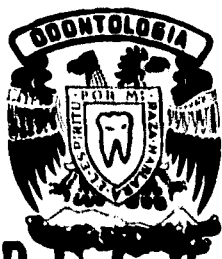


*Ejemplar*  
501

**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



*Revisado y Autorizado*  
*Jacinto Beltrán*  
*[Firma]*  
20/1/79

**DONADO POR - B. C.**  
**TRATAMIENTO DE LOS QUISTES**  
**EN LA CAVIDAD BUCAL**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**CIRUJANO DENTISTA**  
**P R E S E N T A**

**SALIM ERNESTO JACOBO VALDIVIESO**

**MEXICO, D. F.**

**1979**

**14886**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

# TRATAMIENTO DE QUISTES DE LA CAVIDAD BUCAL

	Pag.
INTRODUCCION.	1
CAPITULO I.- DEFINICION Y GENERALIDADES:	2
A).- ASPECTOS GENERALES	3
B).- ETIOLOGIA	6
C).- MARCHA CLINICA O EVOLUCION	6
D).- ESTUDIO RADIOGRAFICO	8
E).- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	8
F).- DIAGNOSTICO	9
G).- TRATAMIENTO	11
CAPITULO II.- CLASIFICACION:	16
1.- THOMA	19
2.- ZEGARELLI	17
3.- I. MELLER	20
CAPITULO III.- CARACTERISTICA PARTICULAR DE CADA QUISTE	22
CAPITULO IV.- VALORACION DEL PACIENTE PRE QUIRURGICO	38
A).- HISTORIA CLINICA	38
B).- EXAMENES RADIOGRAFICOS	41
CAPITULO V.- INSTRUMENTAL, MEDICAMENTOS Y MATERIAL QUIRURGI CO PARA LA INTERVENCION.	43
CAPITULO VI.- ANESTESICO:	51
1.- ELECCION DEL ANESTESICO	51
2.- VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA ANESTESIA LOCAL	53

3.- CUIDADOS PREANESTESICOS	53
4.- PREMEDICACION	54
5.- ACCIDENTES, PRECAUCION Y CONTRAINDICACION DE LA ANESTESIA LOCAL	55
6.- VENTAJA Y DESVENTAJA DE LA ANESTESIA LOCAL	58
CAPITULO VII.- BASES DE LA TECNICA QUIRURGICA:	60
A).- INCISION	60
B).- TIPOS DE COLGAJO	62
C).- OSTEOTOMIA	64
D).- OBJETO DE LA INTERVENCION	66
E).- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.	67
F).- SUTURA	67
G).- TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.	69
CAPITULO VIII.- COMPLICACIONES Y CUIDADOS POST-OPERATORIOS.	73
CONCLUSIONES.	75
BIBLIOGRAFIA.	77

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

Al elaborar el tema de tratamiento de quistes de la cavidad bucal, no pretendo sentar normas nuevas, ni marcar - nuevos derroteros en el campo de la Odontología, no es sino - un atrevimiento basado en mis cortos conocimientos al respecto y mi experiencia en el ejercicio profesional, más una breve exposición de las enseñanzas adquiridas de mis maestros.

Deseando que la recopilación hecha en esta tesis de cosas ya sabidas, pueden ser de utilidad a alguien que se inicie en la carrera de cirujano dentista.

## C A P I T U L O I

### I).- DEFICION Y GENERALIDADES

Es importante que el cirujano dentista se familiarice con la manera con que se emplean los términos: QUISTE Y ENFERMEDADES SEUDOQUISTICA. De acuerdo con la definición dada por la American Academy of Oral Pathology, diremos que un quiste: ES UNA LESION QUE CONSISTE EN UN SACO O ESPACIO ANORMAL ( YA SEA EN LOS TEJIDOS BLANDOS O DUROS DE LA BOCA ) , QUE CONTIENE UNA SUSTANCIA LIQUIDA O SEMISOLIDA, QUE ESTA LIMITADA POR UN EPITELIO Y ENCERRADA EN UNA CAPSULA DE TEJIDO CONJUNTIVO. Las enfermedades que se parecen a los quistes y que satisfacen algunas, pero no todas, las características señaladas son las que se conocen como ENFERMEDADES SEUDOQUISTICAS.

Un quiste verdadero es una cavidad tapizada por un epitelio. Puede estar situada enteramente dentro de tejidos blandos o profundamente en el hueso o localizarse sobre una superficie ósea y reproducir una superficie depresible. Dentro de los maxilares, el epitelio puede tener su origen en el epitelio odontogénico ( es decir, los restos de la lámina dental o los órganos del esmalte de los dientes ). La proliferación y degeneración de este epitelio da lugar a la formación de un QUISTE. ( - ( QUISTE ODONTOGENICO ) ).

A).- ASPECTOS GENERALES

Afortunadamente, en la boca y en los maxilares se presentan pocos tipos específicos distintos de quistes. Sin embargo, aunque sólo hay pocos tipos, en la literatura se han utilizado numerosas denominaciones se basan en la " LOCALIZACION " específica del quiste como, por ejemplo, el quiste periapical, el quiste del final de la raíz y el quiste radicular indican todos una localización relacionada con una raíz o con un ápice; de forma parecida el quiste glóbulo-maxilar y el quiste de la línea media indican la localización de la anomalía.

Otros nombres de los quistes se basan más en la " CAUSA " que en la localización; por ello utilizamos términos como quiste infeccioso, traumático y de retención.

La nomenclatura del quiste se complica más con las denominaciones que se basan en el "ORIGEN " del componente epitelial celular; por ello existen nombres como quistes de desarrollo, embrionales, odontogénicos y no odontogénicos.

Otros nombres usados en relación a los quistes se basan en el " CONTENIDO" del quiste, entre ellos se encuentra el quiste dentado ( un diente dentro de un quiste ), el quiste mucoso y el quiste hemorrágico.

Los quistes con respecto a lo anterior los manifestaremos clínicamente a causa de su expansión dentro del teji-

do circundante, pero solo raras veces causan movilidad dentaria, a no ser que sea muy grande. En muy raras ocasiones la presencia de un quiste se revela por una fractura patológica o porque el paciente advierte la falta de un diente y acude a la consulta por curiosidad, muchos quistes permanecen pequeños y producen poco o ninguna dilatación. Se descubren solamente en un examen radiológico habitual.

Cuando un quiste se dilata, ejerce una presión o estimulación en el periostio por la cuál éste se deposita hueso nuevo; esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave. Al continuar la dilatación, el hueso suprayacente adelgaza y se hunde por la presión del dedo, produciendo muchas veces un crujido de cáscara de huevo. Finalmente, puede desaparecer incluso esta cáscara ósea, quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal y luego aparecer una lesión o infección secundaria.

Sin embargo, solamente un pequeño porcentaje de quistes atraviesa todos estos estadios; con frecuencia se trata de quistes radiculares y dentígeros. Así, los quistes furcrales generalmente permanecen pequeños, con la excepción de algunos casos de quiste glóbulo-maxilar o naso-palatino.

La localización de la tumefacción puede dar un importante indicio sobre la naturaleza del quiste. Aunque los quistes radiculares y dentígeros aparecen en cualquier parte de la boca ( maxilar y mandíbula ), los primeros se encuen-



tran con más frecuencia en los dientes anteriores mientras que los segundos rodean más a menudo las coronas de caninos, maxilares impactados y terceros molares o premolares del maxilar inferior. Los quistes fisurales con una excepción, - está limitado al maxilar superior y los quistes óseos solitarios y quistes óseos ideopáticos se encuentran en el maxilar inferior. El quiste primordial está generalmente localizado en la zona del tercer molar del maxilar inferior y desde allí se extiende muchas veces dentro de la rama o cuerpo de la mandíbula.

Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor, a no ser que se infecten. Aunque los grandes del maxilar inferior casi siempre envuelven al fascículo neuro-vascular, cuando no hay infección, es muy raro que haya parestesia. La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado no se altera, incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se haya perdido en gran parte. Sin embargo, puede existir una pérdida temporal de la respuesta vital en los dientes adyacentes a quistes infectados.

No todos los quistes maxilares forman radiotransparencias bien definidos, redondas y ovales con márgenes radiopacos nítidos.

Los factores que influyen en la imagen radiográfica son numerosos e incluyen el tipo de quistes, la localiza-

ción, la intensidad de destrucción ósea y si el quiste está infectado o no.

#### B).- ETIOLOGIA

Podríamos decir que existen varias causas que provocan la formación de los quistes las cuales están a continuación mencionadas:

1).- Entre ellas tenemos las causas provocadas por la proliferación de los tejidos formadores del diente y dentro de esta podemos encontrar que las infecciones crónicas granulomatosas dan origen a los quistes.

2).- Otras de las causas que dan origen a los quistes son los epitelios atrapados durante el desarrollo embrionario.

3).- Y entre otras diremos que puede deberse a la obstrucción de los conductos de las glándulas salivales ( estas serían las que nos dan origen a los quistes de los tejidos blandos y del cuello ).

4).- Otras de las etiologías es la que se debe a la de una hemorragia intraósea de un origen traumático.

#### C).- MARCHA CLINICA O EVOLUCION

Período silencioso es la etapa en la cual el tumor se encuentra en un proceso no evolutivo, es decir se desconoce, como ejemplo tenemos el saco folicular del tercer molar el cual

esta en formación o desarrollo pero éste no llega a su formación total y no da origen al germen del tercer molar y degenera en quiste. No existe ninguna sintomatología.

**PERIODO DE DEFORMACION** en esta etapa el quiste entra en formación o actividad evolutiva, o sea empieza a crecer rechazando a los tejidos y aquí puede haber o no sintomatología, con esto podemos decir que el quiste puede llegar a lesionar nervios que estén cercanos a la tumoración por presión, si existe sintomatología clínica habrá dolor reflejado localizado, parestesia, muchas veces no se descubre.

**PERIODO DE EXTERIORIZACION** es cuando los tejidos vecinos no pueden soportar más la presión hecha por el volumen del quiste y el cual se exterioriza, en este momento se descubre clínicamente.

En los tejidos duros ( cavidad ósea ), los quistes dan lugar a que la tabla externa se adelgase y presente crepitación apergaminada (la cuál al presionarse crepita ), los quistes siempre se desplazan a la zona más débil de los tejidos óseos.

**PERIODO DE SUPURACION** en esta etapa el quiste deja de crecer porque ya no existe una presión interna ( drenado ) que esta rechazando a los tejidos. Durante la mancha clínica puede presentarse la infección, pero se localiza casi siempre en el periodo de supuración.

#### D).- ESTUDIO RADIOGRAFICO

Cuando lo observamos en la radiografía lo encontraremos siempre en los tejidos duros, el cual presenta características bien definidas.

De acuerdo a su forma, diremos que se presenta en forma circular piriforme, lobulado, puede presentar muchas más formas, pero depende del grado y situación del quiste.

Radiográficamente presenta una zona radiotransparente homogénea radiolúcida en el interior, bien delimitada por una zona radiopaca (que es el rechazo óseo que existe); hay otras lesiones que presentan similitud radiográfica, por lo que se requiere del diagnóstico diferencial.

