

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título: APICECTOMÍA

Para optar el Título profesional de: Cirujano Dentista

Asesor: MG. HOSPINAL ESCAJADILLO JANE

Autor: JAIME HOMAR SOTO HUERE

Línea de investigación institucional..... Salud y Gestión de la Salud

Línea de Investigación de la escuela profesional de:Odontología

Lugar de investigación: Huancayo

Huancayo – Perú

2021

DEDICATORIA

Para ti madre por todo lo que has hecho por verme realizada, para ti padre gracias por todo el esfuerzo que pusiste para sacarme adelante.

AGRADECIMIENTO

Es eterno mi agradecimiento no solo a uno, sino a ese conjunto que estuvieron detrás mío tanto docentes como familiares muchas gracias.

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
INTRODUCCION.....	7
CAPÍTULO I.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	8
1.2. Justificación	8
1.3. Objetivo General	8
CAPÍTULO II.....	9
MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes de la Investigación.....	9
2.2. Bases Teóricas	10
CAPITULO III	14
CASO CLÍNICO	14
CONCLUSIONES.....	22
APORTES	23
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	24

RESUMEN

La apicectomía es una técnica de tratamiento cuando se agotaron tratamientos alternos para poder salvar un diente de una exodoncia según sea el caso, técnica y materiales utilizados hay varios.

El caso clínico que se presenta a continuación tiene como objetivo determinar la efectividad de una apicectomía en un tratamiento endodóntico en el sector posterior, y aportar un grano de arena a la comunidad de una técnica más que se sigue utilizando hoy en día. y si tenemos el conocimiento adecuado y la práctica constante estamos expuestos al éxito en la realización de este tratamiento.

La cirugía periapical ha tenido un gran avance gracias ya que se incorporaron nuevos avances diagnósticos y técnicos, esta se ha convertido en una técnica habitual, la cual se debe realizar con ciertas precauciones y condiciones para poder conseguir un tratamiento con éxito¹.

Se han manejado más tratamientos de apicectomía en el sector anterior pero cuando hablamos del sector posterior tenemos que tener más cuidado ya que se compromete otras estructuras y también la morfología de sus raíces ya que se presentan en diferentes variedades por eso es importante diagnosticar bien con la ayuda de las técnicas auxiliares. Los tratamientos en molares se realizan con técnicas y con relleno de amalgama de plata, esta técnica bien realizada posee grandes resultados².

Palabras clave: **Apicectomía, foco infeccioso, resección.**

ABSTRACT

Apicoectomy is a treatment technique when alternative treatments are exhausted to be able to save a tooth from an extraction as the case may be, there are several techniques and materials used.

The objective of the clinical case presented below is to determine the effectiveness of an apicoectomy in an endodontic treatment in the posterior sector, and to contribute a grain of sand to the community of one more technique that is still used today. and if we have adequate knowledge and constant practice we are exposed to success in performing this treatment.

Periapical surgery has made great progress thanks to the incorporation of new diagnostic and technical advances, this has become a common technique, which must be performed with certain precautions and conditions in order to achieve successful treatment¹.

More apicoectomy treatments have been handled in the anterior sector but when we talk about the posterior sector we have to be more careful since it compromises other structures and also the morphology of its roots since they are presented in different varieties, that is why it is important to diagnose well with the help of auxiliary techniques. Molar treatments are performed with techniques and with a silver amalgam filling, this well-performed technique has great results².

Key words: Apicoectomy, infectious focus, resection.

INTRODUCCION

Existen diversos motivos por los cuales se deben realizar este tipo de tratamientos quirúrgicos y los profesionales dentistas debemos estar prestos para realizarlos, conociendo correctamente la realización y procedimientos adecuados de este tratamiento. Los focos infecciosos deben ser eliminados para poder preservar la pieza dentaria posterior que es importante para la masticación y preservar la oclusión y no presentar daños posteriores a las articulaciones temporomandibulares³.

La radiografía como medio de diagnóstico auxiliar es indispensable ya sea la técnica requerida o el tipo de radiografía a indicar según sea el caso se hará un plan de tratamiento siguiendo los protocolos quirúrgicos para una apicectomía .

Muchos pueden ser los casos a que puedan llegar a una muerte pulpar y los tratamientos de conductos son los indicados para estos tipos de casos para que no se pueda perder dichas piezas pero al agotar dicho tratamiento y pasa a una complicación mayor se optará por una apicectomía ⁴.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción de la realidad problemática

Actualmente sabemos que el principal factor etiológico de las enfermedades pulpares es la caries dental. Si las caries no son atendidas, los microorganismos y toxinas producidas durante este proceso pasarán a través de los túbulos dentinarios y afectarán a la pulpa dental, ya en el tratamiento endodóntico se realiza la extirpación completa del tejido pulpar inflamado o todos los restos necróticos del sistema de conductos radiculares. Debido a la naturaleza compleja e irregularidad de la anatomía del conducto radicular, residuos orgánicos e inorgánicos y las bacterias no se pueden quitar por completo, por esta razón, las soluciones de riesgo usados en endodoncia, sino también la eliminación de los desechos, restos de tejidos y los microorganismos⁵.

