



COLEGIO ODONTOLOGICO
COLOMBIANO

No. Acceso

Sig. Top. M.059 1987

Compra ☐ Canje ☐ Donación ☐

Editorial

Solicitado por

Fecha

Precio

0064

M
059
1987

T.O.
00057
00078

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

CIRUGIAS PERIAPICALES

CARLOS FRANCISCO RODRIGUEZ QUENZA

Código # 812256

Monografía presentada en cumplimiento
parcial de los requisitos exigidos para
optar por el título de Odontólogo.

Noviembre 27 de 1987

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

DIRECTIVAS

Rector	:	JORGE ARANGO TAMAYO
Decano	:	MARISOL ARANGO DE LEON
Vicedecano	:	JAIRO FORERO MORALES
Secretario Académico	:	LUIS FELIPE FALLA
Director de monografía	:	JORGE URIBE
Coordinador clínica	:	ROBERTO ARCINIEGAS

CONCEPTO DE ACEPTACION
DEL DIRECTOR DE LA PRESENTE MONOGRAFIA

EXCELENTE

BUENA

REGULAR

A handwritten signature in dark ink, followed by the number "4.5".

DIRECTOR DE LA MONOGRAFIA

Dr. JORGE URIBE

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas las personas que me brindaron sus conocimientos durante mis estudios universitarios, con los cuales amplié mis capacidades para poder asimilar dichos conocimientos y ofrecerlo a las personas que en una u otra forma lo soliciten.

También le agradezco al doctor Jorge Uribe por haberme orientado en la ejecución de esta monografía.

DEDICATORIA

Con mucho amor, dedico esta monografía a mi esposa Gloria Inés y mi hija Ana Carolina que tanto me alentaron en los momentos difíciles que se me presentaron durante mis estudios.

También le agradezco a mis padres Carlos y Amelia por haberme brindado el apoyo necesario para cumplir con mis deseos.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	10
OBJETIVOS	11
OBJETIVO GENERAL.....	11
OBJETIVO ESPECÍFICO	11
 1. APICECTOMIA	 12
1.1. DEFINICION	12
1.2. INDICACIONES	13
1.3. CONTRAINDICACIONES	15
1.4. CONSIDERACIONES SOBRE EL EXAMEN	
RADIOGRAFICO PREOPERATORIO	17
1.4.1. El proceso periapical	17
1.4.2. El estado de la raíz	17
1.4.3. Estado del paradencio	17
1.5. MEDICACION PREVIA	18
1.6. INSTRUMENTAL Y MATERIALES	18
1.7. TOPOGRAFIA DE LA SUPERFICIE	19

	Pág.
1.8. ANESTESIA	22
1.9. INCISION	23
1.10. LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO	27
1.11. AMPUTACION APICAL	29
1.12. TECNICA O LEY DEL RAZ	31
1.13. TECNICAS DE OBTURACION	32
1.14. SUTURA	32
1.15. TRATAMIENTO POST-OPERATORIO	33
1.16. COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.....	34
1.16.1. La tumefacción	34
1.16.2. La equimosis	34
1.16.3. Parestesia pasajera	34
1.16.4. Abscesos	34
1.16.5. Hemorragia secundaria	35
1.16.6. Perforación del seno maxilar	35
1.16.7. Mala cicatrización de la incisión	35
1.17. RADIOGRAFIA POST-OPERATORIA	35
1.17.1. Características y fenómenos de la proyec- ción de sombras.....	36
1.18. APICECTOMIA Y OBTURACION POR VIA RETROGRADA	36
1.19. APICECTOMIA CON OBTURACION POR VIA CAMERAL	38

	Pág.
1.20. OBTURACION CON CONOS DE GUTAPER- CHA	39
1.21. OBTURACION CON NUCLEOS INTRARRA- DICULARES	39
2. CURETAJE PERIAPICAL	40
3. AMPUTACION RADICULAR	41
4. HEMISECCION RADICULAR	42
4.1. INDICACIONES DE AMPUTACION RADICU- LAR Y HEMISECCION RADICULAR	42
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXOS	45

INTRODUCCION

El tratamiento quirúrgico de los focos apicales, es un tema que ha interesado a muchos odontólogos de diversas partes.

La cirugía periapical es una intervención quirúrgica, que debe ser del manejo práctico general. Es verdad que para llevarlo 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.

El objetivo de la realización de este trabajo, es elaborar un resumen completo de cada uno de los pasos que se deben tener en cuenta en la cirugía periapical, mediante una asesoría continua y las investigaciones realizadas.

La cirugía periapical siendo uno de los tratamientos frecuentes en la clínica odontológica, exige un conocimiento profundo del tema para su aplicación. Por esta razón se justifica la realización de este trabajo.

O B J E T I V O S

OBJETIVO GENERAL.

Dar a conocer, que teniendo un buen conocimiento teórico-clínico, se puede realizar con éxito una cirugía periapical.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Elaborar un análisis de cada uno de los pasos de la cirugía periapical.



1. ~~API~~CECTOMIA

1.1. DEFINICION.

Se entiende por apicectomía la resección quirúrgica por vía transmaxilar del ápice radicular y curetaje de los tejidos periapicales adyacentes.

La apicectomía se puede hacer en uno o dos tiempos. En dos tiempos se hace la preparación biomecánica del conducto radicular y se sella de la manera habitual una curación antiséptica (primer tiempo). En la sesión siguiente se obtura el conducto, se hace la amputación del ápice y se suretean los tejidos blandos (segundo tiempo). La apicectomía en dos tiempos se indica : cuando se debe hacer en niños; cuando se debe hacer en dos o más dientes, cuando el odontólogo no tiene mucha experiencia en endodoncia o en cirugía.

Para realizar la apicectomía en un tiempo o "apicectomía inmediata", se hace la preparación biomecánica, la esterilización

con electroesterilización y la obturación del conducto, e inmediatamente después la amputación del ápice radicular. La ventaja de la apicectomía inmediata es el ahorro de tiempo.

Los dientes más operables para una apicectomía son los unirradiculares, tanto superiores como inferiores. También se puede hacer en los posterosuperiores, siempre que sus raíces no estén próximas al seno maxilar; los dientes posteroinferiores podrán ser intervenidos, cuando el ápice radicular no esté cerca del agujero mentoniano o del conducto dentario inferior.

