

368

290



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

QUISTES DE LAS ESTRUCTURAS BUCALES Y PARABUCALES



T E S I S E X A M E N E S P R O F E S I O N A L E S

**Que para obtener el Título de:
CIRUJANO DENTISTA**

Presenta:

SANTA ORALIA PEREZ ALLDIG



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION

I. DEFINICION	1
II. CLASIFICACION	1
III. CONSIDERACIONES GENERALES	2
IV. DIAGNOSTICO	16
V. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS	17
VI. SINTOMATOLOGIA	18
VII. TECNICA QUIRURGICA	19
VIII. VENTAJAS Y DESVENTAJAS	20
CONCLUSIONES	32

BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

En ocasiones las personas se cuestionan el por qué de algunas anomalías o deformidades que aparecen en la región facial o en cavidad bucal propiamente dicha, tales como aumento de tamaño, cambio de coloración, induraciones diversos signos y síntomas que sin saber el porqué de su aparición son encontradas en distintas regiones de cara y cuello.

Esta tesis fue elaborada principalmente para despejar -- aquellas dudas que aparecen no sólo en personas o pacientes -- que presentan dichas anomalías, sino también en una gran parte de la población que sienten la curiosidad de saber que es aquello que está causando una deformidad; siendo de gran ayuda para estudiantes y cirujanos dentistas de práctica general el saber distinguir y poder diagnosticar las diferentes patologías (quistes) que en ésta se describen.

Dando a conocer ampliamente su definición, localización crecimiento y desarrollo, así como las técnicas quirúrgicas para su tratamiento.

Principalmente aquellos que se presentan con mayor frecuencia en cavidad oral como son: el dentígero, el residual, -- el primordial, queratoquiste entre otros.

Elaborada con un lenguaje sencillo y entendible para todo aquel que inicia su materia de cirugía bucal y encuentra en los grandes textos de cirugía terminología complicada, la cual se puede explicar con términos más simples y entendibles.

Siendo obligación de todo Cirujano Dentista saber reconocer a tiempo cualquier alteración presente en cavidad oral ó referida ésta por el paciente; para dar a conocer el diagnóstico correcto o más acertadamente posible, estableciendo ante todo una correcta historia clínica y radiográfica. signos y síntomas, sin pasar por alto el diagnóstico diferencial.

Esperando que esta tesis sea de gran valor para el lector y que éste reconozca el papel de la cirugía bucal, no sólo para tratar estados anormales, sino como medida preventiva de muchas anormalidades.

I. DEFINICION DE QUISTE

Es una cavidad que aparece en los tejidos tanto duros - como blandos, caracterizada por formarse de una bolsa conjunto epitelial, con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso.

II. CLASIFICACION

Dentro de la cavidad bucal y alrededor de cara y cuello aparecen quistes congénitos, de desarrollo y retención.

Los quistes de origen dentario son los más comunes.

A) QUISTES CONGENITOS

- 1.- Tirogloso
- 2.- Branquial
- 3.- Dermoide

B) QUISTES DEL DESARROLLO

1.- De origen no dentario

a) tipos fisurales:

- 1.- Nasoalveolar
- 2.- Mediano
- 3.- Del conducto incisivo (nasopalatino)
- 4.- Globulomaxilar

b) Tipos de retención

- 1.- Mucoccele
- 2.- Ránula

2.- De origen dentario:

a) Periodontal

- 1.- Periapical
- 2.- Lateral
- 3.- Residual

b) Primordial (folicular)

c) Dentígero

d) Queratoquistes

III. CONSIDERACIONES GENERALES

QUISTES CONGENITOS.

Quistes del conducto tirogloso.- Están ubicados en la línea media y por lo general son de color oscuro.

Pueden ser tan vascularizados como para asemejar heman-gimas. Un síntoma frecuente e importante es la hemorragia en la boca como resultado de la ruptura de las venas que lo recubren.

El conducto tirogloso se encuentra en la línea que está entre la glándula tiroides y el agujero ciego de la lengua. El trayecto del quiste generalmente se encuentra adherido al hueso hioides o en íntima relación con éste. El quiste puede ser asintomático o puede provocar la producción de síntomas como resultado de la presencia de otras estructuras.

Debido al conducto tirogloso, el quiste puede infectarse, de suceder esto, la tensión puede drenar espontáneamente, o también puede ser incidida. Debe extirparse antes de que se produzca una infección o después de que hayan remitido los síntomas agudos. La enucleación completa del trayecto hasta la base de la lengua, frecuentemente con la inclusión de una porción del hueso hioides se requiere para la curación.

QUISTES BRANQUIALES.

Se cree que surgen de persistencias de la segunda hendidura branquial.

Característicamente están ubicados a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en cualquier nivel del cuello. Puede extenderse un trayecto fistuloso hacia arriba hasta el músculo digástrico y terminar en la fosa amigdalina. Estos quistes están tapizados con epitelio escamoso estratificado y ciliado y contienen un líquido lechoso o mucoide. Puede existir una fístula externa.

Tratamiento.- Resección quirúrgica completa.

QUISTES DERMOIDES.

Constan de una pared fibrosa tapizada con epitelio escamoso estratificado. Frecuentemente contienen cabellos y -- glándulas sebáceas y sudoríparas y estructuras dentarias.

Pueden aparecer en paladar duro o blando o en el dorso de la lengua o más común en piso de la boca.

Provocan la tumefacción en la misma ubicación que los quistes de retención sublinguales y deben ser diferenciados -- de ellos.

El quiste dermoide puede estar tan arriba como abajo -- del músculo geniohioides.

Generalmente aparecen en la línea media, pero pueden -- ser desplazados lateralmente durante el desarrollo. Deben ser diferenciados de los quistes de origen branquial.

El quiste dermoide a la palpación, produce una sensa-- ción de goma; generalmente contienen un material caseinoso -- amarillento, el cual ayuda a veces a diferenciar un quiste -- dermoide de una ránula, que tiene una tonalidad azulada.

Tratamiento.- Extirpación quirúrgica de todo el tumor.

QUISTES DEL DESARROLLO

DE ORIGEN NO DENTARIO

Quistes Nasoalveolares.- Se forman en la unión de los- procesos globular, nasal de la nariz, y al extenderse invade la cavidad nasal; generalmente están tapizados con un epite-- lio del tipo nasal, pero pueden contener células escamosas es- tratificadas. Clínicamente pueden ser confundidos con quis-- tes de origen dentario o con abscesos dentoalveolares de los dientes anterosuperiores.