Cuando se presenta en los tejidos blandos tendremos que saber si no están involucrados otros tejidos, para esto haremos una sialografía (radiografía de las glándulas salivales, y de sus conductos, previa inyección de una sustancia radiopaca). Con esto veremos a que profundidad se localiza el quiste y sus límites con los tejidos vecinos.

#### E).- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Por otra parte, no todas las radiotransparencias bien definidas son quistes, ya que varios tumores odontogénicos (Ameloblastoma, Fibroma Ameloblástico, Maxoma Odontogénico), y otras lesiones (Granuloma, Granuloma de Células gigantes, He-

mangiomas, Osteítis Fibrosa Generalizada ( Hiperparatiroidismo), Enfermedad de Von Reckling Hausen, Nevo Basal ), pueden producir imágenes radiográficas prácticamente iguales.

Estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, agujero mentoneano y fosa incisiva pueden ser confundidas con quistes, sobre todo si presentan alguna variación, en cuanto a su posición o formación son necesarias varias vistas radiográficas para un diagnóstico diferencial. Hay que tomar un mínimo de dos vistas intrabucales oclusales y laterales, así como una vista extrabucal oblicua lateral. Algunas veces son necesarias otras vistas; por ejemplo una craneal lateral o una occipital; se puede emplear un medio radiopaco, especialmente en el caso de un quiste naso-alveolar. Algunas veces es ventajoso el uso de la tomografía.

La forma de los quistes tienden a deformarse al dilatarse éstos, los quistes mandibulares tienden a abultar en dirección labiobucal, salvo los situados en la zona del tercer molar, que muchas veces se dilatan en dirección lingual a causa de la placa cortical más delgada de dicha zona.

Desde un punto de vista práctico, hay pocos quistes de los maxilares que pueden ser diferenciados entre sí basándose so lo en un examen microscópico.

#### F).- DIAGNOSTICO

Generalmente, son necesarios los datos radiográficos -

y otras informaciones, como la anamnesis, aspecto clínico, y - signos observados en las pruebas de vitalidad dental para establecer un diagnóstico definitivo. Sin embargo, pueden ser de - utilidad las siguientes observaciones microscópicas, resultado de una Biopsia:

1).- Los quistes gingivales, periodontal, dentígero, - primordial y fisural ( glóbulo-maxilar anterior mediano naso-alveolar ), están generalmente tapizados por epitelio escamoso estratificado no queratinizante situado sobre un tejido conjuntivo fibroso denso, mientras que el quiste dermoide está tapizado por epitelio escamoso ~~estratificado~~ queratinizado y apéndice cutáneo ( Folículo Piloso, Glándulas Sebáceas, Glándulas Salivales ).

2).- Los quistes radicular, periodontal y fisural presentan generalmente un infiltrado crónico secundario muy rico - en células plasmáticas. Esto puede ser observado con mucha menor frecuencia en los quistes dentígeros, primordial o gingival.

3.- Los quistes fisurales del maxilar están no raras veces tapizados por una delgada capa de epitelio queratinizado. A menudo se observa glándulas mucosas y agrupaciones de vasos - sanguíneos y nervios en la pared de tejido conjuntivo del quiste maxilar anterior medio. Por otra parte, el quiste dentígero-mandibular puede estar tapizado en parte por células epitelia-

les debajo del revestimiento de la pared quística. Estos restos de malassez proliferados originan algunas veces un diagnóstico-erróneo de ameloblastoma.

G).- TRATAMIENTO

El unico tratamiento hasta la fecha citado es el : -

" QUIRURGICO " el cual puede ser :

1).- ENUCLEACION

2).- MARSUPIALIZACION

ENUCLEACION ( Eliminación de un tumor o quiste en un todo, es decir, sin dividirlo ).

MARSUPIALIZACION ( Operación que consiste en abrir - las paredes de un quiste de origen dentario y en lugar de extirpar totalmente su membrana, adosar la misma al interior de la - cavidad quística, con lo cual queda una cavidad semejante a la - bolsa de los marsupiales, y la pared del quiste, en contacto con la cavidad bucal, concluye por desaparecer ).

Para el tratamiento QUIRURGICO de los quistes de los - maxilares, Dentífero y paradentario, el tratamiento consiste - esencialmente en suprimir el tumor quístico, por su extracción - del interior del maxilar o mandíbula ( o conservación de parte - de la estructura quística ).

La técnica del tratamiento quirúrgico fué concebida - por el Doctor PARTSCH, ilustre cirujano Alemán, a quien se deben las modernas adquisiciones y conceptos quirúrgicos. El " METODO DE PARTSCH " es el fundamento de una escuela, de la cual pueden

partir modificaciones o alteraciones de su técnica, pero método en sí ha quedado inconvencible.

Se dijo anteriormente método de Partsch pero en realidad debe hablarse de METODOS, ya que el autor preconiza dos, - que tienen variantes e indicaciones. Estos métodos se conocen - con los nombres de método de PARTSCH I o METODO CONSERVADOR DE- PARTSCH y método de PARTSCH II o METODO RADICAL DE PARTSCH.

#### METODO DE PARTSCH I.-

El cuál consiste esencialmente en transformar el quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal.

La técnica consiste, en practicar 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 aplana y en un tiempo variable desaparece.

Este método está indicado 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 seno maxilar ) y por parte de los dientes lesión de la pulpa de los dientes vecinos ).

Entre las ventajas del método son:

- 1).- La sencillez de su ejecución.
- 2).- Buena visualización de la cavidad.
- 3).- La superficie ósea queda cubierta en toda su ex-



tención por epitelio.

4).- Se evita la infección ósea y lesión de los dientes vecinos, porque se conserva la bolsa quística.

En cambio el epitelio quístico el cual 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 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 alimentos y líquidos bucales y su putrefacción, con los inconvenientes comprensibles. A pesar de estas contraindicaciones tiene sus formales indicaciones, sobre todo en el maxilar superior, en los quistes vecinos al antro o nariz.

La conservación de la bolsa, reglada por normas quirúrgicas especiales, pueden ser de gran utilidad para defender la cavidad sinusal en peligro o para reforzar el piso de las fosas nasales, debilitado o desaparecido por un proceso quístico ( Pro tuberancia de Gerber ).

#### METODO DE PARTSCH II.-

El método radical consiste esencialmente en la completa enucleación de la bolsa quística. La cavidad ósea que la alojaba queda por lo tanto vacía, y el mecanismo de su relleno se ha

ce de dos maneras, según las derivaciones que se den al método en cuestión.

Estas derivaciones que se dan al método son la siguientes:

e).- METODO DE PARTSCH II, CON SUTURA:

Las indicaciones de éste método son las siguientes: - todos los quistes dentígeros y radiculares de un diámetro no mayor de tres centímetros. Los quistes mayores por este método y entre los cirujanos hay muchos partidarios de su intervención o aplicación. En realidad las indicaciones deben circunscribirse a los quistes del diámetro que el autor ha señalado.

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 peligro puede sortearse dando a la operación todas las seguridades de asepsia que exige una intervención y que sean factibles de aplicar en la cavidad bucal. La obturación de la cavidades químicas con sustancias hemostáticas, antisépticas, salva los inconvenientes de la infección y retracción del coágulo.

b).- METODO DE PARTSCH II, SIN SUTURA:

La intervención sigue en un todo las normas señaladas para el método con sutura. La única variación es que en ésta se

introduce dentro de la cavidad ósea sobre él y rellenando la cavidad se aplica la gasa de obturación. El relleno con gasa tiene varias ventajas ( éstas ventajas se refieren en los casos en que no se haga sutura ). Se prevé la producción de una hemorragia ósea, que si no grave en todos los casos, es por lo menos alarmante. Esta hemorragia puede presentarse varias horas después de la intervención, cuando el efecto de la adrenalina del anestésico ha desaparecido. Se evita la infección ósea, impidiendo, con esta barrera, la introducción de los microorganismos bucales.

Se emplean para este fin las gasas yodoformadas, en tiras con bordes orillados, con el objeto de que no queden hilachas de la cavidad. Preferimos la gasa yodoformada, que si bien tiene el inconveniente de su olor sui géneris, nos dá, en cambio, amplias seguridades de esterilización de la cavidad ósea y de la no descomposición de este material de cura. Las gasas se retiran después de un tiempo variable ( 24 a 92 horas ) en relación con el estado de conservación de este material, reconocible por su olor. En las cavidades grandes, en las cuales siempre el cambio de gasas es dolorosa y condiciona una nueva hemorragia ( las lipotimias más serias se obtienen por lo general durante esta maniobra ) retiramos el material por pequeños trozos, proporcionales a su longitud. Así, en 8 ó 10 días, la cavidad queda libre, no hay hemorragias y la maniobra se hace con esca-

so dolor.

Al principio del tema definí un concepto vago de las palabras ENUCLEACION y MARSUPIALIZACION el cual fue propiamente la fase de la definición de cada palabra.

En el cuarto tema hablaré mas detenidamente y describiré cada uno de sus pasos para todo tipo de tejido ( Blando o Duro.).

## II.- CLASIFICACIONES

Para la clasificación de los quistes de los maxilares, piso de la boca y cuello, hemos tenido que estudiar y practicar para dar a conocer cierta clasificación de los quistes de la boca de la cual nos es útil cuando contribuye a clarificar, o mejor, a comprender, o cuando ayuda a diferenciarlos con los variantes tipos de quistes. La mayor parte de los quistes de la boca y de los maxilares se pueden separar en dos grandes categorías; los que tienen una LOCALIZACION OSEA o CENTRAL ( Intra-ósea ) y los que crecen en los tejidos BLANDOS o PERIFERICOS.

Por lo tanto la clasificación de los quistes bucales no está estandarizada y se intenta presentar una categorización lógica. A causa de esto, hemos ampliado una de las clasificaciones de uso más frecuente aunque comprendiendo muy bien que el agrupamiento que sigue tiene más valor práctico que mérito científico.

## C A P I T U L O   I I

En el tema correspondiente a la clasificación de cada uno de los quistes estoy nombrando tres clasificaciones que mas se mencionan durante el transcurso de las clases, a continuación expongo el cuadro según los a clasificado cada autor.

Me incline por desarrollar el cuadro del Dr. I. MELLER por su forma de explicar y analizar cada uno de los quistes durante su formación o desarrollo ( diferenciación ). Y a la vez por el curso tomado de cirugía bucal en el año 1978.

### CLASIFICACION DE :

EDWARD V. ZEGARELLI

### " Q U I S T E S "

#### ODONTOGENICOS

- 1).- PRIMORDIAL ( Surgen del organo del esmalte o fo
- 2).- DENTIGERO lículo; por eso recibe el nombre -
- 3).- MULTILOCULAR colectivo de QUISTES FOLICULARES ).
- 4).- RADICULAR ( Surgen de restos epiteliales de-
- 5).- RESIDUAL MALASSEZ ).

