

EXTIRPACIÓN DE GRANULOMA PERIAPICAL, TRATAMIENTO DE CONDUCTOS Y APICECTOMÍA EN UN SOLO ACTO QUIRÚRGICO

PERIAPICAL GRANULOMA'S REMOVAL, TREATMENT OF CONDUITS AND APICOECTOMY IN ONE SURGICAL ACT

Carlos Cava Vergiú¹, Walter Flores Cueto², Aníbal Cárdenas Sornoza³

RESUMEN

Se realizó la extirpación de un granuloma periapical, junto con el tratamiento de los conductos de las piezas afectadas y apicectomía de las mismas para su conservación en la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad de San Martín de Porres. El paciente presentó una protuberancia en el paladar, por lo que se le solicitó pruebas radiográficas. Se optó por realizar los tres procedimientos quirúrgicos en una sola cita. Previamente se confeccionó una placa de contención acrílica para el paladar, la que contuvo los tejidos blandos en su correcta posición al finalizar la operación. Posteriormente, procedimos a rellenar la cavidad con hueso liofilizado y a la sutura y colocación de la placa acrílica en el paladar, unida a las piezas dentales no tratadas mediante ligaduras metálicas.

Palabras Clave: apicectomía, granuloma periapical

ABSTRACT

We performed the removal of a periapical granuloma with the treatment of ducts and apicoectomy of the affected pieces in the Dental Clinic at the University of Saint Martin de Porres. The patient had a protuberance on the palate and so radiographical evidence was necessary. We decided to do the three surgical procedures in one appointment. Previously, a acrylic retaining plate was made for the palate, which retained the soft tissues on its correct position after the operation. Subsequently, we proceeded to fill the cavity with lyophilized bone and to the suture and placement of the acrylic plate on the palate, coupled to the non treated teeth with metal ligatures.

Key Words: apicectomy, periapical granuloma

¹Doctor en Odontología. Docente de la Facultad de Odontología USMP

²Doctor en Educación e investigación. Docente de la Facultad de Odontología USMP

³Cirujano Dentista. Docente de la Facultad de Odontología USMP

Correspondencia:

Dr. Walter Flores Cueto

Correo electrónico: wflores2@usmp.edu.pe

INTRODUCCIÓN

Si bien el granuloma y el quiste radicular son las causas más frecuentes en cuanto procesos patológicos periapicales, existen muchas otras entidades, algunas graves, que pueden pasar desapercibidas, si no son examinadas al microscopio^{1,2}. Por eso nos vemos en la obligación de basar nuestro diagnóstico, no sólo clínicamente y radiográficamente, sino también, utilizando pruebas anatomopatológicas^{1,2,3}.

La exploración clínica, tanto visual como táctil, es un arma eficaz para la detección de presencias anómalas, por ejemplo la presencia de una osteólisis de la cortical que nos orienta aproximadamente sobre el tamaño de la lesión. También debemos detectar la pieza causal de la lesión, y comprobar la vitalidad de las piezas afectadas por esta¹.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 12 años de edad, ingresa a la Clínica Especializada en Odontología de la Universidad de San Martín de Porres (CEFO-USMP), en donde es evaluado en su integridad. La presencia de una protuberancia en el paladar con una elevación

aproximada de 12 mm, y compatible con un absceso de forma circular, aproximadamente 20 mm de área (Fig. 1), con una consistencia fluctuante a la presión digital, obtiene gran relevancia clínica. Se sugiere tomar una radiografía oclusal (Fig. 2), y debido al resultado radiográfico, el paciente es derivado al centro quirúrgico, donde se solicitan pruebas sanguíneas y se planifica el acto quirúrgico.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se utiliza el bloqueo regional por infiltración local (Fig. 3). Las piezas afectadas por la patología son las piezas 1.1 y 1.2, por lo que se realizará la apertura cameral de las mismas (Fig. 4.). El abordaje de la patología se realiza por la tabla vestibular mediante colgajo de Neumann⁴, el cual da un amplio campo de visualización, idóneo para la presente cirugía. La incisión del colgajo se realiza con bisturí del N° 11 (Fig. 5). Con una legra de buen filo, se liberan las papilas interdentarias y se procede al levantamiento del colgajo a espesor total (Fig. 6). La dilaceración de los tejidos por una técnica poco cuidadosa dará lugar a una hemorragia, dificultad posterior al suturar, mayor incidencia de infección y un peor resultado estético. El colgajo una vez separado, se mantiene retraído mediante dos separadores de Farabeuf.