1.2. INDICACIONES.

1.2.1. Cuando ha fracasado el tratamiento radicular.

1.2.2. En dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el ápice radicular.

1.2.3. En dientes que presenten falsos conductos.

1.2.4. En dientes en cuyos conductos se ha fracturado y alojado un instrumento.

1.2.5. Destrucción extensa de los tejidos periapicales.

1.2.6. Presencia de un quiste en el ápice radicular.

1.2.7. Perforación en el tercio apical del conducto.

1.2.8. Apice radicular con reabsorción en forma de cráter que indica la destrucción de dentina y cemento apical.

1.2.9. Los dientes jóvenes con raíces incompletamente formadas, en que la obturación hermética en la proximidad del foramen apical es muy difícil.

1.2.10. Fragmento de una obturación radicular en la zona periapical, donde actúa como irritante.

1.2.11. Conducto aparentemente bien tratado y obturado, en el que existe una ligera periodontitis, pero persistente, a lo mejor causada por microorganismos de un conducto lateral.

1.2.12. Reabsorción interna o externa que afecta a la raíz.

1.2.13. Marcado sobreobturado del conducto radicular que actúa como irritante de los tejidos periapicales.

1.2.14. Fractura del ápice radicular como mortificación pulpar.

1.2.15. Imposibilidad de obtener un cultivo negativo mediante el tratamiento del conducto.

1.2.16. Conducto radicular aparentemente calcificado que presenta una zona de rarefacción.

1.2.17. Imposibilidad de retirar una corona con anclaje intraradicular y persistencia de una zona de rarefacción apical.

1.3. CONTRAINDICACIONES

1.3.1. En dientes con procesos agudos.

1.3.2. Periodontitis avanzadas, con destrucción ósea, hasta su tercio radicular.

1.3.3. Cuando la remoción del ápice radicular y el curetaje dejan insuficiente soporte alveolar para el diente.

1.3.4. En absceso periodontal.

1.3.5. En caso de acceso difícil al campo operatorio.

1.3.6. En enfermedades generales como diabetes activa, sífilis, tuberculosis, nefritis o anemia.

La apicectomía es de gran utilidad, pero está limitada como tratamiento de rutina por las siguientes razones :

- Los dientes anteriores responden generalmente al tratamiento radicular conservador, siempre que la destrucción ósea no sea muy grande o no se trate de un quiste.
- En dientes posteriores la operación no siempre es factible.
- Con cierta frecuencia se produce tumefacción y dolor post-operatorio después de la intervención.

La apicectomía resulta particularmente útil para eliminar la infección periapical en dientes despulpados anteriores con granulomas grandes o con quistes radiculares o cuando el tratamiento de conductos fue inadecuado. La apicectomía está indicada sólo en 1 al 2% de los dientes.

1.4. CONSIDERACIONES SOBRE EL EXAMEN RADIOGRÁFICO PREOPERATORIO

En el examen radiográfico prequirúrgico se debe estudiar una serie de puntos de interés : ellos son :

1.4.1. El proceso periapical. 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.

1.4.2. El estado de la raíz. El diente puede estar atacado por caries que ha destruido grandes porciones de la raíz, o ésta puede hallarse enormemente ensanchada, por tratamientos previos, que dan a la raíz una gran fragilidad.

Permeabilidad del conducto. Instrumentos rotos dentro de él, obturaciones o pivots.

1.4.3. Estado del paradencio. Reabsorción del hueso por periodontitis.

1.5. MEDICACION PREVIA

Consiste en administrar Valium (5 mg) o Seconal sódico (100 mg.) como sedante y tranquilizante, y Bantina (50 mg.) o sulfato de atropina, para controlar la salivación. Los efectos del Valium o Seconal sódico aparecen dentro de los 20 o 30 minutos aproximadamente y se mantienen durante 4 a 5 horas.

La Bantina puede emplearse en casos en que está contraindicada la atropina.

1.6. INSTRUMENTAL Y MATERIALES

Para realizar la intervención se requieren de los siguientes instrumentos y materiales :

1.6.1. (1) Una jeringa tipo carpule

1.6.2. (2) Dos tubos de solución anestésica (xilocaína al 2%) con epinefrina al 1: 50.000 para la anestesia infiltrativa y al 1: 100.000 para la anestesia regional.

1.6.3. (1) Un mango de bisturí Bard-Parker con hoja No. 15.

1.6.4. (1) Un separador senn.

1.6.5. (1) Un periostótomo.

1.6.6. (1) Un cincel para hueso Buckley No. 2 (manual).

- 1.6.7. (2) Dos curetas, Hu-Friedy No. 9 recta y No. 11 curva.
- 1.6.8. Pieza de alta velocidad y de baja velocidad.
- 1.6.9. (2) Dos fresas redondas No. 5.
- 1.6.10. (4) Cuatro fresas de fisura No. 558 o 702; (2) dos fresas No. 557 o No. 701.
- 1.6.11. (2) Dos agujas para sutura.
- 1.6.12. (1) Un porta agujas de 12 centímetros.
- 1.6.13. Hilo para sutura Atralog.
- 1.6.14. (1) Una tijera para suturas.
- 1.6.15. Gelfoam (esponja de gelatina)
- 1.6.16. (2) Dos eyectores.
- 1.6.17. Gasas
- 1.6.18. Rollos de algodón
- 1.6.19. Mertiolate incoloro.
- 1.6.20. Hisopos para algodón.
- 1.6.21. Vasos dappen con agua oxigenada y alcohol.
- 1.6.22. Instrumental según tipo de obturación.

1.7. TOPOGRAFIA DE LA SUPERFICIE

Rara vez resulta perturbada la musculatura del maxilar o de la mandíbula, durante una apicectomía.

En los dientes anterosuperiores, se presentan tres inserciones musculares :

1.7.1. Por arriba de la raíz del incisivo central y en posición ligeramente lateral al mismo, se encuentra el músculo mintiforme (depressor del ala de la nariz).

1.7.2. Por arriba del incisivo lateral se observa el músculo incisivo del labio superior.

1.7.3. Entre el incisivo lateral y el canino se encuentra el músculo transverso de la nariz.

En el maxilar inferior las inserciones de los músculos incisivos del labio inferior y de los músculos del mentón están ubicados en posición lateral con respecto al frenillo. Ambos músculos incisivos son fascículos accesorios del orbicular de los labios.