#### NO ODONTOGENICOS

- 1).- PALATINO MEDIANO
- 2).- ALVEOLAR MEDIANO ( Surgen en la zona de fusión de los
- 3).- GLOBULO-MAXILAR procesos faciales; por eso reciben

- 4).- NASO-ALVEOLAR           el nombre colectivo de QUISTES FISU  
5).- MANDIBULAR MEDIANO      SURALES ).  
6).- NASO PALATINO

#### DE LOS TEJIDOS BLANDOS

- 1).- MUCOCELE                             ( Quiste por retención de mucus; fe  
  nomeno de retención ).  
2).- MUCOSO  
3).- RANULA  
4).- GINGIVAL  
5).- EPIDERMOIDE  
6).- NASO-ALVEOLAR  
7).- BRANQUIAL  
8).- LINFOEPITELIAL  
9).- TIROGLOSO

#### SEUDOQUISTES

- 1).- TRAUMATICO  
2).- CAVIDAD OSEA IDEOPATICA  
3).- HUESO ANEURORISMAL

#### SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES

- 1).- OSEO ANEURISMATICO  
2).- OSEO ESTATICO  
3).- OSEO TRAUMATICO ( HEMORRAGICO; SOLITARIO )

## CLASIFICACION DE:

R.J. GORLIN  
H.M. GOLDMAN  
THOMA

ODONTOGENICOS

- 1).- DENTIGERO
- 2).- DE ERUPCION
- 3).- GINGIVAL EN RECIEN NACIDOS
- 4).- PERIODONTAL Y GINGIVAL LATERALES
- 5).- ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE  
( Tumor quístico queratinizante ).
- 6).- RADICULAR ( Periapical ).
- 7).- QUERATOQUISTE ODONTOGENICO
  - a).- PRIMORDIAL
  - b).- QUERATOQUISTES MULTIPLES DE LOS MAXILARES ( Carcinomas basocelulares nevoides cutáneos múltiples y anomalías esqueléticas ).

NO ODONTOGENICOS Y FISURALES

- 1).- GLOBULO-MAXILAR ( PREMAXILAR-MAXILAR )
- 2).- NASO-ALVEOLAR ( NASOLABIAL; de KLESTADT )
- 3).- NASOPALATINO ( MAXILAR ANTERIOR MEDIANO )
- 4).- MANDIBULAR MEDIANO
- 5).- LINGUAL ANTERIOR
- 6).- DERMOIDE Y EPIDERMOIDE
- 7).- PALATINO DE RECIEN NACIDOS

CUELLO, SUELO BUCAL Y GLANDULAS SALIVALES

- 1).- DEL CONDUCTO TIROGLOSO
- 2).- LINFOEPITELIAL ( HENDIDURA BRANQUIAL )
- 3).- BUCALES CON EPITELIO GASTRICO O INTESTINAL
- 4).- DE LA GLANDULA SALIVAL
- 5).- MUCOCELE Y RANULA

CLASIFICACION DE:

I. MILLER

" QUISTES "

ODONTOGENICOS

1).- FOLICULARES:

- A).- PRIMORDIAL
- B).- MULTILOCLAR
- C).- DENTIGERO

2).- PERIODONTALES:

- A).- LATERAL
- B).- PERIAPICAL
- C).- RESIDUAL
- D).- GINGIVAL

NO ODONTOGENICOS

1).- FISURALES:



A).- MEDIALES :

1).- MAXILAR

2).- MANDIBULAR

B).- GLOBULO-MAXILAR

C).- NASO-PALATINO

D).- NASO-ALVEOLAR

2).- DE RETENCION:

A).- MUCOCELE

B).- RANULA

3).- SEUDOQUISTES

A).- Q. OSEO TRAUMATICO

B).- CAVIDAD QUISTICA u OSEO IDIOPATICA

C).- Q.OSEO ANEURISMATICO

DISONTOGENICOS

1).- DERMOIDE

2).- EPIDERMOIDE

3).- BRANQUIAL

4).- TIROGLOSO

## C A P I T U L O   I I I

### CARACTERISTICAS PARTICULARES DE LOS QUISTES

#### III.- " QUISTES ODONTOGENICOS "

1.- FOLICULARES ( Que tienen relación con el SACO - que se encuentra dentro de los maxilares en cuyo interior hay un diente en formación, es decir, antes de haber hecho erupción).

A).- PRIMORDIAL.- EL término de quiste primordial - se ha utilizado para designar un quiste derivado del órgano - del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales. La degeneración del retículo estrellado da lugar a un espacio - quístico limitado por el epitelio interior y exterior del esmalte que surge un cambio y se convierte en epitelio de tipo - escamoso estratificado. Este tipo de quiste se encuentra con - más frecuencia ( 80% de los casos ) en el lugar del tercer mo - lar del maxilar inferior o por detrás del mismo en el borde - anterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

También se pueden encontrar ( con menor frecuencia ) en piezas incluidas ( Gérmenes dentales supernumerarios ).

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida - radiotransparente homogénea bien delimitada por una zona radió - paca, que no se asocia directamente con un diente erupcionado.

Sintomatológicamente puede presentar Parestesia, 42

lor, si no se aplica tratamiento produce un agrandamiento del maxilar y puede presentar fractura, también puede producir - asimetría de la cara, puede atravesar cualquiera de los pasos de la marcha clínica ( silencio, deformación, supuración, - exteriorización ).

El tratamiento es únicamente quirúrgico, la bolsa - quística se elimina completamente por medio de la enucleación.

B).- MULTILOCULAR.- En raras, circunstancias un germen dentario puede originar quistes múltiples que a diferen-- cia de los dentígeros, no se asocian con un diente desarrollado.

Clinicamente la lesión se presenta como un agranda-- miento del hueso afectado. La zona molar mandibular constitu-- ye la localización mas frecuente, también se puede presentar-- en cualquier parte de los maxilares.

Las radiografías muestran una zona con aspecto mul-- tiquístico en una sola zona. Es común que los dientes migren.

Los quistes multiloculares pueden comenzar a asociar se con otros trastornos del desarrollo, por lo cual es muy im portante el diagnóstico diferencial porque puede estar asocia do con la paratiroides, si se trata de hiperparatiroidismo no se elimina ya que es reversible, se debe de tratar primero el hiperparatiroidismo y después el quiste.

Los cortes macroscópicos muestran lo que parece ser

una cantidad numerosa de quistes , adheridos unos a otros o - comunicados entre sí.

Tratamiento el mismo que el anterior " Quirúrgico", si es necesario se trata de colapsar y después ~~de~~ la enucleación.

También puede pasar por cualquier paso de la marcha clínica.

C).- DENTIGERO.- Es el más común de los quistes folliculares, en un 70% de las lesiones aparece en la mandíbula y un 30% en el maxilar. El quiste proviene del órgano del esmalte, después de la terminación parcial de la corona. El órgano del esmalte alrededor de una corona en desarrollo experimenta degeneración quística, y el quiste resultante rodea completamente a la corona o está adherida a ella.

La radiografía muestra un diente que no ha erupcionado, cuya corona está rodeada por una zona radiolúcida nítidamente demarcada. Son altamente destructivos, producen agrandamiento del maxilar, también desplazamiento de las piezas vecinas.

La sintomatología es parecida a los quistes anteriores. :

Tratamiento es igual que los dos quistes anteriores, es enteramente quirúrgico.

## 2.- PERIODONTALES:

A).- LATERALES.- El quiste periodontal lateral relativamente raro, suele ser encontrado en adultos sobre la raíz del canino o premolares del maxilar inferior. Para denominarse así, debe estar localizado dentro del hueso, no tener ninguna comunicación con la cavidad bucal, y estar en aposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales.

El quiste Gingival lateral, que parece ser de la misma entidad, está incluido dentro del tejido gingival y no afecta al hueso. Probablemente, ambos quistes tienen su origen en una degeneración quística de restos celulares apiteliales en el ligamento periodontal y hueso. Ambos quistes están tapizados por un delgado epitelio escamoso estratificado queratinizante o una capa doble de epitelio cuboideo bajo no queratinizante.

B).- PERIAPICAL O RADICULAR.- Es el más frecuente de los quistes bucales, tiene un origen inflamatorio. Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente, se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamada granuloma apical. Dentro de ésta masa proliferan extensamente restos epiteliales de malassez. Estas islas se fusionan y sufren una transformación quística dando lugar al quiste radicular. El quiste es muchas veces asintomático y se diagnostica en radiografías dentales sistemáticas. El diente aso-

ciado con el quiste no es vital y casi siempre presenta caries dental. Sin embargo, en algunos de los casos hay una anamnesis de trauma en la región correspondiente. El quiste radicular suele quedar pequeño y no produce dilatación maxilar.

El quiste no suele tener un diámetro mayor de 0,5 cm.

La superficie mural del quiste puede ser rugosa o lisa, según su estadio de desarrollo, el contenido puede ser grueso o contener gran cantidad de cristales de colesterol resplandecientes. No siempre se puede diferenciar radiográficamente un granuloma epical de un quiste radicular.

C).- RESIDUAL.- El quiste que sigue en su lugar después de la extracción del diente que presenta o presentó anteriormente al quiste radicular o periapical es el quiste RESIDUAL, cuando ha quedado de la remoción del tratamiento quirúrgico es cuando se presenta éste, generalmente en pacientes dentados y en los dentados cuando se presenta en pacientes con piezas dentales con vitalidad, estas se contaminan con el proceso inflamatorio en el estadio donde ha quedado partes del epitelio contaminado.

D).- GINGIVAL.- Casi todos los embriones humanos después del cuarto mes de vida fetal y por lo menos el 80% de los recién nacidos tienen pequeños nódulos o quistes ( Perlas de Epstein, Nódulos de Bohn ) en la unión de los paladares duro y

blando cerca del rafé medio, son de color blanco o blanco amarillento, son debido a una incorporación de epitelio durante el proceso embrionario de la fusión palatina. Son superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida. Pueden ocurrir tanto en la encía libre como en la fijada o en papila gingivales.

" QUISTES NO ODONTOGENICOS "

1).- **PISTURALES** ( Son los quistes que tienen su origen por epitelio atrapado durante el desarrollo embrionario).

A).- **MEDIALES:**

1).- **QUISTES MEDIALES MAXILARES.**- Es el quiste de la línea media del maxilar superior. El término quiste palatino-mediano se aplica a una lesión que se presenta en la línea media del paladar. La lesión se origina a partir de las células epiteliales que quedan atrapadas durante el desarrollo en la línea media del maxilar.

Clinicamente, la lesión se presenta como una tumefacción salida en la línea media del paladar. La túnica mucosa puede ser pálida o blanqueada, pero siempre esta intacta. No hay ulceraciones son indoloras pero pueden causar molestias durante la masticación y fonación. En la radiografía se observan zonas radiolúcidas circunscritas. Dada su posición anterior puede confundirse con el naso-palatino, pero se distingue de él por su posición más baja y anterior.

Los cortes microscópicos muestran un quiste revestido de epitelio columnar ciliado, escamoso estratificado o pseudoestratificado. La cavidad quística contiene restos celulares, líquido o queratina.

El tratamiento es por medio quirúrgico y la técnica es por la enucleación.

