

879522

39
2g



INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

APICECTOMIA EN TRATAMIENTOS INFECCIOSOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

FERNANDO SACRISTAN ROMAN



CHIHUAHUA, CHIH.,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN.....		5
CAPÍTULO I		
HISTORIA DE LA APICECTOMÍA.....		8
CAPÍTULO II		
CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE APICECTOMÍA.....		12
CAPÍTULO III		
HISTOPATOLOGÍA APICAL.....		23
CAPÍTULO IV		
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES.....		31
CAPÍTULO V		
CONSIDERACIONES SOBRE EL EXAMEN RADIOGRÁFICO PRE-OPERATORIO.....		35
CAPÍTULO VI		
EL PRE-OPERATORIO.....		41
CAPÍTULO VII		
INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO.....		50
CAPÍTULO VIII		
TÉCNICAS DE LA APICECTOMÍA.....		57

CAPÍTULO IX	
TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.....	13
CAPÍTULO X	
REPARACIÓN POSTERIOR	
A LA APICECTOMÍA.....	79
CONCLUSIONES.....	85
BIBLIOGRAFÍA.....	87

I N T R O D U C C I Ó N .

EL TÉRMINO APICECTOMÍA ETIMOLÓGICAMENTE CONSIDERADO PROVIENE DEL LATÍN APEX-ÁPICE (PUNTA O CIMA DE UNA COSA) Y DEL GRIEGO ENTOME-EXTIRPACIÓN, CORTE.

PODRÍAMOS EXTENDER ESTA RAMA DE LA CIRUGÍA BUCAL COMO EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO POR MEDIO DEL CUAL SE RESECA O AMPUTA, POR VÍA TRANSMAXILAR, UN FOCO PERIAPICAL Y UN ÁPICE DENTARIO Y AYUDANDO ASÍ A CONSERVAR EL DIENTE DENTRO DE LA ARCADE, SE EFECTÚA TRATAMIENTO ENBODÓSTICO-PREVIO A LA INTERVENCIÓN, O SE REALIZARÁ AL MOMENTO DEL ACTO QUIRÚRGICO.

ACTUALMENTE EL CIRUJANO DENTISTA HA EXTENDIDO SU -- CAMPO DE ACCIÓN HASTA LLEGAR A CONOCER EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TODAS LAS AFECCIONES EXISTENTES EN LA CAVIDAD ORAL Y NO SE LIMITA COMO HACE TODAVÍA UN PAR DE DÉCADAS A HACER SOLAMENTE LAS REPOSICIONES DE LAS PIEZAS -

DENTARIAS PERDIDAS, O A EXTRAERLAS EN CASO NECESARIO.

SE HA VISTO CON CLARIDAD QUE LA EXTRACCIÓN, ES EL MÉTODO MENOS INDICADO POR PROVOCAR UNA SERIE DE TRASTOROS, TALES COMO DESEQUILIBRIOS FUNCIONALES, ESTÉTICOS Y ANATÓMICOS (ÓSEOS Y PERIODONTALES), EXTENSIÓN DEL ANTAGONISTA, RESORCIÓN RADICULAR (CEMENTO) DEL ANTAGONISTA, HESIALIZACIÓN DEL O LOS DIENTES REMANENTES, DISTRIBUCIÓN DEFECTUOSA DE LAS FUERZAS DE MASTICACIÓN Y UN DESEQUILIBRIO OCLUSAL, COMO LA UTILIZACIÓN DE LOS DIENTES-PILARES CUANDO SE CONSTRUYE UN APARATO PROTÉSICO.

ESTOS EJEMPLOS SON SÓLO UN ESBOZO A GROSSO MODO DE LAS CONSECUENCIAS DE UNA EXTRACCIÓN, DÁNDONOS CUENTA -- ASÍ DE QUE CON UN BIEN TRABAJO Y CONOCIMIENTOS ADECUADOS DEL CIRUJANO DENTISTA FACILMENTE PUEDE SER EVITADOS DICHS TRASTORNOS, EFECTUANDO LA REHABILITACIÓN CORRESPONDIENTE A LAS PIEZAS DENTALES QUE AÚN PUEDEN SER TRATADAS CON MÉTODOS CONSERVADORES.

CIENTÍFICAMENTE SE HA COMPROBADO QUE EL DIENTE NATURAL DEBIDAMENTE TRATADO, ES PREFERIBLE A LA COLOCA---

CIÓN DE LA ÓPTIMA PRÓTESIS DEBIDO A QUE NUNCA PODRÁ SUPLENIR ÉSTA LAS FUNCIONES DE UN DIENTE NATURAL AL 100%, COMO SABEMOS, SI REEMPLAZA AL DIENTE EN CUANTO A ESTÉTICA, PERO DENTRO DE LA FISIOLÓGICA DE LA OCLUSIÓN PUEDE PRESENTAR SUS INCÓVENIENTES.

CAPÍTULO I

ISTORIA DE LA APICECTOMÍA

EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO COMENZÓ A UTILIZARSE EN FRANCIA EN EL AÑO DE 1881, FUE PRECONIZADO PRIMERAMENTE POR EL INVESTIGADOR CLAUDE MARTIN EN UNA MEMORIA QUE PRESENTÓ EN LA SOCIEDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LYON BAJO EL TÍTULO "LA TREPANACIÓN DE LAS EXTREMIDADES RADICULARES DE LOS DIENTES" APLICADA AL TRATAMIENTO DE LA PERIOSTÍTIS CRÓNICA ALVEOLAR DENTARIA.

ANTERIORMENTE FUE HECHA ESTA OPERACIÓN EN EL AÑO DE 1872 POR MAGNET Y PEAN, LOS CUALES LA LLEVARON A CABO -- ACCIDENTALMENTE AL SECCIONAR EL EXTREMO DE UNA RAÍZ DENTARIA QUE HEDIBO A LA INFECCIÓN APICAL HABÍA DEGENERADO EN FÍSTULA.

EN 1871, EN AMÉRICA, SMITH RESECÓ RAÍCES DE NOLA--
RES POR DOLORS NEURÁLGICOS.

UNO DE LOS DENTISTAS QUE EN AMÉRICA SE CONSIDERA --
COMO EL PRIMERO QUE PRACTICÓ ESTA OPERACIÓN EN EL AÑO --
DE 1884, ES FARRAR.

LA DIFUSIÓN DE ESTE MÉTODO FUE POSIBLE GRACIAS AL--
EMPLEO SISTEMÁTICO DE LA ANESTESIA, QUE TRASFORMÓ LA --
OPERACIÓN GROTESCA, CIEGA Y RÁPIDA DEL GOLPE TREPANO DE
CLAUDE MARTIN, EN UN ACTO QUIRÚRGICO BIEN REGLADO, CO--
MENZANDO DESDE ESTA ÉPOCA EL PERÍODO DE SU HISTORIA. --
A PARTIR DE 1900 ENCONTRAMOS QUE LAS PUBLICACIONES SE --
MULTIPlicARON ENORMEMENTE SOBRE LOS DIFERENTES MÉTODOS--
EN EL TRATAMIENTO DE LA APICECTOMÍA.

EN AMÉRICA EN 1902, H.L.SHEIN, EXPONE ANTE LA NORTH
WESTERN DENTAL ASSOCIATION SU MÉTODO SEGUIDO EN LA AN--
PUTACIÓN DE RAÍCES DE PORCELANA, EN JUNIO DE 1905, H.H.
SHANBERG COMUNICA DE LOS ABSCESOS ALVEOLARES CRÓNICOS.

EN EL PRIMER CONGRESO FRANCÉS DE ESTOMATOLOGÍA EN PARÍS EN 1907, REAL CONSAORA EN LA RESECCIÓN DEL ÁPICE- UN ESTUDIO COMPLETO.

PODEMOS SEGUIR AHORA CON LOS TRABAJOS DE MAURICE ROY Y FOURCNET. EL PRIMERO DE LOS CUALES FUÉ EN 1909- Y EL SEGUNDO EN 1910. HABLAN SOBRE LA ARTRITIS ALVEOLODENTARIA, DESCRIBIENDO LA OPERACIÓN DE CLAUDE MARTIN Y EL CURETAGE ALVEOLODENTARIO DE ROY.

HASTA ENTONCES LAS INDICACIONES DE LA INTERVENCIÓN, HABÍAN QUEDADO EN EL DOMINIO PURAMENTE CLÍNICO, PERO EN PROGRESO DE LA RADIOGRAFÍA DENTAL, LAS INDICACIONES PUEDEN SER MÁS PRECISAS Y PERMITEN CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE GRAN IMPORTANCIA Y LUEGO VERIFICAN EL RESULTADO OPERATORIO Y CONTROLAR LA OPERACIÓN.

ACTUALMENTE ESTE TIPO DE INTERVENCIONES SE HACEN EN TODAS LAS ESCUELAS ODONTOLÓGICAS, EN DONDE LES SON ENSEÑADAS LAS DIFERENTES TÉCNICAS PARA PRACTICARLA DURANTE EL PERÍODO DE ENSEÑANZA UNIVERSITARIA Y UNA VEZ -

DENTRO DE LA PRÁCTICA PRIVADA, LLEGA A CONVERTIRSE EN -
UNA INTERVENCIÓN MUY COMÚN DEBIDO A UN ALTO PORCENTAJE--
DE PIEZAS ATACADAS POR CARIES PENETRANTE, SEGUIDAS POR--
UN ABSCESO PERIAPICAL.

CONSIDERO ESTA TÉCNICA COMO UNO DE LOS MEJORES ME--
DIOS DE PRESERVAR UNA PIEZA DENTAL, AÚN HABIENDO EXIS--
TIDO UN PROCESO INFECCIOSO Y TENIENDO LA ALTERNATIVA DE
QUE PREVIAMENTE A LA OPERACIÓN SE CUBRE CON ANTIBIÓTI--
COS AL PACIENTE PARA CONTRARRESTAR LA ACCIÓN DE LAS ---
BACTERIAS Y TENER UN CAMPO OPERATORIO MÁS ASÉPTICO, LO--
QUE NOS BRINDA UN PRONÓSTICO BASTANTE BUENO.

CAPÍTULO II

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE APICECTOMÍA

LA APICECTOMÍA ES LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA MÁS --
CONSERVADORA EN EL CAMPO DE LA CIRUGÍA BUCAL. YA SE HA
DESCRITO EN EL CURSO DE ESTA TESIS ALGUNOS DE LOS INNUME-
RABLES TRASTORNOS CONSECUTIVOS A LA EXTRACCIÓN. ESTOS-
TRASTORNOS INCLUYEN; EL DESARROLLO DE UNA ALVEOLITIS, --
ASÍ COMO LA PÉRDIDA DE LA FUNCIÓN CORRECTA DE LA OCLU-
SIÓN DEBIDA A LA AUSENCIA DE LA PIEZA EN CUESTIÓN, YA --
QUE NINGÚN DIENTE *ARTIFICIAL* PODRÁ SUPLENER CON IGUAL --
ÉXITO LA FUNCIÓN DE UNA PIEZA NATURAL. PARA EVITAR ES-
TO, CUANDO EXISTA UN PROCESO PATOLÓGICO EN UN DIENTE QUE
APARENTEMENTE REQUIERA LA EXTRACCIÓN PARA CUALQUIER PER-
SONA, EL CIRUJANO DENTISTA HACE UN ESFUERZO PARA CONSER-
VAR ESE DIENTE, ESTIRPANDO LOS ÁPICES RADICULARES QUE --

ALBERGAN MICROORGANISMOS EN LOS CANALES DE DENTINA Y EN LAS LAGUNAS CEMENTARIAS NO ACCESIBLES A LOS MÉTODOS ORDINARIOS DE ESTERILIZACIÓN. EL ÁPICE SE NECROSA PERO A DIFERENCIA DEL HUESO NECRÓTICO NO FORMA SEQUESTROS, - AUNQUE SÍ ES FRECUENTE QUE SE DESARROLLE EN ÉL UN PROCESO DE RESORCIÓN. LA ABULSIÓN DEL ÁPICE NECRÓTICO -- POR ODONTOMÍA TIENE COMO FIN CONSERVAR LA PARTE SANA DE LA RAÍZ DE UN DIENTE, DE MANERA QUE PUEDA ELIMINARSE SU PORCIÓN ENFERMA. SE HA PRACTICADO DURANTE MUCHOS AÑOS - CON UN PORCENTAJE DE ÉXITO BASTANTE ALTO. LA ÁPICO-AMPUTACIÓN DEBERÁ REALIZARSE CON MAYOR FRECUENCIA PUESTO-QUE ES UN MÉTODO SATISFACTORIO PARA SALVAR UN DIENTE.

DESPUÉS DE ESTA OPERACIÓN, NOS QUEDA UN DIENTE --- FISIOLÓGICAMENTE NORMAL DEBIDO A LA INSERCIÓN DE UN NUEVO PARADENCIO APICAL Y LOS RESULTADOS ESTÉTICOS Y MECÁNICOS SON EXCELENTES. PRÁCTICAMENTE EN TODOS LOS CASOS DE TERAPIA RADICULAR PROCEDERÁ LA OPERACIÓN. ESTA SE REALIZARÁ LO MÁS PRONTO POSIBLE DESPUÉS DE HABER SIDO OBTURADO EL CONDUCTO RADICULAR, GENERALMENTE EL MISMO DÍA PARA EVITAR LA HEMERRECCIÓN AGUDA QUE SUELE SE--

QUIE A ESTA TERAPÉUTICA.

RECORDAREMOS QUE LA APICECTOMÍA ES UN PROCEDIMIENT
TO QUIRÚRGICO SIMPLE, CUYO ÉXITO DEPENDE EN GRAN PARTE
DE LA HABILIDAD CON QUE SE OBTURE EL CANAL. ES UTILIZA
ZADO CON EL OBJETO PRINCIPAL DE ELIMINAR TODO LO QUE -
ESTÉ ACTUANDO COMO CUERPO EXTRAÑO O AGENTE NOCIVO A LA
ECONOMÍA ORGÁNICA Y DESPUÉS PERMITIR LA PROLIFERACIÓN-
DE LOS TEJIDOS ADYACENTES, PARA QUE VENGA A CICATRIZAR
LA REGIÓN ES QUE SE INTERVIVO, PROLONGANDO POR TIEMPO-
INDEFINIDO LOS DIENTES NATURALES EN SU POSICIÓN CORRECT
TA Y CON SUS FUNCIONES NORMALES EN LA ARCADA, EVITÁN-
DOLE AL PACIENTE TODOS LOS TRASTORNOS QUE LE ACARREA-
RÍA LA EXTRACCIÓN SENTARIA.

QUIERO HACER MENCIÓN ACERCA DE LA CARIES PENETRANT
TE, ENTIDAD PATOLÓGICA QUE ABENÉS DE SUSCITAR MÚLTI-
PLES VISITAS AL ODONTÓLOGO CONSTITUYE UNA INDICACIÓN -
PARA SER TRATADA CON APICECTOMÍA, SIEMPRE Y CUANDO LA
PIEZA AFECTADA HAYA PRESENTADO ALGÚN PROCESO INFLAMCIOS
SO.

ESTENDIÉNDOS POR CARIES PENETRANTE CON MORTIFICACIÓN PULPAR AQUELLA QUE LESIONÁNDOLA Y CREANDO UN FOCO BACTERIANO QUE LUEGO SE TRASMITE EL ÁPICE PROVOCANDO UNA INFECCIÓN EN LA ZONA PERIAPICAL, LA CUAL NOS OFRECE UNA GAMA DE COMPLICACIONES QUE VA DESDE UNA PERIODONTITIS PASANDO POR EL ABSCESO, GRANULOMA Y QUISTE HASTA LA FORMACIÓN DE FLEONES QUE HACEN TEMER POR LA VIDA DEL PACIENTE.