El músculo buccinador se extiende hacia adelante hasta los premolares, hacia el músculo orbicular de los labios en ambos maxilares. Por esta razón, la incisión debe hacerse en sentido horizontal, o paralela al músculo buccinador para no lesionar sus fibras.

Al operar un incisivo central superior con una zona extensa de rarefacción, especialmente si la "línea del labio es baja", el piso de las fosas nasales puede resultar expuesto durante el curetaje. Del mismo modo, al intervenir un canino superior o aún un incisivo lateral, puede establecerse una comunicación con el seno maxilar si éste se extiende mucho hacia adelante. La apicectomía de un premolar superior, en especial del segundo, frecuentemente presenta el riesgo de penetrar en el seno maxilar. Las raíces bucales de los molares superiores están apenas cubiertas por una delgada lámina ósea que en los procesos infecciosos crónicos, se encuentra frecuentemente destruída. Las raíces palatinas de ambos premolares y molares están recubiertas por una gruesa lámina ósea.

En el maxilar inferior, el hueso que recubre los incisivos generalmente es fino, excepto cuando las raíces se inclinan hacia lingual, mientras en la zona que cubre el canino, con frecuencia es grueso y denso. La tabla ósea que tapa los premolares inferiores también es gruesa, presentándose más gruesa sobre los molares.

La apicectomía en los premolares inferiores, y en molares presentan el riesgo de lesionar el nervio mentoniano, provocando una parestesia.

1.8. ANESTESIA

La anestesia tiene que reunir dos condiciones : en primer término debe ser anestesia y en segundo término, ha de dar la suficiente anestesia del campo operatorio como para poder realizar una operación en blanco.

La anestesia por infiltración es adecuada para la mayoría de los casos de apicectomía, exceptuados los dientes postero inferiores.

La concentración de los vasoconstrictores empleados comunmente en las soluciones anestésicas para uso local en odontología, no está contraindicada en pacientes con enfermedades cardiovasculares cuando la anestesia se administra cuidadosamente y se tiene la precaución de aspirar con la jeringa antes de inyectar.

Para operar en los dientes anterosuperiores, se inyecta por vestibular un tubo de solución anestésica por vía supra o subperióstica. En caso de intervenir en la zona central, se inyectan algunas gotas de solución atravesando el frenillo hacia el incisivo del otro lado a fin de anestesiar las fibras nerviosas que cruzan la línea media. Así mismo, se inyectarán algunas gotas de solución al agujero palatino anterior para bloquear el nervio nasopa-

latino.

Al intervenir en premolares o en molares superiores, se inyecta por bucal el contenido de la carpule por la técnica suprape - rióstica, o subperióstica. Cuando se emplea anestesia infiltrativa, no deben distenderse los tejidos blandos durante la inyección de la solución anestésica a fin de mantener su topografía normal. Si la inyección se hace lentamente, se obtendrá una buena hemostasia además de un campo bien anestesiado.

En las operaciones de dientes anterioinferiores, la anestesia por infiltración es suficiente en la mayoría de los casos, si se la inyecta despacio. En caso de dientes posteroinferiores, se hará una anestesia regional en los nervios dentario inferior y bucal, con xilocaína conteniendo epinefrina al 1: 50.000.

1.9. INCISION

Las incisiones más indicadas son :

1.9.1. Incisión de Wassmund.

1.9.2. Incisión de Partsch. (Ver figura No. 5).

1.9.3. Incisión de Neumann.

La incisión de Wassmund es la que mayores satisfacciones ha dado. Es de fácil ejecución; amplia visión del campo operatorio ; queda lo suficientemente alejada de la brecha ósea como para que los bordes de la herida no sean traumatizados y lesionados durante la operación, y permite, una vez terminada ésta, que la coapturación de los labios de la herida con sutura se realice sobre hueso sano.

Esta incisión se puede aplicar en apicectomías en los dientes del maxilar superior.

Se realiza de la siguiente manera : con un bisturí de hoja corta se inicia la incisión a nivel del surco vestibular y desde el ápice del diente vecino al que vamos a intervenir, llevando este instrumento profundamente hasta el hueso, para seccionar mucosa y periostio. La incisión desciente hasta medio centímetro del borde gingival, y desde allí, 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. (Ver figuras Nos. 1 y 2).

No disponiendo de un ayudante y aún en el caso de tenerlo, se facilita la maniobra mencionada sosteniendo y separando el la-

bio 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 apicectomía de dos o más dientes, se amplía el largo de la rama horizontal de la incisión, en la medida necesaria. Iguales consideraciones hay que hacer con la incisión de Neumann.