Tratamiento.- Resección quirúrgica completa. El quiste nasoalveolar generalmente se reseca por vía intraoral inci- - diendo cuidadosamente la membrana mucosa que lo recubre y enu- cleándolo.

QUISTES MEDIANOS

Es un quiste óseo que se forma en una fisura mediana - del paladar, a partir de restos embrionarios. Estos quistes se diferencian de los del conducto incisivo, principalmente por su ubicación, dado que generalmente aparece más hacia - atrás en el paladar.

Los hallazgos radiográficos son erróneos, debido a la superposición de las sombras de los senos paranasales. Este se observa con la inyección de un material radiopaco.

Tratamiento.- Resección quirúrgica, puede utilizarse - el método de Partsch.

Estos quistes están en íntima proximidad con el piso - de la nariz y hacen eminencia en la cavidad nasal. Tiene un - saco de tejido conectivo tapizado por epitelio escamoso. Al - igual que otros quistes, puede haber espacios de cristales de colesterol rodeados en algunos casos, por células de cuerpos extraños.

QUISTES DEL CONDUCTO INCISIVO

(Quistes nasopalatinos)

Tienen la forma característica de un corazón. Los ubi- cados en el centro del hueso se denominan quistes del conduc- to incisivo.

En los maxilares dentados, debido a la reabsorción, el quiste puede aparecer más cercano a la superficie. Es neces- ario el diagnóstico diferencial con los quistes radiculares pa- ra impedir la desvitalización o las extracciones de los dien- tes correspondientes.

Generalmente no dan síntomas clínicos, a menos que se infecten secundariamente. Puede notarse una descarga persis- tente o pus que escapa bajo presión.

El sondar o punzar la zona, por lo general va a permi- tir que escape la acumulación de líquidos, pero la tumefac- ción se volverá a producir a menos que el quiste se extirpe - quirúrgicamente.

Estos quistes generalmente tienen una gruesa membrana de tejido conectivo.

El descubrimiento de su luz varía desde el epitelio es camoso pasando por el transicional, hasta el cilíndrico cilia do. En muchos casos se produce una marcada reacción inflama- toria como resultado de la infección secundaria desde la cavi- dad bucal.

QUISTES GLOBULOMAXIALES

Son cavidades tapizadas por el epitelio que se forman- en la unión de los procesos globular y maxilar entre el inci- sivo lateral y el canino. La vitalidad de los dientes se con serva; generalmente provocan una divergencia de las raíces de estos dientes y aparecen como radiolucideces de estos dientes y pirriformes en la placa radiográfica. Se infectan secunda- riamente y sufren cambios inflamatorios agudos.

Diagnóstico, depende casi por completo de su ubicación entre el incisivo lateral y canino, más una evaluación clíni- ca de los dientes adyacentes para diferenciarlo de un quiste de origen dentario. El quiste consta de una membrana de teji- do conectivo tapizado con epitelio escamoso estratificado.

Tratamiento.- Quirúrgico, consiste en la resección cui- dadosa, puede usarse el método de Partsch.

TIPOS DE RETENCION.

Mucocele.- Son el resultado de la obstrucción de un -- conducto glandular, comúnmente se ubican en el labio, el ca-- rrillo y el piso de la boca.

Pueden aparecer en la porción anterior de la lengua, - donde las glándulas están ubicadas en su cara inferior.

Son tumefacciones pequeñas, redondeadas u óvalos, trans lúcidas. El mucocele se mueve libremente, y por lo general - se encuentra inmediatamente por debajo de la mucosa.

Tratamiento.- Escisión completa.

Ránulas.- Es un quiste que se forma en el piso de la boca, generalmente a partir de una glándula sublingual. Se forma de una manera similar al mucocelo, pero desarrolla un tamaño mucho mayor. Cuando alcanza un gran tamaño, la mucosa está adelgazada y el quiste es de un color azulado.

Lesión no dolorosa, pero la lengua puede estar elevada y dificultado su movimiento, molestando a la masticación y a la fonación. La ránula puede romperse cuando se le traumatiza, escapando un líquido mucoso que se vuelve a acumular -- cuando la zona cicatriza.

Rara vez provoca tumefacción externa y rara vez se infecta. Es indolora y contiene un líquido filante. Una ránula es mucho más firme que el angioma que se encuentra ocasionalmente en el piso de la boca. Los quistes dermoides tienen una consistencia pastosa a la presión, y aparecen con mayor frecuencia en la línea media. Los lipomas son más firmes.

Los quistes del conducto submaxilar generalmente provocan la tumefacción de la glándula. Se desarrollan más rápidamente que la ránula y se les asocia con dolor y otros síntomas de la inflamación.

Tratamiento.- Marsupialización.

DE ORIGEN DENTARIO

Quistes Periodontales o Inflamatorios.- Están formados de restos epiteliales o remanentes que quedan en la membrana periodontal. Ubicación habitual es en el ápice del diente, por lo que son llamados quistes radiculares, pero pueden formarse a lo largo de la cara lateral de la raíz, y se denominan quistes laterales. Los de naturaleza inflamatoria en la zona desdentada son llamados quistes residuales.

Los quistes inflamatorios son el resultado de la infección dentaria, con necrosis de los tejidos pulpaes y la degeneración resultante hacia granuloma o quistes.

La formación de un quiste depende, primero de la disolución de la porción granuloma y segundo, de la transudación

del fluído a través del saco de tejido conectivo recubierto - de epitelio hacia el interior de su luz.

Estos quistes están tapizados por epitelio escamoso es tratificado. El pequeño quiste periodontal a menudo puede -- enuclearse a través del alveólo dentario, después de la ex- - tracción del diente involucrado.

QUISTES PRIMORDIALES (foliculares)

Se generan a través del gérmen dentario. Difieren de - los periodontales y dentígeros porque no contienen estructu-- ras calcificadas.

Son procesos radiolúcidos nítidos que asientan entre - dos dientes. Por lo general no presentan ninguna sintomatolo_gía; se desarrollan en el maxilar inferior a nivel de los pre molares, en el maxilar superior son excepcionales.

Estos quistes están tapizados por epitelio escamoso es tratificado y pueden ser uniloculares, multiloculares o múlti ples.

QUISTES DENTIGEROS

Son quistes centrales óseos, relacionados con el saco folicular. Se caracterizan por estar constituidos de una bol sa conjuntivo-epitelial, en cuyo interior se encuentra la co rona de un diente, el cual permanece retenido.

Estos quistes se desarrollan después del depósito del esmalte y probablemente son el resultado de cambios degenera tivos en el epitelio reducido del esmalte.

