

24.707



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

presentan

LUCIA MARGARITA RABAGO ROCK
NANCY NUÑEZ FIGUEROA

MEXICO, D. F.

1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE.

- CAPITULO I *Introducción.*
- CAPITULO II *Generalidades.*
- CAPITULO III *Clasificación de los quistes.*
- CAPITULO IV *Quistes Odontogénicos.*
- CAPITULO V *Quistes no Odontogénicos.*
- CAPITULO VI *Diagnóstico.*
- CAPITULO VII *Exámen Radiográfico.*
- CAPITULO VIII *Técnica Quirúrgica.*
 A).- Para Quistes de Tejidos Blandos
 B).- Para Quistes de Tejidos Duros.
- CAPITULO IX *Complicaciones Posoperatorias.*
- CAPITULO X *Conclusiones.*

1

CAPITULO 1

INTRODUCCION

Ya que la contribución del odontólogo a la salud del paciente no es exclusivamente el cuidado de los dientes, debe incluir un conocimiento de los principios de patología en relación con las enfermedades específicas de la boca.

La patología es la base del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas; el profundo conocimiento de la patología es indispensable para el estudiante de odontología y el odontólogo para tener una visión más amplia y clara de las entidades patológicas específicas que lesionan los tejidos de la boca.

Está dedicado este trabajo a una de las enfermedades específicas orales; esto es, los quistes de la cavidad bucal. y de acuerdo a esto veremos su diagnóstico y su tratamiento.

CAPITULO II

GENERALIDADES.

El quiste es una lesión crónica delimitada por una cápsula de tejido epitelial con un contenido hialino, que puede ser líquido, seroso o mucoso y su crecimiento es por presiones osmóticas; que se pueden presentar en tejidos duros o blandos.

El quiste es una bolsa o receptáculo sin abertura, provista de una membrana definida y que contiene un material líquido o semilíquido desarrollado anormalmente en un de las cavidades naturales o en el interior de un órgano.

Radiográficamente en tejidos blandos no se nota, en tejidos duros se notara destrucción de tejido óseo, se presenta una pared radionaca esclerótica de hueso que es de defensa y que se observa perfectamente delimitada, el quiste puede ser redondo u ovoide o en forma de corazón (sólo el nasopalatino)

Debido a que existen diferentes tipos de quistes, se han utilizado numerosas nominaciones. Algunas de las cuales se basan en la localización específica del quiste, como por ejemplo: - el quiste periapical, quiste radicular, indican una localización relacionada con una raíz o un apice.

Otros nombres de los quistes se basan más en la causa que en la localización, por ello utilizaremos términos como quistes infecciosos, traumáticos y de retención.

También existen quistes que reciben su nombre de acuerdo al origen del componente epitelial-celular, como los quistes de desarrollo, embrionarios, odontogénicos y no odontogénicos.

Y otros nombres usados en relación a los quistes se basan en el contenido del quiste y entre ellos se encuentra el quiste dentigero (un diente dentro de un quiste) el quiste mucoso y el quiste hemorrágico.

Una de las características más importantes en su formación es que crecen desplazando estructuras, nunca invadidas, no provoca dolor en su desarrollo, solo lo provocan cuando presionan alguna fibra nerviosa o cuando se asocian a un proceso infeccioso y no se tienen antecedentes de metástasis.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE LOS QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL.

(IRVING MEYER)

Los quistes de la cavidad oral se pueden originar en el epitelio odontogénico o bien en el epitelio no odontogénico.

De acuerdo con su origen se clasifican en la siguiente -
forma:

I.- QUISTES ODONTOGENICOS:

A) QUISTES FOLICULARES:

- 1.- Quiste primordial.
- 2.- Quiste dentífero.
- 3.- Quiste multilocular.

B) QUISTES PERIODONTALES:

- 1.- Quiste periapical.
- 2.- Quiste residual.
- 3.- Quiste lateral.
- 4.- Quiste paradontal.

C) KERATOQUISTE.

II.- QUISTES NO ODONTOGENICOS:

A) QUISTES FISURALES:

- 1.- Quistes mediales.
- 2.- Quistes globulomaxilares.
- 3.- Quiste nasoalveolar.
- 4.- Quiste nasopalatino.

B) QUISTES DE RELEACION:

- 1.- Ránula.
- 2.- Quiste de mucocelo.

C) QUISTES NO EPITELIALES O SEUDOQUISTES.

- 1.- Quiste óseo traumático:
 - a) hemorrágico.
 - b) seco.
- 2.- Cavityad ósea idiopática.
- 3.- Quistes óseo aneurimático.
- 4.- Quiste óseo latente.

D) QUISTES DISONTOGÉNICOS.

- 1.- Quiste dermoide.
- 2.- Quiste epidermoide.
- 3.- Quiste de la hendidura branquial.
- 4.- Quiste del conducto tirogloso.

CAPITULO IV

QUISTES ODONTOGÉNICOS.

Etiología.- Los quistes odontogénicos son quistes de desarrollo que se originan en los tejidos formadores del diente.

Estos quistes se pueden presentar desde la infancia hasta cualquier edad y en su crecimiento destruyen el hueso. El hueso esponjoso ofrece menos resistencia que el hueso cortical, de tal manera que su crecimiento se realiza a través de la porción medular del hueso. El hueso cortical se puede atrofiar debido a la presión y luego volverse muy delgado, semejante a una cáscara de huevo, puede llegar a quedar tan erosionado que a veces da lugar a una franca ulceración. Un quiste puede ocupar la totalidad de un segmento de la mandíbula, ensanchándola hasta el extremo de producir una distorsión facial. En general los quistes odontogénicos tienen paredes gruesas.

El quiste odontogénico puede degenerar y formar un "tumor tumoral". Se han descrito ameloblastomas y carcinomas epidermoides cuyo origen estaba en las paredes de quistes odontogénicos.

El epitelio correspondiente a cada uno de éstos quistes deriva de una de las siguientes fuentes: 1) germen dental, 2) epitelio reducido del esmalte de una corona dental, 3)

3) restos epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertwig o 4) restos de la lámina dental.

El diagnóstico de cualquiera de los quistes odontogénicos y su correcta identificación según su tipo depende del exámen microscópico del tejido, junto con el estudio minucioso de los hallazgos clínicos y radiográficos.

De acuerdo a ésta clasificación los quistes odontogénicos son los siguientes:

QUISTES FOLICULARES:

Etiología.— Los quistes foliculares se originan en los restos epiteliales de la lámina dentaria o bien del germen dentario antes de que se haya formado el esmalte o la dentina.

Los quistes odontogénicos más agresivos son los quistes foliculares; se encuentran relacionados con mayor frecuencia con los terceros molares incluidos y caninos superiores. La corona del diente se encuentra dentro del quiste.

Se dividen en tres tipos:

1.— Quiste primordial.— *Etiología.*— En los quistes primordiales el retroceso del retículoestrellado en el órgano del esmalte se verifica antes de la calcificación del

diente.

Su origen es a partir del tejido de la lámina dental, - puede ser unilocular o multilocular, donde se ve la imagen de panal de abeja, este quiste se localiza en la zona retromolar de la mandíbula, aunque podemos localizarlo en el maxilar y en otros dientes. También puede originarse en un órgano dental supernumerario, de manera que en algunos casos están todos los dientes.

Clinicamente el quiste primordial varía ampliamente de tamaño, raramente suele alcanzar un tamaño superior de 2cm. de diámetro, pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión. A veces está asociado con un diente primario persistente y el examen radiográfico revelará una zona radiolúcida en lugar de la pieza permanente subyacente. La lesión no es dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria y es raro que presente manifestaciones clínicas obvias.

Este quiste se forma en épocas tempranas de la vida, pero no puede ser descubierto hasta mucho más tarde.

Radiográficamente el quiste aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser unilocular o multilocular. Se localiza debajo las raíces dentales

entre las raíces de piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita.

Histológicamente el aspecto microscópico del quiste primordial es similar al de algunos otros quistes odontogénicos. La pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas cuya densidad es variable. En la superficie interna que mira hacia la luz, está revestido de una capa intacta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado que suele presentar paraqueratina, o a veces ortoqueratina. La presencia de células inflamatorias crónicas, en su mayor parte linfocitos y plasmocitos, mezclados con leucocitos polinucleares en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo es un hallazgo variable. No es frecuente que muestre una tendencia marcada por proliferar hacia la pared de tejido conectivo que la rodea.