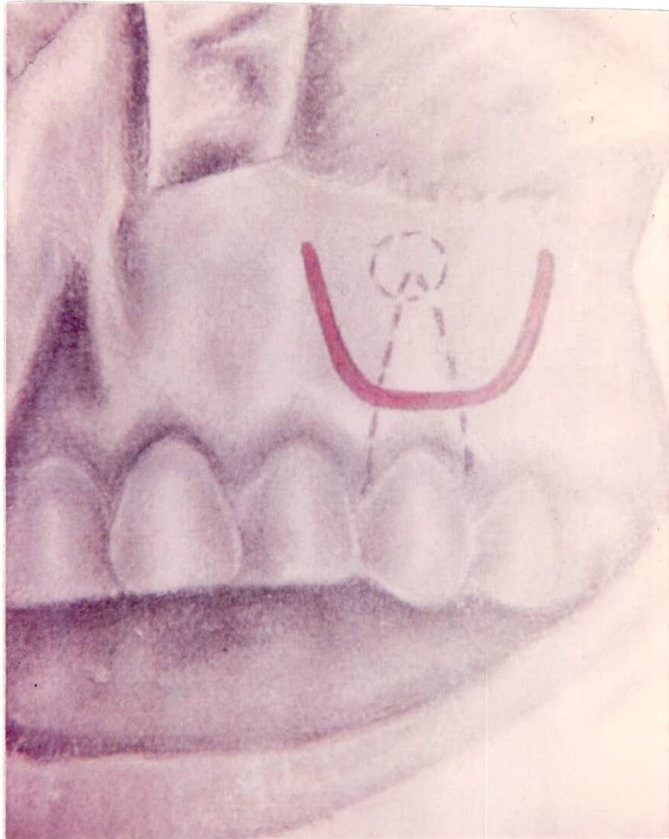


FIGURA No. 1

INCISION DE WASSMUND

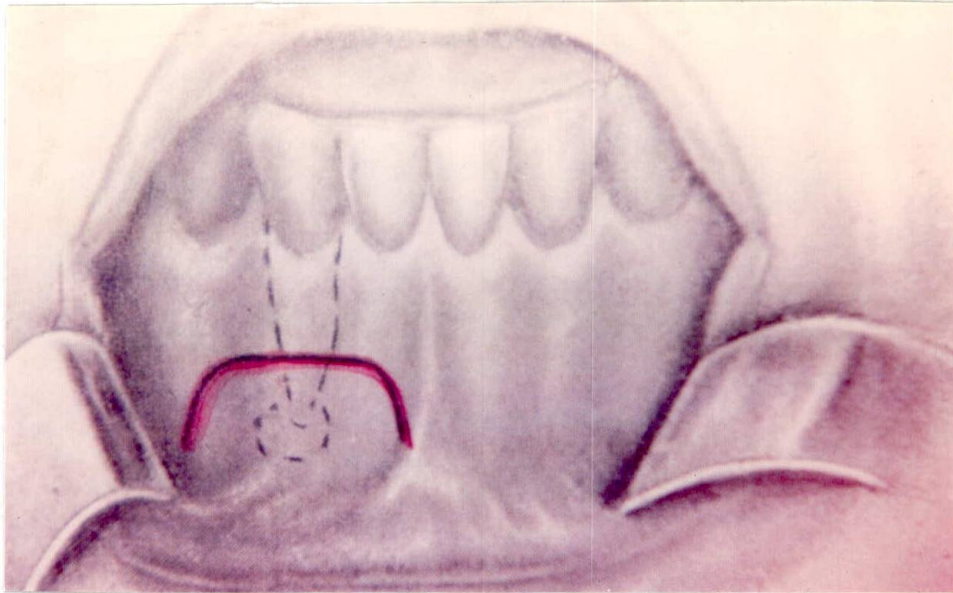


FIGURA No. 2

INCISION DE WASSMUND PARA EL MAXILAR INFERIOR

Si hay que realizar la de los dos incisivos centrales se secciona sin inconvenientes el frenillo; la sutura del colgajo restituirá los tejidos a 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 temporalmente estos vasos.

La incisión de Neumann se realiza desde el curso gingival hasta el borde libre, festoneando los cuellos de los dientes y seccio-

nando las lenguetas gingivales. Las incisiones verticales deben terminar en los espacios interdentarios. La cicatrización es más perfecta y no deja huellas. (Ver figuras 3 y 4).

La incisión de Neumann no debe emplearse en aquellos casos en que el diente a operarse es portador de una corona de porcelana, u otro tipo de prótesis, porque la reabsorción de la encía puede dejar al descubierto la raíz, con los consiguientes trastornos estéticos.

1.10. LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO

Realizada ya la incisión, con una legra, periostótomo o con una espátula de Freer, se separa la mucosa y el periostio subyacente, y el ayudante lo sostiene con un separador de Farabeuf, o simplemente con un instrumento romo, o con un separador Senn. El sostenimiento del colgajo es de capital importancia : la visión del campo operatorio debe 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 post-operatorio no son normales.

