



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

APICECTOMIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

JUAN MANUEL BADILLA LOPEZ

MA. TERESITA ROSAS CHACON



MEXICO, D. F.

1984.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION	
CAPITULO I	
ANTECEDENTES HISTORICOS	1
CAPITULO II	
ASPECTOS GENERALES DE ANATOMIA	5
1. DIENTES ANTEROSUPERIORES	5
2. DIENTES ANTEROINFERIORES	6
3. DIENTES POSTERIORES	7
CAPITULO III	
INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA APICECTOMIA	9
1. INDICACIONES	9
2. CONTRAINDICACIONES	10
CAPITULO IV	
HISTORIA CLINICA	11
1. FICHA DE IDENTIFICACION	11
2. ANTECEDENTES CLINICOS	11
3. ANTECEDENTES FAMILIARES	12
4. ANALISIS DE LABORATORIO	12
5. EXAMEN RADIOLOGICO	12
6. EXAMEN CLINICO	15
7. DIAGNOSTICO	16

8.	PLAN DE TRATAMIENTO	16
9.	EPICRISIS	16
10.	COMPLICACIONES	16
11.	PRONOSTICO	16

CAPITULO V

	INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO	17
1.	PREMEDICACION	17
2.	ANESTESIA	18

CAPITULO VI

	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	21
1.	INCISION DE WASSMOND, PARTSCH Y NEWMANN	21
2.	DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO	24
3.	OSTEOTOMIA	26
4.	AMPUTACION DEL APICE RADICULAR	27
5.	RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL	29
6.	OBTURACION DEL CONDUCTO	31
7.	SUTURA	36

CAPITULO VII

	ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE LA APICECTOMIA	38
1.	RESULTADOS DE LA OPERACION	40
2.	TRATAMIENTO	43
3.	ASISTENCIA POSTOPERATORIA	46
	CONCLUSIONES	52
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	54

I N T R O D U C C I O N

Actualmente se observa la preocupación y el interés de un gran número de cirujanos dentistas por conservar la dentición natural, tomando en cuenta todos los recursos de que se vale la Odontología, ya que el aparato masticatorio constituye una parte esencial del organismo, requiere de un cuidado y atención persistente para conservarlo en estado de salud satisfactorio.

Al diagnosticar y tratar adecuadamente las alteraciones producidas en el ápice de los dientes, ocasionadas generalmente por una pulpa necrótica y que no es posible tratar mediante terapéutica endodóncica convencional; se puede decir que la Apicectomía como las demás especialidades de la odontología, participa aplicando los conceptos preventivos, en cuanto a que prolonga la vida útil del diente al mantenerlo dentro de la cavidad oral en condiciones de estética y funcionalidad.

Se hace hincapie en los fundamentos básicos del discernimiento y la técnica, con el objeto de dar a conocer mas ampliamente las ventajas de este tratamiento, todo esto persigue el fin más importante en la Odontología; que es la conservación de las piezas dentarias de nuestros pacientes, agotando los métodos y recursos existentes en Odontología y que definitivamente traerá como consecuencia un equilibrio biológico, social y psicológico en el paciente, conservando un estado de salud adecuado.

ANTECEDENTES HISTORICOS

APICECTOMIA.- Del Latín Apex - Icis; ápice y del Griego Ektomé.- Que significa escisión del vértice de la raíz dental.

Se conoce con el término de Apicectomía, a la amputación del ápice del diente por medios quirúrgicos o bien es la resección quirúrgica por vía transmaxilar de focos infecciosos a nivel de los ápices de los dientes, cureteando los tejidos adyacentes afectados. El éxito de este tratamiento requiere de una serie de disciplinas que se practican en cirugía y que son de sumo interés, sin las cuales no se podría obtener el éxito deseado.

En Francia Lenerle en su texto L'Art Dentaire: dice que Abul Kassin 1050 años A.C., compuso el Altrasif; tratado de cirugía y es el primer libro que habla del tratamiento de fistulas dentarias. En 1747 Heister publicó un libro titulado "Cirugie".

En el año de 1896 Carlos Partsch describe una técnica que había utilizado y da a conocer sus bases quirúrgicas y los resultados. En el mismo año publican el segundo trabajo en donde declaran haber operado a 15 pacientes con resultados alentadores, en esta publicación recomiendan la operación de los 6 dientes anteriores superiores y solamente los 4 inferiores, no aconsejan los caninos inferiores por la profundidad del ápice.

En 1905 Luniatsche, propone que el término Maxilotomía sea aplicado para aquellos casos en que la operación se limite a un raspado, único y exclusivo de la zona periapical. Años más tarde en 1908 Enter denomina este procedimiento quirúrgico, tratamiento quirúrgico de la raíz, en el mismo año aparece una publicación en donde recomiendan este tratamiento en todos los dientes, menos en los 3os. molares.

En 1916 Posta le llama alveotomía, porque él considera que se opera únicamente el alveolo dentario. Para 1930 Cavina nombra a este tipo de intervenciones "Amputaciones de los ápices de las raíces dentarias".

Tainsy en 1933 le llama resección apical y dos cirujanos por los años de 1938; declaran estar de acuerdo con Rieffer y proponen el término Osteotomía con la extirpación del ápice.

Wolf propone los siguientes términos, que no son los más adecuados pero sí los más usados. a) Resección Radicular, b) Amputación Radicular y c) Amputación Apical.

Partsch y sus discípulos en un congreso en la Ciudad de Paris en 1900, fijaron las indicaciones precisas para este tratamiento.

Weiser en los inicios del siglo XX, cita la posibilidad de conservar los dientes en donde se haya efectuado el tratamiento de apicectomía y a su vez cita los problemas originados por la sinusitis de origen dentario.

Weiser y Partsch un poco más tarde defienden la terapéutica medicamentosa y es contraria a la quirúrgica, más tarde Weiser reconoce y acepta esta medida, pero solo en casos en que los dientes cuenten un papel muy importante. Weiser otra vez opina que los dentistas no pueden realizar la operación hasta tener un resultado en el tratamiento de conductos.

Mansur en 1913 es partidario de hacer el raspado pero no del corte del ápice.

Csernyer opina amputar la parte del ápice lesionado, ya que se eliminará así parte del material dentario necrosado y además la parte más difícil del conducto para obturar y de la llegada de los medicamentos.

Blum dice que la amputación radicular es terapéutica del conducto más cirugía de la región apical. Thomas, Durling, Lyons y Jaffer son partidarios.

En 1922 Grieves manifiesta que la apicectomía no es un buen tratamiento en dientes multirradiculares.

Lacronique y Berger en 1923 son partidarios de hacer solamente el raspado periapical.

En 1933 Levine es partidario únicamente del raspado radicular dejando la resección solo cuando exista un quiste y eliminando la menor cantidad de ápice.

En 1940 otro autor hace mención que no considera suficiente la apicectomía para la eliminación del foco infeccio

so, el que se apoya en algunas intervenciones que realizó con pacientes reumáticos.

CAPITULO II

ASPECTOS GENERALES DE ANATOMIA

En cualquier acto quirúrgico es necesario tener un conocimiento absoluto de la región en la que se realiza la operación. En la misma forma, al realizar una apicectomía se tomarán en consideración diversas estructuras, como son: inserción de fibras musculares, emergencia y localización de vasos y nervios importantes, cavidades naturales como el seno maxilar y las fosas nasales.