Su tratamiento de éste quiste consiste en una enucleación quirúrgica con un curetaje a fondo de hueso, en particular si se produce la fragmentación del revestimiento, para asegurar la eliminación completa del epitelio. El índice de recidiva es elevado.

2.- Quiste dentígero.- Etiología.- Se originan por la alteración del epitelio reducido del esmalte después de que la corona dental se ha formado completamente, con acumula-

ción de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental.

El quiste dentígero contiene la corona de un diente que no ha hecho erupción o una anomalía dental como el odontoma. Estos quistes se desarrollan después del depósito de esmalte y probablemente son resultados de cambios degenerativos en el epitelio reducido que forma el esmalte. El hecho de que el epitelio de un quiste dentígero se inserte en el cuello de un diente es prueba de que en la mayoría de los casos el quiste está formado por el órgano del esmalte y no independiente de él.

Clinicamente éste quiste esté siempre asociado con la corona de un diente retenido. También es posible que el quiste encierre un odontoma compuesto completo o se relacione con un diente supernumerario. Las localizaciones más comunes de este quiste son las zonas del tercer molar inferior y de los caninos superiores, porque éstos son los dientes que con más frecuencia son retenidos.

Los quistes dentígeros agrandados pueden causar más desplazamiento del diente. La presión del líquido acumulado generalmente desplaza el diente en dirección apical y con frecuencia la formación de raíz no es completa.

Los quistes pueden ser formados por varios germenos

dentales actuando en conjunto y su formación es una aparición folicular múltiple. El germen del diente que nace de la lámina dental o de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del diente, puede dividirse y formar un número de folículos. Cada folículo puede formar un quiste causando la formación de los llamados quistes hijos que necesitan una exploración cuidadosa al hacer la operación. Se debe recordar que el quiste primordial o dentígero es un ametoblastoma en potencia. La formación de germenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la luz de la lesión pueden ser el principio del tumor dental.

Estos quistes de desarrollo tienden mucho a reaparecer. Frecuentemente los quistes con revestimiento epitelial queoso tienden más a la recidiva que los quistes con epitelio delgado, especialmente si son múltiples.

Radiográficamente el exámen del maxilar que tiene un quiste dentígero revelará una zona radiolúcica de alguna manera vinculada con la corona de un diente no brotado. Es posible que la corona dental no erupcionara o retenida por alguna razón esté rodeada simétricamente por ésta radiolucidez aunque hay que tener cuidado en no confundir el espacio circuncoronario o folicular normal con un quiste verdadero. En otros casos, la zona radiolúcica se proyecta lateralmente desde la corona dental, en particular si el quiste es rela-

tivamente grande o si hubo desplazamiento dental. Esta situación se suele denominar " quiste dentígero lateral ".

Histológicamente no existen características microscópicas típicas que puedan ser utilizadas con seguridad para distinguir el quiste dentígero de otros tipos de quistes odontogénicos. Se compone de una delgada pared de tejido conectivo - con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapan a la luz. La infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es común, aunque no siempre hay una causa evidente para ello. El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre.

Tratamiento.- El tratamiento de éste quiste está regido - por el tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía en su totalidad, con poca dificultad. Los de mayor tamaño que producen una pérdida ósea importante y adelgazan en forma peligrosa el hueso, suelen ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización. Este procedimiento alivia la presión y contrae gradualmente el espacio quístico por aposición periférica de - hueso nuevo. Es frecuente la necesidad de recurrir a éste - procedimiento debido al peligro potencial de fracturar el maxilar si se intentara la enucleación quirúrgica completa.

La recidiva es relativamente rara, salvo que haya habido fragmentación del revestimiento quístico y hayan quedado res

tos; cuando la lesión es un queratociste la posibilidad de recidiva aumenta notablemente.

5.- Quiste multilocular. - Etiología. - son variantes de los quistes dentígeros proceden, o bien de varios germenes dentarios que desarrollan simultáneamente una degeneración quística, o bien de la lámina dentaria que forma varios folículos adyacentes, cada uno de los cuales se convierte en quiste separado; es raro y comprende menos del 1% de los quistes foliculares.

Un quiste unilocular se puede convertir en multilocular, al producirse una degeneración quística de sus paredes, formando quistes hijos o "quistes murales"; los quistes multiloculares suelen ocupar la zona de los terceros molares, pero pueden extenderse anteriormente hasta el cuerpo, o posteriormente por la rama ascendente.

Clinicamente se manifiesta como un agrandamiento del hueso afectado; las radiografías muestran una zona con aspecto multiquístico semejantes a bombas de jabón. Comúnmente los dientes migran; la zona molar de la mandíbula constituye la localización más frecuentes.

Estos quistes pueden ser hereditarios y también pueden asociarse con otros trastornos del desarrollo tales como quistes sebáceos múltiples de la piel, deformidad de las vértebras cervicales, etc.

Estas lesiones están revestidas de epitelio escamoso estra-
tificado y sus paredes de tejido conectivo pueden presentar un
número mínimo de células inflamatorias; en algunos casos el e-
pitelio de revestimiento esta queratinizado y los quistes con-
tienen queratina.

Su tratamiento requiere de una excisión simple cuidadosa y
radical, además un raspaje.

3) QUISTES PERIODONTALES :

Etiología.- Los quistes periodontales se producen por la -
mroliferación de los restos epiteliales de Malassez. Todos -
son de origen inflamatorio, la localización generalmente está
en el ápice del diente, por lo que también se forman a lo largo
de la pared lateral y entonces se les nombra quistes laterales
A los quistes de naturaleza inflamatoria en las regiones dexien-
tadas se les dá el nombre de residuales. Esto se debe a la re-
noción incompleta de tejido patológico cuando se extrae un den-
te infectado.

Los quistes inflamatorios son el resultado de una infección
dental con necrosis de tejido pulpar y transformación degenera-
tiva en granuloma o quiste, no todos los granulomas epiteliales
degeneran en quistes; la formación de un quiste depende primero
de la disolución de la parte central del granuloma y segundo
de la trasudación del líquido a través del saco de tejido co-
nectivo con forro de epitelio hasta el exterior de la lesión. is

los quistes suelen estar revestidos de epitelio escamoso estratificado y generalmente se encuentra infiltración de células redondas y otros signos de inflamación crónica; el quiste paradontal de naturaleza principalmente inflamatoria no muestra signos de formación de neoplasmas de las células epiteliales que forran su pared.

Los quistes paradontales se clasifican en cuatro grupos:

1.- Quiste periapical.- Etiología.- Es una secuela común, pero no inevitable del paratoma periapical que se origina como consecuencia de infección bacteriana y necrosis de la pulpa, casi siempre después de la formación de una caries.

Es un quiste verdadero, pues la lesión consta de una cavidad patológica tapizada de epitelio con frecuencia ocupada por líquido, el revestimiento epitelial deriva de los restos epiteliales de Malassez que proliferan como resultado del estímulo inflamatorio en un granuloma preexistente.

El modo de formación del quiste es un fenómeno interesante, la reacción inicial que lleva a la formación de éste es una proliferación de los restos epiteliales de la zona periapical que abarca el granuloma; esta proliferación epitelial tiene un patrón de crecimiento irregular y a veces presenta un cuadro alarmante debido a la naturaleza pseudoinvasora y aspecto inflamatorio de las células.

Clinicamente la mayoría de éstos quistes son asintomáticos

y no dan indicios evidentes de su presencia. Es raro que el diente esté doliendo o sensible a la percusión. Este tipo de quiste muy pocas veces tiene un tamaño tal que destruya hueso, y menos todavía que produzca la expansión de las láminas corticales.

Este quiste representa un proceso inflamatorio crónico y solamente se desarrolla en períodos prolongados, a veces puede experimentar una exacerbación aguda del proceso inflamatorio y transformarse rápidamente en un absceso, que a su vez evoluciona hacia una celulitis o establece una fístula.

Radiológicamente es idéntico en gran parte de los casos al del granuloma apical, como es originada en un granuloma persistente puede ser de mayor tamaño que el granuloma en razón de su mayor duración.

La distinción entre granuloma y quiste tiene derivaciones endodónticas importantes, así las zonas radiolúcidas perianicales se rellenarán de hueso en evidente reparación, después del tratamiento radicular de algunos dientes.