2).- QUISTE MEDIAL MANDIBULAR.- El quiste está localizado dentro del maxilar inferior por debajo de los ápices de los incisivos centrales, se presentan con menos frecuencia y puede aparecer una fístula cuando los tejidos no resisten la formación y exteriorización y aparece la supuración. Radiográficamente se observa igual que el anterior los síntomas serán los mismos, al igual que el tratamiento.

B).- QUISTE GLOBULO-MAXILAR.- Es un quiste fisural localizado en el hueso maxilar superior entre el incisivo lateral y canino vitales.

El descubrimiento del quiste glóbulo-maxilar suele ser casual, a no ser que sea infectado. Sin embargo, puede causar al dilatarse un agrandamiento del maxilar superior o una deformación del seno maxilar, existe dolor al hacer presión, en la zona existe la crepitación apergamizada.

Radiográficamente, el quiste es una radiotransparencia bien definida, con su característica patognomónica de forma



de pera invertida entre las raíces del incisivo lateral y canino ocasionando una divergencia apical y convergencia coronal.

El tratamiento es quirúrgico

C).- NASO-PALATINO.- Los quistes que se originan en el conducto nasopalatino comprenden cerca del 54% de los quistes no odontogénicos, encontrándose por lo general inmediatamente después de los ápices de los incisivos centrales.

La radiografía muestra una zona radiolúcida circunscrita en la parte anterior del maxilar. Presentando la característica patognomónica en forma de corazón, lo podemos confundir con el quiste medial maxilar, en dado caso se tomará una radiografía oclusal.

Puede ser asintomático o producir una elevación en la parte anterior del paladar, o provocar divergencia apical y convergencia coronal, en el caso de que sea mayor se formará un diastema. La túnica de la mucosa es normal y los dientes de la zona son vitales, puede presentarse unilateralmente o bilateralmente.

El tratamiento es quirúrgico.

D).- NASO-ALVEOLAR.- No produce, por lo común, ninguna imagen radiolúcida. Sin embargo si erosiona el hueso desde la superficie vestibular, desplazando el ala de la nariz aumen-

tando el volumen de los tejidos blandos.

Se encuentra situado al nivel del fondo del saco a la altura de los caninos del maxilar superior.

El tratamiento es igual que el anterior.

## 2).-RETENCION.-

A).- MUCOCELE.- El quiste mucoso puede localizarse en casi todos los lugares de la boca, pero la mayor parte de las veces se localizan en la mucosa labial inferior, por obstrucción del conducto de la glándula mucosa por la separación traumática, como podía ocurrir en la mordedura o corte de los labios, es la responsable de la colección de líquido dentro de los espacios hísticos, produciendo un fenómeno de retención mucosa.

Generalmente, al quiste mucoso es único, pero en algunos casos pueden encontrarse dos o más muy próximos uno al otro, pareciéndose a un racimo de uva. Se presenta generalmente en niños. A la palpación se muestra como una masa dura, movible, y por ella puede confundirse con una neoplasia benigna, como un lipoma o un fibroma. El diagnóstico definitivo de quiste mucoso puede obtenerse mediante la punción aspirativa de la lesión. En el lipoma su contenido es ceroso amarillento su crecimiento es excesivo y tiende a desplazar el tejido. Su tamaño varía desde 1 ó 2 mm hasta 1 cm o más de diámetro.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del quiste ( el cuál tiende a herniar ) y de la glándula asociada,.

B).- RANULA.- Se desarrolla asociado a los conductos de las glándulas submaxilar y sublingual y se debe generalmente a una obstrucción causada por un cálculo salival o por una sustancia orgánica blanda, por un sialolito, sustancias calcificadas, tártaro dentario o sarro. Es superficial y de pequeño tamaño, de 1 a 3 cm de diámetro, es una masa blanda redondeada, de superficie lisa, azulada o rojiza que hace protección en el suelo de la boca.

Tiene importancia diagnóstica el hecho de que aumenta de tamaño inmediatamente antes o durante la comida y disminuye de tamaño después de esta.

Tratamiento el cuál es por medio de la enucleación o la marsupialización. ( Se prefiere esta última técnica).

3.- SEUDOQUISTES.- Presentan todas las características de los quistes, pero éstos no tienen la bolsa o epitelio del quiste lo cual es el diagnóstico diferencial de los quistes con los pseudoquistes.

A).- QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO.- También llamado quiste óseo solitario, quiste hemorrágico, quiste de extravasación o -

quiste unicameral. El cuál lo localizamos en cualquiera de los maxilares y por lo general en cualquier parte del cuerpo.

La causa del quiste traumático es desconocida; sin embargo, se han propuesto numerosas teorías, tales como hemorragia en el hueso, seguida de lisis del coágulo, dejando una cavidad.

Otra dice que se debe a un metabolismo cálcico deficiente, altera en la resorción y aposición del hueso y por necrosis isquémica de la médula. El mecanismo más probable tal vez consiste en el desarrollo de un tumor benigno, que experimenta una lisis espontánea y deja un espacio vacío.

En la radiografía el quiste traumático se presenta como una zona radiolúcida amplia, puede expandir la tabla del maxilar, también puede presentar asimetría de la cara y mal oclusión.

La radiolucencia se extiende por entre los dientes y posee un contorno festoneado. Esta última característica es la característica patognomónica ( específica ) del quiste.

El tratamiento de los quistes traumáticos es relativamente sencillo. Consiste en hacer la insición, osteotomía, cierre a primera o segunda intención. El coágulo sanguíneo resultante se organiza, y el defecto óseo cura.

**B).- CAVIDAD QUISTICA U OSEO IDIOPATICA.-** Esta se -

presenta en la mandíbula y se localiza habitualmente debajo - del conducto dentario inferior, entre el ángulo mandibular y - el primer molar. También se denomina defecto óseo embrionario - o cavidad ósea mandibulolingual.

Las radiografías muestran unas zonas radiolúcidas - bien demarcadas, por lo general situada debajo del conducto - dentario inferior, entre el ángulo mandibular y el primer mo- - lar. Lo podemos confundir con un quiste apical o residual, la - lesión es asintomática y no produce desplazamiento cortical. - Durante la exploración se comprueba un defecto en la tabla cor - tical lingual y una cavidad en la mandíbula. La cavidad suele - estar ocupada por una porción de la glándula submaxilar o sub - lingual o puede contener tejido linfoide o conectivo. Se con - sidera esta cavidad como un defecto del desarrollo embrionario. Su forma puede ser redonda o adquirir cualquier forma.

El diagnóstico diferencial es importante porque ésta lesión no requiere tratamiento y también porque lo podemos con - fundir con el quiste periapical, no existe maloclusión.

C).- QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO ( Dilatación exagera - da, y circuncrita de un vaso sanguíneo, dando lugar a la forma - ción de una bolsa, llena de sangre circulante).

Se puede presentar en el maxilar o en la mandíbula o en cualquier parte del cuerpo. El paciente refiere anteceden--

tes de traumatismo y puede tener desplazamiento de la cortical ósea, si tiene dimensiones considerables presenta maloclusiones y puede o no haber sintomatología dolorosa. Hay una etapa en que ésta cavidad deja de crecer y si no se trata es muy molesta para el paciente.

En la radiografía lo podemos confundir con un ameloblastoma, la radiolucencia puede ser unilocular, pero por lo general es multilocular. Procedemos haciendo la previa biopsia y se mandará al histopatólogo el cuál encontrará tejido similar al hepático (células fusiforme de tipo conectivo gigantes, fibroblastos, pequeños vasos sanguíneos, focos de hemosiderina).

El tratamiento se hace mediante el curetaje local eliminando el tejido hepático y el cierre es a primera o segunda intención.

#### " QUISTES DISCONTÓGENICOS "

( Tienen su origen durante el desarrollo embrionario, los vamos a encontrar en los tejidos periféricos o blandos, presentan todas las características de un quiste, sin pared de epitelio. En la radiografía no se presentan).

1).- QUISTE DERMOIDE O TERATOMA QUISTICO.- El quiste dermoide que se presenta en el sistema general, sobre todo en los ovarios, y más rara vez en los testículos ( teratoma quístico ), el teratoma puede contener otros tejidos como el óseo,-

dentario, muscular y respiratorio. El quiste es una masa o tumoración de tamaño variable, redonda, de superficie lisa, bien delimitada, de color rosado, situado en la línea media del suelo de la boca. Según su localización puede ser Suprahioideos 6- Infrahioideos. En ocasiones la lesión es de un tamaño lo suficientemente grande como para desplazar la lengua e interferir la función bucal, puede o no haber dolor. De gran interés diagnóstico es el hallazgo de anexos cutáneos en la pared del quiste, como glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas, y folículos pilosos, los cuales lo diferencian del quiste epidermoide.

El tratamiento corresponde a la eliminación de la - bolsa quística por el método de enucleación con anestesia general o local. La técnica será por medio de una incisión vertical respetando las carúnculas linguales, cuando el quiste - es suprahioidea, el anestésico sería el local. Cuando el quiste es infrahioidea el anestésico apropiado sería el general - por medio de la intubación nasotraqueal, no existe desplazamiento de la lengua, el quiste tiende a herniar. Puede presentar una fistula.

2).- QUISTE EPIDERMOIDE.- El quiste de desarrollo epidermoide se parece al dermoide en que se forma, también, a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las - capas de tejidos durante el desarrollo fetal. Su localización,

patogenia y aspecto clínico se parece y no se puede diferenciar de los del quiste dermoide, excepto en que cuando él quiste api dermoide es más superficial carece del carácter pastoso del der moide. Sin embargo, histológicamente, el quiste epidermoide se diferencia del dermoide, ya que consiste únicamente en un reves timiento de epitelio escamoso estratificado generalmente bien queratinizado, y una pared de tejido fibroso.

El tratamiento corresponde al mismo que el quiste anterior ( dermoide ).

3).- QUISTE BRANQUIAL.- Las manifestaciones clínicas son las de una masa prominente, de crecimiento lento, no dolorosa en la región lateral superior del cuello, por delante del - músculo esternocleidomastoideo. La masa varía de tamaño, según su tiempo de evolución. Los epitelios atrapados en los ganglios linfáticos de la región de los arcos branquiales, son los que dan origen a éstos, los cuales se les denominaría Quiste Linfoid de Cervical, Los podemos confundir con un ganglio infartado.

Su aspecto histológico es el de un quiste recubierto por epitelio escamoso o columnar, pero es muy importante la presencia de tejido linfoid en su pared, lo podemos confundir por lo cual se recomienda la biopsia punción, para descartar cualquiera lesión premaligna y tejido linfoid.

El tratamiento se realiza después de una respuesta -- del diagnóstico de una biopsia; se hará la enucleación, inci--



sión se levanta el tejido hasta que el quiste hernia, para evitar la recidiva es necesaria la extirpación completa. ( son - quistes raros casi no se presentan ). Corresponde al Cirujano de Cabeza y cuello su tratamiento.

4).- QUISTE TIROGLOSO.- Este quiste entra en la cirugía de cabeza y cuello, se presenta a lo largo del conducto tirogloso.

Este es un conducto embrionario, recubierto por epitelio que se extiende desde el agujero ciego de la lengua hasta la glándula tiroidea, que al terminar el desarrollo queda - epitelio atrapado en el momento de desaparecer el conducto, y se forma el quiste.