ES UNA CARIES PENETRANTE LA PULPA SE ENCUENTRA DESTRUÍDA, NO HAY DOLOR PROVOCADO NI ESPONTÁNEO, LA PIEZA NO RESPONDE A LOS CAMBIOS TÉRMICOS, NI CON ALINHOS DE DULCES O ÁCIDOS, TAMPOCO AL CONTACTO CON CUERPOS Duros. - ESTA AUSENCIA DE DOLOR INTERPRETADA POR EL PACIENTE COMO UNA MEJORA, NO ES SIÑO TODO LO CONTRARIO, ES UN SIGNO ALARMANTE QUE INDICA QUE EL PROCESO INFECCIOSO ESTÁ DESTRUENDO TODOS AQUELLOS TEJIDOS QUE ESCUENTRA A SU PASO Y QUE A LA LARGA TRAE PARDECIMIENTOS TAN SERIOS, TAL ES EL CASO DE UNA ALTERACIÓN PULPAR TAN SEVERA COMO LA NEURÓSES PULPAR EN DONDE LA PIEZA SE TORNA ASINTOMÁTICA, -- PERO EL PROCESO PATOLÓGICO EN LA REGIÓN APICAL CONTINÚA-

HASTA LLEGAR A DEGENERAR EN PATOLOGÍAS MÁS SEVERAS QUE PUEDEN LLEGAR HASTA UNA OSTEOMIELITIS Y COMPROMETER O PONER EN PELIGRO LA VIDA DEL PACIENTE.

SI HACEMOS UNA EXPLORACIÓN DE LA ZONA AFECTADA, -- NOS DAREMOS CUENTA DE QUE LA CAVIDAD SE ENCUENTRA LLENA DE DETRITOS EN DESCOMPOSICIÓN, DE OLORES FÉTIDOS QUE HARÁN QUE EL DIENTE TOQUE UNA COLORACIÓN LIGERAMENTE AZUL O CAFÉ, DANDO LA IMPRESIÓN DE UN DIENTE MUERTO. ESTE CAMBIO DE COLORACIÓN ANORMAL QUE SUFREN LOS DIENTES ES DEBIDO A LA PENETRACIÓN DE SUSTANCIAS COLORANTES QUE SE PRODUCEN EN LA PULPA Y EN LOS CANALES DENTINARIOS. A LA EXPLORACIÓN EL PACIENTE NO SIETE EL MÁS MÍNIMO DOLOR, SIN EMBARGO, LA SONDA ESTÁ IMPREGNADA POR EL MAL OLORES DE LAS FERMENTACIONES PRODUCIDAS POR EL ACÓMULO DE DETRITOS ALIMENTICIOS EN ESA CAVIDAD.

VISTO AL MICROSCOPIO OBSERVAMOS EN ESTOS DETRITOS Y EN EL CONDUCTO RADICULAR, GÉRMINES GRANPOSITIVOS QUE SE ENCUENTRAN PRESENTES EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS; EN ALGUNAS OCASIONES EXISTEN GRAN NEGATIVOS; EN UNOS POCOS

LEVADERAS; Y POR ÚLTIMO ES FRECUENTE OBSERVAR UNA COMBINACIÓN DE LOS MICROORGANISMOS CITADOS. TODOS ESTOS MICROORGANISMOS SON CAPACES DE LLEGAR POR EL CANAL DENTARIO MÁS ALLÉ DEL ÁPICE E IR A PROVOCAR REACCIONES PATOLÓGICAS QUE SE TRADUCEN EN ABSCESOS, LOS CUALES DE SO RENOVERLOS IRÁN DESTRUYENDO EL TEJIDO ÓSEO LLEGANDO A PROVOCAR EN ÚLTIMO TÉRMINO OSTEOMIELITIS LA CUAL ES UNA ENFERMEDAD QUE SE INICIA COMO UNA INFECCIÓN DE LA PORCIÓN ESPOJOSA DEL HUESO. ESTA INFECCIÓN PUEDE LOCALIZARSE O DIFUNDIRSE A TRAVÉS DE TODO EL ESPACIO MEDULAR DE LA MANDÍBULA O LOS MAXILARES. LOS SÍNTOMAS INCLUYEN DOLOR PROFUNDO ACOMPAÑADO POR PARESTESIA DEL LABIO. SU TRATAMIENTO INCLUYE:

- A) TERAFÉUTICA ANTIBIÓTICA EFICAZ.
- B) DRENAJE DE CUERPO PURULENTO CUANDO SE FORMA A PESAR DEL TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS.
- C) EXTRACCIÓN DEL SEQUESTRO ÓSEO QUE SE PRODUCE -- DEBIDO A LA INFECCIÓN; ESTE NO DEBE HACERSE INMEDIATAMENTE, SINO HASTA HABER CONTROLADO LA INFECCIÓN CON ANTIBIOTICOTERAPIA IDEAL EN BASE A UN ESTUDIO DE ANTIROGRAMA.

ESTA ACUMULACIÓN DE MICROORGANISMOS CUYA VIRULENCIA PUEDE AUMENTARSE, NO SÓLO LLEGARÁ A PROVOCAR REACCIONES PELIGROSAS EN EL LUGAR DONDE SE ENCUENTRE, SINO QUE PROVOCARÁ INFECCIONES A DISTANCIA, ES DECIR, EN LOS DIFERENTES ÓRGANOS DE LA ECONOMÍA HUMANA, COMO SUCEDE EN EL CASO DE ABSCESO PULMONAR, EL FOCO DE INFECCIÓN AMIGDALINA Y ALGUNAS OTRAS ALTERACIONES.

SE HAN IDEADO VARIOS TRATAMIENTOS CAPACES DE SALVAR UN DIENTE QUE SE ENCUENTRE EN ESTAS CONDICIONES, UNAS BASÁNDOSE EN PROCEDIMIENTOS QUÍMICOS Y OTROS EN PROCEDIMIENTOS QUÍMICOS Y OTROS EN PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS. LOS PROCEDIMIENTOS QUÍMICOS CONSISTEN EN LAVAR CON SOLUCIONES ANTISÉPTICAS DEL INTERIOR DEL CANAL DENTARIO, LOGRANDO UN LAVADO DE RESTOS NECRÓTICOS O PRODUCTOS DE DESECHOS BACTERIANOS, ASÍ COMO TEJIDO DENTINARIO INVOLUCRADO EN LA PATOLOGÍA PULPAR, SIN LOGRAR UN LAVADO ADECUADO EN LA REGIÓN DEL LÍMITE C.D.C. (CEMENTO, DENTINA CONDUCTO), PERO PRESENTA EL INCONVENIENTE DE QUE, COMO EL ABSCESO NO SE FORMA ÚNICAMENTE EN EL ÁPEX, SINO QUE GENERALMENTE ABARCA EL TERCIO APICAL, --

QUEDARÁN RESTOS DE MICROORGANISMOS CAPACES DE EVOLUCIONAR NUEVAMENTE Y LLEGAR A LA FORMACIÓN DE NUEVOS ESTADOS PATOLÓGICOS. LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SON AQUELLOS QUE TIENEN LA GRAN VENTAJA DE HACER LA ELIMINACIÓN TOTAL DE TODOS LOS MICROORGANISMOS EXISTENTES EN EL TERCIO APICAL, LOGRANDO CON ELLÓ LA SALVACIÓN DEL DIENTE Y EVITAR LAS DIFERENTES INFECCIONES QUE SE PUDIERAN PROVOCAR EN EL ORGANISMO.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON ÉSTA PRÁCTICA, ESTÁN EN CONCORDANCIA CON LOS OBTENIDOS EN CUALQUIER OTRA FASE DE LA ODONTOLOGÍA O DE LA MEDICINA, UN EJEMPLO DE ESTO ES LA ENDODONCIA QUE REFLEJA LA SUMA DE LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES DE LAS CIENCIAS BIOLÓGICAS Y MÉDICAS, ENFOCADAS HACIA LA RESOLUCIÓN DE UN PROBLEMA ESPECÍFICO, COMO LA PRESERVACIÓN DE PIEZAS DENTALES, AÓN DESPUÉS DE HABER SUFRIDO NECRÓSIS PULPAR O ALGUNA ALTERACIÓN PULPAR CON PROBLEMAS APICALES Y PERIODONTALES.

ES IMPORTANTE CONSERVAR, SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, LA VITALIDAD DE LA PULPA, SIN EMBARGO, LA EXTIRPACIÓN DE

ELLA NO SIGNIFICA NECESARIAMENTE QUE EL DIENTE TRATADO SEA UN ÓRGANO MUERTO, YA QUE SE CONSERVAN AÚN LAS RELACIONES VITALES EN EL CEMENTO, POR MEDIO DE LA MEMBRANA PERIODONTAL, EN CONSECUENCIA, EL DIENTE SIN VIDA POR SI SOLO NO ES UNA AMENAZA A LA SALUD DEL PACIENTE, SI SE TRATA COMO ES DEBIDO, ESTO ES, QUITANDO TODA LA SUSTANCIA SÉPTICA Y OBTURANDO HERMÉTICAMENTE LOS CASALES PARA IMPEDIR QUE PENETREN EN ELLOS MICROBIOS PATÓGENOS PROCEDENTES DEL EXTERIOR O POR LOS CANALES ACCESORIOS A LOS FORÁMENES APICALES.

SÍ SE APLICAN TALES MÉTODOS OPORTUNAMENTE, EL DIENTE SIN PULPA PUEDE CONTINUAR SIENDO ÚTIL POR MUCHO TIEMPO, CIERTO ES QUE EL DIENTE PIERDE SU RESISTENCIA NORMAL, DEBIDO A QUE EXISTE UNA DESHIDRATACIÓN Y UNA DESMINERALIZACIÓN EN EL ESMALTE Y DENTINA, QUE ESTÁ MÁS PROPENSO A PADECER CARIES, FRACTURAS Y LÓGICAMENTE PIERDE SU CAPACIDAD DE SOBRELLEVAR EL TRABAJO EXCESIVO QUE PUEDEN DESEMPEÑAR LOS DIENTES NATURALES. SIN EMBARGO, EN ESTAS CONDICIONES SUELE SER UN DIENTE FUNCIONAL MUCHO MÁS EFICAZ QUE UNO ARTIFICIAL, EN CONSECUENCIA, DE-

SE HACERSE TODO EL ESFUERZO POR CONSERVAR UNO DE ESOS -
DIENTES. ES DE SUMA IMPORTANCIA PROCEDER CON ESTRICTA
ASEPSIA, SUPRIMIR TODA LA INFECCIÓN PRESCRIBIENDO AL PA-
CIENTE EL ANTIBIÓTICO MÁS INDICADO EN ESTOS CASOS COMO-
SON: PENICILINAS, AMPICILINAS Y EN CASO DE PACIENTES -
ALÉRGICOS A ELLAS, ERITROMICINA Y LINCOMICINA UNIDAS A-
UN ANALGÉSICO Y DESINFLAMATORIO PARA ALIVIAN LA SINTOMA
TOLOGÍA QUE PRESENTA ESTA ENTIDAD. ADEMÁS SE HARÁ UNA
CORRECTA ESTERILIZACIÓN CON LAS SUSTANCIAS INDICADAS --
(FÓRMOCRESOL O PARAMONOCLOROFENOL) Y SE OBTURARÁN PER--
FECTAMENTE LOS CONDUCTOS RADICULARES, SIENDO ESTRICTA--
MENTE NECESARIO TOMAR UNA RADIOGRAFÍA PARA ASEGURARNOS-
QUE SE REALIZÓ UNA ADECUADA CONDENSACIÓN DEL CANAL, YA-
QUE LA INFECCIÓN DE LA PORCIÓN APICAL DE LA RAÍZ PODRÍA
ORIGINAR UN FOCO BACTERIANO CUYAS CONSECUENCIAS PODRÍAN
ACARRIAR GRAVES TRASTORNOS GENERALES, COMO ES EL CASO -
DEL ABSCESO PULMONAR.

CAPÍTULO III

HISTOPATOLOGÍA APICAL

LA PATOLOGÍA APICAL COMPRENDE DESDE ESTADOS INFLAMATORIOS AGUDOS Y CRÓNICOS HASTA PROCESOS DEGENERATIVOS DE LOS TEJIDOS EN LA REGIÓN APICAL.

LAS CAUSAS SON UNA DISEMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD A TRAVÉS DEL PORÁNEN APICAL DE MICROORGANISMOS Y TOXINAS.

LA PATOGENICIDAD DE LAS BACTERIAS O MICROORGANISMOS LLEGAN AL ÁPICE Y EL PROBLEMA SE AGRAVA POR LA PRESENCIA DE TOXINAS Y PRODUCTOS DE DESECHO Y DE TEJIDOS PULPARES DESTRUÍDOS. LOS CUALES FORMAN UN ACÚMULO DE EXUDADO PURULENTO.

LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES SON LAS ENTIDADES QUEMAS FRECUENTEMENTE NOS PROVOCAN PATOLOGÍAS APICALES:

GRANULOMA.- EL GRANULOMA ES UN TUMOR COMPUESTO POR TEJIDO DE GRANULACIÓN; ESTE ACTÚA A MANERA DE UN TEJIDO DE DEFENSA Y AL AUMENTAR DE TAMAÑO PRODUCE REABSORCIÓN-ÓSEA EN EL SITIO EN QUE LA TRAMA COLÁGENA ES DESTRUIDA-POR HISTIOCITOS. DE AQUÍ QUE UNA INFECCIÓN CRÓNICA DE UNA PULPA DENTAL, DÉ COMO RESULTADO DESTRUCCIÓN DEL HUESO PERIAPICAL. EL ORGANISMO EMPIEZA A REPARAR EL DAÑO PRODUCIENDO CAPILARES Y TEJIDO CONECTIVO QUE SI NO FUERA POR LA IRRITACIÓN DE LA PULPA PRODUCIRÍA HUESO NUEVO. SIN EMBARGO LA CONTINUACIÓN DE LA IRRITACIÓN CAUSA UNA MEZCLA DE ESTE TEJIDO CON EL EXUDADO INFLAMATORIO ORIGINANDO EL GRANULOMA DENTAL.

RADIOGRÁFICAMENTE SE OBSERVA COMO UNA LESIÓN REDONDA RADIOLÚCIDA EN EL ÁREA DEL ÁPICE DE LA PIEZA AFECTADA. EL TRATAMIENTO PARA ESTA ENTIDAD ES LA CIRUGÍA -- APICAL O APICECTOMÍA.

QUISTE PERIAPICAL. - EL QUISTE SE DEFINE COMO UN SACO QUE CONTIENE UN LÍQUIDO O SEMISÓLIDO. EL QUISTE --- PERIAPICAL NACE DE UN GRANULOMA DENTAL. LOS RESTOS DE CÉLULAS EPITELIALES DE MALASSEZ ATRAPADOS EN EL GRANULOMA PROLIFERAN Y SE FORMA UNA REGIÓN CENTRAL DE LISIS Y EL EPITELIO EN PROLIFERACIÓN SE CONVIERTE EN UNA MEMBRANA ENCAPSULADORA.

LA DESINTEGRACIÓN CELULAR DENTRO DEL QUISTE PROVOCA UNA DIFUSIÓN DE LÍQUIDO HACIA LA CAVIDAD QUISTICA BANDO COMO RESULTADO LA TENSIÓN. EL AUMENTO DE LA PRESIÓN -- NACE QUE EL HUESO PERIFÉRICO SE REABSORBA Y QUE EL QUISTE SE AGRADE.

RADIOGRÁFICAMENTE LA LESIÓN SERÁ RADIOLÚCIDA Y ESTARÁ BIEN CIRCUNSCRITA POR HUESO CORTICAL, QUE SE OBSERVA COMO UNA LÍNEA RADIOPACA ALREDEDOR DEL QUISTE.

EN ALGUNAS OCASIONES LOS QUISTES SE FORMAN A PARTIR DE UNA PULPA NECRÓTICA CON PERIODONTITIS APICAL CRÓNICA; LA FORMACIÓN CRÓNICA DE ESTE GRANULOMA ES ESTIMULADA POR

LOS RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ O DE LA VAINA DE BERTHOLINI, LAS CUALES VAN FORMANDO UNA CAVIDAD QUÍSTICA MEDIANTE LA PATOGENESIS ANTERIOR. HISTOPATOLÓGICAMENTE TIENE UNA CAPA DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO CONTENIENDO RESTOS NECRÓTICOS, CÉLULAS INFLAMATORIAS, CÉLULAS EPITELIALES Y CRISTALES DE COLESTERINA.

EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN ES UNA BUENA CONDUCTO-TERAPIA Y UNA CIRUGÍA APICAL CON RASPAJE O CURETAJE, PARA RETIRAR TODOS LOS RESTOS NECRÓTICOS LOCALIZADOS EN EL PERIÁPICE QUE SON LOS CAUSANTES DE LA PATOLOGÍA APICAL.

