

24. 601

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



TESIS DONADA POR
UNAM - G.B.

LESIONES QUISTICAS DE LA CAVIDAD BUCAL

TESIS PROFESIONAL

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

FRANCISCO RAFAEL MAYTORENA ROBLES

MEXICO, D. F.

1960



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.

INDICE

I	<u>INTRODUCCION</u>	1
II	<u>TEJIDO EPITELIAL</u>	2
	Generalidades	3
	Características	3
	Clasificación	5
III	<u>QUISTES</u>	8
	Nomenclatura y clasificación	8
	A) QUISTES DE LOS TEJIDOS DUROS	11
	a) Quistes no Odontogenicos	13
	Medios	14
	Globulomaxilar	17
	Nasoalveolar	19
	Nasopalatino	21
	b) Quistes Odontogenicos	23
	Radiculares	24
	Foliculares	27
	B) QUISTES PERIFERICOS.....	31
	a) Quistes de retención	32
	Ránula	33
	Mucocele	35
	b) Quistes del Desarrollo.....	37
	Del conducto Tirogloso	38
	Dermoide y Epidermoide	40
	De la Hendidura Branquial	42
IV	<u>TRATAMIENTO</u>	44
	Enucleación	45
	Técnica de Partsch	49
V	<u>BIBLIOGRAFIA</u>	51

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

Quando me ví precisado a iniciar el presente trabajo, a fin de presentar mi examen profesional, me encontré frente a un campo muy extenso del cual pudiese elegir un tema que despertara mi interés para conseguir ampliar mis conocimientos con respecto al estado anormal que, con mayor o menor frecuencia, suele variar las condiciones normales de la cavidad oral, parte de nuestro cuerpo que, como especialista en la rama, debiese conocer ampliamente.

Entre mis ideas juveniles me he trazado la meta de llegar a ser un Cirujano Dentista lo suficientemente preparado para solucionar cualquier problema que llegase a presentárseme en la práctica diaria.

Desde mis inicios como estudiante de Odontología, me atrajo mucho la cátedra de Patología Oral, y es sobre esta rama, de la cual he extraído el tema de Quistes Orales en Tejidos Duros y Blandos para desarrollar el presente trabajo.

El tema de Quistes Orales es bastante extenso y complejo, pero no por eso menos interesante, por lo que procuraré desarrollarlo lo más amenamente posible.

Si bien, los quistes de los tejidos bucales no comprenden una gran parte de los estados patológicos observados por el Cirujano Dentista, tienen una gran importancia por ser una amenaza potencial para la salud del paciente.

Ahora bien, considero que el presente trabajo, que pongo a su consideración, carece de mérito propio ya que no aporfo nada nuevo, pues es el producto de una recopilación de diversos autores consultados, la experiencia de mis maestros y los conocimientos que como estudiante he adquirido.

TEJIDO EPITELIAL

La principal característica de los quistes es que, en su estructura histopatológica, se en encuentran revestidos de tejido epitelial, y es - por ello, que en el presente trabajo, se incluye dicho tema.

El término epithelium viene de Epi (sobre) y Thele (Pe- zón o papila).

Se denomina epitelio a todas las membranas que revisten y cubren superficies dentro y fuera del cuerpo.

Con el desarrollo de los estudios microscópicos, se amplió el concepto de epitelio, ya que estudios embriológicos demostraron que durante el desarrollo de las células epiteliales, muchas veces crecían introduciéndose en el tejido conectivo para formar estructuras llamadas "glándulas". Es por esto, que el tejido epitelial presenta dos grandes divisiones:

- 1) Membranas de cubierta y revestimiento.
- 2) Glándulas que se forman a partir de dichas membranas.

Al tejido epitelial se le define por su morfología y no por su embriología ya que se desarrolla a partir de las 3 capas germinativas, principalmente de Ectodermo y Endodermo y, en menor proporción, del Mesodermo.

Este tejido se llama epitelio por su estructura microscópica, posición y, hasta cierto punto, su función. Sin embargo existen dos excepciones importantes que son:

- 1) Endotelio.- Que es la membrana celular que reviste a los vasos de los sistemas sanguíneo y linfático.
- 2) Mesotelio.- Que es la membrana celular que reviste a las grandes cavidades corporales que cubren a los órganos localizados en ellas.

CARACTERÍSTICAS DE LAS MEMBRANAS EPITELIALES

- I) Están totalmente formadas por células.
- II) Estructuras y factores de unión intercelular.- Es impor

tante la existencia de mayor adherencia posible entre las células del tejido epitelial a nivel de sus bordes libres. Esta adherencia intercelular está dada por los complejos de unión descritos por Parquhar y Palade, los cuales los dividieron en tres segmentos:

A) Zónula Ocluyente.- Es el segmento más superficial en el cual están fusionadas las capas externas de las células contiguas. Las membranas fusionadas no constituyen una barrera para la potencialidad eléctrica ni para el equilibrio iónico, sino que actúan como si formaran una sola célula gigante.

B) Zónula Adherente.- Se localiza un poco más profundamente que la zónula ocluyente; las membranas celulares no están firmemente fundidas sino que están ligeramente separadas por un pequeño espacio que contiene material fibrilar homogéneo de baja densidad electrónica; este espacio se encuentra condensado a lo largo de la superficie interna de la membrana celular de cada una de las células que forma parte de esta zónula.

C) Mácula Adherente.- Son manchas colocadas al azar debajo de la zónula adherente. Estas manchas contienen a los desmosomas que son pequeñas estructuras rodeadas de un material de baja densidad electrónica, el cual se encuentra separando y conectando a las membranas de dos células contiguas.

III) Nutricional.- Se nutre por difusión del tejido conectivo a través de una capa muy delgada, muy permeable llamada Membrana Basal.

IV) Sostén.- El sostén epitelial lo brinda el tejido conectivo a través de la membrana epitelial basal, ya que además posee otra función que es la adhesiva.

V) Reproducción Celular.- Debido a la gran cantidad de desgaste que tienen las membranas epiteliales, por mitosis, existe un recambio constante de población celular en estas membranas.

C L A S I F I C A C I O N

El tejido epitelial generalmente se clasifica en 3 grupos, que dependiendo del número de capas de células que lo forman, son:

I) Epitelio Simple.- Es denominado de esta manera cuando el espesor de la membrana epitelial está dado por una sola célula. Dependiendo del tipo de células que lo forman, se clasifica en:

A) Epitelio Plano (escamoso) Simple.- Compuesto por una sola capa de células de forma irregular, muy delgadas y aplanadas, que se adaptan perfectamente unas con otras, constituyendo una membrana delgada fina. Está adaptado para funciones de filtración.