El tratamiento consiste en la totalidad extirpación de el quiste y se tendra que eliminar el hueso hioides, la incisión se hara hasta la base de la lengua.

## C A P I T U L O   I V

### IV.- "VALORACION DEL PACIENTE PREQUIRURGICO".

A).- La Historia Clínica proporciona principalmente una técnica mediante la cuál pueden investigarse los síntomas del paciente. Con frecuencia, los síntomas son las primeras manifestaciones de la enfermedad, perceptibles mucho antes de que los signos físicos o alteraciones significativas en las pruebas de laboratorio y las radiografías puedan aplicarse -- cuidadosamente elaborada y organizada contribuye más a la obtención de un diagnóstico adecuado que cualquier otro método de investigación, incluyendo la mayor parte de las técnicas físicas y de laboratorio. Además, en el ambiente del consultorio odontológico, a través de la historia clínica, es donde surgen los datos relativos a hechos médicos pasados o a las afecciones actuales del paciente. La importancia de estos datos para el manejo del paciente ya ha sido mencionado. Es obvio que para establecer un diagnóstico o determinar que pacientes son capaces de soportar ciertos regímenes terapéuticos, la presencia de una historia clínica fidedigna es de suma importancia.

La elaboración de la historia Clínica generalmente proporciona la primera oportunidad para la comunicación entre el dentista y el paciente. La mecánica de esta entrevista sug

le proporcionar al paciente una imagen de la clínica que afectará a todas las relaciones entre los dos. Una mala impresión en este momento será muy difícil de remediar en el futuro. -- Así el contacto inicial con el paciente deberá ser conducente al establecimiento de comunicación entre el paciente y el clínico en la medida en que sea posible.

Para poder resolver con mayor facilidad la síntesis del arte y la ciencia es conveniente repasar las categorías básicas de los datos que pueden obtenerse en el curso de toda Historia Clínica formal.

- 1.- Identificación del problema (afección principal)
- 2.- Aclaración de las circunstancias que rodean a la presentación y el progreso del problema (historia de la afección actual).
- 3.- Documentación de enfermedades o afecciones pasadas (salud anterior).
- 4.- Investigación de los posibles genéticos, sociales o ambientales que afectan al problema (salud familiar, historia personal y social)
- 5.- Identificación de síntomas adicionales por sistemas orgánicos (revisión de sistemas).

En el ambiente del consultorio dental existen dos métodos mediante los cuales pueden hacerse y registrarse la Historia Clínica: La Historia Clínica formal del cuestionario

médico en combinación con la historia verbal. El conocimiento de los aspectos fundamentales de la historia clínica formal - es un requisito previo para la utilización eficaz y la interpretación de los cuestionarios médicos e historias abreviadas.

La historia personal del paciente refleja la influencia potencial de su medio ambiente o estilo de vida sobre su enfermedad. Más aún, la comprensión de las relaciones sociales del paciente puede revelar su reacción emotiva a las enfermedades graves. Sistemáticamente se investigan tres áreas de importancia: 1) Ocupaciones actuales y pasadas, buscan de la posible exposición del paciente a riesgos profesionales, - 2) Hábitos que deberán ser investigados específicamente, como tabaquismo, alcoholismo crónico o farmacodependencia, 3) Es necesario también registrar el estado civil del paciente, 4)- La Historia Familiar, 5) Revisión de Sistemas (La revisión se hace de cabeza a pies y consiste en determinar la presencia o falta de síntomas específicos relativos a cada sistema).

La técnica empleada con mayor frecuencia para la extracción y documentación de la historia clínica en el consultorio dental es el cuestionario médico. Las ventajas en que se basa su popularidad son facilidad para administrar, eficacia y fidelidad. El cuestionario de salud goza de gran aceptación por parte del paciente y generalmente es autoadministrado permitiendo así mayor eficacia mediante la reducción del -

tiempo empleado entre la relación paciente y el facultativo.- La veracidad del cuestionario médico ha sido determinada respecto a la documentación de los datos fundamentales.

#### El Exámen Físico:

El exámen físico siempre deberá seguir a la historia médica o clínica, ya que con frecuencia existen zonas --- afectadas que exigen un exámen detallado específico, la historia clínica permite que se desarrolle una relación entre el facultativo y el paciente antes del examen físico. En la preparación de un exámen físico completo el clínico deberá poseer los siguientes instrumentos: estetoscopio, baumanómetro, oftalmoscopio con otoscopio adherible, linterna, depresores - linguales, martillo para reflejos y regla.

El exámen se realiza aplicando sistemáticamente los cuatro principios de observación a los diversos sistemas orgánicos y regiones anatómicas generales: 1) inspección; 2) palpación; 3) percusión, y 4) auscultación. Es necesario reconocer que las técnicas individuales no son igualmente eficaces para evaluar todas las regiones anatómicas.

B).- EXAMEN RADIOGRAFICO.- Aunque la características específicas y detalladas de cada quiste se discutieron en el primer capítulo, es importante recordar que todos o la mayoría de los quistes intraóseos tienen ciertas características radiográficas comunes (por ejemplo observaremos la zona -

en que se encuentran los quistes y su estado crónico en que se presenta, ya que con esto pueda provocar la confusión radiográfica con otros aspectos clínicos.

Con los antecedentes mencionados anteriormente, con esto obtenemos mejores resultados post-operatorios, previniendo hemorragias en el momento de la intervención y después de ésta.

## C A P I T U L O V

### V.- INSTRUMENTAL, MEDICAMENTOS Y MATERIAL QUIRURGICO PARA LA INTERVENCION:

Por tratarse de una cirugía de alta especialidad, - la cirugía bucal requiere de instrumentos también especializados.

Al hacer una intervención quirúrgica, el cirujano - ya sea general o dedicado a alguna de las especialidades quirúrgicas, tiene que disponer de toda la instrumentación apropiada para intervención que debe realizar. Sobre la mesa del instrumental necesario para la intervención deben encontrarse ordenados los instrumentos que se utilicen o que deben utilizarse en caso de una anomalía anatómica o patológica o bien de un accidente operatorio. La falta de un instrumento indispensable en un momento dado, haría perder un tiempo precioso que puede ser motivo de agravación de un accidente.

También el exceso de instrumental debe evitarse por ser embarazoso y casi siempre innecesario.

Se han clasificado los instrumentos quirúrgicos en - a.- Instrumentos para tejidos blandos, b.- Instrumentos para tejidos duros.

#### A).- Instrumentos para tejidos blandos.

1.- Bisturí.- Existen éstos instrumentos con hojas-

intercambiables, las cuales se eligen según el tipo de operación a realizar. De preferencia el tipo de bisturí BARD PARKER # 3 con hoja 15, 12 y 11.

El bisturí de mead se caracteriza por la curvatura de su hoja en forma de hoz y con filo en sus dos bordes. El bisturí llamado sindesmótomo se usa para separar la encía del cuello del diente.

2.- Tijeras.- Las tijeras en cirugía oral se usan para seccionar lengüetas, festones gingivales, trozos de sutura y trozos de encía en el tratamiento de la parodontosis, etc., las hay rectas y curvas.

Las de Newmann son tijeras curvas que se adaptan para alcanzar la región palatina y lingual de difícil acceso. Las rectas pueden usarse para seccionar bridas fibrosas cicatrices y trozos de colgajo. Las tijeras de hojas pequeñas especial curvas se usan para cortar puntos de sutura.

Las tijeras grandes rectas o curvas, no tienen mayor aplicación en cirugía intrabucal (salvo en casos excepcionales).

3.- Pinzas de disección.- Para ayudarnos en la preparación de los colgajos, para tomar la fibromucosa sin lesionarla el cirujano se puede valer de las pinzas de disección dentadas, las pinzas de dientes de ratón con tres pequeños dientes que se engranan y permiten sostener el colgajo, tam-



bién la pinza de Kocher o la atraumática de Chaput de cirugía gastrointestinal y las pinzas porta-agujas. Es importante mencionar que los colgajos mucosos cuando son tomados por pinzas, se debe hacer muy sutilmente. Pinzas de Allis las cuales son largas y en su punta contienen dientitos los cuales nos facilitan para tomar quistes o tumores, de mosquito del número 13 o 14 (curvas o rectas).

4.- Lepra.- Espátulas romas (espátula de Freer) rectas o acodadas. Periostotomos. Instrumentos que se usan para desprendimiento o separación del colgajo mucopariótico, desprender quistes, sostener el colgajo durante la extracción, - etc.

5.- Bisturí eléctrico.- Termocauterío, Electrocauterio. Para seccionar el tejido gingival, incidir abscesos, incisión de quistes.

6.- Separadores.- Que nos pueden servir durante la operación para separar el labio, con el fin de no herirlos, - o los colgajos para no traumatizarlos.

Existen los separadores de Farabeuf cuyos dos extremos están acodados; los separadores de Volkman con borde dentado; hay otro en forma de ángulo con uno de sus extremos dentados, se emplea para separar el colgajo en la extracción de terceros molares inferiores. También puede usarse para separar un periostotomo o una espátula, con los cuales se sostiene

ne y aparta el colgajo.

Los separadores más usados y que dan excelente resultado son los separadores de Mead y los de Seldin que tienen extremos dentado para sostener el colgajo y en el tejer los tejidos blandos.

7.- Agujas de sutura.- De preferencia curvas, de varios tamaños pero de preferencia chicas o medianas, algunas ya provistas de hilo (agujas atraumáticas). Las rectas pequeñas se usan en los espacios interdentarios.

8.- Material uno por cuatro.- Utilizando de antemano y colocándolo en la charola el cuál consiste de espejo pinza, explorador y jeringa con adaptador.

#### B).- INSTRUMENTAL PARA SECCION DE LOS TEJIDOS DUROS.

1.- Escoplo y martillo.- Se usan para reseca el hueso que cubre la pieza dentaria e intervenir, tabla externa de las piezas retenidas, el hueso palatino que cubre a los caninos superiores u otros dientes retenidos y en general la tabla ósea vestibular para eliminar los quistes de distinto tipo que se desarrollan en los maxilares, son también muy empleados cuando se quiere hacer la odontosección para realizar más fácilmente la extracción.

El escoplo es una barra metálica, la cual en uno de sus extremos está cortada a bisel a expensas de una de sus ca

ras y convenientemente afilada. Actúan a presión manual o son accionados a golpes de martillo, dirigidos hacia la extremidad opuesta al filo. El martillo consta de una masa y de un mango que permite esgrimirlo con facilidad.

Existe también un martillo eléctrico que funciona - montado en el motor de baja velocidad, conocido con el nombre de Impactor.

2.- Fresas.- Son usadas para osteotomía y odontosecciones. Pueden sacar hueso de por sí o abrir camino a otros instrumentos. Podemos utilizar los comunmente empleados en -- dentística, redondas del # 5 al 8, o de fisura del # 560. También nos son útiles las fresas quirúrgicas de Schamberg y las de Allport. Se recomienda que sean de carburo de tungsteno, ya que el diamante se atasca al cortar hueso.