Histológicamente el epitelio que tapiza a éste quiste suele ser del tipo escamoso estratificado, la única excepción a esto son las lesiones periapicales raras de dientes superiores que afectan el seno maxilar, algunas veces el quiste puede estar revestido de epitelio cilíndrico cilado pseudoestratificado, o de tipo respiratorio.

El tratamiento de este tipo de quistes es similar al del granuloma apical; se extrae el diente afectado y se realiza un curetaje minucioso en el tejido apical, en ciertas condiciones se puede efectuar el tratamiento endodóntico con legrado apical o apictomía de la lesión quística.

Si la enucleación quirúrgica es cuidadosa, no se presentará recidiva, si llegan a quedar restos epiteliales es posible que en esa zona aparezca un quiste residual al cabo de algunos meses o hasta años.

Este tipo de quiste puede generar un carcinoma epidermoide, pero esto es muy raro.

2.- Quiste residual.- Es resultante de un quiste radicular cuando se extrae un diente afectado y no se hace la total remoción de éste, y se dejan restos epiteliales dando como resultado un quiste residual.

Posee las mismas características microscópicas que el quiste periapical, y representa aproximadamente un 3.5% de todas las lesiones periapicales, es más frecuente en el maxilar + que en la mandíbula y en la mayoría de los pacientes se encuentra en la cuarta década de la vida.

Su tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica.

3.- Quiste lateral.- Etiología.- Hace directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente erupcionado y se han sugerido varias posibilidades para explicar como se for-

na; la explicación más aceptable para el quiste es que representa simplemente un quiste en un saco hueco con una pared de tejido merario, la predilección de éste quiste por originarse en la zona de caninos y premolares inferiores concuerde bien con la conocida frecuencia elevada de los dientes supernumerarios en la zona de premolares inferiores.

Clinicamente el quiste lateral ha sido registrado principalmente en adultos, no se ha llegado a una conclusión significativa sobre la edad específica o la predilección por sexo, la mayor parte de éstos quistes han aparecido en zonas de premolares inferiores.

Si el diente no posee otra lesión ésta tiene vitalidad, si el quiste se infecta puede asemejarse a un absceso periapical, y hasta tratar de establecer drenaje.

Radiográficamente el quiste se presenta como una zona radiolúcida en oposición a la superficie lateral de una raíz dental; por lo común la lesión es pequeña, raras veces mayor de un centímetro de diámetro, y puede o no ser, bien circunscrita. En la mayor parte de los casos, los bordes son bien definidos y a veces está rodeado de una delgada capa de hueso esclerótico.

Histológicamente el quiste es un saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido, en la superficie interna de una capa de epitelio escamoso estratificado, este epitelio suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación, a

veces el epitelio tiene un aspecto peculiar, en el sentido que las células individuales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño, intensamente teñido.

El tratamiento de este quiste será la enucleación por cirugía en lo posible sin extraer el diente afectado; si esto no fuera posible, se deberá efectuar la extracción. Es muy importante el diagnóstico debido a la similitud del aspecto de este quiste con otras lesiones más graves, como un ameloblastoma incipiente. A este tipo de quiste no se le conoce tendencia a recurrir.

4.- Quiste parodontal. - Es el más común de los odontogénicos; el revestimiento epitelial del quiste parodontal deriva de los restos epiteliales de Malassez del ligamento periodontal y no parece tener la tendencia a la transformación ameloblastomatosa que se produce en el quiste dentígero.

El tratamiento es enucleación y curetaje.

C) QUERATOQUISTE:

Es una lesión quística que se puede encontrar en cualquier zona, pero principalmente en la región molar de la mandíbula es un quiste mal encapsulado y extenso siendo muy recidivante; su diferencia histológica es porque contiene queratina.

Estos quistes presentan la queratinización del epitelio de revestimiento y se presentan en las siguientes categorías: quiste paradontal, quiste periodontal lateral, quiste dentígero

no, quiste idiopático de los maxilares y raramente el quiste periodontal apical o radicular. Los quistes del síndrome neoblasocelular son queratinizantes.

Este tipo de quiste puede originarse a cualquier edad, generalmente se localiza en la mandíbula y en la zona de los molares; entre las manifestaciones clínicas de estos quistes se halla el dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso; la lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida unilocular y multilocular, frecuentemente con un borde delgado esclerótico reaccional óseo, este borde puede ser liso u ondulado.

Los queratoquistes están separados del diente por una capa de tejido fibroso, generalmente la pared quística es delgada, salvo que haya tenido una infección; el epitelio es de tipo escamoso estratificado, con paraqueratosis u ortoqueratosis, casi siempre es muy delgado midiendo de seis u ocho células de espesor y pocas veces tiene brotes.

Es característico hallar una superficie ondulada; en raras ocasiones puede haber displasia epitelial y hasta carcinoma epidermoide. La pared de tejido conectivo muestra pequeñas islas de epitelio similar al del revestimiento; algunas de estas islas pueden ser quistes pequeños y en algunas otras ocasiones las islas de epitelio son repliegues del epitelio de revestimiento.

Su tratamiento es de eliminación por cirugía; aunque la e
radicación completa es difícil porque la pared quística es
muy delgada y se fragmenta con facilidad; el índice de reci-
diva es muy frecuente, por lo cual debe controlarse anualmen
te con radiografías durante los primeros cinco años posterior
es a la cirugía.

CAPITULO V

QUISTES NO ODONTOGENICOS.

Como su nombre lo indica éstos quistes no son odontogénicos y se forman en línea de sutura de la mandíbula y de los procesos suturales de los maxilares, de restos de células epiteliales que continúan después de la unión de los huesos faciales y ciertos procesos embrionarios. No obstante que éstos quistes son benignos, llegan a presentar recidivas cuando no se extirpan completamente.

Los quistes odontogénicos se clasifican de la siguiente manera:

A) QUISTES FISURALES:

En los maxilares se producen una cantidad de diferentes quistes óseos fisurales a los cuales por lo general se consideraba surcidos, como lo indicaría su nombre a lo largo de la línea de fusión de los diferentes huesos y procesos embrionarios; estos son quistes verdaderos y el epitelio deriva de las células epiteliales que quedan atrunadas entre los procesos embrionario de los huesos en las líneas de unión.

Se dividen en cuatro tipos:

1.- Quistes mediales.- Es un quiste de hueso que se forma en la hendidura media del paladar por restos embrionarios, se han descrito de la línea media alveolares, aunque se afirma que estos no son quistes de la línea media verdaderos ya que

Los huesos que se unen a estas regiones se originan de tejidos mesenquimatosos profundos sin oportunidad de inclusión de restos epiteliales.

Los quistes mediales se diferencian de los quistes nasopalatinos debido principalmente a su localización, ya que éstos ocurren más hacia atrás en el paladar. Los datos radiográficos son desorientadores, por la superposición de las sombras de los senos paranasales; la inyección de un material radiopaco delinera el quiste.

Su tratamiento de elección es la excisión quirúrgica, pero además se puede utilizar el método de Parrot; Estos quistes están cerca del piso de la nariz e invaden la cavidad nasal, tienen un saco de tejido conectivo cubierto por epitelio estratificado, como en otros quistes puede haber espacios de cristales de colesterol rodeados en algunos casos por células de cuerpo extraño.

2.- Quiste globulomaxilar.— Los quistes globulomaxilares son sacos forrados de epitelio que se forman en la unión de los procesos globular y maxilar entre los incisivos laterales y caninos; generalmente causan una divergencia de los raíces de estos dientes. Como otro quiste de la cavidad bucal se infectan secundariamente y sufren alteraciones inflamatorias agudas.

Radiográficamente se presenta como una zona radiolúcida pi

forme invertida, entre las raíces de los incisivos central y el canino y produce la divergencia de las raíces de éstos - dientes.

Generalmente estos dientes responden a las pruebas de vitalidad; el quiste consiste en una membrana de tejido conectivo forrado por epitelio estratificado.

Su tratamiento es quirúrgico y consiste en la excisión - cuidadosa, pero se puede utilizar el método de Partsch, generalmente los dientes adyacentes no se tocan si la operación se planifica y realiza correctamente, la mayoría de estos sanan por primera intención.

