Ej. 1001

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES

T E S I S

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

GUSTAVO VALLE TOVAR

MEXICO, D. F. 1980

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

I N D I C E

PAG

I.- INTRODUCCION 2

II.- GENERALIDADES 5

III.- CLASIFICACION 9

IV.- DIAGNOSTICO DE LA LESION QUISTICA 13

A) Historia Clínica 13

B) Exploración Quirúrgica 16

C) Exámenes de Laboratorio 19

D) Diagnóstico radiográfico 26

V.- QUISTES ODONTOGENICOS 29

A) QUISTES FOLICULARES 30

1.- Quiste primordial 31

2.- Quiste dentígero 33

3.- Quiste multilocular 37

B) QUISTES PERIODONTALES 40

1.- Quiste radicular 41

2.- Quiste residual 47

3.- Quiste lateral 49

4.- Quiste gingival 51

PAG.

VI.- QUISTES NO ODONTOGENICOS 55

A) QUISTES FISURALES 56

1.- Quistes mediales 57

2.- Quiste globulomaxilar 60

3.- Quiste nasoalveolar 62

4.- Quiste nasopalatino 64

B) QUISTES DE RETENCION..... 69

1.- Rânula 70

2.- Mucocele 72

C) QUISTES OSEOS O SEUDOQUISTES 75

1.- Quiste óseo traumático 76

2.- Quiste óseo aneurismático 79

3.- Quiste óseo estático 82

D) QUISTES DISONTOGENICOS 85

1.- Quistes dermoide y epidermoide 86

2.- Quiste de la hendidura branquial 90

3.- Higroma quístico..... 92

4.- Quiste del conducto tirogloso 94

VII.- TRATAMIENTO 99

A) Preoperatorio 100

B) Anestesia 102

C) Técnicas Quirúrgicas 104

D) Postoperatorio 118

E) Pronóstico 121

PAG.

VIII.- CONCLUSIONES 123

IX.- BIBLIOGRAFIA 127

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

El término tumor se refiere a cualquier agranda--- miento de tejido localizado o cualquier crecimiento, ya sea- la enfermedad de naturaleza inflamatoria, noplásica o quísti ca que son los tumores de los que nos ocuparemos en la pre-- sente.

La detección, el diagnóstico y el tratamiento de - los diferentes tumores maxilofaciales incluyendo por supues- to los quistes constituyen un capítulo muy importante dentro del estudio de la cirugía oral y si bien el odontólogo de -- práctica general no está preparado para asumir el tratamien- to de toda la variedad de tumores existentes, sí debe de es- tar capacitado para su detección y diagnóstico.

En ocasiones es muy difícil diagnosticar con exac- titud un quiste y por eso es menester no descuidar ningún de talle en la elaboración de la historía clínica, estudio his- tológico, exploración clínica y estudio radiográfico.

Cada variedad de quiste será estudiado en forma in

dividual destacando en cada uno de ellos su etiología, mani-- festaciones clínicas, caracteres radiográficos, anatomía mi-- croscópica, relación con entidades anatómicas vecinas, diag-- nóstico, tratamiento y pronóstico.

En virtud de que el único tratamiento efectivo es - el tratamiento quirúrgico se presentarán las técnicas quirúr- gicas empleadas, de una manera sencilla y práctica sin tratar de aportar nada nuevo sino únicamente con el fin de que estas técnicas sean fácilmente comprensibles y puedan ser utiliza-- das en la práctica diaria.

El odontólogo de práctica general debe de estar en- contacto con cirujanos de cabeza y cuello para poder encauzar al paciente en el caso de quistes en los que el tratamiento - sea de difícil solución.

II.- G E N E R A L I D A D E S.

II.- G E N E R A L I D A D E S

El término quiste, es usado de acuerdo a la definición dada por la "American Academy of Oral Patology" que lo - define como una cavidad o espacio anormal (en tejidos blandos o duros de la boca) que contiene una sustancia líquida o semi líquida que está limitada por un epitelio y encerrada en una- cápsula de tejido conjuntivo.

Hay también otras enfermedades que se parecen a los quistes y que satisfacen algunas, pero no todas, las características citadas y son las llamadas enfermedades seudoquísticas.

Dentro de los maxilares, el quiste puede tener su - origen en el epitelio odontogénico, es decir, los restos de - la lámina dental o los órganos del esmalte de los dientes. -- Cuando hay proliferación y degeneración quística de este epitelio aparecen los llamados quistes odontogénicos.

Los quistes no odontogénicos se originan a partir - de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos -

primitivos que participan en la formación embrionaria de la - cara y maxilares.

Los distintos tipos de quistes tienen un comporta-- miento clínico muy parecido, crecen progresivamente ya sea -- lenta o rápidamente, nunca crecen invadiendo los tejidos circundantes, pero sí crecen rechazándolos debido a la presión - que ejerce su contenido o líquido intraquístico.

Generalmente estás lesiones son asintomáticas sin - presentar manifestaciones clínicas a no ser que se infecten - o se ulceren o que la lesión haya alcanzado un tamaño demasiado grande , porque en este caso puede el quiste ejercer una - estimulación en el periostio por lo cual éste deposita hueso- nuevo; clínicamente esto se presenta en forma de una promi -- nencia indolora y dura. Si el quiste sigue aumentando de tamaño el hueso subyacente se adelgaza y se hunde produciéndose - el signo llamado "crepitación quística", que consiste en un - chasquido como de cáscara de huevo a la palpación de la zona- afectada, llegando incluso a desaparecer esta cáscara ósea -- quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal, - pudiendo fistulizarse y descargar su contenido dentro de la - boca y dar origen a una infección secundaria.

Cuando es muy grande la lesión, en ocasiones se presenta una marcada asimetría y malformación facial. En su estado primario el hallazgo es generalmente casual al explorar ra

diográficamente la zona en algún examen habitual.

La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado, no se encuentra alterada, incluso aún cuando la lesión sea grande y su soporte óseo se haya perdido en gran parte, pero, sin embargo puede existir una pérdida temporal de la respuesta vital en los dientes cercanos a un quiste infectado.

III.- C L A S I F I C A C I O N.

III.- C L A S I F I C A C I O N

La clasificación de los quistes es útil porque nos- ayuda a comprender y a diferenciar los distintos tipos de --- quistes.

Sin embargo, aunque en la boca y en los maxilares - hay pocos tipos específicos de quistes siempre ha habido nume rosas corrientes para denominarlos y clasificarlos.

En la actualidad hay un gran número de clasificacio nes de acuerdo a los diversos criterios como son: origen, lo- calización, etiología, aspecto clínico, etc.

Una de las clasificaciones más apropiadas y más usa das para fines didácticos; es la que sugieen Irving Meyer y - Geral Scklar que se basan, en primer lugar en el origen del - componente epitelial y en segundo en la localización específi ca del quiste, en su etiología y en su contenido.

I.- QUISTES ODONTOGENICOS.

A) Quistes foliculares.

1.- Primordial.

2.- Dentígero.

3.- Multilocular.

B) Quistes periodontales.

1.- Radicular.

2.- Residual.

3.- Lateral.

4.- Gingival.

II.- QUISTES NO ODONTOGENICOS.

A) Quistes fisulares.

1.- Mediales.

2.- Globulomaxilar.

3.- Nasoalveolar.

4.- Nasopalatino.

B) Quistes de retención.

1.- Ránula.

2.- Mucocele.

C) Quistes óseos o seudoquistes.

1.- Oseo traumático.

2.- Oseo aneurismático.

3.- Oseo estático.

D) Quistes disontogénicos.

1.- Dermoide.

2.- Epidermoide.

3.- De la hendidura branquial.

4.- Higroma quístico.

5.- Del conducto tirogloso.

IV.- DIAGNOSTICO DE LA LESION QUISTICA.

IV.- DIAGNOSTICO DE LA LESION QUISTICA

A) HISTORIA CLINICA.

Historia clínica es la narración de los aconteci--- mientos relativos al estado de salud de una persona.

La manera de elaborarse consta de tres puntos:

a) Ficha clínica.- En esta parte deben mencionarse: nombre del paciente, sexo, edad, raza, estado civil, ocupa--- ción, lugar de nacimiento, dirección y número telefónico.

b) Interrogatorio.

1.- Motivo de la consulta, descripción breve, -- preferentemente con las propias palabras del paciente.

2.- Enfermedad actual. Se hará la descripción en orden cronológico de cada síntoma relacionado con la enfermedad actual. Cada síntoma deberá ser descrito en cuanto a tiempo y modo de comienzo, duración e intensidad. Se deberá interrogar al paciente de la relación que guardan los síntomas -- con alimentos, trabajos, esfuerzo muscular, exitación, inges-

tión de medicamentos u otros factores.

c) Antecedentes personales patológicos.

1.- Enfermedades desde la infancia en orden cronológico.

2.- Lesiones.

3.- Operaciones y hospitalizaciones.

4.- En mujeres, número de gestaciones y abortos.

5.- Alergias e hipersensibilidad a medicamentos.

d) Antecedentes personales no patológicos.

1.- Estado matrimonial, duración, salud del cónyuge, compatibilidad, número de hijos y edad de los mismos.

2.- Hábitos.- Alcohol, tabaco, sedantes y otros medicamentos (uso y cantidad).

3.- Antecedentes sociales.- Se describen las condiciones sociales como habitación, educación, puesto que ocupa en la sociedad, ingresos.

4.- Ocupación y medio.- Trabajo actual y anteriores, exposición y peligros dentro del mismo.

e) Antecedentes familiares.- Padre, madre, hermanos, edad y estado de salud o edad al morir, diabetes, hipertensión, tuberculosis, enfermedades mentales, enfermedades nerviosas, cáncer, asma, alergias, cardiopatías, sífilis, etc.

f) Exploración física.

EXPLORACION EXTRABUCAL.

1.- Signos vitales: temperatura, pulso, respiración, presión arterial.

2.- Inspección general: peso, talla, edad aparente, estado nutricional, postura, gravedad y carácter agudo de la enfermedad, estado emocional.

3.- Inspección de cabeza, cara y cuello.- Expresión facial, cicatrices, color de la piel, asimetría facial,- hipertrofias, inspección de glándulas salivales y ganglios -- linfáticos, movimientos funcionales de la mandíbula y de ---- las articulaciones temporomandibulares, presencia de tumefacciones, hipertrofias y dolor en la zona de las articulaciones.

EXPLORACION ENDOBUCAL.

La exploración de la boca se realiza en forma ordenada y comprenderá un examen detallado de cada tejido y estructura.

1.- Labios: forma, contorno, color y configura-- ción, lesiones.

2.- Mucosa bucal: contorno, color, orificios de- las glándulas salivales, presencia de lesiones en la mucosa - bucal.

3.- Paladar: color, configuración, presencia de- lesiones.

4.- Lengua: tamaño, color, textura, configura--- ción, lesiones.

5.- Encías: color, forma, configuración, presencia de hipertrofia, retracciones y lesiones.

6.- Dientes: caries, piezas faltantes, aparatos protéticos u ortodónticos.

7.- Oclusión: análisis del cierre de la boca, tanto en reposo como en posición funcional.

B.- EXPLORACION QUIRURGICA.

Es posible lograr información diagnóstica por aspiración, incisión, excisión y examen microscópico y macroscópico de la muestra.

ASPIRACION.

Este término se refiere a la extracción de líquido con jeringa de una cavidad corporal con fines diagnósticos.

En presencia de una lesión palpable en el interior de un tejido blando, que da la impresión de estar llena de líquido, o de una lesión radiolúcida intraósea se situará la aguja en la cavidad sospechosa y al practicar aspiración el líquido fluirá a la jeringa.

La aspiración con jeringa del contenido líquido de un quiste poseé importancia considerable en el diagnóstico. El aspecto del líquido varía desde una solución acuosa o pajiza a una mezcla teñida de sangre.

El quiste nasoalveolar en la estructura del labio - superior por debajo del ala de la nariz podría producir un - líquido claro, un gran mucocele daría origen a un material mucoide claro. La cavidad intraósea que revela más a menudo la- presencia de líquido quístico es el quiste periapical y des-- pués el dentígero, de los cuales puede obtenerse un líquido - claro, pajizo o teñido de sangre.

En el caso de obtener pus, es evidente la presencia de un absceso ya sea primario o secundario a la infección de- un quiste.

Cuando se aspira sangre, eventualidad rara, quiza - la lesión corresponda a un quiste hemorrágico traumático del- hueso, a un hemangioma central o a un quiste óseo aneurismático.

El hecho de no tener nada por este medio puede indicar que el cirujano no ha localizado la cavidad central o que el contenido de la misma sea semisólido, por ejemplo el material caseoso que se aprecia en los quistes de desarrollo; o - que la lesión radiolúcida dependa de proliferación del tejido blando. Ejem. un granuloma.

BIOPSIA.

La biopsia consiste en la obtención casi siempre -- por medios quirúrgicos de tejidos vivos para examen microscó-

pico. Dada la facilidad con la cual se extirpan pequeñas muestras de tejidos de la cavidad bucal, constituye la biopsia -- uno de los métodos más fidedignos y frecuentemente usados por el dentista.

Para el diagnóstico de una lesión quística se emplean dos tipos de biopsia: biopsia incisional y biopsia excisional.

La biopsia incisional se refiere a la extirpación - de un pequeño fragmento de la lesión, casi siempre una muestra cuneiforme o elíptica.

La biopsia excisional consiste en la extirpación -- completa. Todas las lesiones pequeñas y algunas grandes que - pueden extraerse sin cirugía extensiva deben extirparse en su totalidad.

La manipulación adecuada de la muestra extraída para examen histológico facilitará notablemente la preparación- de los cortes histológicos y la interpretación por parte del- patólogo.

Para conservar los detalles histológicos es necesaria la fijación química del tejido valiéndose del fijador más frecuentemente usado: formol al 10%. En caso de no disponer - formol puede lograrse una fijación satisfactoria con alcohol-

etílico o con algún licor que contenga alcohol.

El odontólogo debe de enviar al laboratorio junto con la muestra una historia clínica y la descripción de la lesión que procede examinar.

El informe escrito de biopsia remitido al dentista consta de una descripción del aspecto microscópico de la muestra sometida a exámen y del diagnóstico microscópico basado en parte en la descripción de la lesión y en la historia clínica.

