tejido de Granulación puede extenderse a los espacios contiguos periféricos y afectar gran parte del hueso esponjoso. Pueden encontrarse pequeños abscesos junto al ápice, o forámenes separados de él. Estos abscesos crónicos están adheridos al hueso más que al diente, por lo tanto no es probable que salgan con el diente cuando éste es extraído.

Etiológicamente, la infección que se efectúa por una pulpitis descendente o por medio de la corriente sanguínea (pulpitis

ascendente) es causada generalmente por el ESTREPTOCOCO VIRIDANS.

SINTOMATOLOGIA.- Si el absceso dentoalveolar crónico es la terminación de supuración aguda, el paciente presenta antecedentes de inflamación y de dolor. En los casos más comunes en que no ha precedido supuración, la reacción se produce tan lentamente que los síntomas subjetivos, con raras excepciones, faltan completamente. Sin embargo, pueden existir signos diagnósticos; el diente puede estar sensible a la percusión a causa de un punto doloroso del alveolo en la región apical. Este síntoma se identifica cuando se exacerba la infección, en tales casos, el paciente siente un dolor sordo y puede presentar infarto y sensibilidad de los ganglios linfáticos.

El dolor al tacto en la encía se debe a la destrucción del hueso cortical subyacente. Cuando se aplica presión, el absceso es comprimido bajo el periostio.

Con frecuencia se forma espontáneamente una fístula que descarga pus. La fístula dura largo tiempo, y se cierra, para abrirse de nuevo cuando la supuración se activa. Después de descargar pus unos cuantos días puede cerrarse nuevamente. En algunos casos el orificio de la fístula muestra hipertrofia gingival extensa, que en ocasiones se confunde con un crecimiento maligno.

El exudado celular está compuesto -- principalmente de leucocitos mononucleares, linfocitos, células del plasma e histiocitos fagocitarios, entre estas células inflamatorias se encuentra una fina red de fibras de tejido conectivo. Si la lesión es de larga duración y de carácter latente los fibroblastos son numerosos y producen considerable cantidad de tejido conectivo, especialmente en la parte periférica de la lesión.

Si hay organismos piógenos pueden encontrarse leucocitos polimorfonucleares.

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

GRANULOMA DENTAL

El granuloma es un tumor compuesto por tejido de granulación, sin embargo el término de granuloma dental se utiliza para designar un estado en el cual en la región periapical el absceso o la osteólisis localizada son remplazados por tejido de granulación. Es la reacción granulomatosa más frecuente de la boca y de los maxilares.

Su etiología, se debe a una irritación crónica de la pulpa dental que nos dara como resultado la destrucción del hueso periapical, de forma similar la irritación química de la pulpa necrótica o degenerada puede dar lugar a un granuloma periapical.

El esfuerzo del organismo para reparar el defecto consiste en el crecimiento de capilares y de tejido conjuntivo joven, que si no fuera por la irritación continua de la pulpa produciria hueso nuevo. Pero sin embargo la continuación de la irritación causa una mezcla de este tejido de reparación con el exudado inflamatorio.

La mayor parte de los tumores inflamatorios presentan en distinta proporción los siguientes elementos histológicos:

I.- ELEMENTOS ANGIOBLASTICOS: Una gran vascularización con numerosos capilares.

2.- CELULAS INFLAMATORIAS: Una acumulación de células inflamatorias crónicas sobre todo linfocitos y monocitos, pero muchas veces hay células plasmáticas y a veces, células gigantes de cuerpos extraños e incluso células polimorfonucleares

3.- ELEMENTOS FIBROBLASTICOS: Los fibroblastos son característicos de estos tumores, pero su número varia dependiendo de la clase de tumor de que se trate y del estadio en que se encuentre.

4.- En los granulomas periapicales, podemos encontrar otros elementos como: - Epitelio, Células de espuma y Franjas de colesterol.- Las células de espuma son muy comunes, su presencia indica degeneración celular.- La grasa que queda en libertad por la necrosis de las células es tomada por los leucocitos endoteliales que pueden encontrarse en el tejido de granulación.

La degeneración grasosa puede favorecer también la formación de cristales de colesterol.- Los cristales tienen forma característica de romboide; se disuelven cuando la muestra se trata de alcohol y dejan visibles los espacios que los contenían.

El Granuloma consiste en una masa de tejido fibroso adherido a la membrana parodontal y es de dos tipos: FIBROSO Y EPITIALIZADO.

FIBROSO: Consiste en una cápsula fibrosa formada por proliferación fibroblástica, compuesto por tejido conectivo denso y fibras de colágena paralelas a la periferia.- Estas se unen a la membrana en el punto de contacto con el diente.

El Apice mismo está generalmente denudado y en contacto directo con el tejido de granulación.- Este puede extenderse dentro del ápice del conducto radicular y sangra cuando se llega a curar el diente.- La cápsula fibrosa rodea el tejido infectado para proteger al diente.- Con frecuencia queda adherida al diente cuando no está firmemente adherida a los espacios medulares del hueso esponjoso.- En ocasiones hay una área de necrosis en el centro.- Los capilares son numerosos y van hacia la periferia, y por su mediación los productos de la infección son acarreados del foco a la circulación general.

EPITELIAL- El Granuloma Epitelial tiene considerable importancia.- El epitelio proviene de los "Restos de Malassez", que comúnmente se encuentran en la membrana periodontal.- El estímulo inflamatorio hace que proliferen, y entonces el epitelio se extiende en forma de cadenas que se ramifican y con frecuencia rodean completamente áreas de tejido de granulación. Por su tendencia a crecer sobre una superficie llega a formar un forro completo de la superficie interior del saco del absceso, cuyo centro se ha destruido, y así aísla al tejido necrosado y forma una protección

contra el exudado que se acumula.

El Epitelio del Granuloma tiene carácter basófilo y ocasionalmente presenta figuras de mitosis. Toma el carácter de células espinosas provistas de filamentos de unión, que generalmente tienen forma de huso o estrellada.

Las células epiteliales están asociadas con la infiltración de leucocitos polimorfonucleares. Las células sufren estiramientos, de modo de prolongaciones protoplásmicas se alargan, lo cual permite que los leucocitos penetren en los espacios intercelulares. Se encuentran bacterias en el área de necrosis y en el tejido adyacente al epitelio.

En ocasiones se encuentra epitelio ciliado, probablemente derivado del seno maxilar o del suelo de la nariz, que entró en el absceso por un trayecto fistuloso.

El Granuloma Epitelial presenta a menudo las condiciones propias para el desarrollo de un Quiste Radicular y ser el punto de partida de un Carcinoma Epidermoide, aunque sólo se han referido casos aislados. Sin embargo, no todos los granulomas se convierten en quistes.

SINTOMATOLOGIA:

En algunos casos la sintomatología que presenta el granuloma periapical es totalmente negativa. El tumor puede haberse formado de manera tan lenta y gradual

que no haya dado dolor ni tumefacción. En otros casos puede haber Hiperestesia de la región afectada, ligero dolor durante la masticación, Respuesta Positiva del diente a la percusión y sensación de diente largo, la corona del diente afectado se encuentra a menudo mas oscura que la de los dientes vesinos.

A veces, el Granuloma sufre una reactivación, presentando los caracteres clínicos de un absceso periapical. En algunos casos se observa la perforación de la cubierta osea y la formación de un conducto fistuloso, que presentara supuración.

Los datos Radiológicos son los de una patosis periapical y en la gran mayoría de los casos no se puede distinguir de un absceso y de un Quiste periapical.

La zona radiotransparente rodea generalmente el Apice de la raíz. Su tamaño varía mucho, desde un ligero engrosamiento de la membrana periodental hasta un centimetro, o más, de extensión. En la mayor parte de los casos el borde periferico de la transparencia redonda u oval es cortante y bien limitado e incluso subrayado por una línea Hiperostótica, mientras que en otros casos, es difusa e irregular, confundándose de forma gradual con el hueso vesino.

La membrana periodental y la lámina dura, no rodea normalmente el apice, no se puede identificar y, a veces, hay re-

sorción apical de la raíz.

Generalmente, los hallazgos periapicales se acompañan de señales radiológicas de una lesión profunda de caries, de exposición de una pulpa, de pulpa recubierta, o de una restauración profunda.

Las pruebas de vitalidad de la pulpa son casi siempre negativas; Los dientes perirradiculares pueden dar respuestas positivas debido a que uno de los canales pulpares no se haya afectado.

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.

QUISTES PERIAPICALES.

Los quistes periapicales reciben a veces también el nombre de quistes radiculares o quistes periodontales.

Es un saco formado en el ápice de una raíz, constituido por una membrana epitelial que rodea una luz o espacio central - lleno de células en estado de lucuefacción y que primitivamente formaron un Granuloma

Estos quistes son los que con mayor frecuencia se encuentran en los maxilares - varia de tamaño, desde un centímetro o menos hasta varios centímetros. El 85% afecta los maxilares superiores y el 15% el maxilar inferior. En los superiores está situado predominantemente en la región incisiva y, en menor proporción en las regiones premolares y caninas, en la mandíbula afecta casi siempre la mitad de los casos, las regiones molares, siguiendo los premolares, los incisivos y los caninos.

Las causas que pueden invocarse para explicar la predisposición a una mayor frecuencia del número de quistes en el maxilar superior son las siguientes:

I.- Si consideramos el número de raíces implantadas en el maxilar superior, 30 ó 32, y las que se encuentran en el maxilar inferior, 22, esta diferencia a favor-

del maxilar superior es, indudablemente - una causa para que en dicho maxilar se produzca un mayor número de Quistes.

2.- La inmunidad Relativa de los Incisivos y caninos inferiores a la caries y - por tanto a sus complicaciones infecciosas contribuyendo a disminuir el número de -- quistes.

3.- La presencia de cavidades Anatomicas, tales como el seno maxilar y las fossas nasales en el maxilar superior, que -- campos propicios para la invasión de estos procesos.

4.- El Relativo Núemro de los terceros molares inferiores que están retenidos o no existen, o son extraídos prematuramente resta al maxilar inferior un factor más.

Estos quistes se desarrollan en cualquier edad, pero la edad adulta de 20 a 50 años, es la época preferente para la producción de estas afecciones. Sin embargo, - algunos autores hacen mención de que se han encontrado en niños de 12 a 15 años y en ancianos de 72 a 81 años. Hay predominio de un sexo sobre otro, sobre todo en el femenino que se han encontrado mayor número de Quistes en Mujeres que en Hombres.

ETIOPATOGENIA.

Los Quistes Periodontales a diferente

cia de los otros quistes odontógenos, son de origen infeccioso, y se deben principalmente a la consecuencia de una simplificación de una caries de cuarto grado o de un diente mortificado sin caries. Entre las causas productoras de la mortificación-pulpar, debemos citar; La traumática como golpes traumáticos lentos repetidos, dientes en mala oclusión, lesiones dentarias de las costureras. La producida por obturaciones de porcelana sintética, cuando no se ha realizado la correcta protección pulpar.