3.- Pinzas cubias o alveolotomo.- Para realizar la osteotomía. Las hay rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso por "mordiscos" sobre el hueso, previa preparación de un acceso con los escoplos o directamente cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas, etc.

4.- Limas para hueso (escofinas).- Para alisar bordes y eliminar puntas óseas o formaciones exostósicas, en la preparación de maxilares destinados a llevar aparatos de prótesis.

5.- Curetas o cucharillas para hueso.- Existe gran-

variedad de estos instrumentos. Los hay rectos o acodados, cuya parte activa puede tomar formas o diámetros distintos. Sirven para eliminar colecciones patológicas, granulomas, quistes, en especial en esta utilidad utilizaremos del # 84 al 89.

6.- Elevadores.- Existen de diferente tipo y tamaño. El recto de Winter (para raíces de Winter), elevadores de Cleveland, derecho, izquierdo y recto, apical de Schaeckebier, de bandera, de Barry, el recto de Seldin, elevador universal, etc.

7.- Pinzas o Forceps.- (Para extracción de piezas dentarias). En dado caso para extracción de terceros molares.

#### MATERIAL QUIRURGICO.

1.- Delantal, se usa delantal que cierra en la espalda del operador por medio de cintas. Las mangas llegan hasta las muñecas y pueden ser, al igual que el delantal, de algodón o de tejido de punto. En la práctica diaria y para uso en clínica privadas puede usarse en ambos de hilo, pantalón flojo y saco o delantal.

2.- Gorro.- Un gorro de género tapa el cabello del operador.

3.- Cubreboca, el objeto del cubreboca en cirugía bucal, además de proteger el campo operatorio de la flora del cirujano, es el de que el cirujano se proteja y defienda de los peligros de las infecciones que pudiera transmitirle el

paciente. También para evitar que sobre su cara salpique sangre.

También pueden utilizarse anteojos para proteger ampliamente los ojos de los restos de huesos dentarios que le brincan en la cara.

El campo consiste en un lienzo de tela que protege al paciente.

Utilizaremos también botas de tela y en caso de cirugía mayor de hule.

4.- Cepillos, jabón, alcohol, (en el lavado de manos utilizamos el cepillado el cual es de 15 minutos aproximadamente con jabón, el lavado consiste de las uñas al codo el cual sería el primero, el segundo lavado sería de las uñas a las muñecas, y el tercero nada más de las uñas. Inmediatamente después se frota las manos con alcohol).

5.- Guantes de goma, los que deben tener el máximo de seguridad de esterilización, el cirujano debe de usar guantes de goma, los cuales deberán ser colocados por una enfermera.

6.- Compresas, se llama compresas, a los trozos cuadrados de género de hilo de algodón, que sirven para cubrir la mesa de instrumentos y proteger el campo operatorio.

7.- Gasas, en cirugía es útil emplear trozos de gasas de pequeñas dimensiones estériles para cohibir la sangre y

secar el campo operatorio.

8.- Suero, hemosuccionador con cánulas de distinto calibre. En el caso de trabajar con motor de baja gotear en el momento de la intervención.

#### MATERIAL DE SUTURA.

a).- En cirugía se usan como material de sutura: --  
Catgut, Seda, Lino, Crin, nylon.

1.- Catgut.- Es un material reabsorbible que se obtiene del intestino de oveja. Químicamente está formado de -- sustancias proteicas fácilmente digeribles por los elementos proteolíticos de los tejidos. Se usa para ligar vasos seccionados o como elemento de sutura para planos profundos.

2.- Hilo de seda.- Muy utilizado como material de sutura tanto en cirugía general como en cirugía bucal.

3.- Hilo de lino.- El cual tiene la ventaja de su -- fácil hallazgo sobre la mucosa cubierta de fibrina-- después de 2 ó 4 días de la operación.

4.- Nylon.- La sutura se puede utilizar o realizar-- con hebras de nylon, que es de origen sintético.

También podemos utilizar alambres para suturar (fe--  
rular), que deberá ser de material inoxidable y maleable.

Todos los materiales de sutura están clasificados -- con números que van desde 6 ceros, 5,4,3,1 cero, de menor a -- mayor grosor, el más comunmente usado es el 3 ceros.

## C A P I T U L O VI

### VI.- ANESTESIA.

En toda intervención quirúrgica una buena anestesia asegura una operación efectiva, sin desagradable recuerdo para el paciente y cuyo beneficio puede extenderse a las primeras horas del período post-operatorio

1).- ELECCION DE LA ANESTESIA.- En este caso para poder afirmar que un anestésico es verdaderamente efectivo se requiere:

a).- Que suprima completamente el dolor en el acto-quirúrgico y si es posible, que prolongue su efecto anestésico en el período post-operatorio inmediato.

b).- Que no ocasione accidentes serios que pongan en peligro la vida del paciente.

c).- Que carezca de efectos tóxicos sobre hígado o riñón.

d).- Que de ser posible, suprima la tensión psíquica del paciente durante el acto operatorio,

e).- Que produzca relajación muscular cuando ésta se requiere (en intervenciones bucales cuando existen trismus).

f).- Que no provoque molestias post-operatorias.

g).- Que sea fácil de aplicar, barato y no requiera instrumental complicado y además costoso.

La anestesia farmacológica se puede realizar de dos -  
maneras fundamentales:

Sin suprimir la conciencia

Con supresión de la conciencia.

La primera recibe el nombre de anestesia local con la  
variante de:

- 1.- Anestesia de superficie
- 2.- Anestesia de infiltración
- 3.- Anestesia troncular o ganglionar
- 4.- Anestesia radicular
- 5.- Anestesia raquídea (epidural y subdural)

La segunda recibe el nombre de anestesia general que-  
por la vía de administración del agente anestésico se divide -  
en:

Anestesia por inhalación

Anestesia por vía endovenosa

Anestesia por vía rectal.

Limitándonos al campo de la estomatología estudiare-  
mos solamente el grupo de métodos de anestesia local:

Anestesia por infiltración

Anestesia troncular y ganglionar.

El grupo de la anestesia general solo estudiaremos.



Anestesia por inhalación

Anestesia por vía endovenosa

2).- VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA ANESTESIA LOCAL:

I.- La técnica de administración es sencilla y por --  
ello no requiere personal especializado, como en el caso de la-  
anestesia general.

II.- El anestésico es económico y no requiere instru-  
mental complicado ni costoso.

III.- Correctamente aplicada suprime correctamente --  
el dolor del acto quirúrgico; prolonga su efecto anestésico du-  
rante todo el acto operatorio y casi siempre hasta el periodo -  
post-operatorio.

IV.- Es de iniciación anestésica rápida y tranquila -  
y la prolongación de su efecto en todo el acto operatorio perm*í*  
te al cirujano trabajar con tranquilidad.

V.- No causa vasodilatación e incluso las soluciones-  
anestésicas con suprarrenina o carbosil son vaso-constrictores-  
lo que prolonga el efecto anestésico y reduce apreciablemente -  
el sangrado.

VI.- En aplicaciones clínicas carecen de acción hepa-  
to tóxica o nefrotóxica.

3).- CUIDADOS PRE-ANESTESICOS.

En la anestesia general como en la local el paciente-  
debe estar en las mejores condiciones, para que éstas rindan el

éxito y el menor peligro.

a.- Ayuno.- En la anestesia general el paciente debe estar con el estómago vacío para evitar vómitos en la fase inicial o final de anestesia.

En el caso de la anestesia local, no sólo se permitirá, sino incluso se recomendará al paciente que no esté en ayuno, pues el tener ocupada la cavidad gástrica, disminuye la tendencia a sufrir náusea o incluso lipotimia.

b).- Vejiga y recto.- Antes de la anestesia se debe pedir al paciente vaciar su vejiga y recto. Ya que el estado de nerviosidad aumenta la cantidad de orina secretada y el reflejo de la micción también la vejiga llena de orina origina molestias y ansiedad en el paciente.

c).- El paciente que ha de ser operado no debe de ver el instrumental que ha de emplearse en la intervención y menos aún estar presente en los preparativos de elección y colocación del instrumental en la mesa destinada a ese objetivo (la cual ya debe estar acondicionada y los instrumentos cubiertos con una compresa).

#### 4).- PREMEDICACION.

Se ha comprobado experimentalmente que la administración de barbitúricos protege a los animales de varias dosis mortales de anestésico local, pues con esa premedicación se reduce la excitación que dichos anestésicos producen en el siste-

ma nervioso central, y por lo tanto la depresión consiguiente a dicho estímulo que es la responsable del colapso respiratorio.- Por lo cuál se administran barbitúricos en el periodo pre-operario, en dosis, una en la noche anterior antes de acostarse (.10 g. de fenobarbital que es hipnótico de acción prolongada ó 10g. de amobarbital que es hipnótico de acción intermedia , y otra una hora antes de la intervención ( pentobarbital-nembutal el cual es hipnótico de acción breve, 10g ).

En caso de anestesia general se recomienda dar amobarbital o pentobarbital en la noche anterior y un anestésico intravenoso de inducción momentos antes de la intervención para que el paciente esté ya inconciente al iniciarse la anestesia por inhalación.

#### 5).- ACCIDENTES, PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES DE LA ANESTESIA LOCAL.

Se procurará usar equipo debidamente esterilizado, tener manos lo más asépticas posible y aplicar en el lugar de la punción solución antiséptica como tintura de yodo, mertiolate o tintura de benzal, para evitar la introducción de gérmenes patógenos en la zona inyectada. Debe usarse aguja de buena calidad que no esté doblada y oxidada.

En pacientes hipertiroideos, hipertensos, hiper-emotivos, con arterio-esclerosis coronaria ( temor de infarto al miocardio ), o con angina de pecho ( temor de despertar una crisis

anginosa ), está contraindicado el uso de drogas adrenérgicas y es preferible recurrir a los anestésicos locales sin suprarrenina.

Aún cuando el paciente sea normotenso y diga presentar ningún padecimiento que contraindique el uso de solución procaína suprarrenina, es prudente no inyectar toda la dosis anestésica de inmediato sino inyectar solamente gotas de la solución y esperar dos o tres minutos para asegurarse de que no hay intolerancia al fármaco. Luego al ir depositando el resto de la solución se debe succionar en cada lugar donde se deposita, esto asegura que no se inyecta dentro de un vaso sanguíneo.

Con excepción de la xilocina ( lidocaína y lignocaina), los medicamentos procaínicos tienen acción excitante sobre el sistema nervioso central y en personas sensibles puede producir efectos secundarios indeseables ( intranquilidad, temblor, irritabilidad y en algunos casos espasticidad, combulciones y posteriormente depresión respiratoria, la cuál por ser secundaria al estado de excitación, no mejora con el uso de anlépticos y estimulantes respiratorios en cambio sí con el uso de barbitúricos.

Los accidentes indeseables locales o generales producidos por la anestesia local, pueden ser accidentes mediatos e inmediatos o tardíos según el tiempo en que ocurran.

**Síntomas y accidentes inmediatos.**

**Dolor.** Se produce cuando se usan agujas de punta de -

fectuosas que desgarran los tejidos al penetrar o cuando se inyectan con rapidez la solución anestésica ( es menester que el cirujano evite ésta molestia inicial dando un toque con una solución anestésica tópica ).

