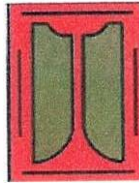


PRESENTACION CASO CLINICO X SEMESTRE



Presentado por:

Juan Carlos López Rodríguez.

Jaime Mera.

Cristian Felipe Pinto Cortés.

Liliana Ramos Socha.

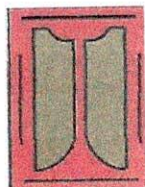
Presentado a:

Doctora: Nery Villota.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Bogota, marzo de 2004.

**PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO CON ORIENTACIÓN AL
MANEJO DE LESIÓN PERIAPICAL - QUISTE PERIAPICAL.**



Presentado por:

Juan Carlos López Rodríguez Cod: 981098

Jaime Andrés Mera Cod: 982301

Cristian Felipe Pinto Cortés Cod: 991091

Liliana Ramos Socha Cod: 992049

Presentado a:

Doctora: Nery Villota.

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Bogota, marzo de 2004.

TABLA DE CONTENIDO

1 Historia clínica Odontológica	1
1.1 Datos personales	1
1.2 Motivo de consulta	1
1.3 Historia medica	1
1.4 Examen físico general	2
1.5 Tratamiento recibido	2
1.6 Examen clínico extraoral	2
1.7 Periodontograma	2
1.8 Odontograma	3
1.9 Examen radiográfico	4
1.10 Diagnósticos definitivos	4
1.11 Etiología diagnósticos definitivos	5
1.12 Interconsultas	5
1.12.1 Interconsulta periodontal	5
1.12.2 Interconsulta endodontica	5
1.12.3 Interconsulta quirúrgica	6
1.13 Tratamiento ideal	6
1.14 Tratamiento a realizar	6
2 Quiste periapical	7
2.1 Etiología e Histopatogenia	7
2.2 características clínicas	8
2.3 Histopatología	9
2.4 Diagnostico diferencial	9

2.5 Tratamiento y Pronóstico	10
3 Protocolo Manejo Quirúrgico	10
3.1 Asepsia	11
3.2 Antisepsia	11
3.3 Anestesia local	11
3.4 Insición	11
3.4.1 Condiciones para insición	12
3.4.2 Tipo de incisión	12
3.5 Sindesmotomía	12
3.6 Colgajo	12
3.6.1.1 Colgajo Mucoperiostico	12
3.6.1.2 Colgajo Mucoso	12
3.6.2 Forma del colgajo	13
3.6.3 Principios de colgajo	13
3.6.4 Elevación y retracción	13
3.7 Ventana ósea quirúrgica	13
3.7.1 Osteotomía	14
3.7.2 Ostectomia	14
3.8 Biopsia	14
3.8.1 Indicaciones de Biopsia	14
3.8.2 Contraindicaciones	14
3.8.3 Recomendaciones de toma de biopsia	14
3.8.4 Tipos de Biopsia	15
3.8.4.1 Biopsia exisional	15
3.8.4.2 Biopsia Incisional	15
3.8.4.3 Ventana ósea	15

3.8.4.4 Aspiración (punción)	16
3.8.4.5 citología exfoliativa	16
3.9 Tipos de Suturas	16
3.9.1 Suturas absorbibles	16
3.9.1.1 Suturas orgánicas	16
3.9.1.2 Suturas sintéticas	16
3.9.2 Suturas no reabsorbibles	17
3.9.2.1 Suturas orgánicas	17
3.9.2.2 Suturas sintéticas	17
3.10 Indicaciones post-quirúrgicas	17
Agradecimientos	18
Conclusiones	19
Bibliografía	20

INTRODUCCION

El tratamiento de lesiones periapicales de tamaño considerable producto de la muerte del órgano pulpar involucra varias áreas de la odontología. Se plantea entonces un tratamiento interdisciplinario que resuelva la creciente infección de la patología, la función y la estética, teniendo en cuenta las necesidades personales y económicas de la paciente, dándole a conocer la variedad de tratamientos y dentro de ellos las ventajas y desventajas que cualquier decisión conlleva.

OBJETIVOS

Objetivo General

Aplicar y correlacionar las diferentes áreas de odontología en el manejo de la lesión periapical como son en este caso el área de periodoncia endodoncia y cirugía oral.

