

1. ¿Qué es? Es la exploración de la región periapical (alrededor de la punta de las raíces del diente), mediante la extirpación, si existe, del quiste maxilar y el tratamiento de las piezas dentales afectas bien practicando exodoncia de ellas o bien a través de cirugía periapical.

2. ¿Cómo se realiza? La apicectomía consiste en la extracción de la punta de la raíz dental (ápice) y los tejidos afectados por la infección. Posteriormente se puede sellar el conducto radicular (de la raíz dental). Para llegar a la raíz dental y si precisa extirpar el quiste y los tejidos afectados, se requerirá realizar un fresado del hueso que está suprayacente a la pieza enferma (ostectomía) después de haber abierto con bisturí la encía. Posteriormente, se realizará resección del quiste quedando una cavidad que se irá reosificando parcial o totalmente en unos meses. Tras la resección del quiste se procederá a la extracción de las piezas dentales afectas o al fresado del extremo final de las raíces de dichas piezas que habrán requerido endodoncia previa, con el fin de intentar preservarlas. La intervención podría ser realizada con anestesia local o general. En ambos casos requerirá la aplicación de anestésicos locales y la ingesta de medicamentos en el postoperatorio (antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios, etc.). Existe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos y/o complicaciones intraoperatorias para proporcionarme el tratamiento más adecuado:

- Podría optarse por realizar exodoncia de piezas dentales en las que estuviera previsto hacer cirugía periapical por considerar que son inviábiles (pieza muy móvil que presumimos que no se va a unir al hueso).
- Podría tener que realizarse algún otro procedimiento o maniobra no recogida en este documento, que sea oportuna para su tratamiento.

3. ¿Cuáles son sus riesgos? A pesar de los posibles beneficios de la cirugía, no está exenta de complicaciones, entre las que podemos incluir las estadísticamente más frecuentes:

▪ **Riesgos frecuentes:**

- Alergia al anestésico u otro medicamento utilizado, antes, durante o después de la cirugía.
- Hematoma y edema postoperatorio, especialmente los primeros días.
- Hemorragia intra o postoperatoria.
- Dolor postoperatorio.
- Dificultad para abrir la boca y/o posible afectación de la articulación temporomandibular (dolor, etc.), sobre todo, en el postoperatorio temprano
- Infección postoperatoria, e incluso osteomielitis.
- Dehiscencia (apertura) de la sutura
- Los dientes próximos a la cirugía pueden resultar dañados y requerir tratamiento e incluso la extracción.
- Laceraciones y/o heridas en mucosas, lengua o labios.
- Sinusitis, comunicación oronasal y/o orosinusal.
- Falta de sensibilidad parcial o total, temporal o permanente del nervio dentario inferior (sensibilidad del labio inferior).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio lingual, temporal o definitiva (de la lengua y del gusto).
- Falta de sensibilidad parcial o total del nervio infraorbitario (de la mejilla), temporal o definitiva.
- Desplazamiento de dientes a estructuras vecinas.
- Recidiva de la lesión.

▪ **Riesgos infrecuentes:**

- Tragado o aspiración de dientes o de alguna de sus partes.
- Fracturas de maxilares que podrían suponer la colocación de placas y tornillos (osteosíntesis) y un bloqueo intermaxilar (cierre de la boca mediante alambre).

La medicación empleada no está exenta de riesgos y puede producir efectos secundarios, reacciones adversas, reacciones alérgicas (incluso shock anafiláctico) etc. Los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia causando adormecimiento, incoordinación o mareo por lo que se le advierte al paciente que no conduzca o realice actividades potencialmente peligrosas hasta, al menos, 24 horas después de la intervención. Si el procedimiento precisa anestesia general se añade el riesgo inherente a la misma, que será informado por el anestesista.

4. Consecuencias previsibles de su realización: la eliminación de la patología periapical del/los dientes afectos, pero una vez realizada la cirugía es frecuente el edema y dolor postoperatorio, que se tratará con los medicamentos adecuados.

5. Consecuencias previsibles de su no realización: dolor agudo, formación de flemones, infección ósea, infección grave de la región orofacial con extensión a otras zonas, aparición de enfermedad periodontal, aumento del tamaño de los quistes que pueden o no fistulizar (apertura hacia el exterior) e, incluso, degeneración de éstos, daño a dientes próximos con posible pérdida de éstos, maloclusión y apiñamientos dentarios, fracturas patológicas de los maxilares, entre otros.

6. Alternativas: no hay alternativas.

7. Riesgos en función de su situación:

Recuerde que debe informar de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.

DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE	
DNI	Nº SIP	FECHA DE NACIMIENTO	

DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NUM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

AUTORIZACIONES:

Declaro que se me ha explicado el procedimiento. He comprendido la información recibida y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento y que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato.

AUTORIZO LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO

NO AUTORIZO

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

NO AUTORIZO

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

REVOCACIONES:

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE PROCEDIMIENTO prestado en fecha _____

REVOCO EL CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS prestado en fecha _____

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN:

Expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello impida que pueda dar mi consentimiento para la realización de este procedimiento, tal como he firmado en el apartado anterior.

Paciente / su representante.
Firma:

Profesional sanitario
Firma:

En caso de no convivencia de los cónyuges con patria potestad compartida, deberán firmar padre y madre, en caso contrario el progenitor que la ostenta. Los datos de carácter personal serán tratados atendiendo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales