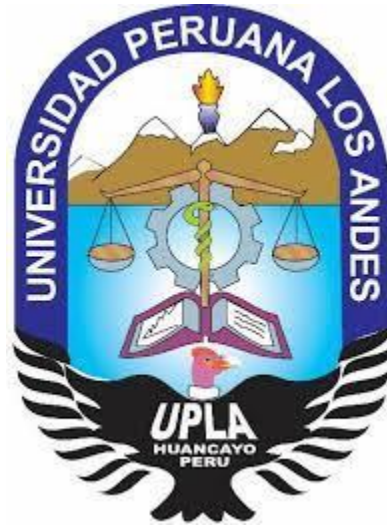


# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

## APICECTOMÍA EN PIEZA ANTERIOR

PARA OPTAR EL TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

Autor: Gardeña Mendoza Carla Milagros

Asesora: MG. Hospinal P Escajadillo Jane

Líneas de Investigación de Universidad: Salud y Gestión de la salud

Líneas de Investigación de la Escuela Profesional: Investigación clínica y patológica

Lugar o institución de investigación: Clínica Odontológica Privada

Huancayo – Perú

2021

## DEDICATORIA

*A mis Padres, por su apoyo y por su profundo cariño  
y permanente motivación.*

*A mi familia quienes siempre festejan nuestros  
logros.*

## AGRADECIMIENTO

A mis padres por su ejemplo sus consejos y su perseverancia para mi formación, a ellos mi reconocimiento.

Carla Milagros Gardeña Mendoza

## CONTENIDO

	Págs.
<b>I. PRESENTACIÓN</b>	<b>1</b>
Dedicatoria	2
Agradecimiento	3
Contenido	4
Contenido de figuras	6
Resumen	7
<b>II.-INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
2.1. Planteamiento del Problema	10
2.2. Diagnóstico de la salud general	10
2.3. Objetivos	11
<b>III.-MARCO TEORICO</b>	<b>11</b>
3.1. Antecedentes	11
3.2 Bases teóricas	14
<b>IV.- CONTENIDO</b>	<b>18</b>
<b>4. DESARROLLO DEL CASO CLINICO</b>	<b>18</b>
4.1. Historia clínica	18
4.2. Examen clínico general	19
4.3. Evaluación integral	20
4.4. Diagnóstico y pronóstico	22
<b>V.- PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL</b>	<b>24</b>
5.1. Formulación del Plan de tratamiento general	24
5.2. Plan de control y mantenimiento	31

<b>VI.- DISCUSION</b>	<b>32</b>
<b>VII.- CONCLUSIONES</b>	<b>34</b>
<b>VIII.- RECOMENDACIONES</b>	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>38</b>
- Consentimiento informado	38
- Anexos auxiliares	40

## CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Radiografía periapical

Figura 2. Fotografías intraorales

Figura 3. Colocación de anestesia

Figura 4. Incisión

Figura 5. Despegamiento del colgajo

Figura 6. Apicetomía

Figura 7. Irrigación

Figura 8. Colocación de MTA

Figura 9. Sutura

Figura 10. Radiografía de control

## **RESUMEN**

En el siguiente trabajo presento el procedimiento de una Apicectomía en pieza anterior, cuyo objetivo es demostrar, que tan seguro y eficaz es.

Cabe mencionar que la Apicectomía es uno de los pasos de la Cirugía Periapical y suele ser el último recurso para conservar un diente afectado, es la extirpación de la punta del ápice radicular, y se da a consecuencia tras un fracaso endodóntico, o sobre extensión del material obturador, o cuando el conducto radicular está obstruido sin posibilidad de realizar una reendodoncia, como también fracturas de instrumentos dentro del conducto radicular, o cuando hay calcificaciones así como curvaturas muy pronunciadas en las raíces y entre otros.

En el siguiente caso clínico procedimos a realizar el acto quirúrgico la Apicectomía en la pieza anterior, extirpar la punta de la raíz entre 2 a 3 mm, eliminar el tejido periapical patológico, y sellar de forma hermética el conducto del nervio para evitar la reinfección.

Palabra clave: Apicectomía, Extirpación, Tejido periapical patológico, Reinfección

## **ABSTRACT**

In the following work I present the procedure of an apicoectomy in anterior piece, whose objective is to demonstrate how safe and effective it is.

It should be mentioned that Apicoectomy is one of the steps of Periapical Surgery and is usually the last resort to preserve an affected tooth, it is the removal of the tip of the root apex, and it occurs as a consequence after endodontic failure, or overextension of the obturator material, or when the root canal is obstructed without the possibility of performing a re-endodontia, as well as instrument fractures within the root canal, or when there are calcifications as well as very pronounced curvatures in the roots and among others.

In the following clinical case, we proceeded to perform the surgical act of Apicoectomy in the anterior tooth, remove the tip of the root between 2 to 3 mm, remove the pathological periapical tissue, and hermetically seal the nerve conduit to avoid reinfection.