LOS CONOCIMIENTOS ACTUALES DE LA HISTOPATOLOGÍA Y BACTERIOLOGÍA EN ODONTOLOGÍA HAN MARCADO PROFUNDAS VARIACIONES EN LO REFERENTE A LA OPORTUNIDAD DE LA APICECTOMÍA. ES POR ELLO QUE CONSIDERAMOS ESTOS NUEVOS CONOCIMIENTOS DENTRO DEL CAMPO DE LA ENDODONCIA.

EL TEJIDO DE GRANULACIÓN QUE SE ENCUENTRA EN TODA LESIÓN PERIAPICAL, SE HACE VISIBLE RADIOGRÁFICAMENTE POR

ZONAS RADICÓLIDAS DE DISTINTOS ASPECTOS QUE SIRVIERON EN EL PASADO PARA UNA PRETENDIDA CLASIFICACIÓN DE TALES PROCESOS, EN LA ACTUALIDAD DICHO TEJIDO DE GRANULACIÓN ES CONSIDERADO COMO EL TEJIDO DE DEFENSA RESULTANTE DE UN ESTADO INFLAMATORIO PROVOCADO POR DISTINTOS AGENTES BACTERIANOS, LOS CUALES ESTIMULAN LA ZONA AFECTADA PARA QUE INICIE SU DEFENSA Y REPARACIÓN DESPUÉS DE QUE EL FACTOR ETIOLÓGICO HA SIDO ELIMINADO CON EL TRATAMIENTO ADECUADO, ESTE PUEDE SER QUIMIOTERÁPICO O QUIRÚRGICO.

ESTE NUEVO CONOCIMIENTO DE LA ACTIVIDAD Y EVOLUCIÓN PATOLÓGICO DE ESTE TEJIDO HA PROPUESTO LA OPORTUNIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LESIONES GRANULOMATOSAS HASTA UN TIEMPO PRUDENCIAL, DESPUÉS DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL CONDUCTO Y PASANDO UN LAPSO DE TIEMPO, SE APRECIARÁ SI LA REPARACIÓN SE LLEVÓ A CABO O SI ESTABA EFECTUÁNDOSE CON LA SUPRESIÓN DEL FACTOR ETIOLÓGICO CORRESPONDIENTE.

PODRÍA ADUCIRSE QUE SI TAL TEJIDO DE GRANULACIÓN ES UN TEJIDO DE DEFENSA, CÓMO SE EXPLICARÍA LA ETAPA DESTRUCTIVA DEL TEJIDO ÓSEO DE LAS IMÁGENES VISIBLES

RADIOGRÁFICAMENTE. LA EXPERIENCIA DE FISCH DEMUESTRA QUE LA INFECCIÓN PROVOCA EN EL HUESO UNA REACCIÓN INFLAMATORIA EN LA CUAL PUEDEN CONSIDERARSE CUATRO ZONAS QUE DEL CENTRO A LA PERIFERIA SON:

- A) ZONA DE INFECCIÓN. - EN DONDE SE ENCUENTRAN MICROORGANISMOS Y POLINUCLEARES EN FUGA.
- B) ZONA DE CONTAMINACIÓN. - CON PEQUEÑAS CÉLULAS REDONDAS Y LINFOCITOS.
- C) ZONA DE IRRITACIÓN. - CON HISTIOCITOS Y OSTEOCLASTOS.
- D) ZONA DE ESTIMULACIÓN. - CON OSTEOBLASTOS Y FIBROBLASTOS.

DE MANERA QUE LA INFECCIÓN CONFIRMADA EN LA ZONA CENTRAL DESDE EL PRIMER MOMENTO ESTÁ RODEADA POR LA ZONA DE CONTAMINACIÓN, CON PREDOMINIO DE CÉLULAS REDONDAS. MÁS HACIA AFUERA LOS OSTEOCLASTOS DESTRUYEN EL TEJIDO ÓSEO, DANDO LUGAR AL ASPECTO RADIOLÚCIDO QUE SE HA COMENTADO ANTERIORMENTE PARA QUE LOS FIBROBLASTOS ÓSEOS Y LOS OSTEOCLASTOS, ELEMENTOS DE LA ÚLTIMA, ENPA-

REBANDO LA ZONA DESTRUCTIVA, SE OPOSERÁ A LA MISMA, DEMOSTRANDO CON OPOSICIÓN LA INTENCIÓN DE RECUPERACIÓN TISULAR QUE HA DE EFECTUARSE UNA VEZ QUE EL ESTE PROCEDENTE DE LA INFECCIÓN HAYA SIDO VENCIDA. PERO NO SOLAMENTE LA INFECCIÓN ES CAUSA DE LA DESTRUCCIÓN ÓSEA. ASÍ LESTER CANN DICE "LA HIPEREMIA PRODUCIDA EN UN HUESO PRODUCE DESCALCIFICACIÓN DEL MISMO Y LA REOSIFICACIÓN NUNCA TENDRÁ LUGAR MIENTRAS LA HIPEREMIA EXISTA. LA HIPEREMIA ES EL ACOMPAÑANTE CONSTANTE DE LA INFLAMACIÓN Y NO ES NECESARIO SOLAMENTE EL FACTOR INFECCIOSO PARA PRODUCIR UN ÁREA HIPERÉMICA".

ES DECIR QUE TODA CAUSA DE INFECCIÓN PRODUCE HIPEREMIA. ENTONCES LA LESIÓN PERIAPICAL NO SÓLO SE DEBE AL FACTOR INFECCIOSO EN PARTICULAR SINO A CUALQUIER CAUSA QUE PROVOQUE UN ESTADO INFLAMATORIO QUE DARÁ LUGAR A UNA HIPEREMIA DESCALCIFICADORA, TALES COMO TRAUMA ACCIÓN QUÍMICA DE DROGAS IRRITANTES, OBTURACIÓN CON CEMENTO DE SILICATO O CON ACRÍLICO Y LAS SUSTANCIAS ACUMULADAS EN CONDUCTOS MAL OBTURADOS QUE IRRITARÁN LOS TEJIDOS PERIAPICALES.

HISTOLÓGICAMENTE LA LESIÓN PERIAPICAL CONSISTE EN - UN EXUDADO INFLAMATORIO, COMPUESTO DE POLIMORFONUCLEA--- RES, LINFOCITOS, PLASMACITOS, HISTIOCITOS QUE SON CÉLU--- LAS DE DEFENSA Y QUE NO SOLAMENTE TIENEN PODER ANTIINFLA--- MATORIO Y ANTITÓXICO SINO QUE TAMBIÉN ELIMINAN PRODUCTOS DE DEGENERACIÓN Y HASTA RESTOS DE SUBSTANCIAS DE IRRITA--- CIÓN QUE PUEDEN PROVOCAR HIPEREMIA DESCALCIFICADORA.

YA HEMOS MENCIONADO QUE TODO ESTE TEJIDO DE DEFENSA - ESTÁ CIRCUNSCRITO POR UNA PARED DE FIBROBLASTOS LISTOS - PARA INICIAR LA REPARACIÓN UNA VEZ QUE HA SIDO CONTROLA--- DA LA HIPEREMIA DESCALCIFICADORA. LA REPARACIÓN NO SE--- CUMPLIRÁ SI SE ENCUENTRAN RESTOS EPITELIALES DE MALA--- SSES, QUE NO PUDIERON SER DESTRUIDOS POR EL EXUDADO IS--- FLAMATORIO O PORQUE LA ACTIVIDAD OSTEOGÉNICA ESTÁ DIS--- MINUIDA.

POR LO TANTO, DE LO ESPUESTO DEDUCIMOS QUE LA LE--- SIÓN PERIAPICAL DE ORIGEN DENTARIO PUEDE SER COMBATIDA - POR EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DEL CONDUCTO RADICULAR, - ELIMINANDO LA INFECCIÓN CAUSANTE DE LA HIPERDESCALCIFICA

CIÓN, SUPRIMIENDO RESTOS CELULARES PRODUCTO DE DEGENERACIÓN PROTÉICA NO SÉPTICA, PERO TAMBIÉN PROVOCADORES DE TAL HIPEREMIA DESCALCIFICADORA Y QUE NO NECESITA DESTRUIR EL TEJIDO DE GRANULACIÓN DE DEFENSA, PUES ÉSTE ES -- UNA CONSECUENCIA REPARABLE DE UN FACTOR ETIOLÓGICO QUE ESTÁ DENTRO DEL CONDUCTO RADICULAR. SIN EMBARGO, EN -- NINGÚN MOMENTO DEBE RESTARSE IMPORTANCIA A LA APICECTOMÍA. ESTA INTERVENCIÓN DEBE RECONOCERSE DE SUMA UTILIDAD, PERO SE LIMITARÁ SÓLO PARA AQUELLOS CASOS EN QUE -- EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO HECHO CON LA DEBIDA CORRECCIÓN, NO HAYA SIDO SUFICIENTE PARA OBTENER LA REPARACIÓN DE LA ZONA PERIAPICAL DAÑADA. DEBE TENERSE EN -- CUENTA QUE ES EL ÚNICO MEDIO DE TRATAMIENTO PARA AQUELLOS CASOS EN QUE EL TRATAMIENTO ENDODÓNTICO NO PUEDE -- EFECTUARSE SIEMPRE QUE SE TENGA EN MIRA LA CONSERVACIÓN DEL DIENTE.

CAPÍTULO IV

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DESAFORTUNADAMENTE, COMO TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, LA APICECTOMÍA NO ESTÁ INDICADA EN TODOS LOS CASOS Y ADOLECE TAMBIÉN DE SUS CONTRAINDICACIONES.

ESTÁ INDICADA EN LOS SEIS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES E INFERIORES. ALGUNOS CIRUJANOS DENTISTAS LA EFECTÚAN EN PIEZAS POSTERIORES, PERO LA VISIBILIDAD DEL CAMPO OPERATORIO RESULTA DEFICIENTE ADemás DEL PELIGRO DE LESIONAR ALGUNAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS, COMO PODRÍA SUCEDER EN EL CASO DE MOLARES SUPERIORES EN DONDE SE CORRERÍA EL RIESGO DE PERFORAR EL SENO O ANTRIO MAXILAR Y EN LA REGIÓN DE FREMOLORES INFERIORES PODEMOS TRAUMATIZAR EL NERVI0 MENTONEANO QUEDANDO COMO SECUELA UNA ZONA

PARESTÉSICA.

EN MI OPINIÓN ESTE TIPO DE CIRUGÍA DEBERÍA HACERSE SÓLO EN DIENTES MONORRADICULARES, YA QUE OFRECE MENOS RIESGO PUESTO QUE NO TIENE DEMASIADA CERCANÍA CON APÍCES DE OTRAS PIEZAS. PUESTO QUE EN EL CASO DE DIENTES CON DOS O MÁS RAÍCES PODRÍA PROPAGARSE ALGÚN RIESGO INFECCIOSO DEL ÁPICE DAÑADO Y NO DAR SINTOMATOLOGÍA HASTA DESPUÉS DE VARIAS SEMANAS DE HABERSE REALIZADO LA API-CECTOMÍA Y COMO CONSECUENCIA SE PROCEDERÍA A SEGUIR EL MISMO TRATAMIENTO LLEVADO A CABO CON ANTERIORIDAD ORIGI- NANDO UN MALESTAR INNECESARIO AL PACIENTE Y VISITAS ADICIONALES AL CONSULTORIO.

ESTÁ INDICADA CUANDO HA FRACASADO EL TRATAMIENTO RADICULAR. ESTÁ INDICADA CUANDO NO SE PUEDE OBTENER UN CULTIVO NEGATIVO MEDIANTE EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO, ES DECIR CUANDO PERSISTE LA INFECCIÓN AÚN DESPUÉS DE LA ANTIBIOTICOTERAPIA.

INDICADA TAMBIÉN CUANDO POR RAZONES DE ORTODONCIA-

LA EXTRACCIÓN ESTÁ CONTRAINDICADA EN DIENTES APICALMENTE AFECTADOS, COMO SUCEDER EN PIEZAS REABSORBIDAS A NIVEL DE ÁPICE DEBIDO A LOS BRACKETS USADOS PARA REALIZAR MOVIMIENTOS ORTODÓNTICOS.

SE INDICA CUANDO EXISTE REACCIÓN APICAL DEBIDO A UN CUERPO EXTRAÑO YA SEA POR INSTRUMENTOS APICALES QUE SE HAN ROTO (ENSANCHADORES, LIMAS Y TIRANERVIOS) O BIEN POR MÓDULOS PULPARES.

SE INDICA CUANDO EXISTE PERFORACIÓN DEL TERCIO APICAL DEL CONDUCTO.

SE INDICA EN CUALQUIER REABSORCIÓN INTERNA O EXTERNA QUE AFECTE LA RAÍZ.

ESTÁ INDICADA EN DIENTES PORTADORES DE PÍFOTES, JACKET, CROWN U OTRAS OBTURACIONES QUE IMPOSIBILITEN LA REMOCIÓN DE ELLAS PARA UN NUEVO TRATAMIENTO RADICULAR, EN ESTE CASO SE REALIZARÁ APICECTOMÍA Y OBTUSACIÓN RETRÓGADA.

LAS CONTRAINDICACIONES PUEBEN SER GENERALES Y LOCALES. ENTRE LAS GENERALES PODEMOS MENCIONAR LAS ENFERMEDADES DEBILITANTES, NEFRITIS, DIABETES, TRASTORNOS -- CARDIOVASCULARES, FIEBRE REUMÁTICA Y LA EDAD.

ES MI OPINIÓN LOS TIPOS DE PACIENTES EN LOS QUE -- DEBEMOS EVITAR ESTE TIPO DE PROCEDIMIENTOS SON EX ESTE NOS DIABÉTICOS E HIPERTENSOS YA QUE SON PERSONAS DE ALTO RIESGO, ES DECIR QUE LOS EXPONEMOS Y NOS ARRIESGAMOS A QUE SEA UNA ENFERMEDAD MAL CONTROLADA Y PODEMOS DESE-- CADENAR UN ATAQUE DIABÉTICO Y CARDÍACO, YA SEA POR LA -- HEMORRAGIA QUE ES CASI IMPOSIBLE EVITAR, MALA COAGULA-- CIÓN Y CICATRIZACIÓN, ASÍ COMO PROPICIAR UN ATAQUE CAR-- DIACO DEBIDO A LA TENSIÓN EN QUE SUELEN ACUDIR LA MAYO-- RÍA DE LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES SOBRE EL EXAMEN RADIOGRÁFICO PRE-OPERATORIO.

LA RADIOGRAFÍA ES UNO DE LOS AUXILIARES MÁS EFICACES PARA ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO CORRECTO O ASÍ LLEGAR A LA TERAPIA ADECUADA. PERO A PESAR DE SU ENORME VALOR CLÍNICO, LA RADIOGRAFÍA TIENE SUS LIMITACIONES. - NO SIEMPRE ES UN COMBYUVANTE FIEL DE LOS ESTADOS NORMALES O PATOLÓGICOS DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES DESPULPADOS. REPRODUCE UN OBJETO QUE PÓSEE TRES DIMENSIONES - EN SÓLO DOS. NO PUEDE DARNOS UN INFORME REAL DEL ESTADO BACTERIOLÓGICO O PATOLÓGICO MÁS QUE POR DEDUCCIÓN, Y LAS DEDUCCIONES NO SIEMPRE SON EXACTAS.

UN ABSCESO ESTÉRIL, POR EJEMPLO, PRODUCIRÁ RADIOGRÁFICAMENTE LA MISMA SOMBRA QUE UNA ZONA DE INFECCIÓN.

UN ABSCESO, ANTES DE LA DESTRUCCIÓN DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES, NO SE OBSERVA RADIOGRÁFICAMENTE. TAMPOCO PUEDE OBSERVARSE UNA HIPEREMIA O UNA INFILTRACIÓN CELULAR. PUEDEN EXISTIR ZONAS PATOLÓGICAS Y ESTAR ENMASCARADAS POR LA CORTICAL ÓSEA.