B) Epitelio Cúbico Simple.- Formado por una capa de células de apariencia cuboide, de aspecto más grueso que el plano simple. Es un tipo de epitelio poco común en el organismo.

C) Epitelio Cilíndrico Simple.- Formado por una capa de células más altas que anchas, unidas lado con lado pero sus núcleos están dirigidos hacia la base. Su función principal es la de brindar protección a algunas superficies húmedas.

Otra de sus funciones es la de secreción de moco producido por células caliciformes. La función de absorción está dada por células distribuidas entre las células caliciformes. Las células de absorción presentan una capa (borde estriado) de pequeñas proyecciones digitoformes a las que se les ha denominado microvellosidades, que tienen por fin aumentar la superficie de absorción.

Existe otra combinación de la membrana epitelial cilíndrica simple y es la de las células ciliadas distribuidas entre células caliciformes; las ciliadas se caracterizan por pequeñas prolongaciones filiformes llamadas cilios, los cuales desplazan el moco producido por las células caliciformes a lo largo de la membrana.

II) Epitelio Seudoestratificado.- Constituido únicamente de una sola capa de células cilíndricas. Algunas de ellas que tienen contacto con la membrana epitelial basal no llegan a la superficie, muchas otras sí. El aspecto estratificado que presenta, lo da la posición de los núcleos, ya que los de las células que no alcanzan a la superficie, se localizan más próximos a la membrana basal que los núcleos de las que sí lo logran.

Este tipo de epitelio se encuentra revistiendo las vías respiratorias altas. Las células que alcanzan la superficie son células ciliadas o células caliciformes cuyo moco secretado forma una película en la superficie interna de las vías respiratorias y sirve para capturar el polvo, evitando que penetre hasta los pulmones; también humedece el aire inspirado.

Los cilios sirven para mover hacia arriba el moco contaminado con polvo. La función de las células que no llegan hasta la superficie estriba en servir como célula madre para producir células nuevas de tipo largo.

III) Epitelio Estratificado.- Su espesor está dado por dos o más células; son muy resistentes al frotamiento y al uso por lo que sirven principalmente de protección. Los epitelios que existen en el organismo solo se diferencian por el tipo y grado protectoral que brindan a cada una de las zonas correspondientes. Se subdivide en Queratinizado y No-Queratinizado.

A) Epitelio Estratificado No-Queratinizado.- Está constituido de capas sucesivas de células; las más profundas que están en contacto con la membrana basal son cilíndricas. Inmediatamente encima se hallan las poliédricas y al acercarse a la superficie, las células van adquiriendo forma plana. Puede ser cilíndrico, plano o de transición, dependiendo del aspecto de las células más superficiales.

Se localiza en superficies húmedas sujetas a desgaste y sin funciones de absorción. La humedad es proporcionada por las

secreciones de las glándulas situadas en la propia membrana y/o debajo de ella.

B) Epitelio Estratificado Queratinizado.- Se diferencia del No-Queratinizado en que las células localizadas más superficialmente, sufren una metamorfosis que la transforma en una capa gruesa e inerte de queratina firmemente adherida a las células vivas subyacentes. La queratina constituye una capa relativamente impermeable tanto a las bacterias como al agua, por eso se dice que es la primera barrera contra las infecciones, evita la evaporación del líquido celular e impide que el cuerpo se embeba de agua al tomar un baño. Como es muy resistente y elástica protege a las células epiteliales vivas subyacentes de lesiones por desgaste.

QUISTES

NOMENCLATURA Y CLASIFICACION

Un quiste verdadero es un saco o cavidad patológica que contiene una sustancia líquida o semisólida, limitado por un epitelio y encerrado en una cápsula de tejido conectivo.

Se les ha denominado de varias formas; según su localización específica (periapical, de la línea media), según su causa (infecciosos, traumáticos, de retención), según su origen (odontogénicos, no odontogénicos) y según su contenido (hemorrágicos, mucosos, dentígeros).

Una clasificación de los quistes es útil cuando contribuye a clarificar, comprender o diferenciar los distintos tipos de quistes. Como no existe una clasificación estandarizada, considero que lo más práctico sería separarlos en dos grandes categorías, los que se encuentran en los tejidos duros y los de los tejidos periféricos blandos.

I. QUISTES DE LOS TEJIDOS DUROS

- A) NO-ODONTOGENICOS (Del Desarrollo)
 - a) Medios
 - b) Glóbulomaxilar (Premaxilomaxilar)
 - c) Nasoalveolar (Nasolabial)
 - d) Nasopalatino

- B) ODONTOGENICOS
 - a) Radiculares
 - b) Foliculares

II. QUISTES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

- A) DE RETENCION
 - a) Ránula
 - b) Mucocelo

B) DEL DESARROLLO

- a) Del Conducto Tirogloso
- b) Dermoide y Epidermoide
- a) De la Hendidura Branquial

QUISTES
DE LOS TEJIDOS DUROS

La mayoría son pequeños y producen poca o ninguna dilatación. Cuando un quiste se dilata, estimula al periostio a que forme y deposite hueso nuevo; al seguir la dilatación, el hueso suprayacente se adelgaza y se hunde con la presión digital, produciendo un crujido de cáscara de huevo. Finalmente esta cáscara ósea puede desaparecer quedando el quiste cubierto únicamente - por la mucosa bucal.

Son asintomáticos, a no ser que se infecten. Aunque los grandes quistes de la mandíbula desplazan el canal mandibular y envuelven al paquete neurovascular, cuando no hay infección, es muy raro que haya anestesia.

Cuando se extiende hacia la zona dentada, pueden producir un desplazamiento dentario de su posición normal en la arca da, pero respetan su vitalidad.

Generalmente son de radiotransparencia homogénea de bordes bien definidos y curvados, pero ésto depende de la localización del quiste, tipo, intensidad de destrucción ósea y si está o no infectado. Al dilatarse, la forma de los quistes suele variar, pero generalmente son ovoides, circulares, elípticos o lobulados.

Algunos quistes pueden confundirse con estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, agujero mentoniano, fosa incisiva, sobre todo, si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación.

QUISTES NO ODONTOGENICOS (DEL DESARROLLO)

Derivan de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la formación embrionaria de la cara y los maxilares.