C) EXAMENES DE LABORATORIO.

Los exámenes de laboratorio son una ayuda para el diagnóstico y para la planeación del tratamiento y la prevención de sus posibles complicaciones.

Los análisis que más se utilizan en odontología, por no decir los únicos, son análisis de orina y sangre.

El análisis de orina nos proporciona información valiosa sobre enfermedades renales y extrarrenales.

El color puede cambiar a marrón obscuro debido a la bilirrubinuria o de rojo a marrón debido a la presencia de sangre (hematuria), hemoglobina (hemoglobinuria) o porfirinas (porfirias). La orina puede ser turbia debido a la presencia de leucocitos (cistitis, pielonefritis), moco o materiales

amorfos.

La densidad de la orina depende del equilibrio hí-- drico total y de la cantidad de solutos eliminados por el riñon.

La presencia de proteína en la orina se observa en- la insuficiencia renal y la insuficiencia cardiaca congestiva.

La glucosa en la orina indica generalmente eleva--- ción de la concentración de la glucosa hemática (diabetes mellitus).

La acetona se halla en la orina de la diabetes in-- controlada (cetoacidosis) y en casos de inanición.

El ácido diacético en la orina indica una acetosis- diabética más grave.

La bilis se presenta en la orina en la ictericia biliar extrahepática, en la insuficiencia hepática grave y en - la obstrucción biliar intrahepática.

El urobilinógeno aparece en la orina en cantidades- apreciables en la insuficiencia hepatocelular.

La exploración microscópica del sedimento urinario-

A N A L I S I S D E L A O R I N A .

DETERMINACION	VALOR NORMAL.
Acetona	0
Proteína de Bence Jones	0
Bilis	0
Calcio	150 mg. o menos por 24 horas.
Acido diacético	0
Glucosa	0
17-Hidroxicorticosteroides	
Hombres	2-6 mg/24 horas
Mujeres	3-10 mg/24 horas
17-Cetosteroides	
Hombres	7-20 mg/24 horas
Mujeres	5-15 mg/24 horas
Proteínas	0-30 mg/24 horas
Riboflavina (vitamina B2)	0.5-0.8 mg/24 horas
Densidad	1.005-1.030
Tiamina (vitamina B1)	50-500 mg/24 horas
Urobilinógeno	1 mg/24 horas

puede mostrar hematíes (hematuria) a causa de nefritis calcular, infección, tuberculosis o tumores malignos; leucocitos - (piuria) debido a infección de las vías genitourinarias; células epiteliales (pielonefritis); cilindros hialinos, granulosos, céreos o celulares (diversos tipos de enfermedades renales); y cristales: normales (uratos, fosfatos, oxalatos) y -- anormales (colesterol, tirosina, leucina, cistina).

La sangre total se analiza para determinar su contenido en hemoglobina. En el hombre el porcentaje normal es de 14 a 17 gr./ml y en la mujer de 12.5 a 15.5 gr/ml.

El hematócrito revela el porcentaje en volumen de - los hematíes sobre los leucocitos: de 40 a 50% en el hombre y de 35 a 47% en la mujer.

El recuento de hematíes da el número de glóbulos -- rojos por milímetro cúbico de sangre total y va de 4.5 a 5.5 millones por milímetro cúbico en el hombre y de 4 a 5 millones por milímetro cúbico en la mujer.

El recuento de leucocitos da el número de glóbulos- blancos en la sangre y lo normal es de 5 mil a 10 mil por milímetro cúbico.

La fórmula leucocitaria identifica los diversos ti-

A N A L I S I S D E S A N G R E

DETERMINACION	VALOR NORMAL
Hormona adrenocorticotropa (ACTH)	0.15-9.38 uug/cm3
Acido ascórbico	0.4-1.5 mg %
Tiempo de sangría	1-3 minutos
Constantes celulares: volumen corpuscular medio (MCV)	80-90 u3
Hemoglobina corpuscular media --- (MCH)	27-32 uug
Tiempo de coagulación	menos de 15 minutos
Fórmula leucocitaria	
Neutrófilos	55-70%
Eosinófilos	0-4%
Basófilos	0-1%
Linfocitos	25-40%
Monocitos	0-8%
Glucosa (en ayunas)	80-120 mg%
Hematócrito	
Hombres	40-50%
Mujeres	37-47%
Contenido en hemoglobina	
Hombres	14-17.5 g%
Mujeres	12.5-15.5 g%
Número de plaquetas	200.000-400.000/mm3
Tiempo de protombina	12-15 segundos

Número de hematíes	
Hombres	4.5-5.5 X 10^6/mm3
Mujeres	4.5 X 10^6/mmm3
Número de reticulocitos	0.5-1.5 %
Velocidad de sedimentación globular	0-20 mm/1 hora
Volumen sanguíneo	8.5-9 % del peso -- del cuerpo en kilogramos
Número de leucocitos	5.000-10.000/mm3

pos de células y al mismo tiempo permite la valoración del estado de maduración de las células.

Los valores se expresan en tanto por ciento al número total de leucocitos.

Neutrófilos en banda 1-5%

Neutrófilos segmentados 50 - 65%

Eosinófilos 0 - 4%

Basófilos 0 - 1%

Linfocitos 25 - 40%

Monocitos 0 - 8%

El recuento de plaquetas indica el número de trombocitos circulantes siendo la cifra normal de 200 mil a 400 mil por milímetro cúbico.

El tiempo de sangría y el tiempo de coagulación indican el estado del mecanismo de la coagulación: tiempo de sangría normal menos de 3 minutos; tiempo de coagulación normal menos de 15 minutos.

El tiempo de protombina es una medida de la disponibilidad de protombina para la coagulación sanguínea: lo normal es de 12 a 15 segundos.

La cantidad de glucosa en la sangre total debe de -

ser de: 80-120 mg/cm3 pudiendo variar un poco dependiendo de la técnica empleada. La concentración de la glucosa sanguínea está controlada por la insulina secretada por el páncreas. La concentración sanguínea de glucosa se eleva en la diabetes mellitus y disminuye después de la administración de insulina.

D) DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Para realizar este diagnóstico se deberá tomar una serie de radiografías periapicales, oclusales, panorámicas, etc.

Estas radiografías nos proporcionarán localización, tamaño, relación con las entidades anatómicas vecinas, un probable diagnóstico, estado de los dientes involucrados con el proceso patológico, y de los dientes en general, presencia de otras patologías.

Es muy importante darnos cuenta de que todos los tipos de quistes que se desarrollan en los maxilares tienen algunas características radiográficas comunes, aunque cada uno de ellos tienen características específicas que se describirán más adelante.

Los quistes se caracterizan porque son radiotransparentes, siendo esta radiotransparencia homogénea; casi siempre los contornos del quiste son agudos bien definidos y curvados, pudiendo ser de forma ovoide, elíptica, circular o lo

bulado.

No todas las radiotransparencias bien definidas y curvadas son quistes, ya que otros procesos patológicos (ameloblastomas, fibroma ameloblástico, hemangioma, etc.) pueden producir imágenes radiográficas iguales.

Existen estructuras anatómicas normales que pueden ser confundidas con quistes sobre todo si presentan variaciones en cuanto a su posición o formación y será necesario tomar varias vistas radiográficas para establecer un diagnóstico diferencial, se tomarán un mínimo de dos vistas endobucales formando un ángulo recto entre sí, y en caso de ser necesario, se tomarán otras vistas, por ejemplo: craneales laterales, occípitomentales; también se puede emplear un medio de contraste para establecer el diagnóstico diferencial.

Cuando el quiste se localiza entre los dientes puede presentarse un desplazamiento de los mismos de su posición normal y también puede haber desplazamiento del conducto dentario inferior o del piso de los senos maxilares por una zona radiotransparente.

V.- QUISTES ODONTOGENICOS

V.- Q U I S T E S O D O N T O G E N I C O S

Son aquellos quistes que derivan del epitelio aso-- ciado con la formación del aparato dentario.

Estos quistes se dividen en dos grupos que son:

a) Quistes foliculares.

b) Quistes periodontales.

A) QUISTES FOLICULARES

Se desarrollan a partir de los restos de la lámina-dentaria o también del germen dentario que en vez de originar un diente origina un quiste o bien que forma la parte coronaria del diente y el resto del epitelio degenera en quiste. Algunos autores consideran a este tipo de quistes como quistes-neoplásicos ya que sus componentes pueden llegar a malignizarse llegando a desarrollar un ameloblastoma.

Dentro de este grupo tenemos tres variedades de --- quistes que son:

1) Quiste primordial.

2) Quiste dentígero.

3) Quiste multilocular.

1.- QUISTE PRIMORDIAL

Se llama así porque es un quiste derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales.

La degeneración del retículo estrellado es por licuefacción quística antes de la formación de la dentina y del esmalte y da lugar a una cavidad quística limitada por el epitelio interior y exterior del esmalte sufriendo un cambio y convirtiéndolo en epitelio escamoso estratificado.

Se presenta en ambos sexos en adultos jóvenes; generalmente se encuentra localizado en la zona del tercer molar de la mandíbula; es raro que se encuentre en otro lugar, pero se ha llegado a encontrar en el maxilar y en las zonas de otros dientes. A veces el quiste es más posterior al tercer molar existente y se piensa que procede del epitelio primordial de un cuarto molar abortado.

Estos quistes pueden estar originados por un germen dentario supernumerario y encontrar un número normal de dientes en la cavidad oral y ocasionalmente por un diente tempo-

ral no exfoliado.

Clínicamente cuando el quiste es de un tamaño pequeño pueden faltar todos los síntomas clínicos, pero cuando son de mayor tamaño o se localizan más periféricamente se pueden observar como una protuberancia ósea de color rosado y superficie lisa y en otras ocasiones se observan como una protuberancia más grande de color azulado o rojo pálido pudiendo presentarse crepitación quística a la palpación de la zona afectada. En ocasiones se puede encontrar un conducto fistuloso en el centro de la tumoración que drena un exudado seropurulento o serosanguíneo.

Estos quistes generalmente se descubren en algún examen radiográfico habitual, pero para llegar a un diagnóstico preciso, es necesario un estudio histológico, ya que las características radiográficas de este quiste pueden ser confundidas con otras lesiones.

Radiográficamente se presenta como una zona radiotransparente única, redonda, ovalada o elíptica de bordes bien delimitados y envuelto por una zona hiperostótica. Los quistes primordiales de gran tamaño pueden provocar la expansión de la cortical y desplazamiento de los dientes.

Histológicamente la pared del quiste es tejido fibroso recubierto por una delgada capa de epitelio escamoso es

tratificado; en ocasiones una capa muy delgada de ortoquerati na o paraqueratina cubre el epitelio.

El líquido quístico contiene principalmente linfocitos, plasmocitos, leucocitos polimorfonucleares o células inflamatorias crónicas.

Cuando hay epitelio en la pared quística de tejido-conjuntivo, estos quistes son fuentes potenciales de amelo--- blastomas.

Su tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del quiste eliminándose completamente toda la pared quística para no dejar restos que puedan contener elementos amelo-- blastomatosos.

2.- QUISTE DENTIGERO

Estos quistes se caracterizan por estar constitui-- dos por un bolsa conjuntivoepitelial en cuyo interior se en-- cuentra la corona de un diente el cual se encuentra retenido.

Probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por-completo la corona; hay acumulación de líquido entre este epitelio y la corona del diente. No obstante, este quiste puede-derivar de la degeneración quística de los restos de la lámi-

na dental.

Los quistes dentígeros suelen ser solitarios, Bhaskar sostiene que los quistes dentígeros son más comunes en la mujer que en el hombre. Se presentan en un setenta por ciento en la mandíbula y en un treinta por ciento en el maxilar superior. Se presentan principalmente en niños y jóvenes pero se han llegado a presentar en adultos e incluso en pacientes seniles.

Los dientes portadores del quiste son principalmente en orden decreciente: tercer molar inferior, canino superior, canino inferior, tercer molar superior, dientes supernumerarios superiores, primer molar inferior y siendo menos frecuentes en todos los demás dientes.

Estos quistes presentan dos períodos: uno intramaxilar y otro de exteriorización. Evolucionan lentamente, se desarrollan hacia la tabla externa en el maxilar superior a excepción de los correspondientes al canino, cuya evolución la hace hacia palatino. En la mandíbula el crecimiento del quiste se hace casi siempre a expensas de las dos tablas.

El tercer molar inferior origina quistes que generalmente se desarrollan hacia la rama ascendente rechazando la tabla externa por debajo del músculo masetero y llegando en algunas ocasiones hasta el cóndilo y apófisis coronoides.

El tamaño de las lesiones es en extremo variable -- existiendo desde los muy pequeños hasta los muy grandes.

Clínicamente estos quistes se manifiestan sobre los dientes vecinos produciendo desviaciones en abanico de los -- mismos. En ocasiones provocan rarefacciones del cemento y mortificaciones pulpares. Estos quistes pueden llegar a infectarse.

En el período intramaxilar por lo regular no se presentan síntomas. En ocasiones pueden presentarse síntomas dolorosos de la misma intensidad que los producidos por los --- dientes retenidos.

Cuando el quiste es muy grande hay asimetría facial, en algunos casos exoftalmia, dificultad a la fonación y deglución, la bóveda palatina desciende, a la palpación se aprecia crepitación quística.

Si el quiste se infecta hay dolor intenso irradia-- do, malestar general, fiebre, disnea, halítosis, pulso elevado; hay presencia de fístulas intraorales o extraorales de -- las cuales drena un exudado purulento de olor fétido.

Radiográficamente se presenta como una zona radio-- transparente solitaria de límites bien definidos delimitado - por una zona hiperostótica. Dentro de esta zona radiotranspa-

rente se localiza la corona de un diente retenido.

Se considera normalmente que es necesaria una anchura del espacio coronal mínima de 2.5 mm como requisito mínimo para el diagnóstico de un quiste dentígero, ya que puede confundirse con un saco folicular agrandado.

Histológicamente es muy variable su aspecto, pero por lo general, este quiste está compuesto por una delgada pared de tejido conjuntivo tapizado por epitelio escamoso estratificado, que es continuo con el epitelio reducido del esmalte que cubre la corona. La infección secundaria es muy común.

Algunos de estos quistes presentan una delgada capa de queratina adyacente a la luz.