POR LO CONTRARIO, UNA ZONA DE RAREFACCIÓN OBSERVADA EN RADIOGRAFÍA NO INDICA NECESARIAMENTE LA PRESENCIA DE UNA INFECCIÓN. PUEDE INDICAR QUE EXISTIÓ UNA INFECCIÓN. UNA ZONA RADIOLÚCIDA PERIAPICAL PUEDE DEBERSE TAMBIÉN A TRAUMATISMO MECÁNICO, VARIACIONES ANATÓMICAS, AGENTES AUTOLÍTICOS, O A LA MÉRULA ROJA ÓSEA. LA LÁMINA DURA A PESAR DE LA INFECCIÓN PUEDE PRESENTARSE INTACTA, MIENTRAS QUE EN OTROS CASOS PUEDE APARECER ALTERADA, AÚN CUANDO EL DIENTE SEA NORMAL.

BRUNOLF, USANDO TREPANO PARA EXTRAER EL EXTREMO EN LOS TEJIDOS ADYACENTES, CORRELACIONÓ LOS HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS CON LOS HISTOLÓGICOS, EN CERCA DE TRESCIENTOS DIENTES CON ZONAS DE RAREFACCIÓN. CONCORDANDO EL GRUPO RADIOGRÁFICO CON EL HISTOLÓGICO.

CABE MENCIONAR AQUÍ LA OSTEOPOROSIS PERIAPICAL -- DESCRITA POR ESTAFNE. SE PRODUCE PRINCIPALMENTE EN -- MUJERES DE MÁS DE 30 AÑOS AUNQUE PUEDE PARECERLA LOS -- HOMBRES, SÓLO QUE EN MENOR PROPORCIÓN.

LAS LESIONES SE ORIGINAN EN EL LIGNENTO PERIODON- TAL O CERCA DE ÉL, ALREDEDOR DEL ÁPICE DENTAL, POR LO -- COMÚN EN INCISIVOS INFERIORES. ES UNA LESIÓN QUE NO -- HA MANIFESTACIONES CLÍNICAS, GENERALMENTE SE DESCUBRE -- EN FORMA ACCIDENTAL DURANTE EL EXAMEN RADIOGRÁFICO DE -- MUTISA, PUESTO QUE ESTA ENTIDAD CURSA ASINTOMÁTICAMENTE ALGUNAS LESIONES LOCALIZADAS CERCA DEL AGUJERO NESTONIA- NO, APARECEN INVADIENDO EL NERVI0 NESTONIANO PRODUCIEN- DO DOLOR, PARESTESIA Y ANESTESIA. ESTAS ZONAS SE HAN- OBSERVADO EN CASO DE HIPERTIROIDISMO E HIPERPARATIROI- BISMO. ESTA SE RECONOCE ÚNICAMENTE POR LA PRESENCIA -- DE UNA ZONA RADIODÉCIDA QUE PUEDE SEMEJARSE A UN ABSCE- SO CRÓNICO, GRANULOMA O QUISTE, AUNQUE PUEDE PRESENTAR- SE EN DIENTES CON VITALIDAD. EN DICHAS ZONAS SE OBSER- TAN GENERALMENTE ALGUNAS TRABÉCULAS ÓSEAS Y EN MUCHAS, -- ZONAS RADIOOPACAS COMO CEMENTO. LOS DIENTES AFECTADOS

NO REQUIEREN NINGÚN TRATAMIENTO, SIMPLEMENTE SE HARÁ UN RECONOCIMIENTO Y OBSERVACIÓN PERIÓDICA. EN NINGÚN --- CASO SE EXTRAERÁ EL DIENTE, NI SE HARÁ ENDODONCIA A MENOS QUE ESTÉ INVOLUCRADO OTRO TIPO DE PROBLEMA COMO SERÍA EL CASO DE CARIES PROFUNDA. CON EL CORRER DEL --- TIEMPO LA ZONA DE RAREFACCIÓN MUESTRA UNA ESPECIE DE -- DEFORMACIÓN CONCÉNTRICA DE HUESO FIRMEMENTE TRABESCULADO, O ZONAS MÁS DENSAS DE CEMENTO. EN LA MAYORÍA DE LOS - CASOS, LA RECALCIFICACIÓN SE OBTENDRÁ EN ALGUNOS AÑOS.

ESTA LESIÓN TIENE MUCHA SIMILITUD CON LESIONES --- PERIAPICALES COMO EL GRANULOMA Y QUISTE, A ESTO SE DEBE QUE MUCHOS ODONTÓLOGOS NO RECONOCEN LA NATURALEZA NO -- INFECCIOSA DE LA LESIÓN Y PROCEDEN A EXTRAERLOS.

EL AGUJERO PALATINO ANTERIOR SE HA CONFUNDIDO AL-- GUNAS VECES CON UNA ZONA DE RAREFACCIÓN, A NIVEL DE UN INCISIVO SUPERIOR; ASÍ MISMO, EL AGUJERO MENTONIANO FUE DE INTERPRETARSE ERRÓNEAMENTE COMO UNA RAREFACCIÓN ÓSEA EN LA ZONA DE UN PREMOLAR INFERIOR. EN CASOS DUDOSOS, DEBEN TOMARSE DOS O TRES RADIOGRAFÍAS CON ANGULACIONES-- DIFERENTES. SI LA ZONA DE RAREFACCIÓN SE SEPARA, SE -

TRATA DEL AGUJERO PALATINO ANTERIOR O DEL HENTONIANO. -
CON LO QUE SE DESCARTA LA POSIBILIDAD DE UNA ZONA DE --
RAREFACCIÓN. EN ESTE CASO SE COMPLETA EL DIAGNÓSTICO-
CON OTROS AUXILIARES COMO SON EL TEST ELÉCTRICO Y EL --
TEST TÉCNICO.

POR ÚLTIMO HAGO HINCAPIÉ QUE LOS DIVERTÍCULOS DEL-
SENDO MAXILAR SE PUEDEN PRESTAR A CONFUSIONES E INTER--
PRETARSE COMO UN PROCESO QUÍSTICO. RIES CENTENO SOS -
DESCRIBE LA FORMA DE EVITAR ESTA CONFUSIÓN DE LA SI---
GUIENTE MANERA; SI EN LA RADIOGRAFÍA SE SIGUE HACIA POS-
TERIOR LA LÍNEA DE LA BÓVEDA PALATINA Y ESTA SE BIFUNCA
FORMANDO UNA "I" HORIZONTAL SERÁ EL SENSO.

AL MENCIONAR ESTAS CONFUSIONES NO INTENTO RESTARLE
VALOR DIAGNÓSTICO A LAS RADIOGRAFÍAS, SIMO SOLAMENTE --
SEÑALAR QUE LA RADIOGRAFÍA POR SI SOLA NO SIEMPRE NOS -
LLEVA A UNA INTERPRETACIÓN CORRECTA. EL DIAGNÓSTICO -
ES COADYUVANTE A LA TERAPÉUTICA DENTAL Y SOBRE TODO EN-
EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS PORCIONES APICALES ---
PATOLÓGICAS.

PESE A ESTOS INCONVENIENTES, LA RADIOGRAFÍA HA CONTRIBUIDO MÁS QUE NINGUNA OTRA FORMA DE DIAGNÓSTICO A --
PRACTICAR CON MAYOR CONOCIMIENTO Y EN FORMA MÁS CIENTÍ--
FICA LAS PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS.

CAPÍTULO VI

EL PRE-OPERATORIO

EL PRE-OPERATORIO SIGNIFICA LA PREPARACIÓN PREVIA A LA OPERACIÓN, ES DECIR, PONER AL PACIENTE EN LAS MEJORES CONDICIONES PARA SOPORTAR CON ÉXITO UNA INTERVENCIÓN. DENTRO DEL ESTUDIO PRE-OPERATORIO ES DE SUMA IMPORTANCIA CONOCER LOS EXÁMENES PRE-OPERATORIOS PARA EVITAR CUALQUIER RIESGO AL PACIENTE, Y LLEVAR A CABO UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA ADECUADA SIN RIESGO DE INFECCIÓN O TRAUMATISMO EXTENSOS A LA REGIÓN QUIRÚRGICA. ARCE DEFINE EL PRE-OPERATORIO COMO "LA APRECIACIÓN DEL ESTADO DE SALUD DE UNA PERSONA EN VÍSPERAS DE OPERARSE, CON EL FIN DE ESTABLECER SI LA OPERACIÓN PUEDE SER REALIZADA SIN PELIGRO Y EN EL CASO CONTRARIO, ADOPTAR LAS MEDIDAS PERTINENTES PARA QUE ESE PELIGRO DESAPAREZCA O SEA REDUCIDO AL MÍNIMO.

PARA QUE NUESTRA INTERVENCIÓN TENGA UN COMPLETO --
ÉXITO, HEMOS DE PROCURAR QUE EL PACIENTE REUNA UN GRUPO
DE REQUISITOS QUE SUMADOS A NUESTROS CONOCIMIENTOS NOS-
ASEGUREN EL ÉXITO.

LOS REQUISITOS QUE DEBE REUNIR EL PACIENTE BÁSICA-
MENTE PODEMOS CLASIFICARLOS EN GENERALES Y LOCALES, LOS
CUALES SERÍAN ESTUDIADOS E INVESTIGADOS MINUCIOSAMENTE
EN LA HISTORIA CLÍNICA, LA CUAL RESULTA POR DENÁS SES-
GUBIRLA CON DETALLES EN ESTA TESIS, POR LO QUE A GRAN-
DES RASGOS SE ESCRIBIRÁN LOS REQUISITOS GENERALES Y LO-
CALES MÁS INDISPENSABLES.

ENTRE LOS GENERALES, TOMAREMOS EN CUENTA LA EDAD -
DEL PACIENTE YA QUE LOS PROCESOS DE REPARACIÓN SE VUEL-
VEN LENTOS DESDE LA CUARTA DÉCADA.

TENDREMOS EN CUENTA TANTO LAS INFECCIONES AGUDAS -
COMO LAS CRÓNICAS, PERO PONDREMOS MAYOR INTERÉS EN LAS-
ÚLTIMAS YA QUE PUEDEN LOCALIZARSE EN CUALQUIER PARTE --
DEL ORGANISMO.

ENFERMEDADES TIPO DIABETES.- POR LO GENERAL LOS --
DIABÉTICOS SON MAS SUSCEPTIBLES A LAS INFECCIONES QUE -
LOS NO DIABÉTICOS. LA ELABORACIÓN DEL HORARIO DE LAS-
VISITAS PARA UN DIABÉTICO, REQUIERE SERIA CONSIDERA---
CIÓN; SE CREE QUE ES MEJOR CITAR A LOS PACIENTES DIABÉ-
TICOS INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE HABER COMIDO. ES POSI-
BLE EVITAR EL CHOQUE INSULÍNICO SI LAS VISITAS SE LLE--
VAN A CABO POCO DESPUÉS DE COMER.

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, RENALES, ETC.- ----
ACTUALMENTE LOS ATAQUE CARDÍACOS O INFARTOS SE TRATAN -
CON ANTICOAGULANTES, ESTOS MEDICAMENTOS DISMINUIEX EL -
NIVEL DE PROTROMBINA. LA MAYORÍA DE LOS CARDIÓLOGOS -
OPINAN QUE CUANDO SE VAYA A EFECTUAR CIRUGÍA DENTAL, ES
PREFERIBLE REDUCIR LA DOSIS Y NO SUPRIMIRLA. EN MI --
OPINIÓN, LO MEJOR ES ESTABLECER UNA ESTRECHA COLABORA--
CIÓN CON EL MÉDICO DEL PACIENTE DE MODO QUE NO PONGAMOS
EN RIESGO SU SALUD.

DEFECTOS DEL FUNCIONAMIENTO DEL HIGADO.- LAS EN--
FERMEDADES HEPÁTICAS SON DE SUMO INTERÉS PARA EL ODONTÓ

LOGO, PUESTO QUE EN ALGUNAS FORMAS DEL PADECIMIENTO ---
COMO POR EJEMPLO LA ICTERICIA GRAVE (EXESO DE PIGMENTOS
BILIARES EN LA SANGRE) QUE PUEDE PRESENTAR UNA HEMORRA-
GIA ESPONTÁNEA EN LA CAVIDAD BUCAL, O UNA HEMORRAGIA --
ABUNDANTE DESPUÉS DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

SÍFILIS CON EROSIONES ORALES.- CON ESTE TIPO DE --
PACIENTES DEBEMOS DE TENER LAS MÁXIMAS DE LAS PRECAUCIO
NES, YA QUE ESTA ENFERMEDAD ES DE ALTA VIRULENCIA Y EL
CONTACTO POR CONTACTO SUELE SER MUY COMÚN ENTRE DOCTO--
RES DE NUESTRO RAMO.

EN HEMOFILIA.- EL PROBLEMA DE LAS EXTRACCIONES Y -
CIRUGÍA ES DIFÍCIL. SI ES NECESARIO EFECTUAR UN PRO--
CEDIMIENTO QUIRÚRGICO SERÁ CONSIDERADA COMO MAYOR Y ---
REALIZADA EN HOSPITAL, YA QUE ESTÁN INDICADAS UNA TRAVS
FUSIÓN PRE-OPERATORIA Y ADMINISTRACIÓN DE GLOBULINA ---
ANTIHEMOLÍTICA.

EN ANEMIAS.- UNA CANTIDAD DE DIFERENTES TIPOS DE -
ANEMIA PRESENTAN MANIFESTACIONES BUCALES, AUNQUE NO ---

SIGNIFICA QUE HAYA CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR ---
CIRUGÍA. SE TENDRÁ EN CUENTA PRESCRIBIR UN SUPLENTO
VITAMÍNICO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN.

ENFERMEDADES DEBILITANTES.- PERSONAS CON PARECI---
HIENTOS DE ESTE TIPO SUELEN OFRECER UNA GAMA DE COMPLI-
CACIONES, POR LO QUE SERÁ CONVENIENTE ACTUAR EN INTER--
CONSULTA CON EL MÉDICO GENERAL.

ADemás, SE INVESTIGARÁ TIEMPO DE COAGULACIÓN, TIEM-
PO DE SANGRADO Y PROTOMBINA. EN CUANTO AL LABORATO---
RIO, además DE LO ANTERIOR Y SI LA INTERVENCIÓN SE VA A
PRACTICAR BAJO ANESTESIA GENERAL NECESITAREMOS LA BIOMÉ-
TICA, QUÍMICA SANGUÍNEA Y GENERAL DE ORINA. TODOS ES-
TOS ESTUDIOS PRE-OPERATORIOS SON DE VITAL IMPORTANCIA -
PARA EL ÉXITO DE TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR PROQUE
RA QUE SEA Y EVITAR RIESGOS POSTERIORES O EN EL MOMENTO
DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL PACIENTE.

REQUISITOS Y MEDIDAS LOCALES: PARA REALIZAR UNA --
OPERACIÓN EN LA CAVIDAD BUCAL, SE EXIGE QUE ÉSTA SE EN-

CUENTRE EN CONDICIONES ÓPTIMAS DE LIMPIEZA, YA QUE NO -
PUEDE SER MEDIO ESTÉRIL. EL TÁRTARO SALIVAL, LAS RAÍ-
CES Y LOS DIENTES CARIADOS, SERÁN EXTRAÍDOS U OBTURA---
DOS.

LAS AFECCIONES EXISTENTES EN LAS PARTES BLANDAS DE
LA CAVIDAD CONTRAINDICAN UNA OPERACIÓN, SIEMPRE QUE ÉS-
TA NO SEA DE GRAN URGENCIA. NOS REFERIMOS A LA GINGI-
VITIS Y A LA ESTOMATITIS, TERRENO EXTRAORDINARIAMENTE -
HALO PARA CUALQUIER OPERACIÓN Y QUE NECESITAN UN TRATA-
MIENTO PREVIO. EN CUANTO A LAS LESIONES TUBERCULOSAS-
Y SIFILÍTICAS, CONTRAINDICAN TODA OPERACIÓN EN LA CAVI-
DAD BUCAL, POR EL PELIGRO QUE SIGNIFICAN INCISIONES SO-
BRE TALES LESIONES Y EL CONTACTO QUE REPRESENTA PARA EL
OPERADOR.

