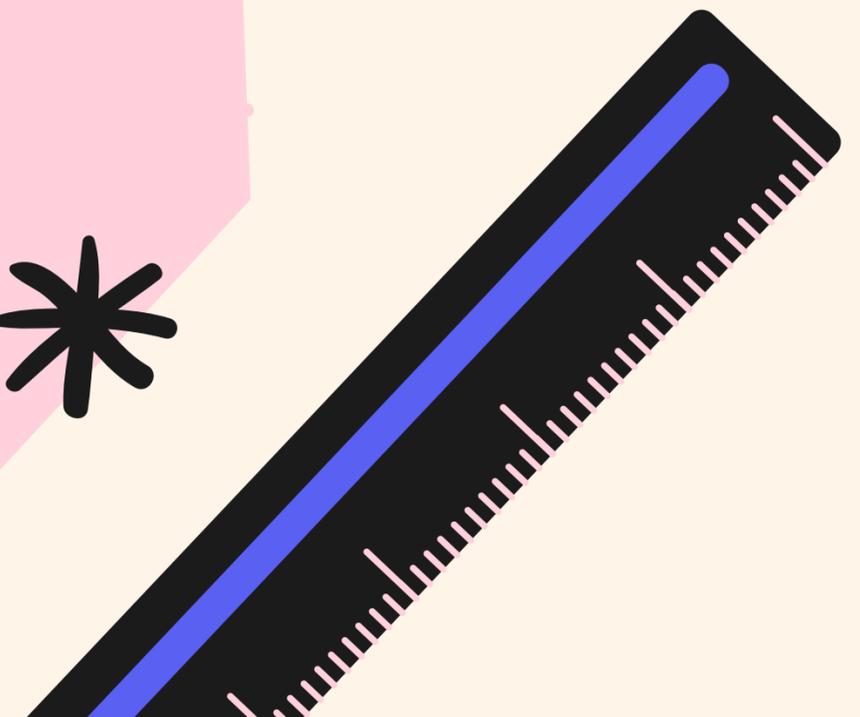


CURSO CIRUGIA BUCAL 2021

CIRUGÍA PERIAPICAL

ELIZABETH PASTRANA ORTIZ



DEFINICIÓN

La cirugía periapical es el ***procedimiento quirúrgico de eliminación de una lesión periapical conservando el diente causal.***

Con esta técnica conseguimos:

1. Eliminar el foco infeccioso, mediante el legrado del quiste radicular, granuloma periapical, etc, y la resección del ápice radicular (apicectomía).
2. Conservar el diente causal realizando el sellado apical mediante una obturación retrógrada.

FINALIDAD

Las técnicas de cirugía periapical tienen como finalidad la limpieza quirúrgica del ápice dentario (extremo de la raíz) y la eliminación de cualquier tipo de tejido de origen infeccioso y/o inflamatorio crónico presente en la zona, para procurar su curación por medio de tejidos sanos y cicatriciales.

La existencia de estos tejidos inflamatorios o quísticos crónicos no implica que la endodoncia previa, en caso de existir, esté defectuosamente realizada, ya que pueden tener naturaleza residual de la patología previa a la endodoncia, o deberse a anomalías anatómicas en el sistema de conductos de la raíz (que puede ser tortuosos, múltiples e ininstrumentables), o tener naturaleza quística (que requiere extirpación quirúrgica).

INDICACIONES

Hay tres indicaciones básicas:

- 1.** Fracaso del tratamiento convencional de conductos. Siempre ha de intentarse un retratamiento de conductos antes de optar por la cirugía periapical.
- 2.** Cuando es imposible realizar el retratamiento de una endodoncia fracasada.
- 3.** Si se requiere una biopsia de la lesión.



