Universidad Mayor "Mariscal Andrés Santa Cruz"
de La Paz, Bolivia

Facultad de Ciencias Médicas.-Escuela Dental.

Amputación del Apice por Trepanación

Tesis que presenta para optar el título de

Cirujano Dentista

el señor

Alejandro César Mattia

T-PG
1125

La Paz - Bolivia
LIT. E IMP. UNIDAS.
1928.

A/0125

1950

Amputación del Apice por Trepanación

Tesis que presenta para optar el título de

Cirujano Dentista

el señor

Alejandro César Mattia

Profesores de la Facultad de Ciencias Médicas y ramas anexas

Dr. Luis Martínez Lara: Decano y profesor de Medicina Legal y toxicología.

« *Natalio Aramayo:* Obstetricia y Ginecología.

« *Francisco Cornadas:* Fisiología.

« *Adam Fernández:* Anatomía descriptiva (1 y 2 parte).

« *Abelardo Ibáñez B.:* Clínica Quirúrgica.

« *Félix Sánchez Peña:* Oftalmología y Física Médica.

« *Ernesto Navarre:* Anatomía patológica.

« *Carlos Valenzuela:* Higiene y Patología General.

« *Antonio Osorio:* Medicina Operatoria Anatomía Topográfica.

« *Néstor Orihuela:* Pediatría Clínica Propedéutica.

« *Aníbal Peña:* Vías Urinarios Dermatosifilografía.

« *Elías Sagárnaga:* Patología Interna (1 y 2 parte).

« *José Tapia:* Terapéutica y Materia Médica.

« *Félix Veintemillas:* Bacteorología y Oto-rino-laringología.

« *Pedro Valdivia:* Clínica Médica.

« *Adolfo Valle:* Parasitología e Histología.

« *Manuel Ergueta:* Patología Externa.

« *David Caprles:* Neuropatología y Psiquiatría.

Escuela de Odontología

Dr. Sergio Cabrera Bello: Director y profesor de Dentística Operatoria y Clínica.
« *Isaías Delgado:* Patología General e Histología.
« *José M. Merino:* Terapéutica y Materia Médica.
« *Napoleón Bilbao R.:* Protesis y Ortodoncia.
« *Víctor M. Loza:* Patología Bucal e Higiene.
« *José del Castillo Vega:* Anatomía Descriptiva y Fisiología

---

Escuela de Farmacia

Dr. Etelberto Caello: Farmacología y Botánica.
« *Héctor Carvajal:* Química Biológica y Toxicología.
« *Carlos Bautista:* Química Analítica y Química Inorgánica.
« *Miguel Trujillo:* Química Orgánica.

A mis Padres como

Homenaje a sus sacrificios

A mi hermana

A mis amigos

Al Doctor Luis Martinez Lara

Decano de la Facultad de Ciencia Médica

A mi amigo el Dr. Juan Balestra

Padrino de Tesis

Doctor Napoleón Bilbao R.

SEÑORES CATEDRÁTICOS:

Al presentar a vuestro juicio y alto criterio la prueba final de competencia exigida al alumno por los reglamentos universitarios, siento el deseo de exteriorizar los sentimientos personales que ha creado en mi alma la permanencia de varios años en las aulas de la Escuela Odontológica de Bolivia.

No vine a este país ni a esta Escuela como un extraño; me trajo la tradición de mi padre a quien cupo el insigne honor de ser el primer Director de ella.

En mi hogar el recuerdo de Bolivia va acompañado de admiración por sus bellezas, de gratitud por la bondad y gentileza innata de su pueblo, y respeto por la mentalidad superior y el carácter de sus clases dirigentes. En esa atmósfera me he criado. De ahí que al tratar de formarme por el estudio universitario, eligiera a la Escuela de esa tierra. La experiencia recogida en mi permanencia en ella, ha hecho de que deba felicitarme por esa elección, habiendo podido comprobar que la Escuela de Bolivia, por la rigidez de su disciplina, por la habilidad y contracción de sus profesores y por la prolijidad de sus trabajos prácticos, está ocupando un lugar destacado entre las escuelas odontológicas de Sud América.

Quedo reconocido y obligado al doctor Sergio Cabrera Bello, inteligente Director y ecuánime profesor que jamás tuvo un gesto de cansancio al trasmitir su valiosa preparación.