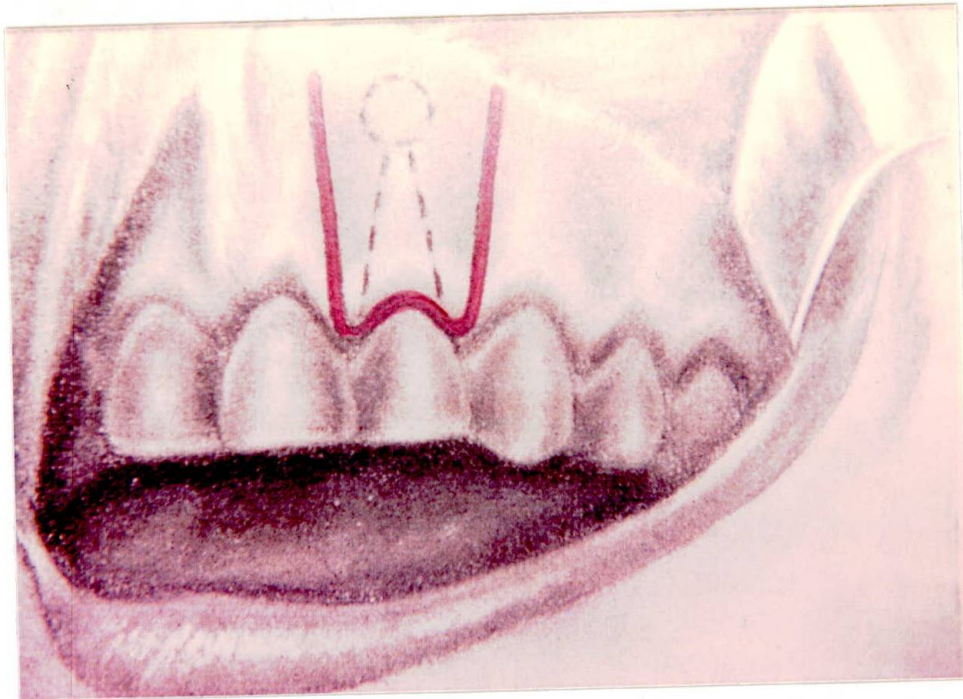


FIGURA No. 3
INCISION DE NEUMANN

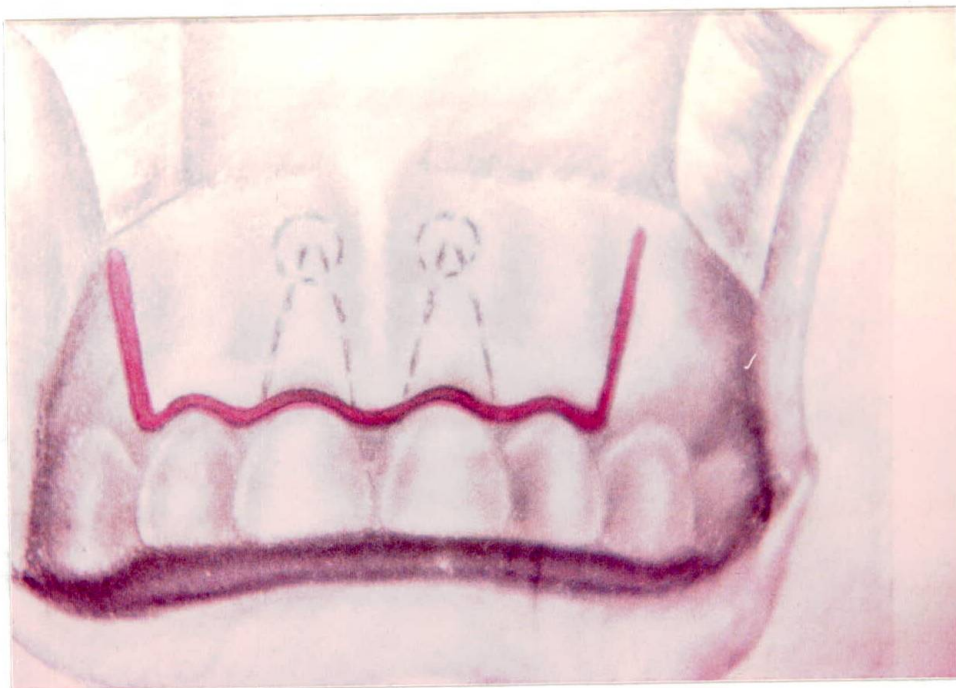


FIGURA No. 4
INCISION DE NEUMANN PARA LA APICECTOMIA DE LOS DOS
INCISIVOS CENTRALES

1.11. AMPUTACION APICAL.

Si el hueso que recubre el ápice radicular, estuviese necrosado o existiese una fístula, la tabla ósea vestibular se encontrará perforada pudiéndose localizar una entrada que conducirá sin dificultad hacia el ápice radicular. Sin embargo, es necesario abrir una ventana en el hueso a fin de exponer el ápice radicular. Esto puede hacerse con una fresa No. 5 tallando dos aberturas en el hueso, una mesial y otra distal, aproximadamente en la unión del tercio medio con el tercio apical de la raíz. Si se trata de dientes superiores, se hará una tercera abertura por arriba del ápice y en los dientes inferiores, por debajo de él. (Ver figura No. 6).

La fresa se enfriará con solución salina o agua destilada y se cambiarán con frecuencia a medida que se embotan de sangre y esquirlas de hueso. Se remueve la tabla ósea vestibular con un cincel para hueso y se exponen el ápice radicular y el tejido blando contíguo. Si la tabla ósea vestibular ya estuviera perforada, se omitirán los puntos de partida y se removerá una cantidad adicional de hueso con un cincel para hueso o una fresa de fisura hasta exponer el ápice radicular. La ventana ósea no debe extenderse demasiado hacia la corona del diente, a fin de dejar una super-



FIGURA No. 5

INCISION DE PARTSCH

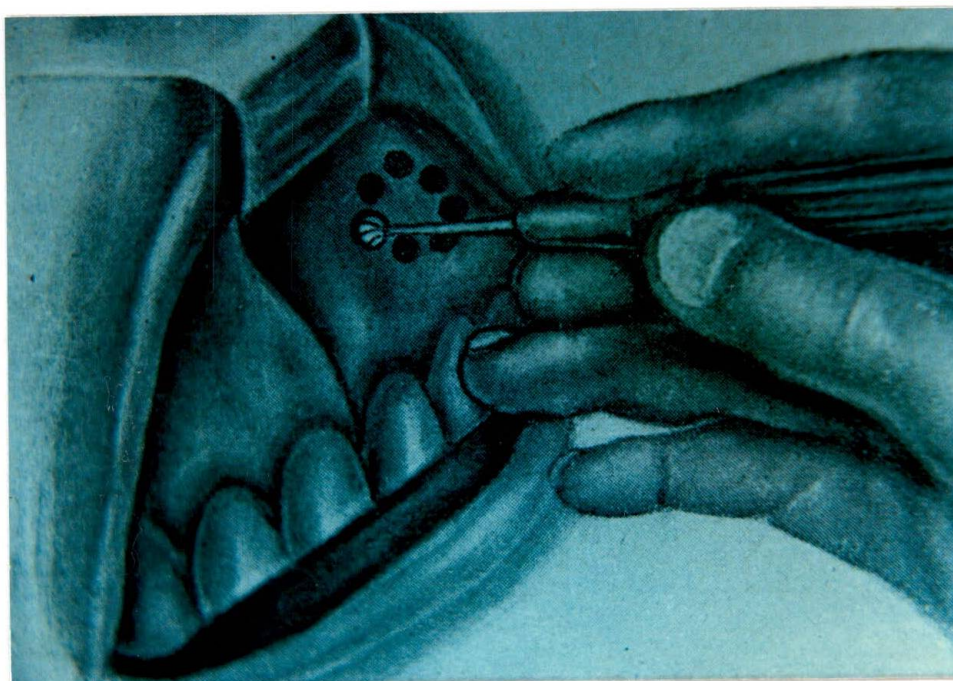


FIGURA No. 6

OSTEOTOMIA DE LA TABLA EXTERNA

ficie o tabla ósea que sirva de soporte al colgajo.

En los dientes anterosuperiores se corta el ápice con una fresa de fisura No. 702 y en los incisivos inferiores con una fresa No. 701. En general el corte se hace a 2 o 3 mm. del ápice; la altura dependerá de la cantidad de hueso destruido.

1.12. TECNICA O LEY DEL RAZ

Consta en hacer el corte apical hasta donde llegue la lesión, para eliminar totalmente la patología y evitar residivas de ésta, pues se supone que se presentan. (Ver figura No. 7), debido a los conductos accesorios y delta apicales.

Mientras se efectúa el corte radicular se debe irrigar con un chorro de solución salina para evitar el calor que puede dañar el ligamento periodontal y el hueso. La angulación vestibular del corte se hace con el fin de lograr acceso visual al conducto radicular.

El ápice se debe remover con cuidado para no lesionar el ligamento periodontal de los dientes vecinos. Una vez removido el ápice, se curetea con suavidad y detenidamente el hueso.

Se recomienda usar un eyector para aspirar la sangre. Después de la irrigación se debe curetear la herida para estimular la hemorragia, ya que un coágulo sanguíneo normal es el mejor relleno para una herida. Se coloca una pequeña porción de Gel-foam de tamaño paroximado al de la herida, se adapta el colgajo y se sutura.