3.- Quiste nasopalveolar. - Etiología. - El quiste nasopalveolar no se encuentra dentro del hueso, es muy raro y se presenta en la parte alta del fondo del pliegue mucobucal del maxilar por encima de la zona comprendida entre el incisivo lateral y el canino, se produce por un enclavamiento del epitelio en la unión del proceso maxilar lateral nasal interno.

Clinicamente puede producir una hinchazón en el pliegue mucovestibular así como en el piso de la nariz y localizarse cerca de la inserción del ala de la nariz en el maxilar.

Radiográficamente pueden ser no visibles ya que no son lesiones centrales primariamente.

Su tratamiento de elección, es la eliminación quirúrgica,

aunque habrá que tener cuidado de no perforar ni oclatar la lesión.

4.- Quiste nasopalatino.- Etiología.- Se origina por la proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino, estructura embriológica que se compone de un conducto o cordón de células epiteliales que se halla dentro del conducto incisivo.

Clinicamente aparece a cualquier edad, incluso en el feto aunque su descubrimiento clínico se hace con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta década de la vida.

La imagen radiográfica es de gran valor al hacer el diagnóstico de los quistes nasopalatinos, sin embargo el tamaño del canal incisivo no es constante y un canal y agujeros grandes pueden dar la apariencia de un quiste, el diagnóstico de los quistes radiculares es necesario para evitar la desvitalización o extracción de éstos dientes.

Los quistes nasopalatinos no dan síntomas clínicos si no se infectan se pueden notar una descarga persistente de pus que sale bajo presión. El sondeo o la perforación generalmente deja que escape el líquido, pero vuelve a aparecer si no se quita quirúrgicamente. Los quistes nasopalatinos generalmente contienen una membrana gruesa de tejido conectivo, la cubierta varía desde el epitelio estratificado al epitelio de transición o al cilindro cilíndrico. En muchos casos hay in-

tensa infiltración inflamatoria debido a la infección secundaria de la cavidad bucal.

B) QUISTES DE REFUNCIÓN.

Estos no son solamente fisurales ni odontogénicos en desarrollo, su presencia en el tejido relacionado con los maxilares justifica su mención. Estas cavidades suelen presentar cubiertos de tejido conectivo y no epitelio, por lo que no se las considera quistes verdaderos.

Un factor etiológico común son las glándulas salivales accesorias traumáticas.

Su clasificación es la siguiente:

1.- Ránula.- Etiología.- Se le atribuye un origen traumático, es una lesión que afecta glándulas y conductos salivales, específicamente los conductos de glándulas submaxilares y sublinguales.

Es similar al mucocelo pero adquiere un tamaño mayor. Cuando llega a ser de tamaño grande la mucosa se adelgaza y el quiste presenta un color azulado, es una lesión no dolorosa, pero la lengua puede ser levantada lo que dificulta la masticación y la fonación. La rânula puede perforarse cuando se traumatiza, escurrendo un líquido mucoso que se acumula de nuevo cuando sana la lesión.

El tamaño de la rânula no puede calcularse por su aspecto dentro de la boca, esta tensa y fluctuante, pero se deprime

a la presión, pocas veces causa una tumefacción externa y raras veces se infecta, es inactiva y contiene un líquido mucosoide.

Su tratamiento es la cirugía en forma de marsupialización a veces la lesión recidiva.

2.- Mucocèle.- Etiología.- Resulta de la obstrucción de un conducto glandular salival y generalmente aparece en el labio carrillo y piso de la boca, puede también encontrarse en la porción anterior de la lengua. Se le atribuye un origen traumático.

Clinicamente es más frecuente en el labio inferior, no existe predilección por edad alguna, apareciendo por igual en todas las décadas de la vida, su distribución es igual por sexo.

La lesión se localiza a bastante profundidad en el tejido o puede excepcionalmente ser superficial, según su localización presentará un aspecto clínico variable; la lesión superficial es una vesícula elevada y circunscrita, de varios milímetros a un centímetro, o más de diámetro, con un tono azulado translúcido. La lesión más profunda se manifiesta también como una hinchazón, pero debido al espesor del tejido que la cubre, color y aspecto superficial son los de una mucosa normal.

El mucocèle se forma en pocos días, alcanza cierto tamaño y puede persistir durante meses a menos que se trate. Si se

deja enter el contenido del quiste, se verá que es un material espeso y mucinoso. Algunas lesiones remiten y se agrandan perio-
dicamente y pueden desaparecer después de un traumatismo que produce su evacuación, sin embargo casi invariablemente reci-
diva.

Histológicamente la mayor parte de quistes de retención - consisten en una cavidad circunscrita en tejido conectivo y submucosa, que produce una elevación de la mucosa con adelganzamiento del epitelio como si estuviera estirado, la cavidad propiamente dicha raras veces tiene revestimiento epitelial, y por lo tanto, no es un quiste verdadero, su pared se encuentra formada de un revestimiento de tejido conectivo fibroso comprimido y fibroblastos.

El tratamiento de éste quiste consiste en la excisión; si simplemente se incide la lesión su contenido saldrá, pero rápidamente volverá a llenarse en cuanto la incisión cicatrice después de enuclearlo hay algunas recidivas, pero esto es menos factible si también se eliminan los acinos glandulares o salivales correspondientes.

C) QUISTES NO EPITELIALES O SEUDOKUISTES:

Este tipo de lesión no son propiamente quistes, puesto que éstas cavidades intrabóseas no están revestidas de epitelio.

1.- Quiste óseo traumático. - Etiología. - Su etiología es desconocida, solamente una teoría ha sido aceptada, esta teo

ria es la de la memoria, la intraducción consecutiva a la lesión traumática.

El quiste óseo traumático es un compartimiento cerrado con una pequeña capa de tejido conectivo que no suele poder demostrarse quirúrgicamente. El quiste puede contener sangre o líquido sanguinolento o aún estar vacío; la lesión es asintomática y los dientes adyacentes conservan su vitalidad, se presenta con más frecuencia en personas jóvenes, en una edad promedio de 18 años, el sexo masculino está afectado con mayor frecuencia. Se dice que la región más afectada es la porción posterior de la mandíbula, aunque se han encontrado muchos casos en la región de los incisivos.

Radiográficamente el efecto se presenta como una zona radiolúcida festoneada alrededor de los ápices de los dientes. Algunos quistes tienen a medir un centímetro de diámetro, en tanto que otros son tan grandes que abarcan la mayor parte de la zona molar del cuerpo de la mandíbula, así como parte de la rama ascendente, es raro que los dientes se desplacen y en la mayor parte de los casos, la lámina dura está intacta.

Histológicamente se encuentra una membrana de tejido conectivo la cual es muy delgada, que tapiza la cavidad, a veces resulta casi imposible comprobar la presencia de tal membrana.

El tratamiento de esta lesión es la simple apertura de la cavidad lo cual es suficiente para formar el hueso nuevo, con

lo cuál la cavidad estara reparada.

a) Quiste hemorrágico. - Son originados por hemorragia intraosea haciendo presión al hueso, hay fluido de sangre.

b) Quiste seco. - No fluye sangre, quedando seca la pared, hay dolor, su tratamiento es curetaje del hueso.

2.- Cavidad ósea idiopática. - Etiología .- Es un defecto del desarrollo de la mandíbula. La cavidad se presenta en el ángulo de la mandíbula, o cerca del mismo, bajo el conducto dentario inferior; afecta con mayor frecuencia a mujeres, en la sexta década de la vida.

Es una lesión asintomática y se le descubre generalmente por examen de rutina, muchos de éstos casos han sido explorados quirúrgicamente encontrándose vacíos.

Radiográficamente se presenta como una zona radiolúcida - bien delimitada, generalmente situada por debajo del conducto dentario inferior, no dilata la tabla del maxilar.

Este quiste representa un defecto de inclusión formado durante el desarrollo de la mandíbula.

Por lo general no requiere tratamiento.

3.- Quiste óseo aneurinámico. - Este quiste se ha tratado también como una variación de un granuloma de células gigantes y el término tumor perióstico benigno de células gigantes también ha sido empleado.

Clinicamente suele encontrarse en pacientes menores de 20 años, sin preponderancia de sexo, encontrándose además en adultos. La mandíbula es el hueso afectado con mayor frecuencia, aunque su presencia en el maxilar también ha sido confirmado, además suele presentarse en vértebras y en huesos largos.

