

“Manejo quirúrgico de lesión quística.”

C.D. Iris L. Espinoza García, E.E. Patricia N. Olivares Ponce, E.E. Estephania Romero Leal,
PhD Fanny López Martínez, PhD Idalia Rodríguez Delgado.

Posgrado de Endodoncia
Facultad de Odontología
Universidad Autónoma de Nuevo León.

Introducción: La lesión periapical indica la propagación bacteriana en el sistema de conductos ⁽¹⁻³⁾ y la posible presencia de biofilm extraradicular ⁽⁴⁾.

Presentación de caso clínico: Paciente femenino de 50 años, acude a consulta presentando aumento de volumen en el paladar en la región de piezas anteriores del lado derecho. En la exploración clínica observamos coronas mal ajustadas en el segmento anterosuperior, se realizan pruebas de sensibilidad, con respuesta negativa en la pieza 1.2 teniendo como diagnóstico necrosis. En el paladar se realizó aspiración por punción observando exudado purulento, radiográficamente presenta área radiolúcida bien circunscrita en las piezas 1.3, 1.2, y 1.1. se indicó endodoncia. Puesto que las imágenes radiográficas sugerían una posible comunicación con piso de fosas nasales, se realizó una tomografía de senos paranasales en la cual se pudo comprobar la perforación existente del piso de fosas nasales debido a la extensión de la lesión. Se decidió terminar el tratamiento de conductos de la pieza 1.2 y en la misma cita se realizó la cirugía apical. Una vez que la lesión se extirpó se analizó histológicamente, indicando quiste radicular, la radiografía de control a los tres meses mostró evidencia de disminución de la lesión, a los seis meses radiográficamente se observó hueso trabeculado mostrando cicatrización.

Conclusión: La radiografía periapical es el método más utilizado para la visualización de lesiones periapicales, pero tiene limitaciones ^(5,6). Después de la eliminación de las bacterias en el conducto, la inflamación periapical gradualmente cede dándose la cicatrización periapical.

Bibliografía:

1. Assed, S., Ito, I.Y., Leonardo, M.R., Silva, L.A., Lopatin, D.E. 1996. Anaerobic microorganisms in root canals of human teeth with chronic apical periodontitis detected by indirect immunofluorescence. *Endod Dent Traumatol*, 12, 66-9.
2. Sjogren, U., Figdor, D., Persson, S., Sundqvist, G. 1997. Influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontic treatment of teeth with apical periodontitis. *Int Endod J*, 30, 297-306.

-
3. Sundqvist, G. 1994. Taxonomy, ecology, and pathogenicity of the root canal flora. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 78, 522-30.
 4. Tronstand, L., Barnett, F., Cervone, F. 1990. Periapical bacterial plaque in teeth refractory to endodontic treatment. Endod Dent Traumatol, 6, 73-7.
 5. Bender, I.B., Seltzer, S. 1961. Roetenographic and direct observation of experimental lesions in bone I. J Am Dent Assoc. 62, 152-60.
 6. Bender, I.B., Seltzer, S. 1961. Roetenographic and direct observation of experimental lesions in bone II. J Am Dent Assoc. 62, 708-16.

El presente resumen forma parte del suplemento "Memorias del Primer Concurso de Carteles del Colegio de Endodoncia de Nuevo León, A. C." es responsabilidad de los organizadores de dicho evento, la Revista Mexicana de Estomatología es ajena al contenido científico, metodológico y de autoría de cada uno de los resúmenes que se presentan. El Suplemento se publica como apoyo a las agrupaciones de profesionales, profesionistas, estudiantes, maestros e instituciones educativas y/o de servicio en la difusión de sus trabajos.