Si los quistes se forman cuando un diente está erupcio nando, se les denomina quistes de erupción. Estos interfieren con la erupción normal de los dientes temporales o permanen-- tes, se conocen como un "hematoma de la erupción", epitelio -- quístico formado a partir del saco folicular.

Los quistes dentígeros agrandados pueden provocar un - desplazamiento marcado en los dientes.

La presión del líquido acumulado por lo general desplaza al diente en dirección apical y frecuentemente se detiene el desarrollo radicular.

Los quistes dentígeros pueden encontrarse en cualquier sitio del maxilar inferior o del superior, pero se ubican más frecuentemente en el ángulo de la mandíbula, la región de los caninos, las zonas del tercer molar superior y la cavidad antral, y también en el piso de la órbita.

Los quistes pueden ser producidos por varios gérmenes dentarios que actúan juntos en su formación, dando un aspecto de tipo folicular múltiple.

El folículo dentario producido por la lámina dental o la capa epitelial externa del órgano del esmalte del diente - puede ramificarse y formar una cantidad de folículos.

Los folículos pueden formar un quiste, provocando la formación de los llamados quistes hijos.

Debemos recordar que los quistes primordiales o dentígeros son ameloblastomas potenciales.

La formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar externo hacia la luz, pueden ser el comienzo de este tumor dentario.

QUERATOQUISTES (Entidad nasológica)

Entre las formaciones quísticas de origen epitelial -- que se presentan en los maxilares, se destacan por sus características macroscópicas y microscópicas, así como las posibilidades de recidivas, las llamadas colesteatomas, quistes epidermoides o queratoquistes.

Características clínicas.- Se presentan con mayor frecuencia entre los 12 y 40 años con edad media de 40 años.

Sexo no hay predilección.

Localización.- Es más frecuente en el maxilar inferior que el superior 3:1.

Cuando se localizan en mandíbula aparece en la zona de molares, ángulo y rama ascendente.

Examen radiográfico.- Se presenta como una lesión osteolítica unicelular o pluricelular, de contornos representados por una cortical ósea lisa o en algunos casos festoneada. Una característica importante es el tamaño; por lo general son de gran tamaño, excediendo la mayoría de ellos los 2 ó 3 cms. de diámetro.

Diagnóstico diferencial.- Desde el punto de vista clínico: frecuencia por edad, localización y tamaño de la lesión, por el aspecto radiográfico.

El queratoquiste entrará en competencia por otros diagnósticos tales como: ameloblastomas tanto en su forma unilocular como multilocular, otras variedades de quistes y con posibilidad con algunos mixomas de aspecto quístico, así como - - ciertos casos de granuloma gigantocelular central.

Macroscópicamente.- Una de las características más definida y objetiva, es que en el momento de abordarlo al seccionar la membrana quística en el interior de la cavidad, se observa un material cremoso, blanco amarillento que puede ser confundida con material purulento, pero que a diferencia de - él no desborda con fuerza a través de la brecha establecida - sino que por el contrario apenas hace hernia a través de ella; por otra parte, la membrana quística suele ser delgada, bien adherida al lecho óseo, lo que puede dificultar la remoción quirúrgica del quiste.

Microscópicamente.- La membrana o pared quística está constituida por tejido conectivo fibroso oculto, sin infiltrado inflamatorio y revistiendo la cavidad hay un epitelio de tipo malpighiano sin papilas, de espesor muy delgado, excepcionalmente supera las 5 ó 6 capas de células, con un basal - que se destaca por presentar los núcleos hiper cromáticos.

Contenido.- En la mayoría presenta abundantes láminas de queratina las cuales se van desprendiendo desde la superficie epitelial a veces como paraqueratina y otras como ortoqueratina. En algunos casos la pared quística presenta infiltración de cordones epiteliales y desarrollo de microqueratoquistes;

Si a estas características microscópicas le agregamos las dificultades para su eliminación por el tamaño de los quistes y adhesión que presenta, así como la delgadez de la membrana, - encontramos que el queratoquiste representa el quiste de los maxilares que más frecuentemente recidiva.

Tratamiento.- Deben ser eliminados cuidadosamente enucleando la totalidad de la membrana y vigilando el postoperatorio con controles radiográficos, debiendo incluir radiografías intrabucuales oclusales y cuando se justifique, extrabucales; este cuidado postoperatorio es imprescindible dada la -- frecuencia con que recidiva. Solo en casos muy particulares se justifica un tratamiento más severo como una resección parcial del maxilar.

El queratoquiste odontogénico representa del 5 al 10% de todos los quistes odontogénicos. Este tiene una línea de - epitelio escamoso queratinizante que se asienta en la mandíbula y maxilares y es el producto de la formación de restos epiteliales de los dientes.

El término queratoquiste odontogénico fue usado primero por Philipsen en 1956, en 1963, Pindborg y Hansen describieron estos rasgos clínicos. Gardner reservó el término queratoquiste odontogénico por una entidad específica, teniendo una apariencia histológica característica, un aumento potencial de agresividad y tendencia a recurrir después de su remoción.

De todos modos hay recurrencia de queratoquistes odontogénicos después de la terapia quirúrgica 11 a 62%. Sin embargo, se puede hacer una remoción adecuada y conservadora en los pacientes.

Reporte del Caso.- En febrero de 1982, C.G. una mujer negra de 22 años de edad, procedente del hospital de la Universidad de Clevelan; la historia progresiva de su hinchazón fue en un mes en el área izquierda preauricular y mandibular. La historia fue significativa por extracción del tercer molar

de la mandíbula izquierda, con un quiste anterior a 2 años al comienzo de los síntomas.

La examinación física rebeló una paciente saludable -- con evidente hinchazón mandibular izquierda, la cual se extendió de la región preauricular a la mejilla del borde anterior del masetero. Esta lesión tuvo un tamaño de 5 x 8 cm. La clasificación del movimiento T.M.J. fue reducido y la boca pudo ser abierta sólo 22 mm. La examinación restante fue normal.-- No presentó adenopatía cervical.

La examinación mandibular de Rx mostró destrucción intensa con inflamación de la rama izquierda.

Hubo destrucción parcial del borde medio del proceso condilar y sepsis dentro de la lesión CAT, las conclusiones coincidieron con el resultado de la película clara.

Al aspirar la lesión se obtuvo gran cantidad de fluido claro, sin embargo el estudio citológico no fue contribuyente. Una biopsia abierta de la masa fue perforada por un acercamiento intraoral. El diagnóstico patológico fue queratoquiste. La enucleación intraoral del quiste fue realizada bajo anestesia general, el lecho del quiste fue pintado con solución -- Carnoy's, que es un agente cauterizante el cual ha moderado -- la penetración con fijación local rápida y excelente acción -- hemostática. La cavidad se llenó con injerto de hueso cortical homogéneo y fijación de alambre intramaxilar mantenida -- por 8 semanas. Los pacientes reaccionaron bien y no mostraron evidencia de recurrencia hasta la fecha.