Las bacterias que penetran en la cámara pulpar provocan una respuesta inflamatoria que abarca el tejido alrededor del ápice del diente y puede dar por resultado un Granuloma dental, este puede contener uno o varios restos epiteliales, que son remanentes de la vaina de Hertwing. Aun cuando con frecuencia estos restos celulares permanecen inactivos, pueden ser estimulados por la intensidad de la reacción inflamatoria en esta área y crecen. Al proliferar las células forman una gran masa, las centrales se vuelven necróticas debido a la irrigación sanguínea inadecuada y dan lugar a una cavidad que está revestida por epitelio. Estas células epiteliales siguen proliferando por la irritación continua de los productos químicos de la inflamación y del contenido de la cavidad. Además de la presión ocasionada por el líquido en el interior, dan motivo al crecimiento gradual del Quiste Radicular.

La formación de un quiste depende, en primer termino, de la disolución de la parte central del Granuloma, y en segundo lugar de la trasudación del líquido através del epitelio, hasta el interior de la lesión. El epitelio puede convertirse en una capa bien establecida con células inflamatorias que se extienden dentro de ella desde el tejido conectivo subyacente.

LOS ELEMENTOS HISTOLOGICOS que se encuentran en un quiste Radicular. Esta esencialmente formado por una bolsa conjuntivo epitelial, con un contenido líquido. Según el tiempo de evolución, variará la distribución de los distintos tejidos formadores de esta cápsula. Hay por lo tanto que considerar: LOS QUISTES JOVENES, con poco tiempo de evolución y los QUISTES VIEJOS que ya llevan un largo tiempo en el interior del maxilar.

Los Quistes Jóvenes, que en general son de pequeño tamaño, están constituidos por una cavidad quística de tamaño variable y una bolsa conjuntivo epitelial. Esta bolsa quística posee en su parte mas cercana a la cavidad, un epitelio, y por fuera, una capa de tejido de granulación recubierto todo por una cápsula. Las dimensiones del tejido de granulación y de la cápsula varían con la edad del quiste. Conforme éste va envejeciendo, la porción de tejido de granulación disminuye en su espesor, pero sin llegar a desaparecer en forma absoluta.

Los quistes viejos se hallan formados por una cápsula o membrana, tejido conjuntivo por fuera, que se ha organizado y le constituye una envoltura, y por dentro; el epitelio, cubriendo integralmente la bolsa.

El Líquido Quístico suele contener mucho tejido necrosado y productos de degeneración y de metabolismo anormal, como cris-
tales de Colesterol, y siempre pus. Debe recordarse que el quiste radicular se forma de una infección. El pus se debe a los Leucocitos que penetran en el revestimiento epitelial o que se desprenden de las superficies ulceradas donde el epitelio se ha destruido por la infección.

Establecido el proceso quístico en el ápice radicular, inicia su marcha através del tiempo y del espacio. Como lesión esencialmente crónica, su desarrollo se hace lentamente, en un lapso, a veces, considerablemente largo. En su primer período, la tumefacción tiene por lo general, dimensiones muy pequeñas, cuando viene apendiculado al ápice del diente, en el momento de la extracción dentaria. Otras veces, puede desprenderse del diente en las manos operatorias y relegado en el fondo del Alvéolo, sino se destruye por los procesos normales de reparación, como ocurre en un gran porcentaje de los casos, sigue su curso evolutivo y adquiere con el tiempo, los caracteres de estos quistes y dando como consecuencia una infección residual de los maxilares.

Dichos Quistes, pueden quedar en el maxilar por un tiempo variable, sin que ninguna sintomatología, ni objetiva, ni subjetiva, haya sospechado su presencia. Sin embargo hecha la investigación se encuentran algunos detalles pequeños que lo descubren. El diente en cuyo ápice existe esta tumoración, presenta en ocasiones, una ligera sensación dolorosa a la percusión vertical, sensación que se hace más manifiesta colocando un dedo en la vecindad del ápice radicular. El dedo percibe claramente el choque percutor, sobre todo en aquellos casos en que el proceso ha realizado la suficiente usura de la tabla ósea externa.

Otro detalle no muy perceptible, nos lo da el hecho de que el diente tiene una ligera tendencia a introducirse en el alveolo.

El color de la encía adquiere cierta tonalidad característica también es poco perceptible, toma un color rojo vinoso y esta modificación se presenta muchas veces en forma de triángulo, circunscribiendo la región apical.

Podemos clasificar los tiempos clínicos de los quiste periapicales, en dos periodos: I.- Período Intramaxilar y II.- Período de exteriorización.

I.- PERIODO INTRAMAXILAR. O Período Silencioso, pues ningún síntoma clínico revela su presencia, sólo la escasa sintomatología señalada. Este proceso silencioso, in

doloro, puede prolongarse durante un tiempo variable.

Si no es eliminado quirúrgicamente o por otros procedimientos, el tumor sigue creciendo y pasa a la segunda etapa de su desarrollo.

II. PERIODO DE EXTERIORIZACION.- Al crecer la tumoración y al adquirir cierto volumen y si se ha reabsorbido el hueso que la rodeaba, ya es perceptible a la inspección clínica. El tejido óseo de la tabla externa, en ambos maxilares, es el primero en ser deformado por la marcha del tumor. Cuando este ha adelgazado lo suficiente la tabla externa va siendo rechazada al ir creciendo el tumor. Este rechazo va haciéndose más perceptible cuanto mayor es el tiempo de la evolución y mayor del quiste.

Adelgazada la tabla externa en cantidad suficiente, nos encontramos ante un primer síntoma, que adquiere características interesantes y el cual, por sí sólo, sirve las más de las veces para fijar un diagnóstico. A la inspección visual y digital, la tabla externa ósea disminuida en su espesor se deja deprimir fácilmente por el dedo del clínico y una vez retirado recupera su forma.

Si el tumor sigue avanzando, la tabla ósea adelgazada se debilita cada vez más. En algunos casos se ha podido observar que el hueso, al desaparecer en algunas partes, dejaba en otros trozos sumamente

delgados, pero aun existentes.