La cápsula está compuesta generalmente de tejido conjuntivo colágeno, bastante denso, en el cual puede haber células inflmatorias, colesterol y células gigantes de cuerpos extraños.

El líquido quístico contiene seroalbúmina, agua, células en diferentes estados de degeneración y leucocitos.

El revestimiento epitelial de los quistes dentígeros tiene potencial de desarrollar neoplasias como ameloblastomas.

El tratamiento consiste en la extirpación del quiste por medios quirúrgicos y en la extracción del diente retenido.

3.- QUISTE MULTILOCULAR

Se localiza principalmente al igual que el quiste primordial, en la zona del tercer molar inferior, se trata de lesiones poliquísticas. Este tipo de quiste, generalmente es de gran tamaño, de varios centímetros de diámetro y frecuentemente se extiende en el interior de la rama ascendente de la mandíbula o incluso más adelante por abajo de las raíces de los molares vecinos desplazándolos de su posición normal. Muchas veces se presenta adelgazamiento y asimetría de la corteza y agrandamiento y deformación de la mandíbula.

Se creé que se origina de varios gérmenes dentarios que degeneran simultáneamente o de la lámina dentaria que forma folículos adyacentes convirtiéndose cada uno de éstos en una entidad quística separada. En ocasiones un quiste unilocular degenera sus paredes formando quistes murales convirtiéndose en multilocular, pero, al extirparlo, se comprueba que en realidad se trata de un solo quiste.

Clínicamente se presenta como un agrandamiento óseo de la zona afectada, de superficie lisa; es de color azulado o rojo pálido y en ocasiones se presenta crepitación quística

al palparse con el dedo. Si el quiste es de un tamaño muy --- grande se presentará tumefacción del maxilar y de la cara.

Radiográficamente se presenta como dos o más zonas- radiotransparentes bien delimitadas y separadas por tabiques- óseos muy estrechos dando un aspecto de pompas de jabón pu--- diendo haber migración de las raíces de los dientes contiguos y adelgazamiento de la cortical.

Histológicamente la cavidad quística contiene en su interior una substancia serosa y serosanguínea y cuando se ha presentado una infección secundaria existe un líquido seropu- rulento.

La pared quística está constituida por tejido fibro so recubierto por una capa de epitelio escamoso estratificado, como en los demás quistes foliculares, a veces se encuentra - una capa de queratina por encima del epitelio.

También es muy importante determinar si hay o no -- epitelio en la pared de tejido conjuntivo, porque cuando lo - hay, se ha comprobado que se transforma en neoplasias de pe-- queño o moderado tamaño.

Tratamiento.- El tratamiento de elección será la -- enucleación quirúrgica del quiste poniendo especial atención- en eliminar completamente la pared quística para evitar dejar

restos celulares que puedan transformarse en neoplasias.

TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

B) QUISTES PERIODONTALES

Se originan a partir de la proliferación de los restos epiteliales de Malassez que se encuentran normalmente presentes en el ligamento periodontal. Dentro de estos quistes - el quiste radicular es el único que se acompaña de mortificación pulpar ya que ésta es la principal causa de la formación del mismo. En los demás quistes periodontales las pruebas de vitalidad pulpar resultan positivas.

Estos quistes se clasifican en:

1.- Quiste radicular.

2.- Quiste residual.

3.- Quiste lateral.

4.- Quiste gingival.

1.- QUISTE RADICULAR

A este quiste se le conoce también con los nombres de: quiste infeccioso, quiste periapical, quiste perídental, quiste del final de la raíz, quiste apical, quiste apendicular, quiste alveolodentario, quiste odontopático, quiste perióstico y granuloma quístico.

El quiste radicular es un tumor inflamatorio de marcha crónica con asiento en cualquiera de los dos maxilares formado por una bolsa conjuntivoepitelial de contenido líquido o semilíquido y originado por un granuloma, complicación de una caries de cuarto grado o de un diente mortificado sin caries.

Entre los factores capaces de producir muerte pulpar tenemos traumatismos, maloclusiones, irritantes químicos, iatrogénesis y aparatos protéticos y ortodónticos defectuosos.

El quiste radicular constituye sin duda la enfermedad quística más frecuente de las que afectan la mandíbula y-

el maxilar.

Como ya se mencionó tienen un origen inflamatorio.- Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa dental a la zona del periápice del diente se origina una masa de tejido inflamatorio crónico conocido con el nombre de granuloma - apical, proliferando extensamente dentro de éste restos epiteliales de Malassez que están normalmente presentes en el ligamento periodontal. Estos restos proliferan irregularmente aumentando progresivamente de tamaño la masa epitelial por división celular periférica y correspondiendo a la capa bucal de un epitelio superficial, quedando la parte central alejada cada vez más de los capilares y el líquido intercelular del tejido conjuntivo que son sus fuentes nutritivas, y al no nu--- trirse esta células se necrosan, se degeneran y licuan, y en- este momento se forma una cavidad quística tapizada de epitelio y conteniendo líquido en su interior. La presión que ejerce este líquido sobre las paredes de la cavidad origina que - el quiste crezca.

Este quiste presenta una pequeña predisposición por el sexo femenino, probablemente debido a que este sexo tiene- una mayor predisposición por las caries dentales. Se presen-- tan a cualquier edad, pero la edad adulta de los 20 a los 50- años de edad es la época preferente para la aparición de es-- tos quistes.

Los quistes radiculares son tumores que se desarrollan en ambos maxilares, pero se presentan con muchísima más frecuencia en el maxilar superior que en la mandíbula. Ries - Centeno da una proporción del 85% para el maxilar superior y 15% para la mandíbula. Las probables causas de que se desarrollen más en el maxilar superior son:

1.- El maxilar superior tiene un número mayor de -- raíces implantadas que la mandíbula.

2.- La relativa inmunidad de los incisivos inferiores a las caries dentarias y a sus complicaciones infecciosas.

3.- En el maxilar superior están presentes cavidades anatómicas tales como las fosas nasales y - el seno maxilar, que son campos propicios para la invasión de estos procesos.

4.- El relativo número de terceros molares inferiores que o están retenidos o no existen o son extraídos prematuramente.

Como es una lesión crónica su desarrollo se hace -- lentamente. Clínicamente en su primera etapa presenta escasa sintomatología, como es una muy ligera sensación dolorosa a - la percusión vertical y una ligera tendencia del diente a in-

troducirse dentro del alveolo. Muy a menudo estos síntomas no son perceptibles descubriéndose el quiste al efectuar un examen radiográfico de rutina; si el quiste no es eliminado quirúrgicamente en este momento seguirá creciendo y presentará - varias manifestaciones clínicas: un diverso grado de agrandamiento o deformación del hueso desde deformaciones localizadas escasamente apreciables, de coloración normal y de consistencia ósea, a protuberancias purpúreas de moderado tamaño, - de cuya palpación se obtiene la sensación de crepitación quística dando una sensación como de cáscara de huevo que nos indicará un adelgazamiento de la tabla externa. En ocasiones -- hay deformación facial. Algunos quistes producen dolor, hiperestesia y malestar general.

Cuando el quiste se ha infectado las manifestaciones clínicas del mismo consisten en una masa tumoral carnosa- de superficie lisa, blanda en la que se observa un conducto - fistuloso por el que sale un exudado purulento o seropurulento al exprimirlo, de olor fétido; en este moento el quiste deja de crecer.

Cuando el quiste va creciendo puede llegar a deformar el piso del seno maxilar o incluso puede llegar a desaparecer. Cuando está infectado el quiste puede drenar hacia el seno maxilar provocando verdaderas sinusitis. También puede desarrollarse hacia las fosas nasales, fosa pterigomaxilar o bóveda palatina.

En la mandíbula el quiste radicular se desarrolla a expensas de la tabla externa. El paquete vasculonervioso del-conducto dentario inferior es rechazado generalmente hacia la región basilar, pero conservando su integridad.

Radiográficamente se presenta como una zona radio--transparente de límites bien definidos, rodeada de una zona - hiperostótica situada sobre el ápice de un diente portador de una caries de 4º grado o de un diente mortificado sin caries.- Se le considera como un ensanchamiento de la membrana perio--dontal. No es posible distinguir radiográficamente entre un - quiste y un granuloma.

En quistes grandes se debe de tomar radiografías extraorales o oclusales para ver la extensión del proceso y su-relación con los órganos vecinos (seno maxilar, conducto dentario, etc).

En muchas ocasiones es muy difícil diferenciar en--tre un quiste y el seno maxilar, en este caso se inyectará una substancia radiopaca (lipiodol) en la zona y se tomará una radiografía inmediatamente, si se trata del seno maxilar la --- substancia llenará la imagen radiográfica y si la imagen se - corta nítidamente por encima de la imagen dudosa se tratará - de un quiste, ya que el lipiodol tiende a depositarse en el - hemisferio inferior del quiste.

Histológicamente el quiste radicular está esencialmente formado por una bolsa conjuntivoepitelial con un contenido líquido apendiculada a un diente portador de una caries de 4º grado. Es posible observar todos los estadíos desde un cambio quístico mínimo dentro del granuloma apical hasta una estructura quística bien definida y grande.

Los quistes jóvenes que son en general de pequeño tamaño, están constituidos por una cavidad quística de tamaño variable y una bolsa conjuntivoepitelial; esta bolsa poseé en su parte más vecina a la cavidad un epitelio y por fuera una capa de tejido de granulación recubierto todo por una cápsula. Las dimensiones del tejido de granulación y de la cápsula varían con la edad del quiste, conforme va envejeciendo la porción del tejido de granulación disminuye en su espesor pero sin llegar a desaparecer.

Los quistes viejos se hallan formados por una cápsula o membrana conteniendo por fuera tejido conjuntivo que se ha organizado y le constituye una envoltura y por dentro el epitelio cubriendo íntegramente la bolsa. El epitelio suele ser de tipo escamoso estratificado.

El contenido del quiste es un líquido semejante al plasma sanguíneo en el cual se pueden observar histiocitos, linfocitos y cristales de colesterol. Este contenido quístico es muy variable, en la mayor parte de los quistes es límpido-

de aspecto resplandeciente debido a los cristales de colesterol. En otros quistes el contenido es hemático, amarillo verdoso en otros y otros contienen grumos. El color y la consistencia de estos quistes es muy variable.

El quiste infectado tiene un contenido purulento o-seropurulento, algunas veces hemático y de color verdoso ---- otras.

Tratamiento.- En quistes de pequeño tamaño se puede intentar un tratamiento conservador como sería la apicectomía de la raíz causal y curetaje de la cavidad. En quistes más -- grandes el tratamiento consistirá en la eliminación quirúrgica del quiste y de su membrana.

2.- QUISTE RESIDUAL.

Este término es usado generalmente para hacer referencia a un quiste radicular que ha permanecido en el hueso - una vez que se ha extraído el diente responsable de su formación.

Generalmente es asintomático cuando es de pequeño - tamaño y se descubre casualmente al explorar radiográficamente la zona por alguna otra causa.

El desarrollo y las manifestaciones clínicas de es-

te tipo de quiste suelen ser iguales a las del quiste radicular, solo diferenciándose en que falta el diente causal o se encuentra en una zona en la que faltan completamente los dientes.

Se origina a partir de un granuloma, de un diente mortificado por cualquier causa o por una caries de 4º grado.

Radiográficamente el quiste residual se presenta como una zona radiotransparente única de contornos bien definidos limitada por una zona hiperostótica situada en un espacio édentulo.

Aunque los caracteres radiográficos del quiste residual hagan pensar en los de otras lesiones centrales como la histiocitosis, el mieloma múltiple, la neoplasia matastásica y otros tipos de quiste, es conveniente recordar que la radiotransparencia anormal de los maxilares más frecuente es la debida a una patosis apical entre la que se encuentra el quiste residual y por ello desde el punto de vista estadístico lo primero que se debe sospechar es un quiste residual.

Histológicamente las características de este quiste son las mismas que las del quiste radicular.

El diagnóstico definitivo de esta lesión dependerá de la exploración quirúrgica y del resultado del estudio his-

tológico.

Tratamiento.- Consistirá en la eliminación del quiste y de su membrana por medios quirúrgicos y el pronóstico es excelente.

3.- QUISTE LATERAL

Hay diversos mecanismos por los cuales se puede formar este quiste pero su etiología definitiva aún no se ha llegado a establecer.

Este quiste aparentemente se origina directamente del ligamento periodontal lateral de un diente erupcionado. Existe la creencia que esta lesión se origina a partir de restos celulares epiteliales del ligamento periodontal pero no hay nada que nos indique su proliferación. Algunos autores afirman que su desarrollo tiene un origen traumático.

Se presenta en adultos principalmente, son más frecuentes en mujeres y en personas de raza negra, en las cuales contiene células pigmentadas.

Se localiza dentro del hueso sin llegar a comunicarse a la cavidad oral en aposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales y no retenidos sin muestras de enfermedad pulpar. Algunos de estos quistes se compor

tan como un absceso periodontal por lo cual pueden pasar desapercibidos. Si su expansión es lenta la abulción dental es -- normal asumiendo el quiste una posición próxima a la superficie radicular. Se localiza en la región radicular de caninos- y premolares de la mandíbula aunque se ha llegado a encontrar en otros sitios.

Clínicamente como este quiste es regularmente de pequeño tamaño, no suele presentar signos y síntomas en la ma-- yor parte de los casos. Su descubrimiento es casual al efec-- tuar un examen radiográfico de la zona.

Cuando el quiste es grande o se localiza en el lado vestibular de la raíz se encontrará una tumoración de color - rosa normal, redondeada de superficie lisa. Cuando el quiste- presenta una infección secundaria aparecerá como una tumefacción dolorosa que se fistuliza drenando un exudado purulento.

Radiográficamente se presenta como una zona radio-- transparente, redonda, de límites bien definidos, adosada a - la superficie radicular, limitando su extensión a la zona entre las raíces de los dientes contíguos.

Generalmente son de pequeño tamaño y la presión que ejercen sobre los dientes no es suficiente como para llegar a desplazarlos.

Histológicamente consiste en una cavidad, siendo su pared de tejido conjuntivo tapizado interiormente por una capa de epitelio escamoso estratificado queratinizado o una capa doble de epitelio cuboideo bajo no queratinizado mostrando pocas evidencias de proliferación. Pueden existir también células inflamatorias en el tejido conjuntivo.