Los queratoquistes están asentados más frecuentemente en la mandíbula, en la región del tercer molar, posiblemente debido a la extensión distal de la lámina dental.

Aunque pueden encontrarse a cualquier edad aparecen insólitamente en niños menores de 10 años.

Philipsen notó una asociación de quistes odontogénicos con múltiples carcinomas de células basales, los cuales tienden a convertir las células a síndrome nevoso, en la múltiple aparición prematura de quistes de mandíbula encontrados con --

carcinomas de células basales de la piel y desarrollo de anomalías de la piel y el esqueleto.

Los principales síntomas de pacientes con queratoquistes odontogénicos son:

Dolor

Inflamación

y drenaje intraoral.

Radigráficamente los quistes aparecen como áreas radiolúcidas con distintos márgenes de condensación osteolítica.

Muchos quistes son uniloculares, biloculares o multiloculares y pueden encontrarse en todas las regiones de la mandíbula y los maxilares; sin embargo son más comúnmente vistos en el área del tercer molar de la mandíbula y los maxilares - (con predominio de mandíbula).

Otros quistes o lesiones sólidas de ésta región puede tener similar apariencia radiológica, incluyendo ameloblastomas, mixoma odontogénico y granuloma central de células gigantes. El uso de citología exfoliativa y cálculo proteínico -- por aspiración de los contenidos quísticos pueden ser usados en diagnóstico. Una concentración de solución proteínica menor de 4.8 g./100 ml y la presencia de células escamosas queratinizantes, citológicamente indican la presencia de un queratoquiste.

Los rasgos histológicos de queratoquistes odontogénicos son completamente característicos e incluyen un delgado quiste bien formado por arrugas de epitelio escamoso, generalmente 6 ó 8 células gruesas, superficie de ortoqueratina o paraqueratina en capas, a menudo acompañadas por queratina dentro de la cavidad del quiste y variables contenidos quísticos de fluido claro con un contenido proteínico menor de 3.5/100 ml. La frecuencia de queratinización en otros quistes varía de 3.3 a 5.5% incluyendo quistes dentígeros residuales laterales, periodontales y fisurales.

Si bien los queratoquistes odontogénicos tienen una apariencia microscópica benigna, pueden ser localmente agresivos.

El reporte de incidencia o recurrencia varía de 12 a 63%. La razón de agresividad local, puede ser la patogénesis de la lesión de estas características celulares.

Está indicado que la ocurrencia de microquistes e islas de epitelio odontogénico en la pared del quiste puede predisponer a recurrir.

Adicionalmente, la recurrencia puede resultar de la remoción incompleta del revestimiento del quiste original. Por lo que se sabe existe más recurrencia en el ángulo de la mandíbula o en la rama ascendente.

El tratamiento y recomendación más común de un queratoquiste es la enucleación o marsupialización por cierre, primario o empaquetamiento del defecto con gasa, para permitir la cicatrización por intención secundaria.

El objetivo de la enucleación es la remoción de la pared quística delineándola en una pieza.

Otros métodos de tratamiento tienen incluida la figura con enucleación química, marsupialización por enucleación, resección amplia y posible radioterapia.

El método de tratamiento usado es ampliamente dictado por el tamaño, extensión y localización de la lesión.

Rasgos de Histoenzymological de células epiteliales en lesiones de mucosa oral, en quistes y ameloblastomas de mandíbula. Un estudio de histoenzymological sobresalió en 41 muestras de tejidos removidos en biopsias y operaciones quirúrgicas de las siguientes lesiones: hiperqueratosis benigna, líquen plano, severa displasia epitelial, carcinoma insitu, carcinoma epidermoide, quiste radicular, queratoquiste odontogénico y ameloblastoma.

El propósito de este estudio fue para ver la posibilidad de variación en planos de las actividades de las enzimas oxidativas, diaforesis, fosfatasa y Nephthol esterazas en ta--

les lesiones (la mucosa oral normal y una porción de epidermis como controles). En las lesiones de la mucosa oral estas variaciones de histoenzymological no fueron suficientemente características para la contribución del diagnóstico histológico.

En líquen plano, alguna necrosis de células basales -- faltando actividad enzimática, ya que en las capas superiores la actividad enzimática fué irregular. La hiperqueratosis benigna mostró actividad enzimática similar a la de la epidermis normal es decir, gran actividad oxidativa, particularmente en células basales y en capa granular y actividad esterasa bajo la capa queratinizada. en displasia epitelial severa, carcinoma insitu y carcinoma epidermoide, numerosas variaciones de actividades de enzimas oxidativas, esterasa y fosfatasa fueron encontradas de una célula a otra. En enfermedades quísticas de mandíbula, las actividades enzimáticas fueron no específicas en la alineación epitelial de los quistes radiculares y los queratoquistes odontogénicos (actividades similares a las del epitelio oral normal y epidermis respectivamente).

Pero en común ameloblastoma, fué uniformemente difuso bajo la actividad enzimática oxidativa en el epitelio y extensa actividad de fosfatasa alcalina en el estroma.

El cual puede ser útil en la diferenciación de quistes acantomas, variedad de ameloblastomas de queratoquistes de la mandíbula.

Ultraestructura de quistes odontogénicos de mandíbula. La ultraestructura de la unión de tejido conectivo epitelial de 6 quistes radiculares, cuatro foliculares y 5 queratoquistes fueron estudiadas con especial atención. La inflamación se produjo a causa del ensanchamiento del espacio interepitelial de las células en donde frecuentemente existen células inflamatorias en los quistes radiculares y foliculares.

Las características estructurales de la unión del tejido conectivo epitelial son:

Plasma, membrana, lámina lúcida y lámina basal, las cuales no son afectadas por la inflamación.

Las estructuras fibrosas fueron relacionadas de la lámina basal a la alineación de colágena de tejido conectivo. Sin embargo, en las muestras de queratoquistes se encontró colagenólisis yuxtaepitelial no asociada con el grado de inflamación de queratoquistes de la capa espinosa pero de célula a célula la interacción apareció cerrada e inmóvil.

Las células inflamatorias no fueron detectadas dentro del epitelio de los especímenes de queratoquistes.

IV. DIAGNOSTICO

En cada caso individual, debe descansar en una combinación de hallazgos físicos, historia, evaluación de las radiografías y biopsia de los tejidos.