Keyword: Apicoectomy, Excision, Pathological periapical tissue, Reinfection



## **II.-INTRODUCCIÓN**

El trabajo de investigación, puesto en consideración plantea como objetivo, determinar la validez de una apicectomía, considerándolo como tratamiento quirúrgico conservador en un diente anterior superior, con previo fracaso endodóntico, en paciente femenina de 32 años de edad; en la actualidad la cirugía periapical es realizada a escala mundial, colocándose injertos óseos, en nuestro País este tratamiento se emplea para conservar dientes que exponen patología periapical; la apicectomía, es una resección quirúrgica, nos sirve para eliminar un foco infeccioso periapical, esta se produce ,principalmente por fracasos en el procedimiento endodóntico, algunos por fracturas de limas, dientes que presentan dilaceraciones que impiden accesibilidad apical, adecuada, espigo postes, pernos en los dientes u obturaciones que obstaculizan, el retratamiento, esta técnica se emplea de forma preferente en dientes unirradiculares, por medio del tratamiento de conducto se excluye, se quita la pulpa dental necrosada o infectada, nos evita la extracción del diente, se preserva los dientes que son muy importantes para la masticación y mantener una oclusión correcta y no haya daños subsiguientes a la articulación temporomandibular<sup>1</sup>. Para realizar este tratamiento de apicectomía, se analizó detenidamente la radiografía, y se aperturó la zona de la raíz infectada, En el caso clínico tratado procedimos a retirar o extirpar una pequeña parte del ápice de la pieza dentaria y de tejido blando circundante que pudo estar infectado, se realizó por vía transmaxilar.

## **2.1. Planteamiento del Problema**

“Cuando una pieza dentaria es afectada por la caries principalmente y por distintas razones (traumatismos, y otros) internamente se produce un proceso infeccioso que se desplaza a través del conducto de la raíz al hueso, existen distintos tipo de tratamientos para poder eliminar estos focos infecciosos como el tratamiento de conductos para poder evitar la pérdida de la pieza dental, si la endodoncia no elimina el proceso infeccioso del hueso se puede volver a realizar el retratamiento de la pieza afectada o hacer una Apicectomía “<sup>2</sup>.afirma Agama<sup>3</sup> que “la eficacia de la apicectomía es más del 80% en tratamientos efectuados, y con la técnica microquirúrgica es del 95%”<sup>3</sup>.

## **2.2. Diagnóstico de la salud general**

La apicectomía es una técnica quirúrgica cuya finalidad es quitar una infección que perjudica la raíz de un diente y causa afección de tejidos adyacentes, Este modelo o guía de cirugía se realiza solo si han fallado la endodoncia, si es inabordable el extremo terminal del ápice, este procedimiento se inicia abriendo la encía y el hueso para luego extraer la parte infectada de la raíz luego se efectúa el sellado y se procede a suturar, se le considera como cirugía oral y como tratamiento conservador sin embargo antes de iniciar el abordaje es sumamente necesario el diagnóstico, por medio de un estudio previo, y diseñando el protocolo, el motivo es quitar del medio la infección totalmente.

### **2.3. Objetivos**

Determinar la validez de una apicectomía, considerándolo como tratamiento quirúrgico conservador, en un diente anterior superior, con previo fracaso endodóntico, en paciente femenina de 32 años de edad.

## **III.-MARCO TEORICO**

### **3.1. Antecedentes**

**Cortés J. (2019)**, desarrolló una investigación titulada “Apicectomía anterosuperiores sobre obturación endodóntica, determinaron la eficacia de la apicectomía en el diente 11, que presentaba obturación endodóntica, la metodología empleada, fue descriptiva, describen el protocolo quirúrgico, el caso clínico fue realizado, en una paciente femenina de 45 años de edad que refería dolor al fondo del surco en el área anterior del maxilar superior desde hace 4 meses que se realizó un tratamiento de conducto en la pieza 11, por medio de estudios radiográficos observaron una extrusión del cono de gutapercha hasta el hueso alveolar y establecieron una cirugía peri apical como tratamiento, con exámenes de laboratorio a la paciente para confirmar que esta apta para la cirugía, seccionaron 3 mm del ápice junto con la extrusión del cono de gutapercha y acompañado de un sellado apical, los resultados fueron satisfactorios, la paciente no presentó sintomatología alguna tampoco movilidad dentaria, concluyen afirmando que esta intervención quirúrgica es muy eficaz ya que retiraron sin ninguna complicación el cono de gutapercha y se pudo conservar la pieza dentaria”<sup>4</sup>.

**Jarrin M et al.(2019)**, presenta su investigación titulada; “Tratamiento de lesión periapical con obturación retrógrada e injerto óseo. Reporte de un caso; presentan el caso ocurrido tras el fracaso del tratamiento endodóntico, observaron una lesión quística en el peri ápice, en una paciente

femenina de 39 años de edad, determinaron una tumefacción de consistencia blanda que estaría afectando la integridad del tejido óseo, sin sintomatología, las pruebas de vitalidad pulpar resultaron negativas, al examen radiográfico se observó una sombra radio lúcida compatible con lesión peri apical crónica que afecta a las piezas dentales 11 y 12, decidieron efectuar la cirugía periapical con apicectomía, y con sellado apical retrógrado y enucleación de la lesión quística, e injerto óseo, entre las principales conclusiones, sostienen que la técnica de obturación retrógrada e injerto óseo constituye una técnica de tratamiento efectivo para el sellado del conducto a nivel apical y la regeneración de defectos periapicales de gran tamaño, en las lesiones endoperiodontales es necesario realizar tanto el tratamiento endodóntico, como el periodontal, siendo el tratamiento endodóntico habitualmente el que se realiza primero”<sup>5</sup>.