AÚN EN ESTADO NORMAL, LA BOCA ANTES DE UNA OPERA--
CIÓN EN ELLA, DEBE SER CUIDADOSAMENTE LAVADA CON UNA --
SOLUCIÓN DE AGUA OXIGENADA EN UN VOLUMEN DIEZ VECES MA-
YOR DE AGUA.

ESPECIAL DEDICACIÓN HAY QUE PRESTARLE A LOS ESPACIOS INTERDENTARIOS, LAS LENGUETAS GINGIVALES Y LOS CAPUCHONES DE LOS TERCEROS MOLARES. ESTAS REGIONES SERÁN LAVADAS CON UNA SOLUCIÓN DE AGUA OXIGENADA, O UN ANTISÉPTICO CUALQUERA Y PINTADAS CON TINTURA DE MERTHIOLOATE ANTES DE LA OPERACIÓN.

ESTAS MEDIDAS ANTISÉPTICAS PRE-OPERATORIAS, COLOCARÁN LA CAVIDAD BUCAL EN UNA CONDICIÓN ÓPTIMA, PARA REALIZAR EN ELLA UNA INTERVENCIÓN Y DISMINUIR EN UN ALTO PORCENTAJE LOS RIESGOS Y LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

PREMEDICACIÓN:

ESTA CONSISTE EN ADMINISTRAR SECUNAL SÓDICO, NEICHBARBITAL O ETIHAMATO PARA LA SEDACIÓN Y RELAJACIÓN, BAMBINA O SULFATO DE ATROPINA PARA EL CONTROL DE LA SALIVACIÓN. LA ACCIÓN DEL SECUNAL SÓDICO COMIENZA ENTRE LOS 20 Y 30 MINUTOS Y SE MANTIENE EFECTIVA DURANTE 4 Ó 5 HORAS. EL NEICHBARBITAL, EN DÓISIS DE 240 MG. ES UN BARBITÚRICO DE ACCIÓN CORTA QUE SE MANIFIESTA A LOS 15 Ó -

20 MINUTOS Y SE PROLONGA ALREDEDOR DE 3 A 4 HORAS. EL ETINARATO ES TAMBIÉN DE ACCIÓN RÁPIDA; SU EFECTO COMIENZA A LOS 15 Ó 20 MINUTOS, PERO SU ACCIÓN PERSISTE SÓLO DURANTE 2 HORAS APROXIMADAMENTE. ES PREFERIBLE ADMINISTRAR SECONAL SI EL PACIENTE HABRÁ DE CONDUCIR UN AUTOMÓVIL O DESEMPEÑAR SUS ACTIVIDADES INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA OPERACIÓN. DE ELLOS, EL SECONAL SÓDICO ES EL QUE PROVOCA EFECTOS SEDANTES MÁS PROFUNDOS Y EL ETINARATO LOS MÁS SUAVES. LA NATINA PUEDE USARSE EN LOS CASOS EN QUE ESTÁ CONTRAINDICADA LA ATROPINA, TAL Y COMO PRESIÓN ARTERIAL ALTA O GLAUCOMA, PERO ALOO MENOS EFECTIVA QUE LA ATROPINA. GROSSMAN HA PROPUESTO LA SIGUIENTE FÓRMULA, LA CUAL SUGIERE QUE DEBE INGERIRSE 15 MINUTOS ANTES DE LA CITA:

SECONAL SÓDICO..... 0.1 gr.
NATINA.....50.0 mg.

PARA NIÑOS MENORES DE 12 AÑOS, DEBE ADMINISTRARSE SOLAMENTE LA MITAD DE LA DOSIS SEÑALADA, O TAMBIÉN ELIXIR DE SECONAL 1 CUCHARADA DE TÉ POR CADA 10 mg. DE PESO. EL PROMEDIO DE LOS NIÑOS REQUERIRÁ DE 3 A 4 ---

CUCHEARADAS DE T , EQUIVALENTES A 15 cc.   1 CUCHEARADA -
DE SOPA.

PARA EL MOMENTO EN QUE SE REALICE LA RESECCIÓN, --
HABRÁ TRANSCURRIDO MEDIA HORA O MÁS DESDE QUE EL PACIENT
TE TOM  LA CÁPSULA Y EL SECONAL Y LA BERTISA HABRÁN AL-
CANZADO SU MÁXIMA ACCIÓN. LA ADMINISTRACIÓN DE LA C PS
SULA INMEDIATAMENTE ANTES DE COMENZAR LA OPERACIÓN INPI
DE QUE EL PACIENTE ALCANCE EL MÁXIMO GRADO DE MEDICA---
CIÓN. SI SE SUSTITUYE EL SECONAL S BICO POR EL HESO--
BARRITAL, ÉSTE SE DARÁ UNOS 15 MIN. ANTES DE LA INTER--
VENCIÓN, SI ELLA HABRÁ DE REALIZARSE EN UNA ETAPA   JUST
TO ANTES DE OBTURAR EL CONDUCTO SI FUERA EN DOS.

CAPÍTULO VII

INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO

LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE SE EFECTÚA EN LA --
APICECTOMÍA AL IGUAL QUE CUALQUIER CIRUCÍA DE ESPECIALJ
DAD, NECESITA DE UN INSTRUMENTAL ESPECÍFICO.

ESTE INSTRUMENTAL SE PUEDE CLASIFICAR EN DOS TI---
POS: "INSTRUMENTAL PARA SECCIÓN DE TEJIDOS BLANDOS E -
INSTRUMENTOS PARA SECCIÓN DE LOS TEJIDOS DUROS".

ENTRE LOS PRIMEROS TENEMOS:

BISTURÍ.- PARA NUESTRO OBJETIVO SE USA UN BISTURÍ-
BARD PARKER DE HOJA CORTA QUE MUY BIEN PUEDE SER LA ---
#13.

INSTRUMENTOS DE GALVANO Y TERMOCAUTERIO.- RADIO--
BISTURÍ O ELECTROTOMO. LA SECCIÓN DE LOS TEJIDOS GI--
GIVALES PUEDE REALIZARSE ASIMISMO POR MÉTODOS TÉCNICOS
O ELÉCTRICOS, PARA TAL FIN SE UTILIZAN EL GALVANO, EL--
TERMOCAUTERIO O EL RADIOBISTURÍ.

LEGRAS, PERIOSTOTOMOS.- EL DESPRENDIMIENTO Y SE--
PARACIÓN DE LA FIBROUSOSA PRIMARIAMENTE INCIDIDA POR--
EL BISTURÍ, CON EL OBJETO DE PREPARAR LO QUE SE DENOMI--
NA COLGAJO, SE EFECTÚA CON ESTOS INSTRUMENTOS, LOS QUE
SE INSINUARÁN ENTRE LOS LABIOS DE LA HERIDA DESPRE--
DIENDO LA MUCOSA Y EL PERIOSTIO SUBYACENTE HASTA DONDE
FUERA NECESARIO. EMPLEAMOS MUY FRECUENTEMENTE LA ES--
PÁTULA DE FRIER, LA CUAL NOS PERMITE LEVANTAR UN COL--
GAJO MUCOPERIÓSTICO QUE REÚNE LAS SIGUIENTES CONSIDERA--
CIONES PARA NO NECESAR EL TEJIDO:

A) GARANTIZAR APOYTE SANGUÍNEO ADECUADO PARA ----
EVITAR NECROSIS Y MALA CICATRIZACIÓN.

B) HACER EL COLGAJO LO SUFICIENTEMENTE GRANDE PA--
RA FACILITAR UN BUEN ACCESO.

C) EXTENDER EL COLGAJO MÁS ALLÍ DEL DEFECTO ÓSEO, PARA QUE LOS TEJIDOS BLANDOS TENGAN APOTO ÓSEO CUANDO SEAN SUTURADOS.

SEPARADORES.- EN EL CURSO DE NUESTRA OPERACIÓN, ES NECESARIO MANTENER APARTADOS LOS LABIOS, CON EL PROPÓSITO DE NO HERIRLOS, O LOS COLGAJOS, PARA QUE NO SEAN TRAUMATIZADOS. PARA TAL FIN, SE PUEDEN USAR LOS SEPARADORES FRABENT, CUYOS DOS EXTREMOS ESTÁN ACODADOS: - LOS SEPARADORES DE VLOKMAN QUE CONSTAN DE UN MANCO Y DE UN TALLO QUE TERMINA EN FORMA DE DIENTES, LOS CUALES SE INSINÚAN DE BAJO DEL COLGAJO AL CUAL MANTIENEN FIJO. - LA MISIÓN DEL SEPARADOR ES POSIBLE SUPRIRLA CON UN PERIÓSTÓTOMO O CON UNA ESPÁTULA, LAS CUALES SE SOSTIENEN Y APARTAN DEL COLGAJO.

ESCOPILOS Y MARTILLO.- DE USO FRECUENTE POR ALGUNOS CIRUJANOS DENTISTAS CABE SU MENCIÓN, AUNQUE EN LO PERSONAL PREFIERA PARA EL MISMO FIN, LAS FRESAS QUIRÚRGICAS, DEBIDO A QUE EL PROCEDIMIENTO SE EFECTÚA EN UN TIEMPO MÁS BREVE Y CON MENOS TRAUMATISMO PARA EL PACIENTE.

TE Y LA OPERACIÓN NO SIGNIFICA NINGUNA MOLESTIA PARA EL MISMO, YA QUE CON EL ESCOPIO Y MARTILLO SOMETEMOS A LA PERSONA A GOLPES SECOS PARA DESTRUIR TABLAS ÓSEAS Y --- USANDO LA PRESA QUIRÚRGICA EL PACIENTE SÓLO SIENTE LIGERA VIBRACIÓN. CLARO QUE SIEMPRE SE USARÁ CON MOTOR DE BAJA VELOCIDAD, PARA NO DAÑAR Y SOBRE CALENTAR EL HUESO. CUANDO LA INTERVENCIÓN SE REALIZA EN EL QUIRÓFANO, PREFIERO EL MARTILLO Y ESCOPIO, YA QUE POR NO HABER SINGÓN CALENTAMIENTO DE HUESO NO DEJARÁ SECUELAS POST-OPERATORIAS. SU USO ES EL DE RESECAR EL HUESO DE TABLA EXTERNA (VESTIBULAR) QUE CUBRE EL OBJETO DE LA OPERACIÓN. EL ESCOPIO ES UNA BARRA METÁLICA, UNO DE CUYOS EXTREMOS ESTÁ CORTADO A BISEL A EXPENSAS DE UNA DE SUS CARAS Y CONVENIENTEMENTE AFILADO. ACTÚAN A PRESIÓN MANUAL O SON ACCIONADOS A GOLPES DE MARTILLO, DIRIGIDOS SOBRE LA EXTREMA AL FILO. ESTE MARTILLO CONSTA DE UNA MIZA Y DE UN MANCO QUE PERMITE ESCRIMIRLO CON FACILIDAD. EL MARTILLO DEBE SER DIRIGIDO POR EL MISMO OPERADOR, QUIEN TOMA ESTE INSTRUMENTO CON LA MANO DERECHA Y CON LA IZQUIERDA COLPEA SOBRE EL ESCOPIO.

EL ESCOPLA PUEDE SER ACCIONADO POR EL TORNO DEX---
TAL, ESTE ACOPLA TIENE PUNTAS CAMBIABLES, LAS CUALES DE
DISTINTA FORMA ESTÁN DIRIGIDAS EN SENTIDO DIFERENTE Y TIENEN
DISTINTA FUNCIÓN. TAMBIÉN SE USA PARA AMPUTAR LA
RAÍZ DEL DIENTE A TRATAR.

FRESAS QUIRÚRGICAS.- SE USAN POR MEDIO DEL TORNO -
DENTAL Y ES DE EXTRAORDINARIA UTILIDAD PARA REALIZAR LA
OSTEOTOMÍA, YA QUE CON ELLAS CONTAREMOS EXACTAMENTE LA
CANTIDAD DE HUESO QUE SE DEBE ELIMINAR PARA LLEVAR A -
CABO LA OPERACIÓN. EN LO PERSONAL PREFIERO SU USO AL
DEL ESCOPLA, POR SIGNIFICAR MENOS TRAUMATISMO, CON MÁS
CONTROL YA QUE SON DE USO MÁS COMÚN EN ODONTOLOGÍA EN -
GENERAL, POR LO QUE NOS BRINDA UNA MAYOR PERCEPCIÓN DE
LA SENSIBILIDAD, RESULTANDO UN ACTO QUIRÚRGICO ÓPTIMO.
LA FRESA QUIRÚRGICA PUEDE SACAR EL HUESO DE POR SÍ O --
ABRIR CAMINO A OTROS INSTRUMENTOS. LAS FRESAS QUE SE
USAN SON LA #3 Y #5 REDONDAS, LAS #508 Y 701 DE FISURA.

LIMAS PARA HUESO.- TAMBIÉN LLAMADAS ESCOPINAS. SON
USADAS PARA ALISAR LOS BORDES DEL HUESO Y DEL MUJÓN RA-
DICULAR DONDE SE REALIZÓ LA OSTEOTOMÍA.

PINZAS PARA TOMAR ALGODÓN, GASA, ETC. - EN EL CURSO DE LA OPERACIÓN HAY QUE LIMPIAR EL CAMPO OPERATORIO DE LA SANGRE QUE EMANA DE LOS VASOS VECINOS. POR LO TÁNTO ES NECESARIO ELIMINAR LA SANGRE CON TROZOS DE GASA - QUE SE PUEDEN LLEVAR A LA HERIDA CON ESTAS PINZAS.

CUCHARILLAS PARA BUESO. - USAMOS CUCHARILLAS MEDIANAS Y BIEN AFILADAS, NO USANDO ASÍ LAS CUCHARILLAS CHICAS POR LA POSIBILIDAD DE PERFORAR EL PISO DE LOS ÓRGANOS VECINOS. ESTOS INSTRUMENTOS SIRVEN PARA ELIMINAR DE LA CAVIDAD ÓSEA EL TEJIDO ENFERMO O DE GRANULACIÓN.

HILOS Y AGUJAS PARA SUTURAR. - 45 cm. DE HILO SEDA NEGRA 000 CON AGUJA ATRAUMÁTICA. SE UTILIZAN PARA UNIR LOS COLGAJOS Y ACELERAR LA CICATRIZACIÓN DE LOS MISMOS. TAMBIÉN SE PUEDE USAR LA AGUJA SEMICIRCULAR - LANE #3 Ó 4.

PORTAAGUJAS. - LAS AGUJAS PARA SUTURAR SON TAN PE-

QUEÑAS, QUE NO PUEDEN SER FIEGIDAS A MANO PARA MOVIMIENTOS TAN PRECISOS, POR LO QUE ES NECESARIO VALERNOS-DEL PORTAAGUJAS. TAL INSTRUMENTO ES UNA PIEZA QUE TOMA LA AGUJA EN SENTIDO DE SUPERFICIE PLANA Y LA GUÍA EN SUS MOVIMIENTOS.

UN PAR DE TIJERAS PARA SUTURA.- PARA DEJAR EL TAMAÑO PRECISO DEL HILO.

PIEZA PARA DISECCIÓN.- COMO SU NOMBRE LO INDICA, - PARA SECCIONAR LOS TEJIDOS.

BIO-CALEX O GEL FOAM.- COMO RELLENO DE LA CAVIDAD-ORSEA Y ACTÚAN TAMBIÉN COMO COAGULANTES.

EL GEL FOAM IDEADO POR SILVERMAN TIENE TRES COMPONENTES BÁSICOS: LA ESPONJA DE GELATINA COMO SOPORTE -- DEL COÁGULO, LA TROMBINA COMO HEMOSTÁTICO Y LA PENICILINA COMO BACTERIOSTÁTICO. RELACIONA EL EMPLEO DE ESTOS TRES FACTORES: HEMORRAGIA DOLOR Y CICATRIZACIÓN.

CAPÍTULO VIII

TÉCNICAS DE LA APICECTOMÍA

ANESTESIA.- ES INDISPENSABLE PARA EL ÉXITO DE LA OPERACIÓN, QUE PROPORCIONEMOS UNA ANESTESIA SUFICIENTEMENTE PROFUNDA PARA QUE NOS PERMITA REALIZAR CON FULCITUD LOS TIEMPOS OPERATORIOS. LA ANESTESIA NECESITA LLENAR DOS REQUISITOS BÁSICOS: SER ANESTESIA Y SER HEMOSTÁTICA DE TAL MANERA QUE REALICEMOS UNA OPERACIÓN EN BLANCO. ESTO SE CONSIGUE USANDO SOLUCIONES ANESTÉSICAS CON ADRENALINA. USAMOS SOLUCIONES DE NOVACAÍNA AL 2% Y AL 5% DEPENDIENDO DEL CASO.