Las lesiones son sensibles o duelen, en particular durante el movimiento, y ésta sensibilidad llega a limitar el movimiento del hueso afectado.

Radiográficamente el cuadro de la lesión es distintivo, el hueso está expandido, aparece con un aspecto de panal o de bombas de jabón y la imagen radiolúcida es excéntrica, la cortical ósea puede estar destruída y es evidente la reacción perióstica.

El tratamiento de ésta lesión es el curetaje o la extirpación quirúrgica, aunque también se han aplicado dosis bajas de radiación; pero la posibilidad del sarcoma por radiación es una amenaza permanente y por lo tanto, la radiación de las lesiones benignas han sido seriamente discutida. La recidiva es muy frecuente en otros huesos, sin embargo, no ha recidivado ninguna lesión del maxilar.

4.- Quiste óseo latente. Se conoce con este nombre a la concavidad lingual mandibular, describiéndose como una enfermedad quística a pesar de no reunir ninguno de los requisi-

tos de éste, sin embargo generalmente se cree que se trata de un defecto congénito o del desarrollo, una depresión de la superficie lingual de la mandíbula de suficiente profundidad como para dar una imagen radiolúcida bien limitada.

Muchas veces es necesaria la exploración quirúrgica para diferenciar la concavidad lingual mandibular de otras lesiones de aspecto parecido pero anatomopatológicamente diferente, como la neoplasia benigna central, los quistes verdaderos e incluso el mieloma.

La exploración quirúrgica nos mostrará que el defecto es una depresión o concavidad de localización lingual, esta recubierta por tejidos blandos normales y puede contener tejido linfóide, musculatura estriada, tejido graso ó tejido glandular salival submaxilar. Cuando se encuentran los componentes de la glándula salival puede existir una conexión con la glándula submaxilar principal y representa un atrapamiento de tejido glandular.

Por lo general no hay signos o síntomas clínicos detectables, a veces es posible por exploración digital a lo largo de la superficie lingual de la mandíbula, palpando una depresión este dato, las características radiográficas típicas y la ausencia de manifestaciones locales o generales de enfermedad ósea son suficientes para hacer un diagnóstico de concavidad ósea lingual mandibular.

Radiográficamente se encuentra una lesión radiolúcida de uno a tres centímetros bien limitada, redonda o elíptica, homogéneamente oscura, que se localiza entre el ángulo de la mandíbula y el primer molar y casi siempre por encima o debajo del canal mandibular, su localización en la corteza inferior de la mandíbula da lugar a un festoneado o deformación de esa estructura.

D) QUISTES DYSONTOGENICOS:

Son quistes embrionarios originados en tejidos embriológicos desplazados.

Se clasifican de la siguiente manera:

1.- Quiste dermoide y 2.- Quiste epidermoide.- Etiología.- Estos quistes derivan del enclavamiento de restos de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos branquiales hioideos y mandibular.

El quiste dermoide es una forma de teratoma quístico derivado principalmente del epitelio germinal embrionario, pero en algunos casos también contiene estructuras de otras capas germinativas.

Clinicamente es un quiste que se presenta en la línea media, puede localizarse por encima o por debajo de los músculos milo hioideo y genio glosso, si está por encima de éstos músculos, la lesión se localiza en la parte anterior del piso de la boca, - pero si se haya por debajo de éstos músculos aparecerá en la li-

nea submentoniana. Por palpación se aprecia una masa de ³⁹ consistencia "masilosa" pero puede ser fluctuante, según el contenido del quiste.

A veces, éstos quistes se infectan y ocasionalmente se forman trayectos fistulosos que se abren en la boca o en la piel han sido descritos como posibles de transformación maligna.

Histológicamente varían según la complejidad de la lesión, algunos de éstos quistes se componen únicamente de una pared conectiva tapizada de la superficie interna por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado que por lo general está queratinizado.

El quiste dermoide tiene anexos propios de la dermis, en su interior como interior como pelo, uñas, dientes, y glándulas sebáceas.

El quiste epidermoide no contiene anexos.

El tratamiento para éstos quistes, es la enucleación quirúrgica, no es común que recidivan.

3.- Quiste de la heridura branquial. - Etiología.- Se produce en la zona lateral del cuello y clásicamente se describe su origen en los restos de los arcos branquiales o sacos faríngeos, sin embargo hay pruebas que indican que éste tipo de quiste no tiene relación con esa teoría; sobre esta base se discutió la aceptabilidad de la teoría de la inclusión de glándulas salivales para la histogénesis de éste quiste.

Clinicamente aparecen en adultos jóvenes, aunque pueden aparecer en la niñez temprana, son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semanas o muchos años.

Esta lesión se presenta como una masa móvil asintomática y circunscrita en la zona lateral del cuello superior, por lo común cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. La mayoría de éstos quistes se producen en el cuello, pero muchos fueron observados en el ángulo de la mandíbula, en la zona periauricular y parotídea.

Histológicamente éste quiste suele estar tapizado de epitelio escamoso estratificado, pero puede contener epitelio columnar estratificado.

El quiste propiamente dicho puede contener un líquido acuoso claro o un material mucoso gelatinoso espeso.

El tratamiento de éste quiste es por medio de la remoción quirúrgica minuciosa. Hay recidiva si se dejan restos o si simplemente se aspira o se drena la lesión.

4.- Quiste del conducto tirogloso.— Etiología.— La causa de la formación de éste quiste es desconocida, pero puede ser desencadenada por la infección del tejido linfóide en la zona de los restos del conducto tirogloso por el drenaje proveniente de una infección de los órganos respiratorios superiores.

Se localizan en la línea media y generalmente son de color obscuro. También pueden estar tan vascularizados que se pare-

cen al hemangioma. Un síntoma importante y frecuente es la hemorragia en la boca por roturas de las venas sobreyacentes.

El conducto tirogloso está en la línea que une la glándula tiroides y el agujero ciego de la lengua. El quiste o la fístula que nacen de éste conducto se localizan entre la línea media, en cualquier punto entre el istmo de la glándula tiroides y la base de la lengua. El quiste puede ser asintomático o puede causar síntomas como resultado de la presión sobre otras partes, la deglución hace que el quiste se mueva hacia arriba.

Debido al conducto tirogloso el quiste puede infectarse. En tal caso puede drenar espontáneamente pero también puede hacerse la incisión, debe quitarse antes de que ocurra la infección o después que los síntomas agudos han disminuido.

El tratamiento para el quiste del conducto tirogloso es la excisión quirúrgica radical, este procedimiento debe ser relativamente radical si se desea evitar la recidiva.

CAPITULO VI

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico es la determinación de la existencia de una enfermedad que hace el médico a la vista de los signos que advierte. El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de datos físicos, historia, valoración radiográfica, y biopsia; el examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto, pero también son necesarios otros estudios clínicos de laboratorio. No se debe hacer una biopsia inmediatamente para eliminar otros estudios, la biopsia debe hacerse cuando sus indicaciones sean bastante claras. Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial. El dolor puede ser causado por la presión del quiste sobre un nervio y así mismo puede haber parestesia. Los quistes pueden ser múltiples, cada uno de un proceso embrionario diferente.

Debido a que los quistes de los tejidos blandos del cuello se presentan muchas veces tensos, la diferencia entre el quiste y los tumores sólidos pueden ser difícil. La presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un signo de quiste más que de tumor, debido a que los quistes frecuentemente se infectan secundariamente. Sin embargo la dureza del quiste y la movilidad de los tejidos del cuello frecuentemente hacen que la fluctuación no sea un signo seguro de la presencia de líquido. La localización, movilidad, fijación, consistencia, cambios locales y enfermedades asociadas son los factores más

importantes en el diagnóstico.

En los quistes grandes de hueso que producen asimetría facial, la extensión se verifica generalmente a lo largo de la línea menor de resistencia en el hueso y en una sola dirección.

El neoplasmo verdadero suele crecer en el hueso y a través de él en todas direcciones. Los nervios, vasos sanguíneos y senos paranasales son desplazados generalmente por la presión.

CAPITULO VII

EXAMEN RADIOGRÁFICO.