**Coelho R.et al.(2020)** Presenta su investigación realizada en Brasil titulada “Apicectomía e obturação retrógrada de dente com calcificação radicular interna: relato (Apicectomía y obturación retrógrada de diente con calcificación radicular interna: reporte de caso) es un estudio descriptivo elaborado a partir de un reporte de caso de una paciente de 43 años, quien buscó el servicio de la Clínica de Atención Primaria III de la Facultad de Odontología de Pernambuco de la Universidad de Pernambuco, para tratamiento endodóntico del diente 13, el colgajo quirúrgico de elección fue el de Neumann, concluyen afirmando que la cirugía de apicectomía es una indicación para dientes con raíces completamente calcificados y sin posibilidad de retratamiento endodóntico convencional, a través de esta maniobra quirúrgica, es posible tener regresión de la lesión, reparación de tejido endodóntico, periapical y estructura ósea, preservando el diente forma eficaz”<sup>6</sup>.

**Dian F.et al.(2020)** la investigación realizada tiene como título “Apicectomía y enucleación en incisivo lateral maxilar con quiste radicular, tratar el incisivo lateral maxilar con pulpa necrótica y quiste radicular mediante apicectomía, cierre retrógrado mediante agregado de trióxido mineral, seguido de enucleación y aplicación de injerto óseo, en una paciente de 28 años que sufría de dolor

recurrente e hinchazón en el área del incisivo superior derecho; tenía antecedentes de traumatismo en dicho incisivo, desde hace 12 años, la prueba de percusión y la prueba de palpación arrojaron resultados negativos, la radiografía de tomografía computarizada de haz cónico mostró lesiones radiotransparentes circulares con un borde radiopaco firme que rodeaba el apical del diente, lo que resultó en una pérdida de hueso cortical en la cara labial, el incisivo lateral maxilar fue diagnosticado como pulpa necrótica con quiste radicular, es de señalar que el tratamiento de endodoncia convencional se realizó en dos visitas utilizando hidróxido de calcio como medicamento intracanal seguido de restauración de resina compuesta de clase I; el procedimiento de apicectomía se realizó en la tercera visita utilizando agregado de trióxido mineral como material de relleno retrógrado seguido de enucleación de quistes radiculares y aplicación de injerto óseo como material de regeneración ósea, se realizó control después del tratamiento mostraron una buena regeneración del tejido óseo, el control postoperatorio en el tercer mes mostró una regeneración funcional del tejido óseo, conclusión, la apicectomía y el cierre retrógrado con trióxido mineral agregado seguido de enucleación y aplicación de injerto óseo es un tratamiento de elección para la necrosis pulpar con el quiste radicular”<sup>7</sup>.

**Abu Hasna A.et al .(2020)**, en su investigación realizada en Brasil, titulada; “Apicoectomy of Perforated Root Canal Using Bioceramic Cement and Photodynamic Therapy; (Apicectomía de conducto radicular perforado con cemento biocerámico y terapia fotodinámica) afirman que la perforación de la raíz es un accidente endodóntico común, su manejo depende principalmente de la desinfección del conducto radicular y el sellado de la zona de perforación evitando cualquier comunicación con el periodonto para evitar la recontaminación, el caso que describen es de un paciente que fue referido para tratar la Perforación de la raíz debido a un tratamiento previo del diente # 22; el diagnóstico fue periodontitis periapical sintomática, consideraron retirar el conducto radicular del n. ° 22 y realizar una intervención quirúrgica (apicectomía) asociada con

antimicrobianos fotodinámicos, utilizaron cemento biocerámico 5MO, como material de obturación del extremo radicular. Realizaron el procedimiento en dos sesiones y control en dos visitas como conclusión: El cemento biocerámico 5MO induce la reparación de la lesión periapical, tiene la capacidad de sellar el área periapical expuesta del diente, y tiene una buena adaptación marginal, consideran que el éxito estuvo relacionado en forma principal a la desinfección del conducto radicular y del sitio quirúrgico”<sup>8</sup>.

### **3.2. Bases teóricas**

La apicectomía elimina una infección que daña a la raíz de un diente y por consiguiente a tejidos adyacentes., se realiza si han fracasado la endodoncia, y cuando no es accesible el extremo final de la raíz, en algunos casos cuando se presenta conductos falsos y también por accidentes en la preparación de conductos como fractura de instrumento.

#### **Motivos para una Apicectomía**

- Frustrado tratamiento radicular.
- Presencia de dilaceraciones en los dientes.
- Dientes con falsos conductos.
- Fractura y alojamiento instrumental de endodoncia.
- En dientes con poste ,perno muñon que impiden su remoción, y que presenten infección en tal caso, deberá efectuarse la apicectomía y la consiguiente obturación retrógrada<sup>9</sup>.

## **APICECTOMÍA**

La cirugía periapical es el tratamiento o prevención de la patología perirradicular con un abordaje quirúrgico, el cual incluye una serie de procedimientos que se realizan para eliminar los síntomas y la lesión.

