

161
2ej



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

QUISTES

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

Elizabeth Funes Ayala

y

Alicia Osorio Membrillo



México, D. F.

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E.

	PAG.
INTRODUCCION	
CAPITULO I ELEMENTOS QUE INTEGRAN EL PARODONTO	2
a) Encia	2
b) Ligamento parodontal	4
c) Cemento	8
d) Hueso alveolar	9
CAPITULO II QUISTES	11
Clasificación de los quistes	11
CAPITULO III QUISTES DE DESARROLLO	13
A) Quistes de origen dental:	13
a) Quiste periodontal	
1. Periapical	14
2. Lateral	15
3. Residual	17
b) Quistes foliculares	17
1. Primordial	17
2. Dentígero	19
3. Multilocular	21
B) Quistes de origen no dental:	21
a) Fisurales	21
b) Nasoalveolar	21
c) Quiste de la línea media	22
d) Quiste del canal incisivo o nasopalatino.	23
e) Quiste globulomaxilar	24

	PAG.
C) Quistes de retención	24
a) Mucocele	24
b) Ránula	25
D) Quistes óseos no epiteliales	25
a) Quiste óseo solitario	25
b) Quistes óseos aneurismáticos	26
c) Cavidad ósea ideopática de Stafne	26
CAPITULO IV TECNICA DE EXTIRPACION DE QUISTES PERIAPICALES.	28
CAPITULO V TRATAMIENTO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS	33
CAPITULO VI TRATAMIENTO DE LOS QUISTES MUY EXTENSOS.	37
CONCLUSION	38
BIBLIOGRAFIA	40

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

Las lesiones constituyen un problema de gran importancia en la práctica odontológica moderna, sobre todo las que con más frecuencia se manifiestan en la cavidad bucal.

Por lo que en muchas ocasiones no son detectadas a --- tiempo debido a que carecen de sintomatologías y sólo se descubren cuando se realiza un examen radiográfico o más bien cuando hay fractura de cierta zona.

Hablaremos de los cuatro elementos que componen el parodonto: encía, ligamento parodontal, cemento y hueso, descritos de una manera general sus estructuras y componentes.

Después proseguiremos a definir lo que es un quiste, su clasificación y la descripción de cada uno de los quistes.

Se describirán los diagnósticos clínicos , radiográfico y diferencial así mismo como sus tratamientos a seleccionar ya sea desde un colgajo, suturas, cauterización, enucleación o -- bien la marsupialización.

En la elaboración de ésta tesis y la elección bibliográfica se ha tenido en cuenta, como una consideración principal, tanto las necesidades como las capacidades tanto del estudiante como la del cirujano.

ELEMENTOS QUE INTEGRAN EL PARODONTO

a) LA ENCIA.

La encía es la parte de la mucosa bucal que cubre las apófisis alveolares de los maxilares y rodea el cuello de los dientes. La encía se divide según su localización en tres:

1. Encía marginal
2. Encía insertada
3. Encía interdental

ENCIA MARGINAL

También se le llama encía libre ya que es la encía -- que rodea los dientes y se halla demarcada de la encía incertada por una depresión lineal poco profunda del surco marginal. - Tiene un ancho aproximado mayor de un milímetro, también forma la pared blanda del surco gingival y es fácil desprenderla de la superficie dentaria.

Surco Gingival.- Es un espacio poco profundo al rededor del diente, tiene forma de v, su profundidad normal es de -- 1.8 mm. con variaciones. Sus límites son por un lado la superficie del diente y por otro el epitelio que tapiza el margen libre de -- la encía.

ENCIA INSERTADA

La encía insertada ó adherida se encuentra a la altura del tercio medio y se continúa con la encía marginal. La encía - insertada es firme, resilente y estrechamente unida al cemento y hueso alveolar.

El ancho vestibular es variable dependiendo de la -- persona, por lingual en la mandíbula termina en la unión con la mucosa alveolar lingual que se continúa con la mucosa que tapiza el piso de la boca. La superficie palatina del maxilar se une im perceptiblemente con la mucosa palatina.

ENCIA INTERDENTAL

La encía interdental ocupa el nicho gival que es el espacio interproximal situado apicalmente al área de contacto - dental. Consta de dos papilas, una vestibular y una lingual y el col. Este último es una depresión que conecta las papilas y se adapta a la forma del área de contacto interproximal, Las papilas interdenciales tienen forma piramidal, la superficies vesti-

bulares y linguales se afinan hacia la zona de contacto y son ligeramente cóncavas.

En la encía marginal existe un grupo importante de haces - de fibras colágenas, denominadas fibras gingivales las cuales tienen sus funciones como la de mantener la encía marginal firmemente adosada al diente, proporcionar la rigidez necesaria para soportar las fuerzas de la masticación y unir la encía marginal libre con el cemento de la raíz y la encía insertada. Estas fibras se dividen en:

- a) Fibras dentogingivales.- Que van del diente hacia la encía sobre todo a la altura del margen.
- b) Fibras crestogingivales.- Van de la punta de la cresta del hueso hacia la encía margen y punta de la papila.
- c) Fibras circulares.- No tienen inserción propia y se encuentran rodeando al diente de manera de anillo.
- d) Fibras transeptales.- Van del cemento de un diente al cemento del diente vecino.
- e) Fibras dentoperiostiales.- Van del cemento del cemento del diente hacia el periostio, su localización es entre la punta de la cresta del hueso y la punta de la papila.

VASCULARIZACION Y NERVIOS.

Hay tres fuentes de vascularización de la encía:

1. Arteriolas supraperiosticas a lo largo de la superficie vestibular y lingual del hueso alveolar desde las cuales se extienden capilares.

2. Vasos del ligamento periodontal, que se extienden hacia la encía y se anastomosan con capilares en la zona del surco.

3. Arteriolas de la cresta del tabique interdental, se extienden en sentido paralelo a la cresta ósea para anastomosarse con vasos del ligamento periodontal.

Las características normales de la encía nos la proporciona el color, textura, consistencia, tamaño y contorno.

COLOR

El color varia según las personas y se encuentra relacionado con la pigmentación cutánea.

Por lo general, el color de la encía insertada y marginal se describe como rosado coral y esto es producido por el --

aporte sanguíneo el espesor y grado de queratinización del epitelio.

TEXTURA

Presenta una superficie lobulada finamente, como una cáscara de naranja y se dice que es punteada. La forma y la extensión del punteado varían de una persona a otra así como también varía con la edad.

CONSISTENCIA

La encía es firme y resiliente, está fuertemente unida al hueso. Las fibras gingivales contribuyen a la firmeza del margen gingival.

TAMAÑO

El tamaño nos la da la suma del volumen de los elementos celulares e intercelulares y su vascularización.

CONTORNO

El contorno y la forma es muy variable ya que depende de la forma de los dientes su alineación en el arco, la localización del área de contacto proximal y de las dimensiones de los nichos gingivales.

b) LIGAMENTO PARODONTAL

Se define como un tejido conjuntivo que rodea la raíz del diente, la une al alveolo óseo, se encuentra en continuidad con el tejido conjuntivo de la encía y se comunica con los espacios medulares a través de los canales vasculares del hueso.