Objetivo Especifico

Entender el manejo y protocolo quirúrgico en el tratamiento de lesiones periapicales de tamaño considerable que involucran mas de un diente.

Conducir el tratamiento paralelamente con restauración funcional y estética.

Adquirir destrezas en el manejo, diseño y presentación de casos clínicos integrales ante un auditorio

**PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO CON ORIENTACION AL MANEJO DE
LESIÓN PERIAPICAL - QUISTE PERIAPICAL.**

1HISTORIA CLINICA ODONTOLÓGICA

1.1DATOS PERSONALES:

Nombre: Carmenza Vargas Soracipa.

Edad: 26 años.

Raza: Mestiza.

Ocupación: Docente.

1.2 MOTIVO DE CONSULTA:

“Quiero hacerme cirugía del absceso”

1.3 HISTORIA MÉDICA

Historia medica familiar:

No reporta ningún antecedente de compromiso sistémico familiar.

Historia medica Personal:

Paciente sano.

Antecedentes psicológicos:

No reporta.

1.4 EXAMEN FISICO GENERAL

Aspecto general: Paciente afebril, consciente, aparentemente saludable.

Presión arterial: 110/80 mm/hg.

Pulso: 85 p.p.m.

Peso: 62 K

Temperatura: 37 grados centígrados.

1.5 TRATAMIENTOS RECIBIDOS

Exodoncia

Endodoncia

Operatoria

Prostodoncia

1.6 EXAMEN CLINICO EXTRAORAL E INTRAORAL

1.6.1 EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

Clasificación de angle: no aplicable

Overtbite: 3mm

Overjet: 3mm

Relación canina: clase I

Línea media dentaria: 2mm derecha.

Mordida cruzada: posterior bilateral.

1.7 PERIODONTOGRAMA

Bolsas periodontales a nivel de:

Diente 12: 5mm (V)

Diente 12: 5mm (V)

Diente 13: 5mm (V)

Diente 31: 4mm (L)

Diente 37: 5mm (L)

Recesión gingival a nivel de:

Diente 11: 2mm (P)

Diente 21: 2mm (P)

Pseudobolsa a nivel de:

Diente 18: 5mm (P)

Al examen clínico periodontal encontramos anomalía en la encía en su color, margen, consistencia, margen, grosor, contorno, papilas, encía adherida, presencia de cálculos supra y subgingivales acompañado de sangrado y presencia de movilidad dental a nivel de dientes 11 y 12 grado I.

1.8 ODONTOGRAMA

Cariados: 15(OM), 14(OMD), 24(OD), 27(O), 41(LDV), 45(O), 31(LD),34(OD), 35(D) y 37(O).

Perdidos: 17, 16, 26, 46, 48 y 36.

Coronas completas: 25, 12, 11, 21 y 22.

Vitalidades negativas: 25, 12, 11, 21 y 22.

1.9 EXAMEN RADIOGRAFICO

Zona anterior superior: Se observa zona radiolúcida redondeada bien definida de aproximadamente rodeada de halo radiópaco de 1.5 centímetros de diámetro a nivel apical del diente 12, que posiblemente compromete dientes 11 y 13. se observan zonas radiopacas coronales a nivel de dientes 12,11,21,22 y 25 compatibles con restauraciones prostodónticas, se observan zonas radiopacas radiculares compatibles con material obturador de posiblemente tratamiento convencional de conductos de diente: 12,21,22 y 25, ausencia de dientes: 16, 18, 35,36 y 46 además se observan zonas radiopacas parciales a nivel de coronas de dientes: 15 y 45 compatibles con restauraciones desadaptadas por la zona radiolúcida que las acompaña.

1.10 DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Generales: paciente sano

Cráneomandibular: perfil convejo, tercio medio aumentado, línea media dentaria desviada y mordida cruzada posterior bilateral.

Tejidos blandos y óseos: lengua fisurada y pérdida ósea horizontal.

Periodontales: gingivitis inducida por placa bacteriana con factor local contribuyente y periodontitis crónica.

Dentales: caries activas y ausencias dentarias.

Endodónticos: periodontitis apical crónica no supurativa diente 12, necrosis pulpar diente 11.