La deformación del hueso no es solamente intrabucal. Se traduce siempre por la deformación de la cara, que adquiere aspectos y modalidades diferentes perfectamente visibles. Esta deformación facial se circunscribe a la porción geniana, labial y en algunas ocasiones la tumoración desvía la nariz, modifica el párpado inferior o hace desaparecer los surcos anatómicos de la cara.

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

CAPITULO

III

T R A T A M I E N T O .

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

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

Ya ha sido realizado el estudio clínico y Radiográfico de las distintas infecciones periapicales Crónicas; hemos considerado su etiología, su marcha y su evolución.

Es muy lógico pensar, el tratamiento que debe aplicarse a estos procesos.

El TRATAMIENTO de los ABSCESOS CRÓNICOS no sólo debe eliminar la infección en el diente y en las estructuras periapicales, sino que debe favorecer la sustitución del tejido de granulación por hueso normal.

Las piezas con este tipo de abscesos pero sin fístula, pueden ser tratados de la misma manera que las pulpas gangrenosas o necróticas.

La limpieza Biomecánica del conducto constituye el paso más importante de todo tratamiento. Algunos autores recalcan la gran importancia que tiene la Terapia Medicamentosa en la eliminación de la infección y de los productos tóxicos; derivados de las Proteínas que están presentes en los conductos. Se cree que para obtener cultivos negativos del conducto, es suficiente irrigarlos cuidadosamente, con cualquier preparado de limpieza.

La limpieza correcta del conducto constituye el paso primordial para conseguir la esterilidad de éste. El tipo de medicamento utilizado para desinfectar el conducto tiene, relativamente muy poca importancia.

TRATAMIENTO DE UN GRANULOMA.--

Durante muchos años el Granuloma fué considerado como una zona de infección y también como un foco de infección.

Como un Granuloma se compone esencialmente de tejido de granulación, que es un tejido de reparación, salta a la vista que una vez retirada la causa irritativa.

No tiene más razón de estar las células de defenza del Granuloma, y que por lo tanto seran remplazados por tejido cicatrizal.

Una vez tratado el conducto y obturado herméticamente, debere tenerse al dinte bajo observación Radiografica Periodica. La transformación de un Granuloma en tejido óseo normal tendrá mucho más rápidamente si quiendo un tratamiento conservador.

Se recomienda tratamiento Quirúrgico - si el Granuloma esta encapsulado, si se ha convertido en Quiste Radicular Incipiente o si hay señales de Reabsorción del Ápice de la Raíz.

La lesión Periapical Crónica puede presentar exacerbaciones. El tratamiento de un estado A gudo con elevación de temperatura hinchazón y malestar, es necesario producir un nivel Antibiotico Terapeutico, de preferencia con Penicilina, antes de la extracción del diente culpable.

La región Periapical Patológica debe rasparse después de la extracción del diente, si no hay una infección aguda en una Región Radiográficamente demostrable de destrucción Periapical.

El Quiste Periapical requiere consideraciones especiales.

Si la Radiografía demuestra una Región Periapical Patológica y si se va a llevar a cabo la conductoterapia, ésta debe ir seguida de un raspado de la Región Periapical, o sea la remoción de la pared Quística Periapical.. Hay una Excepción:

Si existe una obturación del conducto radicular correctamente empacado hasta el Apice del diente y si esto se ha hecho en los días que sigue a su fase aguda, la inflamación Periapical desaparece sin más tratamiento: este es el caso de destrucción Periapical que aparece difusa en la radiografía. No es necesario hacer raspado o Apicectomía.

Si la destrucción Periapical ataca más de un tercio de la longitud de la raíz, se estima necesario que no se debe intentar salvar el diente con la conductoterapia.

Si el conducto ha sido obturado insuficientemente o excesivamente se debe hacer la Apicectomía. La porción no obturada del conducto obra como fuente de proliferación de bacterias y por lo tanto constituye una fuente de irritación. La cual una sobre ob-

turación del conducto provoca reacción -- del cuerpo extraño.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES PERIAPICALES.--

Para cualquier intervención de los -- Quistes, cualquiera que sea su tamaño y si tuación, deben ser siempre realizadas por la vía Vestibular.

Esta región es la que nos dará mayo-- res exitos operatorios.

Todas las demás vías de acceso son in suficientes, peligrosas y anti-quirurgicas, aun cuando los Quiste del maxilar superior hallan invadido los Organos vesionos como-- Senos, Fosas Navales, Bóveda Palatina sera intervenida por dicha vía.

Para los Quistes del Maxilar Inferior tambien puede emplearse en algunos casos -- la vía alveolar agrandada.

El tratamiento Quirúrgico de estos Quistes, consiste esencialmente en supri-- mir el tumor del interior del Maxilar ya -- sea total o parcialmente.

Describire unicamente los dos métodos de PARTSCH, ya que se ha visto que estos -- son los más convenientes, los dos métodos-- son los siguientes:

I.- METODO CONSERVADOR DE PARTSCH.

II.- METODO RADICAL DE PARTSCH.

I.- El primero consiste esencialmente en transformar el Quiste en una cavidad -- accesoria de la cavidad bucal, conservando parte de la membrana Quística, que por su -- condición Epitelial adquiere en poco tiempo las características del Epitelio Bucal.

Las ventajas son las siguientes:

- 1.- Sensillez de su ejecución.
- 2.- Buena visualización de la cavidad.
- 3.- La superficie Osea queda cubierta en toda su extensión por Epitelio.
- 4.- Se evita la infección Osea y la lesión de los dientes vesinos, por -- que se conserva la bolsa Quística.

Las desventajas también deben de tenerse en cuenta:

- 1.- El Epitelio Quístico es un elemento Patológico que debe ser eliminado porque puede sufrir transformaciones tumorales o recurrir bajo la forma de un nuevo Quiste.
- 2.- La cavidad artificial creada permite la acumulación de alimento y

liguidos bucales y su putrefacción.