FUNCIONES DEL LIGAMENTO PARODONTAL

Las funciones del ligamento parodontal se mencionan a continuación:

- a) Formativa
- b) Física (soporte y protectora)
- c) Nutritiva
- d) Sensitiva

Función Formativa.- Es realizada por los cementoblastos y los osteoblastos, las cuales son células derivadas de la membrana periodontal y tienen la función de formar cemento y hueso.

Función Física.- Está dada por cinco aspectos fundamentales que son:

1. Transmisión de fuerzas masticatorias al hueso.
2. Unión del diente al hueso.
3. Mantiene los tejidos gingivales en correcta relación con los dientes.
4. Disminuye el impacto de fuerzas externas o

- bien absorción de los golpes.
5. Protege a los vasos y nervios contenidos blandos para evitar lastimarlos por las fuerzas mecánicas.

Función Nutritiva Sensorial.- Esta función comprende el aporte de sustancias nutritivas y la remoción de productos de deshecho de los otros tejidos del parodonto por los vasos sanguíneos y linfáticos.

La inervación del ligamento parodontal provee un sentido propioceptivo que localizará los estímulos externos y los transmitirá a los dientes individuales.

El Desarrollo del Ligamento Parodontal.

El ligamento parodontal deriva del saco dentario que envuelve al germen dentario en desarrollo.

Existen tres zonas al rededor del germen dentario:

1. Una externa que contiene fibras en relación con el hueso.
2. Una interna de fibras contiguas al diente .
3. Una intermedia de fibras sin orientación especial .

Durante la formación del cemento, las fibras de la zona interna se unen a la superficie de la raíz. Conforme el diente se desplaza en la cavidad bucal se verifica la orientación de las fibras.

Una vez que el diente ha alcanzado el plano de oclusión y la raíz está totalmente formada se obtiene una orientación funcional completa de las fibras.

ELEMENTOS DEL LIGAMENTO PARODONTAL

El ligamento parodontal está compuesto por haces de fibras y células del tejido conectivo, restos epiteliales, vasos sanguíneos y nervios.

Las fibras principales del ligamento parodontal son colágenas blancas del tejido conjuntivo. Estas fibras están insertadas en haces y siguen una dirección ondulada desde hueso hasta cemento, permitiendo un ligero movimiento del diente durante la masticación.

Los haces de fibras están ordenados de manera tal -- que se dividen en los ligamentos siguientes:

1. Ligamento Gingival
2. Ligamento Interdentario ó transeptal.
3. Ligamento Alveolo Dentario .

Las fibras del ligamento gingival unen la encía al cemento, los haces de fibras se dirigen hacia afuera, desde el espesor de las encías libre y adherida.

Las fibras del ligamento interdentario o transeptal conectan los dientes contiguos. Estos ligamentos corren desde el cemento de un diente, sobre la cresta del alveolo, hasta el cemento del diente vecino.

Las fibras del ligamento alveolo dentario unen a el diente al hueso del alveolo. Se dividen en cuatro grupos de haces:

1. Grupo de la cresta alveolar.
2. Grupo horizontal.
3. Grupo oblicuo.
4. Grupo apical.

Grupo de la cresta alveolar.- Se extiende desde la cresta del proceso alveolar y se unen por si mismo en la región cervical del cemento. Su función es la de balancear el empuje coronario de las fibras más apicales y así ayudar a retener el diente dentro de su alveolo.

Grupo horizontal.- Se extienden en ángulo recto al eje mayor del diente desde el cemento hasta el hueso alveolar.- Su función es igual a la del grupo anterior.

Grupo oblicuo.- Se extiende desde el cemento en dirección coronaria oblicuamente hacia el hueso. Su función es la de soportar el embate de las fuerzas masticatorias verticales transformándolas en tensión sobre el hueso alveolar.

Grupo apical.- Se extiende de la región apical de la raíz hasta el hueso que la rodea. Su función consiste en proteger el paquete vasculonervioso.

FIBROBLASTOS

Forman la mayor parte de las células del ligamento parodontal. Son células largas, delgadas, estrelladas del tejido conjuntivo cuyos núcleos son grandes, de forma oval. Se localizan entre las fibras y su papel es activo en la formación y mantenimiento de las fibras principales.

VASOS SANGUINEOS

Son ramas de las arterias y venas alveolares inferiores y superiores, penetran al ligamento en tres direcciones:

1. Al nivel del fondo alveolar, a lo

largo y junto con los vasos sanguíneos que nutren a la pulpa.

2. A través de las paredes del hueso alveolar constituyendo el grupo de vasos sanguíneos más numerosos.
3. Ramas profundas de los vasos gingivales que pasan sobre la apófisis alveolar.

VASOS LENFATICOS

Siguen la misma distribución de los vasos sanguíneos.- La linfa circula desde el ligamento parodontal hacia el interior del hueso alveolar vecino.

NERVIOS

Por lo general siguen el mismo curso de los vasos sanguíneos. Son ramas sensoriales que derivan de las segundas y terceras divisiones del V paracraneano, además el ligamento posee la capacidad Propioceptiva de localizar el grado y la dirección de la presión .

RESTOS DE MALASSEZ

Son pequeñas islas o cordones de células epiteliales - que descansan cerca del cemento pero sin ponerse en contacto con éste.

OSTEOBLASTOS

Son células localizadas en el ligamento parodontal, sobre la superficie del hueso alveolar, en regiones donde está ocurriendo la neoformación del hueso .

OSTEOCLASTOS

Se observan limitando a la porción de hueso que está siendo absorbida, se originan por la fusión de células mesenquimatosas indiferenciadas del ligamento parodontal. Se cree que producen una sustancia que disuelve el material orgánico del tejido óseo y producen agentes químico capaces de disolver las sales de calcio.

CEMENTOBLASTOS

Son células de tejido conjuntivo encontrado sobre la superficie del cemento, son cuboidales, grandes, provistos de un núcleo esférico u ovoide cuya actividad se manifiesta durante la formación de nuevas capas de cemento.

CEMENTOCLASTOS

Son abundantes en el caso de resorción del tejido cementoso.

c) CEMENTO

Es un tejido especializado, calcificado, mesodérmico, tejido de hueso modificado que cubre la raíz anatómica de los dientes y proporciona un medio para la unión de fibras que unen al diente con las fibras del ligamento parodontal.

DESARROLLO DEL CEMENTO

La formación del cemento se inicia en las primeras -- fases de la erupción del diente y se debe a células mesenquimatosas diferenciadas, es decir, los cementoblastos, ésta formación es posterior a la de la dentina, se hace por capas superpuestas a expensas de la parte interna del fólculo o saco dentario.

La formación de cemento es un proceso continuo de aposición ésta continuo aposición diferencia el cemento del hueso, aunque su composición química es similar, a diferencia de la continua resorción y formación de hueso.