TÉCNICA DE ANESTESIA PARA EL MAXILAR SUPERIOR.- -- INTRODUCIMOS LA AGUJA AL NIVEL DEL SURCO VESTIBULAR, -- PARALELA AL HUESO Y CERCA DE UN CENTÍMETRO, APROXIMADAMENTE, POR ENCIMA DEL SURCO; ALLÍ DEPOSITAMOS EL LÍQUIDO ANESTÉSICO. ESTA MANIOBRA SE REPITE EN TRES O CUATRO PUNTOS DIFERENTES, TRATANDO DE ABRACAR TODA LA ZONA --

NECESARIA. SE INFILTRA TAMBIÉN UNA PEQUEÑA CANTIDAD DE ANESTESIA EN EL LADO OPUESTO, PARA INHIBIR LAS RAMAS NERVIOSAS QUE DE ÉL PROVIENEN. SE DEBE INYECTAR TAMBIÉN UN CENTÍMETRO CÚBICO EN EL LADO PALATINO, FRENTE AL ÁPICE DEL DIENTE A TRATAR; LA SENSIBILIDAD DE LA PARED POSTERIOR DE LA CAVIDAD ÓSEA NO DESAPARECE SI NO ESTÁ ANESTESIADO EL PALADAR. EN MUCHAS OCASIONES, PUEDE COLOCARSE UN TAPÓN CON PANTOCAÍNA EN EL PISO DE LAS FOSAS NASALES, PARA INSENSIBILIZAR LAS TERMINACIONES DEL NERVIIO PALATINO.

PARA LOS CANINOS SE PUEDE EMPLEAR LA ANESTESIA INFRAOBITARIA, YA QUE ES EL MÉTODO DE ELECCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE QUISTES, CANINOS INCLUIDOS O CUANDO ESTÁ CONTRAINDICADA LA INYECCIÓN SUPRAPERIÓSTICA EN ENFERMOS CON INFLAMACIÓN O INFECCIÓN.

PARA LOS PREMOLARES, LA INFILTRATIVA ALTA Y DE LA DÓVEDA.

LA TÉCNICA PARA EL MAXILAR INFERIOR: PARA LOS IN-

CISIVOS. ANESTESIA EN EL AGUJERO MENTONIANO O INFILTRATIVA, SI SE VAN A REALIZAR VARIAS APOICECTORIAS A LA VEZ, Y EN PRESENCIA DE PROCESOS ÓSEOS EXTENDIDOS, DEBE PROCEDERSE A REALIZAR ANESTESIA REGIONAL, EN UNO O AMBOS LADOS. NO ES NECESARIA LA ANESTESIA POR EL LABO-LINGUAL, YA QUE ES SIEMPRE PELIGROSA, DEBIDO A QUE PODAMOS LESIONAR GLÁNDULAS SALIVALES SUBLINGUALES.

PARA CANINOS Y PREMOLARES ES PREFERIBLE LA ANESTESIA TRONCULAR DEBIDO A SU TIEMPO DE DURACIÓN Y LO PROFUNDO DE SU EFECTO, SIEMPRE QUE SE INFILTRE EN EL LUGAR DEBIDO.

EN CASO DE OPEAR BAJO ANESTESIA GENERAL, TAMBIÉN SE ANESTESIARÁ POR INFILTRACIÓN CON FINES HEMOSTÁTICOS.

INCISIÓN. - DE LAS MÚLTIPLES TÉCNICAS QUE EXISTEN NOS QUEDANOS CON LAS DOS MÁS USADAS EN NUESTRA FACULTAD, QUE SON: LA DE PARSCH Y LA DE ELEAN NEUMANN.

LA DE PARSCH. - SE HACE UNA INCISIÓN SEMILUNAR BI-

RECTAMENTE HASTA EL HUESO CON UN DISTURBI BARD PARKER DE BUEN FILO, A 3 Ó 4 mm. DEL BORDE LIBRE DE LA ESCÍA. SI LA INCISIÓN SE EFECTÚA CON LIMPIEZA Y RESULTA BIEN DEFINIDA, NO HABRÁ MUCHO SANGRADO. LA INCISIÓN DEBERÁ TENER EXTENSIÓN SUFICIENTE PARA PROCEDER UNA BUENA VISIÓN DE LA ZONA A INTERVENIR Y PROLONGARSE HASTA LOS DIENTES ADYACENTES A AMBOS LABOS. EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS LA INCISIÓN PODRÁ SEGUIR UNA LÍNEA SEMICIRCULAR, CON LA CONVEXIDAD HACIA INCISAL U OCLUSAL. SI EL FRENILLO OBSTACULIZARÁ, EL CORTE DEBERÁ SEGUIR SU CONTORNO SIN CONTAR SUS INSERCIÓNES, ESTO PUEDE CONSEGUIRSE HACIENDO UNA INCISIÓN EN FORMA DE "V" ABIERTA QUE CONTORNEE EL FRENILLO PARA TRAZAR LUEGO LA INCISIÓN SEMILUNAR HASTA ENCONTRARSE CON ELLA.

INCISIÓN DE REIMANN.- ESTE COLGAJO GINGIVAL SE LABEA CON DOS INCISIONES VERTICALES NECIAS EN MESIAL Y DISTAL DE LOS DIENTES ADYACENTES; LUEGO SE SEPARAN LOS TEJIDOS DEL MARGEN GINGIVAL Y FINALMENTE EL COLGAJO SE REBATE HACIA EL ÁPICE. CUANDO LA CONFORMACIÓN DEL LABIO O LA INSERCIÓN DEL FRENILLO SEAN BAJAS, SE HARÁ UNA

INCISIÓN ATRAVEZANDO EL FRESILLO EN LUGAR DE RODEARLO.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. - UNA VEZ HECHA LA INCISIÓN, TOMAMOS UNA LEGRA, PERIOSTÓTOMO O UNA ESPÁTULA DE-FREE. ESTOS INSTRUMENTOS DEBERÁN ESTAR BIEN AFILADOS - PARA DESPRENDER EL PERIOSTIO DEL HUESO, PUES DE LO CON-- TRARIO PODRÍA MUTILARLO EL EJERCER PRESIÓN. EL COLGAJO DEBERÁ CONTENER EL PERIOSTIO. SE LEVANTA EL COLGAJO Y EL AYUDANTE LO SOSTIENE CON UN SEPARADOR DE FARABEUF, DE LANGENBECK, DE HEAD O SIMPLEMENTE CON UN INSTRUMENTO RO-- MO, SIN EJERCER PRESIÓN EN EL COLGAJO DEBIDO A QUE PUEDE NECROSARSE Y DIFICULTA LA UNIÓN O CICATRIZACIÓN DE ESTE-- MISMO. EL SOSTENIMIENTO DEL COLGAJO ES DE VITAL IMPO-- RTANCIA: LA VISIÓN DEL CAMPO OPERATORIO HA DE SER PERFEC-- TA Y EL COLGAJO NO DEBE INTERPONERSE EN LAS MANIOBRAS -- OPERATORIAS. ADEMÁS, SI EL COLGAJO NO ESTÁ FIJO Y SOS-- TENIDO, PUEDE SER LESIONADO DURANTE LA INTERVENCIÓN, --- PROBLEMATIZANDO LA CICATRIZACIÓN Y EL POSTOPERATORIO. - DURANTE LA RETRACCIÓN DEBERÁ EVITARSE QUE EL BORDE SE EX-- ROSQUE HACIA EL HUESO. PUES SE IMPEDIRÁ MÁS TARDE LA - COAPTACIÓN APROPIADA DEL COLGAJO.

OSTEOTOMÍA. - ESTA PUEDE REALIZARSE A ESCOPIO Y --
MARTILLO O CON FRESAS. EXPONDRÉ A CONTINUACIÓN EL --
USO DE LAS FRESAS QUIRÚRGICAS POR SER MI MÉTODO DE ---
ELECCIÓN, YA QUE ES EL QUE CAUSA MENOR TRAUMATISMO. -
LO PRIMERO QUE SE TIENE QUE HACER ES LOCALIZAR EL Á---
PICE ARTICULAR, EN CUYAS VECINDADES SE INICIA LA OSTEOT-
OMÍA. EL LUGAR DEL ÁPICE SE DETERMINA POR EL EXAMEN
RADIOGRÁFICO PREVIO, POR EL AGUJERO NUTRICIO O POR LA
FÍSTULA EN CASO DE QUE EXISTA. UNA VEZ LOCALIZADO EL
ÁPICE, CON UNA FRESA REDONDA 23 Ó 5 SE HACEN PEQUEÑAS-
PERFORACIONES Y SE LEVANTA LA TABLA ÓSEA (VESTIBULAR).
ESTA NO DEBERÁ EXTENDERSE DEMASIADO HACIA LA CORONA --
DEL DIENTE, A FIN DE DEJAR SUFICIENTE SUPERFICIE O TA-
BLA ÓSEA PARA QUE SIRVA DE SOPORTE AL COLGAJO. ES --
PRECISO TENER DISPONIBLE VARIAS FRESAS QUIRÚRGICAS TAN-
TO DE BOCA COMO DE FIGURA ESTÉRILES, PUES SE EMBOTAN -
CON FRECUENCIA CON LOS RESTOS DE TEJIDOS Y DE SANGRE -
COAGULADA MIENTRAS SE USAN LAS FRESAS ES NECESARIO ES-
TAR IRRIGANDO CON UNA SOLUCIÓN SALINA ESTÉRIL O CON --
UNA SOLUCIÓN ANESTÉSICA.

AMPUTACIÓN DEL ÍPICE RADICULAR.- ESTA DEBERÁ SER -
ANTES DEL RASPAJE PERIAPICAL, YA QUE LA RAÍZ DIFICUL--
TARÍA ESTAS MANIOBRAS.

DEBERÁ REALIZARSE LA AMPUTACIÓN RADICULAR A NIVEL-
DEL HUESO SANO YA QUE DE NO SER ASÍ, EL RASPAJE RETRO--
RADICULAR ES DIFICULTADO POR UN HUÉSON QUE EMERGE DE LA-
CAVIDAD ÓSEA.

LA RAÍZ DEBERÁ SER CORTADA O DESCASTADA, GENERAL--
MENTE DE 2 A 3 mm. DEPENDIENDO DEL CASO Y EL GRADO DE -
DESCALGIFICACIÓN EN QUE SE ENCUENTRE EL TERCIO APICAL.

USAMOS LA FRESA DE FIGURA #550 Ó 701 Y DIRIGIMOS -
EL CORTE CON UN RELATIVO BISEL A EXPENSAS DE LA CARA --
ANTERIOR, ES DECIR, EL CORTE SE HACE INCLINADO DE ABAJO
A ARRIBA Y DE ADELANTE A ATRÁS. AL HACER EL CORTE SE-
PROTECTORÁ SOBRE EL ÍPICE UN CHORRO DE SOLUCIÓN ANESTÉ-
SICA A FIN DE EVITAR LA GENERACIÓN DE CALOR QUE PODRÍA-
DAÑAR EL LIGAMENTO PERIAPICAL Y EL HUESO VECINO.

UNA VEZ SECCIONADA O DESGASTADA LA RAÍZ, NOS DEDICAMOS A OBSERVAR EL MUÑO DE RADICULAR, EL CUAL NO DEBE ACTUAR COMO CUERPO EXTRAÑO; POR LO TANTO, ES NECESARIO PU-
LIRLO CON UNA LIMA FINA PARA HUESO Y LAS ARISTAS BISE-
LARLAS CON FRESAS REDONDAS.

RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL.- USAMOS CUCHARI-
LLAS MEDIANAS Y BIEN AFILADAS, PUES LAS CUCHARILLAS CHI-
CAS PUESEN PERFORAR EL PISO DE ÓRGANOS VECINOS.

EL HUESO SE CURETEA CON SUAVIDAD Y CUIDADO PERO EN
TODA SU EXTENSIÓN. DEBE REMOVERSE TODO EL TEJIDO DE
GRANULACIÓN O QUÍSTICO Y EL HUESO NECROSADO. EL CURE-
TAJE DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN A VECES ES DOLOROSO, IN-
MEDIATAMENTE APLICAREMOS UNA INYECCIÓN INTRAÓSEA (DI-
RECTAMENTE EN LAS TRAVÉCULAS DEL HUESO) OBTENIENDO ASÍ-
UNA ANESTESIA INMEDIATA Y COMPLETA.

SE PROCEDE A IRRIGAR LA HERIDA CON UNA SOLUCIÓN SA-
LINA ESTÉRIL O CON UNA SOLUCIÓN ANESTÉSICA. PARA IRRI-
GAR LA HERIDA SE LE HACE BAJAR LA CABEZA AL PACIENTE Y-
SE PROTECTA LA SOLUCIÓN DE PROCAÍNA EN LA HERIDA CON --

BASTANTE PRESIÓN, ELIMINANDO ASÍ, FRAGMENTOS DE HUESO, -
TEJIDOS Blandos y restos, además se limpia la sangre, -
FACILITANDO LA INSPECCIÓN DE LA HERIDA. UNA VEZ IRRI-
GADA LA HERIDA SE LE CURETEA PARA ESTIMULAR LA HEMORRA-
GIA. EL COLÁGENO POR EL MISMO MECANISMO CON QUE SE LLE-
GA EL ALVÉOLO DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DENTARIA, ES EL-
MATERIAL QUE ORGANIZARÁ LA REFORMACIÓN ÓSEA.

SE COLOCA UNA PEQUEÑA PORCIÓN DE BIO-CALEX O USA -
PORCIÓN DE ESPONJA DE GELATINA DEL TAMAÑO APROXIMADO AL
DE LA HERIDA, SE ADAPTA EL COLGAJO Y SE SUTURA.

SUTURA.- LA EFECTUAMOS CON PEQUEÑAS AGUJAS ATRAUMÁ-
TICAS, LAS QUE MANEJAMOS AYUDADOS POR EL PORTAAGUJAS --
RESPECTIVO. LA SUTURA SE HACE CON UNA AGUJA SENCILLAMENTE
LANE P3 Ó 4 E HILO QUIRÚRGICO 7000. SI AL PACIEN-
TE LE FUERA DIFÍCIL REGRESAR PARA LA REMOCIÓN DE LOS --
PUNTOS, PUEDE USARSE CATGUT CON AGUJA ATRAUMÁTICA; ESTE
MATERIAL SE ABSORBE EN DIEZ DÍAS APROXIMADAMENTE. SI-
LA SUTURA SE REALIZÓ EN UN SOLO DIENTE, GENERALMENTE SE
REQUIEREN DE 3 A 4 SUTURAS Y SE AUMENTAN SEGÚN LA EXTEN-
SIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

1) INTERVENCIÓN EN DOS ETAPAS.

EN ESTE TIPO DE OPERACIÓN AL PACIENTE SE LE PRAC--
TICA LA ENDODONCIA DE LA PIEZA AFECTADA ANTES DE REA--
LIZAR LA APICICTORÍA.