Un quiste de desarrollo que se forma a partir de las células residuales de una línea de fibrosa o sutura ósea, pueden llamarse también "Quiste Sutural", "Quiste Figural" ó "Quiste Embrionario".

La mayor parte de los quistes del desarrollo son conocidos con el nombre que identifican en forma específica su localización y son:

QUISTES MEDIOS

Quiste sutural. Como su nombre lo indica, esta variedad se presenta en la línea media; se desarrollan a expensas de reg tos epiteliales que han quedado atrapados en la fusión embrionaria del paladar duro y sínfisis mandibular.

De acuerdo a su localización reciben diferentes denomina ciones. Si se encuentra en la parte anterior del paladar, entre las raíces de los incisivos centrales superiores, recibe el nombre de Quiste Alveolar Medio; si se localiza en la mitad posterior del paladar duro, se le llama Quiste Palatino Medio. También suele presentarse, aunque con menor frecuencia, en la sínfisis mentoniana denominándosele Quiste Mandibular Medio.

Manifestaciones Clínicas.

Son variables. Cuando son pequeños suelen ser asintomá ticos, no producen agrandamiento ni asimetría. Suelen descubrirse de forma accidental en el estudio radiográfico.

Cuando son de mayor tamaño pueden mostrarse como una ma sa redondeada, de superficie lisa, rosada, situada en cualquier lugar de la línea media del paladar; son de consistencia semisó lida. Pueden producir crepitación a la palpación y cuando se acompañan de infección secundaria, hiperestesia o dolor. En algunos casos se descubre un conducto fistuloso por el que se obtiene un líquido seroso o purulento.

El Quiste Alveolar Medio, por su fuerza expansiva y localización, suele desplazar a los incisivos centrales pero respeta su vitalidad pulpar.

El Quiste Palatino Medio puede llegar a ser lo suficientemente grande como para provocar un aumento de volumen palatino clínicamente visible. En algunas ocasiones se observa una tumefacción en el paladar duro que se extiende desde la papila palatina hacia el área de los molares por lo que existe la posibilidad

lidad de confundirlo con los quistes del canal incisivo y el de la papila incisiva. Raras veces afecta la posición de los dientes en la arcada.

El Quiste Mandibular Medio se extiende entre los ápices de los incisivos centrales inferiores, ocasionando migración de estas piezas. Cuando alcanza gran tamaño provoca deformidad facial.

Se ha dicho que el traumatismo y la inflamación desempeñan un papel importante en su desarrollo.

Características Radiográficas.

Tanto el Quiste Alveolar Medio como el Quiste Medio Mandibular, se observan como zonas radiolúcidas homogéneas, perfectamente circunscritas, entre las raíces de los incisivos centrales. Pueden ser de forma redonda, ovalada o elíptica. El Quiste Alveolar Medio algunas ocasiones puede presentar forma acorazada por la superposición de la espina nasal.

El Quiste Palatino Medio, de localización más posterior que el Alveolar Medio, ya que se encuentra por detrás del canal incisivo, suele ser de forma redondeada u ovalada, de radiolucidez uniforme y bordes bien delineados.

El diagnóstico de los Quistes Medios nos lo proporciona su localización, la vitalidad de los dientes próximos y sus características radiográficas.

Histopatología.

Están recubiertos por epitelio escamoso estratificado y pseudoestratificado ciliado en combinación, rodeado por una cápsula de tejido conectivo fibroso. Cuando se acompaña de una infección secundaria, puede mostrar infiltrado inflamatorio.

Tratamiento.

Consiste en la extirpación quirúrgica completa del quiste procurando no lesionar las piezas dentarias próximas. Únicamente en casos muy extremos será necesario sacrificar los dientes involucrados.

QUISTE GLOBULOMAXILAR (PREMAXILOMAXILAR)

Es un quiste fisural del maxilar superior; según la mayoría de los autores, se desarrolla a partir de los restos epiteliales atrapados en la unión de los procesos embrionarios globular y maxilares.

Ferenczy introdujo el término de quiste premaxilomaxilar basado en sus estudios embriológicos y radiográficos donde menciona que se forma de la unión de la premaxila y el proceso maxilar, éste es, entre lateral y canino vitales.

Manifestaciones Clínicas.

Son variables; en sus inicios es pequeño y asintomático y puede pasar desapercibido por lo que se descubre de forma accidental en un estudio radiográfico de rutina.

Cuando, por su expansión progresiva, alcanza gran tamaño, se ve como un bulbo rosado, de superficie lisa, en la corteza labial entre y por encima de las raíces de laterales y caninos superiores y producir un desplazamiento de estas piezas. Podría también provocar adelgazamiento de las paredes óseas o progresar hacia el seno maxilar y llegar a invadirlo.

Puede haber dolor a la palpación o un conducto fistuloso que nos lleva a la cavidad quística en caso de que se acompañe de infección secundaria. Por no estar relacionado con una inflamación odontogénica, respeta la vitalidad pulpar del diente.

Características Radiográficas.

Se presenta como una zona radiolúcida homogénea, perfectamente delimitada, en forma de pera invertida entre las raíces de los laterales y caninos dando lugar a un desplazamiento moderado o intenso. A veces logra alcanzar gran tamaño y puede lle-

gar a extenderse hasta los ápices del primer premolar, incisivo central, o ambos.

Diagnóstico.

Se basa en la localización específica de la zona radiolúcida, su sugestiva forma de pera y en que no se relaciona con dientes desvitalizados al efectuar pruebas de vitalidad pulpar.

Histopatología.

La pared del quiste se encuentra formada por tejido conectivo fibroso, revestida en su interior por una capa de epitelio escamoso estratificado, variando el número de células en diferentes zonas. Cuando se acompaña de una infección secundaria, se aprecia un infiltrado inflamatorio representado por linfocitos y células plasmáticas. El contenido quístico es fluido y se pueden encontrar o no, cristales de colesterol.

Tratamiento.

Consiste en la extirpación quirúrgica completa, sin intervención sobre los dientes, a menos que la membrana de revestimiento del quiste se encuentre firmemente adherida a ellos en tonces se extraerán para evitar posible recidiva.

QUISTE NASOALVEOLAR (NASOLABIAL)

Quiste fisural. Se desarrolla en la unión de los procesos embrionarios globular, lateral nasal y maxilares los cuales se encuentran recubiertos de epitelio y que al efectuarse la fusión no es eliminado, quedando incluido como restos atrofiados. Estos restos epiteliales, con cualquier estimulación proliferan y conducen a la formación del quiste.

Manifestaciones Clínicas.

