

Apicectomía

consideraciones sobre su técnica (*)

Dr. MARIO J. SCARRONE (**)

PALABRAS CLAVES: — APICECTOMIA
— ENDODONCIA
— FOCOS APICALES

I) Introducción

La necrosis pulpar es el elemento etiológico más frecuente de las complicaciones infecciosas periapicales. Dentro de éstas se agrupan cuadros agudos y crónicos que los diversos autores sistematizan en diferentes clasificaciones. Su tratamiento se realiza mediante la endodoncia, la cirugía o bien con técnicas mixtas.

Las técnicas quirúrgicas que se emplean para ese fin, comenzando desde la más conservadora hasta llegar a la más radical, son: el curetaje apical, la apicectomía, la radiclectomía, el reimplante y la extracción dentaria. Como es obvio, la última representa un plan de tratamiento totalmente radical, pero hay que recordar que en numerosas oportunidades, ya sea por factores loco-regionales o generales, se recurre a ella para solucionar con éxito el problema de infección periapical.

En el presente trabajo nos limitaremos a realizar algunos comentarios acerca de la apicectomía.

II) Tema

Son múltiples los elementos a tener en cuenta si se quiere lograr el éxito final con esta técnica. Al decir del Prof. Ries Centeno, la

apicectomía es "la operación de los mil detalles". Considera, basado en su amplia experiencia, que en ésta más que en cualquier otra técnica quirúrgica bucal, el cuidado del detalle es fundamental. Sin el ánimo de agotar cada numeral, pero sí tratando de dar elementos que colaboren en el cuidado de esos detalles, desarrollaremos el tema de acuerdo al siguiente esquema:

1) Indicaciones

2) Técnica

- A) ANESTESIA
- B) COLGAJO
- C) OSTEOTOMIA
- D) CURETAJE
- E) APICECTOMIA
- F) OBTURACION DE CONDUCTO
- G) TOILETTE DE LA HERIDA
- H) SUTURA
- I) INDICACIONES POSTOPERATORIAS

3) Reparación.

1) Indicaciones

Las analizaremos desde dos puntos de vista:

a) *¿Cuándo está indicada la técnica?*

Este tipo de tratamiento es indicado en aquellos casos de patología periapical en que la endodoncia ha fracasado o bien aparece como impotente en su intento de cura. Hay casos en que a pesar de haber practicado un exhaustivo

(*) Recibido para publicar: Mayo de 1981.

(**) Profesor Adjunto de la Cátedra de Clínica Quirúrgica 3º - Facultad de Odontología de Montevideo; Encargado de la Sección Cirugía Buco-Máxilo-Facial del Servicio de Sanidad de las FF.AA.

tratamiento de conducto, el proceso no muestra tendencia a la curación, o bien persiste una secreción del foco que impide el secado del conducto y por lo tanto su perfecta obturación.

La presencia de un obstáculo que impida el abordaje de la zona apical a través del conducto tal como las dilaceraciones radiculares, las calcificaciones, los pernos metálicos e instrumentos rotos, entre otros, es indicación de apicectomía.

La fractura del tercio apical por traumatismos indicaría también esta técnica, para abordar y eliminar el trozo fracturado que actuaría como cuerpo extraño, impidiendo o complicando la cura final.

b) ¿En qué piezas pueda aplicarse esta técnica?

Creemos que todas ellas se pueden apicectomizar. Lógicamente la práctica de ella en piezas posteriores dependerá de diversos elementos como ser la valoración de la pieza en el conjunto de la salud bucal, la relación de los ápices con zonas o elementos vecinos y las características particulares de la boca, pues ésta debe permitirnos el abordaje a zonas posteriores. En estos casos es de destacar la importancia de la experiencia y habilidad del operador.

Por último cabe señalar que es necesario tener en cuenta el estado de salud general del paciente.

2) Técnica

Antes de comenzar a analizarla es de utilidad enumerar los instrumentos necesarios para su realización.