Durante una apicectomía, los músculos con los que se tendrán contacto son músculos faciales o de la expresión, los cuales reciben inervación del 7o. par craneal, el nervio facial. La irrigación está dada por la arteria maxilar externa, con excepción del músculo buccinador que recibe irrigación de la arteria del buccinador, rama de la arteria maxilar interna. Las inserciones musculares están en general por encima de los ápices y solo se desplazan ligeramente cuando se levanta el colgajo mucoperióstico del hueso.

1. DIENTES ANTEROSUPERIORES

Se consideran tres inserciones musculares: 1) Por arriba de la raíz del incisivo central y en porción ligeramente lateral se encuentra el músculo mirtiforme. Dicho músculo se

inserta, por abajo, en la fosa mirtiforme del maxilar superior y por arriba, por dos fascículos, en el subtabique y en la parte posterior del ala de la nariz. 2) Por arriba del incisivo lateral se encuentra el músculo incisivo del labio superior que se inserta en la eminencia del incisivo lateral y el canino, dirigiéndose hacia abajo y afuera para convertirse en continuación del orbicular de los labios. 3) Entre el lateral y el canino se observa el músculo transverso de la nariz, cuyas fibras tienen inserción en el borde posterior del ala de la nariz y piel que los recubre y en el dorso de la nariz; y el músculo canino que nace en la fosa canina del maxilar superior y se dirige hacia abajo hacia la comisura de la boca donde se une a los músculos contiguos.

2. DIENTES ANTEROINFERIORES

Encontramos las inserciones de los músculos incisivos del labio inferior, en las eminencias alveolares de los incisivos inferiores y de los músculos borla del mentón que nace en la eminencia alveolar del incisivo lateral y en la porción central del incisivo central, dirigiéndose hacia abajo, insertándose en la piel de la barbilla. Junto a éste, distalmente, se localiza el músculo cuadrado de la barba cuya inserción se encuentra en una línea horizontal rugosa por debajo del agujero mentoniano que se extiende desde los premola

res hasta los incisivos laterales, de ahí se dirigen sus fibras hacia arriba, insertándose en la piel y la mucosa del labio inferior.

3. DIENTES POSTERIORES

En esta región encontramos la inserción del músculo buccinador que se extiende desde la apófisis alveolar bucal del maxilar y de la mandíbula, en la región de los molares, dirigiéndose hacia adelante para insertarse en las fibras del orbicular de los labios. En esta zona la incisión debe ser paralela al músculo buccinador para no lesionar sus fibras.

Existen otras estructuras importantes que debemos tener en cuenta al realizar una apicectomía; éstas son: el piso de las fosas nasales, el cual puede resultar expuesto durante el curetaje cuando es amplia la zona de rarefacción. En la región posterosuperior localizamos el seno maxilar, que en algunas ocasiones puede extenderse hasta el canino o aún el incisivo lateral. También encontramos, al realizar la amputación apical de la raíz palatina de los molares superiores, la arteria y el nervio palatino que emergen por el agujero palatino a nivel de la raíz del segundo molar. En la zona posteroinferior localizamos el conducto dentario inferior donde se halla alojado el nervio dentario inferior; y el agujero mentoniano por donde emerge el nervio mentoniano.

Se entiende por apicectomía, la resección quirúrgica, por vía transmaxilar, de un foco periapical y del ápice dentario.

El tratamiento quirúrgico de los focos apicales es un tema que ha interesado a los cirujanos orales de todos los países, y una operación que debe ser del resorte del práctico general. Bien es verdad que para llevarla a cabo con buen éxito, requiere el cumplimiento de una serie de detalles quirúrgicos de interés, sin la realización de los cuales, el tratamiento no es perfecto.

Hemos dicho en otras oportunidades que a la amputación radicular la llamamos "la operación de los mil detalles". Creemos, fundados en muchos años de práctica y en gran número de apicectomías realizadas, que en ésta, más que en cualquier otra intervención de cirugía bucal, el cuidado del detalle es fundamental. La minuciosidad en la operación, la observancia de minúsculas consideraciones quirúrgicas y la habilidad del operador, nos llevan al éxito. Para alcanzarlo, están vedadas toda clase de licencias quirúrgicas, que si en otras operaciones pueden no tener importancia, en el tratamiento quirúrgico de los focos apicales no están permitidas.

CAPITULO III

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA APICECTOMIA.

1. INDICACIONES

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

- a) Cuando ha fracasado el tratamiento radicular.
- b) En dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el ápice radicular.
- c) En dientes que presenten falsos conductos.
- d) En dientes en cuyos conductos se ha fracturado y alojado un instrumento (tiranervios, ensanchadores, etc.) y
- e) En dientes portadores de pivots, jacket-crowns, u otras obturaciones que imposibiliten la remoción de ellas para realizar un nuevo tratamiento radicular; en ese caso, deberá realizarse la apicectomía y la obturación retrogada del conducto con amalgama.

La resección quirúrgica del ápice puede realizarse en todos los dientes; pero no efectuamos la apicectomía más que en los anteriores, por excepción en los premolares y nunca en los molares. La operación en estos dientes, además de que los resultados no la justifican, requiere una virtuosa

manipulación quirúrgica que no todos poseemos.

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

2. CONTRAINDICACIONES DE LA APICECTOMIA

a) Procesos agudos.- Está contraindicada la intervención en procesos agudos, a pesar de que, por la autorizada opinión de Maurel y otros autores, pareciera justificarse. En aquellos procesos, la congestión impide la anemia necesaria para que la sangre no moleste al acto operatorio;

b) Dientes portadores de procesos apicales, que han destruido el hueso, hasta las proximidades de la mitad de su raíz;

c) Paradentosis avanzadas, con destrucción ósea, hasta su tercio radicular, o las lesiones paradenciales y apicales combinadas;

d) Destrucción masiva de la porción radicular; y

e) Proximidad peligrosa con el seno maxilar.

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA.

La Historia Clínica es la narración de los acontecimientos relativos al estado en que se encuentra la salud de una persona. Esta narración debe realizarse siguiendo un orden cronológico.

La historia clínica debe comprender exclusivamente los datos que hayan sido recogidos, sin hacer la menor interpretación de los mismos, ya que el objetivo de la historia médica es hacer un relato fiel de los datos que se han encontrado y no la interpretación de ellos, de tal manera que el lector de la historia forme, por si mismo, su propio diagnóstico de acuerdo con la información que le es proporcionada.

Una historia clínica adecuada deberá contener la siguiente información:

1. Ficha de Identificación.- Datos generales; como nombre, sexo, edad, estado civil, etc. que nos serán de utilidad para llevar una estadística de la frecuencia de los procesos patológicos.

2. Antecedentes clínicos.-

a) Motivo de la Consulta: Aquí se anotará la molestia principal, anotando brevemente los síntomas presentados por el paciente y duración de los mismos.

b) Padecimiento Actual: Es la descripción que

hace el paciente de su padecimiento, nos facilita datos importantes acerca de los síntomas anteriores, se especificará en detalle el tiempo de iniciación, duración, complicaciones, secuelas, tratamiento, lugar de tratamiento, nombre y domicilio del médico tratante, interrogatorio remoto y próximo de datos patológicos, enfermedades padecidas, intervenciones quirúrgicas en cavidad oral, tratamiento médico en los dos últimos años, uso de medicamentos por tiempo prolongado, alergias a medicamentos (cuales).

c) Hábitos: Esto nos informará sobre el método de vida de la persona; sueño, dieta e ingestión de líquidos y alimentos, aseo, etc.