FUNCIONES DEL CEMENTO

Las funciones del cemento son las siguientes:

- a) Anclar el diente al alvéolo óseo por la conexión de las fibras del ligamento parodontal.
- b) Compensar mediante su crecimiento, - la pérdida de sustancia dentaria consecutiva al desgaste oclusal.
- c) Contribuye mediante su crecimiento - a la erupción continua de los dientes.

ESTRUCTURA

Desde el punto de vista morfológico se diferencian dos tipos de cemento que son:

1. Cemento celular
2. Cemento acelular

Cemento Celular.- Se encuentra en la porción apical, continuándose con el cemento acelular.

Este cemento contiene células llamadas cementositos - que se encuentran en los espacios llamados lagunas.

Cemento acelarar.- Cubre a la dentina radicular desde la unión cemento esmáltica hasta el vértice o bien antes de llegar al tercio apical de la raíz, es más delgado a nivel de la unión cemento esmáltica y es gruesa en su vértice, y consiste -- únicamente de sustancia intercelular calcificada y contiene fibras de Sharpey incluidas.

d) HUESO ALVEOLAR

El hueso alveolar se forma durante el crecimiento fetal por osificación intermembranosa se compone, de una matriz -- calcificada con osteocitos encerrados dentro de espacios denominados lagunas.

En la composición del hueso está principalmente el calcio, y el fosfato junto con hidroxilos, carbonatos, citratos y de iones como sodio, magnesio y flúor.

Las sales minerales están en forma de cristales de -- hidroxiapatita, la matriz orgánica se compone principalmente de colágeno, fosfoproteínas, lípidos y proteoglucanos. También -- contiene células como el osteocito, osteoclasto y osteoblastos.

El hueso alveolar es el hueso que forma y sostiene -- los alveolos dentales, se compone de la pared interna de los -- alveolos, el hueso alveolar de sostén, que consiste en travécu las esponjosas y tablas vestibular y lingual.

El tabique interdental consta de hueso esponjoso de sostén encerrado dentro de ciertos límites compactos.

PARED ALVEOLAR

La pared del alveolo está formada por hueso laminar el cual limita el ligamento periodontal por lo que se le da el nombre de hueso fasciulado, este hueso se reabsorbe gradualmente en el lado de los espacios medulares y es remplazado por hueso laminar.

VASCULARIZACION Y NERVIOS

El aporte sanguíneo proviene de vasos que ramifican -- de las arterias alveolares superior e inferior, estas arteriolas entran en el tabique interdental en el seno de conductos -- nutricios junto con venas, nervios y linfáticos. Las arteriolas dentales también ramas de las arterias alveolares van a través del ligamento periodontal y algunas ramas pequeñas entran en los pequeños espacios del hueso por las perforaciones de la -- lámina cribiforme .

TABIQUE INTERDENTAL

Se compone de hueso esponjoso limitado por las paredes alveolares de los dientes vecinos y las tablas corticales vestibular y lingual.

En sentido mesiodistal la cresta del tabique es paralela a una línea trasada entre la unión amelocementaria de los dos dientes vecinos. La distancia promedio entre la cresta del hueso alveolar y la unión amelocementaria en la región anterior inferior en jóvenes varía de 0.96 y 1.22 mm. y con la edad esta distancia aumenta.

CONTORNO DEL HUESO ALVEOLAR EXTERNO

El contorno óseo se adapta a la prominencia de las raíces y a las depresiones verticales intermedias, que convergen hacia el margen.

De tal forma que el contorno va a variar según el paciente así como también con la alineación de los dientes en el maxilar o en la mandíbula.

CAPITULO II

QUISTES

QUISTE

Es una cavidad que se presenta en los tejidos -- blandos o duros con un contenido líquido, semilíquido o caseoso.

Está rodeado por una pared de tejido conjuntivo - y suele tener un revestimiento epitelial. El volumen del contenido líquido es importante en relación con el tamaño de la masa total de tejido.

CLASIFICACION DE LOS QUISTES

Los tipos de quistes que pueden presentarse en la cavidad bucal en la cara y en el cuello son:

- a) Quistes congénitos
 - 1. Tirogloso
 - 2. Branquial
 - 3. Dermoide
- b) Quistes de desarrollo
 - 1. De origen no dental
 - a) Tipos de hendidura
 - 1. Nasoalvolares
 - 2. En la línea media
 - 3. Del canal incisivo (Nasopalatino)
 - 4. Globulomaxilares
 - b) De retención
 - 1. Mucocele
 - 2. Ránula
 - 2. De origen dental
 - a) Periodontales
 - 1. Periapical
 - 2. Lateral
 - 3. Residual
 - b) Foliculares
 - 1. Primordial
 - 2. Dentígero
 - 3. Multilocular

c) Quistes óseos no epiteleales

1. Quiste óseo solitario
2. Quistes óseos aneurismáticos
3. Cavidad ósea udeiopatuca de Stafne.

CAPITULO III

QUISTES DE DESARROLLO

A) QUISTES DE ORIGEN DENTAL

a) QUISTES PARODONTALES O PERIODONTALES

Está formado por restos epiteliales o de ligamento parodontal. Todos son de origen inflamatorio, se localizan generalmente en el ápice del diente, a estos se les llama quistes radiculares, o bien se pueden formar a lo largo de la pared lateral recibiendo el nombre de quistes laterales.

Los quistes de naturaleza inflamatoria en las regiones desdentadas, se les da el nombre de quistes residuales. Estos quistes se deben a la remoción incompleta del tejido patológico cuando se extrae un diente infectado.

Los quistes inflamatorios son el resultado de una infección dental con necrosis de tejido pulpar y transformación degenerativa en granuloma o quiste.

No todos los granulomas epiteliales degeneran en quistes.

La formación de un quiste dependerá primero de la disolución de la pared central del granuloma y en segundo de la trasudación del líquido a través del saco de tejido conectivo con forro de epitelio hasta el interior de la lesión.

Estos quistes suelen estar revestidos de epitelio escamoso estratificado y generalmente se encuentran infiltraciones de células redondas y otros signos de inflamación crónica.

El quiste pequeño parodontal muchas veces puede ser enucleado a través de la pared del alveolo después de quitar el diente atacado.

Sin embargo, es mejor hacer un colgajo para extirparlo desde la cara labial o bucal. Esto da una mejor visibilidad de la región patológica y permite una remoción más completa de todo el tejido quístico.

Los quistes parodontales grandes suelen afectar - varios dientes y es de suma importancia que los dientes vitales no sean extraídos innecesariamente.

Esta superposición como se ve en el estudio radiográfico puede extenderse bucal, labial o palatinamente en dientes aparentemente atacados y en éstos casos, al extirpar el quiste pueden sacrificarse dientes sanos.

Los quistes inflamatorios sufren infección crónica y forman fístulas a través de la pared alveolar hacia el mucoperiostio suprayacente. En algunos casos el agrandamiento del quiste es tal que todo el hueso sobreyacente desaparece y la pared quística se adhiere al mucoperiostio.

En estos casos se realizará un colgajo mucoperiostico en el cual se debe separar cuidadosamente la pared del quiste del tejido blando que cubre al hueso.