1.13. TECNICAS DE OBTURACION

1.13.1. Con conos de gutapercha.

1.13.2. Con núcleos intrarradiculares.

1.13.3. Incrustaciones periapicales :

- En oro
- En plata

1.13.4. Con amalgama vía retrógrada

1.14. SUTURA

La sutura se efectúa con aguja Atrolac x 8, e hilo para suturas 000 o FS2 o 0000. También se puede usar el catgut o el material de sutura poliglicólico. El catgut se reabsorbe en 10 días aproximadamente y el pologlicólico en 15 o 20 días.

Si la apicectomía se realiza en un solo diente se requiere de tres a cuatro suturas. Para los dientes anteroinferiores se requiere más sutura debido a la movilidad del labio inferior al hablar y al masticar.

1.15. TRATAMIENTO POST-OPERATORIO

1.15.1. Se le darán instrucciones al paciente verbalmente y por escrito.

1.15.2. Se le indica que se coloque una bolsa de hielo en la zona durante 10 minutos cada hora el primer día.

1.15.3. Que no se traccione el labio para verse, pues las suturas podrían desprenderse.

1.15.4. Se le aconseja dieta blanda y aseo común y corriente.

1.15.5. Que use enjuagatorios con solución salina después de las comidas.

1.15.6. Para el dolor se prescribirá, aspirina buffer o Darvón cada tres horas, pero si el dolor es intenso se recomendará

Empirin (o tyleno) con codeína No. 3, o Percordan cada 4 o 6 horas.

1.15.7. Las suturas deberán retirarse a los 5 o 7 días de efectuada la operación.

1.16. COMPLICACIONES POS-OPERATORIAS.

1.16.1. La tumefacción. Se trata con terapia térmica con vendajes compresivos.

1.16.2. La equimosis. Se trata con compresas calientes y frías alternadas. La equimosis se presenta en el 5% de los pacientes.

1.16.3. Parestesia pasajera. Antes de efectuar la intervención, se le debe advertir al paciente sobre esta posibilidad que aunque no es frecuente se puede presentar. El tratamiento consiste en la medicación de vitamina B (Benerva o Pluri B) y hacer la prueba de TINNEL cada 2 o 3 semanas.

1.16.4. Abscesos. Debido a la acumulación de restos alimenticios sobre la laceración de los puntos de sutura.

1.16.5. Hemorragia secundaria. Se sospechará de la desintegración del coágulo o deficiencia del factor XIII o por trauma. Se limpia la zona, se retira la sutura y se hace contracción.

1.16.6. Perforación del seno maxilar. Hacer la prueba de Bansaiva, para verificar si hay o no perforación del seno maxilar. Si no hay se sutura con colgajo desplazado. Si hay perforación se hará una Caldwell Luc, luego se medicará al paciente antibióticos y sulfas. Se controlará radiográficamente a los 15 días y luego a los tres meses.

1.16.7. Mala cicatrización de la incisión. Cuando ello ocurre, se deben reavivar los tejidos en la línea de la incisión con un bisturí Bard-Parker, curetear el tejido de granulación por debajo del colgajo, para estimular una nueva hemorragia y suturar este último apretadamente.

1.17. RADIOGRAFIA POST-OPERATORIA

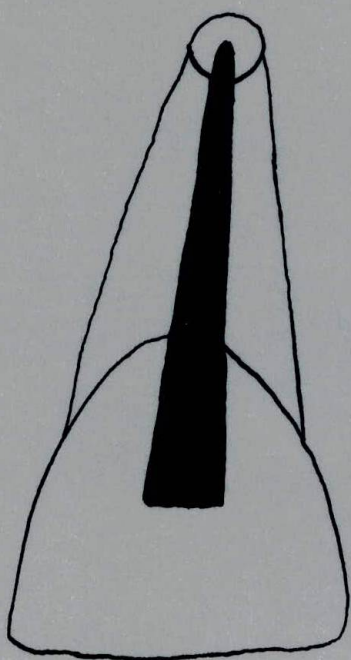
Una vez efectuada la intervención, se tomará una radiografía postoperatoria para controlarla con los futuros controles radiográficos.

1.17.1. Características y fenómenos de la proyección de sombras. La proyección de sombra consiste en que sale la imagen radiográfica como si no se hubiese obturado totalmente el conducto y éste es característico cuando se hace la amputación con bisel anterior, de manera que la parte posterior se antepone en la radiografía dando una imagen equivocada. (Ver figura No. 8).

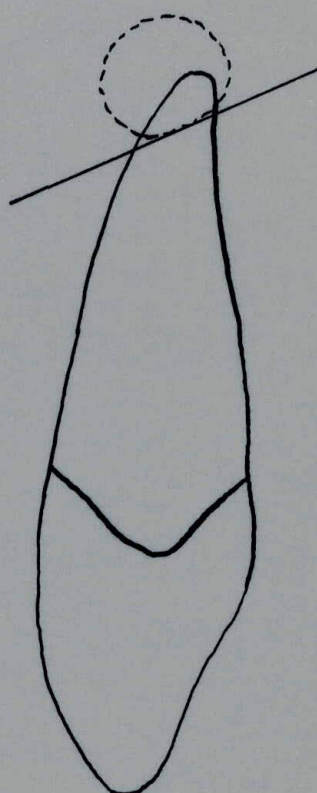
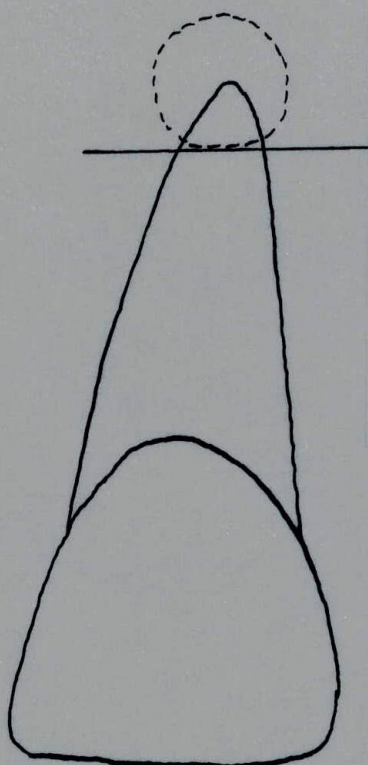
1.18. APICECTOMIA Y OBTURACION POR VIA RETROGRADA

Realizada la apiceptomía de manera corriente, pero la sección del extremo radicular, se hace con un ángulo tal, que la porción anterior de la superficie radicular seccionada sea más corta que la posterior. Esta superficie oblícua da una mejor visión del foramen epical, en caso de que exista, y facilita la colocación de la amalgama por vía retrógrada.