3. Antecedentes Familiares. Esto nos dará la oportunidad de valorar las tendencias hereditarias del paciente o las posibilidades de adquirir la enfermedad dentro de su propia familia. Ejemplo: Neoplasias, Diabetes, Artritis, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades de la Sangre (hemofilia, anemia, etc.) Estados Alérgicos (asma) Infecciones (t.b. fiebre reumática) etc.etc.

4. Análisis de Laboratorio.

Las pruebas de laboratorio resultan de gran utilidad y nos ayudan a establecer un diagnóstico correcto. Pruebas tales como: Tiempo de sangrado y de coagulación, valor de hematocrito, orina, glucosa en sangre, etc.

5. Exámen Radiológico.

La toma de radiografías desempeña un papel muy importante o más bien como requisito indispensable para el logro de un diagnóstico correcto, pues nos proporciona información que no es posible obtener por medio de la inspección, palpación o auscultación. Tenemos varias clases de Rx como son: Periapicales, interproximales, oclusales, tomografías y ortopan tomografías.

El examen radiográfico preoperatorio debe estudiar una serie de puntos de interés; ellos son:

a. El proceso periapical.- Bajo este título debe considerarse: la clase y extensión del proceso; las relaciones con las fosas nasales, con los dientes vecinos y con los conductos u orificios óseos. Se debe realizar con precisión el diagnóstico del proceso periapical, para saber de antemano la clase de lesión que encontraremos después de trepanar el hueso.

La extensión del proceso es de suma importancia (granuloma ubicado solamente sobre el diente a tratar, o extendiéndose sobre el ápice del diente vecino), representa un caso que aclara el punto a que nos estamos refiriendo. La radiografía intraoral común, solo presentó un granuloma ubicado sobre el incisivo lateral; guiados por esa única radiografía hubiera mos indicado la resección del ápice del incisivo. Una nueva radiografía demostró que había un proceso sobre el ápice del lateral, otro sobre el central y un granuloma en el incisivo central del lado opuesto.

La apicectomía sobre el incisivo lateral hubiera - fracasado, pues el proceso del diente vecino era el resultado de su mortificación pulpar, lo cual se comprobó por el pulpómetro. Este caso fue intervenido, realizando las tres apicectomías simultáneas.

Es importante conocer la relación con las fosas nasales, para no invadir esta región extemporáneamente.

La relación del proceso con los dientes vecinos - puede descubrirse radiográficamente, muestra un extenso proceso sobre el ápice del incisivo central superior, que parece complicar los dientes vecinos; sin embargo, estos estaban sanos y reaccionaban normalmente a los estímulos. Es necesario recordar, en el acto operatorio, la ubicación de los ápices vecinos, con el objeto de no lesionar el paquete vasculonervioso correspondiente. Presentan procesos de distinta índole en un solo diente, en dos y en tres. Fue necesario realizar en cada uno de los casos, la obturación del conducto y tratamiento quirúrgico correspondiente.

El conducto palatino anterior puede ser tomado en - muchas ocasiones (lo mismo pasa con el agujero mentoniano), - por un elemento patológico. La proyección de los rayos ubica el conducto sobre un ápice radicular; una radiografía tomada desde otro ángulo, salva el error.

b) El estado de la raíz.- El diente puede estar - atacado por caries que han destruido grandes porciones de la

raíz, o ésta puede hallarse enormemente ensanchada por tratamientos previos, que dan a la raíz una gran fragilidad.

c. Permeabilidad del conducto. Instrumentos rotos dentro de el, obturaciones o pivots. Es menester conocer con precisión la existencia de tales escollos antes del acto quirúrgico..

d. Estado del paradencio.- Resorción del hueso por Parodontosis. Puede contraindicar la operación,

6. Examen Clínico.

Se debe llevar a cabo de una manera metódica y completa, observando todos los tejidos bucales y anexos, analizando todo lo que se ve y asentando en la historia clínica toda la información, relacionando signos y síntomas en función de todo el organismo.

a) Extrabucal.- Examen visual, simetría facial, aumentos de volumen, presencia de dermatitis.

Examen de la articulación temporomandibular: chasquidos, brincos, luxaciones, etc.

Palpación de ganglios submentonianos, submaxilares, retroangulares y de la cadena cervical, a fin de establecer la presencia de linfonódulos por infección, traumatismos, metástasis, etc.

b) Endobucal.- Exploración y palpación de las mucosas de la lengua, carrillos y masticatoria, posición del má-

gen gingival con respecto a los dientes, profundidad del vestíbulo; inserciones de los frenillos, relación de las arcadas entre sí, dientes faltantes, piso de la boca, caries, etc.

7. Diagnóstico.- Será por regla general de presunción.

8. Plan de tratamiento.- Será farmacológico, quirúrgico o combinado.

9. Epicrisis.- Descripción de la intervención quirúrgica.

10. Complicaciones.- Se asentarán en este espacio todas las que se hayan presentado.

11. Pronóstico .- Si es favorable o desfavorable.

CAPITULO V

INSTRUMENTAL Y MATERIAL QUIRURGICO

Para efectuar la operación se requiere del siguiente instrumental: jeringa tipo carpule, cartuchos de anestesia mango de bisturí, hojas de bisturí No. 15, un separador Senn, cincel de mano para hueso, una legra, una cureta Hu-Friedy No. 9 recta y No. 11 curva, fresas redondas No. 5, cuatro fresas para fisura Nos. 558 o 702 y dos 557 o 701, un porta-agujas, una aguja curva semicircular de Lane No. 3 con 45 cm. de seda quirúrgica negra No. 000, o de sutura atraumática No. X43A, una pinza para disección, un par de tijeras para sutura, esponja de gelatina o gelfoam, un aspirador, gasa estéril o rollos de algodón, hisopos de algodón, vasos dappen con agua oxigenada y alcohol.

1. PREMEDICACION.

Puede administrarse seconal sódico, hexobarbital o etinamato para la sedación y relajación. De ellos, el seconal sódico es el que provoca efectos sedantes más profundos y el etinamato los más suaves, también se administra bantina o sulfato de atropina para el control de la salivación, la bantina se usa en los casos en que está contraindicada la atropina.

Antes de iniciar la intervención quirúrgica se llevan a cabo los métodos de asepsia y antisepsia necesarios, ellos son: esterilización del instrumental, cepillado de las manos tanto del operador como del ayudante, uso de guantes de

cirugía; gorro y cubrebocas estériles, cubrir la cabeza del paciente con un gorro o toalla estéril, la ropa con un delantal impermeable y sobre éste, una toalla estéril, se realiza un enjuague de la boca del paciente con una solución antiséptica y se limpia la zona con un germicida.

2. ANESTESIA.

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

Siguiendo la indicación de Wassmund, infiltramos con anestesia una región de un diámetro aproximado de 4 centímetros, los tironeamientos y la aplicación del separador son dolorosos cuando no hay una gran área infiltrada.

Introducimos la aguja a nivel del surco vestibular, paralela al hueso y cerca de un centímetro aproximadamente por encima del surco; ahí depositamos el líquido anestésico, esta maniobra se repite en tres o cuatro puntos diferentes, tratando de abarcar toda la zona necesaria.