A parte del material imprescindible para la anestesia, aspiración e irrigación se debe contar con:

- Separador tipo Farabeuf. Es conveniente contar con uno de 6 a 8 milímetros de ancho para facilitar la separación y maniobras operatorias.
- Bisturí tipo Bard Parker No. 3 con hoja No. 15.
- Legra fina.
- Tijera de punta fina tipo Josephes.
- Pinzas de disección con diente delicado tipo Addson o Guillies.
- Pieza de mano y ángulo.

- Fresas Redondas No. 8 y si se realiza cavidad para obturación a retro, Redondas Nos. 1 y 2.
- Martillo.
- Cíncel de 3 mm.
- Curetas tipo Miller.
- Cucharitas de dentina.
- Porta-amalgama pequeño (Aguja de punción con trocar).
- Caja de endodoncia (Si se obturará intraoperatoriamente).
- Porta-aguja (Guillies o Mayo).
- Aguja de sutura de sección triangular de 3/8 de círculo No. 3 (medida inglesa).
- Seda 4/0 o bien el material que se mencionará en el numeral referente a la sutura.

A) ANESTESIA

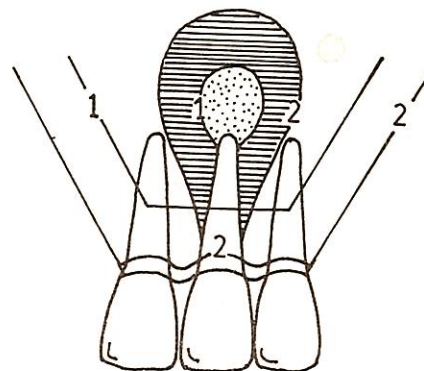
Está indicada la realización de anestesia regional de acuerdo a la zona a intervenir. Esta puede ser complementada, principalmente en casos en que se deba obturar intraoperatoriamente con una infiltración en busca del efecto vasoconstrictor local.

B) COLGAJOS

Todos los colgajos son válidos siempre y cuando cumplan con los requisitos esenciales respecto a la irrigación y extensión y que posean soporte óseo sano al ser reubicados.

Se efectúan corrientemente dos tipos de colgajos, el de Wassmund y el de Newmann. La elección de uno u otro dependerá fundamentalmente del análisis de dos elementos:

- Extensión del proceso en el sentido gingival.
- Grado de reabsorción del limbo óseo alveolar en pacientes con paradenciopatías. (Ver esquema)



Habría un tercer factor a considerar, que es la posibilidad de reconstrucción coronaria por medio de fundas subgingivales en las piezas involucradas en el colgajo. Se afirma que posteriormente al tallado de un colgajo que involucre el borde gingival (tipo Newmann o Williger) se presentará una retracción que dejaría el borde de la preparación a la vista, perdiendo ésta, como es lógico, en calidad estética. Si la incisión que se realiza sobre esa zona es trazada con un buen corte con hoja de bisturí nueva y en la reposición del colgajo se sutura en el sentido vestíbulo palatino en todas las papilas, se puede afirmar que esa retracción es casi nula o no se presenta.

Cuando nos encontramos en presencia de reconstrucciones de tipo subgingival, nuestros esfuerzos se dirigirán a evitar la incisión en esta zona, recurriendo a los colgajos que no involucren el borde libre de encía (Wassmund, Partsch). Debemos recordar que podemos dejar pequeñas bandas de mucosa gingivales al tallar estos colgajos sin correr riesgos de necrosis como se afirmaba clásicamente. Este concepto está respaldado por las investigaciones acerca de la irrigación. Es importante, al reponer un colgajo de esas características, prestar especial atención a la sutura pues, como se verá al analizar el subcapítulo correspondiente, puede presentar cierta dificultad.

C) OSTEOTOMIA

La realización de la osteotomía puede llevarse a cabo con escoplo accionado con martillo o bien por impulsión manual, en caso de procesos amplios en que la tabla externa es débil. Pero en realidad se efectúa preferentemente con elementos rotatorios a fresa (torno convencional o micromotor), eligiendo para tal fin, la fresa redonda No. 8 de tungsteno bajo irrigación de suero fisiológico.