El examen radiológico es deseable y a menudo fundamental para establecer un correcto diagnóstico, pero frecuentemente son necesarios otros estudios de laboratorio.

Los síntomas clínicos generalmente están ausentes, a menos que el quiste alcance grandes proporciones y provoque una deformación facial.

El dolor puede ser causado por la presión de un quiste sobre un nervio, y del mismo modo, puede haber parestesia o adormecimiento como queja clínica.

Los quistes pueden ser múltiples, cada uno a partir -- del anclaje separado, pero al inversa, los quistes múltiples pueden ser indicativos de una enfermedad sistémica.

La presencia de inflamación y dolor a la presión es un mejor signo de quiste que de tumor, debido a que los quistes se infectan secundariamente con más frecuencia. Sin embargo, el dolor de un quiste y la movilidad de las estructuras del cuello frecuentemente hacen que la fluctuación de un líquido sea un signo inconfiable.

La ubicación, la movilidad, la fijación, la consistencia, los cambios regionales y las enfermedades asociadas, son los factores más importantes para el diagnóstico. En los defectos óseos quísticos grandes que producen asimetría facial, la expansión se produce por lo general a lo largo de la línea de menor resistencia en el hueso, y generalmente en una dirección.

Por lo general crecerá una verdadera neoplasia que se expandirá hacia adentro y a través del hueso en todas las direcciones. Las estructuras tales como nervios, vasos sanguíneos y los senos paranasales generalmente son desplazados por el contenido líquido del quiste; una neoplasia invade y rodea

estos tejidos.

V. HALLAZGOS RADIOGRAFICOS.- El examen radiológico da información sobre la ubicación del quiste óseo y el compromiso de otros dientes.

Las sombras que lo recubren pueden llevar a error cuando muchos dientes aparecen involucrados en una zona quística debe hacerse un examen clínico completo, incluyendo pruebas de vitalidad.

La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede provocar la formación de una capa compacta de hueso en la que está contenido el saco quístico.

Esta lámina densa se ve en la película radiográfica como una línea blanca delgada que contornea la zona que contiene el quiste radiolúcido.

Los maxilares han sido denominados frecuentemente zonas de romance quirúrgico, debido a la complejidad de las entidades nasológicas que contienen todas las cuales presentan un problema de diagnóstico diferencial.

Los quistes generalmente tienen un contorno lobular redondeado y liso y pueden ser de un aspecto multilocular. Sin embargo, si existen infecciones secundarias, los márgenes pueden ser irregulares. Los quistes que aparecen en el maxilar superior a menudo son difíciles de visualizar debido a la superposición de las sombras proyectadas por los senos paranasales en el examen radiológico.

Ocasionalmente, se confunde una zona radiolúcida y rregularmente contorneada, pequeña y dentada que se ve en la radiografía, con la recidiva de una lesión quística.

Este aspecto radiográfico es el resultado de que ambas corticales óseas están involucradas en el defecto quístico o han sido removidas durante la resección quirúrgica de la lesión.

Rara vez se produce la regeneración completa de estas láminas corticales, y el defecto siempre se verá en la radiografía.

VI. **SINTOMATOLOGIA.**- Los síntomas generalmente están ausentes, a menos que el quiste alcance grandes proporciones y -
provoque una deformación facial. La presencia de inflamación
y dolor a la presión, es un signo de quiste que de tumor; debi
do a que los quistes se infectan secundariamente con más fre--
cuencia.

VII. TECNICA QUIRURGICA

Sin tener en cuenta etiología, naturaleza o la ubicación del quiste, generalmente se aceptan 2 métodos de tratamiento:

- 1.- La enucleación del saco quístico en su integridad.
- 2.- La operación de Partsch o marsupialización, por la cual el quiste se descubre o se elimina su "techo", y se hace continuar el recubrimiento quístico con la cavidad bucal o las estructuras circunvecinas.

En ambos casos, el procedimiento quirúrgico debe basarse en sanos principios fundamentales:

- 1.- Preservación del aporte sanguíneo en la zona.
- 2.- Evitar el trauma a filetes y troncos nerviosos de la región.
- 3.- Control de la hemorragia.
- 4.- Técnica aséptica.
- 5.- Manipulación atraumática de los tejidos blandos.
- 6.- Planeamiento de un colgajo quirúrgico de manera que pueda obtenerse una relajación adecuada para permitir un buen acceso a la zona quística.
- 7.- Evitar estructuras anatómicas importantes tales como las inserciones musculares y los grandes vasos sanguíneos.
- 8.- Una correcta sutura y readaptación de los tejidos blandos.

La técnica del tratamiento quirúrgico fue concebida por Dupuytren, Heath y Partsch quienes dieron principios y fundamentos incommovibles. Se reconocen dos métodos:

- 1.- Método de Partsch I (1982) ó método conservador.
- 2.- Método de Partsch II (1910) o método radical de Partsch.

Método de Partsch I.- Consiste esencialmente en transformar el quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal, conservando parte de la membrana quística, que por su condición epitelial adquiere en poco tiempo todas las características del epitelio bucal. La técnica consiste en la práctica de una incisión que nos permita abordarlo, la osteotomía de la porción ósea que lo cubre y apertura y vaciamiento del quiste, conservando su hemisferio interno. Por este procedimiento, el quiste se aplanar y en un tiempo variable desaparece.

Esta técnica está indicada en aquellos quistes de gran tamaño o de tamaño mediano, en los cuales la enucleación de la bolsa traería aparejados trastornos por parte del hueso (hemorragias, fracturas, apertura del maxilar) y por parte de los dientes (lesión de la pulpa de los dientes vecinos).

VENTAJAS

- 1.- Sencillez de su ejecución.
- 2.- Buena visualización de la cavidad.
- 3.- La superficie ósea queda cubierta en toda su extensión por su epitelio.
- 4.- Se evita la infección ósea y lesión de los dientes vecinos, porque se conserva la bolsa quística.

DESVENTAJAS

El epitelio quístico es un elemento patológico que debe ser eliminado porque puede sufrir transformaciones adamantinas o tumorales o recidivar bajo la forma de un nuevo quiste; por otra parte la integridad histológica de la membrana quística no es siempre absoluta.

En muchos casos, el quiste está infectado y la membrana degenerada; siendo así, su conservación es problemática.

La cavidad artificial creada permite la acumulación de elementos y líquidos bucales y su putrefacción, con los inconvenientes comprensibles.

