

LEY 1013
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



QUISTES Y SU TRATAMIENTO

T E S I S

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

LUZ MARIA SOLIS VALADEZ





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

I N D I C E

INTRODUCCION

I.- GENERALIDADES

II.- CLASIFICACION DE QUISTES

III.- ETIOLOGIA

- A) Reporte caso clínico "Quiste lingual anterior"*
- B) Reporte caso clínico "Quiste de Gorlin"*

IV.- TRATAMIENTO QUIRURGICO

- A) Instrumental*
- B) Anestesia*
- C) Tiempo preoperatorio*
- D) Tiempo transoperatorio*
- E) Tiempo postoperatorio*

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Dentro del campo de la Odontología, la Cirugía Bucal ocupa un lugar preponderante, la cual tiene estrecha relación con otras ramas que son principios básicos para la realización y éxito de la misma.

Uno de los padecimientos que tienen gran importancia por su agresividad y expansión son los "QUISTES" y que actualmente gracias al estudio e investigación de un gran número de autores hace posible un diagnóstico certero, ya que en épocas anteriores fácilmente eran confundidos con otras enfermedades.

Formulo el presente trabajo por medio de una recopilación de datos, y he querido por todos los medios apegarme a la simplificación en la descripción, con el afán de llegar a una secuencia y para contribuir en forma provechosa, y - que logre ser para mis compañeros una pequeña fuente de información, que no resulte difícil de comprender y en un futuro exista la posibilidad de utilizarla en la terapéutica con resultados satisfactorios o en su defecto tener la capacidad de poder remitir al paciente con el especialista correspondiente, ya que nuestro principal compromiso es no solo curar lo que se ve afectado a simple vista, sino examinarlo de una manera conciente buscando pequeñas afecciones.

Como la Odontología está alcanzando un papel primordial - en la profesión médica, necesitamos fundamentos y conocimientos científicos suficientemente sólidos que nos permitan valorar los diversos hallazgos bucales, extraer una conclusión diagnóstica y emprender el tratamiento adecuado. Tal propósito tiene como objetivo fundamental la prevención de las enfermedades bucales, así como resolver -- problemas quirúrgicos.

Comencemos por educarnos primero nosotros mismos; ya que para practicar el arte de la Cirugía se requieren de muchas características en el individuo: realización, disciplina, entera, organización, imaginación, habilidad, actualización de técnicas y un gran sentido de responsabilidad.

Estos requisitos hacen descansar la responsabilidad plena de la cirugía sobre el cirujano así como las bases, los fines ideales de la acción humana y la ética médica que es la aplicación de tales principios a la práctica de la medicina.

CAPITULO I

GENERALIDADES

La denominación "quistes" o "quistica" que suele darse a masas radiolúcidas discretas, a menudo es inexacta. Estos focos pueden estar ocupados por tejido de granulación, hueso con calcificación incompleta, acumulación de células gigantes, tejido conectivo, cartilago, derivados de la sangre o células tumorales. A menudo falta el revestimiento epitelial que muchos patólogos consideran un requisito indispensable para diagnosticar un quiste verdadero, por lo tanto es indispensable palparlo y tomar una biopsia.

La enfermedad crónica quística tiene todas las gradaciones de severidad siendo un padecimiento de extrema importancia en patología quirúrgica. Debido a su proliferación frecuentemente es confundido con un carcinoma.

El estudio de Haagensen demostró que en un grupo de pacientes con dicha enfermedad el riesgo de evolucionar hasta cáncer, fué cuatro veces mayor que en un grupo similar de mujeres de la misma edad sin él. Kiaer, mediante su estudio demostró un riesgo aumentado en el desarrollo de un cáncer de seno en mujeres con fibroadenomatosis mamaria.

Los cambios proliferativos microscópicamente varían. Las paredes de los quistes pueden estar delimitadas por epitelio liso. Este epitelio frecuentemente está ausente en el quiste habiendo únicamente paredes gruesas fibrosas.

Se han establecido así los quistes en general:

- 1.- Quistes desarrollados en cavidades preexistentes
 - a) Por extravasación o trasudación
 - b) Por retención
- 2.- Quistes por licuación de los tejidos normales o patológicos.
- 3.- Quistes parasitarios o por inflamación atenuada en torno de cuerpos extraños.
- 4.- Quistes congénitos y tumorales.

Quistes por trasudación.- Son resultado de procesos inflamatorios muy atenuados, que dan lugar a una extravasación simple de plasma sanguíneo en el seno de los espacios linfáticos de los tejidos o de cavidades serosas. Pueden ser ejemplos de los gangliones en el primer caso, y los hidroceles de la túnica vaginal del testículo en el segundo.

Quistes por Retención.- Se producen por acúmulo de las secreciones de una glándula, a consecuencia de la obstrucción de su conducto excretor. Los efectos de esta oclusión varían según el carácter agudo o crónico de la misma.

Entre los quistes por retención merecen citarse especialmente algunos tipos como: quistes sebáceos o ateromas (comedones, espinillas y lobanillos), quistes mucosos, quistes de los conductos salivales y quistes de las glándulas salivales (rénulas). Igualmente el páncreas, el hígado, el ovario y otras vísceras pueden presentar quistes por retención no bien separables de los congénitos.

Quistes por licuación o reblandecimiento.- Figuran dentro de estos quistes los que se producen en el seno de los tumores por necrosis o por licuación nixomatoide de la masa neoplásica. También se cuentan aquí los quistes óseos, característicos de la osteodistrofia.

Quistes parasitarios.- Están representados por los quistes hidatídicos o equinococos, y los cisticercos, o quistes de la taenia solium. El tratamiento de estos es exclusivamente quirúrgico, y se funda en la abertura del quiste y extirpación de su membrana prolifera, evitando la contaminación de los tejidos circundantes.

Quistes formados en torno de cuerpos extraños.- Son, en realidad, granulomas, es decir focos de inflamación crónica en torno de los cuerpos extraños débilmente irritantes. El centro de la cavidad contiene, además del agente causal, un magma de detritos celulares. En las paredes abundan las células gigantes. Pertenecen a este grupo los quistes radiculares de los maxilares y el pseudoquiste sebáceo de los párpados (chalación).

Quistes congénitos y tumorales.- Aquí se estudian el adenoma, tumor benigno que puede degenerar (adenocarcinoma), y el teratoma, dermoide, del que uno o más de sus elementos se tornar malignos (Ej: carcinoma de células escamosas ori

ginado en teratoma). También se pueden mencionar los quistes múltiples del riñón, que se conocen con el nombre de - enfermedad poliquística.

En la práctica odontológica se define como "QUISTE" a una neoformación que da origen a una cavidad tanto en tejidos blandos como duros y que tiene la particularidad de estar formado por una cápsula de tejido epitelial y tejidos vecinos de los cuales es alimentado; por ósmosis entra una substancia semilíquida, líquida o gaseosa.

El quiste crece por expansión ilimitadamente, por aumentar la presión, tienden a desplazar a los tejidos vecinos hacia la zona de menor resistencia pasando por cuatro etapas:

- 1.- Silenciosa
- 2.- De deformación
- 3.- Exteriorización
- 4.- Fistulización

Un quiste verdadero es una cavidad tapizada por epitelio., puede estar situado dentro de los tejidos blandos o profundamente en el hueso o localizarse sobre una superficie ósea y producir una superficie depresible. Dentro de los maxilares, el epitelio puede tener su origen en el epitelio odontogénico, es decir, los restos de la lámina dental o los órganos del esmalte de los dientes. La proliferación y degeneración quística de este epitelio da lugar a quistes -- odontogénicos.

Están comprendidos dentro de ésta categoría el quiste dentígero, quiste de erupción, quiste gingival del recién nacido, quiste periodontal y gingival laterales, quiste odontogénico queratinizante y calcificante, quiste radicular y queratoquistes odontogénicos.

Los quistes no odontogénicos derivan de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la forma embrionaria de la cara y maxilares.

Estos así llamados quistes fisurales incluyen el quiste - globulomaxilar, quiste nasopalveolar, quiste mandibular mediano, quiste lingual anterior, quiste dermoide y epidermoide y quiste palatino de recién nacidos. Los quistes no odontogénicos también pueden tener su origen en los restos del conducto nasopalatino, que origina el quiste nasopalatino.

Los quistes del cuello, suelo de la boca y glándulas salivales forman un grupo heterogéneo. El mucocelo no es un quiste verdadero.

El quiste tirogloso y el quiste linfoepitelial, generalmente se incluyen en la categoría de quistes del cuello, aunque el quiste tirogloso aparece también en la base de la lengua y el quiste linfoepitelial puede ocurrir en el suelo bucal anterior. Los quistes bucales que contienen epitelio gástrico o intestinal.

El grupo de pseudoquistes de los maxilares está formado por el quiste óseo aneurismático, quiste óseo estético y quiste óseo solitario. Ninguno de estos quistes está tapizado por epitelio. El quiste óseo estético parece ser un defecto óseo congénito y el trauma se ha considerado como agente etiológico para el quiste óseo aneurismático y el quiste óseo solitario.

Aspectos generales y diagnóstico diferencial.- Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, pero sólo raras veces causan aflojamiento de los dientes, a no ser que sean muy grandes. En muy raras ocasiones la presencia de un quiste se revela por una fractura patológica o porque el paciente advierte la falta de un diente y acude a la consulta por curiosidad.

Muchos quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación. Se descubren solamente en un examen radiológico habitual.

Cuando un quiste se dilata, ejerce una estimulación en el periostio por el cual éste deposita hueso nuevo; esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave, al continuar la dilatación, el hueso suprayacente adelgaza y se hunde por la presión del dedo.

Finalmente, puede desaparecer incluso esta cáscara ósea; - quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa buccal. Puede descargar entonces su contenido dentro de la cavidad bucal y luego aparecer una infección secundaria.

La localización de la tumefacción puede dar un importante indicio sobre la naturaleza del quiste.

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

No todos los quistes maxilares forman radiotransparencias bien definidas, redondas u ovales con márgenes radiopacos nítidos. Los factores que influyen en la imagen radiográfica son numerosos e incluyen el tipo de quiste, la localización, la intensidad de destrucción ósea, y si el quiste está infectado o no. Por otra parte, no todas las radiotransparencias bien definidas son quistes, ya que varios tumores odontogénicos (ameloblastoma, fibroma ameloblástico, mixoma odontogénico etc.,) y otras lesiones (granuloma de células gigantes, hemangioma etc.,) pueden producir imágenes radiográficas prácticamente iguales.

Estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidos con quistes, sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación y son necesarias varias vistas radiográficas para un diagnóstico diferencial. Hay que tomar un mínimo de dos vistas intrabucales formando ángulos rectos entre sí. Lo ideal es tomar también vistas intrabucales oclusales y laterales.

Algunas veces son necesarias otras vistas como una craneal lateral o una occipitontal; se puede emplear un medio radiopaco, especialmente en el caso de un quiste nasopalmar. Son necesarias otras informaciones como la anamnesis, aspecto clínico y signos observados en las pruebas de vitalidad dental para establecer un diagnóstico definitivo.

CAPITULO II
 CLASIFICACION DE QUISTES

CONGENITOS	ODONTOGENICOS DE DESARROLLO
	Dentígero
<i>Epidermoide</i>	FOLICULARES Primordial
<i>Dermoide</i>	Multilocular
<i>Del conducto tirogloso</i>	Odontocleidmide
<i>Branquial</i>	Apical
	RADICULARES Lateral
	Residual
NO ODONTOGENICOS	
	Maxilar anterior medio
	Palatino medio
FISURALES	Glóbulo maxilar
	Mandibular medio
	Nasopalveolar
	Ránula
DE RETENCION	Mucoccele
	Mucoccele del seno maxilar
PSEUDOQUISTES	NEOPLASICOS
<i>Fraundtíco</i>	Ameloblastoma
<i>Aneurismático</i>	Odontoma quístico
<i>Mandíbulo lingual</i>	

QUISTES CONGENITOS

EPIDERMOIDE Y DERMOIDE.- Son los representantes casi exclusivos de los teratomas originados por simple desplazamiento. En ambos tipos se trata de inclusiones de fragmentos de piel dentro de los planos celulares que les sirven de asiento. Cuando la parcela desalojada pertenece solo a la epidermis, se producen los quistes epidermoides; si comprende toda la piel con su base conjuntiva, se producen los quistes dermoides.

QUISTE EPIDERMOIDE.- Se manifiesta casi exclusivamente en los dedos y cara palmar de las manos. Se encuentran bajo la forma de pequeñas esferas, que ruedan bajo la piel, frecuentemente la implantación está adherida a la superficie inferior de la piel en el sitio de la cicatriz debido a un traumatismo previo y por encima de la hinchazón quística.

W.E. Archer menciona que se presenta especialmente en los ovarios y testículos, pudiéndose encontrar en cualquier punto de unión del cuerpo.

Son los resultados de la inclusión del epitelio en el mesodermo y se encuentran ocasionalmente en el piso de la boca o unidos al paladar o a la lengua.

Histopatología.- Presentan al corte un aspecto gris translúcido, y su centro está ocupado por una especie de perla córnea. Sus paredes están formadas por varias hileras de células escamosas.

Tratamiento.- Se efectúa por escisión simple, deben ser enucleados quirúrgicamente, no es común que recidiven y la intervención puede realizarse bajo anestesia local sin ninguna dificultad.

QUISTE DERMOIDE.- Son derivados principalmente del epitelio germinal embrionario, pero en algunos casos también contienen estructuras de otras capas germinativas.

New y Elich registraron toda una serie de 103 quistes dermoides de la zona de la cabeza y el cuello, observaron que el piso de la boca y las zonas submaxilares y sublinguales eran los sitios de aparición más comunes. Se supone que estos quistes derivan del enclavamiento de restos epitelia-

les en la línea media durante el cierre de los arcos bra
quiales hioideo y mandibular.

Manifestaciones clínicas.- Los quistes que emergen en el -
piso de la boca raras veces están presentes en el momento
del nacimiento. La mayoría se producen en los adultos jóve
nes y no muestran predilección por el sexo.

La lesión típica produce un bulto en el piso de la boca, -
que suele causar elevación de la lengua y acarrea dificult
dades en la alimentación y fonación. Si el quiste está a
mayor profundidad, entre los músculos geniohioideo y milo
hioideo, es común que abulte la zona submentoniana. Tam
bién puede encontrarse debajo del músculo milohioideo. Va
rían de tamaño pero generalmente, alcanzan varios centíme
tros de diámetro.

El quiste común se percibe como "masilloso" a la palpación
puede ser más fluctuante, según su contenido; a veces se
infecta y ocasionalmente se forman trayectos fistulosos -
que se abren en la piel.

Histopatología.- Varían según la complejidad de la lesión.
Algunos se componen únicamente de una pared conectiva tapi
zada en la superficie interna por una delgada capa de epi
telio escamoso estratificado, que por lo general está que
ratinizada y algunas lesiones contienen estructuras de na
turalidad variada, como hueso, músculos y derivados gastro
intestinales que es lo que los hace ser muy complejos.

Tratamiento.- Será la remoción quirúrgica completa. La ope
ración puede realizarse bajo anestesia local, se puede li
berar la porción superficial del quiste; sin embargo, las
adherencias más profundas suelen tener que realizarse por
disección con un instrumento bien afilado y a menudo alcan
zar hasta el periostio.

Después de eliminar el quiste hay que cerrar la herida me
diante suturas profundas con catgut o otras suturas cutá
neas con seda. Hay que aplicar una curación compresiva du
rante 24 hrs., y advertir al paciente que debe esperar ede
ma e hinchazón durante 24 a 48 hrs., generalmente el apósito
compresor se retira al cabo de 24 hrs., y no hace falta -
ninguna otra curación.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.— Es un quiste de desarrollo que se forma en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso embrionario entre el agujero ciego y la glándula tiroidea. Se origina de los remanentes no obliterados de estos conductos.

Manifestaciones clínicas.— Suele darse en personas jóvenes pero puede aparecer a cualquier edad. Es una masa quística, firme, de la línea media, cuyo tamaño varía de algunos milímetros a varios centímetros. Puede estar a un lado de la línea media.

La hinchazón se desarrolla con lentitud, y es asimétrica, salvo que esté en una ubicación alta en el conducto, cerca de la lengua. En esos casos, puede haber disfagia.

Histopatología.— Está tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado, porque en realidad deriva de las células que se originan del piso faríngeo embrionario. La pared de tejido conectivo del quiste contendrá frecuentemente pequeñas zonas de tejido linfóide, tejido tiroideo y glándulas mucosas.

Tratamiento.— Excisión quirúrgica radical para evitar su recidiva.

Se hace una incisión transversal de 3 a 4 cm. de longitud sobre la masa tumoral; si hay fistula cutánea, alrededor de ella se incide en forma elíptica. Se separan de la piel tejido subcutáneo y músculo cutáneo del cuello. Los músculos infrahioideos se separan en la línea media y se descubre el quiste; se despega. La extirpación se facilita si se despegan parcialmente los músculos, geniohioideo y milohioideo de la superficie superior del hueso, y el esternohioideo de la inferior, hasta descubrir la membrana tirohioidea, debajo del hueso.

En niños menores de dos años, puede extirparse el hueso con tijeras gruesas. En pacientes mayores, se necesita un osteotomo.

Detrás del hioides suele descubrirse un trayecto fistuloso friable; se necesita extirpar algo de tejido lingual junto con él, para no desgarrarlo y asegurar la supresión completa.

Es conveniente que el anestesista coloque el dedo índice - en la boca del paciente y haga presión sobre el agujero - oíego hacia abajo y adelante. Así mejora la visibilidad y se permite al cirujano apreciar cuando la disección se acerca a la mucosa de la lengua. Cuando la disección ha llegado a la mucosa lingual, el tallo se liga con un punto de seda y se extirpa la lesión.

Los extremos del hueso hioides se aproximan con puntos separados de seda negra en el periostio. Los músculos infra-hioides se cierran con puntos separados de seda negra y - la piel con puntos subcutáneos de catgut crómico y sutura intradérmica continua de catgut simple 5-0 sin ser necesario el drenaje.