Al doctor Luis Martínez Lara Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, que llevo en mis sentimientos por su bondad, quedo profundamente reconocido.

A los doctores Isaías Delgado, José M. Merino, José del Castillo Vega, Víctor M. Loza, mi más profundo respeto.

A los compañeros de aulas que tanto tiempo me acompañaron en mis tareas, inculcándome aliento con su ejemplo y hábitos de estudio, mi agradecimiento.

Por último, al doctor Napoleón Bilbao Rioja R., que me honra acompañándome como padrino en este acto tan trascendental de mi vida, quiero manifestarle que no solamente he encontrado en él al profesor, sino también al caballero y al amigo.

La Paz, de 1928.

Amputación del ápice por trepanación

Definición

Es la intervención quirúrgica que consiste en la resección y extracción del ápice de un diente a través de cualquiera de sus paredes alveolares.

Sinonimia.

Esta operación es conocida indistintamente con los nombres de: Apectomia, Apicectomia, Resección del ápice por trepanación, Amputación apical, etc. El nombre que nosotros hemos adoptado aunque un poco extenso, nos parece el más adecuado por diferenciarla de otras operacione similares.

Algo de historia.

Cosa difícil sería y muy árdua tarea hacer una reseña histórica detallada acerca de los autores que se han ocupado de esta operación, pero a groso modo, podemos decir, que fué Claudio Martin quien en el año 1881 describe por primera vez, en el tratamiento de los dientes con peristitis crónica, el método quirúrgico por medio de la amputación del ápice radicular en su trabajo titulado "*de la trepanation des extremites radiculares des dents aplique au traitement de la periostite chronique alveo dentaire*".

Después de este trabajo infinidad de autores han abordado este tema, pudiéndose contar entre ellos a Atkinson, Rhein, Guilmer, Frey, Rogers Landaete, Peter, Sidney, Prinz Buckley, etc., etc.

No debemos olvidar a Pietkiewiczy ni a Magitiot, que defienden y aconsejan la amputación apical por reimplantación.

Preparado de los canales radiculares

Tratamiento:

Esta operación está indicada como veremos mas adelante en las complicaciones de cuarto grado rebeldes a todo tratamiento. Cada autor puede decirse que posee con ligeras variantes, su tratamiento propio para curar los canales de los dientes a los que va a amputarse el ápice.

El tratamiento es el mismo que se emplea para los cuartos grados sin complicación. Nosotros hemos empleado el de Buckley, el de Printz, el de Gaillard y Nogué con bastante buen resultado; otros aconsejan el método de Howe o el de Carrasquilla, con lijeras modificaciones del anterior.

Los tratamientos de Buckley, Printz, Gaillard no los descubriremos pues su «modus operandi» es sumamente conocido; no así el de Howe y Carrasquilla.

Método de Howe:

Este tratámiento consiste en el empleo del nitrato de plata amoniacal y el formol, cuyos componentes son los siguientes: una solución acuosa de nitrato de plata al 30%, a la que se le agrega 2 y ½ c. c. de una solución de amoniaco al 28% por cada c. c. de la solución de plata. Esta solución debe guardarse en frascos oscuros. Además, una solución acuosa de formol al 25%.

Para operar con este método, se toma con una pipetita en ángulo, algunas gotas de la solución de plata; se depositan en la entrada del canal y el líquido se correrá al interior de él. Cuando la estrechez del canal nos haga temer que el deslizamiento del líquido no se efectúe en buenas condiciones, Howe aconseja introducir una sonda fina hasta la mitad del canal y sobre ella hacer correr el líquido. Una vez realizada esta parte de la operación, se repite lo mismo con la solución de formol y entonces en presencia de este cuerpo la plata precipitata al estado metálico.

Repetida esta operación varias veces según Howe, los canales tendrán sus paredes impregnadas de plata y así obturados los pequeños canalículos y aun el mismo foramen apical.

Método Carmiquida:

Es el mismo que el de Howe con la sustitución de el formol por la creosota de la Haya, que según él es menos irritante y precipita más la plata. Ambos métodos están contraindicados en el tratamiento de dientes anteriores porque la plata les dá una coloración negruzca. Ahora bien, en el caso de querer usarlo en dichos dientes se debe recubrir la cavidad pulpar con parafina.