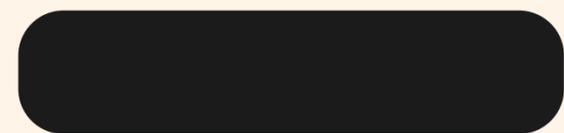
NATURALEZA DEL TX



Básicamente la técnica consta de los siguientes pasos:

- 1.- Anestesia.
- 2.- Incisión y despegamiento de la encía.
- 3.- Apertura de una ventana en el hueso, para acceder a la punta de la raíz dentaria afectada.
- 4.- Exploración de la zona, sección y extirpación del ápice de la raíz (apicectomía), legrado quirúrgico y eliminación de los tejidos inflamatorios de la oquedad.
- 5.- Sellado del conducto o conductos radicular(es) en la superficie cortada de la raíz (obturación "a retro").
- 6.- Eventualmente, relleno de la cavidad ósea con materiales naturales o aloplásticos apropiados.
- 7.- Reposición y sutura de la encía

En ocasiones se requiere, además, la re-endodoncia o retratamiento de la conductoterapia del diente afectado. Cuando a juicio del profesional el tejido inflamatorio presente sea llamativo por su cantidad o calidad, se enviará para análisis histológico y descartar otras patologías.

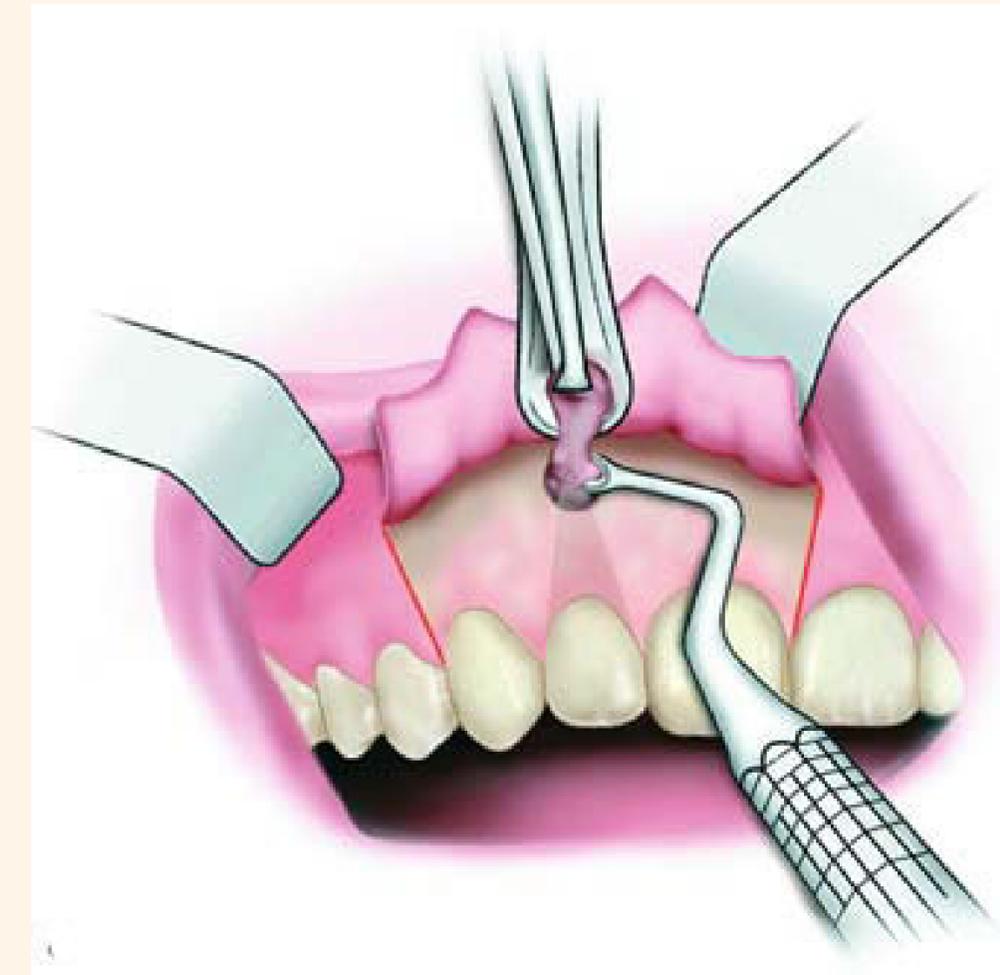


**TÉCNICAS
DE TX DE
CIRUGÍA
PERIAPICAL**



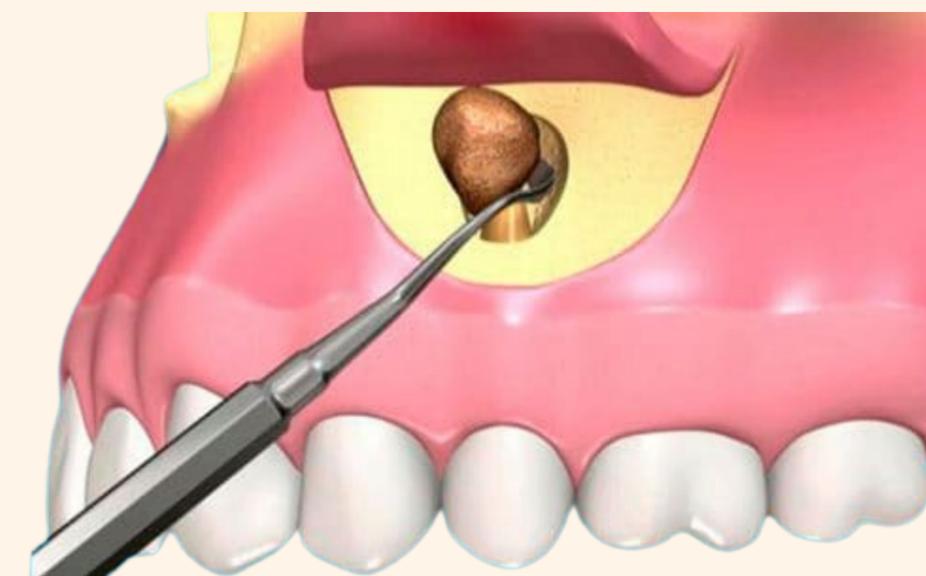
CURETAJE PERIAPICAL

El objetivo del curetaje o legrado periapical es eliminar todo el tejido patológico en relación al ápice dental, incluyendo el raspado del cemento periapical. Es, en la mayoría de los casos, el paso previo a la apicectomía y la obturación retrógrada. Hay un acuerdo casi unánime en remitir sistemáticamente el material eliminado al anatomopatólogo para el diagnóstico histológico. Sin embargo, algunos autores opinan que no está justificado realizar la biopsia en todos los casos. No obstante, se han encontrado diagnósticos diferentes después del estudio anatomopatológico, incluso lesiones tumorales benignas o malignas, apoyando el estudio anatomopatológico sistemático.



APICECTOMÍA

La resección apical o apicectomía consiste en eliminar el ápice de la raíz dentaria con el objeto de conseguir el sellado del conducto mediante la obturación retrógrada. Los objetivos son: a) eliminar los posibles conductos accesorios del extremo apical; b) eliminar la porción de raíz no obturada por vía ortógrada; c) limpiar los excesos de material de sellado radicular; y d) preparar la raíz para la obturación retrógrada con la finalidad de conseguir un buen sellado. La resección del ápice radicular se realiza habitualmente con una fresa de diamante montada en la turbina, con abundante irrigación con suero fisiológico estéril. La amputación radicular debe ser lo menor posible, sin sobrepasar el tercio apical y en ningún caso la mitad de la raíz. Se recomienda que la dirección del corte sea perpendicular al eje longitudinal del diente.