Los quistes muchas veces suelen ser removidos incompletamente debido a que se localizan en regiones poco accesibles o bien que las raíces de los dientes adyacentes pueden impedir su acceso quirúrgico.

1. QUISTE PERIAPICAL

Es un saco con cubierta de epitelio que contiene líquido o exudado inflamatorio semisólido producto de la necrosis. Se cree que el quiste periapical nace de un granuloma dental, los restos de las células epiteliales de Malassez atrapados en el granuloma proliferan y se forma una región central de lisis y el epitelio en proliferación se convierte en una membrana encapsuladora.

La desintegración celular dentro del quiste causa una difusión de líquidos hacia la cavidad quística dando como resultado la tensión. El aumento de la presión hace que el hueso periférico al rededor de la cavidad del quiste, lo identifiquemos radiográficamente como un halo hiperostótico que aunque en ocasiones no rodea totalmente el quiste, nos ayuda a dar un diagnóstico.

TRATAMIENTO

La lesión periapical crónica puede presentar exacerpciones. El tratamiento de la fase aguda es similar al de las infecciones agudas primarias, las infecciones crónicas están complicadas por la presencia de la lesión patológica organizada original. Se pueden aplicar varias reglas.

A continuación se describen dichas reglas:

-- Si el paciente tiene un estado agudo con elevación de temperatura, hinchazón y malestar, es necesario producir un nivel antibiótico terapéutico durante cuatro o seis días antes de extraer el diente culpable. Esto da tiempo para la llegada de los antibióticos a los tejidos. A veces es necesario hacer una incisión y drenaje.

-- En presencia de una infección aguda en el alveolo y en la región periapical no debe hacerse el cureteado después de la extracción pues quizás evitaría que la inflamación fuera circunscrita por mecanismos de defensa.

-- La región periapical patológica debe curetarse después de la extracción del diente.

-- Si la radiografía muestra una región periapical patológica y si se va a llevar a cabo la conductoterapia esta debe de ir seguida de un cureteado de la región periapical, o de la remoción de la pared quística periapical. Hay una excepción, si existe una obturación del conducto radicular correctamente impactado hasta el ápice del diente y si esto se ha hecho en los días que siguen, a una fase aguda, la inflamación periapical desaparece sin tratamiento.

-- Si la destrucción periapical ataca más de un tercio de la longitud de la raíz, se estima que no se debe de intentar salvar al diente con la conductoterapia.

-- Si el conducto ha sido obturado insuficientemente o excesivamente se debe de hacer la apicectomía. La porción no obturada del conducto obra como fuente de proliferación de bacterias y por lo tanto constituye una fuente de irritación.

La sobre obturación del conducto provoca reacción del cuerpo extraño.

-- Si la obturación del conducto se hace correctamente, la apicectomía no es esencial, pero muchas veces facilita la remoción completa de cualquier resto del quiste.

2. QUISTE LATERAL

Estos nacen directamente en el ligamento parodontal lateral de un diente brotado. Se originan también como --

causa de una inflamación crónica de la membrana periodontal que contiene restos epiteliales de Malassez.

La predilección de este quiste por originarse es en la zona de caninos y premolares inferiores.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La mayor parte de los quistes no han presentado signos o síntomas clínicos, ya que se han descubierto durante exámenes radiográficos dentales de rutina. A veces, cuando el quiste se localiza en la superficie vestibular de la raíz, -- puede haber una pequeña masa perceptible, pero la mucosa suproyacente es normal.

Si el quiste se infecta, puede semejarse a un absceso periodontal lateral, y hasta tratar de establecer el drenaje.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se revela al quiste periodontal lateral como una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de una raíz dental.

La lesión es pequeña por lo común, rara vez mayor de un centímetro de diámetro y puede o no ser circunscrita. En la mayor parte de los casos, los bordes son definidos y a veces está rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El quiste es un saco hueco con una pared de tejido conjuntivo 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 aspecto peculiar, en el sentido que las células individuales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño.

TRATAMIENTO

El quiste ha de ser enucleado por cirugía en lo posible sin extraer el diente afectado.

3. QUISTE RESIDUAL

Se origina después de la extracción dental o se forma ulteriormente, puede semejar un quiste folicular simple y la diferenciación es, en realidad un problema, debe hacerse un diagnóstico definitivo, ya que el quiste folicular tiene capacidades ameloblásticas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El quiste es una pared de tejido conjuntivo fibroso la cual, por lo general, es moderadamente vascular, puede estar infiltrado por elementos de inflamación crónica, aguda o subaguda. En ocasiones habrá cristales de colesterol, células gigantes de cuerpo extraño, corpúsculos de Russell y pigmentos sanguíneos.

El interior suele estar revestido de epitelio escamoso estratificado, cuyo grosor varía, existen numerosos variantes sobre todo en relación con la membrana de revestimiento que en ocasiones puede ser ciliada, cúbica y aún cilíndrica, sin que influya la localización de la lesión, ya sea en el --maxilar o en la mandíbula.

En ocasiones la pared de revestimiento provoca una producción exagerada de queratina, que hace que la lesión parezca dermoide el cual solamente se diagnostica por su localización, la presencia de queratina, glándulas sebáceas y folículos pilosos. No deben confundirse el epitelio hiperplásico con una alteración maligna, ni tampoco con alteraciones --amenoblásticas.

TRATAMIENTO

Implica la extirpación quirúrgica completa de todos los elementos epiteliales.

PRONOSTICO

El pronóstico es excelente. La extirpación completa del quiste da por resultado la curación, sin embargo debe esperarse residiva si una porción de la membrana de revestimiento no es extirpada. Las residivas pueden afectar grandes porciones de los maxilares o invadir otro diente.

b) 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.

1. QUISTE PRIMORDIAL

Este quiste es de los menos comunes y se forma por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado

del órgano del esmalte antes que se forme esmalte o dentina calcificada. Por esta razón el quiste primordial se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado con él.

También puede originarse en un órgano dental supernumerario, de manera que en algunos casos están todos los dientes.

Los quistes primordiales se diferencian de los -- quistes periodontales y dentígeros en que no contienen elementos calcificados. En los quistes primordiales el retroceso -- del retículo estrellado en órgano del esmalte se verifica antes de la calcificación del diente.

La palabra primordial implica una estructura más sencilla y menos desarrollada, el quiste está forrado por un epitelio escamoso estratificado y puede ser locular, multilocular o múltiple.

Los quistes odontogénicos como los quistes primordiales se forman del epitelio bucal primitivo y por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma. En estos quistes las células epiteliales tienen capacidad neta de desarrollar neoplasma.

Con la excepción de la ausencia de la estructura dental en el período de desarrollo, cuando los cambios quísticos pueden verificarse, estos quistes primordiales dentígeros son idénticos en todo lo que respecta al tratamiento quirúrgico y diagnóstico.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El quiste primordial varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes.