Hallazgo Rx: zonas radiopacas radiculares nivel dientes: 12, 21, 22 y 25.

1.11 ETIOLOGIA DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

Cráneomandibular: Desorden de crecimiento y desarrollo.

Tejidos blandos y óseos: dieta cítrica y exodoncias múltiples.

Periodontales: Factores retentivos de placa bacteriana y baja higiene oral.

Dentales: Baja higiene oral y Exodoncias múltiples por experiencia de caries.

Endodónticos: necrosis pulpar diente 12, y en diente 11 posible compromiso pulpar por lesión apical del diente 12.

Hallazgo Rx: T.C.C en dientes: 12, 21, 22 y 25.

1.12 INTERCONSULTAS

1.12.1 INTERCONSULTA PERIODONTAL

Al examen clínico se observa sobre contornos de coronas anteriores que favorecen la retención de placa bacteriana, gingivorragia generalizada al sondaje, presenta bolsas periodontales 4 y 5mm sextante 2.

Diagnóstico: periodontitis crónica y gingivitis inducida por placa bacteriana.

Doctor: Alejandro León.

1.12.2 INTERCONSULTA ENDODONTICA

A nivel de diente 12:

- No presenta dolor.
- Percusión: positiva.
- Palpación: positiva.
- test eléctrico: negativo.

Diagnóstico: periodontitis apical crónica no supurativa diente 12.

Doctor: Leonardo Yépez Peña

1.12.3 INTERCONSULTA QUIRURGICA

Se observa zona radio lucida a nivel periapical del diente 12 compatible con P.A.C.N.S (quiste periapical o granuloma). Se recomienda enucleación del P.A.C.N.S. por vía apical.

Diagnóstico: Quiste o Granuloma periapical.

Doctor: Carlos Villamizar.

1.13 TRATAMIENTO IDEAL

PERIODONTAL: Terapia básica periodontal.

CIRUGIA: Enucleación de quiste periapical radicular diente 12.

ENDODONCIA: Apicéctomia y selle apical de diente 12 y retratamiento de conductos del 12 y TCC del 11.

OPERATORIA: Amalgamas y Resinas.

PROSTODONCIA: Cambio de coronas individuales 12, 11, 21, 22 y 25, P.P.F del 15-17 y del 45-47.

PERIODONCIA: Terapia de soporte periodontal.

1.14 TRATAMIENTO A REALIZAR

PERIODONCIA: Terapia periodontal básica.

CIRUGIA: Enucleación de quiste periapical radicular diente 12.

ENDODONCIA: Apicéctomia y selle apical de diente 12 y retratamiento de conductos del 12 y TCC del 11.

OPERATORIA: Amalgamas y Resinas.

PROSTODONCIA: Cambio de coronas diente 11, 12, 21, 22.

2 QUISTE PERIAPICAL

Los quistes periapicales (radiculares o periodontales apicales) son los más comunes de las mandíbulas. Estos quistes inflamatorios derivan su revestimiento epitelial de la proliferación de pequeños residuos epiteliales odontógenos en el ligamento periodontal (Regesi, 2002).

2.1 ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El quiste periapical se desarrolla a partir de un granuloma periapical preexistente, que representa un foco de tejido de granulación crónicamente inflamado en el hueso a nivel del ápice de un diente desvitalizado. El granuloma periapical se inicia y mantiene por los productos de descomposición del tejido pulpar necrosado. La estimulación de los residuos epiteliales de malassez residentes tiene lugar como reacción a los productos de inflamación. Conforme el epitelio prolifera se forma el quiste para separar el estímulo inflamatorio (pulpa necrosada) del hueso circundante.

La fragmentación de residuos celulares en la luz del quiste eleva la concentración de proteínas e incrementa la presión osmótica. El resultado es el transporte de líquido a la luz a través del revestimiento epitelial desde el lado del tejido conectivo. El ingreso de líquido contribuye al aumento de volumen del quiste. La resorción del hueso osteoclastico el quiste se expande. Otros factores resorventes de hueso como prostaglandinas, interleucinas y proteinazas, procedentes de células inflamatorias y de células de la periferia de la lesión permiten un mayor crecimiento del quiste.