Obturación

Materiales de obturación:

Tenemos como materiales de obturación al cemento que se le emplea introduciéndolo a los canales radiculares por medio de unos embudos de celuloide que se colocan a la entrada de los canales. Dichos conos se oprimen y el cemento sumamente líquido penetra por presión. El plomo un buen material de obturación en el caso de que no se traten de canales tortuosos. Sabemos que el plomo es perfectamente tolerado por los tejidos vivos.

La gutapercha en conos tiene el inconveniente de ser muy elástica y al seccionarla se retrae algo produciendo una solución de continuidad que nos va a molestar para la curación

Nosotros creemos que uno de los mejores materiales de obturación es la parafina, pues es un material muy visible a los rayos X.

Pastas y métodos de obturación:

Las pastas que se emplean para la obturación de los canales con bastante éxito son: la de tricresol-formol, el oxpara, un compuesto de timol y óxido de zinc (polvo) y glicerina

formaldehido en solución y tricresol (líquido), los compuestos de óxido de zinc yodoformo y eugenol, de óxido de zinc, sulfato de zinc, anhidro tricresol esencia de clavos y glicerina etc., etc.

El método de obturación es el empleado corrientemente en la obturación de los canales en dientes con caries de cuarto grado.

Nosotros antes de emplear cualquiera de las pastas antes citadas introducimos en el canal un cristal de timol el que lo hacemos evaporar por el aire caliente.

Tiempo de la obturación:

La obturación de los canales radiculares puede hacerse antes o después de la amputación del ápice radicular. Pero, ¿cuándo debe hacerse y qué ventajas quirúrgicas ofrece?

Nosotros estamos con la opinión de la mayoría de los autores que aconsejan la obturación previa de los canales para evitar la penetración de exudados o derrames que no nos permitan obtener un canal aséptico, máxime sabiendo que un coágulo representa un excelente medio de cultivo y por lo tanto cualquier causa incurrente ocasionaría un proceso séptico considerable

Anestesia General, Regional o Local?—

Todos los métodos de anestesia se han empleado para practicar esta operación, la anestesia general la empleó hace 45 años para el primer caso de apicectomia Claudio Martín y luego Atkinson. Pero los adelantos en la anestesia hasta nuestros días nos han hecho substituir la anestesia general por la regional o la local.

La anestesia regional dá muy buenos resultados; en su técnica no nos detendremos mayormente; la del maxilar inferior sabemos se dá a la altura de la espina de Spix; en cuanto a la superior se obtiene anestesiando la región depositando el anestésico a la altura del agujero suborbitario cerrando el circuito por el agujero palatino posterior'

La anestesia que nosotros aconsejamos y la que hemos empleado con excelentes resultados es la local utilizando como anestésico la siguiente fórmula que por la cantidad de adrenalina que contiene produce una gran hemostacia haciéndonos así muy visible el campo operatorio.

Novocaina 0.02.

Cloruro de Sodio 0.045.

Adrenalina III gotas.

Agua destilada 1 c. c.

La técnica empleada es la corriente haciendo notar que no empleamos puramente una anestesia gingival sino que la prolongamos hasta el ápice por el lado vestibular, en el lado palatino depositamos el anestésico profundamente lo que nos es muy útil como dice Buckley para insensibilizar el hueso que vamos a curetear.

Instrumental necesario

Anestésico novocaina adrenalina.

Jeringa de agua.—

Jeringa para anestesia; esterilizable en todas sus partes.

Algodón.

Gasa.

Bisturí chico.

Pinza hemostática de Pean.

Pinza de dientes de ratón.

Separador labial.

Una o dos gubias chicas.

Varias fresas redondas de fisura y de pulir orificaciones.

Varios excavadores que se usan en las preparaciones de cavidades (para el raspado de regiones vecinas).

Solución de adrenalina al 1 ‰

Solución de antiséptico débil.

Agua oxigenada.—

De la operación:

La operación propiamente dicha, como dice el doctor Palma Scala comprende tres fases que son:

1º La incisión y trepanación alveolar.

2º La amputación apical.

3º El tratamiento de la herida.

Estas tres fases no tienen un límite marcado pero nosotros lo hacemos así para la mejor descripción.