### **Procedimiento de una Apicectomía:**

1. Diseño del colgajo mucoperióstico
2. Levantamiento del colgajo mucoperióstico
3. Trepanación de la cortical externa
4. Curetaje
5. Resección del ápice radicular
6. Obturación retrógrada

### **2.2.2 LESIONES PERIAPICALES**

“Se da una relación entre la pulpa y los tejidos periapicales debido a proximidad anatómica y su relación fisiológica, al presentarse una inflamación pulpar, causara cambios en el ligamento periodontal, inclusive antes que la pulpa se necrotice el hueso alveolar se perturba y empiezan a presentarse signos radiográficos de la lesión periapical (Escoda, 2004)”<sup>9</sup>.

Fish clasificó en cuatro zonas de alteración presentes en el peri ápice:

1. **De infección:** Localizada cerca al foramen apical y se presenta infiltración leucocitaria, y por bacterias provenientes del conducto radicular.
2. **De contaminación:** no existen bacterias, pero abunda toxinas microbianas
3. **De irritación:** Rodea al foramen apical pocas toxinas, actúan las defensas por lo que hay presencia de osteoclastos.

4. **De estimulación:** Es la más perimétrica abundan fibroblastos quienes elaboran colágeno, dándose por lo tanto formación de matriz orgánica, sobre ella los osteoblastos formarán hueso (Escoda, 2004)<sup>9</sup>.

“La severidad de la lesión periapical dependerá mucho del número de microorganismos, la defensa de nuestro cuerpo, la virulencia de los mismos, y si el individuo presenta una limitada respuesta de defensa por parte de su sistema inmune, se desatará un proceso de inflamación agudo, mientras que, si posee pocos microorganismos, si virulencia se encuentra atenuada y el individuo posee buenas defensas el proceso inflamatorio será crónico”<sup>10</sup>.

### **2.2.3 INDICACIONES**

1. “Dificultades anatómicas que imposibilitan un desbridamiento y obturación integros: circunstancialmente nos encontramos con calcificaciones, torcimientos radiculares muy pronunciadas, que pueden arriesgar el tratamiento endodóntico y no se logre una buena instrumentación, y obturación y pueda ocurrir una filtración apical continua, es preferible intentar un tratamiento de conductos radiculares o retratamiento antes de la cirugía periapical al no lograrse una completa instrumentación y obturación, es posible realizar la resección de la porción no instrumentada y no rellenada de la raíz y colocar una obturación en el extremo de la misma”<sup>10</sup>.

2. “En casos que el tratamiento de conductos ha sido medianamente realizado y por lo tanto hay un fracaso, un retratamiento endodóntico no mejoraría el resultado obtenido, como, por ejemplo; sobre obturaciones, escalones en la instrumentación, y perforaciones”<sup>10</sup>.

3. “En casos de evidencia de patología apical por instrumentos rotos, materiales restauradores, segmentos de pernos, y otros objetos extraños y es imposible efectuar un retratamiento endodóntico”<sup>10</sup>.



4. “Lesiones periapicales grandes que no se resuelven con el tratamiento de conductos radiculares, en ocasiones ciertas lesiones perirradiculares pueden aumentar de tamaño después de un desbridamiento y obturación adecuados”<sup>10</sup>, **García**<sup>10</sup> considera que “La filtración apical continua es el nido de esta lesión en expansión y la resección radicular con la colocación de un sellado apical puede resolverla”<sup>10</sup>.

5. Necesidad de estudio histopatológico de un tejido perirradicular.

## **2.2.4 CONTRAINDICACIONES**

### **2.2.4.1 Enfermedades Periodontales**

Efectuar una cirugía apical ante la existencia de una enfermedad periodontal, ocasionara mal pronóstico, es posible que haya destrucción ósea, bolsas periodontales, ausencia de encía adherida, en tal caso no se recomienda la apicectomía.

### **2.2.4.2 Insuficiente soporte óseo**

El diente perderá de por sí un reducido soporte óseo al realizarse la apicectomía, este hecho será desfavorable, pudiendo provocar una movilidad dentaria, influenciado por la proporción corona-raíz.

### **2.2.4.3 Fracturas radiculares**

Traumatismos por golpes ocasionan fracturas ya sea horizontales o verticales a nivel radicular, en casos también presencia de caries radicular, estos dientes afectados no podrán ser salvados recomendándose su exodoncia, no se puede en esos casos proceder con la apicectomía.

### **2.2.4.4 Cercanía a estructuras anatómicas y zonas de difícil acceso**

La forma de las raíces varia en las personas en algunos casos son largas y pueden estar en contacto con el seno maxilar o el conducto dentario inferior efectuar intervención quirúrgica es muy arriesgado, se puede provocar parestesia inclusive comunicación bucosinusal, además, algunos pacientes, tiene un fondo del vestíbulo muy corto y otros poca apertura bucal, lo que dificulta la apicectomia por que no habrá un buen campo de visión <sup>11</sup>.