El realizar un examen radiográfico nos ayudara para ver - la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes; las sombras supernumerarias pueden causar confusión - cuando parecen estar ubicadas varios dientes en la región de un quiste. Se debe hacer un examen clínico completo, incluyendo las pruebas de vitalidad; la presión de líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa - compacta de hueso en el cual está contenido el saco del quiste; esta lámina densa se vé en la radiografía como una línea blanca delgada delineando la región que contiene el quiste - radiolúcido.

El diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiográficos, ya que en muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quistes; - debido a la complejidad de las lesiones patológicas que se - pueden presentar en los maxilares y en la mandíbula estos - problemas son difíciles de diagnosticar. Los quistes general - mente tienen un contorno liso, redondo y lobular y pueden ser multiloculares; sin embargo, cuando hay infección secundaria los bordes pueden ser irregulares.

Los quistes de los maxilares son muy difíciles de ver en la radiografía debido a que se superponen las sombras de los senos paranasales; una sustancia radiopaca, como aceite yodado puede inyectarse en la cavidad quística, después de as

pinar el contenido del quiste, se utiliza una aguja grande de calibre 19 ó 20 en una jeringa de Luer de 3 a 5 cms. cúbicos después que se aspirado el líquido en la jeringa, se quita la aguja que se dejó en su lugar y entonces se inserta otra jeringa sobre la aguja, conteniendo el aceite yodado. La abertura que se ha hecho en la cavidad debe obturarse inmediatamente con un hemostático o torunda y la radiografía debe tomarse tan pronto como sea posible para evitar la salida del líquido; esta técnica también puede utilizarse para visualizar quistes de tejidos blando y conductos venosos que de otra manera no podrían verse en la radiografía.

Algunas veces se confunde una región radiolúcida pequeña e irregular con la recurrencia de un quiste, esta apariencia radiográfica puede deberse a que ambas paredes corticales del hueso están atacadas por el quiste, o que han quitado durante la excisión quirúrgica de la lesión. La regeneración completa de éstas paredes corticales es difícil y el defecto siempre aparecerá en la placa radiográfica. Aquí la victoria es importante y es bueno informar al paciente de éste dato para que lo dé a conocer cuando sea examinado por otro dentista, evitando así operaciones innecesarias en éstas regiones.

CAPITULO VIII

TECNICA QUIRURGICA.

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen dos métodos generales de tratamiento:

1.- Enucleación de todo el quiste.

2.- La operación de Paritsch o marsupialización, por lo cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.

El procedimiento quirúrgico debe basarse en sólidos principios fundamentales, estos principios incluyen la preservación del aporte sanguíneo a la región, evitar el trauma excesivo a las fibras y troncos nerviosos de la región, control de la hemorragia, técnica aséptica, manejo atraumático de los tejidos blancos, colgajo adecuado para obtener relajación suficiente que brinde un buen acceso a la región del quiste, evitar llegar a inserciones musculares y grandes vasos, suturas correctas y readaptación de los tejidos blandos; la incisión nítida, de manera que los tejidos blandos sean readaptados sobre una base ósea, siempre sana mejor y con menos dolor - nosoneratorio que cuando el tejido es desgarrado, lacerado o suturado directamente sobre un defecto del hueso.

La técnica quirúrgica que a continuación se describe comprende el tratamiento de quistes de tejido duro y de tejidos blandos:

A.- Quistes de tejidos blandos:

Los quistes de tejidos blandos incluyen los disontogénicos que ocurren principalmente en el cuello, y en los quistes de retención, mucocete y ránulas que se observan principalmente en la cavidad bucal. Las técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de los quistes disontogénicos tienden principalmente a explicar el procedimiento correcto y no la disección detallada frecuentemente necesaria en el cuello.

Quistes disontogénicos se presentan generalmente en el cuello, en la región submaxilar y submentoniana; son benignos pero necesitan disección y excisión completa para su curación.

Quistes del conducto tirogloso.- Las anomalías del conducto tirogloso deben ser tratadas por excisión quirúrgica, son inútiles las perforaciones repetidas del quiste, - salvo para aliviar la infección aguda, también están contraindicados los agentes esclerosantes y la radiación.

La excisión quirúrgica se efectúa con una incisión transversa sobre el quiste, se separan cuidadosamente los tejidos subyacentes y el trayecto fibroso se identifica y luego se sigue disecando. Inyectar un colorante para resaltar más claramente el trayecto fistuloso es inconveniente, ya que con frecuencia el colorante se difunde y tiñe otros tejidos, obscureciendo así el campo operatorio. Para facilitar la exposi

sión se separa el hueso hioides para exáminar arriba de este punto y permitir la excisión del agujero ciego que es el punto de terminación del conducto tirogloso.

Al cerrar la herida de los músculos de la lengua se juntan con puntos separados de seda o catgut crómico y los bordes - cortados del hueso hioides se aproximan con suturas a través del periostio o la fascia adyacente y se coloca profundamente en los músculos de la lengua un pequeño tubo de hule para el drenaje a través de la incisión cutánea.

Quistes y fistulas branquiales.- Al extirpar las fistulas braquiogénicas se utiliza una substancia radiopaca, como aceite yodado, y yofendilato para precisar la extensión y localización de la fistula, se puede introducir una sonda en el conducto fistuloso para facilitar su identificación mientras anda en la disección. La técnica de escalera de Bailey es útil para seguir el conducto fistuloso hasta su terminación en la pared faríngea, este procedimiento de dos fases hace mínima la cicatriz; el conducto se liga con seda fina o catgut en la entrada a la faringe y las heridas se cierran como de costumbre dejando un drenaje, el drenaje suele dejarse dos o tres días.

El mejor acceso al quiste branquiogénico es a través de una incisión centrada en la parte más saliente del quiste y paralela al borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. El quiste puede tener adherencias en importantes troncos nervio

sos y vasos por lo tanto es necesario lograr exposición adecuada al examinar el quiste, debe tenerse mucho cuidado para evitar la rotura del quiste durante la disección; cualquier error que se deje originará la recurrencia. La herida se cierra en capas y la piel se sutura de modo que se logre el mejor resultado estético, se deja un pequeño drenaje durante uno o dos días.

Quistes dermoide. - Frecuentemente es difícil hacer una distinción cuidadosa entre éstos quistes antes de la operación, pero la remoción quirúrgica es el tratamiento de elección en todos los casos; los quistes dermoides sublinguales del piso de la boca se quitan intrabucalmente.

Quistes de retención. - Generalmente son tratados por excisión simple o marsupialización, según su tamaño y localización.

Mucocelo. - El tratamiento de elección es la excisión quirúrgica completa, se hace una incisión cuidadosa a través del epitelio delgado suprayacente, suele estar tenso sobre el quiste mucoso; una incisión alternativa que preserva la membrana mucosa suprayacente, para ayudar a asir el tejido durante la enucleación del mucocelo, frecuentemente facilita la disección. Generalmente el quiste mucosico tenderá a sobresalir de su lecho de tejido blando y puede liberarse cuidadosamente usando disección roma con pinzas de hemostasia curvas, cureta, o elevador de periostio pequeño. Debe tenerse cuidado de no rom-

ner el saco, puesto que entonces la dirección sería más difícil y no se podría tener la certeza de haber eliminado el quiste en su totalidad; en este tipo de lesiones las recidivas son comunes.

Ránula.— La simple incisión y drenaje de la rânula va siempre seguida de recurrencias. La enucleación de una rânula sin romper la pared delgada es prácticamente imposible y trae muchas complicaciones importantes; una vez que el quiste se ha roto es muy difícil distinguir la continuación de la cubierta y si no se remueve en su totalidad la rânula es fácil que recidive.

La operación de Partsch o marsupialización de una rânula se considera el mejor procedimiento quirúrgico, consiste en la excisión de la pared superior de la rânula suturando la cubierta del quiste a la mucosa del piso de la boca y haciéndola continua de la cavidad bucal.

Se utiliza la siguiente técnica: Se coloca una serie de suturas alrededor de los márgenes del quiste; las suturas atraviesan la mucosa normal del piso de la boca y la pared del quiste. Cuando el quiste este bien delineado con las suturas se hace la excisión de la pared superior inmediatamente por dentro de las suturas, el fondo del quiste se eleva a su posición normal al salir el contenido líquido y se hace continuo con el piso de la boca. La membrana quística se transforma y asume las características de los tejidos adyacentes.