Incisión y trepanación alveolar:

Hechas las operaciones preliminares a la misma trepanación que son la limpieza y obturado del canal; anestesiado y aséptico el campo operatorio procedemos a la primera faz o sea la incisión para guiarnos acerca del lugar donde debemos incindir hacemos previamente una radiografía que como veremos más adelante es lo más útil, en su defecto antes de obturar el canal calculamos el largo de la raíz introduciendo en el canal una sonda, la que transportamos a la mucosa del diente a trepanar; se hace un corte curvo de 15 cm. de largo cuya parte convexa mira hacia la parte de la corona del diente; este corte debe quedar a unos tres milímetros aproximadamente por debajo del ápice radicular.—Algunos autores aconsejan que el corte en vez de ser curvo sea recto-horizontal otros en forma de U, otros recto-vertical siguiendo el eje mayor del diente, otros en cruz o en forma de T, invertida etc., etc.—Nosotros creemos que los mejores son los curvos y los en U.

Al cortar la mucosa debemos tener en cuenta que esta no se abre por lo cual podríamos hacer un corte sinuoso dentellado, para evitar esto, con una torunda de gasa debe-

mos a menudo más que secar comprimir y entonces veremos destacarse entre el fondo rosa pálido de la mucosa, una finísima línea roja obscura que nos marcará el camino recorrido.

Por la solución de continuidad producida introducimos un estilete con el cual poco a poco vamos separando la mucosa que sostenemos con una pinza de dientes de ratón y damos a nuestro ayudante para que tenga el colgajo levantado. Entonces nos encontramos en pleno tejido óseo que se nos presenta la mayoría las veces en necrosado o con un pequeño orificio fistuloso y rara vez en estado normal.

Para terminar nuestra primera faz, debemos de trepanar el tejido óseo para dejar al descubierto la raíz a la que vamos a amputar su ápice. La amputación de la pared ósea se puede hacer con el escopio y el martillo o con una frase de fisura, como también con los trepanos de Walker Younger, instrumentos que se adaptan perfectamente a nuestras piezas de mano y que consisten en unos cilindros huecos de acero cuya extremidad externa libre está cortada en sierra y que al girar secciona, conservando en su interior lo que corta. Este instrumento secciona a la vez que el hueso el ápice radicular, pero tiene el inconveniente de dejar los bordes dentados, cosa que se debe evitar, pues los principios de cirugía nos dicen que cuanto más reducidos estén los bordes más fácil y rápida será la restauración. Puesto el ápice al descubierto, limpiamos el campo operatorio de esquirlas y sangre; para cohibir la hemorragia utilizaremos con bastante parquedad la adrenalina. Una solución de ella al 1°/oo, porque sabemos que la adrenalina es vaso constrictora y que puede producir trastornos. Además, porque a esa vaso-constricción sobreviene una vaso-dilatación considerable.

Amputación del ápice:

Para amputar el ápice podemos valernos de los trepanos Walker Younger; de pinzas cortantes, pero las pinzas tienen el inconveniente de no adaptarse a algunos detalles anatómicos y además, de astillar el tejido dentario; del escopio y el martillo, o de fresas de fisura.

Nosotros hemos empleado las fresas de fisura montadas al torno, las cuales aplicándolas a uno de los lados de la raíz del diente que queremos seccionar, la hacemos marchar hacia el lado opuesto y nos hará un corte perfectamente liso y a la altura que deseamos. En este tiempo también raspamos la región vecino al ápice con fresas de pulir orificaciones. En esta segunda faz, debemos decir que la cavidad debe quedar perfectamente limpia.

Tratamiento de la herida:

Hecha la amputación, redondeado el muñón radicular, raspadas las regiones vecinas, completamente limpio de esquirlas el campo operatorio, nos falta por tratar la herida resultante.

Para el tratamiento de la herida resultante hay varios métodos.