#### **IV.- CONTENIDO**

##### **4. DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

###### **ECTOSCOPIA**

Paciente de sexo femenino, con edad aparente de 32 años de edad, con facies aparentemente normal, con biotipo leptosómico con estado de nutrición, ABEN y ABEH, con estado de conciencia lúcido, en posición semisentada y con actitud preferente, no presenta estado de gravedad, refiere molestia en la zona anterior

###### **4.1. Historia Clínica:**

###### **Datos de Filiación:**

- ▶ **NOMBRE Y APELLIDOS:** Margot Tovar Apumayta
- ▶ **EDAD:** 32 años.
- ▶ **SEXO:** Femenino
- ▶ **DOMICILIO:** Rafael Miranda S/N
- ▶ **TELEFONO:**
- ▶ **OCUPACION:** Comerciante
- ▶ **FECHA DE NACIMIENTO:** 01/05/1989

- ▶ **LUGAR DE PROCEDENCIA:** Sapallanga.La Punta
- ▶ **Anamnesis:**
- ▶ **A. MOTIVO DE CONSULTA:** “Me duele el diente”
- ▶ **ENFERMEDAD ACTUAL:** Llega a consulta paciente femenina de 32 años de edad, que hace 2 años le realizaron un tratamiento de rehabilitación, hace 6 meses presentó dolor agudo en una pieza anterior, lo controló tomando pastillas, actualmente solo presenta molestias y se le inflamó la encía, a la inspección clínica se observó enrojecimiento en la encía e inflamación. Refiere que no quiere perder nunca más un diente. Sus expectativas son altas
- ▶ **ANTECEDENTES MEDICOS FAMILIARES:** No refiere.
- ▶ **ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS**
  - ▶ **PATOLÓGICOS:** No refiere
  - ▶ **ANTECEDENTES FARMACÉUTICOS:** No refiere
  - ▶ **QUIRÚRGICOS:** Refiere haber sido sometida a cesárea con su ultimo hijo
  - ▶ **TERAPÉUTICOS RECIENTES:** No refiere
  - ▶ **SUEÑO:** Sin alteración
  - ▶ **SED:** Sin alteración
  - ▶ **PETITO:** Sin alteración
  - ▶ **AMPLIACIÓN:** Afirma que hace un año le extrajeron la primera molar inferior derecha, pese a realizarse una curación.

#### **4.2. Examen clínico general:**

**PESO Y TALLA:** 62 Kilogramos 164 centímetros

**PIEL Y ANEXOS:** Color de piel trigueña sin lesiones aparentes, con nevus en la parte lateral del cuello, temperatura normal de la piel, humedad normal, sin turgencia y buena elasticidad.

#### **SIGNOS VITALES**

- ▶ **PA** : 120/80 mm Hg.
- ▶ **PULSO** : 83 pulsaciones x minuto.
- ▶ **TEMPERATURA** : 37 °C.
- ▶ **FREC. RESPIRATORIA** : 20 respiraciones x minuto.
- ▶ **ESTADOS DEL PACIENTE** : ABEG, ABEN, ABEH, LOTEP.

### **4.3. Evaluación integral**

#### **EXAMEN CLÍNICO ESTOMATOLÓGICO**

##### **EXAMEN EXTRABUCAL**

**FACIE:** Normal

**CRÁNEO:** Normocefalo

**CARA:** Normofacial

**MUSCULOS:** Temporal, Masetero, Pterigoideo Externo, Pterigoideo Interno, Digástrico, Esternocleidomastoideo, Cervicales Posteriores; asintomáticos y con buena tonicidad.

**ATM:** Sin alteración evidente.

**REGIÓN HIOIDEA O TIROIDEA:** Sin lesión aparente

**GANGLIOS:** No presenta ganglios infartados

##### **EXAMEN INTRABUCAL**

##### **TEJIDOS BLANDOS**

**LABIOS Y COMISURA LABIAL:** Labios de color rosado, humectados, comisuras conservadas con presencia de maculas de color marrón de 1 mm aproximadamente en el labio superior.

**CARRILLOS:** De color rosado coral, humectados, presencia de línea oclusal (línea alba), salida de conducto de Stenon permeable sin alteración.

**PALADAR DURO Y BLANDO:** De color rosado coral, rugas palatinas conservadas, rafe medio, sin alteración, no presenta lesión en el paladar.

**ORO FARINGE:** Úvula vibrante, amígdalas aumentadas de tamaño no secretante

**LENGUA:** De tamaño normal, húmedo, ovalada, con saburral en el tercio medio del dorso de la lengua, puntillado múltiple en el tercio medio y anterior de la lengua.