Luego de decolar el colgajo mucoperióstico, si existe huella de lesión ósea apical, ella será la mejor guía para el comienzo de la maniobra, pero si la tabla externa está íntegra, se calcula el largo de la raíz y se comenzará por una zona algo más alta para así no agredir al tercio apical radicular.

En cuanto a la extensión de la osteotomía, clásicamente se recomendaba llevarla a un diámetro por lo menos igual al del proceso. No es necesario llegar a tal extensión, pero sí lo es,

visualizar bien la zona apical para la correcta eliminación del proceso no sólo en vestibular del ápice sino también en su contorno palatino. Para ello es de fundamental importancia un correcto abordaje del foco a través de la trepanación ósea. En caso de procesos muy amplios, una pinza gubia delicada, es un instrumento que se debe tener en cuenta en esta etapa. (Apicectomías que complementan a una cistectomía).

D) CURETAJE

La dificultad que se puede presentar al eliminar el proceso es en su unión con la pieza dentaria, principalmente en el sector palatino o lingual. Es de utilidad valerse para esta maniobra, de cucharitas de dentina apropiadas al tamaño del proceso apical. Esta es una etapa fundamental para el éxito posterior, siendo conveniente realizarla en un mismo tiempo con la apicectomía para que la eliminación de esa porción radicular facilite las maniobras. Los reiterados lavados con suero y la utilización de pequeñas torundas de gasa que se frotan en la cavidad, darán la certeza de que el lecho óseo se encuentra totalmente limpio.

E) APICECTOMIA

En esta etapa también discrepamos con las consideraciones clásicas. Se recomendaba la amputación de la raíz llegando al límite de la zona de osteolisis del proceso. Es suficiente la eliminación de la zona apical, no del tercio apical. Esta práctica tiene una finalidad: la de disminuir la posibilidad de reinfección a través del delta canalicular. Con este proceder, se conservan muchas veces varios milímetros de raíz fundamentales para el posterior funcionamiento estático-dinámico de la pieza.

Los instrumentos que se aconseja usar para esta maniobra son la fresa, de preferencia tronco cónica o redonda, o bien el cincel y martillo. Se debe recordar que si el proceder es este último, se debe proteger la pieza mediante una fijación digital desde la corona.

F) OBTURACION RADICULAR

Creemos que éste sea uno de los puntos más discutidos en este tema. Es evidente que entre la patología del conducto y el proceso apical, existe una relación de causa a efecto. Si se elimina la causa mediante una correcta obturación

de conducto, las posibilidades de éxito en el tratamiento del foco serán grandes. Por el contrario si se intenta el tratamiento del foco sin cuidar de eliminar la patología del conducto, se llegará indefectiblemente a la recidiva o reinfección de la zona periapical. De lo antedicho se desprende que no se puede de ninguna manera considerar una apicectomía como correctamente realizada si no se ha obturado el conducto.

En lo referente al momento en que ha de realizarse la obturación, son dos las posibilidades que se presentan para proceder.

a) Cuando se tiene la certeza de que se puede secar correctamente el conducto, se obtura en el preoperatorio inmediato. Es muy difícil en ciertas circunstancias, tener la seguridad de que la zona apical del conducto se encuentra exenta de humedad. Este concepto no debe ser tomado a la ligera. Muchas veces, las recidivas tienen como punto de partida, finas hendiduras situadas entre la pared del conducto y la obturación, que son atribuibles a la presencia de una película de humedad que impregna dicha zona, y donde colonizan microorganismos.

b) Considerando lo anterior, y en un gran porcentaje de casos, es preferible la obturación intraoperatoria. La instrumentación se realiza en el preoperatorio sin llegar al ápice, o sea que se instrumenta tercio coronario y medio. El tercio apical se instrumenta después de realizado el tiempo de la apicectomía. Aquí se debe tener en cuenta un detalle que aconsejara cuidar el Dr. Navia: Al instrumentar la última porción, es preferible no hacerlo con el clásico movimiento de vaivén, sino mediante la maniobra de escariado, o sea de introducción del instrumento por impulsión, y luego dar un giro de un cuarto o un tercio de vuelta, de acuerdo a la sección transversal del instrumento. Con esto se consigue que la zona del conducto que se abre en el muñón, sea lo más circular posible y no ovoidea, permitiendo así la mejor adaptación a la gutapercha del cono principal, que como es lógico es cónica.