El primer método está indicado en aquellos casos de Quistes de gran tamaño o de tamaño mediano, en los cuales la Enucleación de la bolsa traería aparejados tratarnos por parte del hueso, como fracturas, hemorragias etc, y por parte de los dientes, lesión de la pulpa de los dientes vecinos.

Y está indicado en los quistes vecinos del Antro y de la Nariz, en relación con el Maxilar Superior.

Sus tiempos quirúrgicos son los siguientes:

- 1.- ANESTESIA.
- 2.- INCISION.
- 3.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.
- 4.- OSTECTOMIA.
- 5.- TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA.
- 6.- TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.
- 7.- TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y DIENTES VECINOS.
- 8.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIOS.

I.- ANESTESIA.-

Este tipo de intervencion exige una anestesia perfecta para poder lograr los tiempos operatorios . Con el máximo de comodidades para el paciente y el cirujano

2.- INCISION.-

Debe ser una incisión circular y se traza siguiendo los límites de la proyección del Quiste sobre la cara Vestibular; debe situarse en un lugar equidistante, entre el surco Gingival y el borde libre de la Encía.

Esta incisión circular debe ser mayor que el diámetro horizontal del Quiste y debe llegar en profundidad hasta el hueso, contorno Encía y Periostio.

En los casos en el que el Quiste se ha exteriorizado por desaparición de la tabla externa y la bolsa Quística esta por tanto en íntimo contacto con el Periostio, hay que tener en cuenta la precaución de no abrir extemporaneamente el Quiste, ya que la separación de la bolsa y del Periostio no es muy sencilla.

3.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Se realiza con una espátula roma o con una legra pequeña y una pinza de disección.

El labio del paciente debe ser soste

nido por un separador.

Se inicia la maniobra desde el centro del arco; la pinza se sostiene con la mano izquierda y la legra con la derecha; se se para el colgajo con movimientos suaves, tratando de no herir la bolsa Quística.

Y debe levantarse hasta los límites superiores del Quiste, en caso de desaparición del tejido óseo, el colgajo debe ser separado hasta encontrar hueso sano, algunas veces más lejos de los límites Radiográficos del Quiste.

4.- OSTEOTOMIA.-

Este paso puede hacerse con diversos instrumentos y sera segun el caso de destrucción atendiendo al grado de la lesión.

En caso de que el hueso esté muy adelgazado, se puede seccionar con un bisturí para hueso; y si está parcialmente destruido, se completa la enucleación con pinza Gubia.

Cuando es firme y sólido, debe practicarse esta con Escoplo o fresa. Se recomienda más usar fresas ya que es menos traumático que el escoplo, deben ser redondas número 4 ó 6, se practican orificios coincidentes con el diámetro del Quiste.

La tapa ósea se extrae con pinza Gubia o con Escoplo.

Ya en presencia de la bolsa Quística se tomara con una pinza y con un bisturi - se abre ampliamente en toda la extensión - del Quiste.

Se extrae la tapa Quística y se vacía su contenido, se lava su interior con suero fisiológico.

La adherencia del tejido Gingival a la periferia de la bolsa Quística se produce con facilidad, siempre que se haya tenido la precaución de no dejar tejido óseo entre ellas.

La abertura del Quiste debe ser mayor o por lo menos igual que la circunferencia de este, para evitar que los bordes se cierran y den una recidiva o una cavidad que no se aplana, y desapareciera en largo tiempo.

5.- TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUÍSTICA.-

Algunos autores recomiendan la fabricación de un tapón, con el cual obturan la cavidad y que debe ser retirado por la noche, y puede ser de caucho o de acrílico.

Pero se prefiere utilizar la gasa Yodoformada Vaselinada, que no se adhiere a los tejidos y es fácilmente removida.

Se retira el separador del colgajo y se introduce dentro de la cavidad donde quedara mantenido por la gasa.

La cantidad de gasa que se necesita para obturar la cavidad debe estar en proporción con el volumen de dicha cavidad; se debera evitar taponamientos a presión.

La gasa se renueva cada 24 horas y cada cambio exige un lavado cuidadoso de la cavidad con suero fisiológico, se seca con una gasa común y se vuelve a obturar con cantidades cada vez menores.

Si se infecta y da mal olor, se retirará con más frecuencia.

6.- TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE-

Dos son los caminos a seguir:

A).- El tratamiento Radicular y la Apicectomía.

B).- Su Extracción.

A).- La esterilización y relleno del conducto debe hacerse en sesiones previas a la operación:

La amputación del Ápice Radicular exige cierta destreza, ya que la sección del Ápice debe hacerse con la conservación de la bolsa Quística.

Se le separa del ápice en cuestión, al levantar con cuidado dicha bolsa, y se sostiene alejada con una torunda de gasa.

Ya amputado el Ápice (en el capitulo siguiente describire ampliamente la -- tecnica) se eliminarian los restos de Den tina que pudieran quedar, retiramos la tó runda y volvemos la bolsa Quística en -- su sitio.

B).-- EXTRACCION.-- Si se prefiere la extracción del diente, es conveniente realizarla algunos días antes de la opera-- ción. Teniendo cuidado de no fracturar el hueso Alveolar.

7.-- TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y O DIENTES VECINOS.--

La membrana Quística actúa como un -- telón de seguridad que defiende los Orga-- nos vecinos. Los dientes que fueron des-- viados por el crecimiento expansivo del -- Quiste deben ser conservados durante un -- tiempo prudente, con el objeto de no frac-- turar la porción Alveolar y no crear gol-- fos Quirúrgicos en el borde alveolar.