**PISO DE BOCA:** Frenillos sin alteración importante.

**Encías:** Color rosado, textura lisa, ausencia de sangrado, presenta gingivitis leve asociado a placa bacteriana

**FRENILLOS:** Situación y posición normal

**SALIVA:** Fluida.

## **TEJIDOS DUROS**

**MAXILARES:** Maxilar superior forma ovoide; Maxilar Inferior ovoide

## **DIENTES**

**NUMERO:** 26 dientes

**ZONAS EDÉNTULAS Y REBORDE ALVEOLAR:** No presenta

## **ANÁLISIS DE PIEZA DENTARIA SÍNTOMÁTICA**

**PZA N° 1.2**

**INSPECCIÓN:** Presenta corona.

**PERCUSIÓN:** Presenta molestias a la percusión vertical y horizontal

**EXPLORACIÓN:** Se registra microfiltración

**Palpación:** No presenta movilidad

**PVP: Frio:** No presenta **Calor:** No presenta

## **OCLUSIÓN**

**RELACIÓN MOLAR.- DERECHA** No reg. ; **IZQUIERDA** No reg.

**RELACIÓN CANINA. - DERECHA Clase I ; IZQUIERDA Clase I**

**Línea media:** No registrable

**TRAYECTORIA MANDIBULAR:**

**APERTURA:** Hacia el lado derecho **CIERRE;** **hacia** el lado izquierdo

**DIMENSIÓN VERTICAL:** Fisiológica

**GRADO DE APERTURA BUCAL:** Amplia normal

**OVER BITE:** No reg. **OVER JET:** No reg.

**INTERFERENCIAS OCLUSALES:** Ninguna

**MOVIMIENTOS EN CÉNTRICA:** Desviación hacia el lado derecho

**MOVIMIENTOS EXCÉNTRICOS:** Ningún contacto al lado de balance

**POSICIÓN DE REPOSO Y ESPACIO LIBRE:** 2mm de espacio libre

#### **4.4. Diagnóstico y pronóstico**

**DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO:**

**DEL ESTADO GENERAL**

Presenta aparente buen estado de salud general; no presenta enfermedades sistémicas, no requiere interconsulta.

**DE LAS CONDICIONES ESTOMATOLÓGICAS**

Diente superior lateral izquierdo con absceso periapical

**EXAMENES AUXILIARES Y OTROS**

**Figura 1. Radiografía periapical**



Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza

Se observa: IRO compatible con corona protésica, pilar de puente protésico, sobreobtusión de conducto radicular, imagen radiolúcida en relación probable a lesión osteolítica periapical que presenta límites definidos y bordes no corticalizado.

**Diagnóstico del estado dentario:**

Diagnóstico definitivo:

Periodontitis apical crónica, por terapia endodóntica inadecuada del diente 12

**4.5 Pronóstico: favorable**

Pronóstico: cuyos factores son tamaño de la lesión periapical, sellado de los conductos por la endodoncia y la presencia de lesiones periodontales acompañantes.

## **V.- PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL**

### **5.1. Formulación del Plan de tratamiento general**

Iniciamos aplicando anestesia infiltrativa, la cirugía se efectúa a través de una pequeña incisión semilunar, que nos facilita la entrada a la zona infectada. Extirpamos el ápice dental y se procede a drenar los tejidos adyacentes, para luego realizar una limpieza y se procede al sellado de los conductos, para precaver que vuelva a crearse infección dental en la zona como último paso se sutura la pequeña incisión.

Ayala (2012) “La técnica debe realizarse de una forma reglada y comprende: anestesia correcta, incisión, despegamiento del colgajo mucoperiostico, osteotomía, raspado periapical, resección radicular, tratamiento radicular (obturación retrograda), sutura y cuidados postoperatorios”<sup>6</sup>.



## CASO CLÍNICO

### APICECTOMÍA EN PIEZA ANTERIOR 1.2

**Figura 2.** Fotografías Intraorales



OCCLUSAL



OCCLUSAL DERECHA



OCCLUSAL IZQUIERDA

Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza



OCLUSAL SUPERIOR



OCLUSAL INFERIOR

Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza

**Figura 3.** Colocación de anestesia



Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza

**Figura 4. Incisión**



Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza

**Figura 5. Depegamiento del colgajo**



Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza

**Figura 6. Apicectomía**



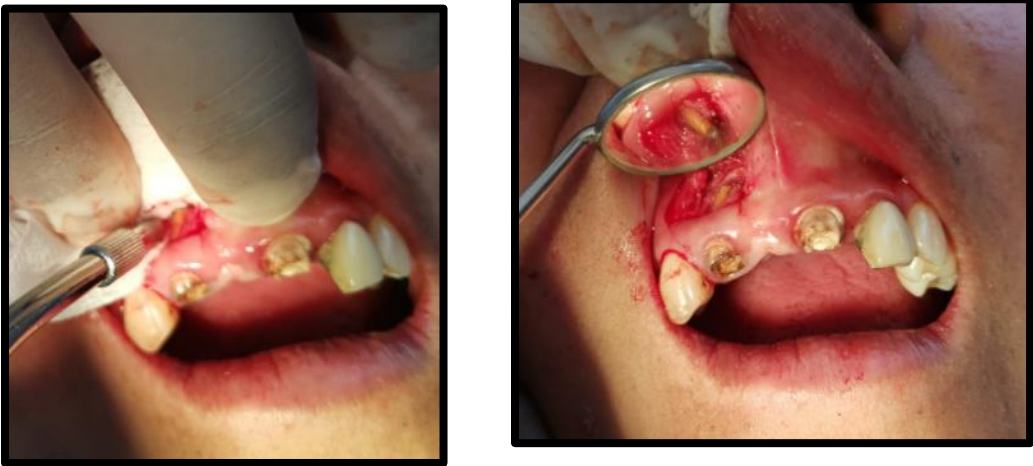
Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza

**Figura 7. Irrigación**



Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza

**Figura 8.** Colocación de MTA



Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza



Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza



**Figura 9.** Sutura



Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza

**Figura 10.** Radiografía de control



Autor: Carla Milagros Gardeña Mendoza

## 5.2. Plan de control y mantenimiento

El paciente después de la intervención quirúrgica (Apicectomía) deberá seguir una dieta blanda y a base de alimentos fríos en el lapso de las 24 horas posteriores a la cirugía, no debe masticar con el diente intervenido o afectado, tampoco con los adyacentes, evitar fumar en las horas subsiguientes, asistir al control los primeros 15 días y cuando se presenten algunos signos o síntomas deberá comunicar al odontólogo tratante.