La lesión no es dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria, y es raro que se presente manifestaciones clínicas obvias.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional que puede ser unilocular o multilocular. Se localiza debajo de las raíces dentales, entre las raíces de piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde en lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de un tercer molar superior o inferior.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La pared se compone de fascículos paralelos de - fibras colágenas. 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. Esta queratina tiene una superficie acanalada. El epitelio aunque de grosor variable consta de solo cuatro a ocho células de espesor, sin brotes epiteliales bien definidos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de este quiste consiste en su enucleación quirúrgica con un cureteado a fondo del 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 DENTIGERO

Se origina por alteración del epitelio reducido del esmalte después que la corona dental se ha formado completamente, con acumulación del líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental.

Los quistes dentígeros agrandados pueden causar gran desplazamiento del diente y con frecuencia la formación de la raíz no es completa. Los quistes dentígeros pueden encontrarse en cualquier parte de la mandíbula o maxilar, pero se localizan más frecuentemente en ángulo de la mandíbula, región de caninos, terceros molares superiores, cavidad antral y piso de la órbita.

Los quistes pueden ser formados por varios gémenes dentales actúan en conjunto y su formación da una apariencia 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, debe recordarse que el quiste dentígero es un amonoblastoma en potencia.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Este quiste está siempre asociado con la corona de un diente retenido. Las localizaciones más comunes de --

este quiste son las zonas del tercer molar inferior y de los caninos superiores por ser los dientes que con más frecuencia son retenidos. El quiste dentífero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la consiguiente asimetría facial, gran desplazamiento de dientes, resorción intensa de las piezas adyacentes y dolor.

La lesión quística en un tercer molar inferior retenido puede producir el ahuecamiento de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se presenta como una zona radiolúcida de alguna manera vinculada con la corona de un diente. El quiste dentífero es una lesión multilocular lisa, pero a veces puede presentarse uno con aspecto multilocular. En realidad todos los compartimientos están unidos por una membrana quística continua.

En ocasiones la zona radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica que representa la reacción ósea.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la luz.

La formación de brotes epiteliales suele faltar excepto en los casos que hay infección secundaria. La superficie del epitelio está cubierta de una delgada capa acanalada de paraqueratina u ortoqueratina.

La infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es común. El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre.

TRATAMIENTO

El tratamiento de este quiste está regido por el tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía, 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 necesario recurrir a este procedimiento debido al peligro potencial de fracturar el maxilar si se intenta -- enucleación quirúrgica completa. La residiva es relativamente rara, salvo que haya habido fragmentación del revestimiento - quístico y hayan quedado restos.

3. QUISTE MULTILOCULAR

Son variantes de los quistes dentígeros proceden de varios gérmenes dentales 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 una cavidad separada formando los llamados quistes hijos que necesitan una cuidadosa exploración al hacer la operación.

Los quistes multiloculares suelen ocupar las zonas de los terceros molares inferiores pero pueden extenderse anteriormente hacia el cuerpo de la mandíbula o posteriormente hacia la rama de la mandíbula.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se presenta como una zona radiolúcida que asemeja pompas de jabón.

B) QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL

a) QUISTES FISURALES

Se producen cuando falla la fusión ósea en la época del desarrollo embrionario el epitelio o restos epiteliales quedan englobados durante la fusión y más tarde comienzan a proliferar para dar lugar a la formación de un quiste.

b) QUISTE NASOALVEOLAR

Se forma en la unión de los procesos globular, lateral, nasal y maxilar superior.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Produce una hinchazón en el pliegue mucovestibular así como en el piso de la nariz, produce tumefacción en la -- inserción del ala de la nariz y al crecer invaden la cavidad nasal.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Los quistes suelen estar cubiertos por epitelio de tipo nasal, pero también pueden contener algunas células escamosas estratificadas. Al observarse clínicamente, pueden confundirse con quistes de origen dental o abscesos alveolares, - dentales en dientes anteriores superiores.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Los registros radiográficos son negativos debido a que estos quistes no son lesiones centrales del hueso.

TRATAMIENTO

Consiste en la escisión quirúrgica completa. El -- quiste se quita intrabucalmente por una incisión cuidadosa de la membrana sobreyacente.

c) QUISTE DE LA LINEA MEDIA

Es un quiste de hueso que se forma en la hendidura media del paladar por restos embrionarios.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es con frecuencia asintomático, hasta que la acen-- tuada inflamación causa expansión del hueso o se infecta en segundo lugar.

Estos quistes se descubren en forma accidental -- durante una exploración radiográfica habitual. Los quistes - de mayor tamaño igual que los que se han infectado suelen des-- cubrirse por sus signos clínicos.

Pueden mostrarse con una base redondeada, superficie lisa situada en cualquier lugar a lo largo de la línea media del paladar.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Tienen un saco de tejido conectivo cubierto por epitelio estratificado.

TRATAMIENTO

La escisión quirúrgica de estos quistes es el tratamiento de elección, pero se pueden utilizar el método de Partsch.

δ) QUISTE DEL CANAL INCISIVO O NASOPALATINO

Los quistes se originan de los restos epiteliales de los conductos nasopalatinos vestigiales.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La mayoría son asintomáticos. Se observa una protuberancia en la línea media del paladar, en la parte anterior y a la palpación es fluctuante.

Si se infectan se puede notar una descarga persistente de pus que sale bajo presión.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Contienen una membrana gruesa de tejido conectivo. La cubierta varía desde el epitelio estratificado al epitelio cilíndrico ciliado.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se localiza en el conducto o abajo del agujero nasopalatino y con frecuencia presenta aspecto característico en forma de corazón.

TRATAMIENTO

Se realizará la extracción quirúrgica en caso de que haya un agrandamiento radiográfico anormal de la fosa.

e) QUISTE GLOBULOMAXILAR

Son sacos forrados de epitelio que se forman en la unión de los procesos globular y maxilar entre los incisivos laterales y caninos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Aparecen como una lesión radiolúcida piriforme, -- produce una divergencia entre las raíces de los dientes laterales y canino.

Cuando el quiste es pequeño es esférico. Al alargarse por último semeja una pera invertida, con el extremo inferior en forma de V extendiéndose hacia el interior del hueso interdental y puede alcanzar la cresta alveolar.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Consiste en una membrana de tejido conectivo forrada por epitelio estratificado.

TRATAMIENTO

Consiste en realizar una cuidadosa eseción quirúrgica o bien se puede utilizar el método de Partsch.

C) QUISTES DE RETENCIÓN

a) Mucoccele.

Es una lesión que afecta glándulas y conductos salivales y generalmente aparecen en el labio, carrillo y piso de la boca, también en la porción anterior de la lengua donde las glándulas están localizadas en la superficie inferior.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Son tumefacciones pequeñas redondas o translúcidas ovales; generalmente tienen color azulado y se puede confundir con un hemangioma.

Su ruptura libera un líquido espeso y a veces mucinoso.

Se debe a un machacamiento de glándulas salivales menores de Blandin-Numm.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Consiste en una cavidad circunscrita en tejido -- conectivo y submucosa. La Cavidad propiamente, raras veces posee un revestimiento epitelial, por lo tanto no es un quiste

verdadero. Supared se compone de un revestimiento de tejido conectivo fibroso comprimido y fibroblastos. 25

b) Ránula

Se forma en el piso de la boca, generalmente de la glándula sublingual.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una masa indolora de agrandamiento lento a un lado del piso de la boca, contiene un líquido mucosoide, presenta un color azuloso.