Se examina la superficie radicular seccionada, con la punta de un explorador, para verificar si existe salida del conducto. En caso afirmativo se le ensancha con una pequeña fresa redonda hasta 2 o 3 mm. de profundidad. Luego con una fresa de cono invertido se hace la retención en la cavidad para la amalgama. Si no se observa conducto se lo preparará aproximadamente en el lugar donde estaría el conducto natural.



Característica de la Proyección de Sombra
Fig N° 8



Ley de Raz
Fig N° 7

La amalgama sin zinc es importante porque en el caso de entrar en contacto con la saliva, su expansión será menor y por lo tanto hay menor desadaptación de la amalgama.

Antes de condensar la amalgama dentro del conducto, debe evitarse la pérdida de pequeñas partículas de la misma dentro del lecho óseo. Con el fin de evitarlo se coloca dentro de la cavidad un trocito de gasa para que los residuos caigan en éste.

Se lleva la amalgama en un porta amalgamas y se condensa con un atacador estriado. Una vez que la amalgama se ha condensado bien, se bruñe la superficie con un instrumento liso, luego se examina la zona intermedia para investigar si quedan trocitos sueltos de amalgama, los que serán retirados.

1.19. APIGECTOMIA CON OBTURACION POR VIA CAMERAL

Antes de hacer la intervención quirúrgica para hacer la apicectomía, se debe hacer previamente el tratamiento convencional de conductos, utilizando adecuadamente las limas, los ensanchadores y los conos de gutapercha. Una vez obturado(s) el (los) conducto (s) y verificado (s) radiográficamente que ha (n) quedado bien obturado (s), procederemos a realizar la intervención qui-

rúrgica.

1.20. OBTURACION CON CONOS DE GUTAPERCHA.

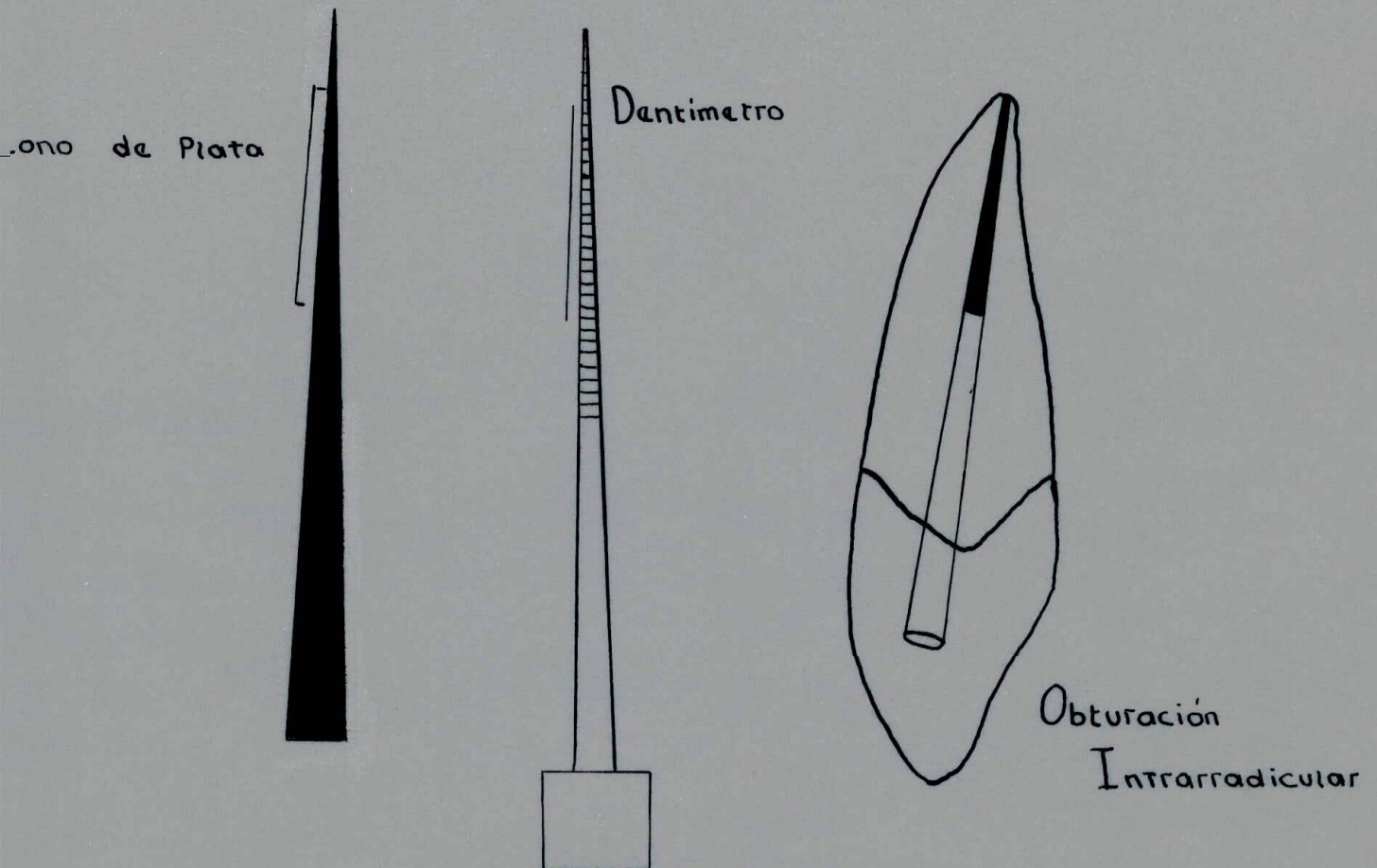
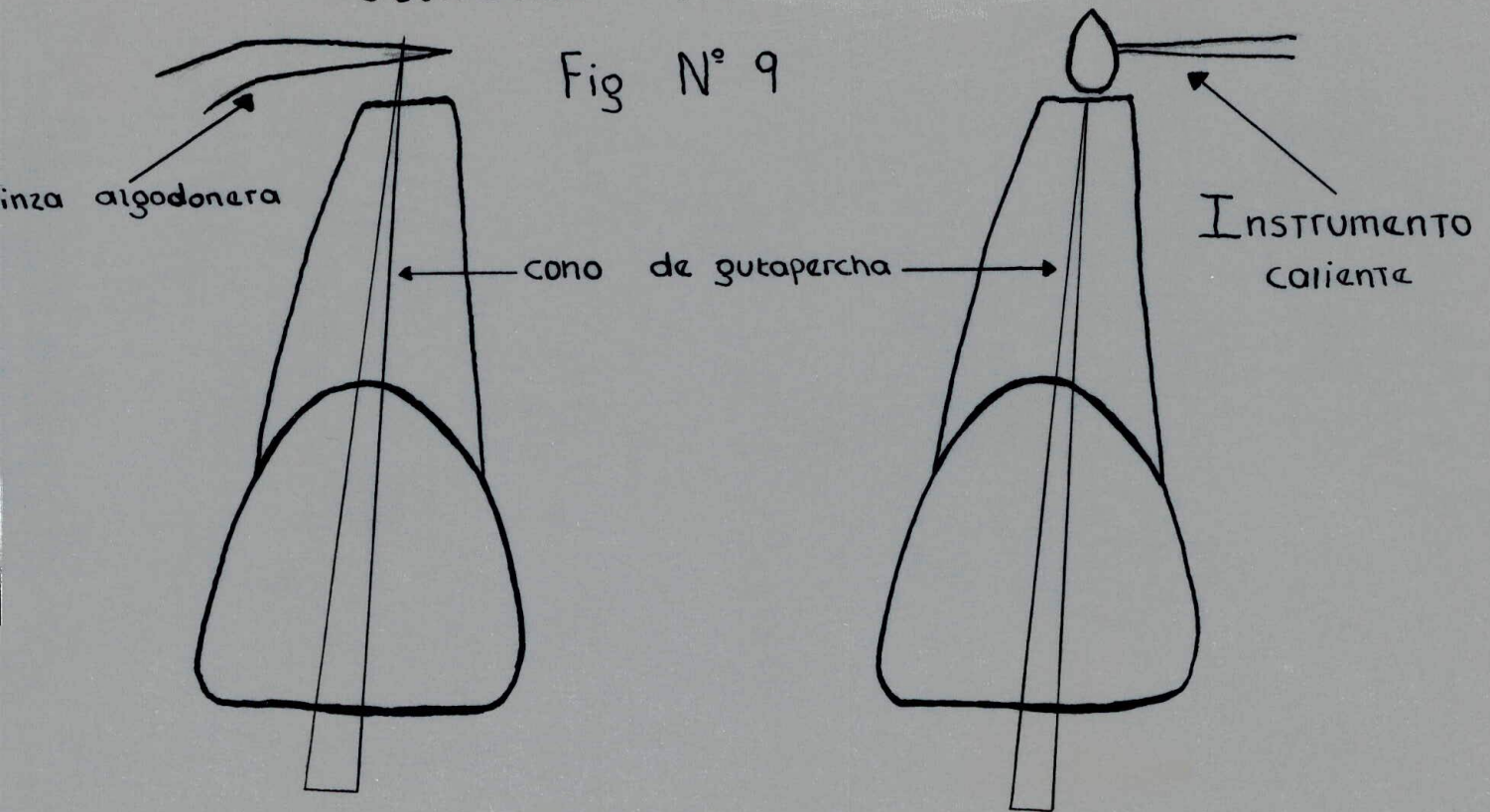
Se hace la preparación biomecánica convencionalmente y luego de hacer la sección radicular se introduce vía cameral un cono de gutapercha y se hala por el extremo del foramen apical con el fin de que quede bien obturado, se recorta y se bruñe con un instrumento caliente. (Fig. 9).