2.2 CARACTERISTICAS CLINICAS

Los quistes periapicales constituyen cerca de la mitad y hasta $\frac{3}{4}$ partes de todos los quistes en las series mas extensas. La edad donde alcanza su máxima distribución fluctúa entre el tercero y sexto decenio de vida es interesante la relativa rareza de los quistes radiculares en la primera década de la vida aun cuando la caries y los dientes desvitalizados son frecuentes en esta época de la vida. La mayor parte de los casos se observa en pacientes masculinos casi todos los quistes se localizan en el maxilar sobretodo en la región anterior seguido por las regiones posterior maxilar, posterior mandibular y por ultimo anterior mandibular.

Los quiste periapicales son en general asintomático y suelen descubrirse de manera accidental durante un examen radiográfico. Estos quistes causan absorción de hueso pero no de expansión ósea. Por definición se requiere la presencia de una pulpa desvitalizada para establecer el diagnostico clínico de quiste periapical.

El quiste periapical no puede diferenciarse en la radiografía del granuloma periapical.

La radiolucidez relacionada con un quiste periapical casi siempre es redonda u ovoide con un borde opaco estrecho continuo a la lamina dura del diente afectado.

Este componente radiópaco no se reconoce algunas veces si el quiste crece con rapidez. Los quistes varían de 5mm o menos a varios centímetros de diámetro, aunque la mayor parte tiende a ser menor de 1.5cm. En quistes que han permanecido largo tiempo se puede detectar resorción de la raíz del diente afectado y en ocasiones de dientes adyacentes.

2.3 HISTOPATOLOGIA

El quiste periapical esta revestido por epitelio escamoso estratificado no queratinizado de espesor variable. Hay espongiosis en grados variables (edema intercelular). Un dato común es la trasmigración de células inflamatorias a través del epitelio, con un gran número de leucocitos polimorfonucleares y menor numero de linfocitos afectados por este proceso.

El tejido conectivo subyacente de apoyo puede experimentar infiltración focal o difusa con una población mixta de células inflamatorias. El epitelio domina los leucocitos polimorfonucleares; a mayor profundidad en el tejido conectivo más comunes son los linfocitos. A menudo se encuentran infiltrado de células plasmáticas acompañado de cuerpos de Russel esféricos y refringentes que a veces dominan la imagen microscópica. Después de una hemorragia en la pared del quiste también se pueden identificar focos de calcificación distrófica, hendiduras de colesterol y células gigantes multinucleadas.

En un porcentaje pequeño de quistes periapicales (y quistes dentígeros) se pueden hallar cuerpos hialinos conocidos como cuerpos de Rushton. Estos cuerpos en el revestimiento epitelial se caracterizan por una forma de orquilla o ligeramente curva, laminación concéntrica y en ocasiones mineralización basofílica, Se cree que el origen de estos cuerpos se relaciona con una hemorragia previa.

2.4 DIAGNOSTICO DIFERNCIAL

EN EL diagnostico diferencial radiográfico del quiste radicular se debe incluir granuloma periapical. En áreas de afección apical tratada con anterioridad también se debe considerar algunas veces un defecto quirúrgico o cicatriz periapical. En la mandíbula anterior hay que diferenciar una radio lucidez periapical de la fase

temprana de la displasia periapical cemental. En los cuadrantes posteriores, la radio lucidez debe diferenciarse del quiste óseo traumático. Los quistes odontógenos, lesiones de células gigantes, enfermedad metastasica y tumores óseos primarios pueden en ocasiones simular un quiste periapical en la radiografía. En todos estos estados considerados los dientes son vitales.

2.5 TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

La lesión periapical (quiste y granuloma) pueden atenderse con éxito mediante exodoncia del diente desvitalizado y raspado del epitelio en la zona apical. De manera alternativa, se puede practicar llenado del conducto radicular además de apicectomia para permitir el raspado directo de la lesión quística. La tercera opción empleada con mayor frecuencia, implica efectuar solo llenado el conducto radicular, puesto que casi todas las anomalías peri apicales son granulomas y se resuelven después de retirar el estímulo inflamatorio (pulpa necrosada). La excisión (apicectomia y raspado) solo se practica en anomalías persistentes, que indican la presencia de un quiste o endodoncia inadecuada.