La ránula dificulta la masticación y la fonación, dependiendo de su tamaño es tensa y fluctuante, pero se deprime a la presión.

TRATAMIENTO

Se realizará la marsupialización de la ránula.

D) QUISTES OSEOS NO EPITELIALES

a) QUISTE OSEO SOLITARIO

La mayor parte se localiza en la región subapical de la parte posterior de la mandíbula, entre el canino y el tercer molar.

ETIOLOGIA

La causa y modo de formación de este quiste es aún desconocida pero se han dado varias teorías:

1. Por traumatismo y hemorragia con falla en la cicatrización.
2. Atrofia espontanea de tejido en la lesión central benignas de células gigantes.
3. Metabolismo anormal de calcio.
4. Infección crónica leve.
5. Necrosis de la grasa de la médula ósea se cundariamente aisquemia.

CARACTERISTICAS

Es asintomático y se descubre accidentalmente en las radiografías de rutina.

La exploración quirúrgica revela un espacio en el hueso que contiene un líquido translúcido o tal vez sangui-

nolento, fragmentos de coágulo sanguíneo necrótico, una delgada membrana de revestimiento de tejido conectivo o nada.

Para el examen patológico disponemos de una masa - de fragmentos óseos, coágulos sanguíneos y restos pequeños de tejido blando.

TRATAMIENTO

Se realizará una exploración quirúrgica del área - para dar un diagnóstico y un tratamiento adecuado.

b) QUISTE OSEO ANEURISMATICO

Se presenta con más frecuencia en huesos largos y en la columna vertebral, puede afectar a la mandíbula pero la lesión la encontramos en el maxilar.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Hay un agrandamiento constante de la mandíbula -- que puede ser blando. Esta lesión es solitaria, benigna causa expansión local, la lesión es de forma blanda fusiforme o redonda suave, de consistencia firme o elástica y contiene muchos espacios llenos de sangre.

El sangrado más que una hemorragia súbita o chorro vigoroso, es un escurrimiento constante de sangre, que puede - ser difícil de controlar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El aspecto de burbujas de jabón que se observa en las radiografías de huesos largos, no es evidente en las lesiones de la mandíbula.

El área involucrada por la lesión, tiene el aspecto de panal y consta de numerosos espacios llenos de sangre recubiertos por una capa de células aplanadas y comprimidas y células gigantes.

_TRATAMIENTO

El método de elección sería un curetaje o bien una enucleación quirúrgica.

c) CAVIDAD OSEA IDEOPATICA DE STAFNE

Se localiza por debajo del canal mandibular y adyacente al borde inferior y de la mandíbula entre la región de --

los premolares y el ángulo.

ETIOLOGIA

La causa aunque es desconocida a dado lugar a dos teorías que son:

1. Que se puede originar durante el desarrollo de los maxilares por falla del depósito normal de hueso en una -- área ocupada por cartilago o por falla de la aposición subperióstica a nivel del borde inferior.

2. Que las cavidades podrían ser restos de quistes óseos solitarios o defectos embrionarios.

CARACTERISTICAS

Es asintomático, se descubren mediante una radiografía de rutina, aparece como un defecto radiolúcido y ovalado.

El área de rarefacción está bien delimitada por una línea radiopaca densa. Algunas veces la lesión se extiende del tejido esponjoso hacia el hueso cortical y puede perforar el - borde inferior del cuerpo de la mandíbula. Las cavidades varían de 1 a 3 cm. de diámetro.

TRATAMIENTO

No requieren tratamiento.

CAPITULO IV

TECNICAS DE EXTIRPACION DE QUISTES PERIAPICALES

El diagnóstico de los quistes periapicales depende principalmente de la radiografía y de la prueba de vitalidad.- Un punto radical es el siguiente: no se trata de un quiste periapical si el diente conserva su vitalidad. Si el diente o la raíz del diente está dentro del quiste no es indicación para su extracción.

Hay dos consideraciones primarias para la extirpación de los quistes periapicales:

1. Cualquier resto de quiste debe ser removido; ya que puede ocasionar reincidencias.
2. Debe evitarse el daño a las raíces de los dientes adyacentes.

Si se extrae el diente, el quiste periapical pequeño generalmente puede ser enucleado a través del alveolo, se introduce una cureta pequeña con su borde afilado contra el hueso y la superficie convexa contra la membrana del quiste.

Por cuidadosa disección el quiste puede ser separado del hueso y quitarse en su totalidad. Si no se extrae completo, la pared del quiste debe ser cureteada cuidadosamente para quitar todos los restos del mismo.

Para los quistes más grandes la técnica consiste en levantar un colgajo mucoperióstico similar al de la apicectomía removiendo el hueso con fresa, u osteotomos y enucleando el quiste con curetas, la remoción del quiste se hace más fácil con la parte convexa de la cureta, es decir, con la parte cóncava de la cureta sobre el hueso y la parte convexa sobre el quiste.

De esta manera el quiste se quita sin romper su pared, por lo tanto se evita la posibilidad de dejar células epiteliales que puedan reproducirlas.

Después que se ha quitado el quiste, se coloca el colgajo mucoperióstico, se sutura y se ejerce presión sobre la región durante diez minutos.

Si el quiste periapical grande es accesible y no afecta dientes vitales, o el seno maxilar, el tratamiento de elección es la enucleación. Sin embargo la cicatrización primaria de un defecto grande puede dar como resultado la acumula-

ción de una bolsa de material necrótico si el coágulo sanguíneo se desintegra.

Por lo tanto, si el defecto tiene más de quince milímetros de diámetro, es conveniente taponar la cavidad con gasa vaselinada de seis a doce milímetros de ancho manteniendo un extremo fuera de la herida.

El taponamiento evita la acumulación de sangre en la cavidad. El tapón puede quitarse parcialmente a los dos días y completamente a los siguientes días.

Cuando un quiste periapical grande ataca las -- raíces de los dientes vitales adyacentes o está próximo a la pared del antro, el tratamiento consiste en exteriorizar el quiste suprimiendo la presión central que causa su expansión.-- La perifería se llena gradualmente disminuyendo la cavidad.

Este proceso puede dejarse continuar hasta que el defecto se borre requiriendo de varios meses.

El período de tratamiento puede acortarse enucleando al quiste después que ha sido reducido y los dientes adyacentes o el antro no están en peligro.

Hay dos métodos básicos para exteriorizar el quiste:

1. Se puede quitar todo el techo del quiste. La membrana quística epitelizada que rodea la cavidad se sutura a la mucosa adyacente en su perifería.

La pared del quiste se transforma en parte de la mucosa bucal, este es el procedimiento de Partsch para la marsupialización.

2. El otro método se basa en el mismo principio pero difiere en la práctica. En lugar de quitar todo el techo de la cavidad quística se hace una ventana en la cavidad.