8.-- TRATAMIENTOS POSTOPERATORIOS.--

Consiste en los cambios sucesivos de gasa Yodoformada lavados de la cavidad -- Quística, después de una vigilancia de 20 a 30 días por parte del operador, se deja ra la cavidad abierta.

El Paciente debere encargarse del cui dado de su cavidad practicandose el mismo lavados.

II.- METODO RADICAL DE PARTSCH.-

Consiste en la completa emucleación de la bolsa quística.

La cavidad ósea que la aloja queda por lo tanto vacía, el mecanismo de su relleno se hace de dos maneras :

A).- Con sutura.

B).- Sin sutura, obturando la cavidad ósea, con distintos materiales.

A).- El metodo con sutura, la cavidad ósea se llena de sangre y de la organización del coágulo depende la osificación.

Esta indicado en los Quistes de un diámetro mayor de 3 centímetros.

El peligro de este método es el que el coágulo puede infectarse y supurar.

Los tiempos operatorios son los siguientes:

1.- ANESTESIA.

2.- INCISION.

3.- DESPRENDIMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL.

- 4.- TREPANACION OSEA.
- 5.- ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA.
- 6.- TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS.
- 7.- TRATAMIENTO DE LOS DIENTES CAUSANTES.
- 8.- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.
- 9.- SUTURA.
- 10.- TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

Casi todos los pasos son similares - al método anterior con excepción de los que siguen:

La incisión puede ser en arco y debe abarcar una extensión mayor que los límites del proceso.

También se puede realizar la incisión de Neumann el cual nos dara un mayor campo operatorio.

El desprendimiento del colgajo se debe efectuar con una espátula de Freer o con un Periostótomo.

En la trepanación ósea, nos podemos encontrar en dos situaciones distintas: o el tejido esta sano o se encuentra destruido; en el primer caso será necesario trepanar el tejido oseo por medio de Escoplos

martillos u pinzas Gubias; en el segundo caso sera suficiente agrandar, con pinzas Gubias, la abertura Patológica creada por el proseso.

Enucleación de la bolsa Quistica.-- Se procede a vaciar dicha bolsa antes de efectuar su enucleación. Se realiza punzando la bolsa con una aguja de calibre mediano y haciendo la succión del contenido, con una jeringa de vidrio.

Después seccionamos la pared del Quiste con bisturi o tijera, se toman los bordes de la incisión con pinzas y con una espátula de bordes romos se realiza el desprendimiento de la bolsa de su alojamiento oseo.

Para el relleno de la cavidad dejado por el Quiste, se puede usar Oxysel de Parke Davis, se desciende el colgajo y se sutura.

Este método exige rigurosa Asepsia; para que el coágulo y la cavidad ósea no se contaminen con la saliva y el medio ambiente.

Dentro del tratamiento Post-Operatorio el paciente deberá guardar cama el día de la Operación por lo menos, y permanecer semisentado.

B).- El método sin sutura, obturando la cavidad osea con distintos materiales.

La intervención sigue las normas señaladas para el todo con sutura. La única variación son los siguientes pasos:

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA YA EFECTUADA LA ENCULEACION DE LA BOLSA QUISTICA y alisados los bordes oseos, se lava la cavidad con suero fisiologico y agua Oxigenada y se seca con una gasa común.

El colgajo se introduce dentro de la cavidad ósea y se obtura con gasa Yodo-formada.

POST-OPERATORIO.- Después de 48 horas de la Operación revisaremos al paciente. - Se cambiara la gasa muy lentamente con el fin de evitar dolores y hemorragias.

Se efectuaran lavados con suero fisiologico y se vuelve a obturar con gasa Yodo formada que se dejara otras 48 horas, se esta maniobra durante 5 ó 6 sesiones, hasta serciornarnos que la cavidad no sangra más.

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

CAPITULO IV.

A P I C E C T O M I A .

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

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

El término Apicectomía, implica la -
eliminación de un trozo del ápice radicu-
lar, con el propósito de retirar todo el-
tejido presumiblemente patológico que lo-
circunda.

Esta operación se realizó por prime-
ra vez hace ya más de un siglo. Desirobo-
de llevar a cabo la primera Apicectomía -
en el año de 1843. Magitot hizo la misma -
operación el año de 1867. Otro investiga-
dor describió una técnica de Apicectomía -
para los caso con abscesos alveolar cróni-
cos. No obstante esto, correspondió a ---
Rhein popularizar este tipo de operación -
en el año de 1890, poco tiempo antes que -
se descubrieran los Rayos "X".

Salta a la vista de que estps prime-
ros ensayos mucho deblo ser confiado al -
azar y que se han de haber realizado mu-
chas Apicectomías en dientes que no la ne-
cesitaban, es decir que no se presentaban
procesos periapicales.

Desafortunadamente, con el comienzo
de la era de la infección focal, hacia el
año 1920 Garvin, como muchos otros, hizo
caso a los consejos de investigadores no -
muy bien informados, y dejó a un lado por-
un tiempo la práctica de las apicectomías,
a pesar de los buenos resultados que con -
ellas había obtenido.

Pasado un tiempo bastante largo, vol-
vió a realizarlas. Si bien, los que soste-
nían la teoría de la infección focal, en -

un tiempo tuvieron la suficiente cantidad de adeptos, como para que en esa época, es- tuviera contraindicada la conservación de -- de dientes con procesos pulpares, correspon- dio a Richert y Lyons prever los posibles errores de esta teoría, y profundizaron sus estudios al respecto. Observaron de que al- gunos dientes sin pulpas evidenciaban pro- cesos patológicos periapicales que muchas veces eran causados por la invasión micro- biana, el investigador Richert, que cono- cía la bacteriología a fondo y a la vez es- taba inclinado a la Terapeutica, visualizó la posible aplicación de métodos bacterio- lógicos en el control de las infecciones -- que tenían lugar en los dientes sin pulpa. Si bien en esa época muchos cirujanos den- tistas se inclinaban a la teoría de la in- fección focal, que les permitía extraer los dientes de salud dudosa, hubo otros, como -- Lyons, que estimularon la práctica del tra- tamiento de conductos seguida de la corres- pondiente apicectomía. La resección quirúr- gica de los tejidos periapicales, después -- de haber realizado un tratamiento de los -- conductos radiculares, parecía cubrir los -- mismos propósitos que la extracción del -- diente, y llegó a aceptarse como un método racional para poder eliminar la infección -- bacteriana.