Cuando la extirpación del epitelio del quiste es incompleta, se puede desarrollar un quiste residual después de meses o años del tratamiento inicial. Si un quiste residual o el quiste periapical original permanece sin tratamiento, el crecimiento continuo puede ocasionar destrucción significativa y debilitamiento de la mandíbula o maxilar. En quiste radiculares y residuales tratados de manera adecuada suele haber reparación completa del hueso.

3 PROTOCOLO DE MANEJO QUIRURGICO

- Asepsia, antisepsia.
- Anestesia.

- Insición.
- Levantamiento colgajo.
- Osteotomía.
- Ostectomia.
- Enucleación de la lesión quística.
- Biopsia.
- Reposición de colgajo.
- Sutura.
- Indicaciones.
- medicación

3.1 ASEPSIA: Son todos aquellos procedimientos que se realizan para prevenir una futura infección. Todo estado libre de infección.

3.2 ANTISEPSIA: Consiste en destruir los agentes infecciosos o poner obstáculos a su multiplicación para prevenir el desarrollo de enfermedades sépticas o infecciosas.

3.3 ANESTESIA LOCAL: bloqueo de manera reversible de la transmisión del impulso nervioso en un área circunscrita del cuerpo. No se deprime la consciencia y no hay daño de la fibra nerviosa.

3.4 INSICIÓN: maniobra mediante la cual se separan los tejidos por medio quirúrgico para llegar a planos o tejidos más profundos se utiliza mango de bisturí Bar Parker Nº 3 y hoja de bisturí Nº 15.

3.4.1 Condiciones para una insición:

Se deben realizar perpendiculares al plano.

No terminar en ángulos recto mejor en ángulos redondeados

Debe ser de acuerdo al tamaño de la patología respetando estructuras anatómicas. Realizarse en tejido y hueso sano.

Con movimiento firme y continuo.

No realizar en eminencia radicales.

No hacer relajantes en palatino o lingual.

No repasar la insición realizada.

3.4.2 Tipos de insición: Insición gingivomarginal, subgingival o crevicular y supracrestal. Insición a realizar: gingivomarginal relajante mesial y distal.

3.5 SINDESMOTOMÍA:

Desinsertar la encía que esta adherida al diente y hueso, se realiza con periostótomo de Molt, también es llamado debridación pero este es usado cuando hay tejido muerto.

3.6 COLGAJO:

Separación de tejido por medio quirúrgico y existen dos tipos:

3.6.1.1 Mucoperiostico o de espesor total: El periostio queda adherido al colgajo.

3.6.1.2 De espesor parcial o mucoso: El periostio queda adherido al hueso.

Instrumentos para elevar colgajo: periostótomo de Molt y separador de minesota para retraerlo.

3.6.2 Formas de colgajo:

Lineal o de bolsillo.

Semilunar o en arco

Trapezoidal.

3.6.3 Principios de un colgajo:

No perforarlo y delicadeza en su manejo.

No tener ángulos agudos.

Base más ancha que su borde.

Sostenerse por sutura sin presión.

Descansar sobre hueso y tejido sano.

3.6.4 Elevación y retracción del colgajo:

Periostótomo de buen corte.

Retractor apoyado sobre hueso.

Levantamiento uniforme y delicado.

Levantamiento en forma de media luna.

Iniciar el levantamiento por el extremo más ancho o relajantes y por último la papila.

3.7 VENTANA ÓSEA QUIRÚRGICA:

Cavidad realizada por métodos quirúrgicos en hueso para realizar biopsia o dar tratamiento a una patología que se encuentra dentro del tejido duro y se hace en dos etapas llamadas:

3.7.1 Osteotomía: abrir o incidir el hueso.

3.7.2 Ostectomia: retirar un segmento de hueso.

Instrumento utilizado: fresas quirúrgicas.

3.8 BIOPSIA

Retiro de tejido vivo a un ser vivo, en donde se retira el tejido patológico o parte de este junto con tejido sano para ser estudiado histológicamente y dar un diagnóstico definitivo. (Medicina Bucal, Burket).

3.8.1 Indicaciones para realización de la biopsia:

Tejido eliminado quirúrgicamente.