FASE QUIRÚRGICA

El acceso al ápice se efectuará por medio de la osteotomía de la tabla cortical vestibular, produciendo una fenestración mínima indispensable para la labor quirúrgica (Fig.7). El tratamiento de la cavidad empieza con la remoción del tejido de granulación (Fig. 8), el cual se deposita en un recipiente estéril para su análisis anatomopatológico (Fig. 9), se hace un ligero raspado de la cavidad con una gasa estéril (Fig. 10), e irrigación profusa y constante con suero fisiológico al cual se le añadió previamente un antibiótico (Rifocina).

FASE ENDODÓNCICA

En esta fase de la cirugía, preparamos los conductos radiculares empleando limas de calibres mayores a los convencionales debido a que nuestra finalidad ya no es la de llegar al ápice dentario, sino solamente realizar la excéresis de cualquier elemento intraconducto y alisar las paredes intraradiculares para su correcta obturación. La obturación la realizamos con una sola unidad de cono de gutapercha, usando como cemento de obturación, la Pasta FS.

Para concluir realizamos el relleno de la cavidad con hueso bovino liofilizado debido a sus propiedades osteoconductoras, ideal para cavidades de gran dimensión⁵. Reposicionamos el colgajo y procedemos a la sutura con puntos simples con seda negra 3/0. Debido a que la lesión produjo la osteólisis de la cortical palatina, debemos colocar una placa de contención de acrílico previamente confeccionada, la cual fijamos a las piezas dentales a través de ligaduras metálicas.

MEDICACIÓN E INDICACIONES POST OPERATORIA

- 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 a base de gluconato de clorhexidina al 0,12% por 2 semanas.
- Dieta blanda.
- Reposo absoluto por 48 horas y relativo por los siguientes 5 días.
- Programación del paciente para control de la evolución y retiro de puntos a los 7 días posteriores a la intervención.
- Programación del paciente para control de la evolución y retiro de placa de contención a los 14 días posteriores de la intervención.



Figura 1: radiografía oclusal preoperatorio.

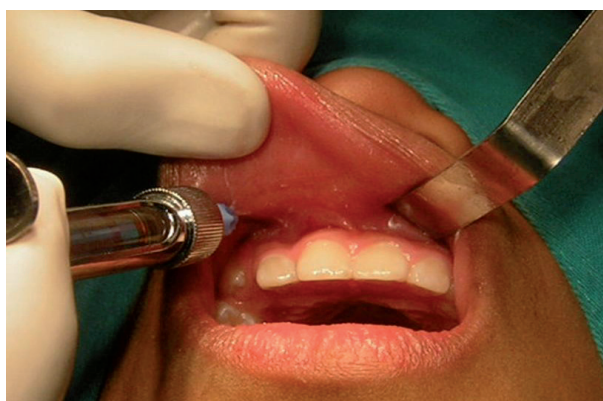


Figura 2: anestesia local.



Figura 3: apertura cameral.



Figura 4: incisión.

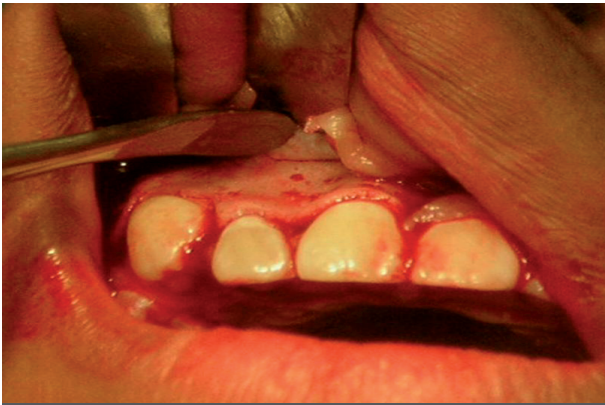


Figura 5: levantamiento de colgajo vestibular.