B.- Quistes de tejidos duros:

El acceso al quiste óseo tiene que lograrse cortando y levantando el mucoperiostio; la naturaleza del método quirúrgico depende de la localización y extensión del quiste. Si el quiste óseo es completamente enucleado ó se trata con el método de Par-tsch o sus modificaciones depende más de su tamaño y diagnóstico real del mismo. Cuando la enucleación es el método de elección el hueso subyacente tiene que quitarse con cincelos, alveoloto-nos o fresas para hueso, muchas veces el hueso es sumamente delgado y puede quitarse fácilmente con unas pinzas hemostáticas.

Frecuentemente existen erosiones a través de todo el hueso y la membrana quística se inserta al periostio o cubierta de tejido blando y tiene que ser separado de éstos, ello se complica a veces con infección secundaria y formación de un conducto fistuloso con gran cantidad de tejido cicatricial; el saco quístico tiene que ser expuesto para levantarlo cuidadosamente de su lecho óseo.

Moore ha aconsejado hacer un colgajo osteoperiostico al operar tumores y quistes de la mandíbula con cubierta ósea delgada, esta técnica consiste esencialmente en hacer a la vez una incisión a través del mucoperiostio y de la capa cortical ósea esto puede hacerse con un bisturí si el hueso es delgado o colocando un cincel afilado en la incisión del colgajo dándole unos ligeros golpes para que penetre en el hueso, entonces se levanta el hueso adherente al mucoperiostio para exponer la -

lesión quística. Este procedimiento se hace en las paredes labial y bucal de los maxilares superiores y la mandíbula, después de la remoción del quiste se regresa al colgajo a su posición original y se sutura. La conservación del hueso insertado al periostio aumenta las superficies osteogénicas del los tejidos alrededor del coágulo sanguíneo que llena la cavidad quística, esto aumenta la posibilidad de cicatrización por primera intención y también forma un mejor núcleo para la regeneración del hueso. Las fracturas que ocurren en éste hueso delgado - cuando se levanta el colgajo no son importantes siempre que los fragmentos de hueso no se separan totalmente del periostio si se desinsertan en partes se quitan y se descartan.

La cureta de hoja delgada es un instrumento adecuado para despegar la pared quística del hueso. Se debe usar la cureta más grande que se pueda introducir fácilmente en el quiste, el lado concavo de la cureta se coloca contra el hueso y se introduce con cuidado entre la pared del quiste y el hueso, se debe tener cuidado de no romper el saco quístico y permitir que salga su contenido líquido. Son esenciales una buena iluminación y la visión directa para poder determinar si se ha quitado todo el quiste. Frecuentemente en los quistes grandes se puede utilizar la punta de un aparato de aspiración para separarlos de su lecho óseo. En los quistes grandes los nervios y vasos generalmente están empujados hacia un lado y no se debe traumatizar los bordes óseos del quiste deben rasparse antes -

de suturar los tejidos blandos y cerrar la herida. La medicación antibiótica generalmente es aconsejable cuando hay inflamación o infección, el uso local de un antibiótico debe reforzarse con la terapéutica general.

La aplicación de empaques de gasa, gelfoam, o astillas de hueso depende del tamaño y localización del quiste, estos apósitos tienden a evitar el sangrado y la formación de hematomas con la disolución resultante del coágulo sanguíneo y el drenaje séptico también ayudan a la cicatrización.

El quiste pequeño de 15 a 22 mm. generalmente sana por primera intención sin provocarse complicaciones. En la cavidad se forma un coágulo sanguíneo organizado, que lleva a proliferación de tejido conectivo joven y finalmente a la formación de hueso nuevo. En la cavidad más grande la herida sana por segunda intención con oposición gradual de tejido que va obliterando el defecto. Si el método elegido es el cierre primario, deberán controlarse bien hemorragia y escurrimiento, y la herida deberá estar libre de infección, los bordes óseos deberán estar bien adecuados para permitir que los colgajos micoperiósticos se colapsen dentro de la cavidad.

Generalmente en quistes grandes se ha utilizado un apósito de sustitución en forma de gasa, productos reabsorbibles de celulosa como Gelfoam y Oxichel, astillas de hueso, yeso de Paris, y otros sustitutos iónicos.

Cuando se utiliza un apósito de gasa es bastante satisfactorio la gasa yodoformada de 1.5 a 2.5 cm. o gasa simple humedecida en bálsamo de Perú, la gasa se empaca en la cavidad para que haga presión contra cualquier punto que muestre tendencia al sangrado y generalmente se quita ya sea parcial o totalmente al quinto o séptimo día después de la operación. Si se presenta hemorragia considerable durante la operación generalmente es mejor aflojar el apósito gradualmente y quitarlo en secciones en un período de 10 a 12 días, la cavidad puede ser irrigada cuidadosamente cuando se quite el apósito y éste se pone de nuevo dos veces por semana hasta que se ha efectuado la cicatrización de las paredes óseas donde antes existía el quiste, el tiempo de curación generalmente es de 15 a 20 días.

Una cavidad quística grande también puede ser empacada con astillas de hueso que se obtienen del banco de huesos, el hueso seco congelado preparado cuidadosamente de hueso esponjoso o cortical en pequeños fragmentos puede ser empacado en la cavidad ósea, es preferible el hueso esponjoso. Se pueden incorporar antibióticos o sulfas antes de colocar en su sitio el colgajo y suturar el herida cuidadosamente. A veces algunos de los pequeños fragmentos de hueso pueden obrar como cuerpo extraño y ser exfoliados, sin embargo la mayoría de los fragmentos se conservan para servir como estructura de sostén al coágulo de sangre, también parece que existe estímulos de tejidos conectivo joven, lo que aumenta la actividad fibroblástica y osteoblastos

ticas y la velocidad de cicatrización.

La técnica de marsupialización descrita anteriormente para el tratamiento quirúrgico de la rínula, también se puede utilizar en los quistes. El quiste es "destachado" y se sutura el mucoperiostio adyacente a los márgenes de la pared quística o se mantiene en su lugar con apósitos, esto hace que la pared quística se haga continua con la cavidad bucal.

Después de levantar el colgajo mucoperiostico el hueso que está sobre el quiste se quita cuidadosamente teniendo cuidado de no penetrar en el quiste; cuando se llega a la periferia del quiste (de su cavidad) se pueden utilizar unas tijeras afiladas para cortar la membrana exuesta. Este tejido se manda al laboratorio para su examen histológico. Después que se evacúa el contenido del quiste, se permite que el mucoperiostio entre en la cavidad y se sutura a la cubierta del quiste, la aposición se mantiene con presión con apósitos de gasa.

Si se utilizan apósitos de gasa, pueden quitarse a los 7 o 10 días, pero puede ser necesario cambiarlos varias veces, si se ha hecho una gran abertura durante la marsupialización del quiste, generalmente no hay necesidad de otra cosa mientras progresa la cicatrización; si se ha hecho una pequeña ventana para obtener acceso a la cavidad quística algunos veces es necesario construir un tapón de acrílico que puede perforarse haciéndolo hueco para mantener abierta la herida mientras progresa la cicatrización, la herida puede ser irrigada para conservar la lim

pia a través de la abertura.

Al quitar la presión líquida en el hueso, ocurre la regeneración y la pared epitelial del quiste se transforma en una mucosa normal por evaginación de las regiones adyacentes. La técnica de drenaje por tubo para el tratamiento de quistes grandes aconsejada por Thomás es también una modificación del método de Partsch, se hace una pequeña abertura al quiste y se inserta una sonda blanda de polietileno o metal sujeta por ligaduras a los dientes adyacentes para mantener el drenaje, cualquiera de las sondas se adaptan fácilmente a la abertura del quiste, esta alivia la presión dentro del quiste y se hace la obliteración gradual de la cavidad por oposición de tejido blando y hueso que cierra la apertura. Se lleva a cabo la irrigación periódica a través del tubo, que puede ser acortado mientras se produce la cicatrización.

Las indicaciones para la marsupialización de un quiste incluyen los casos en que los tejidos vitales adyacentes; como los dientes pueden ser atacados si el contenido del quiste es completamente enucleado o si hay peligro de llegar a los senos paranasales adyacentes o si se quiere evitar un gran defecto óseo. También se elimina la posible aparición de parostesia por el traumatismo quirúrgico o la sección de un nervio.