QUISTE BRANQUIAL.- Es una lesión relativamente rara que se origina por la transformación quística del epitelio glandular incluido en los acúmulos linfoides bucales durante la embriogénesis.

Se ha considerado que estas malformaciones guardan relación directa con el aparato branquial que comienza a formarse - en la tercera o cuarta semana de la vida fetal y desaparece al final del segundo mes.

Manifestaciones clínicas.- Consiste en un trayecto fistuloso que desemboca en la piel por delante del músculo esternocleidomastoideo y por arriba de la clavícula, en los tercios medio e inferior del cuello; el otro extremo de la fistula, comunica con faringe, en base de amígdala o pilar posterior. Suele resultar imposible identificar el orificio faríngeo.

Estos quistes no suelen manifestarse clínicamente hasta - finales de la segunda década o principios de la tercera.

Aparece como un pequeño nódulo amarillento elevado, bien - circunscrito, por lo general en el piso de la boca o en el vientre lingual. Puede tener solo unos pocos milímetros de diámetro o hasta 1.5 a 2 cm. Se presenta a cualquier edad; en la serie de 24 casos registrados por Bhaskar, la edad - promedio es de 36 años con límites de 15 y 65 años. En la misma serie, los varones estaban atacados con mayor frecuencia que las mujeres, en razón mayor que 2:1.

Histopatología.- La lesión se compone de una cavidad quística o tapizada de epitelio escamoso estratificado todo incluido en una masa bien circunscrita de tejido linfóide, que suele tener folículos circunscritos. El epitelio de revestimiento es bastante delgado, carece de brotes epiteliales y suele ser paraqueratósico.

La luz del quiste contiene células epiteliales descamadas, y un coágulo amorfo eosinófilo.

Tratamiento.- Consiste en extirpar por medio de una incisión cutánea transversal dicho quiste; puede obtenerse mejor resultado estético haciendo la incisión en un pliegue natural de la piel, y no sobre la parte más saliente de la masa. La disección se lleva hasta el quiste, situado debajo del músculo esternocleidomastoideo y sobre la vaina carótida.

En casos raros, el tumor es tan voluminoso que adelgaza el esternocleidomastoideo. El músculo se separa hacia afuera y se diseca la masa tumoral.

Si no ha habido fase de infección, el plano de despegamiento es avascular. En la profundidad de la herida habrá un pedículo con algunos vasos que deben ligarse.

Estos quistes en ocasiones son tan voluminosos que conviene reducirlos parcialmente de tamaño por aspiración antes de tratar de extirparlos.

Los quistes contienen una sustancia acuosa, gris amarillenta y opaca, que pueden ser similar a los que contienen los ganglios tuberculosos abiertos. Sin embargo, en el frotis no se descubren bacilos acidorresistentes, y teñido con el método Graham no muestra microorganismos.

QUISTES DE ORIGEN DENTARIO

FOLICULARES.- Todos estos quistes tienen una serie de caracteres comunes los cuales serán mencionados en el cuadro propio de cada proceso folicular, presento a continuación algunas consideraciones generales de ellos.

Manifestaciones clínicas.- En individuos jóvenes se presentan con frecuencia, ya que se forman durante el desarrollo de los dientes, pudiendo pasar por inadvertidos durante años. La expansión del quiste depende de las obstrucciones que encuentre; crece en dirección de la menor resistencia y por eso destruye el hueso cortical.

A un principio son asintomáticos y durante su crecimiento solo deforman la mucosa. En su periodo de exteriorización es cuando se manifiesta dolor por la presión que ejerce., por ello mismo los dientes contiguos sufren alteraciones, como es el desplazamiento fuera del arco, desviación en forma de abanico, mortificación pulpar sin caries y resorciones radiculares. Se puede presentar también parestesia y cefalea. Cuando hay infección se produce fiebre, disnea, halitosis y escurrimiento de exudado purulento.

Por lo regular, se presenta la ausencia de un diente permanentemente con persistencia del temporal, aunque se puede formar un quiste con un diente supernumerario.

Manifestaciones radiográficas.- Presenta una zona radiolúcida, de contornos nítidos y que en su interior tiene la corona de uno o varios dientes con las raíces en el tejido esponjoso; la cápsula del tejido óseo cortical se ve como una línea clara.

Suministra una valiosa orientación para la anamnesis de un diente ausente (agenesia).

Estos quistes se encuentran principalmente en la región del tercer molar. Pueden presentarse entre los incisivos internos superiores originados en el órgano adamantino de un mesodiente (se denomina así a los dientes supernumerarios que se encuentran entre los incisivos internos) y en tal caso se pueden diagnosticar erróneamente como quistes medios. Aunque es semejante su tratamiento y se tendrá que efectuar la biopsia, se deben diferenciar de los quistes residuales y tumores osteolíticos.

Histopatología.- Microscópicamente su pared fibrosa puede estar formada por fibras colágenas densas o blandas muy laxas, lo que depende de la antigüedad de la lesión. Generalmente la cavidad está limitada por epitelio escamoso, que puede ser estratificado, y se ven células inflamatorias crónicas cerca de la capa basal del epitelio; a veces se encuentra una forma modificada del epitelio respiratorio - en alguna porción del quiste. En un número de casos se encuentran restos del epitelio odontógeno, a partir del cual se pueden desarrollar ameloblastomas.

Respecto al color del líquido que contiene se puede decir, que tiene grandes variaciones; puede ser de un color amarillo citrino, de tinte hemático o lechoso metálico obscuro cuando contiene cristales de colesterol; además contiene - seroalbúmina, seroglobulina, agua, células en diferente estado de degeneración y cuando hay infección del quiste encontramos leucocitos.

Tratamiento.- Debido a que a partir de ellos se pueden desarrollar ameloblastomas, necesariamente está indicada la enucleación completa de estos quistes.

Las variantes importantes de estos quistes son el Dentígero, el Primordial, el Multilocular y el Odontocláide; vemos el cuadro propio de cada uno de ellos.

QUISTE DENTÍGERO.- Es el más común de los quistes foliculares. Existen divergencias en cuanto al origen intra o extrafolicular del quiste, también llamado "Quiste folicular central".

Los partidarios de la teoría extrafolicular presentan las siguientes manifestaciones.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.- Está asociado siempre con la corona de un diente retenido. También es posible que el quiste encierre un odontoma compuesto complejo o se relacione con un diente supernumerario.

Pueden encontrarse en cualquier parte de la mandíbula o de los maxilares superiores, cavidad antral y piso de la órbita; localizándose más frecuentemente en el ángulo de la mandíbula; zonas del tercer molar inferior y región de caninos porque estos son los dientes que con mayor frecuencia son retenidos.

Tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva, debe recordarse que dicho quiste es un ameloblastoma en potencia y la formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la lux pueden ser el principio del tumor dental.

La expansión del hueso provoca asimetría facial, gran desplazamiento de dientes, resorción intensa de las piezas adyacentes y dolor, son las posibles secuelas del agrandamiento continuo del quiste. La lesión quística en un tercer molar inferior retenido puede producir el "ahuecamiento" de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y condilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce. Junto con esta reacción puede haber un desplazamiento tal del tercer molar que a veces llega a quedar comprimido contra el borde inferior de la mandíbula. En el caso de un quiste de un canino superior, suele haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente puede parecer una sinusitis aguda o una celulitis.

Un tipo específico de quiste debe ser clasificado como una forma del quiste dentígero: Está en asociación frecuente con dientes primarios o permanentes en erupción, en niños. Este suele ser denominado "quiste de brote" o "hematoma del brote". Desde el punto de vista macroscópico, la lesión es una hinchazón circunscrita y fluctuante del reborde alveolar en la zona del diente en brote. Cuando la cavidad quística circuncoronaria contiene sangre, es de color violeta o rojo oscuro; de ahí el nombre de "hematoma del brote". No requiere tratamiento, puesto que, por lo general el diente brota sin retardo significativo.

Manifestaciones radiográficas.— Revelan una zona radiolúcida de alguna manera vinculada con la corona de un diente — no brotado. Es posible que la corona dental no erupcionada o retenida por alguna razón esté rodeada simétricamente — por esta radiolucidez, aunque hay que tener cuidado con no confundir el espacio circuncoronario o "foliular" normal con un quiste verdadero. En otros casos, la zona radiolúcida se proyecta lateralmente desde la corona dentaria en particular si el quiste es relativamente grande o si hubo desplazamiento dental. A esta situación se suele denominar "Quiste dentígero lateral".

Histopatología.— Consiste en que no hay características microscópicas típicas que puedan ser utilizadas con seguridad para distinguir el quiste dentífero de otros tipos de quistes odontógenos. Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la lux. La formación de brotes epiteliales suele faltar excepto en los casos en que hay infección secundaria. Además la superficie del epitelio suele estar cubierta de una delgada capa (acanalada) de paraqueratina u ortoqueratina similar a la vista en el quiste primordal. La infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es común aunque no siempre hay una causa evidente para ello. El contenido de la lux es un líquido amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre.

En la corona de un diente ya completa o parcialmente formada, el quiste se encuentra adherido a ella; se reviste este epitelio escamoso estratificado no queratinizado. En un 33 por ciento se observa epitelio odontógeno, lo que nos da la posibilidad de convertirse en ameloblastoma, oponiéndose a esto el estudio hecho por Gorlin, en 200 quistes en los cuales encontró un 3 por ciento de epitelio odontógeno junto con otras variantes importantes.

Tratamiento.— Aún en las lesiones quísticas extremadamente grandes es su enucleación cuidadosa el tratamiento de elección. Si está destruida una pared cortical de hueso por la presión expansiva del tejido perióstico se deja intacto y sirve como una ayuda excelente para la regeneración del hueso. Cuando la expansión y asimetría intensas han ocurrido, el proceso de reparación restablece el contorno normal del hueso, y la regeneración es completa, siempre que la operación sea adecuada y no haya recurrencia del quiste.

Pronóstico.— Este tipo de quistes de desarrollo dental tienen mucho a reaparecer. Frecuentemente los quistes con revestimiento epitelial grueso tienden más a la recidiva que los quistes con epitelio delgado.

La escisión parcial es peligrosa y cualquier parte pequeña que se deje puede formar un tumor dental verdadero. En casos excepcionales en los que la corona del diente se encuentra en buena posición, puede intentarse la marsupialización del quiste, y se deben hacer biopsias múltiples y seguir —

el curso postoperatorio por exámenes radiográficos cada 6 meses; de no ser favorable se lleva a cabo la extracción del diente, la enucleación del quiste con un raspado y curataje minucioso.

Cualquier tejido patológico que se elimina no debe descartarse; se pone en un frasco con solución de formal al 10 por ciento y se prepara para un examen microscópico completo.

Cada caso presenta su problema individual en diagnóstico y tratamiento, pero si ambos son correctos no hay razón por la cual el pronóstico no sea excelente y las complicaciones mínimas. El paciente debe recibir toda consideración y comprender los problemas del cirujano del mismo modo que éste debe comprender la preocupación del paciente por un pronóstico favorable.

QUISTE PRIMORDIAL. - Este es uno de los quistes menos comunes odontógenos. La palabra primordial implica una estructura más sencilla y menos desarrollada. Por lo tanto, es una anomalía temprana del desarrollo, que puede derivar de un órgano normal del esmalte o de un brote supernumerario de la lámina dental o de restos de células epiteliales.

Se encuentra con mayor frecuencia en la región del tercer molar inferior; se extiende a la rama ascendente y a menudo son multiloculares. La mayor parte de los quistes de la rama que no contienen dientes y que no están asociados con ellos de manera evidente son quistes primordiales.

Debido a que se forman del epitelio bucal primitivo, por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma, un neoplasma dental verdadero. En estos quistes las células epiteliales tienen capacidad de desarrollar neoplasias.

En pacientes a quienes se haya realizado la extracción de varias piezas, se podría ver un quiste maxilar que no se halle en relación directa con diente alguno.

Podría asemejarse a un quiste primordial, pero ser en realidad un quiste residual de tipo periodontal o aún del dentífero y el examen al microscopio no permite distinguir uno del otro. Esta circunstancia ejemplifica la dificultad que existe a veces para establecer el diagnóstico de un quiste primordial.

Manifestaciones clínicas.- Varía de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión. Con frecuencia causan la inclinación del diente vecino, pero no tan notablemente, como sucede con el quiste dentígero. Por lo general no es doloroso a menos que sufra una infección secundaria; no presenta manifestaciones clínicas obvias y generalmente se descubren en exámenes radiográficos de rutina.

En la serie de Soskolne y Shear las lesiones aparecen con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida, con igual distribución por el sexo.

En los maxilares desdentados no se hace fácilmente la diferenciación entre un quiste primordial y otro periodontal residual. Algunas veces la historia médica y otras el examen anatomopatológico que muestran señales inflamatorias ayudan a hacer un diagnóstico correcto. Es muy importante la elaboración de un buen examen para lograr un diagnóstico preciso, ya que es susceptible de confundirse con cualquiera de los tumores odontógenos como el ameloblastoma; también puede confundirse con el quiste óseo aneurismático.

Histopatología.- Estos quistes difieren muy poco al quiste dentígero, fuera de que no están relacionados con un diente. Los cortes histológicos se caracterizan por una cavidad quística revestida por epitelio escamoso estratificado y una capa de tejido conjuntivo; en algunos casos se han encontrado células inflamatorias entre el tejido conjuntivo y la capa epitelial.

Manifestaciones radiográficas.- 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 de las raíces dentales, entre las raíces de piezas adyacentes o cerca de las crestas del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de un tercer molar superior e inferior.

Soskolne y Shear han comunicado casos en la zona de premolares superiores e inferiores así como en la de canino superior.

Tratamiento.— Consiste en su enucleación quirúrgica con un curetado 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, y su diagnóstico hasta cierto punto es enteramente académico.

QUISTE MULTILOCULAR.— También llamados "quistes foliculares múltiples"; rara vez son multiloculares los quistes odontógenos, se producen cuando una variedad de gérmenes dentarios adyacentes toman parte en la formación de un quiste o si una yema, desprendida de la lámina dental o de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del molar segundo o tercero se ramifica y forma varios folículos, cada uno de los cuales puede formar un quiste. Estos quistes pueden fundirse y formar una cavidad con tabiques que se extienden desde la periferia.

Es tan importante como necesario diferenciar los quistes multiloculares de los ameloblastomas multiloculares y de los odontomas quísticos, lo que resulta con frecuencia muy difícil y solo después de la intervención quirúrgica y mediante de la histopatología lograr diagnósticos exactos.

Pueden ser primordiales, formados de una cavidad con varios compartimientos separados por divisiones óseas parciales, o pueden estar compuestos de diversos quistes individuales que se unen al crecer de tamaño. Estos quistes pueden ser primordiales o dentíferos. Ambrecht y Waterman publicaron un caso de quiste periodontal multilocular. Cuando es dentífero, un compartimiento puede contener el diente, y los otros son de tipo primordial.

La mayoría de los quistes multiloculares se forman en la región del tercer molar, de donde se extienden a la rama y se dilatan.

Manifestaciones Radiográficas.— Las paredes óseas redondeadas de este quiste pueden dar la impresión de que la lesión está formada por varios quistes separados, cuando en realidad solo hay una cavidad dividida por tabiques profundos, que no son divisiones completas.

Generalmente la membrana del quiste tiene un grueso epitelio y en este tipo de quistes debe tenerse especial cuidado de descubrir las posibilidades de que desarrolle características de ameloblastoma.

Tratamiento.- No difiere mucho de los otros tipos de quistes foliculares, salvo que hay que tener cuidado de extirpar todo el tejido quístico, sin descuidar algún compartimiento inaccesible. No es rara la reproducción del quiste.

QUISTE DE ERUPCION U ODONTOCLAVIDE.- Es un tipo especial que no envuelve al hueso. Es visto raramente y se desarrolla entre la encía y la corona de una pieza en plena erupción, abarcando a veces hasta tres o cuatro piezas dentarias. Los sitios más comunes son los terceros molares inferiores.

Cuando se presenta grande dicho quiste, el diente es a veces trasladado hasta la periferia del maxilar. La presión del líquido quístico empuja al diente en dirección apical y con frecuencia las raíces quedan detenidas en su desarrollo porque tropieza con el hueso cortical. Puede encontrarse alcanzando magnitudes tales que causen el retardo de la erupción dentaria, hecho comprobable cuando se tiene la precaución de tomar una radiografía que demuestra la existencia del quiste de erupción.

Es una forma muy leve de quiste, abarcando exclusivamente mucosa, es decir, muy superficial dentro de la cavidad bucal.

Tratamiento.- Es muy sencillo pero siempre obliga al cirujano a intervenir, para favorecer con su eliminación la erupción detenida.

QUISTES RADICULARES.- Se les llama así porque su localización es en la raíz del diente. Son los quistes más comunes de la cavidad bucal. Reciben también el nombre de "quistes periodontales" y se clasifican en tres, de acuerdo a su situación:

- a) Quiste apical, cuando se forma en ápice de la raíz del diente.
- b) Quiste lateral, por estar en el lado de la raíz.

- c) *Quiste residual, es el nombre que se da a los quistes de - naturaleza inflamatoria en las regiones desdentadas.*

Los quistes periodontales o radiculares son sacos cerrados revestidos de epitelio, formados en la membrana periodontal y en el hueso contiguo en la superficie periapical o - radicular lateral de los dientes.

QUISTE PERIODONTAL APICAL.- Se forma por proliferación de las células epiteliales dentro de un granuloma. Estas células son restos de la vaina de Hertwig, estructura epitelial que participa en la formación de la raíz y que posteriormente se disgrega. En ocasiones, los restos de dicha vaina llamados "restos epiteliales de Malassez", se retienen en la membrana parodontal y se hallan presentes cuando se forma un granuloma. Muchos granulomas de este tipo originan quistes; esto depende primero de la disolución de la parte central del granuloma y segundo de la trasudación de líquido a través del saco de tejido conjuntivo con forro de epitelio hasta el interior de la lesión.