Si se lleva a cabo la obturación en el preoperatorio, se utilizan los materiales, así como también las técnicas convencionales con sobre-

obturación en lo posible. Si se elige la obturación intraoperatoria de acuerdo a la técnica antes descrita, los materiales que se utilizan, son los aconsejados por el Dr. Maisto. Son ellos los conos de gutapercha, utilizando uno principal que atraviesa el muñón de amputación previamente preparado, y como elemento de unión, cemento de oxifosfato. El cono es traccionado suavemente para lograr una buena adaptación al conducto. Con el cemento de oxifosfato, se consigue un fraguado rápido y una adherencia tal, que el cono no es movilizado por nuestras maniobras de eliminación de excesos, ni en el tallado posterior del conducto.

Cuando hay algún impedimento en el conducto para que la obturación se efectúe a través de él, se deberá obturar el ápice con amalgama de plata o cobre previa apicectomía y tallado de una pequeña cavidad en la luz del conducto. Sólo cuando es realmente imposible la obturación por el conducto, es que se realiza esta técnica. No estamos de acuerdo con algunos autores que aconsejan recubrir todo el muñón amputado con amalgama. Este material no es del todo inerte ni inocuo para los tejidos como puede ser la gutapercha. Brosch opina que la obturación con amalgama lesiona los tejidos por contacto y conduce a la formación de un halo que la rodea casi en círculo: destruye la dentina y produce necrosis del tejido paradentario. En caso de obturación a retro, se lleva la amalgama a la cavidad, valiéndose de un trocar de punción lumbar con su mandril a manera de minúsculo porta amalgama.

La bibliografía menciona la posibilidad de realizar la obturación del conducto en forma diferida, es decir después de realizada la intervención. Pocos son los cirujanos que lo hacen y excepcionales los casos en que sería indicado hacerlo. Nuestra experiencia es nula en ese sentido.

G) TOILETTE DE LA HERIDA

La eliminación del material de obturación es fundamental para que este no entorpezca la cicatrización del lecho quirúrgico. Los lavados abundantes con suero ayudan a lograr este fin, principalmente en el caso de la obturación con amalgama.

Si la cavidad es mediana o grande, se rellena con gelfoan adicionándole yodoformo o con esponja de colágeno preparada para uso odontológico a la que se le adiciona una sal de mercurio como elemento antiséptico. Si la cavidad es pequeña, es susceptible de ser tratada dejándola rellena por el coágulo, el cual no corre riesgos de infección por quedar herméticamente protegido.

H) SUTURA

La técnica es la sutura a puntos separados. Debe recordarse que en los colgajos que involucren el borde libre de encía, se la realiza en todas las papilas de vestibular a palatino. Para los casos en que queden finas bandas gingivales, es de utilidad la seda 4/0. Se destaca para estas suturas delicadas el valor de los elementos sintéticos utilizados en cirugía vascular, los cuales vienen provistos de agujas atraumáticas.

En cuanto a la remoción, puede ser realizada del quinto al décimo día de acuerdo a las características de la intervención, la magnitud de la lesión tratada y la reacción del paciente.

En incisiones extensas, al igual que en cirugía general, los puntos se retirarán en forma alternada dentro de los lapsos establecidos.

I) INDICACIONES POSTOPERATORIAS

Como en cualquier intervención dento alveolar, éstas tienen como finalidad el control de la inflamación, la infección y el dolor. No merece destacarse en este sentido ningún aspecto particular.