EL PACIENTE SE PRESENTA EN UNA SEGUNDA SESIÓN CON
EL CONDUCTO LIMPIO Y CORRECTAMENTE EXPANCHADO Y CON SU
DEBIDA CURACIÓN ANTIBIÓTICA (PUDIERA SER EL PHEC; PENI--
CILINA, BACITRACINA, SULFATO DE ESTREPTOMICINA Y CAPRI--
LATO DE SODIO). SE COLOCA EL DIQUE DE GOMA Y SE ESTERI--
ZA EL CAMPO OPERATORIO DE MANERA HABITUAL. SE RETIRA
LA CURACIÓN PROVISIONAL HECHA EN LA CITA ANTERIOR Y SE
SECA CUIDADOSAMENTE EL CONDUCTO. SE ELIGE UN CONO --
DE GUTA PERCHA PARA SOBREPONER EL CONDUCTO, EL CONO--
SE ESTERILIZA Y SE LO PRUEBA PARA ASEGURARSE DE QUE SE
ADAPTA SATISFACTORIAMENTE Y NO SE DOBLA HASTA LLEGAR -
AL ÁPICE. SE TOMA UNA RADIOGRAFÍA PARA VERIFICAR SU--
ADAPTACIÓN. SE RETIRA EL CONO SE COLOCA EN ALCOHOL -
MIENTRAS TANTO SE INTRODUCE UNA P-NTA DE PAPEL ABSOR--
VENTE ESTÉRIL EN EL CONDUCTO. SE MEZCLA EL CEMENTO -
PARA CONDUCTOS (CEMENTO DE KER) SOBRE UN VIDRIO ESTÉ-

NIL, CON UNA ESPÁTULA TAMBIÉN ESTÉRIL Y SE VERIFICA LA CONSISTENCIA; SE REMUEVE LA PUNTA ABSORBENTE Y SE RECUBRE EL CONDUCTO CON CEMENTO. SE RETIRA EL CONDO DE --- COTA PERCHA DEL ALCOHOL Y SE SECA AL AIRE. SE CUBRE - SU SUPERFICIE PASÁNDOLO POR EL CEMENTO Y SE INTRODUCE - EN EL CONDUCTO CON UNA FUERTE PRESIÓN PARA PROTECTARLO - A TRAVÉS DEL FORÁMEN APICAL Y CONDENSARLO CONTRA LAS PA- REDES DEL CONDUCTO. FINALMENTE, SE SELLA LA CÁMARA Y- LA CAVIDAD CON CEMENTO Y SE RETIRA EL DIQUE. SE HACE- LA ANTISEPSIA DE MANOS DEL OPERADOR, AYUDANTE, ETC... Y SE PROCEDA ENTONCES A REALIZAR LA APICECTOMÍA.

2) APICECTOMÍA INMEDIATA

(EN UNA ETAPA).

ESTA ES LA VARIACIÓN DE LA TÉCNICA, CONSISTENTE EN REALIZAR LA INTERFERENCIA QUIRÚRGICA YA DESCRITA, CONTINUANDO INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA RESECCIÓN CON LA -- PREPARACIÓN BIOMECÁNICA, LA IRRIGACIÓN, LA ESTERILIZA- CIÓN Y LA OBTURACIÓN DEL CONDUCTO (INDISPENSABLE EN ES- TE CASO, LA ESTERILIZACIÓN POR INÓSMOSIS). ESTO QUIE RE DECIR QUE LA OPERACIÓN POR COMPLETO SE REALIZA EN -- UNA SOLA SESIÓN. TANTO EN ESTA TÉCNICA COMO EN LA SE-

DOS ETAPAS LA REPARACIÓN DEL HUESO DAÑADO ES EL MISMO, SIEMPRE QUE LOS DEMÁS FACTORES NO VARIEM. EN MI CRITERIO PREFIERO LA TÉCNICA EN DOS ETAPAS POR LAS DESVENTAJAS DE UNA MEJOR ESTERILIZACIÓN DEL O DE LOS CONDUCTOS- ADemás QUE EN UNA SESIÓN SE PREPARA EL INSTRUMENTAL ENDODÓNTICO Y SE ATIENDE EXCLUSIVAMENTE ESE TRATAMIENTO Y EN LA SEGUNDA SESIÓN SE PREPARA EL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO Y SE ENTRA DE LLENO A LA OPERACIÓN EN SÍ.

ADemás, LA APICECTOMÍA INMEDIATA PRESENTA DOS INCONVENIENTES QUE SON: EL PELIGRO DE FORZAR MATERIAL SÉPTICO A TRAVÉS DEL FORÁMEN APICAL CON RIESGO DE CAUSAR UNA BACTEREMIA TRANSITORIA O UNA INFECCIÓN LOCALIZADA QUE DEMORARÍA LA CICATRIZACIÓN. LA OTRA VENTAJA RESIDE PRECISAMENTE EN LA FALTA DE ESTERILIZACIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR ANTES DE OBTURARLO.

3) LA OBTURACIÓN RETRÓCADA.

ESTÁ INDICADA EN LOS CASOS EN QUE EL CONDUCTO ESTÁ OCEPADADO CON UN PIVOTE U OTRO MATERIAL QUE NO ES POSIBLE RETIRAR. PARA REALIZAR ESTE TIPO DE OBTURACIÓN ES NE-

ESARIO PREPARAR UNA CAVIDAD RETENTIVA EN LA RAÍZ AMPU-
TADA, POR MEDIO DE FRESA DE CONO INVERTIDO, O CON HA-
CHUELAS PARA ESMALTE. SE SECA LA CAVIDAD CON ALCOROL-
Y AIRE CALIENTE Y SE OBTURA CON AMALGAMA.

ANTES DE EMPACAR LA AMALGAMA DENTRO DEL CONDUCTO, -
DEBE EVITARSE LA PÉRDIDA DE PEQUEÑAS PARTÍCULAS DE LA -
HISNA DENTRO DE LA CAVIDAD ÓSEA, TAPANDO LA HERIDA AL-
REDEDOR DEL EXTREMO RADICULAR CON UNA CASITA IMPREGNADA
EN EPINEFRINA RACÉMICA, DEJANDO EXPUESTO ÚNICAMENTE EL-
EXTREMO RADICULAR. SE LLEVA LA AMALGAMA EN UN PORTA-
AMALGAMA EN MINIATURA, EN PEQUEÑAS CANTIDADES POR VEZ Y
SE LA ATAÇA DENTRO DEL CONDUCTO ARTIFICIAL. UNA VEZ -
BIEN EMPACADA LA AMALGAMA SE BRUÑE LA SUPERFICIE CON UN
INSTRUMENTO LISO. LUEGO SE EXAMINA LA ZONA INTERVENI-
DA PARA INVESTIGAR SI QUEDAN RESTOS DE AMALGAMA LOS QUE
SERÁN RETIRADOS. SE SACA LA COMPRESA, SE IRRIGA LA ZO-
NA CUIDADOSAMENTE CON SOLUCIÓN SALINA Y SE TERMINA LA -
INTERVENCIÓN CUIDADOSAMENTE DE MANERA HABITUAL.

4) TÉCNICA DE APICECTORÍA.

LOS PASOS QUE DEBEMOS SEGUIR PARA LLEVAR A CABO --
UNA APICECTOMÍA SON LOS SIGUIENTES:

A) SE HACE UNA RADIOGRAFÍA DESPUÉS DE LA OBTURA---
CIÓN DEL CONDUCTO RADICULAR, PARA DETERMINAR EL
NIVEL A QUE SE VA A AMPUTAR LA RAÍZ. ESTE NI-
VEL DEBE SER ADECUADO PARA FACILITAR LA REMO---
CIÓN DE CUALQUIER PORCIÓN NO OBTURADA DEL CON--
DUCTO Y ABSCESO AL GRANULOMA Ó QUISTE PERIAPI--
CAL LO QUE ASEGURA SU COMPLETA REMOCIÓN.

B) EL COLGAJO MUCOPERIÓSTICO DEBERÁ HACERSE DE A--
CUERDO A LAS CONSIDERACIONES MENCIONADAS EN LAS
PÁGINAS (34 Ó 35).

C) DESPUÉS QUE SE HA LEVANTADO EL COLGAJO MUCOPE--
RIÓSTICO SE HACE UNA ABERTURA DEL HUESO CON UNA
FRESA QUIRÚRGICA O CINCEL SI EL QUISTE Ó GRANU-
LOMA NO HAN PERFORADO LA CAPA LABIAL DEL HUESO.
SE EXTIENDE LA ABERTURA PARA OBTENER UN BUEN --
ACCESO A LOS LÍMITES DEL DEFECTO.

CON UNA FRESA CILÍNDRICA FISURADA SE HACE LA AMPUTACIÓN DEL ÁPICE AL NIVEL DETERMINADO POR LA RADIOGRAFÍA. EL QUISTE O GRANULOMA DEBE ENVELEARSE EN SU TOTALIDAD CON RASPAJES PEQUEÑOS CON LA AYUDA DE CUCHARILLAS PARA HUESO.

CUANDO SE USA LA TÉCNICA DE OBTURACIÓN RETRÓCADA LA PUNTA DE LA RAÍZ SE CORTARÁ EN BISEL DE MANERA QUE SE PROPORCIONE ACCESO AL CONDUCTO DEL LADO LABIAL.

D) CONTROLAR LA HEMORRAGIA DENTRO DE LA CAVIDAD HACIENDO PRESIÓN EN LOS PUNTOS SANGRANTES EN EL HUESO O CON TORUNDAS DE ALGODÓN EMPAPADAS CON ADRENALINA.

E) SUTURAR EL COLCAJO MUCOPERIÓSTICO CON UNA AGUJA CORTANTE PEQUEÑA Y SEDA FA-0 Ó CATGUT.

F) DESPUÉS DE SUTURAR MANTENDRÉMS UNA PRESIÓN FERME SOBRE LA REGIÓN DURANTE LO MEN. PARA EVITAR LA FORMACIÓN DE HEMATOMA.

C) POR ÚLTIMO TOMAREMOS UNA RADIOGRAFÍA POST-OPERATORIA INMEDIATA PARA EXAMINAR EL NIVEL A QUE SE HIZO LA AMPUTACIÓN DE ÁPICE Y PARA EVALUAR Y -- COMPARAR EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN.

SI LLEVAMOS A CABO CADA UNO DE LOS PASOS INDICADOS PARA REALIZAR LA APICECTOMÍA PODREMOS GARANTIZAR Y PRO--LONGAR LA CAVIDAD DE LA PIEZA AFECTADA, ENTRE 5-10 AÑOS Ó MÁS SIEMPRE Y CUANDO NO HAYA COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS O SE INICIE ALGUNA ENFERMEDAD PARODONTAL QUE PONGA EN PELIGRO NO SÓLO LA PIEZA TRATADA SINO QUE INVOLUCRE TODOS LOS DIENTES, COMO SERÍA EL PASO DE UNA PARO--DONTOSIS.

CAPÍTULO IX

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

EL TRATAMIENTO POSTOPERATORIO CONSISTE EN LOS CUIDADOS A REALIZARSE DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUE SE HA EFECTUADO PARA QUE LLEGUE A FELIZ TÉRMINO SE TRATAMIENTO, YA QUE EL TIEMPO DE CICATRIZACIÓN DE LA FIBROMUCOSAS DE 8 A 10 DÍAS; PARA LOGRAR ESTO ES NECESARIO UNA SERIE DE INDICACIONES A NUESTRO PACIENTE, QUE CONSISTE EN TRATAMIENTO CON FÁRMACOS E HIGIENE BUCAL.

LAS RECOMENDACIONES SERÍAN: REPOSO, ALIMENTOS LÍQUIDOS DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS; POSTERIORMENTE ALIMENTOS SÓLIDOS LAS PRÓXIMAS 24 HORAS. LOS DÍAS POSTERIORES PODRÁ INICIAR UNA ALIMENTACIÓN MÁS COMPLETA; SU ASEO BUCAL ES DE SUMA IMPORTANCIA; YA QUE DE ESTO DEPENDEN

DE EL ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN, DEBERÁ HACER ENJUAGUES-
BUAVES CON SOLUCIONES SALINAS, CEPILLARSE SUS DIENTES -
CON MUCHO CUIDADO DESPUÉS DE LAS COMIDAS PARA QUE NO VA
YA A LASTIMARSE Ó DESALOJAR LOS PUNTOS DE SUTURA. ---
OTRA RECOMENDACIÓN SERÍA, LA APLICACIÓN DE UNA BOLSA --
CON HIELO EN LA ZONA INTERVENIDA DURANTE 10 MINUTOS CA-
DA HORA DURANTE EL PRIMER DÍA. POSTERIORMENTE AL SE--
GUNDO DÍA SE LE APLICARÁ LA BOLSA CON HIELO 10 MINUTOS-
CADA 2 HORAS ESTO LE REDUCIRÁ, TANTO EL DOLOR POSTOPERA
TORIO COMO LA INFLAMACIÓN.

ES NECESARIO ESTAR OBSERVANDO O CHECANDO A NUESTRO
PACIENTE CADA TERCER DÍA, PARA SEGUIR LA EVOLUCIÓN DE -
LA INTERVENCIÓN, YA QUE VA A REQUIERIR DE FÁRMACOS.

EL DOLOR POSTOPERATORIO ES IMPRESINDIBLE, NO SIEM-
PRE ES INTENSO DESPUÉS DE INTERVENCIONES LARGAS Y DIFÍ-
CILES, Y NO SIEMPRE ESTÁN AUSENTES DESPUÉS DE OPERA----
CIONES CORTAS Y SIMPLES POR LO TANTO ES ACONSEJABLE ---
PRESCRIBIR UN ANALGÉSICO NO NARCÓTICO, INSTRUYENDO AL -
PACIENTE PARA QUE LO TOME SI ES NECESARIO.

LA MEDICACIÓN MÁS POTENTE SOLO DEBE PROPORCIONAR--
DESPUÉS DE HABLAR CON EL PACIENTE SOBRE SUS NECESIDA--
DES.

LA INFECCIÓN POSTOPERATORIA ES POCO FRECUENTE, --
PERO POSIBLE. LOS SIGNOS PUEDEN SER AUMENTO DEL DO--
LOR, TUMEFACCIÓN E HIPERSENSIBILIDAD, ELEVACIÓN DE LA
TEMPERATURA CORPORAL, ESCALOFRÍOS Y OTROS SÍNTOMAS DE--
TIPO GRIPIAL, TAMBIÉN PUEDE NOTAR MAL OLOR Y SABOR DE -
BOCA.

DEBEMOS RECTIFICAR QUE EL DIENTE APICECTOMIZADO--
QUEDE EN AQUIESCENCIA; ES DECIR CHECAR EL CONTACTO DE BI
CRA PIEZA CON SU ANTAGONISTA, EN ESTOS CASOS NO DEBERÁ
ESTAR CHOCANDO SUS CÚSPIDES CON SU OPIENETE, SE TEN--
DRÁ QUE DESCASTAR CON INSTRUMENTAL ADECUADO PARA DEJAR
LIBRE SU OCLUSIÓN, YA QUE UNA GRAN PARTE DE LOS FRACA--
SOS SUELEN ATRIBUIRSE AL TRAUMA OCLUSAL, POR LO QUE ES
INDISPENSABLE PRESTABLE ATENCIÓN PARA EL LOGRO DEL ÉXI
TO. OTRO DE LOS CUIDADOS ES ADVERTIRLE QUE NO DEBE--
TRACCIONAR O LEVANTAR EL LABIO PARA OBSERVAR LA INTER--
VENCIÓN, PUES LAS SUTURAS PODRÁN DESPIENDERSE. LAS SU

TURAS DEBERÁN QUITARSE ENTRE LOS 5 y 7 DÍAS DESPUÉS DE LA OPERACIÓN.

LA CICATRIZACIÓN DE LA MUCOSA SE PRODUCE DE PRIME RA INTENCIÓN Y RARAS VECES PRODUCEN CICATRICES.

LA REPARACIÓN DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES GENERAL MENTE SE REALIZAN EN UN AÑO. ES PROBABLE QUE A LOS 6— MESES YA PUEDA OBSERVARSE BASTANTE MEJORÍA. EN MUCHOS CASOS EL CONDUCTO PRESENTA LA APARIENCIA DE ESTAR CORRECTAMENTE OBTURADO, DEBIDO A QUE LA EXTREMIDAD DE LA RAÍZ HA SIDO SECCIONADA EN ÁNGULO OBTUSO CON RESPECTO A LA DIRECCIÓN DE LOS RAYOS X.

DEBE HACERSE TODO LO POSIBLE PARA MANTENER LA ASEPSIA DURANTE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE FRACASOS QUIRÚRGICOS ES LA INFECCIÓN POR BACTERIAS PATÓGENAS.

LA CAVIDAD ORAL ESTÁ DENSA MENTE PORNADA POR BACTERIAS Y ES INEVITABLE LA INOCULACIÓN DE LA HERIDA. SIN EMBARGO, ESTOS GÉRMENES NO SON EXTRAÑOS AL HUÉSPED Y NO SUELEN CAUSAR PROBLEMAS.