La cápsula de tejido conectivo suele presentar inflamación crónica más o menos intensa. El proceso inflamatorio a menudo causa inflamación y ulceración del revestimiento epitelial. La cavidad del quiste posee los siguientes elementos: en número y proporción variable; células epiteliales degeneradas, cristales de colesterol, sangre, pigmento hemático y pus.

QUISTE PERIODONTAL LATERAL.- Es un tipo de quiste odontógeno no raro pero bien reconocido. Standish y Shafer presentaron una revisión de la literatura de quistes laterales periodontales y comunicaron una serie de 15 casos. Estos nacen directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente brotado y se han sugerido varias posibilidades para explicar como se forma. Se pensó que la lesión puede generarse inicialmente como un quiste dentífero a lo largo de la superficie lateral de la corona. Si la expansión de éste es lenta, el brote dental puede ser normal y finalmente el quiste adoptará una posición cercana a la superficie lateral de la raíz.

La predilección de este quiste por originarse en la zona de canino y premolares inferiores se corresponde bien con la conocida frecuencia elevada de los dientes supernumerarios en la zona de premolares inferiores.

Manifestaciones clínicas.- Son lesiones benignas que suelen ser asintomáticas. Estos quistes pueden ser relativamente pequeños o crecer hasta alcanzar tal tamaño que el maxilar se dilata, y con frecuencia la pared exterior de la lesión se adelgaza a tal grado que sólo queda una capa parecida al pergamino.

Quando se propagan en dirección lateral pueden extenderse por varios dientes que, sin embargo, no se afectan y tan sólo son desplazados hacia un lado.

El líquido quístico suele contener mucho tejido necrosado y productos de degeneración y metabolismo anormal, como -- cristales de colesterol, y siempre pus. Debe recordarse que el quiste radicular se forma por una infección lo que lo distingue de los quistes foliculares. El pus se debe a los leucocitos que penetran por el revestimiento epitelial o que se desprenden de las superficies ulceradas donde el epitelio se ha destruido por la infección.

A veces se forman quistes periodontales alrededor de las raíces de dientes deciduos retenidos.

Este quiste es muy poco frecuente que produzca destrucción localizada de los tejidos en la superficie externa de la raíz y no en la punta. Suele ser asintomático y en ocasiones poco frecuentes produce tumefacción localizada y dolorosa a la palpación. El diente que presenta un quiste periodontal lateral responde normalmente a las pruebas de vitalidad, siempre que no haya lesión pulpar.

Características radiográficas.- La radiografía periapical revela una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de una raíz dental. Por lo común, la lesión es pequeña, raras veces mayor de 1 cm. de diámetro, y puede o no ser bien circunscrita. En la mayor parte de los casos, los bordes son definidos y a veces está rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

Tratamiento y pronóstico.- El quiste ha de ser enucleado -- por cirugía en lo posible sin extraer el diente afectado. Si esto no fuera factible, hay que sacrificarlo. Es de especial importancia que se establezca el diagnóstico debido a la similitud del aspecto de este quiste con otras lesiones más graves, como un ameloblastoma incipiente. No se le conoce su recidiva.

QUISTE PERIODONTAL RESIDUAL.- Este quiste es muy raro y poco común. Se debe distinguir de los quistes dentígeros que quedan después de la extracción del diente asociado. Puede dejarse un fragmento de raíz dental con el quiste. También se parece el quiste residual al quiste primordiaL.

Con frecuencia se encuentra en maxilares desdentados, cuando ha sido necesario extraer el diente sin que se haya reconocido la existencia de un quiste. Este pudo haber sido pequeño, pero siguió creciendo hasta que la deformación de la apófisis alveolar impidió que el paciente usara la dentadura o hasta que la infección produjo dolor y tumefacción. En otros casos provoca una deformación notable de la cara; puede ocurrir la fractura patológica de la mandíbula en caso de un accidente que de otra manera habría sido insuficiente para fracturarla. Read presentó la fractura de una mandíbula por quiste que ocurrió al usar el abreboca en la anestesia general.

En el maxilar superior, especialmente en las regiones premolar y molar, los quistes radiculares suelen invadir el seno maxilar, y a veces lo obliteran completamente. Por lo general, sólo se descubren en el examen radiográfico, a menos que causen asimetría facial.

Características radiográficas.- Generalmente se observan radiopacidades uniloculares más o menos esféricas en las extremidades radiculares de los dientes, con tratamiento inadecuado del conducto radicular.

Ordinariamente se forma una capa delgada de hueso cortical alrededor del quiste que le da aspecto de un borde radiopaco delimitado. El diente de que se ha desarrollado muestra destrucción de la lámina dura y generalmente señales de pulpitis (caries que se extiende a la cavidad pulpar) o, como ya se mencionó, indicios de obturación de la raíz.

Por la imagen radiográfica no se establece la diferencia segura entre quistes y granulomas periodontales, a pesar de su gran valor (la zona radiolúcida del granuloma no está bien delimitada). Es más bien una forma algo académica saber si hay un quiste o un granuloma. En ambas posibilidades está indicada la extirpación completa. Asimismo se diferencian los quistes periodontales de las displasias óseas focales (fibromas periapicales benignos, primer período de los cementomas, osteoclastias traumáticas).

Histopatología.— Puede haber un quiste radicular adherido al diente afectado. Al examinarlo microscópicamente se descubre la infección crónica por la presencia de células inflamatorias tanto en la pared como en el epitelio. La reacción inflamatoria es más notable en la infección aguda o subaguda y puede estar asociada con hipertrofia de las espigas de la redcilla. En algunos casos el epitelio se destruye casi completamente. Son comunes los depósitos de colesterol en la membrana. El quiste contiene líquido purulento o pus. Está revestido de epitelio escamoso estratificado y rodeado por cápsula de tejido conectivo.

Tratamiento.— Un tema de gran interés se presenta en lo relativo al tratamiento de los quistes radiculares, cuando la pieza dental infectada, causante del padecimiento, está presente.

La Endodoncia o Pulpectomía aparece con estudios sorprendentes al respecto, y en casos recientes se menciona una completa y permanente rehabilitación de los tejidos afectados por el quiste, al eliminar su contenido por medio del drenaje en un tratamiento de conductos, dejando ahí la membrana que permanece estéril sin causar problemas, hasta que finalmente se reabsorbe.

Resulta verdaderamente apasionante ya que viene esto a contraponerse con todas las teorías que indican, como único método de total eliminación del quiste, la enucleación completa, o cuando menos la marsupialización.

Queda a los actuales o posteriores estudios al aceptar o relegar el procedimiento mencionado, que en la actualidad está cobrando gran auge.

Quando se elige el método quirúrgico, el quiste pequeño peridontal muchas veces puede ser enucleado a través de la pared del alveolo después de eliminar el diente afectado. Sin embargo, es mejor hacer un colgajo para quitar el quiste desde la cara labial o bucal. Esto asegura mejor visibilidad de la región patológica y permite una remoción más completa de todo el tejido quístico.

Muchos de 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 sobrayacente desaparece y la pared quística se adhiere al mucoperiostio.

En estos casos se hace un colgajo mucoperiódstico, pero este procedimiento es tedioso y se debe separar cuidadosamente la pared del quiste del tejido blando que cubre al hueso.

Las raíces de los dientes que penetran en una cavidad ósea después de la enucleación de un quiste deben ser amputadas a continuación de la conductoterapia, o bien deben ser extraídas. Existe el peligro de una remoción incompleta del tejido quístico en regiones poco accesibles, ya que muchas veces la lesión no puede verse bien o las raíces de los dientes adyacentes pueden impedir su acceso quirúrgico.

Los quistes periodontales residuales no pueden diferenciarse en la radiografía y solamente pueden comprobarse por examen microscópico.

QUISTES DE ORIGEN NO DENTARIO

QUISTES FISURALES.- En los maxilares se producen una cantidad de diferentes tipos de quistes óseos fisurales (por inclusión) a los cuales por lo general se consideraba surgidos, como lo indicaría su nombre, a lo largo de la línea de fusión de los diferentes huesos y procesos embrionarios. Estos son quistes verdaderos (es decir, cavidades patológicas, tapizadas de epitelio, que por lo común contienen un material líquido o semisólido) y el epitelio deriva de las células epiteliales que quedan atrapadas entre los procesos embrionarios de los huesos en la línea de unión.

Estos quistes pueden ser clasificados como sigue:

- a) Quiste maxilar anterior medio
- b) Quiste palatino medio
- c) Quiste globulomaxilar
- d) Quiste mandibular medio
- e) Quiste nasopalveolar

QUISTE MAXILAR ANTERIOR MEDIO.- También recibe los nombres de "Quiste del conducto nasopalatino y Quiste del conducto incisivo"; este quiste se localiza en el conducto incisivo o cerca de él, es el quiste más común de quiste maxilar del desarrollo o fisural.

Manifestaciones clínicas.- Los estudios de Stafne y sus colaboradores acerca de la incidencia del quiste maxilar anterior medio indican que aparece en no menos de uno de cada 100 pacientes, por lo tanto, no se le puede considerar una lesión rara. Según Abrams y sus colaboradores, aparece a cualquier edad, incluso en el feto, aunque su descubrimiento clínico se hace con mayor frecuencia entre la cuarta y la quinta década de la vida.

Muchos de estos quistes dan escasas manifestaciones clínicas de su presencia. En la serie registrada por Abrams, -- cerca del 40 por ciento de los casos eran totalmente asintomáticos. A veces, se infectan por algún mecanismo desconocido, y producen dolor e inflamación y se abren por una pequeña fístula en la papila palatina o cerca de ella. En esos casos, de esa zona se extrae por presión una minúscula gota de líquido acuoso o pus.

Una variante poco común de estos quistes de produce como una hinchazón dentro de la papila palatina, descrito como no generado de los nidos epiteliales del agujero incisivo y no de los que se encuentran en el hueso. Por lo común, no son visibles en el examen radiográfico; las lesiones de este tipo se denominan "quistes de la papila palatina" aunque sean una forma del quiste maxilar anterior medio.

Características radiográficas.— Suelen ser descubiertos en el examen radiográfico de rutina de los dientes. Se observan en la radiografía como una zona radiolúcida redonda, oval o acorazonada, generalmente simétrica, bilateral y bien delimitada. La zona está en la línea media entre las raíces de los incisivos centrales superiores, o sobre ellas, y puede producir la separación o la divergencia de las raíces. No siempre es posible distinguir radiográficamente entre un quiste pequeño y el agujero incisivo; por lo tanto los quistes de mayor tamaño no presentan dificultad en su interpretación.

Histopatología.— Se encuentran tapizados de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado pseudoestratificado y epitelio cuboide o cualquiera de las combinaciones. La pared de tejido conectivo de este quiste presenta con frecuencia infiltrado celular inflamatorio. Además, suelen observarse acúmulos de glándulas mucosas, así como varios vasos y nervios grandes.

Como estos quistes no son de origen odontógeno, hay que poner atención y no confundirlos con el quiste periodontal correspondiente a un diente y permitir así la extracción innecesaria de dientes sanos.

Tratamiento.— No han sido comunicadas transformaciones malignas del epitelio de revestimiento de este quiste. Además, estos quistes raras veces se agrandan o destruyen cantidades apreciables de hueso. Por lo tanto, la excisión quirúrgica del quiste asintomático del conducto palatino puede no estar justificada en pacientes dentados.

En algunos pacientes desdentados, no es raro que el no enuclear un quiste antes de instalar un aparato protésico favorezca la infección aguda, más la perforación de la mucosa con drenaje de pus.

QUISTE PALATINO MEDIO.— Se origina en el epitelio atrapado a lo largo de la línea de las apófisis del maxilar.

Manifestaciones clínicas.— Se encuentra en la línea media del paladar duro entre las apófisis palatinas laterales. Se puede agrandar en un período prolongado y producir una hinchazón palatina definida visible clínicamente.

Características radiográficas.— Se ve en la radiografía palatina una zona radiolúcida bien circunscrita frente al sector de premolares y molares, frecuentemente bordeada de una capa de hueso esclerótico. El revestimiento de este quiste suele ser epitelio escamoso estratificado que cubre un tejido conectivo fibroso denso que puede tener infiltración celular inflamatorio crónico.

Tratamiento.— Consiste como en la mayoría de los quistes, en la eliminación quirúrgica completa y curetado minucioso.

QUISTE GLOBULOMAXILAR.— Es de los llamados quistes fisurales, se encuentra dentro del hueso, en la unión de la porción globular de la apófisis nasal media y la apófisis maxilar, la fisura globulomaxilar, casi siempre entre el incisivo lateral y el canino superiores.

Manifestaciones clínicas.— Es característico que se introduzcan a manera de cuña separando las raíces de los dientes mencionados, conforme aumenta su volumen, lo cual modifica la relación de sus coronas.

En su iniciación, y durante un tiempo prolongado, este quiste carece de síntomas; posteriormente se desarrolla como una lesión no fluctuante; siendo la primera indicación clínica de un quiste globulomaxilar el cambio de posición del incisivo lateral y del canino superiores; más adelante puede haber un abultamiento del paladar o de la superficie labial del maxilar superior, con frecuencia acompañado de una sensación vaga de presión. En algunos casos el abultamiento fué anteriormente abierto por incisión y hubo descarga del líquido del quiste. En otros casos la infección puede ser llevada al interior del quiste por un diente vecino, y entonces la cara se hincha y el exudado se hace purulento.

En tales casos puede formarse una fístula permanente en la encía.

Por su expansión progresiva puede llegar al seno maxilar e invadirlo; cuando se dilata, se extiende más allá de los ápices de los dientes vecinos, creciendo alrededor de ellos y envolviéndolos.

Este quiste fácilmente se confunde con un quiste radicular, cuando los dientes vecinos están sanos y tienen pulpas normales, el diagnóstico es simple; pero si están cariados o si los canales radiculares han sido tratados, la diferenciación se hace más difícil. Debe recordarse que los quistes radiculares no empujan entre las raíces y, por lo tanto, no cambian la posición de los dientes.

El examen radiográfico es sumamente importante en estas lesiones, ya que gran parte de su diagnóstico se basa en él. Se observa una zona radiolúcida, bien definida, en forma de pera invertida, localizada entre incisivo lateral y canino superiores, produciendo divergencia de las raíces de estos dientes, habrá que tener cuidado en no confundir esta lesión con el quiste periodontal formado como consecuencia de una lesión pulpar o traumatismo de uno de los dientes adyacentes. Estos son vitales salvo que se infecten coincidentemente.

Se obtiene una imagen más precisa en las radiografías oclusales, apreciándose el quiste por delante y a un lado del canal incisivo.

Histopatología.— El saco del quiste es grueso y resistente y está fuertemente adherido al borde alveolar entre los dientes. La pared del quiste se encuentra formada por tejido conjuntivo fibroso, revestida en su interior por una capa de epitelio escamoso estratificado, variando el número de células en diferentes zonas. Se aprecia infiltración inflamatoria representada por células plasmáticas y linfocitos. El contenido del quiste es fluido y puede o no encontrarse cristales de colesterol.

Tratamiento.— Es quirúrgico, y consiste en escisión cuidadosa, pero se puede utilizar el método de Partsh. Generalmente los dientes adyacentes no se tocan si la operación se planifica y realiza correctamente. Se levanta un colga-

jo mucoperiódico de la pared labial del hueso para lograr acceso adecuado a la región enucleándose cuidadosamente el quiste. La mayoría de estos quistes sanan por primera intención y la cicatrización primaria puede obtenerse sin usar apósitos ni otras sustancias para obliterar la cavidad.

QUISTE MANDIBULAR MEDIO.- Es extremadamente raro, el cual se produce en la línea media de la mandíbula.

Existe la posibilidad de que la lesión represente un quiste primordial originado de un órgano del esmalte supernumerario en el segmento anterior de la mandíbula, particularmente porque los huesos que se unen en la sínfisis mandibular se originan en la profundidad del interior del mesénquima y, por lo tanto, brinda poca oportunidad para la inclusión y consiguiente proliferación de los restos epiteliales en la profundidad del hueso. La literatura acerca de este raro tipo de quiste fué revisada por Luchesi y Topazian, y más recientemente, por Tilson y Bawerle.

Manifestaciones clínicas.- La mayoría son asintomáticos y se descubren únicamente durante el examen radiográfico de rutina. Pocas veces producen la expansión perceptible de las láminas óseas corticales los dientes asociados, salvo que tengan otra lesión, reaccionan normalmente a las pruebas de vitalidad pulpar.

Características radiográficas.- El aspecto radiográfico -- que presenta este tipo de quiste es el de una imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada, aunque también puede ser multilocular.

Histopatología.- Revela el examen histológico un epitelio escamoso estratificado delgado, con pliegues y proyecciones, que tapiza una luz central.

Tratamiento y pronóstico.- Es aconsejable hacer la excisión quirúrgica conservadora con preservación de los dientes -- cercanos; son muy pocos los casos para estar seguros del pronóstico del quiste mandibular medio.

QUISTE NASOLABIAL.- Llamado también "Quiste nasolabial o Quiste de Klestadt"; no se encuentra dentro del hueso, sino que se describe como un quiste fisural raro que puede afec

tar secundariamente al hueso. Se forma en la unión de los ramelones globular, lateral, nasal y maxilar superior y -- forma una tumefacción en la inserción del ala de la nariz.

Manifestaciones clínicas.— Puede producir una hinchazón en el pliegue mucovestibular así como en el piso del ala de la nariz en el maxilar. A medida que crece invade la cavidad nasal (pudiendo drenar por ella), causando un abultamiento dentro del vestibulo de la nariz, razón por la cual es llamado quiste nasal vestibular. Este abultamiento es fluctuante y a veces produce asimetría de la nariz y por consiguiente una asimetría de la facies del individuo afectado. Debemos tomar en cuenta que esta drea puede ser afectada por diversos factores capaces de producir patología -- parecida, iniciándose en procesos alveolares (abscesos). Generalmente produce mínima molestia y puede llegar a drenar por sí solo.