En primer lugar, algunos autores son partidarios de suturar la herida. Este método sería lo más cómodo respecto a los cuidados post-operatorios, pero tiene el inconveniente como dice Sicher y Peter que luego de hecha la sutura, siempre sigue una pequeña hemorragia, la que nos llenará de sangre la cavidad. Otros aconsejan la sutura de la herida en su tercio superior, eliminando así los inconvenientes de las suturas completas. La mayoría de los autores convienen en dejar la cavidad abierta, difiriendo tan sólo en que unos la dejan abierta vacía, otros la taponan y otros la rellenan. En el caso primero, se procede de la siguiente forma: limpieza de la cavidad con un chorro de una solución tibia de anticéptico débil; se despacha al enfermo hasta el día siguiente, ordenándole buches con soluciones anticépticas de agua oxigenada (hemostático por oxidación) para contrarrestar la vasodilatación que hubiera producido la adrenalina. Se continúan los lavados anticépticos diariamente hasta la total cicatrización de la herida.—Los partidarios del taponamiento, comienzan por irrigar la región con una solución anticéptica, espolvorean con yodoformo, para terminar haciendo un taponamiento con gasa yodoformada o con gasa esterilizada, pero en cualquiera de los casos, no se debe, salvo indicaciones especiales dejar la gasa por un tiempo mayor de veinticuatro horas en la cavidad oral; es demasia-

do peligroso dejar un taponamiento por más tiempo. Los partidarios del relleno, rellenan la cavidad con diversas pastas, como la de Beck (al bismuto) o la de Mosetting, las que permiten abandonar la herida sin los cuidados post-operatorios de rigor

Pasta de Beck			Pasta de Mosetting		
Sub. de Bismuto	30	grs.	Blanco de Ballena	40	partes
Vaselina amarilla	80	partes	Aceite de sésamo	40	
Cera blanca	5	«	Yodoformo	60	«
Parafina	5	«			

Para preparar la pasta se funde al baño María, pero sin llegar a los 100°.

La radiografía y su importancia en los casos de apicectomía

Nunca deberíamos practicar una apicectomía sin haber previamente tomado una radiografía del diente.

Las ventajas que nos proporcionan son sobre todo punto de vista son de mucha utilidad: 1.—Apreciar la situación y extensión de las lesiones que vamos a tratar; 2.—Apreciar las relaciones que tiene el diente con las regiones vecinas, por ejemplo para el maxilar superior: relaciones con las fosas nasales y senos maxilares; para el maxilar inferior: con el conducto dentario inferior y el agujero mentoniano.

Todos estos detalles nos lo da una radiografía bien tomada, no debiendo olvidarnos que una radiografía mal tomada nos puede acarrear tantos inconvenientes como ventajas una bien efectuada.

¿Cuándo está indicada y cuando contraindicada la amputación apical?

Está indicada en todos los casos de lesiones crónicas del tejido periapical, cuando los tratamientos medica-

mentosos no han dado ningún resultado y en los casos de absesos ciegos o subagudos, quistes radiculares y fistulas de origen dentario.

En el tratamiento de los absesos casi siempre fracasan las curaciones medicamentosas. En estos casos debemos pues de recurrir a la apuntación apical (que casi siempre da magnificos resultados) o a la extracción del diente.

En los quistes radiculares, la única forma de poder salvar la pieza dentaria, es haciendo la resección de la bolsa quística.

El tratamiento medicamentoso de las inyecciones a traves del conducto fistuloso en las fistulas de origen dentario, da muy buenos resultados.

En caso de fracasar este procedimiento, la única forma para poder conservar el diente. es hacer la amputación del ápice

La apiceptomia está contra indicada, atendiendo a causas generales y a causas locales.

Causas generales: hemofilicos, períodos del embarazo, diabéticos, enfermos cardiacos y herviosos.

Causas locales: cuando el diente tiene demasiada movilidad, cuando está afectada la raiz en más de sus dos terceras partes, Guilmer contraindica esta operación en el maxilar inferior.

Ventajas e inconvenientes de la amputación del ápice con relación a la reimplantación y al raspado alveolo radicular

Con respecto a la reimplantación la ventaja que tiene la amputación del apice sobre ella es la mayor duración de los dientes tratados por trepanación comparados con

los dientes reinplantados, además del riesgo que se corre en la reimplantación, de que no se consolide o se consolide mal el diente reimplantado.

Como ventajas de la reimplantación sobre la apicectomia, las encontramos en los casos en que los derrames o exsudados no nos permitan obtener un canal seco y limpio.

Algunos autores partidarios de la reimplantación dicen al atribuirle ventajas a ésta «que las lesiones apicales se pueden observar mejor con el diente en la mano». Nosotros no estamos de acuerdo.

En lo que se refiere a las ventrjas de la amputación del apice con respecto al raspado alveolo radicular defendido por Roy y viceversa, diremos que el raspado alveolo radicular es una verdadera apiceptomia con la diferencia de que, en vez de darle al muñón radicular una forma plana se le da una forma de cono aproximándose a la forma primitiva de cono del apice.