### Antibioterapia Post Cirugia

- Amoxicilina 500 mg VO cada 6 horas por 5 días.
- - Dexametasona 04 mg IM cada 12 horas por 2 días.
- - Ketorolaco 60 mg IM cada 12 horas por 2 días.
- - Antisépticos bucales con clorhexidina libre de alcohol
- - Programación del paciente para control de la evolución y retiro de puntos a los 8 días posteriores a la intervención.
- - Programación del paciente para control de la evolución 2 meses

## VI.- DISCUSION

Cortés<sup>4</sup>, “en el caso clínico de una paciente femenina de 45 años de edad que refería dolor al fondo del surco en el área anterior del maxilar superior desde hace 4 meses, se realizó un tratamiento de conducto en la pieza 1.1, la radiografía mostró, una extrusión del cono de gutapercha hasta el hueso alveolar y se sometió a una cirugía periapical como tratamiento, realizada la apicectomía seccionando 3 mm del ápice junto con la extrusión del cono de gutapercha y acompañado de un sellado apical, tuvo un resultado exitoso”<sup>4</sup>. El caso nuestro cuyo tratamiento fue de un diente anterior 22, con sobre obturación, se efectuó el tratamiento tan igual como lo describe Cortés<sup>4</sup> en su caso seccionaron 2 mm, eliminando el cono sobrante extruido, y sostenemos que teniendo en cuenta a muchos autores después de haber transcurrido 6 meses del tratamiento, no se presenta dolor ni alteración en los tejidos blandos debemos considerarlo un éxito ya que el diente sigue cumpliendo su función y el tamaño de la lesión disminuye notablemente. Conforme a lo estipulado por Jarrin<sup>5</sup> “La técnica debe realizarse de una forma reglada y comprende: anestesia correcta, incisión, despegamiento del colgajo mucoperiostico, osteotomía, raspado periapical, resección radicular, tratamiento radicular (obturación retrograda), sutura y cuidados postoperatorios presentan el caso ocurrido tras el fracaso del tratamiento endodóntico, observaron una lesión quística en el periápice, en una paciente femenina de 39 años de edad, determinaron una tumefacción de consistencia blanda que estaría afectando la integridad del tejido óseo, sin sintomatología, las pruebas de vitalidad pulpar resultaron negativas, al examen radiográfico se



observó una sombra radiolúcida compatible con lesión periapical crónica que afecta a las piezas dentales 11 y 12, decidieron efectuar la cirugía periapical con apicectomía, y con sellado apical retrógrado y enucleación de la lesión quística”<sup>5</sup>. El protocolo descrito, fue el que seguimos en nuestra paciente, nosotros observamos en nuestra paciente tratada sobreobtención de conducto radicular, imagen radiolúcida en relación probable a lesión osteolítica periapical que presenta límites definidos y bordes no corticalizado. Al respecto consideramos que siempre debe estar presente que el retratamiento endodóntico debe estar por delante del tratamiento quirúrgico, ya que existe evidencia de una mejor cicatrización en el alveolo.

Abu Hasna<sup>8</sup> et al, afirman categóricamente que la perforación de la raíz es un accidente endodóntico común, su manejo depende principalmente de la desinfección del conducto radicular y el sellado de la zona de perforación evitando cualquier comunicación con el periodonto para evitar la recontaminación. Esta apreciación se debe considerar en el diagnóstico para realizar una apicectomía.

## **VII.- CONCLUSIONES**

En base al objetivo propuesto en el reporte de suficiencia profesional concluimos:

- La Apicectomía es una forma de tratamiento disponible, exitoso para el tratamiento de diversas patologías radiculares
- El producto con el que se cierra el tercio apical no debe irritar a los tejidos aledaños.
- Se logró alcanzar la regeneración los de los tejidos peri apicales y se logró eliminar los signos y síntomas del periápice.
- La radiografía de control post tratamiento quirúrgico es muy importante ya que gracias a esta podemos valorar el resultado final de nuestro tratamiento realizado.

## **VIII.- RECOMENDACIONES**

- Estos tratamientos deben ser, más acreditados en la estructuración académica, otorgando a los estudiantes habilidad y destrezas, en la realización del tratamiento de apicectomía.
- Este tipo de tratamiento, no es apto para todos los casos, se debe llevar a cabo correctamente, las probabilidades de éxito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beltrán A. et al. Manejo interdisciplinario de periodontitis apical crónica por medio de apicectomía y aplicación de PRF. Revista científica, tecnológica y humanística, 2020, vol. 62.
2. Gómez V. Apicectomía quirúrgica propuesta de un protocolo basado en evidencia. Elsevier. ELSEVIER DOYMA. 2011.
3. Agama D. Estudio de la efectividad de la apicectomía como tratamiento quirúrgico conservador del órgano dentario. [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad de Guayaquil.2019.65 p.
4. Cortés J. Apicectomía en dientes anterosuperiores con sobreobtención endodóntica: Título de cirujano dentista. Guayaquil; 2019.
5. Jarrín, M. et al. Tratamiento de lesión periapical con obturación retrógrada e injerto óseo. Reporte de un caso. Odontología sanmarquina 22.3. 2019: 205-210
6. Coelho R.et al. Apicectomia e obturação retrógrada de dente com calcificação radicular interna: Relato de caso. Research, Society and Development, 2020, vol. 9, no 9, p. e327997390-e327997390.
7. Dian FH, Kristanti Y, Hadriyanto W. Apicectomía y enucleación en incisivo lateral maxilar con quiste radicular. JBBBE 2020; 48: 92–8. <https://doi.org/10.4028/www.scientific.net/jbbbe.48.92>.
8. Abu Hasna A. et al. Apicectomía de conducto radicular perforado con cemento biocerámico y terapia fotodinámica. Revista Internacional de Odontología, 2020, vol. 2020.Torres F. Cirugía periapical en lesiones del periápice. Título de Cirujano Dentista. Ecuador; 2014.
9. Cosme G. Cirugía Bucal. España: Panamericana; 1999.
10. García A. Cigurgía.La Habana: Ecimed; 2006.
11. Chiapasco M. Cirugía Oral. España: Masson; 2002.