En ocasiones entorpece la respiración nasal. Bhaskar afirma que no afecta la vitalidad de los dientes; sin embargo, Burtzchi reporta un caso en el cual no existía vitalidad -- en los dos centrales superiores.

Roed-Petersen, en un estudio sobre esta lesión, notó que algo poco más del 75 por ciento de los casos se presentaba en mujeres y que la edad promedio de su aparición estaba -- entre los 41 y 46 años, aunque se registraron casos en personas de 12 a 75 años de edad.

Porque este quiste no es una lesión central y se encuentra localizado sobre tejidos blandos sin alcanzar las estructuras óseas, no se observa radiográficamente a menos de ser inyectada una sustancia radiopaca. En ciertos casos produce resorción ósea por presión sobre el hueso en el cual -- descansa y da imagen radiográfica.

Histopatología.— Quiste recubierto por tejido epitelial con mayor frecuencia de origen en mucosa nasal y no bucal, del tipo pseudo estratificado, cilíndrico y pocos macrófagos. El líquido que contiene es espeso, mucoso, y puede ser de color parduzco.

Tratamiento.— Enucleación completa. La extirpación de los quistes nasopalveolares puede realizarse bajo anestesia lo-

cal, si bien no hay contraindicaciones para la general, -
 puesto que el tubo se puede introducir en la tráquea por -
 la ventana nasal libre o por la boca.

Después de la ordinaria preparación del campo operatorio,
 se hace una incisión curva en la mucosa de la cara externa
 del maxilar superior, alrededor y por debajo del quiste.
 Se despega el mucoperiostio con un periostio con un alcan-
zar el saco. Como el quiste no tiene cubierta ósea, se de-
be diseccionar de la mucosa; por lo general hay un plano de se-
paración que se presta a la disección con tijeras. El quist-
te sobresale a veces por la herida y puede ser despegado -
por la superficie hasta el ala de la nariz, lugar donde --
suele estar firmemente adherido. Después de extirpar todos
 los restos epiteliales, la herida se cierra con sutura en
trecortada.

El tratamiento postoperatorio es sencillo. Se aplica un --
 apósito sobre el labio para comprimir la piel sobre el hue-
 so y evitar la formación de hematoma en la herida, y se su-
prime a las 48 horas. Los puntos de sutura se quitan al --
 quinto día.

QUISTES DE RETENCION

Se producen por acúmulo de las secreciones de una glándula a consecuencia de la obstrucción de su conducto excretor, lo cual origina la retención del material que produce esta glándula afectada. Los efectos de estos quistes varían según el carácter agudo o crónico de los mismos. En Odontología nos interesan particularmente tres tipos de estos quistes y son:

- a) Quistes de retención de las glándulas salivales llamados *Ránula*.
- b) Quistes de las glándulas mucosas, que reciben el nombre de *Mucoceles*.
- c) Quiste de retención del seno maxilar o *Mucocele del seno maxilar*.

RANULA.— A las colecciones líquidas enquistadas que se forman en el piso de la boca, de una glándula salival, generalmente sublingual y raras veces del conducto submaxilar, se les llaman *ránulas*, (así denominadas por su semejanza con el vientre de las ranas).

El tamaño está determinado por la cantidad de secreción — producida por la glándula afectada, y soportada por la cavidad quística. El quiste puede agrandarse hasta el punto de contener 50 mm., o más de líquido. Cuando la resistencia del piso de la boca puede anular la presión secretora, el quiste ya no crece más. Su tamaño puede disminuir, ya sea con absorción del contenido líquido o por ruptura de la mucosa con el consiguiente drenaje.

Manifestaciones clínicas.— Contiene bajo la forma de hinchazón localizada en el piso de la boca, debajo de la superficie anterior de la lengua; su desarrollo es lento e insidioso. Es indoloro y generalmente unilateral, pero puede ser tan grande que abarque todo el lado opuesto, apareciendo ser bilateral. Es de color azuloso o violáceo, y a la palpación se advierte su contenido líquido. Puede presentarse asfíxia, dificultad en la masticación e imposibilidad de deglución y fonación cuando se desarrolla agudamente y la lengua es empujada hacia el paladar.

Es tenso y fluctuante, contiene una sustancia viscosa, existe tumefacción en el piso de la boca, la cual es molesta pero indolora. A veces se rompe espontáneamente pero vuel-

de a recidivar; de ahí que la rdnula pueda varias de tamaño y que en la boca aparezca una materia salada y con aspecto mucoso.

Diagnóstico diferencial.- La rdnula no puede ser confundida con un lipoma del suelo bucal, ya que éste es menos superficial y más duro; tampoco con el linfangioma, que aparece al nacimiento, crece rápidamente y adquiere volumen considerable. Puede confundirse con hemangioma, pero la presencia del fluido mucoso pegajoso al punccionar la rdnula, es suficiente para diferenciarlos.

Histopatología.- La pared es generalmente delgada, estando compuesta de fibras conectivas, aplanadas y desnudas, las cuales revelan envolturas de fibroblastos de un color pálido. Los quistes contienen fragmentos y lagunas de moco que están en una red de células de descamación, leucocitos y ocasionalmente glóbulos rojos.

Tratamiento.- Existen tres técnicas de extirpación de la rdnula y son:

- 1o.- **Del sedal.**- Consiste en atravesarla con aguja e hilo o lazo de alambre, haciendo un nudo con éste en uno de los orificios de entrada, y haciéndolo pasar de un lado a otro cada tres días para drenarla. Esto frecuentemente falla, y se presenta su reaparición.
- 2o.- **Marsupialización.**- Se elimina el techo de la cavidad quística y se deja la base de ella para suturarla al tejido adyacente (piso de la boca) sano, haciéndola continua con la cavidad bucal. Este procedimiento solo tiene éxito cuando el revestimiento del quiste es epitelial y hay cicatrización y unión de éste último con el epitelio bucal, formando una abertura permanente para el vaciamiento de las secreciones de la glándula afectada. Si el revestimiento del quiste es una pared fibrosa, este procedimiento puede fallar, ya que el epitelio bucal quizá cubra el defecto y de este modo bloquea nuevamente las secreciones. El pronóstico tiene que ser nuevamente reservado, ya que la rdnula recidiva con bastante frecuencia porque en las partes profundas se encuentran gérmenes.

30.- Enucleación.- Es la remoción total, cauterizando después sin suturar. Este parece ser el mejor procedimiento para las ránulas pequeñas, pero si es voluminosa, es preferible la operación de Partsch (marsupialización). En ocasiones se practica la extirpación quirúrgica del quiste en su totalidad y de la glándula afectada, para evitar su recidiva.

Se han demostrado otros métodos de tratamiento. Por ejemplo, para Carabba, el método más simple es la aspiración del contenido de la ránula, e inyección de una solución esclerosante. Este autor ha publicado curaciones con ese método y lo ha empleado con resultados excelentes en numerosas ocasiones, varias veces en vista de recidivas después de la ablación parcial.

También se ha encontrado eficaz el radio para el tratamiento de la ránula. Se aspira el contenido del quiste y se inserta un aplicador nasofaríngeo con 50 mg. de radio en la cavidad quística; se deja en su lugar, generalmente ligado a los dientes, durante 25 minutos. Se presenta isquemia -- después del tratamiento, pero no ocurre necrosis si se utilizan el tiempo, exposición y dosis correctos.

En el postoperatorio, el edema es fisiológicamente normal después de la intervención. La mayor parte de las 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, advirtiéndole al paciente que espere el máximo de hinchazón alrededor del segundo día, y que desaparecerá gradualmente si no hay infección secundaria ni formación de hematoma. La aplicación inmediata de frío es benéfica pero debe utilizarse únicamente en las -- primeras ocho o diez horas después de la operación.

Las posibles complicaciones de enucleación o marsupialización de estos quistes incluyen tumefacción, infección, formación de hematomas, traumatismo de nervios motores y sensitivos, hemorragia primaria y secundaria, fístula bucal, fracturas de hueso, obstrucción de vías respiratorias. El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías -- ocurren principalmente al extirpar lesiones que exigen disección en el cuello y región mandibular.

La posibilidad de infección puede ser mínima usando antibióticos, y una buena técnica quirúrgica y las reglas estrictas de asepsia. Cualquier infección aguda que se presente en estas lesiones debe dominarse perfectamente antes de intervenir. Hay que elegir cuidadosamente los antibióticos y administrar dosis terapéuticas adecuadas.

El hematoma puede evitarse cohibiendo la hemorragia inicial y por el uso adicional de apósitos y presión. Los vasos grandes deben ser ligados, pero cuando la hemorragia proviene de regiones inaccesibles a la ligadura, se cohibe por la presión. Los colgajos de tejido blando deben suturarse bien y se aplicará presión externa adecuada en la herida durante las primeras horas.

Un hematoma persistente fácilmente accesible, debe ser aspirado y drenado, pues de otra manera ocurrirán disgregación del coágulo y drenaje séptico. En el período incipiente de la formación de hematoma, puede ser útil la terapéutica enzimática con hialuronidasa; las enzimas inyectadas en los tejidos abren espacios intersticiales y facilitan la absorción y difusión rápida de líquidos desde la región en ferma.

Los troncos nerviosos sensitivos generalmente están desplazados por las lesiones químicas y muchas veces puede separarse el nervio, de la pared del quiste, por disección cuidadosa. Cuando se lesiona un nervio sensitivo en una cavidad, suele ocurrir parestesia. La duración del trastorno puede predecirse, porque la velocidad de regeneración del nervio varía considerablemente. Los troncos nerviosos grandes generalmente no se cortan durante la intervención cuidadosa y suele recuperarse la sensibilidad; los pequeños nervios que se sacrifican, de ordinario tienen inervación cruzada, de manera que el efecto inmediato no es notado por el paciente. Debe advertírsele, en esta complicación, que un traumatismo al quinto par, afecta solamente la sensibilidad y no la función motora, de manera que no ocurrirán cambios patentes en la cara.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenirlas por un diagnóstico eficiente, un buen juicio quirúrgico, conocimiento de la anatomía facial y una técnica correcta. Las complicaciones ocurren y conviene conocerlas para tratarlas cuando se presenten.

MUCOCELE.— Son quistes que se forman en las glándulas mucosas o sus conductos, y por ello puede presentarse, en la cavidad bucal, en cualquier parte donde existan glándulas mucosas. Generalmente aparecen en la cara interna de los labios, carrillos, piso de la boca, y raramente se encuentran en el paladar, donde el quiste se forma en la papila palatina. Puede también encontrarse en la porción de la lengua donde las glándulas están localizadas en la superficie inferior.

Manifestaciones clínicas.— Se presenta como una pequeña vesícula translúcida redonda u oval, en la superficie mucosa, generalmente es de color azulado o verdoso y puede confundirse con un hemangioma; varía del tamaño de un chícharo — al de un frijol y su sitio predilecto está cerca de la comisura, en la superficie interna del labio, pero también — suele aparecer en paladar, carrillos, lengua y piso de boca.

El mucocèle es ligeramente móvil y suele encontrarse inmediatamente debajo de la mucosa, que está ligeramente levantada; a veces es profundo y se asemeja a la hiperplasia — glandular. Cuando la lesión es superficial es susceptible de perforarse o desgarrarse, bien espontáneamente, o bien lesionarse accidentalmente casi siempre por los movimientos de masticación, descargando el material que contiene, un líquido espeso, viscoso, pegajoso en la boca. Cuando esto sucede, el quiste desaparece, pero se forma nuevamente, y la nueva formación de moco es alternando estas recidivas — con el período de cicatrización. Aún después de extirparlo no es rara su recidiva, pero no se conocen casos de malignización aunque no se descarta esta posibilidad.

Histopatología.— El examen microscópico muestra un quiste fibroso, revestido por epitelio que se forma del conducto del quiste. Puede haber notable reacción inflamatoria de la membrana. Los vasos sanguíneos están agrandados, y repletos de glóbulos rojos; hay infiltración extensa de polinucleares y mononucleares. El contenido está compuesto de moco, fibrina y leucocitos.

Tratamiento.— Algunos autores recomiendan la marsupialización como método suficiente y sólo hacer la enucleación si se presenta su recidiva. Otros indican necesaria la enucleación del quiste, y algunos incluyen también la glándula — afectada, en un tratamiento radical.

La técnica de marsupialización de este quiste consiste en fijar el mucocelo por medio del sujetador de Desmarres. Después hacer una incisión en el centro de la vesícula hag ta que se presenta la membrana quística para luego evacuar su contenido. La cavidad es llenada enseguida con gasa y se cierra la incisión hecha a la membrana con una sola sutura. Se remueve el círculo superior de la membrana y la pared del quiste es suturada a la mucosa, para hacer conf nia la cavidad quística en ella, se retira el sujetador.

La enucleación se hace mediante una incisión en sentido ho riz on tal, tratando de llegar únicamente sobre mucosa hasta descubrir el quiste. Luego se hace disección roma con cuidado para enuclear, ya sea sólo el quiste o también la glándula afectada. Cuando el mucocelo es pequeño este procedimiento se lleva a cabo frecuentemente.

Shira nos simplifica grandemente el procedimiento eliminando el líquido del quiste, seguido por una redistensión de la cavidad por la misma vía de la evacuación, con un material elástico Ej; alginato, hule. Se obtiene así una limitación precisa de las dimensiones de la lesión y una facilidad de manipulación por otros métodos, controlando una enucleación con un porcentaje casi nulo de recidivas.

QUISTE DE RETENCION DEL SENO MAXILAR.— También conocido como "Mucocelo del seno maxilar o Quiste secretor de seno ma xil ar". Es una variante poco común del fenómeno de retención mucosa, encontrado con mayor frecuencia en tomas radiográficas. Sin embargo, hay que conocerlo, debido a la posibilidad de confundirlo con una cavidad de lesiones que se dan en la misma localización.

La lesión es un fenómeno de retención de las glándulas mucosas de revestimiento en seno maxilar.

Manifestaciones clínicas.— La mayor parte de quistes de retención de seno maxilar son asintomáticos y se descubren sólo durante el examen radiográfico periódico de los maxilares. En ocasiones, se sienten pequeñas molestias en mejilla o maxilar. Fright describe dolor y sensibilidad de cara y dientes así como entumecimiento del labio superior en el 10 por ciento de su serie de 78 casos. También se ha comunicado la expansión vestibular del antro maxilar. No hay predilección cronológica o por sexo.

Características radiográficas.— Aparece en la radiografía periapical como una lesión radiopaca bien definida, homogénea y semiesférica, cuyo tamaño varía de lesiones muy pequeñas a otras que ocupan la totalidad del antro, que nacen del piso del seno y se superponen a él. Esta radiografía aparece como una masa de tejido blando y no como una zona calcificada, de manera que a través de ella es factible ver los puntos de referencia mesiales y laterales.

Histopatología.— Algunos de estos quistes de retención son análogos al fenómeno de retención mucosa, en el hecho de que se componen de la acumulación de líquido dentro de espacios de tejido conectivo y no tienen revestimiento característico. Este tipo a veces ha sido denominado quiste no secretor. Otras veces, el quiste puede presentar un revestimiento epitelial de tipo respiratorio y entonces es descrito como de tipo antral secretor. En cada caso uno de los casos, el infiltrado celular inflamatorio en la pared conectiva es común.

Diagnóstico diferencial.— Hay que tener mucho cuidado en diferenciar esta lesión con quistes periodontales apicales de dientes muy cercanos al seno maxilar, osteofibromas de esta zona, y especialmente del quiste ciliado quirúrgico del maxilar. Aunque etiológicamente diferente de esta última lesión, el quiste de retención antral puede llegar a guardar con ella una relación patogénica.

Tratamiento.— La mayor parte de estos quistes desaparecen espontáneamente después de un período relativamente corto, y por eso no se considera necesario ningún tratamiento quirúrgico.

PSEUDOQUISTES

Es difícil justificar el nombre de "quiste" dado a estas lesiones; la falta de revestimiento epitelial los coloca aparte de los quistes verdaderos. Sin embargo es una lesión que debe explicarse en relación con los quistes de los maxilares conocido también como "Quiste por extravasación hemorrágica" y se clasifican como sigue:

- a) Traumático
- b) Aneurismático
- c) Mandíbulo lingual

Pertenece a un conocido grupo de lesiones óseas, que han sido tema de gran controversia. Algunos casos publicados en la literatura dental son prueba de que también ocurren en los maxilares, cuando menos en la mandíbula; pero el número de casos publicados es muy reducido. En vista de que el diagnóstico en estos casos publicados no es siempre indudable, Rushton y Cantab ofrecen las siguientes normas: ausencia de un saco quístico seccionable, no solo en lo que se refiere al epitelio, que puede haberse destruido por la infección, sino de cualquier saco fibroso; forma irregular de la cavidad con margen inferior lobulado; baja presión de líquido contenido, y exposición de los vasos mandibulares y del nervio dentario inferior si la cavidad se encuentra detrás del foramen mentoniano.

QUISTE TRAUMÁTICO. - Conocido como quiste óseo solitario, hemorrágico, de extravasación u óseo unicameral; cavidad ósea idiopática. Dicho quiste es una lesión desusada que aparece con considerable frecuencia en maxilares así como en otros huesos del esqueleto.

Manifestaciones clínicas. - Es más frecuente en personas jóvenes; la edad promedio es de 18 años en una serie de 45 pacientes estudiados por Gardner y Stoller. Según Howe, más del 75 por ciento ocurren en la segunda década de la vida. Los varones están afectados con mayor frecuencia, probablemente debido a que están expuestos a lesiones traumáticas más a menudo que las mujeres. En la serie de Howe, por ejemplo, solo en el 35 por ciento de pacientes había expansión, la cual era la molestia más común que llevaba a buscar el tratamiento. Las más de las veces, las piezas dentarias tienen vitalidad, siendo esto importante porque no se han de sacrificar dientes vitales.