Tratamiento.- Consistirá en la extirpación quirúrgica del quiste y en caso de que el diente asociado esté desvitalizado se le hará tratamiento de conductos radiculares.

4.- QUISTE GINGIVAL.

Estos quistes tienen su localización en la encía libre o adherida y se le considera como un quiste del desarrollo.

Casi la totalidad de los embiones humanos después del 4º mes de vida intrauterina y por lo menos el 80% de los recién nacidos presentan pequeños quistes gingivales conocidos también con el nombre de "perlas de Epstein" o "nódulos de Bohn" en la unión de los paladares duro y blando cerca del rafé medio.

Estos nódulos pueden ser simples o múltiples, de color blanco o blanco amarillento. Se presentan como tumoraciones pequeñas duras no dolorosas.

Los nódulos de Bohn probablemente se originan debido a una incorporación de epitelio durante el proceso embrionario de la fusión palatina; siendo de poca importancia patológica ya que desaparecen al cabo de varios meses de su presentación. suelen tener un diámetro de 1 mm. o menos. Se hallan revestidos de epitelio escamoso estratificado y muchas veces están llenos de capas concéntricas de queratina.

Algunos de los quistes gingivales crecen a partir del epitelio de la lámina dental, del órgano del esmalte o de sus ramificaciones, mientras que otros, que incluso pueden considerarse verdaderos quistes por inclusión, crecen a partir de células desplazadas del epitelio gingival.

Los quistes gingivales localizados sobre la superficie de la encía o cerca de ella tienen su origen probablemente en una formación quística dentro de los restos de la lámina dental , pudiendo ocurrir tanto en la encía libre como en la adherida o en la papila gingival.

El quiste gingival lateral se origina con probabilidad en una degeneración quística de restos celulares epiteliales en el ligamento periodontal o encía lo que puede ocurrir por un traumatismo.

Clínicamente su aspecto es de una masa prominente no mayor de 1 cm. aproximadamente, de superficie lisa en for-

ma de cúpula redonda, de color normal, de consistencia dura y no dolorosa a la palpación.

Los quistes gingivales son más frecuentes en mujeres y en individuos de raza negra.

Histológicamente el quiste consiste en una cavidad recubierta por un delgado epitelio escamoso estratificado queratinizante o una doble capa de epitelio cuboideo bajo no queratinizante.

Tratamiento.- En los adultos el tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del quiste, pero en los niños la lesión generalmente no necesita tratamiento ya que se hacen superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida.

VI.- QUISTES NO ODONTOGENICOS

VI.- QUISTES NO ODONTOGENICOS.

Son aquellos quistes que no tienen relación en su - etiología con la estructura dentaria y dicha etiología puede- ser muy diversa (enclavamientos epiteliales durante el desa-- rrollo embrionario, traumatismos, obstrucciones de conductos- salivales, etc.).

Los quistes no odontogénicos comprenden cuatro grupos que son:

a) Quistes fisurales.

b) Quistes de retención.

c) Quistes óseos o seudoquistes.

d) Quistes disontogénicos.

A) Q U I S T E S F I S U L A R E S

Constituyen una variedad de quistes del desarrollo, se originan a partir de las células del epitelio de desarrollo o del epitelio embrionario que quedan atrapadas en la línea de fusión de los procesos faciales, fundamentalmente en la unión de los dos procesos maxilares entre sí y con los huesos nasales así como en la unión de los procesos mandibulares.

Los restos epiteliales atrapados empiezan a proliferar y entonces dan lugar a un quiste fisural.

A estos quistes se les clasifica en:

1.- Quistes mediales.

2.- Quiste globulomaxilar.

3.- Quiste nasoalveolar.

4.- Quiste nasopalatino.

1.- QUISTES MEDIALES

Este tipo de quistes aparecen y se desarrollan de forma característica en la línea media tanto del maxilar, como de la mandíbula y reciben diferentes nombres de acuerdo a su lugar de localización; cuando se presenta entre los incisivos centrales superiores o en la parte lingual de los mismos, se le conoce como quiste de la línea media o medio alveolar; cuando está situado por detrás del conducto incisivo se le llama quiste palatino medio y quiste mandibular medio cuando se localiza en la sínfisis mandibular.

Clínicamente su aspecto es muy variable, los quistes pequeños o no muy grandes, pueden carecer de manifestaciones clínicas no habiendo asimetría ni agrandamiento del hueso afectado. Generalmente estos quistes se descubren casualmente en alguna radiografía de rutina.

Los quistes de mayor tamaño o en los que se ha desarrollado una infección secundaria sí suelen presentar síntomas clínicos persentándose como una tumoración redondeada de superficie lisa como de color rosado situado en cualquier lu-

gar a lo largo de la línea media del paladar. A la palpación a veces se siente de consistencia semisólida, hay crepitación y cuando está presente la infección hay sintomatología dolorosa. Este quiste también puede fistulizarse y drenar un líquido seroso o purulento.

En el caso de un quiste medio alveolar a veces hay desplazamiento de los incisivos centrales debido a la fuerza expansiva del quiste entre las raíces de los incisivos. No obstante esto el quiste no afecta su vitalidad.

El quiste palatino medio no debe confundirse con el quiste nasopalatino ya que el primero se forma a partir de restos epiteliales atrapados en la línea de fusión entre los procesos palatinos del maxilar, no teniendo relación alguna con el conducto incisivo. Se forma en cualquier punto a lo largo de la línea de fusión desde un punto posterior a la papila palatina hasta la úvula.

Es muy común que un quiste nasopalatino grande se confunda con un quiste palatino medio y viceversa, e incluso para algunos autores no existe la entidad de quiste palatino medio.

El quiste medio mandibular es sumamente raro y está localizado dentro de la mandíbula por debajo de los ápices de los incisivos centrales pudiendo ser ovales, redondos, irregu

lares o incluso multiloculares.

Todos estos quistes se desarrollan a partir de restos epiteliales enclavados en los lugares de fusión embrionaria en el paladar duro o en la sínfisis mandibular siendo el traumatismo el posible factor que los desarrolla. Otros autores también piensan que tienen su origen en una degeneración quística de un germen dentario supernumerario.

Radiográficamente la lesión aparece como una zona radiotransparente uniforme situada en el centro del maxilar o de la mandíbula de forma redonda, ovalada o elíptica, de bordes bien definidos y delimitados por una zona hiperostótica.

Cuando la localización es anterior puede extenderse entre las raíces de los incisivos llegando incluso a desplazarlos de su posición normal.

Cuando el quiste es demasiado grande se aprecia una forma lobulada con ramificaciones del quiste que se extienden entre varias o todas las raíces de los dientes anteriores.

Histológicamente este quiste está recubierto por epitelio escamoso estratificado o a veces por epitelio respiratorio. El epitelio se encuentra rodeado de una cápsula de tejido fibroso, el espacio quístico suele estar libre de elemen

tos inflamatorios a no ser que se haya llegado a presentar -- una infección secundaria, porque en este caso sí presenta un- infiltrado inflamatorio.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del quiste y de la membrana que lo cubre poniendo cuidado- en no lesionar los dientes próximos.

2.- Q U I S T E G L O B U L O M A X I L A R.

Este tipo de quiste raramente se desarrolla en el- proceso alveolar del maxilar en la fisura que dejan el glóbulo y la apófisis maxilar entre las raíces de los incisivos late- rales y de los caninos.

Según algunos autores estos quistes son muy raros - y constituyen únicamente menos del tres por ciento de los --- quistes del maxilar.

Esta lesión se presenta en personas jóvenes de me-- nos de treinta años, no tiene predilección por el sexo, aun-- que parece que se presenta con más frecuencia en hombres que- en mujeres. Puede ser un quiste unilateral o presentarse bila terlamente.

Clínicamente puede pasar desapercibido a menos que - se infecte y produzca molestia.Al iniciarse es asintomático --

descubriéndose por casualidad en una radiografía de rutina.

Cuando el quiste es de tamaño grande hay aumento de volúmen en el maxilar superior o deformación del seno maxilar. Se manifiesta como una tumoración de consistencia ósea y sin presentar síntomas, o puede presentarse una sensación de crepitación que nos indicaría el adelgazamiento de la corteza labial.

En algunas ocasiones y principalmente cuando el quiste presenta una infección secundaria puede haber dolor a la palpación o una fístula que puede ser por su parte vestibular o desarrollarse hacia el seno maxilar invadiéndolo.

Como este quiste no está relacionado con una infección odontogénica y no afecta su vitalidad las pruebas de vitalidad pulpares de los dientes próximos nos pueden servir de tulidad para diagnosticarlo.

También llega a presentarse un desplazamiento de las coronas de los incisivos laterales y de los caninos de sus posiciones normales.

Radiográficamente sus características suelen ser patognomónicas y se presenta como una zona radiotransparente en forma de pera invertida entre las raíces de los incisivos laterales y de los caninos superiores dando lugar con esto a --

que estas raíces se lleguen a desplazar. Este desplazamiento puede ser ligero o severo. La radiotransparencia es oscura y homogénea y sus bordes periféricos no se encuentran muy bien delimitados. En ocasiones puede faltar el tabique óseo entre las caras distal del incisivo lateral y mesial del canino.

Puede ser de un tamaño tal que se extienda por encima de los ápices de los caninos y de los incisivos laterales y alcanzar los ápices del primer premolar o del incisivo central.

Histológicamente está tapizado por epitelio cuboideo escamoso estratificado o por epitelio cilíndrico ciliado y rodeado por una cápsula de tejido fibroso. El espacio quístico generalmente está libre de elementos inflmatorios, pero cuando el quiste ha desarrollado una infección secundaria ya se encuentra una infiltración celular inflamatoria.

Tratamiento.- Se eliminará quirúrgicamente el quiste y la membrana que lo recugre, y en caso de ser necesario, se hará la extracción de los dientes asociados a él para evitar la recidiva.

3.- QUISTE NASOALVEOLAR

También se le conoce con el nombre de quiste nasolabial. Se encuentra localizado en la parte alta del fondo del-

pliegue mucobucal del maxilar por encima de la zona comprendida entre el incisivo lateral y el canino superior.

Actualmente los investigadores están de acuerdo en que se origina a partir de restos epiteliales localizados en la unión de los procesos globulares, nasolaterales y maxilares.

En la quinta semana de vida intrauterina los procesos maxilares y globulares se fusionan. A la sexta semana los procesos glubulares y laterales se fusionan y los residuos de epitelio que van resultando de estas uniones son los que van a originar posteriormente este quiste.

Se presenta principalmente en mujeres a cualquier edad. Parece ser que son más frecuentes en individuos de raza negra. Es bastante rara esta lesión; puede ocurrir unilateralmente y bilateralmente.

Clínicamente se puede descubrir como una tumoración localizada en el lugar de fijación del ala de la nariz cerca de su base, de pequeño tamaño.

En ocasiones, cuando es muy grande , se presentará suficiente hinchazón de la cara como para obliterar el pliegue nasolabial en el lado afectado.

A veces puede aparecer como una hipertrofia de los tejidos mucobucales por encima de los ápices de los dientes incisivo lateral y canino.

Generalmente se localiza en los tejidos blandos, pero puede dar lugar a erosión del hueso que está por debajo. Este quiste crece hacia el piso del vestíbulo nasal proyectándose debajo del extremo anterior del cornete inferior y en ocasiones causa obstrucción de la nariz. Algunos pacientes presentan dolor.

Radiográficamente es muy raro poder observarlo porque se localiza fuera del hueso a no ser que se utilice un medio de contraste.

Histológicamente este quiste está tapizado por epitelio respiratorio o epitelio escamoso estratificado, o más frecuentemente por epitelio cilíndrico seudoestratificado o una combinación de éstos. Aparecen también infiltraciones, de macrófagos, células plasmáticas y linfocitos.

Tratamiento.- Consiste en la enucleación quirúrgica del quiste, eliminando completamente la membrana epitelial que lo recubre.

4.- QUISTE NASOPALATINO

Se les conoce también con el nombre de quistes maxilares anteriores medianos, incluyen los quistes del conducto incisivo y los de la papila palatina.

El quiste nasopalatino se localiza en la región anterior del maxilar e inmediatamente detrás de los ápices de los incisivos centrales creciendo a partir de los residuos epiteliales de los vestigios del conducto o conductos nasopalatinos.

Debido a que la localización de las estructuras nasopalatinas embrionarias varían mucho pueden ser completamente bilaterales, unilaterales de uno u otro lado o en la línea media.

Si el quiste se forma a partir de un único resto epitelial embrionario en cualquier lado de la línea media se hallará un quiste redondo unilateral; si se forma a partir de residuos de los dos lados de la línea media se formarán quistes redondos bilaterales y si el quiste se forma a partir de residuos epiteliales de ambos lados, pero cercanos a la línea media, el resultado será un quiste único en forma de corazón en la línea media del maxilar.

El quiste del conducto incisivo es un saco intraóseo cerrado tapizado por epitelio. Cuando está localizado debajo del agujero incisivo, se llama quiste de la papila inci

siva.

Embriológicamente el conducto incisivo que comunica las cavidades nasal y bucal se forma cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar dejando -- dos vías de comunicación; uno a cada lado del tabique nasal.

El tipo de epitelio que compone el conducto nasopalatino o sus restos depende de su localización: epitelio respiratorio, luego cuboideo y finalmente escamoso estratificado al acercarse a la cavidad oral.

El quiste nasopalatino es el más común de los quistes del desarrollo. Se presenta en ambos sexos y en la edad adulta.

Existen numerosas teorías para la formación de --- quistes en los conductos nasopalatinos, como el trauma, in-- fección bacteriana, bloqueo inflamatorio o mucoso del conducto, etc.

Clínicamente las manifestaciones no son frecuentes en el quiste nasopalatino debido a que suelen ser de pequeño tamaño y localizarse en zonas profundas del maxilar anterior. Muchos casos pasan inadvertidos hasta que se descubren radiográficamente en un examen rutinario, no obstante los quistes muy grandes presentan signos clínicos iguales a los de la li

nea media.

En los pacientes con quistes del conducto incisivo y con quistes de la papila palatina es muy común que se presente una tumefacción en la zona afectada siendo muy común - que esta lesión se fistulice y drene.

