

# Indicaciones y contraindicaciones de la cirugía endodóntica

DIEGO TOBON CALLE\*

## RESUMEN

En este artículo se realiza una revisión de las indicaciones y contraindicaciones de la cirugía endodóntica buscando una racionalización de cada una de ellas. El retratamiento es la primera alternativa para solucionar un fracaso endodóntico, y una vez se determine que esta posibilidad no es la indicada, la cirugía sí tiene su campo de acción para el tratamiento.

## ABSTRACT

This article is a review and rationalization of the indications and contraindications of endodontic surgery. The first option to solve an endodontic failure is retreatment; once this possibility is discarded, surgery would be the treatment of choice.

## PALABRAS CLAVES:

Cirugía apical  
Indicación  
Contraindicación  
Exito  
Fracaso  
Retratamiento.

## KEY WORDS:

Apical surgery  
Indication  
Contraindication  
Success  
Failure  
Retreatment

## INTRODUCCION

La cirugía endodóntica es un procedimiento que tiene como fin solucionar los problemas de origen pulpar que no son posibles de tratar por el conducto radicular, bien sea por obliteración fisiológica o artificial o en otro caso, por algún daño infringido a un

---

\* Odontólogo Universidad de Antioquia  
Profesor Universidad de Antioquia, Medellín  
Profesor CES, Medellín

diente al manejar inadecuadamente un instrumento endodóntico, lo cual puede originar una perforación al espacio del ligamento periodontal o una fractura del tercio apical radicular.

Los estudios de éxitos y fracasos en endodoncia (7) indican que el tratamiento de elección en un fracaso endodóntico es el retratamiento. La cirugía endodóntica será la primera ayuda cuando no sea posible llegar a conseguir la reparación periapical por la vía del conducto radicular. Se hace una revisión para racionalizar las indicaciones y contraindicaciones de la cirugía endodóntica.

**DEFINICION:** La Cirugía Endodóntica es un procedimiento quirúrgico relacionado con los problemas de los dientes depulpados o con afecciones periodontales que requieren una amputación radicular y el tratamiento endodóntico (10). La cirugía endodóntica complementa la endodoncia pero no puede sustituirla o eliminarla, no está indicada para disculpar la iatrogenia en endodoncia aun cuando sí puede solucionar algunos problemas que son originados por ella.

## PROCEDIMIENTO

El tipo más común de cirugía endodóntica que se realiza en la práctica clínica es la cirugía apical, que comprende el levantamiento de un colgajo mucoperiosteico, resección ósea para visualizar la raíz afectada, curetaje de la región perirradicular, biselado o apicectomía radicular y obturación del conducto por vía apical con un material restaurador, tipo barniz y amalgama, cuando esta obturación está indicada (8).

## OBJETIVO

1. Sellar el conducto a nivel apical.
2. Cerrar la comunicación de la cavidad oral con el periápice.

## REQUISITO

Como regla general es imprescindible partir de un tratamiento endodóntico en buena condición.

El éxito de los tratamientos endodónticos es del 95%, por lo tanto la cantidad de dientes a los cuales se les puede realizar el procedimiento quirúrgico post-endodoncia es del 5% (5) (12).

Las técnicas endodónticas han mejorado y se ha disminuido la frecuencia de la cirugía (10), por esto el retratamiento endodóntico puede resolver muchos casos candidatos a cirugía. Allen y colaboradores (1) en un estudio sobre tratamiento endodóntico en 1300 casos obtuvieron éxito en el 68.5%, con el 18% adicional de casos inciertos. La presencia de un caso incierto indica que la lesión apical ha disminuido su tamaño pero falta que termine la reparación ósea, una de las causas puede ser el tiempo de evaluación corto.

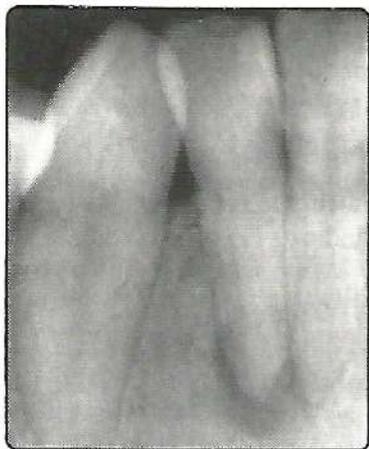
## INDICACION GENERAL DE CIRUGIA ENDODONTICA:

El acceso por medio quirúrgico está indicado cuando el clínico es incapaz de llegar al área apical patológica a través del conducto radicular para eliminar la causa.