TIEMPOS QUIRURGICOS

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento del colgajo.
- 3.- Osteotomía
- 4.- Tratamiento de la bolsa quística
- 5.- Tratamiento del diente causante.
- 6.- Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos.
- 7.- Tratamiento postoperatorio.

Incisión.- Es circular se traza siguiendo los límites - de la proyección del quiste sobre la cara vestibular. La inci sión debe situarse en un lugar equidistante, entre el surco -- gingival y el borde libre de la encía.

Esta incisión circular debe ser mayor que el diámetro - horizontal del quiste. Pueden emplearse las incisiones de - - Partsch o Newman, siendo necesario, en tal caso seccionar pos- teriormente el colgajo, siendo la cuerda del arco. Es impor-- tante ya que si el quiste, no es ampliamente abierto, el apla- neamiento del mismo no se produce, siendo posible la recidiva del proceso.

La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso, cortando encía y periostio.

Desprendimiento del colgajo.- Se realiza con una legra pequeña ó con una espátula roma. Se toma el labio superior de la fibromucosa incidida con una pinza de disección o dientes - de ratón, o con una pinza de Kocher, para facilitar la separa- ción del colgajo de su base ósea ó de la bolsa quística, según el caso. Se inicia la maniobra desde el centro del arco; la -- pinza se sostiene con la mano izquierda y la legra con la dere cha, se separa el colgajo con movimientos suaves, con preferen- cia a expensas de la fibromucosa, tratando de no herir la bol- sa quística.

El colgajo debe levantarse hasta los límites superiores del quiste. límites prefijados por la radiografía. En el caso

de desaparición del tejido óseo, el colgajo debe ser separado hasta encontrar hueso sano, algunas veces más lejos de los límites radiográficos del quiste. El hueso muy papiráceo o dehiscente, puede fracturarse o necrosarse, y al actuar como cuerpo extraño, engendra supuraciones que duran mucho tiempo y exigen una nueva operación, con el objeto de eliminar el sequestro.

Osteotomía.- En caso de que el hueso esté muy adelgazado, puede ser seccionado con un bisturí para hueso; cuando está parcialmente destruido, se completa la enucleación con pinza gubia. Si el hueso es firme y sólido, la osteotomía se hará con escoplo o fresa. Se usará la fresa redonda del número 4 ó 6 y se practican orificios del diámetro del quiste.

La tapa ósea se extrae con pinza gubia, o con el mismo escoplo. Extraída la tapa del quiste, se vacía su contenido y se lava su interior con suero fisiológico.

Es importante el empleo de una solución isotónica al plasma celular, para no producir lesiones en el epitelio quístico.

Tratamiento de la bolsa quística.- En el método de Partscht solo es necesario colocar dentro de la cavidad quística poca cantidad de gasa (se prefiere la gasa yodoformada vaselinada, la cual no se adhiere a los tejidos y es fácilmente removida) porque la obturación de la cavidad no se hace con fines hemostáticos. El colgajo gingival está aun mantenido con el separador, se retira y el colgajo se introduce dentro de la cavidad, donde quedará mantenido por la gasa. Ambos tejidos llegan a adherirse íntimamente. La cantidad de gasa para obturar la cavidad debe estar en proporción con el volumen de la cavidad. Hay que evitar, taponamiento a presión, para que no se produzcan esfacelos y compresión excesiva del colgajo gingival o de la bolsa quística. La gasa se renueva cada 24 horas, dependiendo -

el mayor o menor tiempo de permanencia en la cavidad, del estado de este material.

Si se infecta y da mal olor, se debe retirar con más frecuencia. En cada cambio de gasa debe lavarse cuidadosamente la cavidad quística con suero fisiológico y con una solución de fenol alcanforado. Se seca con gasa común y se vuelve a obturar con cantidades cada vez menores.

Tratamiento del diente causante.- El diente causante - portador de una gangrena pulpar, no puede ser conservado, sin el peligro de una nueva infección del quiste. Dos son los caminos a seguir: el tratamiento radicular y la apicectomía o su extracción. La amputación del ápice radicular, en el - - Partsch I, exige cierta destreza, porque la sección del ápice debe hacerse con la conservación de la bolsa quística y por la brecha operatoria ya creada. Si optamos por la extracción del diente, es preferible realizarla unos días antes de la -- operación, teniendo especial cuidado de no fracturar el hueso alveolar, por las consecuencias estéticas y funcionales que - puede acarrear.

Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos.- Con - el método conservador de Partsch, no se teme por la integri-- dad del seno maxilar, ni de las fosas nasales. La membrana -- quística actúa como un telón de seguridad que defiende estos órganos. Siempre que el tabique óseo que separa el quiste -- del antro y de la nariz sea lo suficientemente resistente. Si el hueso separador no existe, es decir, si están en contacto bolsa quística y membrana sinusal o nasal, en una extensión - de un diámetro mayor de un cm., la operación no debe terminarse como Partsch I, sino que hay que comunicar ampliamente el quiste con el órgano vecino de que se trate y suturar la inci-- sión en arco, con que se inició la operación. Los dientes ve-- cinos desviados por el crecimiento expansivo del quiste han - de ser conservados durante un tiempo prudencial, con el obje-

to de no fracturar la porción alveolar.

Tratamiento Postoperatorio.- Consiste en los sucesivos cambios de gasa yodoformada y lavajes de la cavidad quística con suero fisiológico o con solución alcohólica de fenol alcanforado.

Resultados del Método de Partsch I (1892)

Se resume de la siguiente manera:

1. Detención inmediata del crecimiento del quiste; por su presión de la presión endoquística.
- 2.- Gradual adquisición por parte del epitelio quístico de los caracteres del epitelio de la mucosa bucal.
- 3.- Aplanamiento progresivo de la pared del quiste hasta su desaparición.

Método Radical de Partsch (Partsch II 1910)

Consiste esencialmente en la completa enucleación de la bolsa quística. La cavidad ósea que la aloja queda por lo tanto vacía y el mecanismo de su relleno se hace de dos maneras:

- a) Método de Partsch II con sutura.
- b) Método de Partsch II sin sutura.

En el método con sutura, la cavidad ósea se llena de sangre y de la organización del coágulo depende la osificación.

En el método sin sutura, la cavidad se tapiza lentamente de epitelio y por un mecanismo análogo por el cual se aplana el quiste en el método de Partsch I tiene lugar la regeneración de las cavidades patológicas creadas por el proceso.

Indicaciones para el método con sutura son las siguientes: Todos los quistes dentígeros y radiculares de un diámetro no mayor de 3 cms.