Cuando se hace la incisión quirúrgica de la cavidad, se comprueba que contiene una pequeña cantidad de líquido de color pajizo, restos de coágulo sanguíneo necrótico o nada. El cirujano puede asombrarse al abrir un espacio vacío en el hueso y encontrar que no hay membrana alguna.

Características Radiográficas.— El examen radiográfico revela una zona radiolúcida suavemente contorneada de tamaño variable, a veces con un delgado borde esclerótico. Algunos quistes miden solo un centímetro de diámetro, en tanto que otros son tan grandes que abarcan la mayor parte de la zona molar del cuerpo mandibular, así como parte de la rama ascendente. Cuando la radiolucidez engloba las raíces de los dientes, la cavidad puede tener aspecto lobulado o festoneado dado por la extensión entre las raíces.

Histopatología.— Revela una delgada membrana de tejido conectivo que tapiza la cavidad; a veces resulta casi imposible comprobar la presencia de dicha membrana, pero no hay ninguna otra característica significativa.

Tratamiento y pronóstico.— Puesto que no es posible establecer el diagnóstico sin la exploración quirúrgica, el odontólogo penetra en la cavidad, trata de enuclear el revestimiento, y durante la intervención restablece la salida de sangre hacia la lesión. Si entonces se cierra la cavidad, se comprueba que reparación y relleno del espacio con hueso ocurre entre 6 y 12 meses. Raras veces se precisa de un segundo procedimiento quirúrgico. Si el espacio es grande, se puede usar viruta ósea para ayudar al buen resultado de relleno.

QUISTE ANEURISMÁTICO.— Se conoce también con el nombre de "quiste óseo aneurismático", y es una lesión ósea solitaria interesante que fué separada como entidad independiente en 1942 por Jaffe y Lichtenstein. Desde su descubrimiento se comunicaron varios casos en la literatura, si bien los primeros casos de los maxilares no se observaron hasta 1958.

Manifestaciones clínicas.— Es una lesión de personas jóvenes, que se produce predominantemente antes de los 20 años, sin preponderancia de sexo. Se suele obtener una historia de lesión traumática procedente al desarrollo de la lesión.

Se observaron estos quistes en casi todos los sectores - del esqueleto, si bien el 50 por ciento de todos los casos se producen en los huesos largos y columna vertebral, según estudio de 50 casos hechos por Lichtenstein, 95 casos por Tillman y colaboradores y de 66 casos, realizados por Biesecker y sus colaboradores.

Las lesiones son sensibles o duelen, en particular durante el movimiento, y esta sensibilidad llega a limitar el movimiento del hueso afectado. También es común la hinchazón de la zona ósea afectada.

Los hallazgos macroscópicos en el momento de la operación son característicos. Antes de penetrar en la lesión se encuentra una excesiva hemorragia y la sangre "mana" de los tejidos. Se describió al tejido como semejante a una gran esponja empapada de sangre, con grandes poros que son los espacios cavernosos de la lesión. En los estudios manométricos llevados a cabo por Biesecker y colaboradores, algunos quistes tenían niveles de presión vascular tan elevados como los arteriolares.

Manifestaciones bucales.- Se da con cierta frecuencia en los maxilares, aunque es probable que muchos estén mal -- diagnosticados como otras lesiones óseas.

En una revisión reciente de la literatura, Daugherty y Eversole, encontraron 17 casos en los maxilares, 11 en el inferior y 6 en el superior, de ellos el 80 por ciento correspondía a pacientes menores de 20 años, aunque los extremos iban de los 6 a los 59. Había una leve preponderancia en el sexo femenino.

Características radiográficas.- El cuadro radiográfico de la lesión es distintivo. El hueso está expandido, aparece quístico con aspecto de panal o pompas de jabón y la imagen radiolúcida es excéntrica.

Histopatología.- Se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso que contiene muchos espacios cavernosos ocupados por sangre.

Tratamiento y pronóstico.- El curetado o la extirpación quirúrgica es el tratamiento adecuado, aunque también se

han aplicado dosis bajas de irradiación. Pero, la posibilidad del sarcoma por irradiación es una amenaza permanente y, sobre esta base, la irradiación de las lesiones benignas ha sido seriamente discutida. La recidiva en otros huesos, además de los maxilares varía entre el 21 y 59 por ciento de los casos.

QUISTE MANDIBULO LINGUAL.— Conocido también como "Depresión lingual mandibular, Quiste óseo estético o cavidad ósea mandibular lingual".

Una forma poco común de tejido levemente aberrante de la glándula salival es la inclusión, durante el desarrollo, de tejido glandular en la superficie lingual del cuerpo de la mandíbula, o cerca de ella, en una depresión profunda y bien delimitada. Reconocida por primera vez por Stafne en 1942. En un estudio de 4963 pacientes adultos a los que se tomaron radiografías panorámicas, Karmiol y Walsh encontraron 18 casos de depresión por la glándula salival es decir, una frecuencia de 0.4 por ciento. Muchos autores coinciden que esta afección es un defecto congénito, aunque raras son las veces que se ha observado en niños; su naturaleza anatómica exacta es todavía incierta.

Características radiográficas.— La lesión por lo general es asintomática y descubierta durante el examen de rutina aparece como una imagen radiolúcida ovoide situada entre el conducto dentario inferior y el borde inferior de la mandíbula, inmediatamente delante del ángulo. A veces es bilateral. Las lesiones pueden ser consideradas como un defecto del desarrollo más que una lesión patológica, y una vez diagnosticadas no necesitan tratamiento.

Puede y debe ser diferenciado del quiste óseo traumático o hemorrágico ya que casi invariablemente, éste se localiza sobre el conducto dental inferior en la radiografía periapical intrabucal, mientras que la depresión lingual-mandibular por la glándula salival se encuentra debajo del conducto. Sin embargo, a veces es importante hacer el diagnóstico definitivo sin la exploración quirúrgica.

Asimismo, se observó que puede haber una depresión de la glándula salival sublingual en la superficie lingual del

segmento anterior de la mandíbula. Esta afección fué estudiada por Miller y Winnick. Estas lesiones asintomáticas aparecen, por lo común, como imágenes radiolúcidas bastante mal circunscritas, entre la zona del incisivo central y la zona del primer premolar.

QUISTES NEOPLASICOS

AMELOBLASTOMA.— Conocido también como "Adamantoblastoma, y Adamantinoma". Esta enfermedad es una neoplasia verdadera de tejido del tipo del órgano del esmalte, que no se diferencia al punto de formar esmalte.

El término "ameloblastoma" como se aplica a este particular tumor, fué sugerido por Churchill en 1934 en reemplazo del término "adamantinoma" dado por Malassez en 1885. Se atribuye a Broca, en 1868, la comunicación de la primera neoplasia de esta naturaleza en la literatura científica, aunque Guzack informó sobre un tumor de maxilar en 1826 en lo que podría ser la primera documentación de un ameloblastoma. De cualquier forma, la primera descripción minuciosa de esta afección es la de Palkson en 1879.

Manifestaciones clínicas.— La frecuencia del ameloblastoma está dividida casi por igual entre los dos sexos, y la pequeña diferencia que existe es insignificante. Resulta difícil evaluar si hay preferencia por una raza específica. La edad promedio del paciente en el momento que se descubre la lesión es aproximadamente de 33 años, en tanto que la duración promedio del tumor después de su descubrimiento es de unos seis años. Se origina en la mandíbula en el 60 por ciento de los casos, y casi tres cuartos de ellos se dan en la zona de molares y rama.

En etapa inicial, el ameloblastoma es indoloro, pasa inadvertido y se descubre en el examen radiográfico de rutina. Sin embargo, al aumentar de tamaño origina dolor y deformidad; son de crecimiento lento y bastante aparatosa ya que alcanzan tamaños que producen asimetría facial. Los tumores voluminosos substituyen una parte importante del maxilar superior y se extienden al seno neumático del mismo y a la cavidad nasal o destruyen el cuerpo del maxilar inferior y parte de la rama lo que origina una fractura patológica.

El problema de malignidad es discutido por todos los autores y es un tema de gran interés; Calvin hace resaltar el hecho de que la mayor parte de los ameloblastomas crecen lentamente y dilatan el maxilar más de lo que lo destruyen, y describe un caso de larga historia y de curso benigno.

Sin embargo, la reproducción es común y se debe a la proliferación del epitelio en el hueso esponjoso. Las metástasis locales ocurren muy raras veces, ya sean debidas al epitelio ameloblástico, ya sean causadas por alteraciones sarcomatosas en el estroma del neoplasma. En otros casos las metástasis dimanar de la transformación del tumor en carcinoma epidermoide.

El ameloblastoma común es benigno y de crecimiento lento, al elaborar el pronóstico de la lesión debe recordarse -- que un tumor de lento crecimiento puede transformarse en maligno y crecer más rápidamente, y que el tumor con caracteres clínicos y aún radiográficos de ameloblastoma típico puede volverse al cabo de años en ameloblastoma maligno o ameloblastosarcoma.

Características radiográficas.- No existe un rasgo o signo característico predominante, pero el tumor presenta -- considerables variaciones, en algunos casos se presenta -- como una zona radiolúcida difusa o circunscrita, a veces con prolongaciones periféricas como una lesión multilocular formada por un grupo de áreas radiolúcidas redondas -- separadas por tabiques óseos, mientras que en otros casos puede haber un cuadro combinado de radiolucidez y radiopacidad con muchas pequeñas trabéculas óseas irregulares que atraviesan la zona radiolúcida en varias direcciones.

Para el diagnóstico diferencial deben considerarse los -- quistes multiloculares, el tumor de células gigantes, fibroma, fibrosarcoma, mixoma y el carcinoma metastásico.

Histopatología.- El examen descubre dos tipos principales en esta lesión; el monoquistico, que contiene una masa tumoral sólida, y el poliquístico; en el que hay quistes pequeños o grandes que contienen líquido, no es inconcebible que el tipo quístico se vuelva sólido por la invasión de tejido tumoral de la pared y que el tipo sólido se haga quístico debido a transformaciones que ocurren en los folículos.

El tumor sólido suele ser de color blanco, de consistencia granular fina y encapsulada. En el tipo quístico se ven compartimientos llenos de tejido sólido y cavidades -- revestidas por una membrana lisa, que consiste en epitelio sobre una pequeña capa de tejido conectivo.

En tales quistes hay un líquido claro amarillo, a veces mucoso y a veces de carácter coloidal. El hueso se adelgaza y aún llega a reabsorberse por completo, pero generalmente el periestio no se invade y no se producen cambios osteoblásticos.

Raras veces se encuentran formas puras microscópicamente; pero pueden distinguirse las siguientes variaciones histológicas descritas por Oh'in: el epitelio puede crecer en forma de cordones, de los que se desprenden brotes, y tienden a formar órganos del esmalte. A veces resulta una distribución plexiforme. En ciertos casos se forman masas de células parcialmente diferenciadas. En la mayoría de los casos se forman folículos, que se distribuyen de la manera que se ve en el órgano del esmalte, salvo que son de forma irregular y, por regla general, no producen reacción en el mesénquima adyacente. En el tipo más diferenciado - las células cilíndricas forman un recubrimiento en la periferia, mientras que algunos tipos centrales presentan una distribución estrellada. En algunos se encuentran células escamosas, mientras que en otros hay degeneración quística.

Una masa de bandas anchas entrelazadas e islotes de células epiteliales tumorales en un estroma de tejido conectivo moderadamente celular consiste en su forma más frecuente. La porción central de estas formaciones consiste en células esteriormes y la periferia consta de una hilera de células cilíndricas o cúbicas. La degeneración quística de las células epiteliales y del estroma origina espacios quísticos microscópicos en la masa tumoral. La fusión de estos espacios produce grandes cavidades, de manera que la neoplasia maciza se torna quística. Puede haber cápsula de tejido conectivo o puede no haberla.

Tratamiento y pronóstico.- El problema más importante para el cirujano en la elección del tratamiento, es saber si el tumor es benigno o maligno. Ewing dice que los tumores del maxilar superior son mucho más graves que los del maxilar inferior. Según la opinión de Simmons, los casos en que predominan las células cuboides presentan probablemente la forma más maligna de crecimiento, mientras que los casos de tipo quístico con células bien desarrolladas en forma de ameloblastos son más benignos. En el último tipo la reproducción es lenta y se reconocen fácilmente.

La opinión de los miembros de la Academia de Patología Bucal, es de que el tipo acantoma es el que muestra mayor tendencia a reproducirse y a causar metástasis. En todo el meloblastoma en que el crecimiento aumenta repentinamente debe reservarse el pronóstico. Muchos autores alemanes creen en el examen de la biopsia para determinar el tipo de tratamiento en cada caso. Pero otros creen que no hay relación entre los hallazgos histológicos y la conducta del tumor.

Calvin aconseja el minucioso estudio radiográfico para determinar si es posible evitar la resección. Cree que es posible hacer la operación radical sin destruir la continuidad del hueso. La extirpación debe llevarse a cabo hasta el tejido sano. Rheinmoller dice que la extirpación radical, realizada cuando el tumor es pequeño, puede ahorrar al paciente reproducciones y operaciones repetidas y más serias. Para los tumores extensos se aconseja la resección a distancia de la lesión para evitar su recidiva.

A fin de salvar la operación radical se ha aconsejado el tratamiento por irradiación después de una extirpación más conservadora. Kotany, de Viena, que representa la escuela de Pichler, aconseja el uso de radio después de la remoción quirúrgica, y ulteriormente irradiaciones periódicas con rayos X. Quick recomienda fuerte y prolongada irradiación externa, seguida de cirugía conservadora, y la aplicación postoperatoria de radio filtrado.

Como podemos observar hay una gran variedad sobre la técnica más adecuada para el tratamiento de esta lesión, ya que Byars y Sarnat escriben que el raspado, la cauterización con medicamentos y la irradiación no son medidas terapéuticas adecuadas. La lesión deberá enuclearse completamente por medio de curetaje si es unilocular, o extirparse si es extensa, incluyendo una pequeña cantidad de hueso normal, cauterizarse si no es demasiado grande y multilocular por medio de calor, o hasta hemirresección maxilar que posteriormente se reemplaza con injerto o prótesis metálica y se practica la cirugía reconstructiva subsecuente.

Friszell revisó los casos comunicados en los cuales se realizó la irradiación y encontró que había una considerable variedad de opiniones sobre sus beneficios. El infor-

me de Kim, apoyado por estudio de biopsias seriadas, sobre el tratamiento del ameloblastoma por irradiación indicó que, por lo general, esta neoplasia es muy radiorresistente y no se justifica el uso de esta clase de tratamiento. La gran experiencia clínica ha demostrado la validez de este hallazgo. Independientemente de la forma terapéutica, el control periódico prolongado del paciente es indispensable.

El pronóstico para pacientes atacados por esta enfermedad neoplásica es favorable. Como se trata esencialmente de un problema local, que metastatiza muy raras veces, puede causar desfiguración, pero pocas veces la muerte, salvo que la invasión local afecte estructuras vitales.

ODONTOMA.— El término "odontoma" se refiere a cualquier tumor de origen dental. El tumor, en su primera fase formativa, es el odontoblastoma, compuesto de células neoplásicas epiteliales y mesenquimales que se encuentran en el proceso de diferenciación de células capaces de producir substancias calcificadas: esmalte, dentina y cemento. Estos tejidos se distribuyen de manera anormal, porque la organización de las células odontógenas no alcanzan un estado normal morfodiferenciación.

Hasta que termina el crecimiento de las células tumorales y solo hay substancia calcificada, el tejido blando, cuya actividad ha cesado, queda como una cápsula fibrosa alrededor de la masa del tumor, recibiendo el nombre de odontoma en su fase final.

Clasificación.— La formación de los tejidos dentales está sujeta a una gran variación, es natural que resulten diversos productos finales. Por lo tanto, los odontomas pueden clasificarse como sigue:

- 1.—Odontoma geminado.— Que consiste en que contiene dos o más dientes más o menos bien formados y soldados.
- 2.—Odontoma compuesto.— Que tiene un gran número de dientes más o menos rudimentarios.
- 3.—Odontoma complejo.— Cuyas estructuras calcificadas no tienen semejanza con la disposición anatómica del tejido dental.

4.-Odontoma dilatado.- Muy raro, en el cual la parte de la raíz del diente muestra notable agrandamiento.

5.-Odontoma quístico.- En el cual el odontoma, que comunmente está encapsulado por tejido fibroso, está contenido en un quiste o en la pared de él. De cuando en cuando se forman quistes foliculares simultáneamente con la proliferación de las células odontógenas, lo que origina un odontoma mixto circunscrito por la pared del quiste, al que se llama "odontoma quístico".

Manifestaciones clínicas.- Estas lesiones se producen en cualquier parte de los maxilares superior e inferior. Por regla general, la única indicación clínica es la ausencia de uno o más dientes. Suelen impedir la erupción normal o el alineamiento de los dientes vecinos.

Son de carácter benigno, y aunque se forman cuando el paciente es joven, es frecuente que pasen inadvertidos durante años. A veces producen dilatación del hueso, asimetría facial. Esto ocurre especialmente en los odontomas quísticos que crecen de manera semejante a la de los quistes comunes.

Histopatología.- En el aspecto histológico del odontoma, encontramos esmalte o matriz adamantina, dentina, tejido pulpar y cemento de aspecto normal, que pueden o no presentar una relación mutua normal. Si existe similitud morfológica con dientes, las estructuras suelen ser unirradiulares.

Tratamiento y Pronóstico.- Su tratamiento es la eliminación quirúrgica sin recurrir. Como el odontoma común tiene gran semejanza con el odontoma ameloblástico y con el fibroodontoma ameloblástico particularmente en la radiografía, es aconsejable todo odontoma sea enviado con el patólogo bucal, para un examen microscópico minucioso.

ODONTOMA QUISTICO.- Esta lesión como el quiste folicular, aumenta lentamente de tamaño, y cuando es muy grande causa expansión del hueso. Contiene líquido, como todos los quistes odontógenos, y puede transformarse en un ameloblasto-odontoma (ameloblastoma con cordones epiteliales ramificados, que pueden contener hasta doscientos dientes). El

odontoma puede encontrarse en la pared del quiste o penetrar en él.