Usamos soluciones anestésicas al 2%, empleamos en

muchos casos soluciones al 5%, Wassmund la cree innecesaria, lo mismo que Hanenstein quien recomienda soluciones de débil porcentaje; sosteniendo el primero que los fracasos con las soluciones al 2% se deben a que la zona infiltrada es demasiado pequeña.

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

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

b) Anestesia para los caninos.- Se puede emplear la infraorbitaria o la infiltrativa, siguiendo las normas señaladas, se completa con anestesia en la bóveda.

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

d) Maxilar Inferior.- Anestesia para los incisivos

Anestesia en el agujero mentoniano o infiltrativa, en caso de realizarse varias apicectomías y en presencia de procesos óseos extendidos debe procederse a realizar anestesia regional en uno o en ambos lados, debe infiltrarse también en el lado opuesto, no es necesario la anestesia por el lado lingual ya que - es siempre peligrosa.

e) Anestesia para el canino y premolares. Anestesia a nivel del agujero mentoniano, infiltrativa o para mayor exactitud anestesia troncular.

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

CAPITULO VI

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

De las múltiples incisiones preconizadas por los diversos autores, nos quedamos con tres, que aplicamos en los casos que para nosotros están indicados: la incisión de Wassmund, la de Partsch y la de Elkan Newmann.

1. INCISION DE WASSMUND, PARTSCH Y NEWMANN

La incision de Wassmund nos da muchas satisfacciones. Permite lograr los postulados que para la incisión preconizan los maestros de cirugía bucal: fácil ejecución; amplia visión del campo operatorio; quedar lo suficientemente alejada de la brecha ósea como para que los bordes de la herida no sean traumatizados y lesionados durante la operación; y permitir, una vez terminada ésta, que la coaptación de los labios de la herida con sutura, se realice sobre hueso sano. (Fig. 1 Pág.25).

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

Se realiza de la siguiente manera: con un bisturí de hoja corta se empieza la incisión a nivel del surco vestibular y desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, llevando profundamente este instrumento hasta el hueso,

para seccionar mucosa y periostio. La incisión desciende hasta medio centímetro del borde gingival, y desde ahí, evitando hacer ángulos agudos, corre paralela a la arcada dentaria y se remonta nuevamente hasta el surco vestibular, terminando a nivel del ápice del diente vecino del otro lado, no disponiendo de un ayudante y aún en el caso de tenerlo, se facilita la maniobra mencionada sosteniendo y separando el labio superior con los dedos índice y medio de la mano izquierda. De esta manera, la encía queda tensa y el bisturí cumple su recorrido sin interrupciones. En casos de apicectomías de dos o más dientes, se amplía el largo de la rama horizontal de la incisión en la medida necesaria.

Si hay que realizar la de los dos incisivos centrales, se secciona sin inconvenientes el frenillo; la sutura del colgajo restituirá los tejidos y sus normales relaciones. Para evitar la profusa hemorragia que dan los vasos del frenillo, pasamos un hilo de sutura en el punto más alto posible, con el que ligamos temporariamente estos vasos.

Técnica de Partsch.- Las ventajas del método de Partsch son las que siguen: 1a. sencillez de su ejecución; 2a. buena visualización de la cavidad; 3a. la superficie ósea queda cubierta en toda su extensión, por epitelio; 4a. se evita la infección ósea y lesión de los dientes vecinos. (Fig.

2 Pág. 25). Sigue las directivas ya señaladas para toda intervención intramaxilar. Sus tiempos quirúrgicos son los siguientes:

- a) Incisión
- b) Desprendimiento del colgajo
- c) Osteotomía
- d) Tratamiento de la bolsa quística, ó apicectomía
- e) Tratamiento del diente causante
- f) Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos
- g) Tratamiento postoperatorio.

La incisión de Neumann análoga a la que se practica en el tratamiento quirúrgico de la paradentosis, la empleamos con bastante frecuencia. Podemos decir, que es nuestra incisión de elección, que la realizamos en casi todos los casos a excepción de las apicectomías en dientes portadores de - - - Jacketcrowns. No olvidamos, por cierto, las formales contraindicaciones que se han hecho a esta incisión. En nuestra - práctica no hemos tenido modificaciones macroscópicas en la - inserción gingival a nivel del cuello del diente. Se realiza desde el surco gingival hasta el borde libre, festoneando los

cuellos de los dientes y seccionando las lenguetas gingivales. Las incisiones verticales deben terminar en los espacios interdentarios. La cicatrización es mas perfecta y no deja huellas. (Fig. 3 Pág. 25).

Incisión de Partsch.- Es una incisión semilunar, con la convexidad hacia oclusal o incisal. El trazo se comienza en la región del diente mesial, se extiende hacia abajo hasta 3 o 4 mm. del borde libre de la encía del diente a tratar y se continúa hacia atrás y arriba al nivel del ápice del diente distal. En esta incisión la sutura quedará en la mucosa adherente.

2. DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

Estando realizada la incisión, con una legra, periostótomo o con una espátula de Freer, sepárase la mucosa y el periostio subyacente, y el ayudante los sostiene con un separador de Farabeuf, de Langebeck o Mead, o simplemente con un instrumento romo. El sostenimiento del colgajo es de capital importancia: la visión del campo operatorio ha de ser perfecta y el colgajo no debe interponerse en las maniobras operatorias. Además, si el colgajo no está fijo y sostenido, es lesionado durante la intervención, y luego la cicatrización y el postoperatorio no son normales.

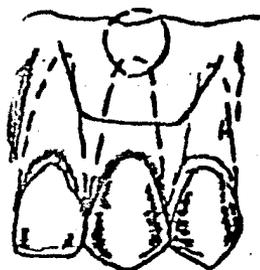


FIG. 1.- INCISION DE WASSMUND

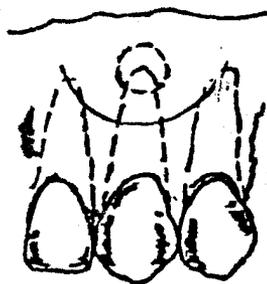


FIG. 2.- INCISION DE PARTSCH

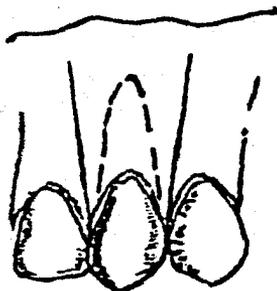


FIG. 3.- INCISION DE NEUMANN

3. OSTEOTOMIA

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

Biolcati (1948) emplea para perforar el hueso, una uña para raspaje de tártaro — Gietz (1946) también la preconiza — o un elevador de raíces. La brecha ósea la amplia Biolcati con un cincel o escoplo. Usamos muy a menudo un cincel, de sección triangular, que tiene su borde libre en ángulo y lo empleamos a la manera de un barreno para abrir sin traumatismos el hueso vestibular.

En caso de decidirmos por la fresa, usamos una redonda núm. 3 ó 5, con la cual se hacen pequeñas perforaciones en círculo, con el ápice como centro de la circunferencia. Luego, con un golpe de escoplo, se levanta la tapa ósea y entramos de lleno al proceso.