Nosotros creemos que este raspado tiene solo un inconveniente: el de no poder hacer un raspado amplio en la parte posterior de la raíz a donde solo llegan instrumentos curvos y Roy usa solamente fresas.

Casos Clínicos

1er. caso Noviembre de 1927.

Consultorio del Dr. Bilbao.—Fistula de origen dentario.—Amputación del ápice por trepanación.—Curación de la fistula.—Conservación del diente.

N. N. de 27 años de edad se presentó al consultorio el 19 de Noviembre quejándose de ser molestado de una fístula que aparecía con intermitencias en la región labial por encima del incisivo lateral superior izquierdo.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: dice aqueja de frecuentes hemorragias nasales.

Estado actual, el insisivo lateral superior izquierdo presenta una curie mesial, examinada es de 4º grado, complicado.

Comenzamos el tratamiento haciendo pasar por la fístula soluciones de timol al 4°/$_{oo}$ y soluciones de ácido fénico; después de veinte días de tratado sin resultado alguno, el enfermo desea extaaerse el diente.—Le proponemos lo amputación del ápice para su conservación la que es aceptada.

Como en sus antecedentes personales teníamos como dato que padecía de frecuentes hemorragias nasales preparamos al enfermo con la siguiente poción la que le indicamos que la tome durante dos días:

Ergotina	2 grs.
Cloruro de calcio	4 «
Jarabe de codeina	30 «
Agua destilada .	150 «

Por cucharadas

Convenientemente preparado al enfermo, el día 12 de Diciembre procedimos a practicar la operación.

Calculamos el largo de la raíz por la fístula y además por el largo de una sonda que hemos introducido por el canal.

Obturado convenientemente el canal y hecha la anestesia local por novocaina procedimos a la incisión la que practicamos en forma de semi-círculo cuya concavidad mira hacia el cuello del diente.

Separamos el colgajo que lo tomamos con una pinza.—Con una fresa de fisura trepanamos el alveolo y ponemos al descubierto el ápice; en esta fase de la operación hay una pequeña hemorragia la que cohibimos con una solución de adrenalina al 1°/oo seccionamos el muñón radicular y raspamos las regiones vecinas.

Hacemos lavajes anticépticos débiles y citamos al enfermo para el dia siguiente ordenándole buches con agua oxigenada y que tome nuevamente la pocion y toque con glicerina yodada.

Al mes se cicatrizó la herida desaparecciendo la fistula.

Operó el Dr. N. Bilbao

Ayudante A. Mattia C.

2º Caso. Enero de 1928.

Consultorio del Dr. Zubieta.—Fistula de origen dentario.—Trepanación del ápice.—Curación de la fístula.—Conservaciòu del diente.—Caso en observación.

N. N. de 32 años de edad, natural de Cochabamba, presentaba los dos incisivos centrales superiores con caries de 4º grado; en el superior izquierdo una fístula en la región gingival.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: Hace algunos meses que habia sufrido un golpe violento que produjo la movilidad de los dos centrales. La consolidación fué expontánea, varias veces se le ha hinchado el labio superior, el incisivo central superior derecho no fué tratado, no asi el izquierdo que durante varios meses lo trató un profesional desistiendo de la curación y aconsejando la extracción de la pieza.

Estado actual: el incisivo central superior izquierdo presenta una carie en lado mesial, la encia se presenta hiperemiada y a la altura del ápice radicular se abre una fistula

por la que emana pus, la cavidad careada está llena de restos alimenticios en putrefacción. El canal radicular ensanchado notablemente y de un color pardo oscuro. No hay movilidad del diente.

Tratamiento:

Despues de empleados todos los tratamientos para las complicaciones de caries de 4º grado sin resultado alguno, nos decidimos a la trepanación apical la que practicamos después de limpiar y obturar el canal con una pasta de triquesol formol. Hicimos una incisión a la altura de la fístula en forma de U separamos el colgajo con una pinza de dientes de ratón y lo entregamos al ayudante. Trepanamos la pared alveolar con una fresa de fisura teniendo al descubierto la raíz, la que se encontraba algo reabsorbida y necrosada. Resecamos el ápice y pulimos el muñón radicular con fresas de pulir orificaciones. Lavamos con solución antiséptica tibia. Raspamos las regiones vecinas, lavamos nuevamente e introducimos en la herida la pasta al bismuto de Beck. Citamos al enfermo para la semana siguiente, (cliente en observación) operó Mattia, ayudó Dr. Zubieta.