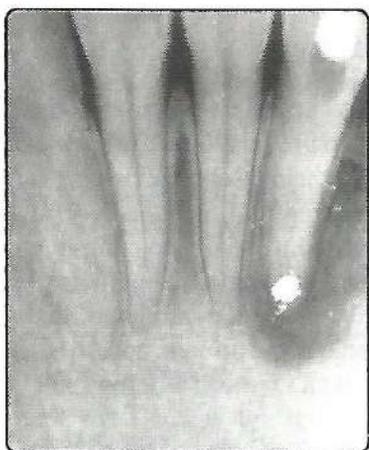
Según Weine (15), de las 15 indicaciones para cirugía que puntualizaba Grossman son válidas solamente las siguientes:

1. Fracaso reiterado del tratamiento endodóntico convencional.
2. Conducto inaccesible:
  - 2.1 Degeneración cálcica.
  - 2.2 Presencia de pernos.
  - 2.3 Instrumentos separados.
  - 2.4 Dilaceraciones marcadas.
3. Sobreobturaciones, cuando el material actúa como irritante.
4. Exacerbaciones agudas recurrentes.
5. Lesiones periodontales que implican secciones dentales:
  - Hemisección.
  - Amputación.

**FIGURA No. 1**



A



B



C

*Indicación para cirugía endodóntica apical. A- Historia de trauma dento-alveolar en el incisivo lateral inferior izquierdo que origina una obliteración del conducto radicular, desde el punto de vista radiográfico. B- Curetaje apical y obturación a retro con amalgama sin cinc. C- Evaluación, un año después. El procedimiento quirúrgico lo realizó el Dr. José Radi L.*

Existen criterios muy variados sobre la indicación quirúrgica pero muchos de ellos no tienen validez, Weine (15) los menciona como "Falsas indicaciones", ellas son: ápice abierto, edad de la lesión, gran destrucción periapical, aparente condición quística, erosión radicular, imposibilidad de obtener cultivos negativos, reabsorción interna. La meta en un tratamiento no puede ser solamente la enucleación de un área patológica sin eliminar la causa porque esto conduce al fracaso de la terapia o a la recurrencia del defecto, la lesión ósea es un efecto, no una causa.

Cuando existe una duda sobre un tratamiento endodóntico se debe hacer lo siguiente:

1. Tomar varios ángulos radiográficos.
2. Chequear el trauma oclusal.
3. Examinar la vitalidad pulpar de los dientes adyacentes.
4. Explorar el surco gingival buscando lesiones periodontales o fracturas dentarias verticales.

Si aún existe alguna duda se puede recurrir a la cirugía exploratoria.

La cicatriz periapical es un defecto óseo que permanece radiolúcido en forma permanente pero no se considera patológico. El defecto radiográfico está lleno de tejido conectivo fibroso que no es de tipo inflamatorio. El proceso de reparación termina formando colágeno denso en lugar de hueso, se encuentra cuando la lesión original compromete las corticales óseas vestibular y palatina (4). Fig. 2.

Según estudios histopatológicos el 99% de las lesiones apicales son granulomas, quistes o abscesos crónicos, el 1% puede ser Cicatriz Apical, Cementoma, Reacción de cuerpo extraño o Lesión por células gigantes.

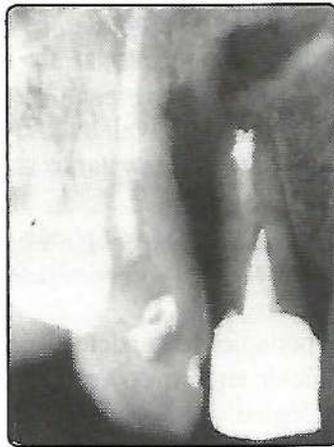
### **CONTRAINDICACIONES DE CIRUGIA ENDODONTICA (INGLE)**

1. Cirugía indiscriminada.
2. Factores anatómicos locales: longitud radicular enfermedad periodontal.
3. Mal estado sistémico general.
4. Impacto psicológico sobre el paciente.

FIGURA No. 2



A



B

*Cicatriz apical. A- Lesión apical de origen endodóntico que no fue posible tratar por el conducto. B- Cirugía apical que consistió en curetaje apical, biselado y obturación a retro que muestra una cicatriz apical luego de 2 años de evolución. Procedimiento quirúrgico realizado por los Drs. Fernando González M. y Diego Tobón C.*

Existen estudios sobre tratamientos quirúrgicos con seguimiento a largo plazo con éxito variable desde 53% hasta 73% (7) (9) (14).

Cuando se decide hacer cirugía endodóntica hay que tener en cuenta los limitantes anatómicos de las zonas posibles de intervenir, como son: seno maxilar, agujero mentoniano y conducto dentario inferior.

Ericson (6) encontró éxito en el 53.5% luego de cirugía en 155 caninos, 149 premolares y 10 molares, hallando un 13% de compromiso del Seno maxilar.