Para quistes mayores la operación debe terminarse con taponamiento, el peligro del método con sutura reside en que el coágulo puede infectarse y supurar, con todas las secuelas que una infección de esta clase trae aparejadas.

Este método solo puede aplicarse en los quistes estériles, los infectados deben operarse por el método abierto.

Técnica del Método de Partsch II (con sutura)

Operación.- Consta de los siguientes tiempos:

- 1.- Incisión.
- 2.- Desprendimiento del tejido gingival y confección de -- los colgajos.
- 3.- Trepanación ósea.
- 4.- Enucleación de la bolsa quística.
- 5.- Tratamiento de las cavidades vecinas.
- 6.- Tratamiento del diente causante.
- 7.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 8.- Sutura.
- 9.- Tratamiento postoperatorio.

1.- En la región vestibular más o menos a la altura de los ápices dentarios, debe abarcar una extensión mayor que los límites del proceso y en profundidad hasta el tejido óseo, con mucha precaución para no lesionar con el bisturí la bolsa -- quística.

Otra incisión es la de Newman, que se considera ya en apicectomía, con la cual se obtiene un colgajo que da mayor -- campo operatorio y permite la apicectomía en caso necesario. La cicatriz es perfecta y no se han visto trastornos en la inserción del colgajo al cuello de los dientes.

En caso de usar la incisión de Partsch la indicación especial, es que si se quiere terminar la incisión con sutura, es que la herida de la mucosa debe descansar sobre tejido -- óseo sano.

2.- Con una espátula de bordes romos, con legtras o espátula de Freer, o con un periostotómo, se separa cuidadosamente el tejido gingival de su inserción en el hueso. El desprendimiento debe realizarse abarcando un límite mayor que la extensión del proceso. Cuando el tejido óseo que cubre el -- proceso se encuentra destruido por la invasión del quiste, el desprendimiento del tejido gingival debe realizarse hasta encontrar hueso sano sólido.

En este caso, la inserción de la encía a la bolsa quística es íntima y profunda. Cuando el quiste es supurado en su período crónico, estas adherencias son mayores; en algunas ocasiones se realizan verdaderas soldaduras entre encía y membrana quística, siendo necesario para desprender el tejido -- gingival, utilizar la punta y borde romo del bisturí o con tijera. Realizando una maniobra de disección, que nos permite -- seccionar las adherencias e inserciones; lo mismo sucede con las fístulas.

3.- Para llegar al tumor quístico será necesario trepar el tejido óseo.

La osteotomía se realiza por medio de escoplos, martillos y pinzas gubias. Por medio de escoplos finos y delicados, de preferencia los de media caña se fabrica una ventana en la tabla externa.

Luego, con pinzas gubias y las de Lombar, se aumentan los diámetros de la apertura ósea, cuya extensión debe ser -- igual o mayor que los límites del quiste. Cuando la tabla externa ósea ha desaparecido, será suficiente agrandar con pinzas gubias, la apertura patológica creada por el proceso.

Después de la osteotomía se presentará la bolsa quística, con su color azulado rojizo característico de brillo nacarado y de consistencia variable según la presión del líquido quístico.

4.- En este tiempo se procede a vaciar la bolsa quística, antes de hacer su enucleación, sobre todo en los quistes

grandes. Esta maniobra tiene por objeto disminuir el volumen del tumor, reduciéndolo a su menor expresión e impedir el - - vuelco del contenido quístico en la boca del paciente.

Se realiza punzando la bolsa quística con una aguja de calibre mediano y haciendo la succión del contenido quístico con una jeringa de vidrio. Vaciado el quiste se secciona su pared a bisturí o tijera y se practica la limpieza del contenido quístico por medio de trozos de gasa, o con el aspirador, estando todo listo para realizar la enucleación de la bolsa quística. Se toman los bordes de la incisión de la bolsa quística con pinzas de Kocher o de Chapult (dos por cada lado); de esta manera, es posible sosteniendo las 4 pinzas esgrimadas con la mano izquierda; tener un perfecto dominio de la tumoración. Con la mano derecha se esgrime la espátula de bordes romos y con ella se realiza el desprendimiento de la bolsa quística, de su alojamiento óseo. En los quistes puros, sin infección de su contenido; se siguen fácilmente los límites del tumor buscando planos de clivaje. En los quistes supurados la maniobra no es fácil, porque en éstos existen profundas adherencias de la membrana quística, con su alojamiento óseo. Estas adherencias, en algunas ocasiones, son tan íntimas que es necesario resecarlas con cucharillas. Extraída en su totalidad la bolsa quística, se practica la hemostasis de la cavidad ósea con gasa.

En los quistes supurados es necesario el raspado de la cavidad ósea en todos sus ángulos con el objeto de eliminar - - hasta las partículas más pequeñas de membrana, la cual podría recidivar. Se pincela la cavidad ósea con agua oxigenada y se efectúan toques con una solución de cloruro de zing - - al 10% con objeto de eliminar todos los restos quísticos.

5.- En caso de que estos tumores invadan las cavidades vecinas, como seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina, - - hay que realizar el tratamiento de ellas modificadas en su -

estructura y relaciones por el avance del proceso.

Dientes vecinos.- En caso de que estos dientes estén irremediablemente perdidos para la estética, recién varios meses después de la intervención sobre el quiste se efectúa su extracción.

6.- Dos son las conductas a seguir teniendo ambas la misma finalidad.

La supresión del foco séptico.

Estas dos conductas son:

La extracción del diente causante, la cual se hará de inmediato después de la enucleación de la bolsa quística o la resección quirúrgica de su ápice, que se logra con un simple golpe de escoplo y martillo o la apicectomía con fresa.

7.- Si está exangüe, provocamos una hemorragia ligera de las partes blandas vecinas, raspando con una cucharilla o instrumento cualquiera; así se llenará de sangre. En la actualidad se usa el oxycel de Parke Davis, para el relleno de la cavidad dejada por el quiste. Se procede de la siguiente manera:

Después del enucleado del quiste toma un trozo de material, de tamaño aproximado a la cavidad a obturarse y se rellena la cavidad; se desciende el colgajo y se lo sutura.

8.- Sutura.- Está indicada en los quistes chicos y medianos no mayores del diámetro ya señalado 3 cm. El material de sutura que se usa es el hilo común de lino, la seda ó dextrón.

Los puntos deben de distar entre sí de medio a 1 cm.

En estas operaciones como la apicectomía, la sutura debe de descansar sobre base ósea firme. Los puntos se retiran al sexto u octavo día.

9.- El enfermo guardará cama, el día de la operación, por lo menos debe permanecer semisentado, descansando con --

varias almohadas colocadas detrás de la cabeza.