La elección del lugar donde hay que iniciar la osteotomía también es importante. Cuando el hueso está destruido, nada más sencillo que agrandar la perforación, con fresa redonda con escoplo a presión manual o con pinza gubia de bocados finos. Si el hueso no está perforado, es menester ubicar el ápice radicular, en cuyas vecindades se inicia la osteotomía. El lugar del ápice se determina por el examen ra--

diográfico previo, que nos impondrá de la longitud de la raíz. Algunos autores mencionan aparatos llamados localizadores, - para determinar el lugar de ubicación del ápice. Un método - sencillo consiste en introducir un alambre en U, dentro del - conducto, aplicando el extremo libre sobre la superficie ósea. Dicho extremo dará la colocación del ápice.

4. AMPUTACION DEL APICE RADICULAR

Estando hecha la osteotomía, introducimos una sonda por el conducto radicular, lo cual nos permitirá fijar la posición del ápice. La sección radicular la hacemos antes del raspaje periapical, porque la raíz dificulta estas maniobras. Otros nuevos problemas se plantean en este momento de la intervención: ¿Hasta qué altura seccionaremos la raíz dentaria y con que instrumentos? ¿Con el escoplo o con la fresa?. Debe cortarse la raíz a nivel del hueso sano.

Pero si se adquiere cierta práctica para raspar las granulaciones que se encuentran detrás de la raíz, no vemos - inconveniente en dejar un trozo grande de muñón sin la suficiente protección ósea. (Desde luego no más de un tercio radicular). El hueso de nueva formación lo englobará, y cuanto más raíz queda, mayor fijación debe tener el diente apicectomizado.

Efectuamos la sección de la raíz con fresa de fisura número 558 y dirigimos el corte con un relativo bisel a expensas de la cara anterior. La fresa debe introducirse en la cavidad en la profundidad necesaria, para que este instrumento seccione en su totalidad el ápice y no solo la parte anterior de éste, como hemos tenido oportunidad de observar en algunas ocasiones. Mucho cuidado debe tenerse con respecto a la presión que se ejerce sobre la fresa y el ángulo con que este instrumento trabaja, con el objeto de evitar su fractura, accidente que suele producirse con bastante frecuencia. Cuando se presente, se suspende la intervención, se aspira la sangre, y se busca y extrae la fresa rota.

El empleo del escoplo nos parece peligroso; puede hacer fracturas longitudinales de las raíces o biseles erróneos. En manos hábiles lo hemos visto usar con gran éxito. Es menester sostener el diente entre dos dedos, para evitar la fractura o movimiento exagerado del diente. Conocemos un caso en que el diente fue expulsado violentamente de su alvéolo por un golpe exagerado del escoplo.

Seccionada la raíz, y "con el ápice en nuestras manos", para convencernos de que lo hemos seccionado total y perfectamente, nos dedicamos a observar el muñón radicular; este muñón no debe actuar como cuerpo irritante; por lo tanto

es menester pulirlo y las aristas biselarlas con cinceles o con fresas redondas. (Fig. I Pág. 31).

5. RASPADO DEL PROCESO PERIAPICAL

Tiempo quirúrgico muy importante, y en que otra vez el cuidado del detalle es "conditiosine qua non" para el éxito. Ante todo: ¿con qué se eliminan los procesos patológicos del periápice? Y luego: ¿cómo se eliminan?.

Usamos 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. En primer lugar, realizamos una limpieza de la cavidad "grosso modo", y luego nos detenemos en los puntos en que puedan quedar tejidos de granulación o trozos de membrana. Varios son estos lugares, cuya búsqueda debe hacerse minuciosamente, ayudándose si es preciso con una lupa para encontrarlos mejor: la porción retroradicular; el espacio entre la raíz del diente en tratamiento y la de los vecinos; la zona adherida a la fibromucosa palatina, en el caso de haber desaparecido el hueso a este nivel. Para estas regiones empleamos cucharillas pequeñas, las que, maniobradas con movimientos enérgicos, eliminan los trozos de tejidos pa-

tológicos.

El desprendimiento de la zona adherida a la fibromu cosa palatina merece dedicarle párrafo aparte; necesario es - eliminar dicha zona por un medio cualquiera. Si el plano de clivaje o bien la disección no consiguen separar los elemen-- tos, creemos útil cauterizar el tejido patológico por los me-- dios eléctricos o químicos (cloruro de zinc, ácido tricloracé tico).

En muchas ocasiones, cuando el espacio entre las - raíces es muy estrecho, hacemos la limpieza con fresa redonda pequeña. Otro detalle importante es la observación de las - porciones retroradiculares de los dientes vecinos, pues los - tejidos de granulación se alojan muchas veces a ese nivel; - especial cuidado hay que tener en no seccionar extemporánea-- mente los paquetes vásculonerviosos de esos dientes. En algu nos casos hemos preferido pulpectomizarlos, ante el posible e insalvable peligro de una mortificación pulpar. A esta altu-- ra de la operación, lavamos la cavidad ósea con un chorro de suero fisiológico tibio, el cual se proyecta por medio del - atomizador o con la simple jeringa de mano: el líquido arrag tra las partículas óseas, dentarias y de tejidos de granula-- ción. Secamos la cavidad cuidadosamente con gasa y con el - aspirador y pasamos al otro tiempo operatorio, si no fue rea-

lizado, que es tal vez uno de los más importantes: la obturación del conducto radicular. Para realizarla, una de las condiciones exigidas es la perfecta sequedad del conducto. Ya veremos la técnica. Por ahora señalaremos otro detalle de interés: para evitar la salida de sangre, obturamos por breves instantes la cavidad ósea con pequeños tapones de gasa al Stryphnon, con lo cual conseguimos realizar el clima seco - ideal que necesitamos. (No aconsejamos la obturación de la cavidad ósea con gasa mojada en adrenalina, pues ésta, si bien actúa como estíptico, molesta por su condición de líquido). Se retira luego el separador y se desciende provisionalmente el colgajo.

6. OBTURACION DEL CONDUCTO

La obturación radicular la hacemos casi siempre a esta altura de la operación; mucho se ha discutido sobre la oportunidad de aquélla. Realizamos la obturación postamputación, porque con el conducto abierto podemos localizar el ápice mediante una sonda introducida por dicho conducto, y también porque sólo después de resecado el ápice y eliminadas las zonas patológicas que lo rodean, podemos obturar con conducto seco y en forma total. Riha ha llamado a la apicectomía "el relleno visible del conducto radicular".

a) El tratamiento radicular.- Esta es otra de las cues

tiones fundamentales para llegar al éxito. El conducto radicular debe ser ensanchado y esterilizado convenientemente, ya que otra de las fuentes de fracaso en las apicectomías reside en ensanchamientos insuficientes y deficientes esterilizaciones. El ensanchamiento del conducto se realiza por medios mecánicos, con los ensanchadores y escariadores que se venden en el comercio y químicamente con ácido fenolsulfónico (neutralizado con bicarbonato de sodio). "El éxito de la obturación no depende del método mismo, sino de su correcta ejecución" (Proell). "Un relleno apical, que parece perfecto en la radiografía, puede ser imperfecto clínicamente, porque el material de obturación no se adosa a las paredes radiculares, no cerrando herméticamente el conducto" (Hoenig).

La esterilización se obtiene por los métodos que dispone la Endodoncia, cuya discusión no nos compete.

Se emplea indistintamente, para la obturación del conducto, los conos de gutapercha y los conos de plata. (No tenemos muchas esperanzas en la acción oligodinámica de estos últimos; sólo actúa como material de relleno. Creemos que Wassmund opina con razón, cuando dice que la acción oligodinámica no es indispensable si el tratamiento y la apicectomía se han realizado bien).