INDICACIONES DE LA APICECTOMIA.--

Está indicada en los dientes con pro- cesos periapicales en la siguientes cir- -- cunstancias: Cuando ha fracasado el trata- -- miento Radicular; En dientes que presenten

falsos conductos; En dientes en cuyos con-
ductos se ha alojado por fractura un --
instrumento. Esta indicada en los Ante--
riores, con excepción de los premolares --
y nunca en los molares.

CONTRAINDICACIONES:

Esta ~~contraindicada~~ en procesos agu--
dos; En dientes portadores de procesos --
apicales, que han destruido el hueso has--
ta las proximidades de la mitad de su --
raíz, y proximidad peligrosa con el seno
Maxilar.

Pasos Operatorios previos a la Api-
nectomía.

Debe llevarse a cabo una historia --
clínica correcta que abarque, Estado de
salud General del paciente. Se deben ha-
cer consideraciones sobre el examen ra--
diográfico pre-quirúrgico, y estudiar u-
na serie de puntos:

A).-- El proceso Periapical.-- Consi-
deramos la clase y extensión del proceso
relaciones con las fosas nasales, con
los dientes vecinos y realizar con preci-
sión el diagnóstico del proceso periapical.

B).-- El Estado de la Raíz.-- La ca--
ries que ha atacado pudo haber destruido
grandes porciones de la raíz. También en
contrarse muy ensanchada.

C).- Estado del Parodocio.- Puede haber resorción del hueso.

LOS TIEMPOS QUIRURUGICOS SON LOS SIGUIENTES:

- 1.- ANESTESIA.
- 2.- INCISION.
- 3.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO
- 4.- OSTEOTOMIA.
- 5.- AMPUTACION DEL APICE RADICULAR.
- 6.- RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL.
- 7.- TRATAMIENTO RADICULAR.
- 8.- SUTURA.
- 9.- CUIDADOS POST-OPERATORIOS.

I.- ANESTESIA.-

Debe efectuarse un buen bloqueo para evitar los fracasos por anestias insuficientes, Debemos usar un anestesico con vasoconstrictor para evitar el exeso de sangrado.

2.- INCISION.-

Entre la incisiones mas utiles tenemos . La incision de Wassmund, la de Partsch y la Neumann.

3.- DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.-

Una vez realizada la incisión, con una legra o periostotomo o con una espátula se separa la mucosa y el periostio. El ayudante lo sostendrá con un separador o con un instrumento romo. La visión del campo operatorio ha de ser perfecta y el colgajo no debe interponerse en las manobras operatorias, ya que si es lesionado durante la intervención la cicatrización no será normal.

4.- OSTEOTOMIA.-

Se puede realizar con Escoplo y Martillo o con Fresa. El Escoplo se utiliza sobre todo cuando ya hay una perforación ósea realizada por el proceso patológico en este caso el hueso está adelgazado y con presión manual se usa el Escoplo y se realiza con facilidad la Osteotomía.

Se ha recomendado más el uso de frezas y deben ser redondas, con las que haremos pequeñas perforaciones en círculo, con el ápice como centro de la circunferencia con el escoplo levantaremos la tabla ósea. Cuando el hueso está destruido, también se puede agregar la perforación con fresa redonda, con escoplo a presión manual o con pinza Gubia de bocados finos.

5.- AMPUTACION DEL APISE RADICULAR.-

Una vez efectuada la Osteotomía, introducimos una sonda por el conducto radi-

cular con la cual nos permitiremos fijar -- la posición del ápice. Debe cortarse la raíz, no más de un tercio radicular, con fresa de fisura número 558 y dirigir el corte con un relativo bisel a expensas de la cara anterior. Debe tenerse mucho cuidado con la presión que se ejerce sobre la fresa y el ángulo con que este instrumento trabaja con el objeto de evitar su fractura.

También se puede usar el escoplo pero se necesita mucha habilidad, de no ser así resulta peligroso, ya que podemos ocasionar fracturas longitudinales de las raíces o biselados erróneos, para evitarlo sostendremos el diente entre dos dedos.

Una vez convencidos de que se ha seccionado total y perfectamente el ápice, procederemos a pulir y biselar las aristas del muñón con fresas redondas o cinceles, para evitar que actúe como cuerpo irritante.

6. RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL.

Para este fin usaremos cucharillas medianas y bien filosas, las cucharillas chicas pueden perforar el piso de los órganos vecinos. Con pequeños movimientos elevamos de la cavidad ósea el tejido enfermo. Primero haremos una limpieza general de la cavidad y luego nos detendremos en los puntos en que pueden quedar tejidos de granulación. Estos puntos generalmente son: La porción retrorradicular, el espacio entre la raíz del diente en tratamiento y la de los vecinos, la zona adherida a la fibromucosa palatina. Para estas regiones usaremos cuchari-

llas pequeñas . Debemos tener mucho cuidado de no seccionar los paquetes vásculo nervio sos de los dientes vecinos.

Lavamos la cavidad con suero fisiológico tibio, el cual se proyecta por medio de atomizadores o con la simple jeringa de mano. El líquido arrastrara las partículas óseas, dentarias y tejidos de granulación . Secamos la cavidad cuidadosamente con gasa y con el aspirador.