Radiográficamente el diagnóstico del quiste puede-ser difícil y no es posible hacerlo con seguridad si su diámetro es menor a 0.6 cm. ya que la fosa incisiva normal puede ser grande. En algunos casos el quiste nasopalatino aparece como una zona radiotransparente redonda unilateral y única, de tamaño variable inmediatamente por encima o junto al ápice de algún incisivo central; también se pueden descubrir zonas radiotransparentes bilaterales o también la zona radiotransparente tiene forma de corazón, que es la más caracte--rística.

En las radiografías oclusales este quiste aparece-por detraś de los incisivos.

El quiste del conducto incisivo se presenta como - una zona radiotransparente redonda con límites bien defini--dos o a veces su forma es ovalada debido a la presencia de - las raíces de los incisivos.

Las radiografías de los quistes de la papila pala-

tina son de poco valor ya que muy pocas veces el quiste se - extiende al hueso subyacente.

Microscópicamente estos quistes pueden estar tapizados completamente o en combinación por epitelio escamoso - estratificado, transicional, cilíndrico, cilíndrico ciliado- seudoestratificado, cilíndrico ciliado o cuboideo, siendo el revestimiento más común el escamoso estratificado ya que la- mayoría de los quistes se originan en la parte inferior del- conducto.

En algunas ocasiones encontramos células caliciformes, pero solamente asociadas al epitelio respiratorio. Es - muy rara la formación de colesterol; hay con frecuencia elementos glandulares mucosos, numerosos nervios, vasos pequeños y pequeña colección de tejido conjuntivo circundante.

Hay formación de cartílago junto a los quistes de- la papila palatina, pero es muy raro que lo haya junto a los quistes del conducto incisivo.

El tratamiento consiste en la enucleación por medios quirúrgicos del quiste y de su membrana.

B) Q U I S T E S D E R E T E N C I O N

Algunos investigadores consideran que el quiste mucoso (mucocele) no es una verdadera entidad quística y lo -- consideran como seudoquiste ya que es solamente una acumulación de secreción mucosa en el tejido conjuntivo, careciendo el espacio líquido de un revestimiento epitelial.

La ránula si constituye un verdadero quiste y se - debe a la acumulación de líquido salival en el conducto o en el cuerpo de las glándulas submaxilar y sublingual y se debe generalmente a alguna obstrucción.

Hay dos tipos de quistes de retención que son:

1.- Ránula.

2.- Mucocele.

1.- R A N U L A

La ránula es un verdadero quiste por retención; Ú-nicamente se presenta en el suelo de la boca, es unilateral-y su desarrollo está asociado a los conductos excretores de-las glándulas sublingual o submaxilar y generalmente se debe a una obstrucción provocada por una substancia orgánica blan-da o por un cálculo salival.

Por lo general es unilocular aunque en ocasiones - puede adquirir un aspecto multilocular debido al estiramien-to de la mucosa. Se va formando gradualmente en el piso de - la boca.

Es difícil llegar a diferenciar cuál de las glándu-las salivales es la que está relacionada con la lesión. Se - presenta a cualquiera edad en ambos sexos.

Clínicamente su aspecto es variable dependiendo -- del tamaño y profundidad del quiste. Por lo regular este --- quiste es superficial y de un tamaño de uno a tres centíme-- tros de diámetro. En estos casos aparece como una masa blan-

da azul o rojiza redondeada de superficie lisa y movible; a-veces alcanza un mayor tamaño y puede ocasionar desplazamiento de la lengua e interferir las funciones bucales normales.

Es común que estas lesiones se rompan y drenen su-contenido para posteriormente cicatrizarse y recidivar.

La ránula puede ser muy profunda de manera que el-grosor de los tejidos situados encima de ella disimulen su - aspecto translúcido dándole un color rosado normal de forma redonda, de superficie lisa y consistencia semisólida.

Histológicamente tiene una pared de tejido conjuntivo fibroso cubierto en su interior por epitelio escamoso - aplanado, en su interior se encuentran restos mucosos y celulares (linfocitos, macrófagos, células plasmáticas).

Se debe de tomar radiografías oclusales y radiografías extraorales para determinar la presencia de un cálculo-salival que a veces origina la obstrucción, aunque, como ya-se dijo, en algunos casos la obstrucción es debida a substancias orgánicas blandas y en este caso no habrá signos radiográficos de la lesión.

El tratamiento de la ránula consiste en la marsupialización y en la extirpación quirúrgica de la glándula -- que lo provoca para evitar una posible recidiva.

2.- M U C O C E L E

También se le conoce con nombres de quiste mucoso, quiste submucoso, fenómeno de retención mucosa.

Aunque algunos autores consideran que el mucocele no es un quiste verdadero por carecer de un revestimiento epitelial siendo únicamente una acumulación de secreción mucosa en el tejido conjuntivo se le ha llegado a clasificar como un quiste.

Este quiste se puede presentar en casi todos los lugares de la boca, pero generalmente se encuentra localizado en la mucosa labial inferior.

Esta lesión es muy frecuente, se presenta a cualquier edad sin existir predilección por el sexo.

Antes se pensaba que esta lesión era producida por la obstrucción del conducto de una glándula mucosa, pero ya se ha llegado a demostrar que los traumatismos como la mordedura o corte de los labios es la causante de la acumulación del líquido dentro de los tejidos.

Clínicamente su aspecto varía mucho dependiendo principalmente de la profundidad del quiste. Las lesiones su

perficiales aparecen como masas prominentes azules o rojizas de superficie lisa, el tamaño puede ser de uno o dos milímetros hasta un centrímetro o más de diámetro.

Por lo regular el mucocele es único, pero hay ocasiones en que se presentan dos o más muy próximos entre sí y se asemejan a un racimo de uvas. Estos quistes superficiales pueden llegar a confundirse con un hemangioma, pero se diferencía porque el hemangioma es de un color azul más intenso y de consistencia más firme que el mucocele que es translúcido y de consistencia ampulosa.

Las lesiones superficiales suelen abrirse drenando un líquido vizcoso y posteriormente se colapsan y recidivan.

Los mucoceles más profundos no se reconocen con facilidad debido a que los tejidos que los cubren son más gruesos y se llegan a manifestar como un tumor discreto o más redondeado de color rosa normal y de superficie lisa; a la palpación aparece como un tumor móvil y duro y por ello se pueden llegar a confundir con una neoplasia benigna.

Histológicamente se presenta como una cavidad delimitada por tejido de granulación que rodea la submucosa; hay una acumulación de moco localizado en el tejido conjuntivo;- algunas veces estos quistes están cubiertos por un epitelio- plano.

El tratamiento de esta lesión consiste en extirpar quirúrgicamente el quiste, y en caso de reincidir se extirpará quirúrgicamente la glándula asociada.

C) QUISTES OSEOS O SEUDOQUISTES.

Se les llama también seudoquistes porque cumplen - con algunas pero no con todas las características de las enfermedades quísticas, es decir, carecen de un revestimiento epitelial, pero su comportamiento clínico y radiográfico es altamente similar al de los verdaderos quistes y muchas veces en la literatura médica se les clasifica como tales.

Se encuentran en cualquiera de los dos maxilares - y se dividen en:

1.- Quiste óseo traumático.

2.- Quiste óseo aneurismático.

3.- Quiste óseo estático.

1.- QUISTE OSEO TRAUMATICO

Este quiste se le conoce también con una gran variedad de nombres como son: cavidad ósea ideopática, quiste óseo traumático, quiste óseo hemorrágico, quiste óseo solitario, quiste óseo progresivo, cavidad ósea seca, quiste por extravasación y quiste óseo unilocular.

A pesar de su nombre esta lesión no constituye una verdadera enfermedad quística ya que la cavidad carece de revestimiento epitelial, no tiene cápsula y muchas veces está vacía. Este quiste no se limita a los maxilares; en los huesos largos está localizado con más frecuencia en la zona metafisiaria del húmero.

La etiología verdadera de este quiste no se conoce, pero se han propuesto numerosas teorías, pero ninguna de ellas es definitiva. Posiblemente la mejor explicación es la teoría que sostiene un origen traumático. Esa teoría dice que un traumatismo en el maxilar generalmente en los primeros años de vida, origina una hemorragia intraósea, con la subsecuente resorción del hueso y formación de la cavidad. -

Sin embargo esta teoría no es muy segura puesto que, por --- ejemplo, casi nunca ocurre en la tibia que está muy expuesta a recibir traumatismos. A pesar de esto, más del cincuenta - por ciento de estos quistes están asociados con un antecedente traumático.

Existen otras teorías como la que dice que el quiste óseo traumático se debe a una neoplasia benigna intraósea preexistente como un mixoma o un condroma que nunca llegó a- desarrollarse,reabsorviendose y dejando una cavidad.

Otra teoría sostiene que se forma a partir de una- infección intraósea y otras sostienen que esta lesión es una anomalía de desarrollo.

El aproximadamente ochenta por ciento de los casos se presenta antes de los 25 años y es probable que en la mayoría de los casos la cavidad se llene espontáneamente; no - tiene ninguna predilección por el sexo.

Este quiste se localiza más frecuentemente en el - cuerpo de la mandíbula, entre el canino y la rama ascendente (esta zona normalmente contiene médula hematopoyética). En - Otras ocasiones aparece en la región anterior de la mandíbula y es muy raro localizarlo en el maxilar superior.

Frecuentemente la mayor parte de los quistes óseos

traumáticos se descubren por casualidad al realizar un estudio radiográfico habitual ya que generalmente es asintomático.

Clínicamente este quiste por lo regular no presenta manifestaciones, no hay expansión quística o agrandamiento, la mandíbula es simétrica, los dientes están en posición normal, la pulpa se conserva vital, la corteza está intacta. En algunos casos puede haber dolor y un ligero movimiento de los dientes. A la exploración quirúrgica se revela una cavidad vacía o conteniendo muy poco líquido sanguinolento.

Se han llegado a presentar algunos casos excepcionales en los que hay agrandamiento y asimetría facial, la corteza inferior y las caras labial o lingual están expandidas. En algunos casos puede observarse una discoloración púrpura o azulada que nos haga pensar en la existencia de una cavidad ósea.

Para diagnosticar este quiste la principal técnica consiste en una intervención y exploración quirúrgica. Si se halla una cavidad ósea no rodeada de epitelio o de una cápsula y que puede o no contener líquido, basta para establecer el diagnóstico de este quiste.

Radiográficamente se presenta una zona radiotransparente homogénea con una periferia curvilínea y bien delimita

da, a veces acentuada por una delgada línea hiperostótica.

Se localiza principalmente en la mandíbula entre - el tercer molar y la rama ascendente. Es de un tamaño de 1 - cm., o más de diámetro, su forma puede ser redonda, ovalada o elíptica y a veces adquirir una forma multilobulada cuyas- ramificaciones se extienden entre las raíces de los dientes- contiguos.

Histológicamente se trata de una cavidad cuyas pa- redes óseas están desnudas o están cubiertas por una capa ex tremadamente delgada de tejido conjuntivo laxo; hay ausencia de revestimiento epitelial.

Tratamiento.- La intervención empleada para el --- diagnóstico de este quiste nos sirve también como tratamien- to ya que la eliminación de una parte de la corteza bucal -- que está por debajo de la cavidad ósea permite que el espa-- cio se llene con sangre procedente de los tejidos vecinos, - produciendo muchas veces el relleno de la cavidad por hueso. Se legrará la cavidad ósea y el pronóstico es excelente.

2.- Q U I S T E O S E O A N E U R I S M A T I C O

El quiste óseo aneurismático no es una verdadera - entidad quística ya que no está revestido de epitelio sino - que más bien se compone de una cavidad ósea llena de tejido-

fibroso muy vascularizado que contiene vasos cavernosos o sinusoides que son espacios llenos de sangre.

Es una lesión poco frecuente, se presenta en personas jóvenes, no tiene predilección por algún sexo. Este quiste se presenta con más frecuencia en los huesos largos y en las vértebras y menos a menudo en las costillas, clavículas, manos, etc. Menos del uno por ciento ocurren en los maxilares y en ellos se localizan preferentemente en la mandíbula aunque se han llegado a presentar en el maxilar superior.

La etiología de este quiste no se ha llegado a aclarar muy bien siendo la explicación más acertada la que dice que el quiste óseo aneurismático se desencadena por un traumatismo que origina una ruptura de un vaso sanguíneo con la consecuente hemorragia intramedular produciendo la resorción de hueso que da lugar a una cavidad ósea llena de sangre.

La curación de esta lesión da lugar a la formación de gran cantidad de tejido de granulación parecido al del granuloma de reparación de células gigantes excepto en que el vaso roto o lesionado mantiene su comunicación con la cavidad ósea y su contenido.

Clínicamente no hay por lo regular manifestaciones o si las hay son de mínima importancia, no habiendo tumefac-

ción ni deformación. En estos casos se descubre casualmente en un examen radiográfico rutinario.

En algunas ocasiones se puede observar una prominencia ósea pequeña o moderada de superficie lisa y recubierta por tejidos blandos de coloración normal. Los dientes de la región están completamente normales. A la palpación puede presentarse como una tumoración asintomática ósea o de consistencia semisólida hipersensible o ligeramente dolorosa.

Radiográficamente este quiste tiene una imágen que no se puede diferenciar de los verdaderos quistes óseos, apareciendo como una zona radiotransparente única redonda o elíptica de bordes bien definidos y rodeada por una zona hiperostótica. Cuando está localizado entre las raíces de los dientes puede llegar a desplazarlos.

En algunas otras ocasiones se nos presenta como una zona radiotransparente que contiene unas finas e irregulares trabéculas óseas que dan un aspecto de panal de miel.

El diagnóstico definitivo se hará al realizar una exploración quirúrgica y un estudio microscópico. La exploración quirúrgica nos muestra una cavidad ósea llena de un tejido blando muy vascularizado que sangra abundantemente.

Histológicamente este quiste es muy parecido al --

granuloma reparativo de células gigantes con tejido fibroso-celular y numerosos espacios cavernosos o sinusoides llenos-de sangre.

Tratamiento.- Se extirpará el quiste completamente por medios quirúrgicos y se legrará la cavidad ósea.

El pronóstico es bueno ya que siempre hay repara-- ción ósea y relleno de la cavidad.