Esta técnica es aplicable a gran número de quistes de la cavidad bucal, sin embargo tiene que ser utilizado con cau-

tela en las lesiones quísticas capaces de originar un tumor, en estas circunstancias se debe hacer una exposición adecuada para que la pared del quiste puede ser examinada clínicamente y en muchos casos tiene que hacerse biopsia de cualquier porción sospechosa, este tipo de lesión tiene que ser examinada frecuente y cuidadosamente después de la operación por examen clínico y radiográfico.

Algunos operadores quitan el quiste o el epitelio con una segunda operación después que se ha llevado a cabo suficiente aposición de hueso al aliviarse la presión; esto elimina el peligro de la enucleación primaria, pero hace que el paciente sufra una segunda operación.

En la operación de Pertsch la aposición de hueso para obtener una cavidad puede ocupar mucho tiempo, sin embargo; en la mayoría de los casos no existe contraindicación para hacer la reparación motética que sea necesaria, muchas veces sólo se necesita una buena higiene bucal para mantener limpia la región después que ha ocurrido epitelización normal.

CAPITULO IX

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

Las posibles complicaciones de enucleación, o marsupialización de quistes congénitos y embriológicos incluyen tumefacción, infección, formación de hematomas, traumatismos de nervios motores y sensitivos, hemorragia primaria o secundaria, fistula bucal, fractura de huesos y obstrucción de vías respiratorias. El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar lesiones que exigen disección en cuello y región submandibular.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenirlas - por un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica completa. Sin embargo, las complicaciones ocurren y conviene conocerlas para saberlas cuando se presentan.

El edema es normal y fisiológico después de procedimientos quirúrgicos en maxilares y mandíbula. La mayor parte de estas operaciones son traumáticas y la retracción prolongada de los tejidos contribuye a obstaculizar el drenaje linfático normal de la región; esto aunado con la reacción inflamatoria, produce edema y tumefacción, debe advertirse esto al paciente, - y que espere el máximo de hinchazón alrededor del segundo día posoperatorio, desaparecerá gradualmente si no hay infección secundaria ni formación de hematomas. La aplicación de frío puede utilizarse en las primeras ocho o diez horas que siguen

a la operación. Los agentes antiinflamatorios como fármacos - corticoesteroides y enzimas de plantas y animales pueden en - cientos casos, ser útiles para controlar el edema posoperato - rio, estos agentes deben ser administrados con un conocimien - to completo de sus posibles efectos secundarios y sus contra - indicaciones.

La posibilidad de infección puede ser mínima usando anti - bióticos y una buena técnica quirúrgica y siguiendo estricta - mente las reglas de asepsia, cualquier infección aguda que se presenta en éstas lesiones deben dominarse perfectamente antes de hacer cualquier intervención quirúrgica. Deben elegirse cui - dadosamente los antibióticos y se administrarán en dosis tera - péuticas, ya sea empíricamente o por pruebas de sensibilidad.

Los troncos nerviosos sensitivos generalmente están despla - zados por las lesiones quísticas y muchas veces puede separar - se la pared del quiste del nervio por disección cuidadosa. + Cuando se descubre un nervio sensitivo en una cavidad, suele ocurrir parestesia, la duración del trastorno no puede pre - decirse porque la velocidad de regeneración del nervio varía considerablemente, sin embargo, los troncos nerviosos grandes generalmente no se cortan durante procedimientos quirúrgicos cuidadosos, y suele recuperarse la sensibilidad. Los peque - ños nervios que se sacrifican en éstas regiones quirúrgicas de ordinario tienen inervación cruzada de manera que el efec - to inmediato no es notado por el paciente, debe advertirse -

al paciente de ésta complicación, y entonces puede aceptarse de ninguna manera la pérdida de la sensación, debe explicarse cuidadosamente que un traumatismo posible del quinto por efecto solamente la sensibilidad y no la función motora, de manera - que no ocurrirán cambios notables en la cara; sin embargo, para hacer la disección de tejidos blandos, debe conocerse perfectamente anatomía del nervio facial, debido a que la lesión de éste nervio motor originará parálisis.

La hemorragia primaria debe cohibirse durante la operación la secundaria generalmente ocurre cuando se ha traumatizado - un vaso de grueso calibre al operar. También puede ocurrir - por trauma inesperado de vasos neoformados, al quitar los apósitos quirúrgicos, esta complicación suele cohibirse por la - presión, deben extirparse los grandes coágulos y se buscará el origen de la hemorragia antes de aplicar la presión de una manera adecuada, algunas veces el vaso puede identificarse y ligarse.

Las fistulas buconasales o bucoantrales a veces resultan - de haber elegido mal los procedimientos quirúrgicos o de error en la técnica, también pueden ser resultado de una relación anatómica normal de alguna enfermedad con las fracturas exis- tentes, esta complicación puede evitarse con una disección culdadosa; la pared quística frecuentemente puede despegarse de otras membranas sin penetrar en cavidades nasal o ontral, el método de Partsch, cuando se puede aplicar, evitará ésta cor-

nticación, si ocurren pequeñas aberturas suele lograrse la cu
ración adecuada con sutura adecuada por sutura cuidadosa y las
 instrucciones detalladas al paciente. El cuidado posoperatorio
 es de gran importancia en muchos casos para evitar la forma-
 ción de una fístula permanente que necesita cierre secundario,
 debe evitarse la infección secundaria, se aconsejará al pacien-
 te mantener la boca abierta al estornudar o toser, para igua-
 tar la presión en los senos paranasales y evitar la fuerza ex-
 cesiva en la región donde la herida comunica con la cavidad -
 bucal.

El hueso se debilita por la presencia de un quiste, la mag-
 nitud del debilitamiento depende del tamaño y la extensión de
 la lesión. La posibilidad de fractura durante la cirugía sue-
 le ser remota, o menos que se produzca traumatismo excesivo -
 sobre hueso o que ambas tablas corticales sean muy delgadas, -
 el traumatismo, al hacer un movimiento de torsión es más capaz
 de fracturar el hueso que la presión directa. Por la naturale-
 za del quiste, que se expande primariamente en una sola dire-
 cción, es probable que éste induzca una tabla cortical que pre-
 serva la continuidad del hueso. La profilaxia es la mejor tera-
 péutica; debe utilizarse una técnica quirúrgica cuidadosa, par-
 ticularmente en los quistes que contienen dientes que no han
 hecho erupción y que son difíciles de extraer, si ocurre frac-
 tura, debe continuarse la enucleación del quiste, y después -
 se empaca bien la cavidad con apósitos de gasa o partículas -

de hueso, para mantener la posición de los fragmentos y evitar su desplazamiento, la mandíbula debe inmovilizarse. Cuando hay quistes maxilares voluminosos, debe aconsejarse al paciente que evite los traumatismos, tanto antes de la operación como después de ella, ya que un golpe puede causar fácilmente fractura en un hueso debilitado que en uno normal.

La obstrucción posoperatoria de vías aéreas puede ser consecuencia de intervenciones quirúrgicas en maxilares, lengua y cuello. Los factores contribuyentes son edemas masivo, formación de hematoma e infección. Si existe signos de respiración inadecuado, debe hacerse traqueotomía, esta debe ser, en la medida de lo posible, un procedimiento de elección y no de urgencia.

La asistencia posoperatoria adecuada es tan importante para el bienestar del paciente como el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

CAPITULO X

CONCLUSIONES.

Es de mucha importancia el que se establezca el diagnóstico correcto, debido a que existe gran semejanza desde el punto de vista clínico entre un quiste y alguna otra lesión más seria.

Debido a que la única manera de eliminación de un quiste es su extirpación quirúrgica éste será su tratamiento.

La intervención quirúrgica de cualquier quiste oral es terneraria sin un examen de la boca se debe hacer con mucho culido, no solamente enfocado en un sentido, sino en todos sus aspectos.

BIBLIOGRAFIA.

*" Patología Bucal "**S.A. Bhaskar**3^a Edición.**Editorial EL ATEAED Buenos Aires.**" Cirugía Bucal "**Gustavo O. Kruger.**4^a Edición.**Editorial Interamericana.**" Patología Bucal "**William O. Shafer, Hine, Levy.**Editorial Interamericana.**" Diagnóstico en Patología Bucal "**Edmond V. Zegarelli.**Austin H. Kutschier.**George A. Hyman.**Salvat editores, S.A.**" Cirugía Bucal Práctica "**Daniel E. Waite.**Compañía Editorial Continental*