7.-TRATAMIENTO RADICULAR.

El conducto radicular debe ser ensanchado y esterilizado, convenientemente, ya que uno de los fracasos de la apicectomía, reside en el ensanchamiento insuficiente y deficiente esterilización. El ensanchamiento del conducto se realiza por medio, de los ensanchadores y escariadores.

El éxito de la obturación no depende del método mismo, si no de su correcta ejecución. El material de obturación se debe adosar perfectamente a las paredes radiculares, para quedar herméticamente cerrado, el conducto. Podemos emplear conos de gutapercha. Lavamos el conducto y lo deshidratamos con alcohol y aire caliente, hasta que esté perfectamente seco, de no ser así, el material de obturación no se adosará a las paredes del conducto.

Tomamos el cono de gutapercha, cuya longitud y diámetro habrá sido verificado, se introduce con bastante fuerza, tratando que sobresalga por el orificio superior del

conducto. Después con un instrumento caliente cortaremos el exedente. Esperamos unos minutos para el fraguado, de no ser así, al retirar la gasa que hacia hemostasis en la cavidad ósea; la sangre puede penetrar en la luz del conducto, inutilizando todo el tratamiento.

También se puede realizar la obturación retrógrada, en los casos en los que el conducto, este ocupado con un pivot. Para estos casos es necesario preparar una cavidad retentiva en la raíz amputada, con fresa de cono invertido.

8.- SUTURA.

Es un paso muy importante ya que gracias a ella, la evolución de la herida es rápida y la cicatrización perfecta, si se ha hecho una buena sutura.

Se efectuara con pequeñas agujas atraumáticas y empleamos con material de sutura hilo de seda o nylon. Antes de realizar este paso, rasparemos ligeramente el borde y el fondo de la cavidad, para que se llene de sangre, ya que el coágulo sanguíneo, es el material que organizará la neoformación ósea.

9.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

Los puntos los retiraremos al cuarto o quinto día. Se le indicara al paciente, que se aplique compresas frías, bolsas de hielo, enjuagatorios suaves con soluciones.

La cantidad de dolor e hinchazón postoperatorios, está en proporción directa al trauma a que fueron sometidos los tejidos durante la intervención. El trabajo inconsciente y prolongado sobre el hueso, y el tratamiento poco considerado de los tejidos blandos. Traen como resultado, hinchazón y dolor innecesario. Los taladros para hueso deberán usarse lo menos posible, y deberán girar a velocidades tales, que produzcan un mínimo de calor. Los tejidos deberán ser tratados siempre con el mayor cuidado posible, para evitar o disminuir las molestias del paciente.

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

C A P I T U L O V .

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

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

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

Al encontrarnos con una infección en uno o varios dientes de un paciente, debemos tomar medidas inmediatas para eliminarla. Las infecciones de los dientes no deben ser consideradas, como puramente locales.

Podemos citar numerosos casos que demuestran la relación que existe entre las infecciones de la boca y la infección de regiones adyacentes, así como las enfermedades secundarias, en partes alejadas del organismo. Como infecciones reumáticas, entre ellas, la Artritis y Endocarditis. Afecciones Renales, Etc.

El pus descargado en la boca por las fistulas de infecciones, puede llegar a la faringe y a los pulmones, durante la respiración normal. Este exudado, también al ser tragado por el paciente, de manera que el alimento se contamina a la hora de comer. La deglución constante de gran cantidad de gérmenes de pus, no es tolerada indefinidamente por la mucosa del estómago, y los poderes de esta para destruir los microbios tiene un límite. Estas condiciones llegan a serios trastornos gastrointestinales, como gastritis, úlceras gástricas y duodenales, apendicitis y colitis.

Bien, estas afecciones pueden actuar como focos de infección, y consiste en que los microorganismos patógenos, o las toxinas, o ambos casos, localizados en zonas circunscritas, pueden diseminarse por vía linfática, sanguínea, nerviosa o por pase directo a otras partes del cuerpo, dando

lugar a, o exacerbando, diversas enfermedades Sistémicas.

Por conclusión; Debemos realizar lo más pronto posible nuestro tratamiento, convenientemente para cada uno de los diferentes tipos de lesiones. Independientemente de que haya o no, una enfermedad en cualquier otra parte del cuerpo.

Y así mismo evitarnos todas las consecuencias, que estas afecciones nos acarrean.

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

C A P I T U L O V I .

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

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

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

PATOLOGIA BUCAL. -----Estudio Histológico,
Radiográfico y Clí-
nico de las enferme-
dades de los dien-
tes, los maxilares
y la boca.

KURT H. THOMA.

FISIOPATOLOGIA BUCAL ---TIECKE STUTEVILLE.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA

ORAL. -----EDWARD V. ZEGARELLI.
AUSTIN H. KUTSCHER.
GEORGE A. HYMAN.

PROBLEMAS DE LA INFECCION

FOCAL DENTAL. -----Dr.HERMAN MATHIS.

ANATOMIA Y PATOLOGIA

BUCAL Y DENTAL. -----TOMAS VELAZQUEZ.

CIRUGIA BUCAL . -----Con Patología, Clí-
nica y Terapéutica.
Dr. GUILLERMO A. RI
ES CENTENO.

CIRUGIA BUCAL. -----KURT H. THOMA.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL-GUSTAV O.KRUGER.

ENDODONCIA CLINICA.-----MANUAL DE ENDODON-
CIA CIENTIFICA.

R.F. SOMMER- F.DARL
OSTRANDER- M.C. --
CROWLEY.

ENDODONCIA CLINICA.-----Dr. JOHN DOWSON
Dr. FREDERICK N.
CARBER.

ENDODONCIA PRACTICA.---Y. KUTTLER.