Rotura de la aguja. Lo cual es raro si uno se percata de utilizar agujas de buena calidad y se procede cuidadosamente para evitar el dolor.

Parálisis facial. Accidente que se produce cuando al querer anestesiar al nervio dentario se ha unido la aguja más allá de lo normal y se ha depositado la solución en la glándula parótida.

Hematoma. Es el resultado de el desgarre o punción de un vaso sanguíneo con escape de sangre rodea al vaso donde se colecta y forma una bolsa o tumor sanguíneo ( hematoma ).

Isquemia de la piel de la cara. Es causada por falta de precaución, inyectándose solución con adrenalina en la luz de un vaso.

Lipotimia y síncope. Frecuentemente es neurogénico, - siendo el miedo su causa original. Otras veces es la adrenalina de la solución, sobre todo si el paciente tiene alguna cardiopatía. ( puede ocurrir durante la inyección anestésica o algunos minutos después ).

Paro respiratorio. Se manifiesta por suspensión de la respiración y estado cianótico progresivo acompañado frecuente-

mente de convulsiones y pérdida de conocimiento de tipo semicomatoso o comatoso.

Paro cardíaco. Algunas veces es primario o secundario al respiratorio, se caracteriza por la suspensión de los movimientos cíclicos del corazón y caída brusca de tensión arterial.

#### 6).- VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA ANESTESIA GENERAL.

##### Ventajas

La principal ventaja de éstos anestésicos es la de suprimir la conciencia, porque tiene su principal indicación en niños psicópatas y neurópatas y en personas aprensivas, timoratas, hiperemotivas, reveldes, de reflejos exagerados o que han de someterse a intervenciones prolongadas o extensas. En cirugía buco-dental lo utilizaremos en los casos en que esté indicada.

En caso de extrema sensibilidad del paciente a la droga procainica ( aunque puede emplearse la xilocaína ) o a la suprarenina ( la cual puede suprimirse si fuera necesario en el caso superficial ).

##### Desventajas

Los anestésicos generales por inhalación requieren aparatos costosos y de personas especializadas en su administración y eleva considerablemente el costo de la intervención.

La anestesia por medio de gases inhalantes o de solu-

ciones inyectables por vía endovenosa, requiere una vigilancia constante del paciente, con el fin de mantener la anestesia en el plano anestésico adecuado, para que no se despierte el paciente.

Por ejemplo, en el caso de los quistes localizados en parte de la región hioidea ( supra o infrahioideo ), el de localización branquial, tirogloso y el dermoides que son en posiciones anormales, en que son intervenciones prolongadas y la anestesia debe llevarse a cabo en una sala de cirugía adecuada, donde haya todos los medios disponibles para enfrentarse con una situación peligrosa producida por la anestesia.

Ciertos anestésicos de inhalación como el éter o el protóxido de ázoe favorecen la hemorragia quirúrgica, secreción salival, faríngea y traquiobrónquica.

Se acompaña de molestias post-operatorias.

Para la administración y posición adecuada para anestesiar la zona adecuada, necesitaremos tener localizado el tipo de quiste que se extirpará y de acuerdo a esto será la técnica y los nervios que se realice el bloqueo adecuado.

## C A P I T U L O VII

### VII.- BASES DE LA TECNICA QUIRURGICA.

Toda operación quirúrgica que se realiza en el organismo, consta de varios tiempos, que pueden y deben ser correctamente sincronizados y sistematizado. La cirugía bucal sigue todos los preceptos de la cirugía general y sólo se desvía escasamente por la índole del terreno, de la línea quirúrgica clásica.

La extirpación y localización de los diferentes tipos de quistes dentro de la cirugía bucal, participa de los principios locales de una cirugía de especialidad.

Para la extirpación de los quistes, en la mayoría de las veces es una tarea difícil, y complicada. Una serie de factores se confabulan para hacer de esta intervención una de las más difíciles intervenciones quirúrgicas. Uno de esos factores es la ubicación de estos diferentes tipos de quistes dentarios, lo que dificulta la visión, iluminación y maniobras necesarias para su adecuada extirpación, otro tipo sería la dureza y poca elasticidad del tejido óseo a su nivel.

En el campo de la cirugía bucal, la extirpación de quistes, tanto retenidos como los que se encuentran en la mucosa bucal constará de los siguientes pasos:

#### A).- INCISION (DIAGNOSIS



B).- PREPARACION DEL COLGAJO Y TIPOS O NOMBRES DE LOS COLGAJOS.

C).- OSTEOTOMIA

D).- OBJETIVO DE LA INTERVENCION

E).- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

F).- SUTURA ( SINERISIS )

G).- TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

A).- INCISION.

Es una maniobra mediante la cual se abren los tejidos para llegar a planos más profundos y realizar así el objeto de la intervención. La incisión, en la cavidad bucal tiene el mismo fin, abrir por medios mecánicos o físicos el tejido gingival.

Para realizar la incisión nos valemos del bisturí , - instrumento que se toma con la mano derecha, como si fuera un - lápiz, éste debe apoyarse sólidamente entre la cara palmar del - dedo pulgar y el borde radial del dedo medio. La porción poste - rior del bisturí descansa en el espacio interdigital de los de - dos pulgar e índice. Es útil que la mano que maneja el bisturí - tenga un punto de apoyo, esto se obtiene colocando los dedos me - ñique y anular sobre la arcada dentaria vecina, sobre el arco - alveolar o sobre un plano resistente que puede estar dado por - los dedos de la mano izquierda, la cual a su vez se apoya sobre la cara del paciente. De ésta manera, la mano derecha adquiere - firmeza y precisión y el trazado de la incisión es recto y de -

una s3la l3nea.

Las condiciones que debe reunir una incisi3n, fund3n dose en principios enunciados por Zilkens, Hauenstein y Wassmu nd son:

1.- Al trazar la incisi3n y circuncibir un colgajo, es necesario que 3ste tenga una base, lo suficientemente ancha como para proveer la suficiente irrigaci3n y evitando de este modo la necrosis ( deber3 ser mayor la base que los extremos - del colgajo ).

2.- La amplitud de la incisi3n es sumamente importan te pues en este caso tenemos buena visualizaci3n ( luz quirur gica ), la incisi3n no debe oponerse a maniobras operatorias.

3.- La incisi3n debe de realizarse de un s3lo trazo o sin l3neas secundarias ( bistur3 filoso, corresponde a una - buena adaptaci3n y favorable cicatriz ).

4.- La incisi3n debe tratarse 3 trazarse de tal modo que al volver a adaptar el colgajo a su sitio primitivo la l3nea de incisi3n repose sobre hueso sano e integro.

#### B).- PREPARACION DEL COLGAJO Y TIPOS O NOMBRES DE LOS COLGAJOS.

Una vez que se ha trazado la incisi3n, se hace hemostasia comprimiendo por un momento la regi3n. Se toma el peric3toto como o una pequena legra o una esp3tula de freer y se introduce entre los labios obtenidos por la incisi3n. El peric3toto

mo toca plenamente el hueso y con suaves movimientos de lateralidad y giro del instrumento se desprende al labio de la incisión. A esta altura del procedimiento, se toma con la mano izquierda una pinza de disección o dientes de ratón, que prenderá suavemente el labio externo bucal de la incisión ( colaborando en las maniobras que siguen, el periostotomo siempre con un firme apoyo, separará o desinsertará la encía )'

El desprendimiento del colgajo se realizara en distinta extensión, según el tipo de quiste de que se trata.

#### TIPOS Y NOMBRES DE LOS COLGAJOS.

PARTSCH.- En esta técnica la incisión es en tipo de forma de media luna la cual puede ser en sentido horizontal o vertical, este tipo de colgajo es propia para la extirpación de quistes y también para Apicectomía.

NEWMAN.- La incisión es la que se llama de festoneado bucal, hecha por dos incisiones terminales que parten de las papilas interdientarias, y tienen una angulación mayor de 90 grados ( mayor visualización en la intervención )'

WASSMUND.- Este tipo de colgajo se realiza para tener o darle una mayor protección ( no exista necrosis ). Es utilizado para la extirpación de quistes, frenilectomías, apicectomías.

AVELLANAL.- Esta técnica es utilizada para la extracción de restos radiculares (quistes residuales,) también puede abarcar dos o más dientes (quistes multiloculares), que ya se ha perdido tejido parodontal.

THOMA.- Este tipo de incisión se ha descartado pues la porción terminal se hará en la encía marginal, con esto puede producir retracción gingival.

LINEAL.- El cual es utilizado para la regularización de procesos, inclusive para una intervención facial, exortosis torus mandibular palatino etc.

Las características que deberá reunir el colgajo para evitar retracción gingival, necrosis etc. son:

El levantamiento con el periostotomo o la legra debe ser " MUCOPERIOSTICO".

Debera tener un ángulo mayor de noventa grados. amplitud.

### C).- OSTEOTOMIA.

Se le denomina así al tiempo operatorio que consiste en la eliminación instrumental del hueso que cubre, protege o aloja al objeto de la operación. En la cirugía de extirpación de quistes el objeto de la osteotomía es eliminar la cantidad necesaria de hueso como para tener acceso al quiste y disminuir

la resistencia, que está dada precisamente por la calidad y - cantidad de hueso continente.

La osteotomía puede realizarse en cirugía bucal por medio de escoplo, éste puede ser de mano o un escoplo que trabaje con golpe de martillo ( automático ).

La osteotomía con fresado, es un instrumento muy - útil, su empleo es muy simple y su función se realiza con éxito ( evitando el calentamiento por el excesivo y prolongado - fresado y evitar el embotamiento del instrumento por las partículas óseas que se depositan entre los dientes. En ambos casos se observan molestias post-operatorias y lo evitaremos irrigando la zona con un goteo de suero fisiológico, por intermedio de una jeringa ).

La pinza gubia se emplea en ciertas circunstancias.- La resección del hueso lingual exige el empleo de éste, puesno siempre logra el escoplo, cumplir a ese nivel del hueso - con su función. La pinza gubia con sus bocados presiona y elimina la cantidad necesaria de hueso, actuando como una ciza-lla.

Según el punto de la incisión y la zona en que se - encuentra localizado el quiste será la osteotomía que se rea-lizará entre ellas tenemos:

Osteotomía mesial. Se realiza a nivel de hueso me-sial y puede efectuarse por medio de escoplos finos de media-

caña o fresas.

Osteotomía bucal. El hueso bucal es útil como punto de apoyo y debe ser conservado todo lo que permita la circunstancias.

Osteotomía oclusal. Cuando el hueso oclusal recubre todo el cuerpo del quiste.

Osteotomía distal. La cual es la más útil y efectiva de todas las resecciones óseas.

#### D).- OBJETIVO DE LA INTERVENCION.

Como anteriormente hemos mencionado acerca de la ubicación del quiste y de acuerdo a esta posición debemos de realizar la operación la cual consiste en la extirpación del quiste por medio de las técnicas mencionadas en el capítulo primero que son:

##### ENUCLEACION Y MARSUPIALIZACION

En las cuales el quiste después de los anteriores pasos, y ya estando en la parte de la periferia del objetivo ( quiste ), ya sea éste tiende a herniar o sera extraido por medio de los métodos anteriores.