1.21. OBTURACION CON NUCLEOS INTRARADICULARES.

Para estas obturaciones venden conos y dentímetros estandarizados. (Ver Fig. 10). Se hace la preparación biomecánica antes de la intervención. Después se hace la apicectomía, se introduce por el conducto vía cameral el dentímetro hasta donde más se pueda y se saca. Luego se introduce el cono ya sea de oro o de plata también hasta donde más se pueda, se saca y se compara con la medición del dentímetro. Ambos instrumentos deben salir por el foramen con el fin de traccionarlos. Después que se ha medido se recorta pero que quede a raz, con el corte apical e intraradicularmente . Se recorta $1/3$ del largo de la raíz y se cementa.

Obtención Via Cameral

Fig N° 9



Obtención con Incrustación Intrarradicular

Fig N° 10

2. CURETAJE PERIAPICAL

Es una intervención quirúrgica que consiste en curetear los tejidos blandos sin remover el ápice radicular.

Las ventajas atribuídas a esta técnica son : la simplicidad de la operación y el mantenimiento de la longitud original de la raíz.

Sus ventajas son : la inaccesibilidad de ciertas zonas a la cureta y la posibilidad de dejar material quístico o granuloso que comúnmente queda expuesto una vez que ápice es removido.

3. AMPUTACION RADICULAR

La amputación radicular se define como la operación de retirar la totalidad de una raíz de un diente multirradicular (el cual ha sido radicularmente obturado) debido a dificultades técnicas en el tratamiento de ésta, con el objeto de facilitar la limpieza del tejido en la región de las raíces.

La amputación radicular implica que la corona es dejada intacta, pero en la práctica por lo general, es remodelada para darle una forma para que se autolimpie.

4. HEMISECCION RADICULAR

Se refiere a la división del diente a la mitad y a la remoción de la porción enferma con su raíz o raíces fijadas. La división es hecha bucolongualmente en los molares inferiores con dos raíces y mesiodistalmente en los molares y premolares superiores.

4.1. INDICACIONES DE AMPUTACION RADICULAR Y HEMISECCION RADICULAR.

4.1.1. Razones periodontales.

4.1.2. Lesiones cariosas subgingivales en una zona de la raíz donde no se puede colocar una restauración adecuada.

4.1.3. En conductos radiculares con instrumentos fracturados y que está causando problemas.

4.1.4. Cuando una de las raíces tiene una perforación traumática o patológica.

4.1.5. Cuando el conducto radicular no puede ser tratado de manera convencional.

4.1.6. Cuando el conducto radicular no puede ser tratado con apicectomía y obturación por vía retrograda debido al riesgo de lesionar las estructuras adyacentes como el seno maxilar o el nervio dentario inferior.

T.O 0078 1987
Trabajo de Grado
Ejemplar 1



T0085