El contenido líquido del quiste se extrae por aspiración no se intenta quitar la pared del quiste. Se taponan la cavidad con gasa yodoformada. Un extremo de la gasa se saca a través de la pared en el mocoperiostio.

La gasa yodoformada se quita cada tercer día durante dos semanas. Entonces se construye un obturador para llenar la ventana, se instruye al paciente que quite el obturador diariamente y que irrigue la cavidad, frecuentemente puede construirse el obturador de manera que la irrigación pueda hacerse conservándolo en su sitio.

Periódicamente es necesario reducir el tamaño del obturador a medida que se llene la cavidad.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de los quistes odontogénicos se establece por medios clínicos y rontgenológicos.

DIAGNOSTICO CLINICO

El quiste puede crecer de forma tan marcada que produzca una asimetría en la cara. Esto ocurre con más frecuencia en los quistes foliculares, que se expanden afectando a grandes cantidades de hueso. Los quistes periodontales suelen ser de tamaño más pequeño. La apariencia del hueso se vuelve delgado como una cáscara de huevo, de forma que, a veces, la presión digital puede producir una sensación de blandura o crepitación.

Ciertos quistes odontogénicos, se pueden infectar - agudamente y producir signos y síntomas de inflamación, inchazón, elevación de la temperatura y leucocitosis.

En ocasiones una fractura debe ser el indicio de la existencia de un quiste odontogénico, sin embargo rara vez las fracturas patológicas se producen espontáneamente.

Los quistes maxilares pueden afectar la integridad del antro, el quiste puede causar infección antral con sinusitis y viceversa, una infección del antro puede causar que un quiste sufra un proceso inflamatorio agudo.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Las radiografías tanto intraorales como extraorales tienen un gran valor para el diagnóstico de los quistes. Los quistes se observan como una radiolucidez del hueso y suelen estar rodeados de una fina línea blanca: La lámina dura. Se pueden observar también áreas dentro de la radiolucidez que aparecen - incluso más oscuras y que indican la existencia de una erosión en la superficie cortical, tanto lingual como bucal o bien en ambas. La extensión de la destrucción se puede observar en la radiografía que revelará la afección de estructuras importantes tales como dientes canal mandibular, seno maxilar y orificios nasales.

Las grandes destrucciones quísticas no indican que exista debilidad o tendencia a las fracturas patológicas, puesto que el quiste se expande a expensas del hueso medular, dejando la fuerte cortical intacta. Hay también factores anatómicos que proporcionan ciertas resistencias al hueso; como en el caso de la sínfisis, el fuerte hueso retromolar y los bordes milohioideos de la mandíbula y de la potente raíz del arco sigmático

y las eminencias caninas. Frecuentemente, un quiste puede destruir la cortical bucal y dejar en cambio intacta la cortical lingual.

La lámina dura alrededor del quiste es debida a la esclerosis del hueso, como respuesta a la presión por la expansión del quiste. No se presenta siempre en las radiografías de las lesiones periapicales, en las cuales puede haber gran dificultad para distinguir los quistes periapicales de los granulomas periapicales.

Dependiendo del criterio se utiliza el diagnóstico radiográfico según se crea más necesario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los quistes de las arcadas pueden ser discutidos - ya que existe una infinidad de lesiones que presentan un aspecto radiográfico similar. Los quistes multiloculares y uniloculares se deben diferenciar del ameloblastoma, que suelen presentar un aspecto festoneado o erosionando las raíces y envolviendo los dientes adyacentes.

Además en el diagnóstico diferencial, hay que tener en cuenta los tumores centrales de células gigantes, el neurofibroma, el mixoma ó mixofibroma, el aneurisma óseo, el angioma central del hueso, las lesiones malignas primarias, el mieloma múltiple, las lesiones metastásicas de las arcadas, los quistes óseos traumáticos y ciertas displasias fibrosas poliquísticas de las arcadas.

En algunas ocasiones habrá que practicar una biopsia para determinar la naturaleza de la lesión quística: esto ocurre, sobre todo en los quistes multiloculares o múltiples.- Debe tenerse especial cuidado, cuando se sospecha de la existencia de lesiones vasculares.

En los casos de duda, es preferible practicar una biopsia y esperar el resultado antes de entrar en la intervención quirúrgica.

Los tumores centrales benignos de las arcadas tienen tendencia a erosionar o destruir las raíces dentales. Los quistes normalmente no hacen esto sino que más bien, tienden a desplazar o causar alguna resorción en las estructuras dentarias.

Los tumores malignos, tanto primarios como metastásicos, no presentan en la radiografía la lisura y el aspecto redondeado de la lámina dura del quiste.

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS

El tratamiento de elección, tanto para los quistes radiculares como para los periodontales, consiste en la enucleación total. Para conseguirlo se deben seguir ciertos principios quirúrgicos, con los siguientes pasos operatorios: colgajo mucoperióstico, conservar los dientes, enucleación de la lesión, cierre de la herida y cuidados postoperatorios.

COLGAJO

Una vez decidida la vía de abordaje del quiste, se practicará un colgajo mucoperióstico, de forma que se produzca un obstáculo mínimo en el aporte sanguíneo. Siempre que sea posible, se hará la incisión en el pliegue mucobucal, como continuación de la incisión oclusal (o gingival). Esto es preferible, a las incisiones que se extienden desde cada extremo del corte horizontal, con lo cual, se produce un grave obstáculo en el aporte de sangre procedentes de tres direcciones.- La incisión debe ser siempre aguda, para evitar el desgarro de los tejidos. Las incisiones limpias y bien definidas curan - mucho antes que las sinuosas.

El colgajo se deberá separar y deslindar del hueso sobyacente con una legra o perióstomo. Al despegar grandes colgajos, si colocamos un pedazo de esponja sobre la hoja del elevador o perióstomo, nos ayudará a separar más fácilmente el periostio del hueso subyacente.

El colgajo se realizará de manera que, una vez finalizada la intervención, la sutura se realice sobre hueso sólido. Si el colgajo no se ha hecho como es debido y la sutura queda sobre una zona sin hueso, el colgajo se puede colapsar dentro de esta área. Con esto se suelen originar desgarros, infecciones y escarificaciones de parte o de todos los tejidos blandos; por otro lado, constituye una puerta de entrada para la contaminación directa de la cavidad dentro del hueso.

SUTURA

La sutura se ha de hacer de forma expeditiva. Se pueden emplear instrumentos que anuden automáticamente ; unos

de los materiales para suturar son el catgut, las suturas de nylon, seda del No. 3-0, o las de algodón que se eliminan a los cuatro ó cinco días. En ocasiones es útil pasar ligaduras alrededor de los cuellos de los dientes, para mantener el colgajo en posición.

La aguja de sutura atravesará primero el colgajo y después penetrará en el mucoperiostio insertado en el hueso.

CIERRE

El cierre primario del colgajo, una vez que se ha extruido el quiste, será el procedimiento de elección, sobre todo cuando no exista infección. La obliteración del espacio formado se puede conseguir por la propia presencia del coágulo sanguíneo. Los injertos intraorales de hueso, combinado con el empleo general de antibióticos han sido de mucho éxito en las cavidades no infectadas.