1.2.Justificación

La mala fama de la cirugía y la razón del pobre extracto mía se debe que se realiza sin ver adecuadamente el campo quirúrgico utilizando microscopios quirúrgicos instrumentos diseñados para la aplicarse cifra por encima del 90% es una cirugía mínimamente invasiva pequeña y una ventana de osteotomía en tan sólo cuatro milímetros se refiere a la remoción de la proporción apical de la raíz proporcionando indicaciones procedimientos son variables y razón para su uso en el caso individual o en entorno apical de la raíz.

1.3.Objetivo General

Determinar mediante la técnica de apicectomía y obturación con amalgama la efectividad en una pieza dentaria posterior.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

- **AYALA Y.** Introdujo una investigación en el 2012 llamada **“Estudio de la técnica apicectomía como tratamiento quirúrgico dental anteriores superiores con fracaso endodóntico”**, teniendo como objetivo despertar el interés en estos tipos de tratamientos en los alumnos así como también concientizar a los pacientes a no llegar a tratamientos como la exodoncia habiendo tratamientos alternativos como es la apicectomía con un análisis de tipo descriptivo bibliográfico⁶.
- **GARCIA B, et al. 2005** en su trabajo de investigación **“Cirugía periapical en dientes posteriores maxilares”**. Hizo un análisis sobre cirugías periapicales en el sector posterior de los maxilares con búsquedas bibliográficas y artículos científicos y revistas españolas con casos de más de 25 piezas dentarias con seguimiento de 6 meses como mínimo, llegando a la conclusión que las cirugías periapicales con proximidad al seno maxilar son indicadas y no hay contraindicación alguna. ⁷.
- **PEÑARROCHA M, SANCHIS B, ESCODA C. 2001**, en su trabajo de investigación titulado **“Cirugía periapical en 31 molares inferiores mediante la técnica de ultrasonidos y relleno retrógrado con amalgama de plata”**. Utilizaron en diversos pacientes con dientes endodonciados, con signos de (fístula, dolor, tumefacción) y con evidencia radiográfica y dientes con patología y que se imposibilitan para realizar un retratamiento

endodóntico, dientes endodonciados donde los pacientes no aceptaron el retratamiento endodóntico⁸.

- **TORRES F. 2014** en su caso clínico titulada “**Cirugía periapical en lesiones del periápice**”. Nos incluye un caso clínico con procesos periapicales del sector anterior superior 2.1 y 1.1 con procesos de fistula evidenciando con sus tomas radiográficas que dichas piezas estaban endodonciadas por lo que el plan de tratamiento fue realizar cirugías periapicales el cual el tratamiento resulta exitosa y con pronostico bueno y a los controles sin ningún problema evidente⁹.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Apicectomía

Llega hacer la eliminación del ápice de una pieza dentaria por medios quirúrgicos, es un procedimiento más cuando el tratamiento endodóntico ha fracasado y únicamente necesita este tipo de tratamiento.

Indicaciones:

- El fracaso del tratamiento radicular.
- En dientes con dilaceraciones que hagan inaccesible el ápice radicular.
- En dientes que presentan falsos conductos.
- En dientes cuyos conductos se han fracturado y alojado un instrumento de endodoncia.
- En dientes portadores de pivots, jacket-crowns u otras obturaciones que imposibilitan la extracción de las mismas para efectuar un nuevo tratamiento radicular; en ese caso, deberá realizarse la apicectomía y la obturación retrógrada del conducto con amalgama¹⁰.

2.2.2 LESIONES PERIAPICALES

Por su proximidad anatómica y su relación fisiológica, existe una estrecha relación entre la pulpa y los tejidos periapicales, la inflamación pulpar causa cambios inflamatorios en el ligamento periodontal, incluso antes de que la pulpa se convierta en necrótica totalmente, tarde o temprano el hueso alveolar se afecta y comienzan a aparecer signos radiográficos de la lesión periapical (Escoda, 2004).