Se lava el conducto con mechas impregnadas en agua oxigenada; se deshidrata el conducto con alcohol y aire caliente. Dijimos antes que es detalle importante que el canal esté perfectamente seco; de no ser así, el material de obturación no se adosará a las paredes del conducto y no se cumplirán los postulados de la obturación hermética.

Llenado el conducto, se toma el cono de plata, o de gutapercha, cuya longitud y diámetro habrá sido verificado inmediatamente después de amputado el ápice, y se introduce con bastante fuerza, tratando que sobresalga por el orificio superior del conducto.

Se esperan algunos minutos para el fraguado del cemento (otro detalle importante); si no se espera el tiempo necesario, al retirar las gasas que hacían hemostasis en la cavidad ósea, la sangre puede penetrar en la luz del conducto, inutilizando todo el tratamiento. En caso de duda, es mejor realizar la maniobra nuevamente: obturación con gasa de Stryphon; limpieza del conducto de los restos de cemento y cono de gutapercha secado con alcohol y aire caliente y nueva obturación. (Mientras se espera el fraguado, se puede preparar una mezcla de cemento sin yodoformo, o cualquier otro material de obturación provisional, con lo cual se llena la cavidad coronaria).

Biolcati emplea para la obturación del conducto, la siguiente mezcla: timol, 1 gr.; yodoformo, 2 gr.; sulfato de bario, 30 gr.; óxido de zinc, 10 gr. "Se mezclan con aceite de parafina y monoclorofenol alcanforado en partes iguales, - hasta obtener una pasta espesa que se lleva al conducto".

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

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

Algunos autores aconsejan pincelar la superficie - del muñón radicular con nitrato de plata amoniacoal, según la técnica de Howe, para esterilizar la salida de los conducti--llos radiculares. Otros son tan exigentes en la obturación - del conducto radicular, que aún luego de llenado con el cemen - to y el cono de gutapercha, preparan una cavidad retentiva en el orificio superior del conducto radicular y practican la - obturación retrógrada con amalgama.

b) La obturación retrógada.- La obturación del conducto, ha de realizarse por vía retrógada (apical) en los casos en que el conducto está ocupado con un pivot u otro material, que no es posible retirar. Para realizar este tipo de obturación es menester preparar una cavidad retentiva en la raíz amputada, por medio de fresas de cono invertido (en el ángulo) o con cincel, o hachuelas para esmalte. Se seca la cavidad con alcohol y aire caliente y se obtura con amalgama de plata, cobre o con oro de orificar (Biolcati). Este autor ha presentado un bien documentado trabajo sobre dicho tipo de obturaciones.

Técnica

La técnica más usada a la fecha es la obturación radicular anterior a la apicectomía.-

La apicectomía debe ser considerada como una operación secundaria del tratamiento radicular, cuya obturación puede ser efectuada días antes, o en la misma sesión, ya sea inmediatamente antes o posterior a la amputación del ápice, dependiendo de las condiciones del caso.

La preparación y obturación del conducto radicular, previos a la apicectomía evita que penetre sangre de la herida dentro del conducto, puede realizarse independiente a la

intervención quirúrgica y además abrevia el tiempo de la misma. Es recomendable la utilización de cemento fosfático de lento fraguado al que se añade polvo de yodoformo y de plata. Se debe asegurar una perfecta limpieza y desinfección del conducto antes de obturarlo.

7. SUTURA.

Llegamos así al último tiempo operatorio: la sutura del colgajo. Maniobra que reputamos de sumo interés y de imprescindible necesidad. Estamos con Cavina quien ha dicho: "Afirmamos que la sutura primaria representa la más grande conquista, pues gracias a ella la evolución de la herida es rápida, el tratamiento postoperatorio nulo y la cicatrización de la herida perfecta".

Hacemos la sutura con pequeñas agujas atraumáticas, las que manejamos ayudados por el porta-agujas respectivo. Como material de sutura empleamos hilo o seda. Actualmente usamos, con buen resultado, el nylon.

Antes de realizar la sutura tenemos la precaución de raspar ligeramente el fondo y los bordes de la cavidad, para que esta cavidad ósea se llene de sangre. El coágulo, por el mismo mecanismo con que se llena el alvéolo después de la extracción dentaria, es el material que organizará la neo-

formación ósea.

Los cuidados postoperatorios son elementales: se reducen a compresas frías, bolsa de hielo, lámparas Solux, enjuagatorios suaves con una solución de agua y sal o perborato de sodio. Los puntos se retiran al cuarto y quinto día y la cicatrización es perfecta.

CAPITULO VII
ACCIDENTES Y COMPLICACIONES DE
LA APICECTOMIA

Los accidentes y complicaciones de esta operación - se deben a innumerables factores: unos, obedecen a mala elección del caso (dientes multiradiculares, o con procesos de paradentosis, etc.), otros, a una defectuosa técnica operatoria.

Los fracasos de la apicectomía podemos encuadrarlos en la clasificación siguiente:

1.- Insuficiente resección del ápice radicular.

Al realizar la operación, la fresa solo corta la parte anterior de la raíz, dejando un trozo importante del ápice, que está infectado. En el caso de tratarse de un premolar, la resección de la raíz bucal, dejando la palatina en su sitio.

2.- Insuficiente resección del proceso periapical.-

Dejando trozos de granuloma, restos de membrana quística, el proceso puede recidivar, a plazos distintos, originando fistulas que denuncian el fracaso de la operación.

3.- Lesión de los dientes vecinos.-

Puede seccionarse el paquete vásculonervioso de un diente vecino; en otras ocasiones, la errónea ubicación del ápice puede dar lugar a la amputación del ápice de un diente sano.

4.- Lesión de los órganos o cavidades vecinos.-

a) Perforación del piso de las fosas nasales.- En los casos de dientes que tienen sus ápices muy vecinos a las fosas nasales, la cucharilla o la fresa puede perforar la tabla ósea; este accidente no tiene más trascendencia que la hemorragia nasal.

b) Perforación del seno maxilar.- En las apicectomías premolares o en algunas de caninos, la fresa puede perforar el piso o la pared del seno, e introducir el ápice amputado en el interior de esta cavidad.

Por eso hemos insistido en la cuidadosa investigación radiográfica, para situar la ubicación del ápice radicular en relación con el seno maxilar.

c) Lesión de los vasos y nervios palatinos anteriores.- Es un accidente posible en el curso de la apicectomía de los incisivos centrales. La sección de los vasos produce una abundante hemorragia, para cohibir la cual hay que taponar la cavidad durante largo

d) Lesión de los vasos y nervio mentonianos.- Hay que hacer iguales consideraciones que para los palatinos.

A este lugar el problema se complica, pues además - de la hemorragia en el acto operatorio, se instala la parestesia del labio, por lesión de las ramas nerviosas eferentes.

5.- Fractura o luxación del diente en tratamiento.-

El escoplo mal dirigido puede originar fracturas - radicales que obliguen a la extracción del diente; un golpe exagerado sobre el escoplo puede luxar o también expulsar el diente, como en el caso mencionado.

6.- Perforación de las tablas óseas lingual o palatina.-

La lesión más importante es la que tiene lugar en - el maxilar inferior, pudiéndose originar una propagación de - la infección a la región glososuprahiodea.

Esta perforación de la tabla lingual, puede también ser causa de hemorragias del piso de la boca, que se traducen por la colaboración hemática característica, e inflamaciones e ingurgitaciones de la glándula sublingual.