12. Consentimiento, informado, [citado el 24 de Junio del 2021]. Disponible en:  
<https://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/cirugiaApical.pdf>.

## ANEXOS

### Anexo 1 Consentimiento informado<sup>12</sup>

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA CIRUGÍA PERIAPICAL Y APICECTOMÍA

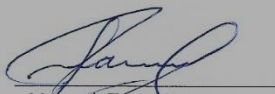
Yo, **MARGOTH TOVAR APUMAYTA**. COMO PACIENTE, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el cirujano abajo firmante, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, la Bachiller en Odontología Gardeña Mendoza Carla Milagros para que me sea realizado el procedimiento denominado APICECTOMÍA EN PIEZA ANTERIOR 12, Me doy por enterada/a de los siguientes puntos relativos a dicho procedimiento: La cirugía oral se hace necesaria para el tratamiento de muy diversos problemas y patologías de la cavidad oral. Entre dichas patologías se encuentran las lesiones periapicales y de los ápices (raíces) radicales de los diversos dientes, para cuyo correcto tratamiento se hace necesaria la cirugía periapical. Como consecuencia de una caries, patología dental o un traumatismo dental se puede producir una necrosis de la pulpa, seguida de una infección crónica en la región apical o periapical de su raíz, que con el tiempo desarrolla un granuloma periapical y en ocasiones quistes dentarios. El paso inicial para tratamiento de estas lesiones suele ser la endodoncia (matar el nervio) del diente afectado y, en caso de fracaso de la misma, no resolución completa de la lesión o gran tamaño de la misma, se realiza la apicectomía de todas las raíces afectadas. La apicectomía es la extirpación del extremo final de una raíz dental, con limpieza de la cavidad residual y obturación y sellado de los conductos radicales cuando ésta fuese incompleta. He sido informado y entiendo que la realización de esta intervención NO GARANTIZA la permanencia de la pieza dental en cuestión en mi boca, siendo en ocasiones necesaria la extracción de la misma. En casos indicados es necesaria la reconstrucción del lecho quirúrgico mediante injertos de hueso, fracción plasmática rica en factores de crecimiento del propio paciente u otros materiales sintéticos, con el fin de asegurar el éxito y viabilidad de los dientes tratados. Todos estos procedimientos tienen el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no están exentos de complicaciones, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes: • Alergia al anestésico, o medicaciones utilizados antes, durante o después de la cirugía. • Hematoma, hemorragia e inflamación postoperatoria de la zona intervenida • Infección postoperatoria del lecho quirúrgico y/o materiales utilizados. • Apertura de los puntos de sutura. • Daño a

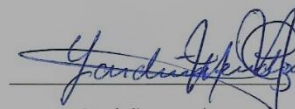
los dientes vecinos. • Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior). • Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la

(de la lengua y del gusto). • Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva. • Infección de los tejidos o del hueso. • Sinusitis. • Comunicación entre la boca y la nariz o los senos maxilares. • Fracturas óseas. • Rotura de instrumental Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del procedimiento .....Apicectomía..... Además en entrevista personal con el bachiller en Odontología .....Gardeña Mendoza, carla Milagros ..... he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él puedo obtener. Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me practique ...Apicectomía en la pieza 1.2.... así mismo se tomaran fotografía para uso académico para lo cual accedo Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones ....ninguna..... Y, para que así conste, firmo el presente original después de leído, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En Huancayo, Julio de 2021

  
Margoth Tóvar Apumayta

  
Gardeña Mendoza  
Carla Milagros  
Bach en Odontología



Anexo 2

#### CONSIDERACIONES ETICAS

YO GARDEÑA MENDOZA CARLA MILAGROS , con DNI 46786867, domicilio legal Jr puno 935 Dpto 412 -lima, bachiller egresado de la Universidad Peruana Los Andes de la facultad de Odontología , me comprometo a asumir las consecuencias administrativas o de carácter penal que diese a lugar si en la elaboración de mi investigación titulada:” **Apicectomía en pieza anterior**” , se haya consignado datos falseados , plagio , auto plagio et , por lo que declaro que dicho trabajo de investigación es de mi autoría , con datos auténticos , reales con respecto a normas de carácter internacional referentes a las citas sobre fuentes consultadas

Huancayo, julio del 2021

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Yordana Mendoza', written over a horizontal line.

Firma

DNI 46786867