El estudio de Friedmann (7) en molares y premolares dio los siguientes resultados:

Exito 44%  
Dudoso 22.8%  
No éxito 33.1%

Los parámetros tomados al examen radiológico en el mismo estudio de Friedmann son:

Cicatrización	Raíces	%
Completa	65	47.8
Incompleta	32	23.5
Incierta	18	13.2
Insatisfactoria	21	15.5

## DISCUSION

Si se parte de un tratamiento endodóntico que cumpla con los requisitos de asepsia, acceso adecuado, conformación y obturación de conducto buena en longitud y amplitud, se debe llegar al éxito en el procedimiento. En caso de no cumplir con las bases adecuadas para una buena endodoncia y se encuentre un fracaso al evaluar el tratamiento, se debe recurrir al retratamiento como primera opción. La posibilidad de tener éxito en un retratamiento fue evaluada por Bergenholtz (2) en 660 dientes, de pacientes con edad promedio de 47.7 años. Se encontró éxito en el 94% de los casos con indicación técnica. Esta indicación está dada cuando los conductos radiculares obturados no tienen daño óseo periapical, pero tienen defectos técnicos visibles en la obturación del conducto. Cuando la indicación fue por osteítis el éxito fue del 48% con cicatrización completa, el 30% con cicatrización incompleta, el 16% sin cambio apical y se encontró aumento de la lesión en el 6%. De acuerdo con Bergenholtz (2) se debe facilitar la reparación ósea eliminando la fuente de contaminación del conducto antes que sellar su contenido completamente por vía retrógrada.

## CONCLUSION

Si hacemos una comparación entre el porcentaje de éxito de los tratamientos endodónticos convencionales y el quirúrgico, podemos definir que la cirugía endodóntica es una ayuda para los problemas que no tienen solución desde el conducto radicular, nunca la cirugía es la primera alternativa, pero sí una excelente ayuda.

## BIBLIOGRAFIA

1. Allen, R. K., Newton, C. W., Brown, C. E. A statistical analysis of surgical and nonsurgical endodontic retreatment cases. *J. of Endodontic*, 1989; 15: 261-266.
2. Bergenholtz, G., Lekholm, U., Milthon, R., Heden, G. Odesjo, B. Engstrom, B. Retreatment of endodontic fillings. *Scand. J. Dent. Res.* 1979; 87: 217-224.
3. Arias de Luxan. Retratamiento no quirúrgico por rarefacción lateral tras retratamiento quirúrgico. *Rev. Esp. de Endo.* Vol. 8 No. 4 Octubre-Diciembre 1990.
4. Cohen, S. Burns, R. Endodoncia Los caminos de la pulpa. Ed. Médica Panamericana, 4a. ed., Buenos Aires, 1988.
5. Del Río, C. Cirugía endodóntica. *Clinical O. Especial de Endodoncia*, 1989.
6. Ericson, S. Finne, K., Person, G. Results of apicotomy of maxillary canines, premolars and molars with special reference to oroantral communication as a prognostic factor. *Int. J. Oral Surg.* 1974; 3: 386-393.
7. Friedman, S. Lustmain, J., Shaharabany, V. Treatment results of apical surgery in premolar and molar teeth. *J. of Endo.* Vol. 17 No. 1 Enero 1991.
8. Harrison, J. W. Surgical management of endodontically treated teeth. *Prosthodontics and endodontics* 1992: 115-121.
9. Ioannides, C. Bortlap, W. A. Apicotomy on molars.: A clinical and radiographical study. *Int. J. Oral Surg.* 1983; 12: 73-79.
10. Ingle, J. I., Taintor, J. F. Endodoncia. Ed. Interamericana. 3a. ed. Mexico. 1988.
11. Klear, D. J. Non surgical retreatment of a postsurgical endodontic faillure. *J. of Endo.* 1984; 10: 577-579.
12. Leonardo, Leal, Simoes Filho. Endodoncia. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, 1983: 104-121.
13. Laskin, D. Cirugía bucal y maxilo-facial. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1987.
14. Person, G. Periapical surgery of molars. *Int. J. Oral Surg* 1982; 11: 96-100.
15. Weine, F. Endodontic Therapy. Ed. Mostby, 3a. ed. St. Louis. 1982.



**SUPLEDENT**  
Suplementos Dentales **Itda.**

**TODO LO RELACIONADO CON ARTICULOS ODONTOLÓGICOS  
EXCLUSIVOS EN INSTRUMENTAL MARCA ALRAND U.S.A.**

**IMPORTAMOS Y DISTRIBUIMOS  
LOS PRODUCTOS QUE USTED REQUIERE**

**PERMITANOS BRINDARLE NUESTROS SERVICIOS  
Y SATISFACER PLENAMENTE SUS NECESIDADES DE COMPRA**

**Carrera 44 No. 49-66 - Oficina 101 - Teléfonos: 251 84 12 - 251 41 04  
Fax: 251 27 13 - Apartado 52468  
Medellín - Colombia**