1. RESULTADOS DE LA OPERACION

Nuestro porcentaje de éxitos y de fracasos, coinci-

de con el de la mayoría de los autores. Para llegar al éxito absoluto, deben cumplirse con dedicación minuciosa, todos los detalles de esta sencilla operación. Tal vez el más importante de los detalles mencionados es el prequirúrgico, de esterilización y obturación del conducto radicular. Los materiales reabsorbibles crean vacíos en el extremo del conducto, - donde pueden originarse las recidivas. La sutura postoperatoria (vigilando el reposo del colgajo sobre hueso sano), es - una condición importante para el éxito.

El diente apicectomizado, debe quedar en aquinesia; es decir debe investigarse el choque con el antagonista y desgastar con piedras, el diente y su oponente. Una gran parte de los fracasos deben atribuirse al trauma oclusal. En esta operación como en las reimplantaciones dentarias la observancia de esta premisa, logra, o es una parte del logro del éxito.

Hoening llama la "curación histológica" de la apicectomía, cuando la superficie de la dentina del muñón radicular amputado, ha obtenido un revestimiento perfecto de cemento.

El proceso de osificación se realiza lentamente, y luego de un lapso variable, la cavidad que queda después del

raspaje se llena de hueso de nueva formación. En algunas ocasiones se observa sobre el muñón amputado una sombra, que de ninguna manera puede atribuirse a un proceso patológico. Esta sombra debe atribuirse, según la opinión de Hammer, a que en estos casos la fuerza osificadora del organismo no ha bastado para hacer un relleno perfecto en la cavidad ósea. Estas cavidades no son focos patológicos: están llenas de tejido fibroso, que reemplazan con eficiencia al tejido óseo, ahí donde la fuerza osificadora no ha sido suficiente para cumplir su cometido.

Existen dos tipos de sombras residuales, para - - -

Hammer:

Tipo 1°.- Inmediatamente por encima del ápice amputado, es visible una porción más clara. Este espacio encontrase lleno de tejido cicatrizal, que con el tiempo se transforma en tejido óseo.

Tipo 2°.- La sombra residual se encuentra a alguna distancia del ápice reseado, separado de él por un "puente de tejido óseo normal". A este último tipo se refiere claramente Hammer, cuando llega a decir que "la fuerza osificadora no ha sido capaz de engendrar nuevo hueso".

Existe otra clase de sombra, que ya no se puede con

siderar normal, puesto que es el producto de una recidiva del proceso, por insuficiente tratamiento, ya sea de conducto o quirúrgico. Estos son los fracasos de la apicectomía.

2. TRATAMIENTO

La lesión periapical crónica puede presentar exacerbaciones. El tratamiento de la fase aguda es similar al de las infecciones agudas primarias. Las infecciones crónicas están complicadas por la presencia de la lesión patológica organizada original. Se pueden aplicar varias reglas:

a) Si el paciente tiene un estado agudo con elevación de temperatura, hinchazón y malestar, es necesario producir un nivel antibiótico terapéutico (de preferencia con penicilina) durante cuatro a seis horas antes de extraer el diente culpable. Esto da tiempo para la llegada de los antibióticos a los tejidos. A veces es necesario hacer una incisión y drenaje.

b) En presencia de una infección aguda en el alvéolo y en la región periapical no debe hacerse el raspado después de la extracción, pues quizá evitaría que la inflamación fuera circunscrita por mecanismos de defensa.

c) 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.

d) 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 de la remoción de la pared quística periapical. Hay una - - excepción: si existe una obturación del conducto radicular - correctamente empacado hasta el ápice del diente y si esto se ha hecho en los días que siguen a una fase aguda, la inflamación periapical desaparece sin más tratamiento; éste es el - caso de destrucción periapical que aparece difusa en la radiografía. No es necesario hacer raspado o apicectomía.

e) Si la destrucción periapical ataca más de un - tercio de la longitud de la raíz, se estima que no se debe - intentar salvar el diente con la conductoterapia.

f) Si la obturación del conducto se hace correctamente la apicectomía no es esencial, pero muchas veces facilita la remoción completa de cualquier resto del quiste o granuloma periapical.

Técnica de Apicectomía

a) Se hace una radiografía después de la obturación de conducto radicular para determinar el nivel al que se va a amputar la raíz. Este nivel debe ser adecuado para facilitar la remoción de cualquier porción no obturada del conducto y el acceso al granuloma o quiste periapical, lo que asegura su completa remoción.

b) El colgajo mucoperióstico debe hacerse de acuerdo con tres consideraciones: a) Garantizar un aporte sanguíneo adecuado y suficiente masa de tejido para evitar la necrosis y la mala cicatrización. Las incisiones deben hacerse perpendiculares al hueso. b) Hacer el colgajo lo suficientemente grande para facilitar un buen acceso. c) Extender el colgajo más allá del defecto óseo para que los tejidos blandos tengan apoyo óseo cuando sean suturados.

c) Después que se ha levantado el colgajo mucoperióstico se hace una abertura en el hueso con una fresa quirúrgica o un cincel si el quiste o granuloma no han perforado la capa labial de hueso. Se extiende la abertura en la pared labial con una fresa, cincel u osteótomo para obtener un buen acceso a los límites del defecto.

Con una fresa cilíndrica fisurada se hace la amputa

ción de la raíz al nivel determinado por la radiografía. El quiste o granuloma deben enuclearse preferentemente en su totalidad con raspas pequeñas.

d) Controlar la hemorragia dentro de la cavidad, - haciendo presión en los puntos sangrantes en el hueso o con torundas de algodón empapadas en adrenalina.

e) Suturar el colgajo mucoperióstico con una aguja cortante pequeña y seda núm. 4-0.

f) Después de suturar mantener una presión firme - sobre la región durante diez minutos para evitar la formación de hematoma.

g) Hacer una radiografía postoperatoria inmediata, para examinar el nivel al que se hizo la amputación de la - - raíz y para futuras comparaciones.

3. ASISTENCIA POSTOPERATORIA

La asistencia postoperatoria de los pacientes en cirugía bucal es muy importante. A diferencia de heridas de piel, las heridas intrabucales no pueden mantenerse secas, y el hecho de que el paciente tiene que comer, dificulta más - aún mantener la herida limpia. Pero, afortunadamente, el - - abundante aporte sanguíneo de los tejidos bucales es una gran

ayuda en el proceso de curación, a pesar de las características que en cualquier otro sitio serían muy poco favorables, - con la condición de que no se descuide la buena asistencia - postoperatoria. Además de la atención de la herida, el dentista debe considerar al paciente en su totalidad (bienestar), nutrición, descanso y actividades.

La operación que se lleva a cabo con más frecuencia en la práctica general es la extracción de dientes. Pero la asistencia postoperatoria suele ser la misma para todo tipo - de cirugía intrabucal. Los procedimientos y las instruccio-- nes de la asistencia postoperatoria se darán para la extrac-- ción de dientes; estas guías pueden modificarse fácilmente pa - ra aplicarlas a otros procedimientos quirúrgicos.

Compresas calientes y frías.