OBTURACIÓN RETRÓGRADA

El procedimiento de retroobtención necesita la preparación previa de una caja de obturación de clase I que aloje el material de sellado, y se realiza con puntas de ultrasonidos diamantadas o lisas. Las dimensiones recomendadas de la caja son de 2 a 3 mm de profundidad y de 1'5 mm de diámetro. Debe ser una caja retentiva. El material que se coloca una vez preparada la caja debe reunir los siguientes requisitos: a) biocompatibilidad con el tejido apical; b) buen sellado marginal (filtración mínima); c) no reabsorbible, ni alterable por la humedad; d) visible radiográficamente (radioopacidad); y e) de fácil manipulación y colocación.



CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Criterios de inclusión para realizar la cirugía periapical:

- Patología periapical en un diente permanente endodonciado que provoca dolor e inflamación (con endodoncia de buena calidad).
- Patología periapical con restauración protodóncica o conservadora difícil de retirar (perno, espiga).
- Lesión radiotransparente mayor de 8-10 mm de diámetro
- Sobreobturbación sintomática de la gutapercha o presencia de cuerpo extraño que no puede retirarse por vía ortógrada (léntulo o lima fracturados).
- Otras indicaciones (paciente que precisa la realización de endodoncia y apicectomía en una sola sesión; fractura del tercio apical).



TÉCNICA QUIRÚRGICA

- Anestesia locorregional. Infiltrativa, subperióstica, tanto en maxilar como en mandíbula. Algunas veces es necesario completar con una troncular, del nervio infraorbitario, del alveolar inferior o del mentoniano.
- Incisión. La más utilizada es a través del surco gingivodentario, levantando colgajos gingivales, trapezoidales o triangulares. En pacientes con prótesis fijas y abundante encía adherida, y en la zona anterior del maxilar superior, se hace una incisión semilunar o tipo Neumann modificado.
- Despegamiento del colgajo. De espesor completo, iniciándolo en la descarga vertical
- Trepanación de la cortical externa. Ostectomía, con fresa quirúrgica y abundante irrigación con suelo salino estéril, del hueso de la cortical externa, hasta localizar el ápice o ápices afectados, permitiendo la eliminación de los tejidos patológicos periapicales. En ocasiones, es posible realizar una osteotomía “en ventana”, retirando con una fresa trefina o una de fisura, el hueso de la cortical externa y una vez realizado el curetaje y la obturación retrógrada se recoloca la tapa ósea.

Si realizamos osteotomía abundante, es necesario valorar la posibilidad terapéutica de emplear técnicas de regeneración ósea guiada.

- Legrado o curetaje periapical. Se elimina todo el tejido patológico.
- Apicectomía o resección apical. Se hace la menor posible y lo más perpendicular al eje del conducto dentario.
- Obturación retrógrada. El diseño de la cavidad debe permitir colocar un volumen suficiente de material de obturación, y debe tener retenciones para mantenerlo en su sitio. La caja se prepara con aparatos de ultrasonidos que disponen de una variada gama de puntas ultrasónicas adaptadas a las diferentes variaciones anatómicas. Se han utilizado muchos tipos de materiales de obturación; los más utilizados son la amalgama de plata o el IRM, y en los últimos años se están investigando otros con buenos resultados como el MTA (Mineral Trioxide Agregate).
- Limpieza, irrigación y remodelado óseo. La cavidad ósea debe quedar completamente limpia y con sangrado normal. El lecho remanente puede irrigarse con solución de clorhexidina al 0.2% y suero salino fisiológico.
- Sutura. Con seda o materiales reabsorbibles

SEGUIMIENTO

El pronóstico de curación global de la cirugía periapical oscila entre 82% y 91 %. El factor mas importante para el éxito es un sellado apical eficaz, en un diente con un adecuado relleno ortógrado de conductos. Con el empleo de los nuevos materiales de obturación retrógrada los porcentajes de éxito están elevándose considerablemente. El periodo de seguimiento de estos pacientes se prolonga hasta dos años postcirugía, en orden de tres revisiones/año, clínicas y radiográficas.