Figura 7: extirpación de tejido granulomatoso estéril.



Figura 9: irrigación con suero fisiológico



Figura 11: obturación de los conductos



Figura 6: fenestración en la tabla cortical.



Figura 8: recepción de muestra en recipiente

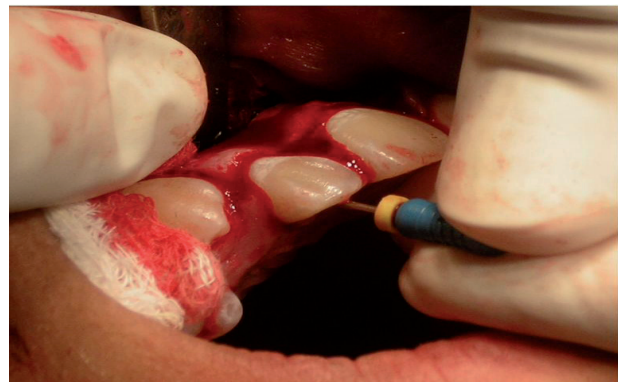


Figura 10: tratamiento de los conductos y limpieza de la cavidad.



Figura 12: relleno de la cavidad con hueso liofilizado bovino.

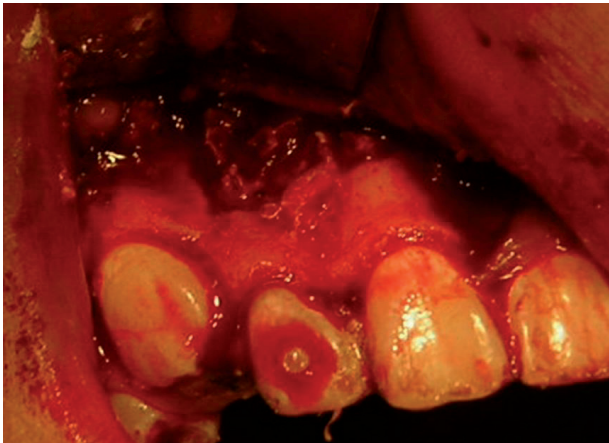


Figura 13: vista del lecho quirúrgico con el relleno osteoconductor.



Figura 14: colocación de placa palatina palatina fijada con ligaduras alámbricas.

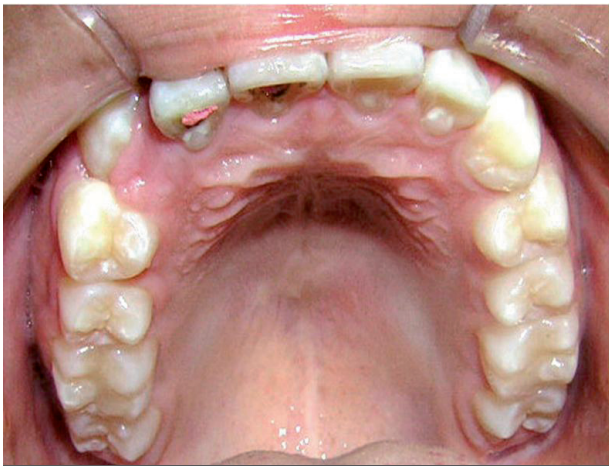


Figura 15: vista intrabucal post-operatoria.