Tercer caso Marzo de 1928.

Clinica del doctor Bilbao.—Fistula de origen dentario.—Amputación del ápice por trepanación.—Conservación del diente

N. N. de 25 años de edad, natural de Potosí se presentó al consultorio el 24 de febrero diciendo aqueja fuertes dolores que cree son producidos por el canino superior derecho que le ha sido tratado.

Antecedentes hereditarios: sin importancia.

Antecedentes personales: hace tiempo fué atendido por un profesional que le obturó varios dientes con porcelana de los cuales dos se le han caido y el canino obturado duele. De tiempo en tiempo parece con una fistuilla en la región, la que luego desaparece.

Estado actual: El canino superior derecho se halla obturado con porcelana sintética, su color es algo más oscuro y presenta a la altura del ápice radicular una fístula.

Tratamiento:

Empezamos desobturando la cavidad. La perforación de la cámara pulpar dió salida a un líquido citrinoso y substancias icorosas.

Hicimos el tratamiento corriente de 4º grado con fistula optando después por la trepanación en vista de la residiva de la fistula la que practicamos luego de obturado el canal y hecha la anestecia local por novocaina. Hicimos una incisión en forma de T invertida y separamos los colgajos, los que sostenemos con piezas de dientes ratón. Trepanamos la pared olvealar con una fresa de fisura dejando al descubierto el ápice radicular el que seccionamos. Pulimos el muñón radicular con fresas redondas. Raspamos las partes vecinas y lavamos con solución antiséptica tibia. Citamos al enfermo para el día siguiente prescribiéndole colutorios con agua oxigenada y toques con yodo glicerolado.— (Cliente en observación).

Operó: Dr. Bilbao

Ayudante: A: Mattia C,

Al señor Decano de la Facultad de Ciencias Médicas.

Pide se nombre la comisión
que indica:—

Alejandro C. Mattia, ex-alumno de la Facultad de Ciencias Médicas en la sección de Odontología, presentándome ante usted con todo respeto digo:

Que habiéndo cumplido con todos los requisitos exigidos por los reglamentos universitarios, solicito del señor Decano se sirva nombrar la comisión para que informe acerca de la tesis que acompaño, titulada: *Amputación del ápice por trepanación.*—

Será justicia, etc., etc.

La Paz, 28 de Mayo de 1928.

Alejandro C. Mattia.

Facultad de Ciencias Médicas
La Paz.—Bolivia

La Paz, 28 de Mayo de 1928.

Pase en conocimiento del señor Director de la sección Odontología, para que nombre la comisión respectiva que debe dictaminar la tesis *amputación del ápice por trepanación*, para los fines del inciso 4º del artículo 16 del Reglamento General de Exámenes

L. Martínez Lara.
Decano

La Paz, 28 de Mayo de 1928

Pase a los señores Napoleón Bilbao Rioja y José M. Merino para que se sirvan informar sobre la Tesis presentada por el señor Alejandro C. Mattia.—

S. Cabrera Bello.
Director.

El que suscribe Profesor de la Facultad opina por la aprobación de la tesis del postulante al título de Dentista, don Alejandro Mattia C.—

Napoleón Bilbao Rioja.
Profesor de Protesis y Ortodoncia.

El que suscribe Profesor de la Escuela Dental, es de parecer sea aceptable, la tesis presentada por el señor Alejandro Mattia para optar el título de Dentista.—

La Paz, Mayo 30 de 1928.

José M. Merino.
Prof. de Terapéutica y Materia Médica.

Con el informe de los señores profesores, vuelva ante el señor Decano de la Facultad de Medicina, para los fines de ley.—

S. Cabrera Bello.
Director.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
La Paz — Bolivia

La Paz, Bolivia, 30 de mayo de 1928.—

Vistos y leídos los informes de la Comisión encargada de estudiar la tesis denominada *"Amputación del ápice por trepanación"*, presentada pur el señor Alejandro C. Mattia, para optar al título de *Dentista*. *Apruébase*, la referida Tesis y devuélvase para su impresión.—

L. Martínez Lara.
Decano.