En el periápice se desencadena una serie de alteraciones que Fish clasificó en cuatro zonas:

1. **De infección:** La más cercana al foramen apical y se caracteriza por la gran infiltración leucocitaria y por la presencia de bacterias que provienen del conducto radicular.
2. **De contaminación:** Situada alrededor de la anterior, en la cual no existen bacterias, pero hay presencia de toxinas microbianas o por degradación de polipéptidos con gran infiltración linfocitaria y de células redondas.
3. **De irritación:** Rodea la anterior, tiene una concentración baja de toxinas, por lo que se neutraliza por las defensas del organismo. Existen osteoclastos que se encargan de reabsorber el hueso necrótico, histocitos que fagocitan y células redondas.
4. **De estimulación:** Es la más periférica y en ella se encuentran los elementos fibroblásticos que elaboran el colágeno, por lo que se inicia la formación de la matriz orgánica sobre la cual los osteoblastos formarán hueso (Escoda, 2004).

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 crónico¹¹.

2.2.3 Tener presente para poder acceder a tratamiento.

- Piezas con problemas en la raíz como los problemas de obturación de conductos o dilaceraciones.
- Cuando los casos de retratamiento han fracasado.
- Iatrogenias por el operador.
- Necesidad de estudio histopatológico de un tejido perirradicular¹².

2.2.4 CONTRAINDICACIONES

2.2.4.1 Enfermedades Periodontales

Realizar una cirugía apical en presencia de una enfermedad periodontal dará un mal pronóstico debido a la gran destrucción ósea, presencia de bolsas periodontales y la falta de encía adherida, por lo tanto, no es recomendable la apicectomía en estos casos.

2.2.4.2 Insuficiente soporte óseo

La pieza dentaria suele perder una pequeña parte de soporte óseo cuando se realiza la apicectomía por tanto esto es desfavorable en la proporción corona raíz ya que dará una movilidad dentaria hasta la pérdida del diente.

2.2.4.3 Fracturas radiculares

Diferentes tipos de golpes o traumatismos pueden provocar fracturas tipo vertical u horizontal a nivel radicular o incluso caries radiculares activas por lo tanto estas piezas dentarias afectadas no pueden ser salvadas mediante una apicectomía por lo que el único tratamiento es la extracción.

2.2.4.4 Cercanía a estructuras anatómicas y zonas de difícil acceso

La morfología radicular varía en los pacientes, existen casos en que las raíces son muy largas y están en contacto con el conducto dentario inferior o el seno maxilar, por lo tanto, realizar la intervención quirúrgica es muy peligroso ya que se provocara una parestesia del nervio o una comunicación bucosinusal¹³.

CAPITULO III

CASO CLÍNICO

Resumen de la historia clínica

Anamnesis:

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad se presenta a la consulta manifestando que le molesta su diente y varias veces se le inflamo el lado izquierdo.

Manifiesta también que se hizo una endodoncia hace 8 meses de la cual los primeros meses no molestaba, pero poco a poco la molestia se iba acrecentando.

Antecedentes:

Paciente refiere no tener ningún antecedente de riesgo, ni factores que podrían determinar una posible enfermedad a futuro.

Examen Clínico:

A la ectoscopia el paciente se encuentra en aparente buen estado de salud general, aparente buen estado de salud nutricional y de hidratación, además de estar lucido, orientado en tiempo, espacio y persona.

A la inspección notamos que la pieza 2.6 es la que manifiesta dolor a la percusión en vertical y horizontal al calor también siente molestia.

Exámenes complementarios:

En la radiografía periapical una imagen radiopaca compatible con material de obturación entre las raíces, se puede notar una pequeña sobre obturación en la raíz mesial de la pieza, se observa un ensanchamiento del espacio del ligamento periodontal, se observa una pequeña imagen radiolúcida a nivel apical de la raíz mesial.