Debe aconsejarse al paciente que coloque hielo en-- vuelto en tela o compresas frías sobre la cara durante las - ocho horas siguientes a la operación. El hielo debe aplicar-- se a la cara durante 20 minutos y quitarse durante otros 10, en forma alternada. A veces, si se ha extraído un diente con absceso agudo, el dentista puede prescribir la aplicación - - continua de compresas húmedas calientes a la cara, según sea necesario. El frío es para reducir al mínimo la inflamación; el calor se supone que aumenta la circulación. No existen -

pruebas que corroboren ninguno de estos argumentos, pero son procedimientos consagrados por el tiempo y aparentemente no causan daño. Cualesquiera de ellos puede proporcionar bienestar al paciente y con toda seguridad le sirve de terapéutica ocupacional.

Dieta.-

El paciente debe recibir instrucciones explícitas acerca de mantener una ingestión adecuada de alimentos y líquidos. Alimentos para bebé, gelatinas, flanes, natillas, polvos para preparar bebidas que contengan suplementos alimenticios, preparaciones de dieta líquida, polvos que se mezclen con leche y sopas son alimentos que pueden sugerirse al paciente. Las bebidas carbonatadas (no las del tipo bajo en calorías) son refrescantes, las toleran estómagos irritados y tienen valor calórico cuando la ingestión del paciente estaría de otra manera limitada. A veces, una pequeña cantidad de sangre ingerida produce náuseas y vómito. Algunos sorbos de bebida carbonatada son útiles para soslayar estos episodios. La náusea produce salivación profusa y hace escupir, lo cual estimula el sangrado. Esto puede volverse un círculo visioso y debe suprimirse pronto.

Obviamente, la extensión del área quirúrgica afectará la capacidad del paciente para comer tanto como su toleran

cia a la operación. La tolerancia es variable y la afectan - edad, sexo, educación, experiencia previa y muchos otros factores. Puede sugerírsele al paciente que varias comidas pequeñas son más agradables al paladar que unas un poco más - - grandes. La ingestión de bebidas alcohólicas no se recomienda. El alcohol es un vasodilatador, de modo que aunque su valor calórico sea alto y a pesar de que es líquido y tranquiliza, es un substitutivo deficiente de los alimentos menciona-- dos anteriormente. El paciente puede volver a su dieta nor-- mal tan rápidamente como le sea posible. Los adultos son generalmente demasiado precavidos en su paso de líquidos y alimentos blandos a dieta normal. Pero los niños progresan rápidamente, a pesar de la precaución de sus padres. El factor - importante que debe tenerse en mente y recalcársele al paciente es que debe mantener la ingestión adecuada de líquidos y - alimentos de acuerdo con su edad, peso, estatura y actividad.

Medicación Postoperatoria.-

Todo paciente debe recibir una receta para analgésico o narcótico. El dolor no es del todo previsible e incluso procedimientos simples y rápidos pueden ser extremadamente - dolorosos. El paciente puede emplear primero su compuesto de aspirina acostumbrado, pero puede tener necesidad también de un medicamento más fuerte y apreciar tenerlo al alcance. La

receta debe ser para una cantidad de droga que baste para 48 horas. El dolor que persiste más allá de este tiempo y hace necesario un medicamento más fuerte justifica la valoración - por parte del dentista. Antes de escribir la receta, el dentista debe volver a revisar el expediente del paciente respecto a hipersensibilidad a las drogas. Si la receta resulta - inadecuada, el dentista debe telefonar una nueva al farmacéu- tico del paciente.

Los antibióticos pueden recetarse como medicación - sistemática en el período postoperatorio de algunos procedi- mientos quirúrgicos bucales y en pacientes en los cuales sea aconsejable la profilaxia. Por supuesto, si hay infección - presente, su uso puede ser necesario.

Muchas preparaciones enzimáticas, como hialurodina- sa, estreptocinasa, tripsina y enzimas proteolíticas vegeta- les, han sido recomendadas como útiles para prevenir o redu- cir edema y acelerar la resorción de hematomas. Sin embargo, no existen pruebas publicadas de que estos productos tengan - algún valor. Debe consultarse la edición en forma de índice de Accepted Dental Therapeutics para información reciente so- bre estos temas.

Citas Postoperatorias.-

El paciente debe entender claramente su existencia postoperatoria. Si se han colocado suturas o apósitos, deben establecerse fecha y hora definidas para su próxima visita, - con el fin de retirarlos. Si el dentista desea valorar el - proceso de curación o alguna otra respuesta, debe establecer también un tiempo definido para volver a ver al paciente. Si hay duda acerca de que el paciente cumpla una cita postoperatoria, la presencia de suturas, aún cuando no sean necesarias, proporcionará un incentivo para que lo haga.

Cuando un paciente llama, porque cree que es necesaria una consulta antes de su cita, el problema puede resolverse con frecuencia por teléfono. El dentista que opera debe estar a la disposición del paciente 24 horas al día y siete días a la semana. Siempre que el dentista no pueda ver a los pacientes, debe hacer los arreglos necesarios para que un colega se haga cargo de sus llamadas. Esto significa que el paciente debe saber quién es el sustituto y tener su número de teléfono. Si no puede proporcionarse este requisito para la buena atención postoperatoria, el paciente debe ser enviado a un dentista que haga la operación y que esté constantemente a la disposición, para cualquier atención de urgencia.

CONCLUSIONES

Estando totalmente de acuerdo con los conceptos - antes mencionados, diremos que la Apicectomía es un trata-- miento que tiende a la conservación de las piezas dentarias cuando se han agotado todos los recursos que actualmente se conocen.

Tenemos que tomar en consideración que no siempre es factible realizar esta intervención, por la gran minucio sidad y cuidado con que se tiene que hacer este tipo de in-- tervención, si se quiere tener el éxito deseado es indispen-- sable estudiar objetivamente todos los factores presentes - en cada caso que se atiende y así evitar riesgos innecesa-- rios y asegurar el éxito completo de la intervención.

Aunque con la práctica es posible llevar a cabo - esta operación con relativa facilidad, no existe motivo pa-- ra tomar en consideración todas las características particu-- lares que implica cada caso, o por otra parte realizar la - intervención sin haber tomado en cuenta las indicaciones - precisas que exige cada paso de la técnica.

Tendremos muy presente los riesgos que implica - esta intervención y los escasos beneficios que se obtienen.

En determinados casos son motivo suficiente para elegir - =
otro tipo de tratamiento.

Esto aunado a las contraindicaciones antes mencio-
nadas y la probabilidad de resolver el problema por medios
menos traumáticos limita el uso de la apicectomía a un redu-
cido número de casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ries Centeno, Guillermo. Cirugía Bucal. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina 1975.
- Palacios Gomez Alberto. Técnicas Quirúrgicas de Cabeza y Cuello. Ed. Interamericana. México.
- Kruger O. Gustavo. Tratado de Cirugía Bucal, Ed. Interamericana. México 1978.
- Robert Berkow M. D. y Joan A. Talbott. El Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. Ed. Merck Shap and Dohme International, Sexta Edición. Rahjay N. J. E.U.A. 1973.
- Grossman I. Louis. Prácticas Endodónticas. Ed. Mundo, Buenos Aires. 1973.
- Diccionario de Terminología Médica. Ed. Salvat. México 1972.
- Preciado V. Endodoncia. Guía Clínica, Cuellar Ediciones. Segunda Edición, México 1977.
- Quiroz F. Tratado de Anatomía Humana, Ed. Porrúa. Séptima Edición. Tomo III. México 1971.
- Lasala A. Endodoncia. Ed. Cromotip C.A. Segunda Edición. Caracas Venezuela 1971.