Se presenta como un aumento de volumen del ala de la naríz, llegando a extenderse a la narina correspondiente, piso de fosas, labio, pudiendo drenar por este sitio o provocar obstrucción nasal. Puede causar bastante hinchazón y obliterar el pliegue nasolabial en el lado afectado provocando asimetría facial. Puede ser bilateral. No afecta la vitalidad de las piezas dentarias vecinas.

Características Radiográficas.

No da muestras radiográficas por encontrarse sobre tejido blando, a menos que se le introduzca material de contraste y radiopaco. Puede dar imagen radiográfica cuando, por presión, - ocasiona resorción del hueso que le sirve de descanso.

Histopatología.

Está tapizado por epitelio respiratorio, escamoso estratificado, cilíndrico pseudoestratificado o estar combinados, con infiltración de células plasmáticas, linfocitos y pocos macrófagos.

Tratamiento

Quirúrgico por enucleación, eliminando en su totalidad,
la bolsa quística.

QUISTE NASOPALATINO

Se desarrolla a partir de los restos epiteliales de los vestigios del conducto nasopalatino o incisivo, como resultante de un traumatismo, infección bacteriana, bloqueo inflamatorio o mucoso del conducto.

Embriológicamente, el conducto incisivo es un pasaje óseo que comunica a las cavidades nasales con la bucal; se forma de la fusión de los procesos palatinos maxilares con la premaxila. El conducto nasopalatino es un tubo (o resto de él) revestido por epitelio, que se encuentra dentro del conducto incisivo.

El quiste nasopalatino, según se localice la lesión, se subdivide en dos tipos:

I) Quistes del Conducto Incisivo.- Son intraóseos, generalmente no dan manifestaciones clínicas aunque algunas veces pueden provocar abultamiento en la parte anterior del paladar duro y la mayoría de las ocasiones drena por una fístula que se localiza a nivel del agujero palatino anterior.

Debido a que las estructuras nasopalatinas embrionarias varían mucho en su localización y anatomía, pueden ser unilaterales, bilaterales o una lesión central única.

Radiológicamente se presenta como una zona radiolúcida, bien definida, circular y ovoide, única y unilateral inmediatamente por encima o junto al ápice de un incisivo central; en otras ocasiones pueden ser circulares y ovoides, bilaterales, situados simétricamente junto a los ápices de los centrales superiores; si se presenta en la línea media adopta forma acorazada por la superposición de la espina nasal. Aunque puede confundirse con un quiste alveolar medio, generalmente es más duro y está situado más alto, en los maxilares, que este último.

El diagnóstico suele basarse en los anteriores datos ra

diológicos, en que no afecta la vitalidad pulpar de los dientes próximos y en los hallazgos histopatológicos.

Histopatológicamente, pueden estar revestidos completamente o en combinación por epitelio escamoso estratificado, cilíndrico, transicional, cilíndrico ciliado o cuboide, cilíndrico ciliado pseudoestratificado; esta variación depende de la cercaña de la lesión con las fosas nasales o con la cavidad oral. La pared quística está formada de tejido conectivo fibroso. Interiormente presenta filetes nerviosos y vasos de pequeño y mediano calibre y, raras veces, glándulas mucosas.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica total y sutura de la mucosa poniendo especial cuidado en no lesionar el nervio nasopalatino.

II) Quistes de la Papila Incisiva.- Están limitados exclusivamente a los tejidos blandos que rodean el orificio del conducto nasopalatino, por lo que no dan datos radiológicos. Se localizan sobre la línea media del paladar, aproximadamente un centímetro atrás del borde gingival entre los incisivos centrales.

Generalmente se observan como una tumefacción de superficie lisa, fluctuante y blanda. Debido a su localización y vulnerabilidad a los traumas, se rompe espontáneamente, produciendo una fístula por donde drena un líquido acuoso y salado, de ahí la aparente resolución temporal de la lesión.

Histopatológicamente son similares a las lesiones quísticas del conducto incisivo, salvo que presentan menos cilios y más glándulas mucosas en su interior que éstos.

Su tratamiento es idéntico al de los quistes del conducto incisivo.

QUISTES ODONTOGENICOS

Generalmente se originan a partir de alguna porción de la lámina dental, del órgano del esmalte o de sus restos, ya sea después o durante la formación del diente.

Existen dos tipos: el radicular, que está relacionado con las raíces dentarias y, el folicular con las coronas de los dientes.

QUISTES RADICULARES

Son las lesiones quísticas más frecuentes en la cavidad bucal; están relacionadas con las raíces dentarias.

Derivan de la degeneración quística que, por irritación, sufren los restos epiteliales de Malassez o también la vaina de Hertwig que, bajo condiciones normales, permanecen inertes e inactivos. Esta irritación es producida por los productos tóxicos de la degeneración pulpar de un diente afectado por caries progresiva y sin tratamiento, de un diente desvitalizado o de restos radiculares.

Existen tres tipos de quistes radiculares:

I) Quiste Radicular Apical.- Como su nombre lo indica, está envolviendo el o los ápices del diente afectado.

II) Quiste Radicular Lateral.- Se localiza sobre la superficie lateral de la raíz de la pieza afectada, casi siempre asociado con algún conducto accesorio. Frecuentemente se localiza en el lado distal de los terceros molares que permanecen retenidos, de donde se extiende hacia la rama ascendente mandibular, en donde encuentra menor resistencia.

III) Quiste Radicular Residual.- Es el que permanece después de la extracción del diente que le dió origen.

Manifestaciones Clínicas.

En un principio suelen ser asintomáticos, de consistencia ósea y coloración normal; su desarrollo es lento y de tamaño tan pequeño que no producen dilatación maxilar.

Cuando alcanzan un tamaño mayor, se miran como una masa tumoral carnosa, de superficie lisa y blanda. Pueden producir a

delgazamiento de la lámina cortical con crepitación a la palpación; dolor a la presión vertical. Las raíces de los dientes vecinos pueden ser despedidas a la periferia o estar involucradas dentro de la bolsa quística. Con frecuencia presentan un conducto fistuloso por donde drena hacia el exterior exudado purulento o seropurulento al exprimirlo.

No tienen predilección sexual y aparecen indistintamente tanto en el maxilar como en la mandíbula.

Características Radiográficas.

Tanto el quiste radicular apical como el lateral, se observan como zonas radiolúcidas íntimamente asociadas a la raíz, con límites perfectamente bien definidos. El radicular residual igualmente se ve como una zona radiolúcida bien definida, de dimensión variable, sin tener asociación íntima con piezas dentarias.