Sin embargo, el procedimiento que es más seguro es permitir que la cavidad cure y cicatrice sin adición de ningún relleno.

Las cavidades quísticas infectadas se pueden tratar colocando un drenaje de gasa simple, o de gasa yodofórmica en la cavidad, antes de suturar el colgajo. El drenaje se puede ir eliminando gradualmente, durante los días siguientes, - basta quitarlo por completo. En casos de quistes sin grandes infecciones, se pueden reemplazar los drenajes durante varias semanas.

CAUTERIZACION

La cauterización consiste en pincelar suavemente la cavidad con un agente cáustico como fenol o el nitrato de plata y neutralizarla posteriormente con alcohol. La dificultad de este tratamiento es que el agente cáustico destruye las células epiteliales que han podido quedar.

El tratamiento con agentes cáusticos tiene muchas contraindicaciones: es perjudicial al hueso, en la mandíbula el paquete neurovascular puede lesionarse, cuando el canal a quedado expuesto; en el maxilar, los agentes cáusticos pueden lesionar la mucosa que tapiza el antro.

ENUCLEACION

El mejor tratamiento es la excisión total de los quistes. En algunos casos no es recomendable debido a situaciones particulares, como son las que se producen en aquellas lesiones extensas, en que la eliminación y enucleación, podría causar la fractura de las arcadas.

Una vez que se ha obtenido el colgajo mucoperiostico, se realiza una ventana en la cortical ósea. La ventana se realizará fresas quirúrgicas. En la técnica de la fresa se practica una serie de agujeros, sobre la zona de lesión quística determinada radiográficamente, después se unen las perforaciones con un cincel que permite la fácil eliminación de la lámina ósea.

La ventana será lo suficientemente grande para permitir un fácil acceso que vacíe la cavidad quística. El quiste se separará completamente de las paredes óseas por medio de curetas o periostótomos pequeños.

En la mandíbula, el canal mandibular se encuentra muchas veces comprometido, por lo que debe observarse un cuidado especial al separar las paredes quísticas a lo largo del canal. En el maxilar debe observarse una precaución parecida si el quiste ha penetrado en el antro maxilar.

MARSUPIALIZACION

El objetivo de la marsupialización consiste en la eliminación de una considerable cantidad de mucoperiostio de recubrimiento del hueso y de la pared quística adyacente, y en la evacuación del quiste mediante aspiración y legrado suave. El reborde de la mucosa se sutura al borde incidiendo la pared quística en toda su circunferencia.

Se coloca una porción de gasa en el interior de la herida, combinándola a intervalos de 3 ó 4 días hasta que el quiste ha disminuido de tamaño. Con el tiempo el quiste queda completamente obliterado y el hueso remodelado.

Su aplicación en los casos de exposición y conservación de dientes permanentes, cuando existen pequeños quistes dentígeros foliculares o quistes de erupción en pacientes jóvenes, puede tener algún valor, aquí quizás es donde esté únicamente indicada esta técnica.

En la práctica, la marsupialización de los quistes requieren un control y una vigilancia muy continua, para evitar la acumulación de partículas de alimentos y otros detritus. Existe otro peligro que es el de la formación de nuevos quistes a partir de la membrana quística que a quedado.

En general debe evitarse la marsupialización u operación de Partsch por estas razones la enucleación es el tratamiento más seguro y aceptable.

Cuando se ha enucleado un quiste dentígero, conviene eliminar también el diente cuyo folículo ha desarrollado el quiste. Si este diente se considera muy importante para la arcada dentaria, se eliminará también el quiste y todo el folículo del diente, reimplantándose posteriormente el diente en un canal labrado en el hueso, para su erupción posterior, en algunas ocasiones.

CAPITULO VI

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES MUY EXTENSOS

Cuando el quiste es tan grande, que se teme la producción de una fractura quirúrgica, se aconseja aplicar barras, y férulas en los dientes, antes de la intervención. - Si se produce una fractura, se puede aplicar la fijación -- inmediata.

En algunas lesiones extensas es mejor abrirlas y practicar una biopsia. En el momento en que se exteriorizan, se insertará directamente en la cavidad quística una gasa yodofórmica que se cambiará periódicamente además de los drenajes de yodoformo se han empleado los tubos de plata y de plástico. Con esta técnica, se colapsa el cuerpo del quiste y se permite el relleno del espacio quístico por compresión por el nuevo hueso desde que se forma por fuera del quiste. Cuando se ha formado cantidad suficiente de hueso, se debe enuclear todo el quiste y practicar un cierre primario.

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

Que el Cirujano Dentista así como los estudiantes de hoy en día deben conocer estos padecimientos para que así mismo pueda orientar y resolver, él mismo, los problemas que aquejan a cada uno de los pacientes.

Con el propósito que mantengan en una perfecta salud a todos los tejidos del parodonto y así evitar la creación de condiciones que favorezcan a dichas lesiones, que en un futuro no muy lejano estas lesiones, que no fueron detectadas a tiempo den lugar a un problema muy difícil de solucionar.

Con mucha frecuencia se culpa al paciente de la demora en acudir al dentista (en esto hay mucho de razón, ya que el paciente no acude al dentista hasta que presenta un estado de malestar físico) y el tiempo que se pierde antes de hacer el diagnóstico y seleccionar el tratamiento adecuado es causa de que el doctor consultado no ha sospechado siquiera de lo que se trata.

Con esto se deberá entonces poner en claro que el paciente es una parte muy importante en el éxito o en el fracaso de una intervención, para llegar a conseguir esto, se le deberá explicar que tipo de tratamiento vamos a realizar y los pasos que nos llevarán a lograr el éxito.

Se tomará esta tesis como un objetivo para llegar a saber de una manera más clara el tipo de lesión que describimos (QUISTE) y con ello tener un conocimiento amplio de los diferentes tratamientos que se deben de emplear en cada caso.

La descripción del tratamiento de los quistes odontogénicos nos muestra que el tratamiento de elección es la enucleación total.

Otro tipo de tratamiento es la marsupialización, requiriendo éste una vigilancia y control continuo y solamente se llevará a cabo en quistes muy extensos.

Para concluir el Cirujano Dentista deberá seguir actualizándose para lograr mayor éxito en su carrera y con ello un bien para la humanidad.

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

Glickman Irving
Periodontología Clínica
Segunda Edición
Editorial Mundi

Guralnick W. C.
Tratado de Cirugía Oral
Editorial Salvat

Kruger Gustav
Tratado de Cirugía Bucal
Primera Edición
Editorial Interamericana

Orban y Col
Histología y Embriología Bucales
Primera Edición
Editorial La Prensa Medica Mexicana

Shafer W. G. Hine
Tratado de Patología Bucal
Tercera Edición
Editorial Interamericana

Waite E. Daniel
Tratado de Cirugía Bucal
Segunda Edición, Año 1984
Editorial CECSA

Wuehrmann H. Arthur
Radiología Dental
Segunda Edición, Año 1978
Editorial Salvat

Gomez Mataldi R.
Radiología Odontológica
Editorial