Fig.1 FOTOGRAFÍAS INTRAORALES



SUPERIOR



INFERIOR



FIG.2 RADIOGRAFÍA PERIAPICAL

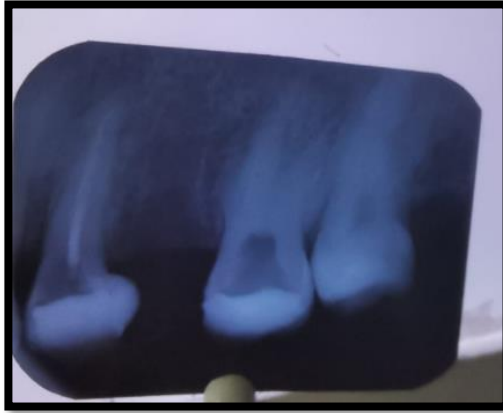


FIG.3 COLOCACIÓN DE LA ANESTESIA PZA 2.6



FIG.4 INCISIÓN



FIG.5 COLGAJO





FIG.6 RESECCIÓN DEL ÁPICE





FIG.7 LAVADO E IRRIGACIÓN



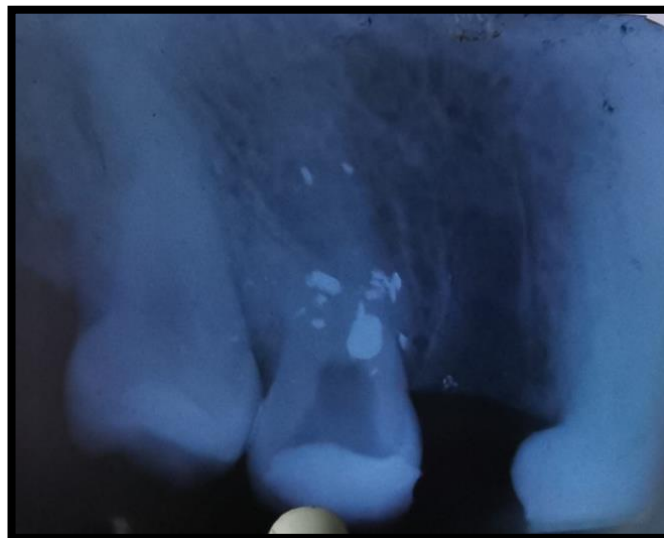
FIG.8 PREPARACIÓN Y COLOCACIÓN DE LA AMALGAMA



FIG.9 SUTURA



RADIOGRAFÍA DE CONTROL POST TRATAMIENTO QUIRÚRGICO



CONCLUSIONES

- Se logró alcanzar la regeneración los de los tejidos periapicales y se logró eliminar los signos y síntomas en el paciente.
- La radiografía de control post tratamiento quirúrgico es muy importante ya que gracias a esta podemos valorar el resultado final de nuestro tratamiento realizado.
- Se concluye que el tratamiento de la apicectomía se realiza a través de pasos correctos para unos adecuados resultados favorable.
- La técnica aplicada con amalgama sigue siendo una técnica de años y eficientes, con los nuevos biomateriales introducidos en los tratamientos podemos decir que han revolucionado este tratamiento pero no deja de ser la amalgama dental eficiente por años.

APORTES

- Las apicectomías en molares son mucho más dificultosas ya que existe un paquete vasculo – nervioso cercano, que tomando en cuenta algunos estudios se halla de 3.5 a 5.4 mm de distancia y la difícil accesibilidad a las raíces.
- Según muchos autores después de haber pasado los 6 meses de este tratamiento, si no existe dolor, ni inflamación en tejidos circundantes debemos considerarlo como exitoso ya que la pieza dentaria sigue preservando su lugar en la cavidad oral y cumpliendo sus funciones.
- Antes de realizar este tratamiento se debe de considerar primero realizar un retratamiento endodóntico ya que existe evidencia que puede traer una mejor cicatrización.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. CIRUGÍA BUCAL - Cosme Gay Escoda y Leonardo Berini Aytés - Ediciones Ergon - Majadahonda. Madrid. 2006.
2. García A. Cirugía. La Habana: Ecimed; 2006.
3. Ayala Y. estudio de la técnica de apicectomía como tratamiento quirúrgico en dientes antero superior con fracaso endodóntico. (Tesis para la graduación previo a la obtención del título de Odontólogo). Ecuador: Universidad de Guayaquil, Guayaquil; 2012.
4. Gómez V. Apicectomia quirúrgica propuesta de un protocolo basado en evidencia. Elsevier. ELSEVIER DOYMA. 2011.
5. CIRUGÍA BUCAL. PATOLOGÍA Y TÉCNICA - M: Donado. - 2º Edición - MASSON, S.A - Barcelona- Madrid. 1998.
6. Ayala Y. Estudio de la técnica de apicectomía como tratamiento quirúrgico en dientes antero superior con fracaso endodóntico. (Tesis para la graduación previo a la obtención del título de Odontólogo). Ecuador: Universidad de Guayaquil, Guayaquil; 2012.
7. García B, Martorell L, Martí E. Cirugía periapical en dientes posteriores maxilares. Cirugía Bucal 2005: Pag 146-148.
8. Peñarrocha M, Sanchis B, Escoda C. Cirugía periapical en 31 molares inferiores mediante la técnica de ultrasonidos y relleno retrógrado con amalgama de plata. Patología quirúrgica 2001: Pag 376-380.
9. Torres F. Cirugía periapical en lesiones del periápice. Título de Cirujano Dentista. Ecuador; 2014.

10. Regezi, Sciuba PATOLOGÍA BUCAL - . 2º Edición. Inetramericana Mc Graw Hill.
1995 - México.
11. Goaz Pw, Sc White RADIOLOGÍA ORAL: PRINCIPIOS E INTERPRETACIÓN
3a. ed. Madrid: Gosby/Doyma; 1995
12. Chiapasco M. Cirugía Oral. España: Masson;2002.
13. Berman L, Blanco L, Cohen S. Manual clínico de traumatología dental.
1ra.Edición. Amsterdam: Elsevier; 2008