Histopatología.

La pared del quiste se encuentra formada por tejido conectivo fibroso denso, moderadamente vascular, de grosor variable. En su interior puede haber cuerpos de Russell, células gigantes de cuerpo extraño, pigmentos sanguíneos, cristales de colesterol y elementos inflamatorios crónicos, agudos o subagudos como linfocitos, neutrófilos, histiocitos, células plasmáticas.

El epitelio de revestimiento suele ser del tipo escamoso estratificado, algunas veces queratinizado. En ocasiones también puede ser ciliado, cúbico o cilíndrico.

Tratamiento.

Consiste en la extracción del diente que le dió origen,

seguida de la extirpación quirúrgica completa de todos los elementos epiteliales, para evitar recidivas; esto podría lograrse ya sea por medio de la enucleación completa de la pared de tejido conectivo y el revestimiento epitelial o, en caso de grandes quistes, en los cuales el defecto es muy grande para ser llenado por un proceso de reparación normal, está indicado el procedimiento de Partsch. Este método también puede utilizarse cuando la bolsa quística llega a envolver al dentario inferior, provocando una parestesia del labio.

QUISTES FOLICULARES

Están relacionados con la corona de los dientes. Derivan del órgano del esmalte o de los restos de la lámina dentaria. Se dividen en cuatro tipos:

I) Quiste Folicular Simple.- Por regla general se localiza en la región del tercer molar; se forma antes de que las células del órgano del esmalte se diferencien para formar el tejido adamantino, lo que ocasiona que el diente no se desarrolle. También puede originarse de un germen supernumerario "abortado".

El quiste folicular simple, en consecuencia, siempre se encuentra en lugar de un diente y no asociado directamente con él.

II) Quiste Folicular Central.- Se localiza sobre la corona del diente cuando está completamente formada y todavía no erupciona en la cavidad bucal. Existen dos teorías para su formación:

La intrafolicular menciona que se forma a partir de los restos de la lámina dental por irritación inflamatoria o a las dificultades mecánicas con las que tropieza el germen durante su erupción; posteriormente se une a la capa externa del órgano del esmalte del diente en erupción.

La teoría extrafolicular sugiere que se forma del retículo estrellado cuyas células sufren una degeneración hidrópica al haber una alteración en el intercambio de líquidos entre el órgano del esmalte y los capilares del tejido pericoronar debido a una inflamación de éste; el líquido excesivo se almacena en el órgano del esmalte y por presión obliga a la lámina ósea a distenderse y adelgazarse ocasionando la formación del quiste. También menciona que el revestimiento epitelial de esta lesión quística se forma de la capa celular externa del órgano del esmalte.

Cualquiera que sea su etiología, su estado final es aquel en que la corona se encuentra dentro de la cavidad quística.

III) Quiste Folicular Lateral.- Se desarrolla a partir del cordón lateral del órgano del esmalte en desintegración una vez que la corona se ha formado completamente y todavía no realiza su erupción, impidiendo, a veces, su ulterior desarrollo. En ocasiones, puede aparecer como lesiones múltiples en un diente, separadas por estrechos tabiques óseos; se observan con mayor frecuencia en las regiones anteriores.

IV) Quiste Folicular Residual.- Es un quiste folicular lateral que permanece después de la erupción o extracción del diente que le ha dado origen. También puede desarrollarse del órgano residual del esmalte que permanece en los tejidos profundos cuando se realiza la extracción de un diente incluido.

Manifestaciones Clínicas.

Se localizan con frecuencia en las regiones de molares y caninos, principalmente en individuos jóvenes ya que se forman durante el desarrollo de los dientes, sin preferencia por uno de los sexos.

Son de forma circular u ovoide y su expansión depende de las obstrucciones que encuentre, creciendo siempre hacia donde hay menor resistencia; al aumentar de tamaño destruyen el hueso cortical y producen deformidad facial, desplazamiento de los dientes vecinos o del diente afectado.

Generalmente son asintomáticos, aunque puede haber dolor cuando el quiste es grande y ejerce presión sobre el nervio o se infecta secundariamente, produciendo además estados febriles, disnea, halitosis, escurrimiento de exudado purulento.

Características Radiográficas.

Se manifiestan como una zona radiolúcida perfectamente circunscrita por una línea radiopaca con bordes bien definidos, localizada en un área donde falta congénitamente un diente, o sobre la corona o a un lado de ésta.

Es importante realizar el estudio radiográfico previo a las extracciones para poder diferenciar perfectamente entre un quiste folicular simple, un folicular residual i un radicular - residual.

Histopatología.

Están constituidos por una pared de tejido conectivo fibroso revestido por epitelio escamoso estratificado. Respecto al color del líquido que contienen, puede ser amarillo c^{itr}ico, de tinte hemático (dado por la presencia de pigmentos sanguíneos como seroglobulina y seroalbúmina) o lechoso metálico oscuro cuando contiene cristales de colesterol; también contienen agua, células en diferentes estados de degeneración y, cuando se acompaña de infección secundaria, infiltración de neutrófilos, linfocitos y macrófagos.

Tratamiento.

Depende de la variedad del quiste.

El tratamiento de los quistes folicular simple y residual, consiste en la extirpación quirúrgica completa, con un raspado y curetaje minucioso de la pared ósea en caso de presentarse fragmentación de la pared quística.

Para los quistes folicular central y lateral, el tratamiento dependerá de si se debe o no conservar la pieza afectada. En caso de que la corona del diente se encuentre en posición normal y pueda alcanzar una oclusión satisfactoria, se u-

tilizará el método de Partsch; si el diente se encuentra desplazado, deberá extraerse junto con la totalidad de la bolsa quística.

Lo realmente importante es no dejar algún resto epitelial que pueda ocasionar recidiva y, algunos casos, la producción de un ameloblastoma.

QUISTES PERIFERICOS

(DE LOS TEJIDOS BLANDOS)

QUISTES DE RETENCION

Proceden de la obstrucción de las glándulas mucosas o salivales, ya sean las principales o las accesorias, y se clasifican como mucocelos o ránulas.

RANULA

La palabra ránula proviene del latín "rana", la cual - fué aceptada por la semejanza que tiene esta lesión con la panza de la rana.

Se presenta en la parte anterior del piso de la boca, - por encima del músculo milohioideo. Se origina de la obstrucción del conducto secretor de la glándula sublingual o las glándulas accesorias por un cálculo salival, un tapón mucoso, lesión mecánica o inflamación. Al continuar la secreción glandular, el líquido se acumula por detrás de la obstrucción produciéndose la dilatación del conducto secretor formándose una pared fibrosa.