3.- QUISTE OSEO ESTATICO

Se le conoce también con los nombres de quiste --- óseo latente, cavidad ósea mandíbulo lingual, defecto óseo - embrionario, cavidad ósea mandibular y hernia salival de la-mandíbula.

Esta lesión no constituye un verdadero quiste ya - que no cumple con ninguno de los requisitos del quiste, sino que es un defecto asimétrico del desarrollo en la mandíbula-en el surco hecho por la arteria facial donde cruza el hueso o cerca del mismo.

El quiste óseo estático se presenta en mujeres -- principalmente en la edad adulta y puede presentarse unila-teralmente o bilateralmente. Es de un tamaño de entre 1 y 2 cm. de diámetro, de forma semicircular con apertura infe---

rior, en algunos casos elíptico o redondo y completamente incluido dentro del hueso un poco por encima del borde inferior de la mandíbula.

El tamaño de este quiste no varía con el tiempo, de ahí su nombre de quiste estático o latente.

Clínicamente por lo regular esta lesión no presenta sintomatología aunque a veces es posible palpar a lo largo de la superficie lingual de la mandíbula una depresión.

Radiográficamente se encuentra una lesión radiotransparente homogénea de tamaño moderado bien delimitada, redonda o elíptica, situada por debajo del conducto dentario inferior inmediatamente por delante del ángulo de la mandíbula. En algunos casos raros se localizan más anteriormente en la zona de promolares y en otros sitios. Hay deformación o festoneado de la corteza inferior.

Es necesaria la exploración quirúrgica para diferenciar este quiste de otras lesiones de aspecto parecido pero anatomapatológicamente diferentes como una neoplasia benigna central, un verdadero quiste o un mieloma. Esta exploración quirúrgica demuestra que el defecto es una cavidad de localización lingual recubierto por tejidos blandos normales, pudiendo contener tejido linfoide, musculatura estriada, tejido graso y tejido glandular salival submaxilar.

Tratamiento.- Debido a que este quiste no tiene importancia patológica, no requiere de tratamiento, pero su parecido con otras enfermedades nos obligará a efectuar una exploración quirúrgica con fines diagnósticos exclusivamente.

El pronóstico de esta lesión es excelente.

D) QUISTES DISONTOGENICOS.

Son quistes del desarrollo que se presentan en los tejidos blandos de la boca y cuello y su principal caracte-- rística es que proceden del epitelio de desarrollo o embrio- nario que en forma de residuos ha quedado atrapado en diver- sas regiones de la cara y cuello durante la fusión de los te jidos blandos durante la vida fetal.

Dentro de los quistes disontogénicos tenemos:

1.- Quiste dermoide.

2.- Quiste epidermoide.

3.- Quiste de la hendidura branquial.

4.- Higroma quístico.

5.- Quiste del conducto tiroglosa.

D) QUISTES DISONTOGENICOS.

Son quistes del desarrollo que se presentan en los tejidos blandos de la boca y cuello y su principal caracte-- rística es que proceden del epitelio de desarrollo o embrio- nario que en forma de residuos ha quedado atrapado en diver- sas regiones de la cara y cuello durante la fusión de los te jidos blandos durante la vida fetal.

Dentro de los quistes disontogénicos tenemos:

1.- Quiste dermoide.

2.- Quiste epidermoide.

3.- Quiste de la hendidura branquial.

4.- Higroma quístico.

5.- Quiste del conducto tirogloso.

1 y 2.- QUISTES DERMOIDE Y EPIDERMOIDE

El quiste dermoide es una variedad de quiste de desarrollo tapizado por epidermis y apéndices cutáneos. Su probable origen es que se desarrolla a partir de células epiteliales atrapadas durante el cierre o fusión de las fisuras embrionarias que ocurre en la 3a. y 4a. semanas de vida intrauterina. Debido a que estos atrapamientos pueden abarcar también células de otras capas germinales y ya que los componentes no epiteliales pueden participar también en el proceso de desarrollo, el quiste dermoide contiene siempre tejidos y estructuras de origen no epitelial.

Los quistes dermoides ocurren con más frecuencia alrededor de la boca y se clasifican en quistes dermoides mediano y lateral. Se creé tienen su origen siempre encima del músculo milohiodeo, aunque también pueden penetrarlo a través de un hiato de desarrollo.

En el quiste dermoide medial el enclavamiento de epitelio en la línea media probablemente ocurre durante la

fusión de los arcos branquiales primero (maxilar) y segundo-(Hioideo), es decir, por la fusión de los procesos laterales a cada lado del arco maxilar con el tubérculo impar para formar la lengua anterior y el suelo de la boca.

El quiste dermoide lateral se halla entre las caras laterales de los músculos genianos y el milohioideo. Este quiste produce menos tumefacción que el quiste medial. Se presenta situado profundamente en el canal muscular formado-por el geniogloso e hiogloso medialmente y el milohioideo lateralmente, proyectándose dentro de la boca por debajo de la glándula sublingual a nivel de la zona premolar molar y dentro del cuello en la unión de las regiones submentoniana y - submaxilar.

El quiste dermoide lateral se deriva probablemente del extremo ventral de la primera bolsa faríngea o de la hendidura branquial.

Aparece en ambos sexos, al nacer son raras veces - evidentes y aparecen clínicamente entre los 12 y 25 años de-vida. Aproximadamente el 25% de los quistes dermoides que -- ocurren en la cabeza y cuello derivan del suelo de la boca.

Cuando el quiste se encuentra localizado por encima del músculo genihioideo (quiste dermoide sublingual o geniogloso) se presentará desplazamiento y elevación de la len

gua provocando dificultades al hablar, comer e incluso respirar, debido a la presión que la masa tumoral ejerce sobre la epiglotis.

Clínicamente se presentará como una masa o tumoración de 2 cm. o más de diámetro, de forma redonda bien delimitada, de superficie lisa, situado en la línea media del -- suelo de la boca. A la palpación se siente una masa semisólida pastosa pudiendo ser fluctuante dependiendo del contenido del quiste.

Cuando el quiste es más profundo, entre el músculo genihioideo y el músculo milohioideo puede causar un abultamiento en la región submentoniana (quiste dermoide submentoniano o genihioideo). Se manifiesta como una hinchazón lenta e indolora en la región submentoniana que se extiende desde la mandíbula hasta el hueso hioides dándole al mentón un aspecto partido o doble.

En ocasiones se presenta una infección secundaria y en este caso los signos clínicos de la infección se sobreponen al cuadro del quiste. Hay veces en que aparece una fístula que drena en la cavidad oral o en la piel.

Histológicamente el revestimiento del quiste es un epitelio escamoso estratificado queratinizado, se presentan uno o varios apéndices cutáneos como folículos pilosos, glán

dulas sudoríparas o glándulas sebáceas. La cavidad general-- mente se encuentra llena de queratina y material sebáceo.

El quiste dermoide que se presenta en el sistema - genital sobre todo en los ovarios y rara vez en los testícu- los debería llamarse "teratoma quístico benigno" ya que se - desarrolla a partir de células germinales primordiales que- son aún indiferenciadas.

El quiste epidermoide es parecido al dermoide en - que se origina también a partir de las células epiteliales - atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blandos durante - la 3a. y 4a. semana de vida intrauterina.

Su localización y manifestaciones clínicas son --- iguales a los de quiste dermoide excepto en que cuando el -- quiste epidermoide es más superficial carece del carácter -- pastoso del dermoide.

El quiste epidermoide puede considerarse también - como un quiste de inclusión ya que además de desarrollarse - a partir de los enclavamientos suturales o fisurales de epi- telio puede formarse también a partir de las masas epitelia- les que se han separado de la superficie epitelial. Estas in clusiones pueden ocurrir durante el desarrollo o pueden re-- sultar de un traumatismo en el que el epitelio haya sido des plazado de una manera anormal.

Histológicamente este quiste se diferencía del dermoide en que consiste únicamente en un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, bien queratinizado y una pared de tejido fibroso. Faltan los anexos cutáneos como son: glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos.

Tratamiento.- Tanto para el quiste dermoide como para el epidermoide el tratamiento consistirá en la extirpación quirúrgica del quiste, ya sea intraoral o extraoralmente dependiendo del caso.

3.- QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL

Es un quiste de desarrollo poco frecuente, también se le conoce con el nombre de quiste linfoepitelial. Antes se creía generalmente que derivaba de los vestigios epiteliales de los arcos branquiales embrionarios.

Sin embargo las más recientes investigaciones han demostrado que se origina a partir de enucleaciones epiteliales en el interior de los ganglios linfáticos de la región de los arcos branquiales.

Por lo regular está ubicado superficialmente a un costado del cuello, cerca del ángulo de la mandíbula y se encuentra cubierto solamente por el borde anterior del músculo

esternocleidomastoideo y generalmente está sobre la vaina carotídea; también se ha observado dentro de un ganglio linfático intraparotídeo.

Esta lesión también ocurre en el piso de la boca,- de la lengua o de la faringe bucal, lo cual habla también en contra de un origen branquial.

Se presenta entre los 20 y los 40 años no teniendo predilección por algún sexo. La gran frecuencia con que aparecen después de haber alcanzado la madurez sexual se debe - al hecho de que el epitelio glandular encerrado en los gan-- glios linfáticos empieza a proliferar después de la pubertad.

Clínicamente se presenta como una masa prominente- de crecimiento lento no doloroso. La masa varía de tamaño según su tiempo de evolución y de la presencia o no de una infección secundaria; generalmente la masa es blanda y fluc--- tuante a la palpación, de superficie lisa de bordes curvados bien delimitados y está cubierto de una piel no adherente. - El quiste no suele ser transparente a no ser que tenga un tamaño grande.

Esta lesión se puede confundir con el higroma quístico, linfadenitis, linfoma y tumor del cuerpo cartídeo.

Histológicamente el quiste branquial tiene un re--

vestimiento epitelial escamoso estratificado, por lo regular no queratinizado, rodeado por tejido linfoide con centros -- germinales. También hay presencia de sinusoides subcapsula-- res o medulares.

Tratamiento.- Se eliminará quirúrgicamente el quiste completamente para evitar la recidiva. Se ha señalado la- posibilidad de malignización, siendo ésta muy rara.

El pronóstico es excelente si se elimina completa- mente.

4.- H I G R O M A Q U I S T I C O

Esta lesión consiste en el desarrollo de una anormalidad del sistema linfático que casi siempre aparece al nacer o durante el período neonatal, su posición corresponde a la de los sacos linfáticos primitivos. Se creé que estos --- quistes se originan de enucleaciones de tejido linfático embrionario. Aún no ha quedado establecido si el higroma quístico es debido a causa de un drenaje insuficiente debido a - la falta de comunicación de los quistes con canales linfáticos centrales o venas; o es debido a causa de un crecimiento local expansivo de tejido linfático con secreción excesiva - por las células vivas. Esta lesión está relacionada con el - linfangioma congénito de la lengua estando asociados frecuentemente.

Estas lesiones se presentan al nacer en más del -- 50% de los casos y el resto durante los primeros años de vida en el período del crecimiento linfático activo. Se presenta con un poco más de frecuencia en hombres que en mujeres.

Clínicamente se presenta un agrandamiento y prolongación dentro del piso de la boca o del tórax; puede ser lentamente progresivo o intermitente dando lugar a una dificultad en la respiración, en la deglución o en ambas cosas.

La enfermedad respiratoria superior acompañada por fiebre se asocia con frecuencia con toxemia y agrandamiento de la masa quística cervical.

Esta enfermedad es muy peligrosa pero ya ha disminuido el índice de morbilidad gracias al uso de antibióticos.

En un 15% estas lesiones se prolongan dentro del mediastino y en un 15% se asocian con invasión linfangiomatosa de la lengua. La prolongación dentro del mediastino se limita a la masa del lado derecho. En algunas ocasiones se presenta infección cervical y en otras ocasiones se ha llegado a registrar hemorragia espontánea. En un 15% de los casos -- existe una resolución espontánea lenta y progresiva.

Histológicamente la lesión consta de numerosos es-

pacios quísticos llegar a comunicarse entre sí. Las paredes-están constituidas de tejido conjuntivo fibroso colágeno, -- músculo liso y raras veces de músculo estriado. Hay grandes-vasos y nervios linfáticos.

Los focos hemorrágicos antiguos son frecuentes así como la presencia de trombos en las paredes del quiste.

Tratamiento.- Se extirpará quirúrgicamente la le--sión y el pronóstico es desfavorable.

5.- QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Como lo indica su nombre este quiste se presenta - a lo largo del conducto tirogloso. Se trata de un quiste del desarrollo, es poco frecuente, no tiene predilección por el-sexo. Más de la mitad de los casos aparecen antes de los 20-años de edad.

El conducto tirogloso es un conducto embrionario - recubierto de epitelio. El anlaje del lóbulo medio de la --- glándula tiroides aparece en la base de la lengua al termi--nar la tercera semana de vida intrauterina, durante su des--censo sigue unido al agujero ciego de la lengua mediante el-conducto tirogloso. Este conducto desciende en situación ventral a la zona ocupada por el hueso hioides, por delante del

cartílago tiroides para unirse a los lóbulos laterales de la glándula tiroides que se hallan en desarrollo.

Normalmente la conexión con la faringe se pierde - al llegar la sexta semana. La falta total o parcial de obliteración del conducto puede originar que se forme el quiste- aunque también puede formarse a partir de los residuos epiteliales del conducto.

Clínicamente su apariencia es variable dependiendo de la localización específica del quiste y también de la presencia o no de infección secundaria. Aparece en cualquier -- punto a lo largo del trayecto de descenso del anlaje tiroi-- deo.

Cuando el quiste está localizado en la base de la- lengua o en su musculatura es probable que se presente el -- quiste como una masa en la línea media que produce gran ma-- lestar sobre todo disfagia, ronquera, accesos de ligera asfi- xia y dificultad a la fonación.

En la región anterior del cuello lo encontramos como una masa cervical que hace protrusión, de superficie lisa dura o blanda muchas veces sensible a la presión, de varios- milímetros a varios centímetros de diámetro; generalmente -- es muy móvil lo que nos indica que se trata de una masa muy- bien circunscrita o encapsulada. Los tejidos que hay encima-

del quiste son de aspecto normal, el quiste suele levantarse al levantar o abatir la lengua.