Método de Partsch II sin sutura (1910)

obturando la cavidad ósea con distintos materiales.-

La operación sigue las normas señaladas para el método con sutura. Con variación en el tratamiento de la cavidad -- ósea. Obturación de la cavidad ósea con materiales extraños al organismo. Terminada la enucleación de la bolsa quística y alisados los bordes óseos, se lava la cavidad con suero fisiológico y agua oxigenada. SE seca con gasa simple. Se aconseja el tocamiento de las paredes óseas con el cloruro de -- zinc, al 10% (el relleno con gasa tiene varias ventajas, es-- tas se refieren a los casos en que no se haga sutura).

Se prevee la producción de una hemorragia ósea, que si no grave en todos los casos, es por lo menos alarmante.

La hemorragia puede presentarse varias horas después - de la intervención, cuando el efecto de la adrenalina del - - anestésico ha desaparecido. Se evita la infección de la cavi- dad ósea, impidiendo con esta barrera la introducción de los microorganismos bucales, la gasa se retira después de un - - tiempo variable (24 a 96 horas) en relación con el estado de conservación de este material, reconocible por su olor. Los - inconvenientes de este procedimiento reciden en el tiempo ex- traordinariamente largo que se necesita en el postoperatorio, el dolor y la hemorragia que se presentan en cada maniobra.

El postoperatorio.- A las 48 horas se revisa al pacien- te. Si se cree necesario cambiar la gasa yodoformada, hay -- que tener la precaución de impregnarla perfectamente en agua oxigenada caliente, con objeto de despegarla de la cavidad -- ósea, evitando dolores y hemorragias. Una vez retirada la ga- sa (en block o en trozos, como se indicó), se efectúan lava- jes con suero fisiológico tibio, en abundancia. Se pincela la cavidad con cloruro de zinc al 10% y se la vuelve a obturar -

con gasa yodoformada que se deja otras 48 horas. Idéntica maniobra se repite durante 5 ó 6 sesiones, hasta que se comprueba que la cavidad ya no sangra.

Lentamente y por espacio de varios días, la cavidad se va cubriendo de una membrana color verde-rojizo, índice de -- una tentativa de epitelización. A los 20 ó 30 días, la cavidad ósea esta cubierta de epitelio y con toda lentitud y en -- largo tiempo tiene lugar el proceso de reducción.

Complicaciones.

- 1.- Tumefacción.
- 2.- Infección.
- 3.- Formación de hematomas.
- 4.- Daños a nervios sensitivos y motores.
- 5.- Hemorragia primaria o secundaria.
- 6.- Fístula bucal.
- 7.- Fractura del hueso.
- 8.- Obstrucción de la vía aérea.

Infección y supuración.- Un quiste puro está formado -- por su pared conjuntivo-epitelial y un contenido líquido va-- riable en su aspecto y consistencia, pero siempre coservándose aséptico, sin infección. Cuando el quiste ha adquirido un tamaño relativamente grande, ya sea por su pared se coloca -- muy en las proximidades del medio bucal, nasal o sinusal, sufriendo cualquier pequeña efracción, o durante una maniobra -- operatoria o en la punción con fines diagnósticos puede modificarse su estado de pureza e infectarse.

Siendo el cuadro del quiste infectado variablemente no table. Sintomatología y marcha también modificadas. El quiste comienza a supurar, buscando camino al exterior, estableciéndose fístulas que drenan continuamente pus y que se abren en la cavidad bucal, en las cavidades o regiones vecinas o en la piel de la cara. Se transforma la histología del tumor. Estas modificaciones residen en la bolsa quística y en su contenido

El quiste supurado tiene un contenido purulento o semi purulento, hemático algunas veces de color verdoso, otras generalmente de olor nauseabundo, percetible claramente por el enfermo y por el operador cuando interviene. A veces la feti dez ha adquirido intensidades extraordinarias. La supuración es siempre abundante, en desproporción con los signos locales. La infección tiene una acción directa sobre la marcha del pro ceso. El quiste supurado deja de crecer.

Si la fistulización se hace en el seno maxilar el quis te paradentario se complica con sinusitis maxilar.

En ocasiones, no es sólo una fístula que comunica am-- bas cavidades, sino una amplia brecha. Seno y quiste no for-- man en esta ocasión más que un intenso foco supurativo.

CONCLUSIONES

- Dar a conocer los diferentes tipos de quistes en cavidad bucal, estableciendo su definición, etiología, -- diagnóstico y tratamiento a seguir.
- Que el C.D. de práctica general reconozca a tiempo y -- diagnostique una alteración de este tipo para remitirlo a un especialista.
- Conocer las diferentes técnicas establecidas para el -- tratamiento a seguir.
- Nosotros como cirujanos dentistas tenemos la obligación de explicar al paciente la importancia que tiene acudir a este, cuando se presente una alteración bucal, de lo contrario estas alteraciones les pueden traer mayores consecuencias.
- Hace falta mayor información odontológica a la población. Dando a conocer que existen especialidades a nivel odontológico en diversas clínicas y hospitales.

B I B L I O G R A F I A

- Guillermo A. Ries Centeno, "CIRUGIA BUCAL"
Ed. Ateneo pags. 719-54.
- Gustavo O. Kruger, "CIRUGIA BUCO MAXILO FACIAL"
Ed. Médica Panamericana, S.A. 5ta. Edición.
- Leroy W. Peterson, "QUISTES DE LOS HUESOS Y LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL Y DE LAS ESTRUCTURAS CONTIGUAS"
Capítulo 14 pags. 230-53.
- H.C. Killey, "LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES SU DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO"
Ed. Mundi S.A. I.C. y F. pags. 19-76
- Mackenzie G.D., "COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF AN ODONTOGENIC KERATOCYST"
Oral Surgery, oral medicine and oral pathology
Vol. 59. Num. 3 march 1985, pp. 302-5.
- NEURMAN J.H., "ULTRASTRUCTURE OF ODONTOGENIC - JAW CYSTS"
Scan J. Dent Res. Vol. 92 Num. 6 December 1984 pp. 577-86.
- CHOMETTE G., "HISTENZYMULOGICAL FEATURES OF EPITHELIAL CELLS IN LESIONS OF ORAL MUCOSA IN CYSTS AND AMELOBLASTOMA OF JAWS"
Int. J. oral surg. vol. 14 Num. 1 feb. 1985 pp. 61-72.
- Thoma, "PATOLOGIA ORAL"
Robert J. Gorlin
Salvat Editores, S.A. Capítulo 10
Reimpresión 1980 pags. 487-517.