Manifestaciones Clínicas.

Se presenta como una tumefacción redonda, blanda, fluctuante, de superficie lisa, translúcida, de color azul violáceo, porque se observa el líquido que contiene en su interior; generalmente es indolora.

Su tamaño está determinado por la cantidad de secreción de la glándula involucrada; por lo general es unilateral pero - puede crecer lo bastante hasta cruzar la línea media, desplazar a la lengua y dificultar la fonación y la masticación.

Ocasionalmente puede romperse durante la masticación, - liberando un líquido viscoso, pegajoso y mucoseroso. Al cicatrizar la fístula hay recidiva.

Histopatología.

La pared de tejido conectivo fibroso es delgada y su interior está revestido por epitelio escamoso aplanado o por tejido fibroso comprimido. El estroma contiene glándulas mucosas y restos celulares (linfocitos, células plasmáticas y macrófagos).

Tratamiento.

La rínula puede tratarse por dos medios:

El mejor procedimiento es la extirpación quirúrgica completa junto con la glándula afectada para evitar recidiva. Hay que tener especial cuidado de no lesionar las glándulas vecinas ya que cualquier traumatismo sobre ellas puede producir una lesión quística semejante.

El otro procedimiento es la marsupialización, que consiste en incidir el techo de la cavidad quística y suturar la pared de la rínula con el epitelio del piso bucal con el fin de que ocurra el vaciamiento de las secreciones de la glándula afectada.

La marsupialización sólo tiene éxito si el revestimiento del quiste es epitelial, pues se une y cicatriza con el epitelio bucal formando una comunicación permanente que favorece el drenaje. Si el revestimiento es una pared fibrosa, esta técnica puede fallar, ya que el epitelio bucal puede cubrir el defecto y bloquear la salida de las secreciones.

MUCOCELE

Es una lesión que puede presentarse en cualquier parte de la boca donde existan glándulas mucosas, principalmente en el bermellón del labio inferior, siendo menos frecuentes en carrillos, paladar, parte ventral de la lengua y piso de la boca. Al parecer es un trauma mecánico el causante de su aparición. Se presenta a cualquier edad, sin distinción de sexo.

Actualmente está considerado como un "falso quiste" por carecer de epitelio de revestimiento. También está clasificado como un quiste por extravasación, debido a que el moco se secretado por la glándula se escapa a través del epitelio del -- conducto cuando éste se encuentra lesionado, cualquiera que sea su etiología, acumulándose en los tejidos vecinos y originando el llamado mucocèle, sin dilatación del conducto.

Manifestaciones Clínicas.

Varían dependiendo de la profundidad de la lesión:

Cuando son superficiales tienen el aspecto de ámpulas, generalmente elevadas, de superficie lisa, de color azul o rojizo translúcido. Puede ser único o estar asociado con otros - mucocèles, muy próximos entre sí, semejando un racimo de uvas. Son susceptibles de desgarrarse debido a los movimientos de -- masticación, descargando así un líquido espeso, pegajoso, de - color pajizo. Produce recidivas alternando el período de cicatrización con la nueva acumulación de moco.

Las lesiones más profundas, se presentan como un tumor discreto, redondo de superficie lisa y de color rosado normal, duro y móvil a la palpación.

Cuando el mucocèle se forma de las glándulas mucosas - que se encuentran por debajo de la porción anterior de la lengua, se les denomina Quistes de Blandin-Nuhn.

Histopatología.

Se caracteriza por observarse una bolsa o bolsas llenas de líquido mucoso, contenido en una pared de tejido conectivo o de granulación. La glándula que le dió origen, en algunos casos, se encuentra afectada y junto con ella, se encuentran -- neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas.

Tratamiento.

Consiste en la extirpación quirúrgica completa del -- quiste junto con la glándula afectada para prevenir recidivas. Se debe procurar no lesionar las glándulas adyacentes pues pueden dar origen a nuevos mucocelos.

QUISTES DEL DESARROLLO

Proceden del epitelio de desarrollo o embrionario que, en forma de residuos, han quedado atrapados en diversas regiones de la boca, cara y cuello.

QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Esta lesión proviene de los restos epiteliales del conducto tirogloso que es una formación embrionaria que se extiende por la línea media desde el agujero ciego en la base de la lengua hasta el istmo del tiroides pasando a través del hueso hioides.

Se forman en la línea media de la parte anterior del cuello a lo largo del conducto tirogloso, presentándose con mayor frecuencia en la región infrahioides que en la suprahioides. Generalmente se presentan en personas jóvenes y no tienen predilección por el sexo.

Manifestaciones Clínicas.

Se descubre por la deformidad que presenta en la línea media del cuello, base de la lengua, región suprahioides, región infrahioides, cartílago o membrana tiroides y escotadura supraesternal.

Sus manifestaciones clínicas varían según la localización específica de la lesión.

Cuando se encuentra por debajo del hueso hioides, se presenta como una masa de superficie lisa, dura o blanda, muy móvil al deglutir y protruir la lengua lo que nos da una guía hacia el diagnóstico.

A veces, da lugar a un conducto fistuloso que se abre hacia la región anterior del cuello, que actúa como escape del contenido quístico, el cual deja contra de color pajizo -- que se reemplaza constantemente.

Cuando el quiste se encuentra en la región suprahioides, se presenta como una tumefacción que produce disfagia y -- accesos de ligera asfixia.

Histopatología.

39.
TESIS DONADA POR
D. C. B. UNAM

Su revestimiento epitelial es una capa de epitelio escamoso a epitelio columnar ciliado o alguna transición de ellos, dependiendo del lugar que ocupe a lo largo del conducto tirogloso. Dentro de la pared de tejido conectivo fibroso suele observarse tejido linfoide, glándulas mucosas e incluso tejido tiroideo aberrante.

Tratamiento.

Consiste en la extirpación quirúrgica del quiste para evitar recidivas. A veces es necesario seccionar el hueso hioides para eliminar las células epiteliales adheridas a él.

QUISTE DERMOIDE

Y

EPIDERMOIDE

Estos quistes se forman a partir de las células epiteliales atrapadas debajo de la superficie durante el cierre o fusión del primer y segundo arco branquial.

A nivel oral, su principal localización es el piso de la boca (por encima o por debajo del músculo milohioideo) y pueden extenderse hasta el ángulo de la mandíbula.