Aproximadamente del 15 al 35% de estos quistes dan lugar a un conducto fistuloso que va a parar a la región anterior del cuello, en la línea media y cerca del hueso hioides. La mayoría de las fístulas del conducto tirogloso aparecen después de la ruptura del quiste; puede apreciarse un -- exudado seroso o la fístula puede quedar cubierta por unas - costras de color pajizo que son eliminadas por el paciente - siendo reemplazadas por unas nuevas.

Histológicamente el conducto o fístula tiroglosa-- está tapizado por epitelio escamoso estratificado, cilíndrico ciliado o no ciliado y transicional intermedio. Estos --- quistes pueden conectarse al agujero ciego por conducto únicos o múltiples, o carecer de comunicación. Algunas veces -- puede haber glándulas mucosas dentro de su luz.

Los quistes que se originan dentro de la boca tienen más probabilidades de estar revestidos por epitelio escamoso estratificado. Quizá exista también focos de tejido tiroideo aberrante dentro del tejido conjuntivo fibroso.

Tratamiento.- Consistirá en la eliminación quirúrgica completa para evitar la recidiva. Algunos autores han - señalado que se puede desarrollar un carcinoma papilar en el

tejido tirogloso siendo esto muy raro.

VII.- T R A T A M I E N T O

VII.- T R A T A M I E N T O.

Desde que se empezaron a estudiar estos tumores se han propuesto varios tratamientos siendo empíricos la mayor-parte de ellos.

Generalmente dicha terapéutica consistía unicamente en simples incisiones, drenajes y cauterizaciones que e--ternizaban los procesos debido a que la necrosis y las supuraciones se hacían persistentes.

Actualmente se considera que la única terapéutica-digna de mención y que da resultados definitivos es la terapéutica quirúrgica.

Se mencionarán las técnicas quirúrgicas para la -- enucleación de los quistes odontogénicos: periodontales y foliculares por ser éstas las entidades quísticas más frecuentes en la cavidad oral y las que el cirujano dentista de --- práctica general debe de estar capacitado para efectuar su - tratamiento.

A) P R E O P E R A T O R I O.

Para el tratamiento quirúrgico de los quistes en los maxilares es necesario preparar previamente a éstos, es decir habrá que ponerlos en las mejores condiciones para poder soportar con éxito la intervención.

A esta preparación previa es lo que se conoce en cirugía como preoperatorio y que Arce definió como el estudio del estado de salud de una persona en vísperas de operarse con el fín de establecer si la operación puede ser realizada sin peligro y en caso contrario adoptar las medidas conducentes a que ese peligro desaparezca o sea reducido al mínimo.

Las medidas preoperatorias que se deben considerar para practicar una intervención en la cavidad oral se pueden clasificar en generales las que se refieren al organismo total y locales las que se realizarán en el campo operatorio antes de practicarse la intervención.

Dentro de las medidas generales tenemos la elaboración de la Historia Clínica, estudio radiográfico y exámenes de laboratorio, de lo cual ya se habló y nos servirán para conocer el estado general de salud del paciente, y en caso de tratarse de un paciente con su estado general perturbado-

por alguna afección general (trastornos infecciosos, hemorrágicos, cardiacos, etc.), debe ser tratado por el médico especialista para ponerlo en las condiciones que necesita para - el tratamiento quirúrgico.

La premedicación como es el caso de la administración endovenosa lenta de 75 a 125 mg. de pentobarbital sódico antes de administrar el anestésico local disminuye la zozobra que la intervención quirúrgica produce en el paciente aprensivo, así como la administración de antibióticos como - medida profiláctica antes del tratamiento quirúrgico es de - gran utilidad.

Dentro de las medidas locales para una interven -- ción dentro de la cavidad oral tenemos la óptima limpieza de la boca eliminando el tártaro salival y obturando o extrayendo los dientes cariados.

Las afecciones existentes en las partes blandas -- como las gingivitis y las estomatitis ulceromembranosas contraindican la operación y requieren de un tratamiento pre -- vio.

Las lesiones sifilíticas y tuberculosas contraindican también las intervenciones en la boca por el peligro que representan incisiones sobre estas lesiones y el contagio -- que representa para el operador.

Antes de la intervención la boca debe ser lavada - cuidadosamente con una solución de agua oxigenada o con al-- gún antiséptico y el lugar de la incisión debe ser pintado - con pintura de mertiolate antes de hacer la operación y así- en estas condiciones la cavidad oral estará en óptimas condi ciones para la intervención y se disminuirá en un alto por-- centaje los riesgos y complicaciones postoperatorias.

B) A N E S T E S I A

Siendo la anestesia la base de toda intervención - quirúrgica, en el caso del tratamiento de los quistes se re- quiere de una perfecta anestesia para poder obtener un máxi- mo de comodidad tanto para el paciente como para el operador

El agente anestésico no debe de involucrar ningún- peligro para el paciente quedando simpre a elección del ciru jano el tipo de anestesia a emplear.

ANESTESIA PARA LOS QUISTES DE MAXILAR SUPERIOR.

Región Anterior.- La anestesia para el tratamiento quirúrgico de los quistes ubicados en esta región debe ser - la infraorbitaria nivel del agujero infraorbitario complemen tada siempre con anestesia del nervio nasopalatino a nivel - del agujero nasopalatino y de los nervios palatinos anterio- res a nivel de los agujeros palatinos posteriores.

Región Media y Posterior.- En el caso de que se trate de un quiste pequeño que clínica y radiográficamente no -- tenga relaciones con el seno maxilar se puede utilizar para - su enucleación únicamente la anestesia local vestibular y palatina.

Los quistes de mayor tamaño que han llegado a invadir los órganos vecinos necesitarán para su intervención la - anestesia regional que se realiza a la altura de los nervios- dentarios posteriores o la anestesia del tronco del nervio maxilar superior a la salida del agujero redondo mayor en plena fosa ptérigomaxilar que se puede llevar a cabo por vía intraoral o extraoral y complementada siempre con anestesia local- vestibular y palatina.

En el caso de quistes con invasión sinusal se deberá hacer una amplia anestesia por si hubiera necesidad de intervenir en dicho órgano.

Es aconsejable realizar una anestesia más extensa-- que los límites del tumor quístico para evitarnos problemas - operatorios.

ANESTESIA PARA LOS QUISTES MANDIBULARES.

En la mandíbula siempre se empleará la anestesia -- regional realizada a la altura de la espina de Spix y se com-

plementará con la anestesia del nervio bucal y en algunos casos se tendrá que anestesiar el plexo cervical superficial - por vía extraoral. Las partes blandas que cubren la mandíbula son sensibles cuando se operan los quistes si no se tiene la precaución de anestesiar éste plexo.

Teóricamente esta anestesia del nervio dentario inferior, nervio bucal y plexo cervical suprime la sensibilidad de la mandíbula, pero hay casos en los que la enucleación de la bolsa quística provoca dolor debido a inervaciones que previenen de la cara interna y del piso de la boca - o anastomosis nerviosas que no podemos preveer.

Ante el temor de fracasos con anestesias infiltrativas insuficientes o ante pacientes hipersensibles o temerosos se deberá de emplear la anestesia general puesta por un especialista en un medio hospitalario.

C) T E C N I C A S Q U I R U R G I C A S.

METODO DE PARTSCH I.

Este método consiste esencialmente en transformar el quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal conservando parte de la membrana quística.

Está indicada para el tratamiento de los quistes -

de gran tamaño en los cuales la enucleación de la bolsa traería consigo trastornos por parte del hueso (hemorragias, --- fracturas, comunicación con el seno maxilar) y lesiones de - la pulpa de los dientes vecinos.

Este método presenta las siguientes ventajas: buena visualización de la cavidad, sencillez de ejecución, la - superficie ósea queda cubierta en toda su extensión por epitelio y se evita la infección ósea y lesión de los dientes - vecinos.

Las desventajas de este método son dignas de tenerse en cuenta; el epitelio quístico es un elemento patológico que debe ser eliminado porque puede sufrir transformaciones adamantinas o tumorales o recidivar bajo la forma de un nuevo quiste, la integridad histológica de la membrana no es -- siempre absoluta, en ocasiones el quiste está infectado y la membrana degenerada siendo problemática su conservación. La cavidad artificial creada permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales y su putrefacción.

A pesar de estas contraindicaciones la conservación de la bolsa puede 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.

Este método solo se utilizará para los quistes de gran tamaño ya que el método de preferencia para los quistes medianos y pequeños es la enucleación total con sutura inmediata.

Los tiempos quirúrgicos del método de Partsch I -- son los siguientes:

1) Insición.- Se hará una incisión con bisturí siguiendo los límites de la proyección del quiste sobre la cara vestibular; es por lo tanto una incisión circular.

La incisión debe situarse en un lugar equidistante entre el borde libre de la encía y el surco gingival. Se pueden emplear también las incisiones de Partsch o de Newmann - siendo necesario en tal caso seccionar posteriormente el colgajo. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso, encía y periostio.

2) Desprendimiento del colgajo.- Se realiza con un periostotomo, una legra pequeña o con una espátula roma. El colgajo debe levantarse hasta los bordes superiores del quiste. En el caso de desaparición del tejido óseo el colgajo debe ser separado hasta encontrar hueso sano. El colgajo se separa con movimientos suaves de insinuación de preferencia -- a expensas de la fibromucosa tratando de no herir la bolsa - quística.

3) Osteotomía.- La extracción del hueso que cubre el quiste puede hacerse con diversos instrumentos aplicables según el grado de destrucción ósea. En caso de que el hueso esté muy adelgazado se puede seccionar con bisturí para hueso; cuando está parcialmente destruido se completa la enucleación con pinza gubia. Si el hueso es firme y sólido se hará la osteotomía con martillo y escoplo o con fresas quirúrgicas. Lo más recomendable son las fresas por ser menos traumáticas y en caso de emplearlas se deberá irrigar con suero fisiológico para evitar el calentamiento del hueso y sus complicaciones. Se usa una fresa redonda número 4 o 6 y se practican orificios coincidentes con el diámetro del quiste uniéndolos después con fresa cilíndrica.

Ya en presencia de la bolsa quística se toma ésta con una pinza de Kocher y con el bisturí se abre ampliamente en toda la extensión del quiste, una vez extraída así "la tapa del quiste" se vacía su contenido y se lava su interior con suero fisiológico. Si el epitelio se ha despegado de su inserción ósea se le vuelve a adosar con una torunda de gasa

Algunos autores acostumbran suturar el tejido gingival a la periferia de la bolsa quística, no siendo esto necesario debido a que la adherencia entre ambas entidades se produce con facilidad siempre que se haya tenido la precaución de no dejar tejido óseo entre ellas. La abertura del quiste debe ser igual o mayor que la circunferencia del quis

te para evitar que los bordes se cierren y provoquen una recidiva.

4) Tratamiento de la bolsa quística.- El colgajo gingival se introduce dentro de la cavidad donde quedará mantenido por medio de un tapón de gasa yodoformada. La bolsa quística y el tejido gingival llegan a adherirse íntimamente previniendo aberturas extemporáneas y reforzando órganos vecinos.

El tapón de gasa se renueva cada 24 horas, si se infecta y da mal olor se debe retirar con más frecuencia; en cada cambio de gasa la cavidad quística debe ser lavada con suero fisiológico, posteriormente se seca con gasa común y se vuelve a obturar con cantidades de gasa yodoformada cada vez menores.

5) Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos. Con este método no hay que temer por la integridad del senomaxilar ni de las fosas nasales; la membrana quística actúa como un telón de seguridad que defiende estos órganos.

Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivo del quiste se deben de conservar durante un tiempo prudencial con el objeto de no fracturar la porción alveolar y no crear golfos quirúrgicos en el borde alveolar que resultan molestos estética y funcionalmente.

6) Tratamiento postoperatorio.- Consiste en los sucesivos cambios de gasa yodoformada y lavados de la cavidad quística con suero fisiológico. Este tratamiento es largo y molesto; después de una vigilancia de 20 a 30 días por parte del cirujano se deja la cavidad abierta sin nueva mecha de gasa.

Los fines de éste método son: la detención inmediata del crecimiento del quiste, gradual adquisición por parte del epitelio quístico de los carácteres del epitelio de la mucosa bucal y el aplanamiento progresivo de la pared del quiste hasta su desaparición.

METODO RADICAL DE PARTSCH (PARTSCH II).

Este método consiste esencialmente en la completa enucleación de la bolsa quística, la cavidad ósea que la aloja queda por lo tanto vacía y el mecanismo de su relleno se hace de dos maneras según las derivaciones que se hacen al método en cuestión. Estas derivaciones, de las cuales depende la regeneración ósea, son las siguientes:

a) Método de Partsch II con sutura.
b) Método de Partsch II sin sutura, obturando la cavidad ósea con distintos materiales.

Estos métodos están indicados en los quistes de un

diámetro no mayor de 3 cm. aunque algunos autores creen que- se pueden operar quistes mayores. El método con sutura solo- puede aplicarse en los quistes estériles; los quistes infec- tados deben operarse por el método abierto; la indicación se rá dada en el momento operatorio al apreciar las condiciones de la bolsa y de su contenido.

TECNICA DEL METODO DE PARTSCH II CON SUTURA

La operación consta de los siguientes tiempos:

1) Incisión.- En la región vestibular poco más o - menos a la altura de los ápices dentarios se efectúa una in- cisión con bisturí llegando en profundidad hasta el tejido - óseo. Se puede usar la insición de Newmann con la cual se ob tiene un colgajo que da mayor campo operatorio siendo perfec ta la cicatrización y no presentando trastornos en la inser- ción del colgajo al cuello de los dientes. En caso de usarse la incisión de Partsch la herida de la mucosa debe de descan sar sobre hueso sano.

2) Desprendimiento del tejido gingival y confec -- ción de los colgajos.- Con una espátula de bordes romos o -- con un periostotomo se separa el tejido gingival de su inser ción en el hueso abarcando un límite mayor que la extensión- del proceso.

En el caso de que el hueso que cubre al proceso se encuentre destruído por la invasión del quiste el desprendimiento del tejido gingival debe realizarse hasta encontrar - hueso sano; en este caso la inserción de la encía a la bolsa quística es íntima y profunda resultando una maniobra delicada el desprendimiento y separación de estos tejidos.