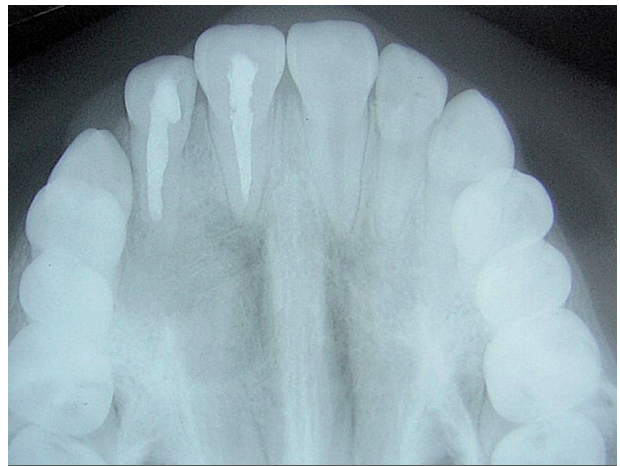


Figura 16: radiografía oclusal post-operatoria.

El tratamiento de los conductos radiculares puede realizarse previamente al acto quirúrgico, para lo cual el cirujano debe considerar el grado de dificultad de la cirugía, y anticipar la capacidad del equipo para incluir el tratamiento de los conductos radiculares el mismo día de la extirpación del granuloma. Si se realiza la endodoncia de las piezas afectadas en una cita previa a la cirugía, el día de la extirpación de granuloma, también se procederá a la apicectomía y la obturación retrógrada de las piezas tratadas con endodoncia. La técnica de regeneración ósea guiada del defecto creado durante la cirugía apical⁶ está indicada en la prevención de una invaginación antiestética, sobre todo si se trabaja en el sector anterior de la boca. El usar o no material de relleno puede entrar en discusión de acuerdo con el requerimiento y posibilidad de adquisición del paciente. Colocar una placa acrílica como contención de los tejidos palatino, está indicada cuando se ha perdido hueso palatino. De acuerdo con el tamaño de la pérdida de hueso podría obviarse el empleo de la misma. No colocar placa palatina no sólo puede producir una alteración estética, sino que puede repercutir en funciones como la fonación o la masticación.

CONCLUSIONES

El tratamiento de conductos antes o después del tratamiento quirúrgico de una lesión periapical⁷, es una opción multidisciplinaria que definitivamente no pierde validez. Sin embargo existen circunstancias específicas, en las que es posible realizar quirúrgicamente ambos tratamientos.

RECOMENDACIONES

Someter al paciente a múltiples sesiones es una posibilidad que tampoco puede descartarse; sin embargo para reducir el número de intervenciones y realizar un procedimiento de esta naturaleza en una sola sesión, no sólo se requiere de una destreza individual de cada uno de los miembros del equipo quirúrgico, sino también contar con ambientes donde se pueda realizar procedimientos siguiendo un protocolo estricto de bioseguridad; asimismo, el equipo auxiliar –de gran importancia– debe guardar un comportamiento con la misma rigidez de los propios cirujanos, lo que permite mantener la cadena de asepsia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Raspall, G. Cirugía oral e implantología. 2a. Ed. Buenos Aires: Médico Panamericana; 2006: 237-261.
2. Gómez Oliveira G., García-Rozado González A., López-Cedrún J.L. Tumor de células gigantes mandibulares. Revista Española Cirugía Oral y Máxilofacial. 2005; 27(6): 375-380.
3. Rocha, MMNP; Moreira, JLB; Menezes DB; Cunha MPSS, Carvalho CBM. Estudio bacteriológico de lesiones periapicales. Rev. Odontol. Univ São Paulo. 1998; 12(3): 215-223.
4. Ries Centeno G. Cirugía bucal. 9ª. Ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2004: 343-357.
5. Arias Gallo J, López-Arcas Calleja JM, González Otero T, Gómez García E, Morán Soto MJ. Utilización de Colloss® para el tratamiento de quistes mandibulares: descripción de una serie clínica. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac. 2007; 29(4): 270-278.
6. Raspall, Guillermo. Cirugía oral e implantología. 2ª. Ed. Buenos Aires: Editorial Médico Panamericana; 2006: 246
7. Sanchis JM, Peñarrocha M, Balaguer JM, Camacho F. Fibroma cemento - osificante mandibular: presentación de dos casos y revisión de la literatura. Med. oral patol. oral cir. bucal. 2004; 9(1): 69-73.

Presentado: 23/01/09

Aceptado para su publicación: 16/03/09