Son frecuentes en el recién nacido aunque se hacen notorios en una edad avanzada. No tienen predilección de sexo.

Manifestaciones Clínicas.

Varían según la profundidad de la lesión. Cuando son supramilohioideos, se observan como una tumoración bien delimitada, redonda, de superficie lisa, suave, de color rosado; su consistencia puede ser pastosa o fluctuante dependiendo de su contenido.

Con frecuencia pueden ser lo suficientemente grandes como para desplazar la lengua e interferir en la deglución, fonación y masticación. Sin embargo, no se desplazan con los movimientos de deglución y protusión lingual, lo cual puede ser útil en el diagnóstico diferencial con el quiste del conducto tiroglosos.

Si son inframilohioideos, la tumoración de superficie lisa, se ve por fuera de la boca, inmediatamente por debajo del mentón.

Histopatología.

Se observa una pared de tejido conectivo fibroso den-

so, revestido de epitelio escamoso estratificado, generalmente queratinizado.

En la luz del quiste dermoide se encuentra queratina y anexos cutáneos como glándulas sebáceas, folículos pilosos y glándulas sudoríparas; en cambio, el epidermoide carece de estos anexos cutáneos, siendo ésto la base del diagnóstico diferencial entre ambos quistes.

Tratamiento.

Consiste en la extirpación quirúrgica completa de la lesión. Si es supramilohioideo, la intervención será por vía - intraoral. La intervención será extraoral cuando la lesión se encuentre por debajo del músculo milohioideo.

QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL (LINFOEPITELIAL)

Es un quiste del desarrollo poco frecuente. Se desarrolla en la región lateral del cuello, cerca del ángulo de la mandíbula, por delante del músculo esternocleidomastoideo y en la región parotídea. También suele ocurrir, aunque con menor frecuencia, en el piso de la boca por debajo de la lengua, sin estar en la línea media.

Antiguamente se creía que procedía de los residuos epiteliales de los arcos branquiales embrionarios, pero investigaciones más recientes indican que este quiste deriva del epitelio de un conducto salival enclavado en los ganglios linfáticos de la región de los arcos branquiales.

Manifestaciones Clínicas.

Este quiste se caracteriza por un aumento de volumen de superficie lisa, blando y fluctuante a la palpación; algunas ocasiones puede ser bilateral. No suele estar adherido a las estructuras subyacentes o a la piel. A pesar de su volumen, no dificulta la fonación. Su mayor incidencia es en niños y adolescentes y no tienen predilección sexual.

Se encuentra asociado íntimamente con las fístulas branquiales, drenando (intraoral o extraoralmente) a través de ellas. Es interesante hacer notar que cuando el contenido quístico drena hacia el exterior, la fístula se observa por delante del tragus de la oreja.

Se diferencian de los quistes del conducto tirogloso en que éstos se localizan en la línea media.

Histopatología.

El revestimiento interno del quiste se encuentra for

mado por epitelio escamoso estratificado generalmente no queratinizado o por epitelio columnar, rodeado por tejido linfoide presente en la pared de tejido conectivo fibroso. Algunas ocasiones existe moderada infiltración inflamatoria.

Tratamiento.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica completa, tanto del quiste como de la fístula branquial para evitar recidivas, significando con ésto, una disección profunda de los tejidos del cuello.

TRATAMIENTO

El tratamiento para todos los casos es quirúrgico, utilizándose diferente técnica dependiendo del tipo, tamaño y localización de las lesiones quísticas.

ENUCLEACION (CON O SIN SUTURA)

Esta técnica se practica en quistes pequeños no mayores de 3 cm de diámetro y en ocasiones muy especiales se utilizará en quistes grandes. Presenta el inconveniente de que el coágulo puede infectarse y supurar.

Los tiempos operatorios de la enucleación son:

I. Incisión.- Debe hacerse con un bisturí perfectamente afilado para poder hacer el corte hasta el tejido óseo (sin lesionar la bolsa quística), bien uniforme y sin interferencias, facilitando de esta manera la cicatrización. Su extensión deberá ser mayor a los límites del proceso patológico.

II. Confección del colgajo.- Una vez realizada la incisión, se introduce entre el tejido óseo y la fibromucosa una legra o una espátula de bordes romos y, apoyando en el tejido óseo, con movimientos suaves de lateralidad, se va desprendiendo el colgajo del tejido óseo hasta alcanzar un área mayor a la del proceso patológico, para lograr un acceso fácil a la bolsa quística. En caso de que el hueso se encuentre destruido, se separará el colgajo hasta encontrar hueso sano y perfectamente sólido; en este caso resulta difícil separar la bolsa quística de la encía, pues se encuentran íntimamente unidas, siendo necesario realizar cuidadosamente la disección de ambas estructuras

Los requisitos básicos del colgajo son:

- 1.- Debe permitir una exposición adecuada del sitio por operar.
- 2.- Debe tener base ancha para asegurar una buena irrigación sanguínea a todos los elementos celulares.
- 3.- Ser bastante grande para que los tejidos blandos que rodean el sitio por operar no sean traumatizados durante la

intervención y que cuando se vuelva a colocar en su sitio los bordes se apoyen sobre una base amplia de tejido óseo sano.

El colgajo se sostiene con un separador o con erinas sostenidas por un ayudante.

III. Trepanación ósea.- Cuando el hueso es sano, se realiza la osteotomía con escoplos finos de media caña o martillos para hacer una ventana en la tabla externa, después con gubias se aumenta el tamaño de la apertura ósea cuya extensión debe ser mayor a la del proceso quístico.

IV. Enucleación de la bolsa quística.- Una vez lograda la ventana ósea, se tendrá que vaciar el contenido de la cápsula quística con el objeto de disminuir su volumen sobre todo cuando el quiste es grande; esta maniobra se realiza punzando la bolsa quística con una aguja de mediano calibre y succionando con una jeringa de vidrio. Una vez hecho lo anterior, se secciona la bolsa patológica y se termina de secar con gasa y aspirador para posteriormente extraer el quiste con cureta o pinza de Molt.

Después de realizada la extracción, se raspará la porción ósea periférica con el fin de eliminar todo resto que pudiera producir recidiva, se hace la hemostasis con gasas estériles, se pincela con agua oxigenada la cavidad y se aplicarán toques de cloruro de zinc al 10% en solución para eliminar todos los restos quísticos.