Una vez obtenidos los colgajos se sostienen usando un par de separadores de Farabeuf.

3) Osteotomía.- Cuando el tejido óseo que cubre al quiste está sano con o sin abombamiento de la tabla externa- se realizará la osteotomía con escoplo y martillo o con fresas quirúrgicas con irrigación de suero fisiológico.

Cuando la tabla ósea externa ha desaparecido debido al agrandamiento del quiste será suficiente agrandar con- pinzas gubias la abertura patológica creada por el proceso.

4) Enucleación de la bolsa quística.- Antes de hacer su enucleación se procederá a vaciarla teniendo esto por objeto disminuir el volúmen del quiste; esto se realiza punzando la bolsa quística con una aguja de calibre mediano y - haciendo la succión del contenido con una jeringa de vidrio.

Después de vaciado el quiste seccionamos su pared- con bisturí o con tijera y practicamos la limpieza del conte

nido quístico por medio de trozos de gasa o con un aspirador.

Se toman los bordes de la incisión de la bolsa quística con pinzas de Kocher o de Chaput (dos para cada borde) - esgrimidas con la mano izquierda. Con la mano derecha se es-- grime una espátula de bordes romos y con ella se realiza el - desprendimiento de la bolsa quística de su alojamiento óseo.

En caso de íntima fusión del paquete vásculonervioso del conducto dentario inferior con la membrana es necesa - rio efectuar una cuidadosa disección con el objeto de separar ambos elementos. Si algún resto de membrana quística queda adherida al paquete vásculonervioso en sesiones posteriores puede ser destruído con toques de cloruro de zinc al 10% o ácido tricloroacético.

La enucleación de la bolsa quística se realiza si-- guiendo en primer término sus límites superiores para dedicarnos en seguida a la porción inferior. De esta manera se consigue desprender en su totalidad la membrana quística.

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

En los quistes supurados es necesario el cuidadoso- raspado de la cavidad ósea con el objeto de eliminar hasta las partículas más pequeñas de membrana que puedan ser causa de -

una recidiva.

Se pincela luego la cavidad ósea con agua oxigenada y se efectúan toques con una solución de cloruro de zinc al - 10% con el objeto de eliminar todos los restos quísticos.

5) Tratamiento de las cavidades vecinas.- En el caso de que los quistes invadan las cavidades vecinas (seno maxilar, fosas nasales) hay que realizar el tratamiento en --- ellas modificadas en su estructura y relaciones por el avance del proceso.

6) Tratamiento del diente causante y de los dientes vecinos.- El diente causante del quiste deberá ser extraído - o se le realizará previamente a la intervención tratamiento - de conductos.

Los dientes vecinos que se hayan desviado o abierto en abanico serán tratados ortodónticamente o después de va -- rios meses de enucleado el quiste se hará la extracción de -- los mismos.

7) Tratamiento de la cavidad ósea.- Una vez enucleada la bolsa quística y realizado el tratamiento sobre las cavidades y dientes vecinos, se revisará la cavidad que alojaba al quiste. En caso de estar seca se provocará una hemorragia- ligera de las partes blandas vecinas. Algunos autores indican

espolvorear la cavidad con yodoformo o con alguna sustancia-- desinfectante.

En la actualidad usamos el oxycel (celulosa oxida-- da) para el relleno de la cavidad dejada por el quiste.

8) Sutura.- Una vez colocados los colgajos en su lugar se sutura con hilo de seda de 000 empleando puntos aislados distantes entre sí de .5 a 1 cm. La sutura debe descansar sobre base ósea firme.

9) Postoperatorio.- Terminada la operación el enfermo guardará cama en su domicilio el día de la operación por - lo menos. Los puntos de sutura se retiran al 6o. día de la intervención.

METODO DE PARTSCH II SIN SUTURA.

La intervención,consta de los mismos tiempos quirúrgicos que el método con sutura variando únicamente en los- tiempos 7o. y 8o.

7) Tratamiento de la cavidad ósea. Obturación de la cavidad ósea con materiales extraños al organismo.- Una vez- terminada la enucleación de la bolsa quística y alisados los- bordes óseos se lava la cavidad con suero fisiológico y agua- oxigenada. Se seca con gasa simple y se tocan las paredes ---

óseas con cloruro de zinc al 10%.

El labio superior del colgajo en el maxilar o el labio inferior en la mandíbula se introduce dentro de la cavidad ósea y sobre él, rellenando la cavidad, se aplica la gasa de obturación que previene una hemorragia ósea y evita la infección de la cavidad ósea, impidiendo con esta barrera la introducción de los microorganismos bucales. Para este fín se emplean la gasa yodoformada. La gasa se retira después de un tiempo variable (24 a 96 horas) dependiendo del estado de conservación de este material. En las cavidades grandes la gasa se retira en pequeños trozos proporcionales a su longitud.

8) Postoperatorio.- Se revisa al paciente a las 48 horas de la intervención. Si se creé necesario cambiar la gasa yodoformada hay que tener la precaución de impregnarla perfectamente en agua oxigenada caliente con el objeto de despegarla de la cavidad ósea evitando dolores y hemorragia.

Una vez retirada la gasa se lava la cavidad con suero fisiológico tibio, se pincela la cavidad con cloruro de zinc al 10% y se le vuelve a obturar con gasa yodoformada que se deja otras 48 horas. Esta maniobra se repite durante 5 o 6 semanas hasta que la cavidad no sangre más. Desde este momento se suspende la gasa yodoformada.

A los 20 ó 30 días la cavidad ósea está cubierta de

epitelio y con lentitud y durante largo tiempo tiene lugar su proceso de reducción.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES CON SUPURACION AGUDA.

La infección del quiste puede hacerse por vía hemática o infección local, provocando ambas la infección aguda del quiste. Este proceso puede circunscribirse a los límites de la bolsa quística o la inflamación puede alcanzar las partes vecinas; en este caso se instalan celulitis, osteitis y osteomielitis, sinusitis purulentas, tromboflebitis por propagación y otras afecciones.

En ambos casos el estado del paciente indica el cuadro de una intensa inflamación aguda: fuertes dolores locales e irradiados, tumefacción de la región, enrojecimiento de los tejidos blandos que cubren la zona donde está el quiste.

El estado general está también resentido, fiebre, decaimiento, malestar general, dolores musculares, artritis infecciosas. En estas condiciones el quiste no debe ser operado sino que se debe de tratar previamente el estado inflamatorio y algún tiempo después proceder a la enucleación del quiste.

Este tratamiento previo consiste en incisiones del quiste para drenar su contenido purulento y medicación gene -

general para mejorar las condiciones del paciente.

El drenaje del quiste puede hacerse por vía canalicular del diente causante abriendo el diente, ensanchando su conducto radicular y perforando la bolsa quística por vía del conducto con una sonda.

También puede estar indicada la extracción del diente cuando éste no tenga valor estético o funcional.

La vía gingival de drenaje lleva más rápidamente a la disminución de los síntomas inflamatorios, está indicado cuando el hueso que cubre al quiste no es muy sólido.

En quistes con intensa reacción es aconsejable practicar una ventana de drenaje por la cual se elimina el contenido quístico y se lava la cavidad con substancias antisépticas. Este drenaje se realiza previa anestesia; se toma con una pinza de Kocher la mucosa que cubre al proceso y con un bisturí se perfora la encía, periostio, hueso y membrana quística. En caso de que el hueso estuviese aún sólidamente conservado, puede ser perforado con fresas redondas. Estas ventanas de drenaje deben de realizarse de acuerdo con la futura operación; se puede introducir un tubo de goma a manera de cánula en esta ventana manteniéndola suturada al tejido gingival de la periferia de la brecha creada.

El quiste debe ser lavado gran cantidad de veces por día durante una semana por medio de un irrigador por vía canicular, siendo satisfactoria cualquier solución antiséptica.

El drenaje del quiste agudamente supurado debe realizarse en todos los casos, sólo así pueden suprimirse los -- síntomas locales y generales y preeverse males mayores.

D) P O S T O P E R A T O R I O.

El postoperatorio es el conjunto de maniobras que-- se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención y reparar los daños -- que surgen con motivo del acto quirúrgico.

El tratamiento quirúrgico de los quistes se realiza sobre un paciente ambulante y solo en contadas excepciones -- dependiendo del tipo de anestesia empleada más que de la operación misma, el paciente no requerirá ser hospitalizado.

Los cuidados postoperatorios se refieren a la herida en sí y el estado general del paciente.

TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO

HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL

Terminada la operación se deberá lavar cuidadosamen

te la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente con una gasa mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento y limpiará así sangre, saliva y restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios.

El paciente en su domicilio se hará lavados suaves de su boca 4 horas después de la operación.

FISIOTERAPIA POSTOPERATORIA.

Con gran frecuencia se emplea el frío como tratamiento postoperatorio, el papel del frío es evitar la congestión y el dolor postoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, y disminuye los edemas postoperatorios. El frío se aplica solo en los tres primeros días siguientes a la operación y se aplica bajo la forma de bolsas de hielo o toallas mojadas en agua helada por períodos de 15 minutos por 15 de descanso sobre la cara frente al sitio de la intervención.

El calor se emplea únicamente para "madurar" los procesos flogísticos y ayudar a la formación de pus, después del tercer día puede servir para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios.

CUIDADOS DE LA HERIDA.

Las heridas de la cavidad bucal cuando evolucionan normalmente no necesitan terapéutica, pero las heridas grandes deberán ser suavemente irrigadas con suero fisiológico tibio después del segundo día.

En el caso de que se tenga que extraer puntos de sutura, ésto será al 5o. o 6o. día teniendo especial atención de que la menor cantidad de hilo infectado pase por el interior de los tejidos; antes de extraer estos puntos se deberán esterilizar con un algodón mojado en tintura de yodo o de mertiolate.

TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE.

Este tratamiento debe ser practicado por el clínico que vigila al paciente en colaboración con el odontólogo, este tratamiento se refiere al mantenimiento del pulso, tensión arterial, alimentación del paciente y tratamiento general de las complicaciones postoperatorias.

Antes de despedir al paciente se le deberán dar instrucciones precisas respecto al cuidado que ha de tener en su domicilio.

Estas instrucciones se le pueden dar por escrito --

para evitarle dudas y se referirán al tipo de alimentación - que deberá ser libre completamente de todo tipo de grasas e- irritantes, al tratamiento médico que consistirá en administración de antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios y - a la conducta a seguir en caso de que se presente hemorragia o dolor.

Los pacientes deberán volver a laconsulta al día - siguiente de la operación y visitas periódicas posteriores,- y no se le dará de alta hasta que los tejidos se hayan regenerado.

E) P R O N O S T I C O

El pronóstico de estas lesiones cuando no se han - presentado complicaciones durante la intervención (Comunicaciones buconasales, bucosinusales, lesión del paquete vasculonervioso del conducto dentario inferior, paso de microorganismos a la sangre al tratar un quiste infectado provocando- una septicemia o una bacteremia, fracturas, etc.) o se hayan presentado cambios malignos en el caso de los quistes foliculares es generalmente excelente.

Estas lesiones no recidivan si la membrana quística es removida completamente.

VIII. CONCLUSIONES.

C A P I T U L O VIII.

C O N C L U S I O N E S

Existen numerosas nomenclaturas y clasificaciones de los quistes ya que cada autor los nombra y clasifica de acuerdo a su criterio y por eso se hace necesaria una clasificación universal de los quistes.

Dentro de la clasificación que aquí se presentó existen algunas entidades patológicas (mucocele, quistes óseos o seudoquistes) que no constituyen completamente un quiste verdadero por carecer de un revestimiento epitelial, pero dado que sus características clínicas y radiológicas son muy semejantes se les clasifica dentro de los quistes.

Los quistes pueden llegar a ser considerados tumores en el sentido más amplio de la palabra. Los quistes se presentan a cualquier edad en ambos sexos y sin distinción de raza. Los quistes más frecuentes son los quistes radiculares y los dentígeros.

Generalmente los quistes no presentan manifestacio

nes clínicas a no ser que presenten una infección secundaria o sean de gran tamaño.

Aunque el odontólogo de práctica general no puede tratar todos los tipos de quistes, sí debe de estar capacitado para diagnosticarlo y también para efectuar el tratamiento de algunos de ellos; en el caso de que este tratamiento no esté a su alcance poder remitir al paciente a un especialista.

En vista de que la mayoría de los quistes en sus estadios primarios se descubren casualmente al efectuar un exámen radiográfico de la zona por cualquier otra causa es importante que el odontólogo de práctica general tome una serie radiográfica como rutina al examinar a sus pacientes.

Algunas veces el diagnóstico radiográfico de los quistes se dificulta debido a que sus características radiográficas son muy similares a las de estructuras anatómicas normales (seno maxilar, fosas nasales), por eso el diagnóstico definitivo se debe realizar complementando el estudio radiográfico, la exploración clínica y el estudio histológico.

El único tratamiento efectivo para tratar estas lesiones es el quirúrgico: la marsupialización, la enucleación completa o en el caso de quistes radiculares de pequeño tamaño se puede efectuar la apicectomía y curetaje de la cavidad-

quística con buenos resultados.

Generalmente el pronóstico de estas lesiones es excelente, aunque en el caso de los quistes foliculares pueden presentarse cambios malignos. Si la membrana quística es removida completamente estas lesiones no recidivan.

IX. BIBLIOGRAFIA

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

1.- CIRUGIA BUCAL GUILLERMO A. RIES CENTENO
Editorial El Ateneo.

2.- CIRUGIA BUCAL M. H. ARCHER
Editorial Mundi.

3.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL. GUSTAVO O. KRUGER
Editorial Interamericana.

4.- APUNTES INEDITOS DE LICENCIATURA. CATEDRA DE CIRUGIA BUCAL.

5.- REVISTA F. O. NUMERO 21 VOL. IV 1978.

6.- PATOLOGIA BUCAL. K. H. THOMA
Editorial Salvat.

7.- PATOLOGIA BUCAL. S. N. BHASKAR
Editorial El Ateneo.

8.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL EDWARD V. ZEGARELLI Editorial Salvat.

9.- PROPEDEUTICA - ODONTOLOGICA. MITCHELL, STANDISH, FAST. Editorial Interamericana.

10.- DICCIONARIO MEDICO. EDITORIAL SALVAT.