Es importante un estudio cuidadoso mediante el método radiográfico, sobre todo si el tumor está situado profundamente en el hueso y proporciona información respecto de la forma del tumor y su relación con los tejidos vecinos. El temprano descubrimiento de la lesión y su extirpación inmediata evitan alteraciones de la oclusión.

El examen radiográfico ayuda a diferenciar entre varios tipos de odontomas. Particularmente el odontoma quístico presenta radiográficamente una zona radiolúcida con áreas opacas dispuestas como una masa distribuidas en toda la cavidad, es difícil determinar si las estructuras dentales calcificadas están en la pared del quiste o si llenan toda la cavidad. Esta lesión se diferencia del quiste dentiger en que contiene muchos dientes mal formados.

Histopatología.— Muestran todas las estructuras calcificadas y se recomiendan para el estudio del esmalte los cortes pulimentados. Se pierde el esmalte y se conservan los tejidos blandos en las secciones descalcificadas.

El odontoma quístico está formado por elementos epiteliales y mesenquimales en diversas texturas y proporciones. Las influencias inductivas de un tejido sobre otro producen estructuras calcificadas: esmalte, dentina y cemento, en algunos casos casi son normales; en otros, de organización sumamente anormales. Cuando las fuerzas de proliferación se han agotado, el tumor continúa hasta la fase final.

La fase terminal es el odontoma que muestra tejido calcificado, y los elementos celulares blandos que se han atrofiado forman una cápsula alrededor del tumor, que también sirven para dar apoyo a los vasos sanguíneos y nervios.

Tratamiento.— Los odontomas, que son tumores benignos, se extirpan por métodos conservadores. No se han citado recidivas; los tumores muy grandes, especialmente cuando no aparecen encapsulados, deben ser extirpados con mucha precaución a fin de evitar la fractura del maxilar. Callahan ha recomendado una operación en dos etapas, que tiene ventajas indudables, especialmente si el tumor puede ser dividido con facilidad.

Para impedir alteración de la dentición permanente, la intervención quirúrgica se realiza a una edad temprana. En años subsecuentes suelen aparecer cerca de las raíces de los dientes cementomas múltiples y fibromas osificantes. Los dientes aparecen vitales y sin síntomas de la lesión., la intervención quirúrgica de estos tumores inocuos es necesaria, ya que alcanzan con frecuencia una etapa de inactividad y se calcifican dentro de los huesos sin perturbar la función, notándose solo en las radiografías.

Estas masas son enucleadas de las estructuras óseas adyacentes de los maxilares por medio de fresas quirúrgicas o cinceles. La disección precisa y controlada se prefiere al empleo de elevadores ya que los tejidos vecinos pueden ser lesionados cuando se aplica la fuerza no controlada del -- elevador.

El cierre primario del sitio de la intervención después de la obliteración de la cavidad, con tapones reabsorbibles, es el tratamiento de elección.

Las complicaciones de la extirpación de los odontomas comprenden parestesia del labio inferior y la mandíbula, cuando la masa tumoral está en contacto con el nervio dentario inferior, hay hemorragia de la cavidad cuando no se controlan las áreas de sangrado, e infección secundaria con separación de las suturas. No se han comunicado caso de recurrencia de estos tumores benignos.

CAPITULO III

ETIOLOGIA

Quistes congénitos.— Causados por inclusiones del ectodermo primitivo en el mesodermo, en puntos de la superficie embrionaria primitivamente abiertos y que luego han de cerrarse.

Epidermoide.— No siempre son espontáneos y congénitos sino que con frecuencia se deben al desplazamiento traumático de la epidermis por una herida o cuerpo extraño.

Dermoides.— Son derivados principalmente del epitelio germinal embrionario, pero en algunos casos también contienen estructuras de otras capas germinativas.

Del conducto tirogloso.— Es desconocida, pero puede ser desencadenada por 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.

Branquial.— Se origina por la transformación quística del epitelio glandular incluido en los acúmulos linfoides bucales durante la embriogénesis.

Quistes foliiculares.— Se forman a partir del epitelio del órgano del esmalte del diente, que está contenido en el folículo dental. Son alteraciones de retrogresión del retículo estrellado en el órgano del esmalte antes de la calcificación en la odontogénesis, como primera fase; después hay una acumulación de líquido por trasudación del tejido perifollicular; produciendo la dilatación del órgano del esmalte que tiende a formar una manera globular, y el folículo dental produce la membrana del quiste alrededor de la corona del diente.

Dentífero.— Existen divergencias en cuanto al origen intra o extrafollicular. Los partidarios de la teoría extrafollicular, Malassez, Spraxson y Bloch-Jorgensen, nos sugieren — que en un principio, el quiste se desarrolla de residuos epiteliales extrafolliculares, y posteriormente se une al folículo de un diente en erupción.

Otra explicación es que se origina por proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojadas en la pared de tejido conectivo del folículo dental, o hasta afuera de ella, y que este epitelio transformado se une después con el epitelio foliicular de revestimiento para formar una cavi

dad quística única alrededor de la corona del diente. Sea cual fuere el origen del quiste, su estado final es aquel en que la corona se encuentra dentro de la cavidad quística, y la membrana epitelial del quiste de una manera similar a como se encuentra el epitelio bucal con respecto a un diente normal ya erupcionado, alrededor de su cuello.

Primordial.- Se forma por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte antes que se forme esmalte o dentina calcificados. Así, se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado con él.

Multilocular.- Se produce cuando una variedad de gérmenes dentarios adyacentes toman parte en la formación de un quiste o si una yema, desprendida de la lámina dental o de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del molar segundo o tercero se ramifica y forma varios folículos, cada uno de los cuales puede formar un quiste.

Quistes radiculares.- Son de origen infeccioso; inflamatorio como proliferación de las células epiteliales dentro de un granuloma dependiendo de la disolución de la parte central del granuloma y por la trasudación de líquido a través del saco de tejido conjuntivo con forro de epitelio hasta el interior de la lesión. Pueden ser también por proliferación de restos epiteliales y como reacción a infección de encías o de pulpa dental.

Apical.- Proliferación del epitelio por un estímulo inflamatorio, con formación de una malla dentro del granuloma, degeneración y licuación del epitelio y el tejido conectivo, exudación a partir del tejido conectivo periférico inflamado y proliferación continuada de las células epiteliales, por lo cual se forma un revestimiento epitelial dentro de una cápsula periférica.

Lateral.- Consecuencia de una enfermedad periodontal crónica originada en el surco gingival, con proliferación de restos epiteliales y como reacción a infección de encías o de pulpa dental, pero también se puede producir por una enfermedad pulpar con propagación a través de un conducto radicular lateral.

Quistes no odontogénicos

Fisurales.- Se producen de los restos de células epiteliales enclavadas en el lugar de fusión de los diferentes mamelones embrionarios que forman la cara. Los procesos de los maxilares están recubiertos de epitelio y cuando se fusionan, dicho epitelio no es eliminado el cual se atrofia y prolifera conduciendo a la formación del quiste mediante una estimulación traumática.

Maxilar anterior medio.- Se origina por la proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino, el cual comunica las cavidades nasal y bucal y se forma cuando los procesos palatinos se fusionan con el premaxilar, dejando un pasaje a cada lado del tabique nasal.

Palatino medio.- Es desconocida la causa de la proliferación epitelial y la ulterior formación del quiste.

Globulomaxilar.- Se produce de los restos de células epiteliales enclavadas en el lugar de fusión de los diferentes mamelones embrionarios que forman la cara.

Mandibular medio.- Algunos autores consideran que es una anomalía del desarrollo que se origina por la proliferación de los restos epiteliales atrapados en la fisura mandibular media durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales. Sin embargo, existe la posibilidad de que la lesión represente un quiste primordial originado de un exceso del esmalte supernumerario en el segmento anterior de la mandíbula, particularmente porque los huesos que se unen en la sínfisis mandibular se originan en la profundidad del interior del mesénquima y, por lo tanto, brinda poca oportunidad para la inclusión y consiguiente proliferación de los restos epiteliales en la profundidad del hueso. La literatura acerca de este raro tipo de quiste fué revisada por Luchesi y Topaxian, y más recientemente, por Tilson y Bauerle.

Nasopalveolar.- Rosd-Petersen sugirió y Christ lo ratificó que este quiste se origina de la parte anteroinferior del conducto nasolacrimal, y no del epitelio atrapado en surco nasooptico.

Quistes de retención.— Se deben al acúmulo de las secreciones de una glándula a consecuencia de la obstrucción — de su conducto excretor, lo cual origina la retención del material que produce esta glándula afectada.

Ránula.— Debido a un cálculo o cálculito que se forma por aposición de capas, puede deberse a inflamación, estenosis (estrechamiento del conducto), tapones mucosos o bien mecánica. La glándula continúa secretando y el líquido se acumula detrás de la obstrucción. Entonces el conducto se dilata hasta que la presión se vuelve lo suficientemente grande para producir ruptura del epitelio de este conducto, presentándose un escape del líquido a los tejidos adyacentes.

Mucocele.— Muchos autores opinaban que este tipo de quiste era producto de la obstrucción del conducto de una — glándula salival menor o accesoria. Pero, las investigaciones experimentadas en ratones, realizadas por Bhaskar y Col, y en ratas por Standish y Shafer no consiguieron — producir quistes de retención mediante la ligadura de los conductos glandulares submaxilares y sublinguales. En cambio los estudios de Bhaskar y Col han demostrado que si se seccionaba el conducto salival de manera que la saliva se acumulara en forma continua en los tejidos, se formaba — una cavidad bien demarcada que era histológicamente idéntica al quiste de retención natural.

Estas investigaciones revelan que la sección traumática — de un conducto salival, como el producido por el mordisqueo de labios o carrillos, o por pellizcamiento de labios con las pinzas para extracciones, precede a la formación del quiste de retención. Es posible que una obstrucción — parcial crónica de un conducto salival, en contraste con la obstrucción aguda total producida experimentalmente en ratones y ratas, sea de importancia etiológica. Esa obstrucción parcial podría ser provocada por un pequeño trozo de cálculo o hasta por la contracción de una cicatriz conectiva en formación alrededor de un conducto luego de — una lesión traumática. El abultamiento se debe a la acumulación de moco, que se retiene por estar ocluido el orificio del conducto excretor de una glándula mucosa.

Quiste de retención del seno maxilar.— Se desconoce la — causa de formación de lesiones de este tipo quístico, aun que el traumatismo de la extracción dental podría tener —

importancia etiológica. A veces, sin embargo, la lesión - se genera en zonas desdentadas sin antecedentes de un procedimiento quirúrgico.

Pseudoquistes

Traumático.- Es desconocida, aunque se han propuesto una serie de teorías y por lo menos una ha tenido aceptación bastante general. Howe dice que este tipo de hemorragia - produce reparación por organización del coágulo y formación ulterior de tejido conectivo y hueso nuevo; una vez lesionada una zona de hueso esponjoso que contiene médula hematopoyética encerrada por una capa densa de hueso cortical, la organización del coágulo falla según la teoría traumática; y por alguna razón desconocida, sobreviene la degeneración del coágulo que termina por producir una cavidad vacía en el interior del hueso. En el curso de este padecimiento, las trabéculas óseas de la zona afectada se necrosan luego de la degeneración del coágulo y médula ósea, aunque seguramente persiste cierto tejido medular vital para iniciar la resorción de trabéculas. La lesión aumenta de tamaño por una expansión constante producida por un edema infiltrante progresivo sobre la base de la restricción del drenaje venoso. Sin embargo, no es raro que el paciente no consiga recordar lesión traumática alguna del maxilar. Esto puede indicar que para causar esta lesión es suficiente con un traumatismo tan leve que el paciente no lo recuerde.

En la serie publicada por Howe, solo algo más del 50 por ciento de pacientes relataban haber sufrido un traumatismo, y el intervalo transcurrido entre el accidente y descubrimiento de la lesión, variaba entre un mes y 20 años.

Otras teorías del origen, revisadas por Whinery, han incluido:

- 1) Origen en tumores óseos que han experimentado degeneración quística.
- 2) Resultado de un metabolismo cálcico anormal como el inducido por una enfermedad paratiroidea.
- 3) Origen en la necrosis de la médula grasa a causa de la is quemia.

- 4) Resultado final de una infección crónica de bajo grado.
- 5) Resultado de la osteoclasia originada en un trastorno circulatorio a causa de un traumatismo que genera un desequilibrio entre osteoclasia y reparación ósea.

Aneurismático.— La naturaleza de esta lesión sigue siendo controvertida pese a los muchos casos estudiados. Más recientemente Hiesecker y colaboradores establecieron que el 32 por ciento de sus casos tenían una lesión ósea benigna. Sobre esta base han propuesto una nueva hipótesis para la etiología de esta lesión; que la lesión ósea primaria inicia una fistula ósea arteriovenosa y crea así, por intermedio de sus fuerzas hemodinámicas, la lesión ósea secundaria reaccional.

Mandíbulo lingual.— Pueden ser consideradas como un defecto del desarrollo más que una lesión patológica.

Quistes Neoplásicos

Ameloblastoma.— Los primeros investigadores observaron la semejanza entre aparato odontógeno y ameloblastoma, y sugirieron que la neoplasia derivaba de una parte de aquél o de células potencialmente capaces de formar tejido dental. Malassez describió pequeños grupos de células epiteliales cerca de las raíces dentales, en el ligamento periodontal, y sugirió que el "epitelioma adamantino" era producido por la proliferación de estos restos celulares.

En la actualidad, la mayoría de autores consideran que el ameloblastoma tiene un origen variado, aunque se desconoce el estímulo que inicia el proceso. Es concebible que provenga de:

- 1) Restos celulares del órgano del esmalte, o remanentes de la lámina dental o restos de la vaina de Hertwing, o restos epiteliales de Malassez.
- 2) Epitelio de quistes odontógenos, en particular el dentígero y odontomas.
- 3) Trastornos del órgano del esmalte en desarrollo.

- 4) *Células basales del epitelio superficial de maulares.*
- 5) *Epitelio heterotópico de otras partes del organismo, especialmente de la glándula pituitaria.*

Cahn, en 1933, comunicó un caso de ameloblastoma originado en la pared de un quiste dentífero, y después de ello se han reconocido muchos casos generados del mismo modo.

Stanley, y Diehl, al revisar 641 casos de ameloblastoma, hallaron que 108 de ellos, alrededor del 17 por ciento estaban vinculados con un diente retenido o un quiste foliular (dentífero) o con ambos.

Este significativo hallazgo destaca el potencial peligro de quistes dentíferos y la necesidad de un examen minucioso microscópico de cada una de estas lesiones. Como un quiste de este tipo puede formarse en unión con un odontoma, así como un diente retenido, se sugiere que este último sea examinado por el patólogo.

Odontoma quístico.- Es desconocida, se sugirió que el traumatismo o infección local puede conducir al desarrollo de esta lesión. Esto es totalmente posible, pero en ese caso lo más posible es que el resultado final sea la hipoplasia, según el momento de la odontogénesis, aparentemente no hay predilección por originarse en un sector de terminado de la cavidad bucal.

Hitchin sugirió que los odontomas son heredados o se deben a un gen o una interferencia mutante, posiblemente postnatal con el control genético del desarrollo dental.

REPORTE CASO CLINICO

QUISTE LINGUAL ANTERIOR.— Es una lesión que se presenta — en la parte anterior y media del órgano lingual.

Según Thoma, se han comunicado varios casos de estas lesiones, pero para él, algunos de ellos han sido quistes — epidermoides de inclusión y no formados a expensas del — epitelio atrapado entre las dos mitades de la lengua durante el desarrollo embriológico. Esta es una hipótesis razonable que explica el desarrollo de este quiste.

Otros autores han pensado que el origen de este quiste — (que ellos llaman glosocèle) podría ser el epitelio glandular salival de las glándulas de Blandin Nuhn.

Paciente de nueve años de edad, de sexo masculino, que ocude al servicio con tumorcación de la lengua. Los familiares refirieron que inició su padecimiento desde el nacimiento, notando ellos un pequeño aumento de volumen, como dúpula, en la punta de la lengua, por donde drenaba un material seroso. Dijeron que en un principio no se le dificultaba la alimentación, pero que la lesión fué aumentando lenta y — progresivamente de volumen, hasta la edad de siete años en que se hizo más aparente. En este momento hubo protrusión de la lengua hacia el exterior, imposibilitándole el cierre de la boca y dificultándole la alimentación y el habla. Estas condiciones persisten hasta la actualidad. Además se ha presentado dolor en la región occipital y sub—mandibular bilateral, que cede, aunque no completamente, — con analgésicos.

Por la exploración, se observó aumento de volumen en todo el órgano lingual, cuya magnitud aproximada era de 150 ml con protrusión de 4 cm., hacia afuera de los labios; el — aspecto de la mucosa era rojo, brillante, liso, con ausencia de las papilas correspondientes a la porción lingual exteriorizada; la masa lingual era de consistencia blanda depresible y no dolorosa a la palpación, sin linfadenopatia regional.

Se observó imposibilidad total para el habla. El estudio físico general del enfermo no proporcionó datos patológicos; las cifras de los estudios de laboratorio se encuentran dentro de los límites normales.

Se descartó la posibilidad de la existencia de tejido tiroideo aberrante por medio de la gammagrafía correspondiente.

Los estudios radiográficos efectuados (Watters, P.A. y la feral) descartaron involucración ósea de la lesión aunque se observó marcada apertognacia anterior, motivada por la lesión. Se realizó punción aspiradora de la lesión, obteniéndose con facilidad 90 ml. de líquido de aspecto quístico, color ámbar. Esta punción disminuyó en forma considerable el tamaño de la lesión. Se introdujo material de contraste (hpaque) para efectuar estudio radiográfico, en el cual se observó una cavidad bien limitada, que se extiende desde el vértice hasta la base de la lengua.