LOS MICROORGANISMOS VIRULENTOS NO HABITUALES EN LA CAVIDAD, INCREMENTAN CONSIDERABLEMENTE EL RIESGO DE INFECCIÓN. PARA EVITAR ESTOS PROBLEMAS, ES NECESARIO UTILIZAR LAS TÉCNICAS MÁS ADECUADAS PARA LA ESTERILIZACIÓN DEL INSTRUMENTAL QUE SE VA A UTILIZAR EN LA OPERACIÓN.

ES NORMAL QUE EL PACIENTE PIERDA EL APETITO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, LOS DIENTES PUEDEN ESTAR HIPERSENSIBLES Y QUIZÁ SEA DIFÍCIL MASTICAR CIERTOS ALIMENTOS, SIN EMBARGO, DEBE PROPORCIONARSE UNA BUENA NUTRICIÓN Y PRESCRIBIREMOS UN GRAMO DIARIO DE ÁCIDO ASCÓRBICO PARA ASEGURAR LA CICATRIZACIÓN.

UNA DIETA RICA EN PROTEÍNAS Y DOS CÁPSULAS DE UN PREPARADO MULTIVITAMÍNICO 3 VECES AL DÍA DURANTE LA PRIMERA SEMANA, FACILITAN LA REPARACIÓN NÍSTICA Y EVITAN EL DEBILITAMIENTO DEL PACIENTE.

CAPÍTULO I

REPARACIÓN POSTERIOR A LA APICECTOMÍA

PARA COMPRENDER ESTO EMPEZAREMOS POR DESCRIBIR LA COMPOSICIÓN DE UN GRANULOMA: SE COMPONE PRINCIPALMENTE POR TEJIDOS DE GRANULACIÓN. TAMBIÉN CONTIENE OTROS ELEMENTOS COMO UNA RICA RED CAPILAR QUE COMPONE EL TEJIDO DE GRANULACIÓN, TIENE TEJIDO CONJUNTIVO FIBROSO Y CÉLULAS INFILTRADAS. SE LE DENOMINA PREFERENTEMENTE TEJIDO GRANULOMATOSO Y NO TEJIDO DE GRANULACIÓN. PARA ESTE TEJIDO CONJUNTIVO PROLIFERATIVO, PERO SIN DIFERENCIACIÓN GENESE OSTEOBLASTOS Y FIBROBLASTOS. ES NECESARIA LA PRESENCIA DE UN ESTÍMULO, EL CUAL NO SE PRODUCE O BIEN ESTÁ DIFICULTADA LA TRANSFORMACIÓN DE ESTE TEJIDO EN OTRO MÁS DIFERENCIADO. PARA QUE SE FORME TEJIDO ÓSEO SE REQUIEREN SALES DE CALCIO Y FOSFATASA. CUANDO EXISTE UN TEJIDO RICAMENTE VASCULARIZADO, CONSUCEDE EN EL GRANULOMA, NO SE PRODUCE FÁCILMENTE REFORMACIÓN ÓSEA. EN EFECTO LOS CENTROS DE REPARACIÓN-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ÓSEA CON FRECUENCIA ESTÁN ALEJADOS DE LOS CAPILARES---
SANGUÍNEOS QUE PENETRAN EN LA SUSTANCIA FUNDAMENTAL.
AL REALIZARSE LA APICECTOMÍA, SE REMUEVEN HUESO Y CE-
MENTO NECROSADOS, FACILITÁNDOSE ASÍ EL PROCESO DE REPA-
RACIÓN. LA ABUNDANTE IRRIGACIÓN DEL TEJIDO DE GRANU-
LACIÓN PROVOCA UNA DESCALCIFICACIÓN DEL HUESO QUE BOR-
DEA LA LESIÓN. EL CALCIO ES TRANSFERIDO AL PLASMA DE
TERRESTICIAL DEL TEJIDO DE GRANULACIÓN, QUE ASÍ SE TORNA
EN UN MEDIO OSIFICABLE Y EN SUSTANCIA FUNDAMENTAL PA-
RA LA REFORMACIÓN ÓSEA.

MIENTRAS EXISTA HIPEREMIA NO PODRÁ DEPOSITARSE --
HUESO NUEVO CUANDO DISMINUYE LA VASCULACIÓN Y AUMENTA-
EL COLÁGENO, DESAPARECEN LOS CAPILARES Y COMIENZA LA--
OSIFICACIÓN.

LA REPARACIÓN CON NUEVO TEJIDO PUEDE PRODUCIRSE--
DESDE 6 MESES HASTA UN AÑO DESPUÉS DE EFECTUADA LA API-
CECTOMÍA. RESULTA ASÍ UN PROCESO DE REPARACION MÁS--
RÁPIDO QUE LA CICATRIZACIÓN ALVEOLAR POSTEXTRACCIÓN,--
LA CUAL ES DE APROXIMADAMENTE DE 18 a 24 MESES.

ESTE TEMA ES DE SUMA IMPORTANCIA, YA QUE EL CIRU-

JANO DENTISTA SE DEDICARÁ, POR MEDIO DEL CONTROL RADIO--
GRÁFICO A OBSERVAR EL PROCESO DE REPARACIÓN PARA QUE, --
UNA VEZ REALIZADO ESTE PROCESO, SE PROCEDA A LA CONSTRUCC
CIÓN DEL APARATO PROTÉSICO, EN CASO DE SER NECESARIO, YA
QUE HAY OCASIONES EN QUE LA CORONA ACRÍLICA PUEDE SER --
RESTAURADA CON RESINAS Y NO AMERITA LA CONSTRUCCIÓN DE--
UNA CORONA DE PORCELANA O ACRÍLICO.

A) COMPLICACIONES DE LA APICECTOMÍA.

CUANDO REALIZAMOS UNA APICECTOMÍA, PUEDEN SURGIR---
COMPLICACIONES BASICAMENTE POR DOS RAZONES: O POR UNA --
TÉCNICA DEFECTUOSA O POR MALA ELECCIÓN DEL CASO (BIENTES
MULTIRADICULARES O CON PROCESOS DE PARODONTÓSIS).

ESTAS COMPLICACIONES PUEDEN SER ORIGINADAS POR:

INSUFICIENTE RESECCIÓN DEL ÁPICE RADICULAR. PUE--
DE PRESENTARSE EL CASO EN QUE SOLO SE CORTE LA PARTE AN
TERIOR DE LA RAÍZ, DEJANDO UNA ZONA IMPORTANTE DEL ÁPICE
QUE ESTÁ INFECTADO. COMO EJEMPLO: POR UN DESCUIDO SE -
PODRÍA RESECAR LA RAÍZ BUCAL DE UN PREMOLAR, Y DEJAR LA-
PALATINA EN SU SITIO, DEJANDO ANÍ PARTE DEL FOCO INFECC--
CIOSO QUE PODRÍA REACTIVAR EL PROBLEMA.

INSUFICIENTE RESECCIÓN DEL PROCESO PERIAPICAL.--
OTRA COMPLICACIÓN PUEDE PRESENTARSE CUANDO SE DEJAN---
TROZOS DE GRANULOMA O RESTOS DE MEMBRANA QUÍSTICA, EL
PROCESO PUEDE RECIDIVAR, A PLAZOS DISTINTOS, ORIGINAN-
DO FÍSTULAS.

LESIÓN DE DIENTES VECINOS: TAMBIÉN PUEDE SECCIO--
NAR EL PAQUETE VASCOLONERVIOSO DE UN DIENTE VECINO; EN
OTRAS OCASIONES, LA UBICACIÓN DEL ÁPICE PUEDE DAR LU--
GAR A LA AMPUTACIÓN DE UN DIENTE SANO.

LESIÓN DE LOS ÓRGANOS O CAVIDADES VECINAS.-- EN --
LOS CASOS DE DIENTES QUE TIENEN SUS ÁPICES MUY VECINOS
A LAS FOSAS NAALES, LA CUCERNILLA O LA PRESA PUEDE --
PERFORAR LA TABLA ÓSEA; SIN MÁS CONSECUENCIA QUE LA HE-
MORRAGIA NASAL.

EN LA APICECTOMÍA DE PREMOLARES O EN ALGUNAS DE -
CANINO LA PRESA PUEDE PERFORAR EL PISO O LA PARED DEL-
SENDO, E INTRODUCIR EL ÁPICE AMPUTADO EN EL INTERIOR DE
ESTA CAVIDAD.

TAMBIÉN ES UN ACCIDENTE POSIBLE EN EL CURSO DE LA APICECTOMÍA DE LOS INCISIVOS CENTRALES LA SECCIÓN DE LOS VASOS PRODUCIÉNDOSE UNA ABUNDANTE HEMORRAGIA, PARA COHIBIRLA HAY QUE TAPAR LA CAVIDAD DURANTE LARGO RATO, Y UTILIZAR LOS AGENTES HEMOSTÁTICOS QUE REGULARMENTE SE USAN COMO COMPRESIÓN, ADRENALINA, ETC.

LAS MISMAS CONSIDERACIONES DEBEMOS HACER PARA VASOS Y NERVIOS MENTONIANOS. AUNQUE AQUE SE COMPLICA-- UN POCO MÁS, PUES APARTE DE LA HEMORRAGIA EN EL ACTO-- OPERATORIO, SE INSTALA LA PARESTESIA DEL LABIO, POR LESIONES DE LAS RAMAS NERVIOSAS AFERENTES.

TAMBIÉN SE PUEDEN PERFORAR ACCIDENTALMENTE LA TABLA LINGUAL INFERIOR, DANDO LUGAR A DOS TRASTORNOS IMPORTANTES A SABER; LA PROPAGACIÓN DE LA INFECCIÓN A LA REGIÓN GLOSOSUPRABUVIDEAL. TAMBIÉN PUEDE SER CAUSA DE LA HEMORRAGIA LA PERFORACIÓN DEL PISO DE LA BOCA -- QUE SE TRADUCE EN COLORACIÓN HEMÁTICA CARACTERÍSTICA-- DE LA ZONA, INFLAMACIONES E INSURGITACIONES DE LA GLÁN DOLA SUBLINGUAL.

B.- IMPORTANCIA DE LA BIOPSIA EN PATOLOGÍA PERIAPICAL.

SIRVE PARA DETERMINAR EN UNA FORMA EXACTA POR EL-

EXAMEN HISTOPATOLÓGICO EL TIPO DE LESIÓN PATOAPICAL Y ESTABLECER UN TRATAMIENTO ADECUADO PARA CADA CASO PATOLÓGICO ES PARTICULAR.

ADENÁS SE DEBE DETERMINAR SI NO EXISTE ALGUNA PATOLOGÍA MÁS SEVERA COMO UNA NEOPLASIA, POR EJEMPLO UNA ACTINOMOSIS A NIVEL APICAL, LA CUAL SE PRESENTA COMO UNA PÍSTULA PERSISTENTE SIN DESTRUCCIÓN DE UNA IMAGEN-RADIOCLÚCIDA.

OTRA LOCALIZACIÓN HISTOPATOLÓGICA ES DE ADENOCARCINOMA METASTÁSICO PROVENIENTE DE ALGÚN ÓRGANO DISTANTE Y QUE SE HA LOCALIZADO POR MEDIO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA Y ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO A NIVEL DE INCISIONES CENTRALES SUPERIORES Y QUE ES FÁCILMENTE CONFUNDIBLE CON UNA INFLAMACIÓN DOLOROSA DE ALGUNOS ABSCESOS APICALES.

TODO ESTO ES UN FACTOR DETERMINANTE PARA CONOCER LA HISTOPATOLOGÍA APICAL, YA QUE DE AQUÍ DEPENDE EL TRATAMIENTO ADECUADO DE LAS ESTRUCTURAS A TRATAR.

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

UNO DE LOS PRINCIPALES OBJETIVOS DE LA ODONTOLOGÍA EN LA ACTUALIDAD ES EL DE CONSERVAR LOS DIENTES SA-
TUVALES EN SUS ALVÉOLOS EVITANDO ASÍ INNUMERABLES TRAE-
TORNOS. CUANDO LAS DEMÁS RAMAS DE LA ODONTOLOGÍA SON
INEFICACES O HAN LLEGADO A SUS LÍMITES PARA DEVOLVERLE
AL DIENTE SU SALUD, SURGE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.
LA APICECTOMÍA, ES UN EJEMPLO DE ELLO, YA QUE NOS AYU-
DA A REHABILITAR LA PIEZA AFECTADA, DEVOLVIÉNDOLE NUE-
VAMENTE SU SALUD.

HABIENDO LLEGADO A ESTE PUNTO CLAVE DE SALUD, SE-
RÁ POSIBLE DEVOLVERLE SU ANATOMÍA, FUNCIÓN Y ESTÉTICA-
CON LA PRÓTESIS CORRESPONDIENTE, SI LA CORONA CLÍNICA-
ESTÁ MUY DESTRUÍDA.

ADENÁS LA APICECTOMÍA, A PESAR DE HABER SIDO LLA-
MADA "LA OPERACIÓN DE LOS MIL DETALLES" ES RELATIVAMEN-
TE SENCILLA CUANDO SE TIENE UNA BUENA PREPARACIÓN, DA-
DO COMO RESULTADO QUE ESTA INTERVENCIÓN NOS OFRECE SE-
UN 94 A UN 97% DE PROBABILIDADES DE ÉXITO.

HAY QUE TOMAR EN CUENTA QUE LO MÁS IMPORTANTE DE ESTE PROCEDIMIENTO ES EL HECHO DE QUE PRESERVAMOS EL BIEN ENFERMO DENTRO DE LA BOCA, YA QUE NINGUNA PROTESIS POR BIEN CONFECCIONADA QUE ESTÉ PODRÁ SUPLENIR AL 100% LA FUNCIONALIDAD DE UNA PIEZA NATURAL.

EL INSTRUMENTAL USADO PARA ESTA PRACTICA NO ES MÁS BA FUERA DE LO COMÚN, GENERALMENTE TODOS LOS DENTISTAS LO TENEMOS EN EL CONSULTORIO, LO QUE NOS AYUDA A QUE NO SE CONVIERTA EN UN TRABAJO SOLO PARA ESPECIALISTAS, SINO QUE CON LOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE CIRUGÍA, CUALQUIER ODONTÓLOGO LO PUEDE REALIZAR EN SU LUGAR DE TRABAJO SIN QUE AHERITE UN FUENTE GASTO EXOGÉNICO PARA EL PACIENTE.

SIGUIENDO CON LA TÉCNICA MENCIONADA Y LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS INDICADOS, PODEMOS LLEVAR A FELIZ TÉRMINO NUESTRA INTERVENCIÓN.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- BIEF HERLUF
WINTER JENS ERIC
ATLAS CIRUGÍA BUCAL.
EDITORIAL SALFAT
2a. EDICIÓN 1979
175 PÁGINAS.

- 2.- DONADE ARENS
ADAMS WILLIAMS RAY
DE CASTRO ROLANDO A.
CIRUGÍA EN ORODONCIA.
EDITORIAL DONNA 1984
226 PÁGINAS.

- 3.- EDGERTON BENERIDGE EDWARD
ORODONCIA
EDITORIAL INTERAMERICANA
2a. EDICIÓN 1979
380 PÁGINAS.

- 4.- F.P. HARTY
ORODONCIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.
1a. EDICIÓN
391 PÁGINAS.

- 5.- KRUGER GUSTAVO O.
CIRUGÍA BUCO MAXILOFACIAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA
5a. EDICIÓN
685 PÁGINAS.

- 6.- NAJON
PROFÉUTICA MÉDICA
EDITORIAL INTERAMERICANA
8a. EDICIÓN
362 PAGINAS.
- 7.- NIELS BJORN JORGENSEN
ANESTESIA ODONTOLÓGICA.
EDITORIAL INTERAMERICANA
1a. EDICIÓN
143 PAGINAS.
- 8.- THOMA
PATOLOGÍA ORAL.
EDITORIAL SALVAT
2a. EDICIÓN 1981
1373 PAGINAS.
- 9.- WILLIAMS D. SHAFER
HAYWARD K. HISE
SAINET M. LEVY
TRATADO DE PATOLOGÍA ORAL.
EDITORIAL INTERAMERICANA
3a. EDICIÓN.
846 PAGINAS.
- 10.- WUENERSIEM ARTHUR H.
RADIOLOGÍA DENTAL.
EDITORIAL SALVAT
2a. EDICIÓN
481 PAGINAS.