3. Reparación

Luego de la apicectomía las condiciones estático-dinámicas de la pieza se verán modificadas por la amputación de la raíz cuyo eje se desvía del eje de presión principal del maxilar. El muñón de amputación se adapta a las condiciones modificadas por la intervención. El aparato ligamentoso no se organiza, sólo produce una trama o almohadilla de tejido conjuntivo que transmite los movimientos de la raíz al hueso regenerado. Los bordes cortantes, resultado de la amputación, se redondean a influjo de los estímulos funcionales. En la parte central se forma cemento que va recubriendo todo el muñón; éste en definitiva adopta una forma de cúpula que junto con la concavidad del tejido

óseo permite esperar una función imperturbada. Es a los efectos de dar un estímulo funcional provechoso, que es recomendable realizar la reconstrucción coronaria lo más pronto posible. Hemos podido observar casos en los que una sintomatología apical en el postoperatorio mediato nos llevaba a pensar en un fracaso del tratamiento. Sin embargo, estudiada la oclusión, observábamos que la pieza estaba en trauma o bien se encontraba liberada del estímulo deseable que es el contacto normal y fisiológico con la pieza antagonista. Solucionada esta contingencia, desapareció la sintomatología apical, continuando la evolución de la curación normalmente.

Resumen

Se ha buscado hacer un análisis de los pasos a seguir para realizar la apicectomía, tratando de presentar la experiencia del autor en esta técnica durante 12 años. Se la ha comparado con los conceptos de autores clásicos para destacar pequeñas diferencias que en el proceder muchas veces son decisivas para lograr el éxito final. Son destacables, la conservación del tercio apical y la obturación intraoperatoria, que muchas veces es la rápida y correcta solución a la patología del conducto.

Summary

It has been searched to analyse the steps to follow in the apicectomy, trying to present the author's experience in this technic during 12 years. It was compared with the classic author's concepts in order to resalt the little differences that in the procedure are frequently decisive to reach the final success.

It's mindfully, the conservation of the apical third and the intraoperation occlusion, that lots of times in the quick and right solution to the duct pathology.

Bibliografía

- GIETZ, Ernesto — Cirugía Oral Menor. Ed. Progentral. Buenos Aires 1946.
RIES CENTENO, Guillermo — Cirugía Bucal. Ed. El Ateneo. Buenos Aires 1968.
SCHUCHARDT, Karl — Tratado General de Odonto Estomatología. Ed. Alahmbra. Madrid 1962.

Caso A — Apicectomía con obturación intraoperatoria por vía del conducto en 22 y 23.



FIG. 1 — Abordaje del foco en dos piezas contiguas.



FIG. 3 — Obturación intraoperatoria a través del conducto.



FIG. 5 — La presencia de restauraciones subgingivales implica el respeto por el borde libre de encía.

Caso B — Apicectomía con obturación a retro en 11.



FIG. 2 — Apicectomía y conductos preparados para la obturación.



FIG. 4 — Eliminación de excesos y toilette de la herida.



FIG. 6 — Tallado de colgajo tipo Wassmund. Presencia de zona de osteolisis.



FIG. 7 — Abordaje del foco apical. Apicectomía y cavidad para obturación a retro.



FIG. 8 — Obturación a retro con amalgama (sólo en la luz del conducto).



FIG. 9 — Reposición del colgajo y sutura a puntos separados.

NOVEDAD!
AGFA-GEVAERT

DENTUS M2 SOFTOPAC

Una nueva película: DENTUS M 2

- Para el tratamiento automático
- Imágenes brillantes
- Sensibilidad elevada (clase D)
- Iluminación clara de la cámara oscura

Un nuevo embalaje: SOFTOPAC

- Material plástico higiénico
- Especialmente suave en la boca
- Pantalla de plomo contra la radiación difusa
- El embalaje se abre y la película se retira de manera sencilla
- Caja distribuidora práctica



Representantes Exclusivos de
AGFA-GEVAERT YI 1471 • TEL. 980511
(R) Son marcas registradas