Con los datos obtenidos se llegó a la siguiente impresión diagnóstica: "Probable Quiste lingual congénito".

Técnica Quirúrgica.- Bajo anestesia general con intubación nasotraqueal, se realizó incisión circular de aproximadamente 4 cm. de diámetro en la parte más anterior de la lesión, exponiéndose una gran cantidad de aspecto quístico, con una capa epitelial lisa, brillante y de color blanquecino, la cual se suturó a la mucosa circundante por medio de puntos aislados de material reabsorbible 3-0.

En la cavidad quística se dejó taponamiento de gaza vaselinada. Se terminó la operación con el enfermo en buenas condiciones. La herida quirúrgica evolucionó satisfactoriamente, sin presentar recidiva alguna 14 meses después de haberse intervenido. Se observó una disminución del volumen lingual correspondiente a un 70 por ciento lo cual permite al enfermo el habla, la alimentación y la deglución en forma aceptable.

Histopatología.- Macroscópicamente se recibe un fragmento de tejido de 3 X 0.7 X 0.8. La superficie externa muestra una mucosa de color blanquecino, lisa, con pequeñas granulaciones muy finas y dispersas. Microscópicamente la lesión muestra un epitelio cilíndrico pseudoestratificado - con elementos mucosos aislados y, focalmente, epitelio es comoso sobre una lámina irregular, e infiltrada de manera ligera por linfocitos. Tal imagen correspondería a un quiste tirogloso (pese a que no se encuentran folículos tiroideos) o bien, a un quiste fisural de las uniones embriológicas.

gicas que forman la lengua. Sin embargo, de este último caso no se han encontrado referencias bibliográficas que lo apoyen.

Conclusiones.- El caso anteriormente descrito ha sido presentado debido a la colocación poco común del quiste y su posible origen congénito. El hecho de adquirir un volumen muy grande y de evolucionar satisfactoriamente al tratamiento, permite pensar que se trata de un quiste lingual mediano anterior; sin embargo, este tipo de quistes no puede evaluarse científicamente hasta que no haya sido estudiado un número suficiente de casos bien documentados.

REPORTE CASO CLINICO

QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZADO Y CALCIFICADO (Quiste - de Gorlin).- Este quiste es reconocido como una entidad - patológica desde 1962, cuando Gorlin y colaboradores hacen una revisión de once casos.

En la literatura han aparecido reportes en los que se considera esta lesión como una variante del ameloblastoma, sin embargo, en el concepto actual se le clasifica entre los quistes odontogénicos.

El propósito de este artículo es reportar el caso de un - paciente que presentaba un quiste odontogénico queratinizado y calcificado en el maxilar superior.

Paciente femenino de 54 años de edad que fué requerida en noviembre de 1978 al Depto. de Cirugía de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L., en Monterrey, N.L., para tratamiento de una tumoración localizada en el reborde alveolar región de molares del maxilar superior del lado derecho.

Principio, evolución y estado actual del padecimiento. - La paciente relata que un año antes de la fecha de admisión al Depto. de Cirugía, se le practicó la extracción de un molar y a partir de entonces notó la presencia de la tumoración que ha ido aumentando lentamente de volumen. Asimismo en algunas ocasiones ha notado la presencia de un líquido amarillento, que emana a nivel de la tumoración. Ningún otro síntoma está presente, aparentemente la paciente se encuentra bien de salud.

Examen clínico.- El examen extraoral revela una asimetría facial con aumento de volumen a nivel de la región geniana derecha. Por examen intraoral observamos la ausencia de los molares primero, segundo y tercero superiores del lado derecho, encontrándose a este nivel una tumoración - ovoidea, de base amplia, no dolorosa, que expande las corticales vestibular y palatina. A la palpación se detecta b crepitación y retinencia.

Examen radiográfico.- Una radiografía oclusal oblicua nos tró un área radiolúcida circunscrita y bien limitada del hueso normal adyacente. Dicha área radiolúcida mostró pequeñas y numerosas zonas radiopacas.

Plan de tratamiento.- Por punción se extrajo un líquido de aspecto mucoso y color amarillento. Se practicó una biopsia, siendo el diagnóstico histopatológico: quiste odontogénico queratinizado y calcificado (quiste de Gorlin).

Se programó la paciente para la enucleación de la lesión quística bajo anestesia local. Previa asepsia de la región se practicó incisión tipo Newman desde el primer molar hasta la tuberosidad del maxilar superior lado derecho. A continuación se levantó el colgajo mucoperióstico encontrándose resistencia en el sitio de exteriorización, debido a la adherencia de la tumoración. Se encontró muy delgada la cortical externa retirándose con una pinza gubia y procediéndose después a la enucleación de la masa quística. No se halló comunicación con el seno maxilar; después de la regularización de los bordes óseos, se empacó el defecto óseo con gelfoam, colocándose también un dren de gasa yodoformada lubricada con hipoglos.

La herida quirúrgica de tejidos blandos es reparada colocando puntos alternos, utilizando la seda como material de sutura. La evolución post-operatoria fue satisfactoria.

Discusión.- El quiste de Gorlin es una lesión poco frecuente que presenta aproximadamente el 2% de todos los quistes y tumores odontogénicos.

Patogenia.- Freedman y colaboradores sugieren que el quiste odontogénico queratinizante y calcificante se origina a partir de la proliferación neoplásica de ameloblastos bien diferenciados, los que forman una masa con un componente quístico importante, por lo cual proponen el término tumor odontogénico quístico calcificado. Tomando en cuenta la misma consideración, Bhaskar en 1965 lo denominó ameloblastoma queratinizado.

Manifestaciones clínicas.- Generalmente se presenta como un aumento de volumen de los maxilares, de crecimiento lento e indoloro, que causa expansión de las corticales. El síntoma dolor está presente sólo si el quiste se infecta secundariamente. En el diagnóstico diferencial clínico y radiográfico debemos considerar las siguientes lesiones:

- 1.- Lesión ósea de tipo inflamatorio.
- 2.- Quiste residual.
- 3.- Quiste dentígero.

- 4.- Ameloblastoma periférico.
- 5.- Odontoma complejo y compuesto.
- 6.- Tumor epitelial odontogénico calcificante (tumor de Pindborg).
- 7.- Fibroma osificante o cementificante.
- 8.- Tumor adenomatoide odontogénico.
- 9.- Odontoma ameloblástico.
- 10.- Granuloma periférico de células gigantes.

Se presenta el quiste de Gorlin a cualquier edad, sin embargo la mayoría se diagnostica en la segunda o tercera década de la vida. Freedman y colaboradores reportan en el estudio de 70 casos una edad promedio de 38.4 años. En la literatura se reporta que este quiste afecta por igual a pacientes del sexo femenino como a los del sexo masculino.

Altini y colaboradores reportan en 73 casos revisados, 65 de la literatura por ellos revisada y 8 propios que: 36 -- eran mujeres, 33 hombres y en 4 casos el sexo no se mencionaba en la hoja clínica.

Examen radiográfico.- Se presenta como una área radiolúcida que puede ser bien o mal definida, uní o multilocular, observándose también pequeñas áreas radiopacas que en algunos casos pueden ocupar una área importante de la lesión. La porción radicular de piezas dentales vecinas a la lesión pueden mostrar reabsorción externa.

El tamaño promedio es de 3 cms. aunque puede variar entre 1 y 8 cms.

Histopatología.- La lesión puede consistir en un quiste -- único grande o numerosos quistes pequeños. El epitelio que muestra una bien definida capa basal de células columnares. Dentina displásica puede ser depositada junto a las células del estrato basal del epitelio o en la pared de tejido conectivo. Se ha reportado la asociación con áreas -- que parecen ser ameloblastomas, odontameloblastomas, fibro-odontoma ameloblástico y odontoma complejo o compuesto.

Tratamiento.- Es la enucleación y por lo general no hay recidiva. Se deberá tener mayor cuidado con el acto quirúrgico si el quiste se encuentra asociado a cualquier otro tumor odontogénico. Freedman y colaboradores reportan que de 70 casos revisados, solo uno presentó recidiva a los 2 años después de ser extirpado quirúrgicamente.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Aunque hay una variedad muy grande de incapacidades, tanto por su tipo como por su naturaleza, existen algunos - principios fundamentales de medicina física y rehabilitación aplicables al tema. Las actividades del paciente encaminadas a cuidar de sí mismo, además del auxilio adicional, del tratamiento ocupacional y educativo, son parte - importantísima como base del programa de rehabilitación - sobre la cual se edificará una existencia útil.

Notificar al paciente a un tratamiento quirúrgico consiste, no solamente en eliminar la lesión previniéndolo de muchas otras complicaciones, sino crear en el enfermo una sensación de bienestar facilitando su reintegración a una actividad normal.

Antes de emprender el tratamiento debe llevarse a cabo un examen completo para la valoración médica del paciente y planearse cuidadosamente para alcanzar su objetivo.

TECNICA DE PARTSCH O MARSUPIALIZACION.- Con este método - se persigue transformar el quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal, continua en ella, conservando - parte de la membrana quística, la cual en poco tiempo adquiere todas las características del epitelio bucal por su condición epitelial.

Consiste la técnica en hacer una incisión que nos permita abordar el quiste, si hay porción ósea que lo cubra se deberá hacer la osteotomía, así como apertura y vaciamiento de su contenido, conservando su hemisferio interno.

Ventajas: Sencillez de ejecución, buena visualización de la cavidad, la superficie ósea queda cubierta en toda su extensión por el epitelio, evitando así la infección ósea y lesión de los dientes adyacentes, debido a que se conserva la bolsa quística.

Desventajas: La integridad histológica de la membrana quística no siempre es absoluta, el epitelio quístico es un elemento patológico que debe ser eliminado debido a que puede sufrir transformaciones o recidivas. En muchas ocasiones, está infectado el quiste y degenerada la membrana, siendo un problema su conservación. La cavidad artificial

creada permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales, que con su putrefacción crean los inconvenientes de sanidad bucal. Mientras una nueva formación ósea bajo lo que queda del epitelio del quiste eliminard algo de este efecto, el proceso es largo y alguna deformación residual es frecuentemente permanente.

A pesar de estas desventajas, el método de Partsch tiene sus indicaciones, sobre todo en el maxilar superior, en los quistes vecinos al antro o fosas nasales; y son los siguientes:

- 1.- En quistes medianos o muy grandes, en los que el método de enucleación traería como consecuencia trastornos por parte del hueso como: apertura del seno maxilar, hemorragias, fracturas, penetración a fosas nasales, y donde se pudiera lesionar el paquete vasculonervioso de las piezas dentarias adyacentes.
- 2.- En los quistes de tejidos blandos: rdnula y mucocele.
- 3.- Cuando no parece factible la extirpación completa de partes encerradas de la pared del quiste.
- 4.- Cuando el cierre hermético operatorio no es seguro.
- 5.- Para efecto de drenaje.

Tiempos Quirúrgicos:

Incisión.- Se hace en la porción más superior de la lesión quística, la cual debe hacerse en un lugar equidistante del surco gingival y borde libre de la encía. La incisión será en sentido horizontal y de mayor diámetro que el proceso quístico siendo la profundidad hasta hueso.

Despegamiento del colgajo.- Se hará con una legra pequeña o una espátula roma con movimientos suaves, a expensas de fibromucosa, procurando no lastimar la lesión quística. El colgajo se despega hasta los límites superiores del quiste; si desapareció el tejido óseo, lo cual veremos por medio de la radiografía, entonces el colgajo lo despegaremos hasta hueso sano.

Osteotomía.- Esta se hará de acuerdo con el grueso de tejido óseo, si éste es muy delgado lo haremos con bisturí para hueso; si se encuentra parcialmente destruido completaremos la osteotomía con pinzas gubias. Pero si el hueso es grueso, y consistente entonces la haremos con escoplo o fresas quirúrgicas irrigando por goteo con suero fisiológico. Hecho lo anterior y en presencia del quiste, lo tomamos con una pinza de Kocher y con un bisturí se abre ampliamente, se vacía el contenido de la cavidad quística y se lava a presión con suero fisiológico el interior de la misma.

Tratamiento de la bolsa quística.- (Sutura), después de haber limitado el quiste rellenándolo con gasa estéril, se termina la disección de la pared superior del quiste. Se colocan las suturas periféricas adosando la pared del quiste a la mucosa de la cavidad oral por medio de puntos a los lados, dejando expuesta la región quística al medio bucal para proliferación de tejido en el sitio de la lesión.

Tratamiento del diente causante de la lesión.- Podrá ser tratamiento de conductos y apicectomía o bien la extracción. Deberá hacerse en sesiones previas a la intervención quirúrgica cualquiera que sea el tratamiento de elección.

Tratamiento de piezas dentarias adyacentes.- Durante algún tiempo será necesario conservar los dientes vecinos, con el fin de no producir fractura en la porción alveolar.

METODO DE ENUCLEACION Y SUTURA.- Esencialmente consiste en la enucleación completa de la bolsa quística, quedando la cavidad ósea vacía, la cual será llenada por la sangre dependiendo de la osificación de la organización del cogdulo.

Indicaciones:

- 1.- Será llevada a cabo en aquellos quistes de un diámetro no mayor de 3 cms.
- 2.- En quistes estériles; los que se encuentran infectados de ben tratarse con el método abierto ya que existe el peligro de que el cogdulo puede infectarse y supurar dejando secuelas que pueden hacer posible su recidiva.
- 3.- Cuando no se corre el riesgo de lesionar las partes blandas adyacentes al extirpar la pared quística por despegamiento.
- 4.- En aquellos quistes en los cuales tienen una cápsula bien definida pudiéndose liberar sin riesgo de dejar restos.

Tiempos quirúrgicos:

Incisión.- Para maxilar superior; se hace en la región vestibular a la altura de los ápices de las piezas dentarias, la cual deberá ser mayor que los límites del proceso y llegar hasta hueso sin lesionar la bolsa quística. Procuraremos que la herida de la mucosa descansa en tejido óseo sano.

Confección del colgajo.- El colgajo se despega del hueso con mucha precaución, ya sea con una legra o bien con una espátula de bordes romos, también se puede hacer con un periostomo, el área será mayor a la del proceso, para poder tener buen acceso a la bolsa quística.

Si se da el caso en que el hueso se encuentra ya destruido el despegamiento se tendrá que hacer hasta encontrar tejido óseo sano y sólido. Cuando se presenta este caso resulta un poco difícil despegar la bolsa quística de la encía ya que se encuentran íntimamente unidas y se tendrá que hacer con mucho cuidado.

Cuando el quiste es supurado se encuentra en su período - crónico, las adherencias serán mayores así como sus inserciones, será necesario realizar una manobra de disección que nos permita seccionar adecuadamente.

Trepanación ósea. - En el caso en que nos encontremos con hueso sano, la osteotomía se tendrá que realizar por medio de escoplo y martillo y terminar con pinzas gubias. De preferencia se utilizarán escoplos finos de media caña para hacer una ventana en la tabla externa; aumentando después el tamaño de la abertura ósea con pinzas gubias, debiendo ser como en todos los casos la extensión mayor a la del proceso.

Si la tabla ósea externa ha desaparecido, será suficiente agrandar también con pinzas gubias la abertura patológica que ha sido creada por el proceso y así tendremos una amplia y clara visión del contenido óseo.

Después de la osteotomía se presenta la bolsa quística con su color característico azulado rojizo, de brillo nacarado y variable en su consistencia según el líquido quístico.

Enucleación de la bolsa quística. - Para poder elaborar la enucleación, primeramente se tendrá que vaciar su contenido con el fin de disminuir de volumen, sobre todo si el quiste es muy grande. Esto lo haremos punzando la bolsa quística con una aguja de mediano calibre y succionando con una jeringa; una vez realizado lo anterior, se secciona la bolsa quística y se termina de secar con gasa y aspirador para dejar de esta manera todo listo para el procedimiento de enucleación de dicha bolsa.

Después de haber hecho la eliminación, se hará un raspado de la porción ósea periférica con la finalidad de eliminar todo resto que trajera como consecuencia su recidiva. La hemostasia se hará por medio de gasa, se coloca en la cavidad pincelando agua oxigenada, y toques con una solución de cloruro de zinc al 10% a manera de eliminar todos los restos quísticos.

Tratamiento de cavidades y dientes vecinos. - Si los tumores llegaran a invadir cavidades vecinas como: seno maxilar, bóveda palatina, fosas nasales; estarán modificadas en sus relaciones y estructuras por el avance del proceso.

Si eso sucediera habrá que realizar el tratamiento de -- ellas. En lo que respecta a piezas dentarias vecinas, éstas no serán tocadas por desviadas que se encuentren; a -- menos que sean antiestéticas completamente o que estén muy desviadas de su articulación, en caso de que éstas requie -- ran la extracción, se hará después de varios meses de la operación.

Tratamiento de la pieza dentaria causante de la lesión. -- Se podrá hacer mediante la extracción de la pieza denta -- ria inmediatamente después de la enucleación del quiste, o bién hacer la apicectomía por medio de escoplo, martillo, o fresa previo tratamiento de conductos antes de la inter -- vención quirúrgica.

Tratamiento de la cavidad ósea. -- Se realiza raspando las partes blandas con la finalidad de provocar hemorragia y llenar la cavidad ósea de sangre; se puede colocar yodo -- formo o polvo de sulfamida en el interior, los cuales se mezclan con la sangre, sin ningún inconveniente en dejar lo dentro de la cavidad.

Sutura. -- Utilizaremos nylon seda o hilo común de lino; los puntos deberán distar de medio a un centímetro, debiendo quedar sobre hueso firme, los cuales serán retirados entre el sexto y octavo días. Se puede dejar entre uno y -- otro punto una gasa como drenaje del hematoma, la cual se retira a las 24 o 48 hrs; sin volverla a colocar.

Para la mandíbula; seguiremos el mismo método que en el -- maxilar superior con las siguientes variantes:

En la enucleación de la bolsa quística, será necesario to -- mar en cuenta la relación que tenga el quiste con el pa -- quete vasculonervioso, supuesto que en ocasiones están in -- timamente relacionados, teniendo que hacer cuidadosa di -- sección para poder separar estos dos elementos. Como vía de acceso haremos la vestibular combinada con la alveolar.