Si la intervención se realiza en la mandíbula, hay que tomar en cuenta la relación que tenga el quiste con el paquete vasculonervioso ya que habrá ocasiones que estén relacionados tan íntimamente que será necesaria una cuidadosa disección para separar estos dos elementos.

V. Tratamiento del diente causante.- Existen dos formas para eliminar el foco infectante:

1.- Realizar la extracción de la pieza dentaria inmediatamente después de la extirpación del quiste.

2.- Hacer el tratamiento de conductos antes de la enucleación del quiste, seguida de la apicectomía por medio de escoplo, martillo o fresa.

VI. Tratamiento de la cavidad ósea.- En este paso existe una variante dependiendo de si se va o no a suturar.

Cuando se va a practicar la sutura, se raspa la superficie de la cavidad con el fin de provocar hemorragia hasta llenar la cavidad de sangre. Se puede espolvorear con yodoformo o polvo de sulfamida para que se depositen en el interior y se mezclen con la sangre y faciliten la formación del coágulo. Actualmente se utilizan el Oxycel y el Gelfoam para el relleno de la cavidad.

Si no se va a practicar sutura, se realiza el taponamiento de la cavidad con un material extraño al organismo. Primeramente se lava la cavidad con suero fisiológico y agua oxigenada, se seca con gasa estéril, se dan toques en las paredes óseas con cloruro de zinc al 10% en solución, se introduce el labio superior del colgajo dentro de la cavidad (el labio inferior si es en la mandíbula), sobre él se rellena la cavidad con gasa yodoformada de bordes orillados con el objeto de que no queden hebras en la cavidad; con este relleno se evita la hemorragia y la infección, impidiendo la entrada de los microorganismos de la boca. La gasa se retira después de 24 ó 96 horas de acuerdo con el estado de conservación del material, reconocido por mal olor.

Se revisa al paciente a las 48 horas, si es necesario se cambia la gasa impregnada con agua oxigenada caliente para que se desprenda fácilmente y así evitar dolor y hemorragia; se retira la gasa (en trozo o en conjunto), se lava con suero fisiológico tibio y se pincela la pared con cloruro de zinc al 10%, se vuelve a obturar con gasa, se deja otras 48 horas y así sucesivamente durante 5 ó 6 sesiones hasta que la cavidad deje de sangrar.

Después de 20 ó 30 días, la cavidad estará completamente revestida de epitelio, efectuando lentamente el proceso de reducción.

VII. Sutura.- Se utiliza nylon o seda. Los puntos deben distar de 1/2 a 1 cm dejando entre éstos una mecha de gasa para que drene el hematoma; la gasa se retira a las 24 ó 48 horas y no se vuelve a colocar. Los puntos se retiran entre el sexto y octavo día.

VIII. Tratamiento postoperatorio.- El paciente deberá permanecer en cama por lo menos el día de la operación. En caso de dolor se administrará algún analgésico.

TECNICA DE PARTSCH

(MARSUPIALIZACION)

Está indicada en quistes muy grandes o medianos que puedan producir hemorragia severa, penetración al seno maxilar o fosas nasales, lesionar el nervio dentario inferior u ocasionar fracturas patológicas.

Los pasos operatorios de esta técnica son:

I. Incisión.- Será en sentido horizontal debiendo llegar hasta hueso, en un lugar equidistante del surco gingival y el borde libre de la encía.

II. Confección del colgajo.- Se hace con una legra pequeña o espátula roma, con movimientos suaves a expensas de la fibromucosa procurando no lesionar la pared quística. En caso de encontrar hueso destruido, se despega hasta encontrar tejido óseo sano.

III. Osteotomía.- Se realiza de acuerdo con el grosor del tejido óseo. Si el hueso es grande y duro se utilizan escoplos y fresas; si está parcialmente destruido con gubias y, si es delgado, con bisturí para hueso.

IV. Tratamiento de la bolsa quística.- Una vez lograda -- la ventana ósea se toma el quiste con una pinza de Kocker y con un bisturí se abre ampliamente para vaciar el contenido y lavar su interior con suero fisiológico. El propósito de establecer este conducto fistuloso es el de hacer que el quiste pierda presión interna y se colapse para facilitar su posterior eliminación.

Se rellena con gasa yodoformada o alginato y, la pared quística se sutura con el colgajo quedando una comunicación permanente. El material de relleno debe ser renovado cada 24 horas aunque la frecuencia de renovación del material

de relleno estará dada por las condiciones que éste presente, teniendo en cuenta que cada cambio requiere de un lavado es-
crupuloso de la cavidad quística con suero fisiológico, se se-
ca y se vuelve a taponar cada vez con menor cantidad de mate-
rial de relleno.

V. Tratamiento del diente causante.- Son dos los caminos a seguir:

1.- Tratamiento de conductos y apicectomía.

2.- Extracción.

VI. Tratamiento postoperatorio.- Consiste en los cambios de material de relleno y lavados de la cavidad quística durante 20 ó 30 días, tiempo suficiente para que disminuye el tamaño de la bolsa quística y realizar su enucleación completa posteriormente.

En cuanto al cuidado del paciente, las indicaciones son las mismas que en la técnica anterior.

BIBLIOGRAFIA

1. Tratado de Histología
Arthur W. Ham
Editorial Interamericana
2. Fisiopatología Bucal
Richard W. Tiecke
Orion H. Stutteville
Joseph C. Calandra
Editorial Interamericana
3. Patología Oral
Kurt H. Thoma
Salvat Editores
4. Diagnóstico en Patología Oral
Edward V. Zegarelli
Salvat Editores
5. Embriología Humana
Bradley M. Patten
Editorial "El Ateneo"
6. Cirugía Bucal
William Hary Archer
Editorial Mundi

CONCLUSIONES

De todo lo expuesto anteriormente, se desprende la gran importancia que tienen este tipo de lesiones, ya que podrían presentarse durante la práctica diaria en nuestro consultorio dental y crear una serie de problemas de difícil solución.

Es por ello que todos los compañeros estudiantes y Cirujanos Dentistas Profesionales debemos sentirnos motivados por ampliar nuestros conocimientos con respecto a los quistes de la cavidad bucal, pues constituyen una amenaza latente para la salud y longevidad del paciente, ya que constantemente presentan recidivas por no eliminarlos completamente y algunos de ellos pueden convertirse en tumores malignos (Ameloblastomas) como es el caso de los Quistes Dontogénicos.

Por todo ésto, es a nosotros a quienes corresponde saber diagnosticarlos a tiempo y efectuar el tratamiento indicado para cada caso en particular.