Lesión intraósea no identificable por métodos clínicos y radiográficos.

3.8.2 Contraindicaciones para la toma de Biopsia:

- Acceso quirúrgico difícil.
- Enfermedades sistémicas no controladas.
- Proximidad a estructuras anatómicas vitales.
- Lesiones vasculares.
- Lesiones clínicamente malignas

3.8.3 Recomendaciones para la toma de Biopsia:

- Autorización del paciente.
- Anestesiarse a distancia (nunca cerca o dentro de la lesión).
- Fijar el tejido inmediatamente con formol al 10%.
- No dividir la muestra.
- Evitar contaminación de la muestra.
- Identificar el frasco.
- En lesión intraósea anexar la radiografía

3.8.4 Tipos de Biopsia:

- Exisional
- Incisional
- Ventana ósea
- Aspiración (Punción)
- Citología exfoliativa

3.8.4.1 Biopsia Exisional:

Al mismo tiempo que se realiza la biopsia se está realizando el tratamiento definitivo se utiliza en lesiones de hasta 1cm de diámetro y a la cual al examen clínico tenga experiencia benigna.

3.8.4.2 Biopsia Incisional:

- Lesiones de más de 1 cm.
- Se retira una parte de la lesión.
- Área más representativa.
- Retiro de tejido sano.
- Insición en forma de cuña.

3.8.4.3 Ventana ósea:

- Variante de las dos anteriores.
- Lesiones mandibulares y maxilares intraóseas.
- Requiere elevación de colgajo y retirar hueso.
- De acuerdo al tamaño de la lesión se realiza B. incisional o exisional.

3.8.4.4 Aspiración (punción)

- Requiere de aguja que penetra la lesión y se aspira el contenido de este.
- En tejidos duros se hace ventana quirúrgica.
 - Líquido: quiste.
 - Exudado purulento: absceso.
 - Sangre: lesión vascular.
 - Nada: tumor

3.8.4.5 Citología exfoliativa

- Medio diagnóstico especializado que consiste en un examen de células exfoliadas de tejidos o secreciones corporales.
- Se utiliza adjunto a la biopsia, nunca como sustituto de esta.
- Citología oral: lesiones erosivas ulceradas y rojas.

3.9 TIPOS DE SUTURA:

3.9.1 Suturas absorbibles:

Se absorben con el tiempo después de ser implantadas en el tejido.

3.9.1.1 Orgánicas: se absorben por acción enzimática. Ejemplo catgut simple y catgut crómico.

3.9.1.2 Sintéticas: se absorben por acción de hidrólisis ejemplo vicryl y dextron.

3.9.2 Suturas no absorbibles:

Elaboradas con materiales que no pueden ser absorbidos por las enzimas del organismo ni por efecto de la hidrólisis, queda encapsulada dentro del tejido.

3.9.2.1 Orgánicas: algodón, lino y seda.

3.9.2.2 Sintéticas: acero quirúrgico, nylon mono filamentosos, nylon trenzado y mono filamento de polipropileno ejemplo PROLENE.

3.10 INDICACIONES POSTQUIRURGICAS:

No debe escupir, no fumar no ingerir bebidas alcohólicas.

Alimentación blanda, líquida y fría por dos días.

No realizar colutorios por los dos primeros días.

Terapia de frío: colocar compresas de agua fría en la zona afectada de forma intermitente durante las primeras 48 horas.

Limpiar la zona suavemente

No halar el labio fuertemente.

AGRADECIMIENTOS

- Dr. Carlos Villamizar, Cirujano Oral.
- Dr. Nery Villota, Prostodoncista.
- Dr. Alejandro León, Periodoncista.
- Dr. Leonardo Yépez Peña, Residente de Endodoncia.

CONCLUSIONES

Regularmente el manejo de las lesiones periapicales se hace siguiendo un conjunto de pasos que no siempre son aplicables por lo cual dicho procedimiento quirúrgico debe realizarse paralelamente con las interconsultas pertinentes

BIBLIOGRAFÍA

- Regezi, Patología Bucal, tercera edición, 2002.
- Walton, Endodoncia principios y práctica, segunda edición, 1996.
- Cáncer Oral Org.