En el caso de que el quiste es completamente grande - tendremos que colapsar el quiste, haciendo primero una incisión para que drene, ya estando drenado este, produciendo una cavidad dentro del hueso, procedemos a rellenar ésta con una gasa-

yodoformada para después realizar la enucleación( la bolsa quística se eliminará completamente ). El quiste tiende ha ser rechazado hacia el exterior, puede durar el tratamiento meses.

E).- TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Extraída en su totalidad la bolsa quística, se practica en su totalidad la hemostasis de la cavidad ósea, con gasa.

En los quistes supurados es necesario el raspado ( CURAJE ) de la cavidad ósea, previamente realizado en todos los ángulos y divertículos óseos, con el objeto de eliminar hasta las partículas más pequeñas de membrana, la cual puede ser semilla de una nueva recidiva.

Nos percatamos de no dejar <sup>especulaciones</sup> especulaciones ( puntas ) óseas, realizando un LIMADO en la parte superior de la cavidad dejada por el quiste, el limado deberá ser en una sola dirección y hacia la parte externa ( bucal ) de la cavidad bucal.

Realizaremos inmediatamente después el LAVADO para eliminar todos los restos quísticos, el cual se realiza con agua oxigenada y se efectúan toques con una solución de cloruro de zinc al 10%. Se aplicará el suero a presión.

También podemos emplear para el tratamiento de la cavidad alveolar alvogil o wonder-parck.

F).- SUTURA.

El cierre con sutura es el ideal quirúrgico, esta in-

dicado para la extirpación de quistes. Para volver el colgajo a su sitio de ubicación normal y tenga una adherencia epitelial-normal procedemos a avivar bordes ( recortar tejido necrosado). Para realizar la sutura empleamos agujas curvas, concavas en el sentido de sus caras, para evitar desgarres de las partes blandas ( cuando suturamos en interproximal es de gran ayuda el uso de agujas rectas ), usamos hilo seda naylon preferentemente de tres ceros ó cuatro ceros. Se toma con la pinza porta agujas y procedemos a atravesar los extremos de los colgajos. Los puntos deben distar entre sí de medio a un centimetro. Detalle fundamental, en estas operaciones, es que la sutura debe descansar sobre base ósea firme. Por eso, la incisión debe prever, en lo posible, esta ubicación. Los puntos se retiran al sexto u octavo día.

No hay necesidad de señalar la gran importancia que tiene para el paciente y para el profesional, este método, que termina prácticamente con el tratamiento en el acto quirúrgico-

La supresión del engorroso procedimiento del cambio de gasas y lavajes interminables es una inquisición de incalculables ventajas.

Existen otros métodos para el cierre de la cavidad pero sin sutura los cuales son:

Cierre aprimerá intención.- El cual es realizado con la formación del proceso de la cuagulación.



Cierre a segunda intención el cual puede ser Mediata-se realiza cuando la cavidad es más amplia y la cavida se cerrará por medio de la presión osmótica la cual se realiza en quistes con infecciones purulentas, con gasas yodoformadas o con el tubo de Pen-ross.

Inmediata. Cuando utilizamos materiales de relleno como son el Gel-Foam, Oxichel, etc. En cavidades muy amplias, este método exige rigurosa asepsia de la operación: que el cuagulo y cavidad ósea no se contaminen con la saliva y el medio ambiente.

#### G).- TRATAMIENTO POST-OPERATORIO.

El período post-operatorio es el período de tiempo - que se inicia al terminar el acto operatorio y termina cuando - el paciente se ha restablecido tanto de las molestias que hicieron necesaria la intervención quirúrgica, cuanto de las determinadas por el trauma anestésico y operatorio.

Los primeros cuidados post-operatorios inmediatamente después de la operación se limpiará la cara del paciente con un trozo de gasa con agua oxigenada, para eliminar la sangre que se pudo haber depositado en la cara del paciente. La cavidad bucal la irrigaremos con una solución de agua oxigenada o bien una solución antiséptica con el fin de eliminar sangre o restos blandos, óseos o dentarios, que pudieron depositarse en los espacios interdentarios, en los surcos vestibulares, debajo de la

lengua, en la bóveda palatina, evitando de éste modo, que los coágulos entren en putrefacción.

Tratamiento post-operatorio mediato; Instrucciones para los pacientes.

a).- Una vez que llegue a su casa, después de la intervención, conviene guardar reposo por unas horas, con la cabeza en alto. Esta medida ayuda a restaurar las condiciones físicas que han sido alteradas y una posible hemorragia secundaria.

b).- El paciente debe recibir instrucciones explícitas acerca de mantener una dieta blanda durante las 48 horas siguientes de la operación. Esta dieta deberá ser a base de: té, leche, caldo tibio, licuados, flanes, gelatinas, alimentos para bebés etc.

c).- Deberá colocar una bolsa de hielo, en la cara sobre la región operada, 10 minutos cada hora, con el término de nueve horas después de la intervención. La finalidad de estas aplicaciones, es reducir la congestión, el edema, y la inflamación post-operatoria, además de tener acción sobre la prevención de hematomas y dolores.

d).- Daremos aplicaciones de compresas tipidas al día siguiente en la misma frecuencia de las del hielo, se aplican con el fin de eliminar la red de fibrina que con las de hielo se formó y con esto aumentar la circulación.

e).- Al día siguiente recomendaremos al paciente en

juagues ( de agua tibia con sal) para que el agua produzca el cambio del P.H. de la saliva y evita la proliferación de microorganismos y bacterias que lleban a cabo una infección dentro de la cavidad bucal. Estos colutorios se harán con una aplicación de tres o cuatro veces al dia durante dos o tres días según como se realiza la cicatrización.

f).- Lavado normal de la boca cuidando la zona intervenida, inmediatamente después los colutorios.

Quimioterapia.- El dolor post-operatorio, es la consecuencia lógica de una operación en la cavidad bucal. Está en relación directa al grado de trauma; aplastamiento, desgarradura, dislaceraciones, originan dolorosas consecuencias. Se prescribirán analgésicos y si el estado emocional del paciente no es adecuada es recomendable el uso de ataráxicos en los dos o tres primeros días post-operatorios. Cuando la intensidad vaya disminuyendo se cambiará la medicación por otra más adecuada. También se recomienda; Antibióticos ( en caso de infección ), Relajantes ( cuando la intervención es larga ). también se recomienda la administración de fármacos anti-inflamatorios.

Los puntos de sutura. Los retiramos al cuarto o quinto día después de la operación; no los quitaremos antes para no originar la movilización del coágulo y evitar hemorragias secundarias. Los puntos los retiramos, previa sección

con unas tijeras; sobre la zona que ha sido operada, la impregnamos con un delicado chorro de agua tibia.

## C A P I T U L O V I I I

### VIII.- COMPLICACIONES.

Durante la extirpación pueden presentarse diversos tipos de accidentes:

1.- Hemorragia interna. Hemorragia operatoria o inmediata, que es debida a causas generales o locales:

Hemorragia por causas generales puede prevenirse con un estudio anamnéstico y con pruebas de laboratorio que nos dará el tiempo de coagulación del paciente.

Hemorragia por causas locales son las que se producen por la lesión de un vaso importante durante la operación o por haber una zona congestiva. Si se dispone de bisturí eléctrico, y por una cuidadosa exploración se ha descubierto un motivo de congestión, podrá usarse el bisturí eléctrico al hacer la extirpación del quiste para evitar hemorragias.

2.- Hematoma, que por lo general casi nunca se presenta.

3.- Tumefacción. Esta la podemos evitar percatándonos de no lesionar los colgajos, y evitando el sobre calentamiento de la cavidad ósea en el momento del fresado durante la intervención.

4.- Puede haber comunicación con las fosas nasales en el momento del fresado, también lesionar tejidos y piezas -

vecinas a la zona por intervenir, perforación del seno maxilar.

Parestesia tambien es muy ocasionalmente pero transitoria.

5.- Dolor. El cual puede aparecer por el trauma del-instrumental o del fresado, también puede ser producido por - una alveolitis, la cual puede ser supurada o seca ( produce in tensos dolores insoportables por el paciente ).

## CONCLUSIONES.

Debe realizarse siempre un minucioso estudio clínico y anatómico de la región continente de los diferentes tipos de quistes, para llevar a cabo adecuadamente la extirpación del quiste.

El exámen radiográfico será siempre nuestra mejor guía, durante la extirpación del quiste que se este tratando.- El correcto exámen e interpretación radiográfica nos señalará una cantidad de detalles de interés que deben ser útiles y juiciosamente aplicados en el diagnóstico y cirugía quirúrgica de el quiste.

Para resolver los múltiples y complicados problemas de la extirpación del quiste, es importante que el Cirujano - Dentista tenga el suficiente criterio, además de habilidad y - finesa, para no traumatizar o luxar los dientes vecinos o fracturar las paredes alveolares. Así mismo, siempre deberá concentrarse en lo que está haciendo y así en algún momento se suscita un accidente, tenga toda la serenidad y confianza para poder solucionarlo.

Habrá de contarse con el instrumental quirúrgico adecuado al plan de trabajo previamente hecho para la realización de la operación del quiste.

Procuraremos una correcta iluminación del campo operatorio y una adecuada aspiración de sangre (succionador) -

que nos permita ver claramente el objeto a operar.



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

- 1).- Costich White - Cirujía Bucal. Editorial Panamericana 1974.
- 2).- Goth Andrés - Farmacología Médica. Editorial - Interamericana 1971.
- 3).- Clamente F.W. - Anestesia. Lea. Lea & Febieger Phila 1946.
- 4).- Adriani John - Anestesia Regional. Tercera Edición. Editorial Interamericana.
- 5).- Ries Centeno G.A. - Cirujía Bucal. 7<sup>a</sup> edición. Editorial El Ateneo. Buenos Aires 1973.
- 6).- Thoma Patología Oral - Roberto J. Gorlin  
Henry M. Goldman.  
Salvat Editores S.A. Barcelona 1973.
- 7).- Gustav O. Kruger - Tratado de cirujía Bucal. Nueva editorial Interamericana 1978.
- 8).- S.N. Bhaskar - Patología Bucal. Editorial El - Ateneo. Buenos Aires 28<sup>a</sup> edición 1977.
- 9).- Patología Bucal - William G. Shafer  
Maynar K. Hine.  
Barnet M. Lucy.  
Nueva Editorial Interamericana 1977.
- 10).- Ardínez L. Pedro - Apuntes de técnicas Quirúrgicas. Curso 1975.
- 11).- Ostría L. Jaime - Apuntes de Cirujía Bucal 1976.
- 12).- Jaime selva Martínez - Apuntes de Cirujía Bucal 1978.
- 13).- Diagnóstico en Patología Oral. Edward V. Zegarelli. Austin H. Kutcher.  
George A. Hyman  
Editorial Salvat S.A. Barcelona 1972.

- 14).- **Clinicas Odontológicas de Norteamérica - Diagnóstico Físico y de Laboratorio. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. 1974.**