INSTRUMENTAL

Los instrumentos necesarios para el dentista general en procedimientos quirúrgicos bucales varían grandemente, dependiendo del número y el carácter de las operaciones que intente realizar; hay muchas variantes de todos los tipos de instrumentos y de los cuales son usados unos u otros. Sin embargo, algunos tipos clásicos se han generalizado - mucho con los años y se han empleado por gran número de - odontólogos.

A continuación nuestro una lista de inventario mínimo de instrumentos específicos. El número que el C. Dentista necesita de cada uno de ellos dependerá de la amplitud en su práctica quirúrgica:

Bisturí	Mango Bard-Parker Núm. 3
Hojas de bisturí	Bard-Parker tipo Núm. 15 (11 y 12 opcional)
Tijeras	Tipo Dean, rectas o en ángulo
Pinzas gubia	Clásicas o tipo Blumenthal
Lima de hueso	De dos puntas (HuFriedy Núm. 21)
Elevador de periostio	Molt Núm. 9
Pinzas de extracción	Superiores universales Núm. 150 Inferiores universales Núm. 151 Inferiores en cuerno de vaca Núm. 23
Elevadores	Recto Núms. 1 y 80 (HuFriedy) de Cryer Núms. 44 y 45 (HuFriedy)
Punzones para puntas de raíces	Heidbrink Núms. 2 y 3 (HuFriedy)
Curetas	Doble punta, quirúrgica clásica de Miller, Núms. 10, 11 y 12 (HuFriedy)
Pinzas de hemostasia de mosquito	Cuervas o rectas
Portagujas	Gardner, de 12.5 ó de 15 cms.
Pinzas de disección	
Retractores	

INSTRUMENTAL

Los instrumentos necesarios para el dentista general en procedimientos quirúrgicos bucales varían grandemente, dependiendo del número y el carácter de las operaciones que intente realizar; hay muchas variantes de todos los tipos de instrumentos y de los cuales son usados unos u otros. Sin embargo, algunos tipos clásicos se han generalizado - mucho con los años y se han empleado por gran número de - odontólogos.

A continuación nuestro una lista de inventario mínimo de instrumentos específicos. El número que el C. Dentista necesita de cada uno de ellos dependerá de la amplitud en su práctica quirúrgica:

Bisturí	Mango Bard-Parker Núm. 3
Hojas de bisturí	Bard-Parker tipo Núm. 15 (11 y 12 opcional)
Tijeras	Tipo Dean, rectas o en ángulo
Pinzas gubia	Clásicas o tipo Blumenthal
Lima de hueso	De dos puntas (HuFriedy Núm. 21)
Elevador de periostio	Molt Núm. 9
Pinzas de extracción	Superiores universales Núm. 150 Inferiores universales Núm. 151 Inferiores en cuerno de vaca Núm. 23
Elevadores	Recto Núms. 1 y 80 (HuFriedy) de Cryer Núms. 44 y 45 (HuFriedy)
Punzones para puntas de raíces	Heidbrink Núms. 2 y 3 (HuFriedy)
Curetas	Doble punta, quirúrgica clásica de Miller, Núms. 10, 11 y 12 (HuFriedy)
Pinzas de hemostasia de mosquito	Cuervas o rectas
Portagujas	Gardner, de 12.5 ó de 15 cms.
Pinzas de disección	
Retractores	

Los ocho primeros instrumentos descritos aquí son cortantes. Tienen bordes de trabajo afilados o abrasivos y se emplean para incidir tejidos blandos o para cortar hueso.

Bisturíes.— El cuchillo, bisturí o escapelo puede ser una unidad integral, con hoja y mangos unidos, como en el caso de los cuchillos periodontales, o puede consistir en un mango con una hoja desmontable y desechable. En un mango del Núm. 3, por ejemplo, pueden montarse hojas Núm. 11 (hoja recta y puntiaguda), Núm. 12 (hoja falciforme con un extremo puntiagudo), y Núm. 15 (hoja con un borde cortante convexo que se vuelve recto a medida que se aproxima al mango).

La hoja del Núm. 11 generalmente se usa para incidir abscesos, introduciendo la punta y cortando hacia arriba al retirar la hoja, para mitigar la presión en los tejidos cerrados y edematizados. Esta hoja puede utilizarse también para cortar bordes muy cuidadosamente de heridas antes de suturar. La hoja del Núm. 12 puede emplearse para llegar detrás de los dientes posteriores o su punta puede insertarse profundamente en los tejidos, tirando entonces de la hoja para cortar como una azada. Esta hoja parece tener muchas aplicaciones debido a su forma. La hoja del Núm. 15 es la más útil de las tres y la que se emplea más frecuentemente. Su pequeño tamaño reduce al mínimo la posibilidad de cortar tejidos accidentalmente. Puede usarse para hacer todas las incisiones intrabucales que se necesitan, como reflexión de colgajos, o de exposición de estructuras que quedan bajo los labios, mejillas, paladar, lengua y piso de la boca.

Las hojas de bisturí desechables se embotan fácilmente al entrar en contacto con hueso y dientes y al hacer cortes extensos en tejido blando. No deben usarse nunca hojas embotadas para cortar los delicados tejidos de la cavidad bucal.

Tijeras.— Tienen múltiples formas y siguen un sistema cíclico de identificación y subdivisión.

Las tijeras empleadas para cortar tejidos blandos no deben usarse para cortar hilos de sutura ni ningún otro tipo de material. Los extremos cortantes de los instrumentos pueden ser puntiagudos, y por ello afilados, o redondeados y romos. Como cada par de tijeras tiene dos hojas,

pueden identificarse como "romas" cuando los extremos de ambas hojas están redondeados, "afiladas" y "romas" cuando una hoja es puntiaguda y la otra redondeada, y "afiladas" cuando ambas hojas son puntiagudas.

Las tijeras que se emplean para cortar tejido blando pueden tener una hoja ligeramente aserrada, para prevenir que el tejido se deslice hacia adelante entre las hojas, haciendo necesario aumentar el número de los cortes y dando lugar a bordes escabrosos.

Los mangos de las tijeras para uso intrabucal pueden ser ligeramente curvados y las hojas pueden ser rectas o también ligeramente curvadas e inclinadas a casi cualquier ángulo a partir del punto de apoyo del instrumento.

Como en el caso de otros instrumentos, la persona que realiza Cirugía Bucal tiene generalmente 2 o 3 tipos favoritos de tijeras. Las tijeras de Dean, con mango ligeramente curvado y hoja aserrada, son las que comúnmente se usan para cortar tejido blando. Las tijeras de Dean de hojas lisas pueden usarse como tijeras para material de sutura, pero también pueden emplearse para este propósito cualquier otro tipo de tijeras pequeñas y afiladas, siempre que el operador y su asistente puedan identificarlas claramente, como tijeras para material de sutura.

Un tercer tipo de tijeras son las pequeñas de Metzenbaum, se emplean a veces para cortar grandes extensiones de tejido blando. Tanto las pequeñas de Metzenbaum como las afiladas de Dean pueden emplearse para disección, insertándolas en los tejidos con las hojas unidas y abriéndolas cuidadosamente, para separar los tejidos que quedan encima.

Cinceles y martillos.- Los cinceles pueden adquirirse en varios largos y anchos de mango, pero el extremo cortante tiene un bisel que puede ser sencillo o doble. El cincel de bisel doble generalmente se emplea para hender dientes y el de bisel sencillo para extraer tejido óseo. Si el cincel de bisel sencillo se coloca contra el hueso con el bisel hacia arriba, alejado de la superficie ósea, el cincel se dirigirá hacia abajo, a las profundidades del hueso, al ser golpeado si el bisel se coloca contra el hueso el cincel pasará rasando a lo largo de la superficie. Pero el hábil empleo de un cincel demanda mucha experiencia y mucha práctica.

Los mangos de alta velocidad y los buriles de carburo -- existen hoy en día, son más útiles para seccionar dientes y cortar hueso.

Los martillos para golpear cínceles vienen en un gran número de tipos, formas y materiales. Tienen cabezas pesadas y pueden tener plomo o nylon en la superficie de contacto, para amortiguar el ruido que hacen al golpear el cíncel.

Pinzas gubia.- Se utilizan para cortar hueso, suelen tener un resorte entre las dos hojas del mango, de manera que el instrumento se abre por sí mismo cuando se deja ejercer presión manual, permitiendo así al operador hacer cortes repetidos, sin tener necesidad de utilizar un dedo para mantener abiertas las puntas. Las pinzas gubia pueden cortar con ambos lados de la pinza y con la punta, cortar solamente con un lado y cortar solo con la punta. Por lo general, son útiles dos tipos: el que corta con un lado y el que corta en tres sitios. Estos instrumentos están hechos de un acero más blando que el de otras pinzas y fórceps de modo que sus bordes pueden afilarse. Por esto, no debe usarse para extraer raíces o dientes firmemente asentados.

Comprimir los mangos de las pinzas cuando se encuentre entre los picos una estructura dental dura, embotará el borde de afilado y doblará la pinza.

Limas para hueso.- Vienen una gran variedad de formas y tamaños. La lima de doble punta HuFriedy Núm. El es la más recomendable para Cirugía Bucal sistémica. Este instrumento se usa para limpiar y pulir bordes de hueso que han sido maltratados o comprimidos durante extracciones de dientes u otro tipo de cirugía. La lima corta solo cuando se tira de ella; por esto, debe colocarse y controlarse cuidadosamente. Es preferible tener un dedo apoyado firmemente y manejarla por medio de movimientos digitales que dar pasadas amplias e incontroladas que puedan arrancar y lacerar tejidos blandos adyacentes.

Buriles.- El buril redondo Núm. 6 y el buril de fisura -- Núm. 703 son los más comúnmente usados en Cirugía Bucal para partir dientes y cortar hueso. Ambos tipos pueden obtenerse de longitud quirúrgica y usarse con mango recto o con mango en ángulo. El vástago largo permite una mejor visibilidad cuando se opera en la parte posterior de la boca y en las profundidades de los alveolos. Cuando los -

buriles se usan para cortar, deberán mantenerse frescos mediante copiosas cantidades de solución salina normal. Deberá tenerse a la disposición un cepillo de alambre esterilizado, para eliminar los restos que se acumulan en las estrías del buril; de otra manera, se pulirá solamente, en vez de cortar, y se calcinarán los tejidos duros., especialmente los buriles de vástago largo deberán usarse con mucho cuidado, de modo que el vástago no descansa contra el tejido blando, pues este podría escoriarse y tal vez hasta quemarse profundamente.

Elevadores de periostio.— El elevador de periostio es un instrumento muy valioso en Cirugía Bucal, que se usa para reflejar el mucoperiostio del alveolo o del hueso del paladar que quedan encima y puede emplearse para mantener los colgajos en retracción mientras se prosigue el acto quirúrgico. El elevador de periostio de Holt Núm. 9 es uno de los más comúnmente usados para reflejar tejidos de áreas interproximales y para extender la reflexión, debido a que uno de sus extremos es angosto y el otro ancho. También puede emplearse para hacer reflexión suprapariética en la mucosa que queda encima; en muchas ocasiones se hace en forma accidental este tipo de colgajo tan poco aconsejable, debido a que el cirujano no se aseguró de que el elevador estuviera empotrado en hueso antes de empezar a separar. En el mucoperiostio se encuentra, entre la mucosa y el periostio, la red mayor de abastecimiento sanguíneo para estos últimos. Diseccionar un tejido del otro produce demastado sangrado y no deja una superficie ósea lisa que pueda examinarse para buscar posibles residuos de raíces, y fenestraciones del hueso alveolar y otros detalles importantes. Cuando el elevador de periostio se mueve sobre hueso, se tiene una sensación diferente a cuando está sobre periostio. Esto último brinda una sensación más suave, más deslizante y un sonido más sordo que cuando se asienta firmemente en hueso.

Pinzas extractoras.— Los picos de las pinzas extractoras han sido creados para asir las coronas de los dientes, y por esto hay muchas modificaciones, para adaptar picos a los pequeños dientes anteriores y a los grandes molares de raíces múltiples de ambos maxilares. La forma especializada de los picos limita el uso de las pinzas y, por lo tanto, aumenta el número que se necesita de estos instrumentos para extraer todo tipo de dientes.

En la categoría de pinzas molares, la configuración de las raíces también juega un papel en el diseño de los picos. Además, los mangos se modifican para proporcionar varias curvaturas, longitudes, y superficies para prevenir deslizamientos. Todos estos arreglos pueden seleccionarse para combinarlos con cualquier tipo de forma de los picos.

Las formas más sencillas de pinzas y probablemente las más ampliamente usadas son las pinzas universales Núm. 150 - (pinzas para maxilar superior) y pinzas universales Núm. 151 (pinzas para maxilar inferior). Estos instrumentos también pueden tener picos ligeramente modificados; la modificación se indica por medio de una letra que sigue al número.

Con estas pinzas se pueden extraer todos los dientes y tienen la ventaja de poder asir sin tener que incrustarlos - dentro de la bifurcación de un diente con raíz múltiple, - de modo que se le impida girar suavemente dentro de los picos y tomar su propio camino al extraerlo.

Las pinzas en bayoneta, para la extracción de dientes posteriores del maxilar superior, son preferidas, sus picos pueden estar modificadas o no para adaptarse a la configuración de las raíces molares. El principio de las pinzas es muy simple: Ase firmemente el diente y proporciona apoyo adicional.

Una modificación de las pinzas para la extracción de molares inferiores son las pinzas en cuerno de vaca. Los picos de estas pinzas no se asen la corona del diente, sino que se ajustan a la bifurcación de los molares, de manera que cuando los mangos se comprimen suavemente, los picos se deslizan dentro de la bifurcación y la encía marginal se comprime contra el borde alveolar hasta el punto en que las pinzas ya no se deslizan más hacia abajo del diente.

Elevadores. - Estos instrumentos son tipos de palancas y operan con el principio de la cuña, el plano inclinado y el pico con filo. Se emplea para maniobrar entre diente, encía y borde alveolar, con la idea de seccionar adhesiones fibrosas gingivales y periodontales en el lado bucal del diente; y para ampliar con delicadeza la abertura alveolar en el cuello del mismo. Para adaptarse al diente y ajustarse al espacio tienen ligeramente forma de gubia y un extremo afilado.

La hoja varía en el ancho de 2 a 4 cm. y puede formar una línea recta con el mango, estar ligeramente deslignada o curvada, o formar con él un ángulo.

Curetas.- Las curetas, como las de Miller Núms. 9, 10, 11, y 12, se emplean para quitar tejido de granulación del fondo de los alveolos y para extraer membranas quísticas.

El tejido que se va a quitar se monda de las paredes del alveolo o de la cavidad ósea con la cucharilla, de modo que el lado cóncavo esté hacia el hueso. A veces, es necesario raspar con el instrumento el fondo de la cavidad, para liberar los últimos fragmentos de tejido. La cureta puede usarse entonces para tomar el tejido blando del defecto óseo o pueden emplearse pinzas gubia o de hemostasia.

Pinzas de hemostasia.- Las pinzas de hemostasia vienen en varios tamaños, pero en general las pinzas mosquito curvadas que son pequeñas y las curvadas Kelly, que son más grandes, son muy útiles en procedimientos quirúrgicos bucales. Debido a la longitud de sus picos y a las estrías de las superficies internas de los mismos, pueden asir firmemente tejido blando y fragmentos de raíces o de hueso. El punto de apoyo de este instrumento suele estar a más de 2.5 cm. de distancia de sus extremos de trabajo, lo que permite a las puntas alcanzar el fondo de los alveolos.

Portagujas.- Estos instrumentos se parecen a las pinzas de hemostasia, pero tienen aspectos diferenciales importantes y una función muy distinta. El extremo de trabajo del portagujas (del punto de apoyo a la punta) es corto, generalmente de menos de 2.5 cm. Normalmente es como la superficie interna de contacto de los picos tienen estrías que se entrecruzan; suele tener una depresión elíptica en uno o en los dos picos. Esta forma permite colocar firmemente la aguja sostenida por los picos en cualquier ángulo con relación al largo eje del instrumento. Las estrías de un portagujas se gastan con el tiempo y de igual modo que las pinzas de hemostasia no tienen ningún valor como portagujas no tienen utilidad como sustituto de pinzas de hemostasia debido a que es corto y voluminoso.

Pinzas de disección.- (Pinzas de dientes de ratón). Estos instrumentos se emplean para estabilizar colgajos, espe-

cialmente al suturar. No solamente aceleran el procedimiento de sutura, sino que también ayudan a lograr una buena aproximación de los bordes de los colgajos, traumatizando muy poco el tejido. Otro tipo de pinzas para tejido son las pinzas Allis. Este instrumento se emplea para asir -- para segmentos de tejido redundante, para excisión o para retracción.

Retradores. -- Hay muchos tipos de retradores de mejilla y de tejido, que proporcionan una visión mejor y un mejor acceso al área quirúrgica. El que está más fácilmente al alcance, es por supuesto, el espejo bucal, que durante procedimientos quirúrgicos bucales tiene más valor como retractor de tejidos que como medio para examinar mejor el campo operatorio.

La Cirugía Bucal debe realizarse por visión directa, no mirando a través de un espejo. El retractor de tejido de Black para tercer molar y mejilla (HuFriedy) es muy útil para mantener mejilla y colgajo fuera del campo operatorio al trabajar en el área del tercer molar. Un depresor metálico de lengua Wieder Núm. 2 es también útil como retractor de mejilla y como depresor y retractor de lengua para exponer piso de la boca y cara lingual del borde alveolar inferior.

ANESTESIA

Definición.- Es una rama de las ciencias médicas, que estudia los medios empleados, para lograr el bloqueo del dolor, en intervenciones médico-quirúrgicas, conservando o no la conciencia.

La anestesia es la falta o pérdida temporal de la sensibilidad de un órgano, o de todo el organismo en general, por la acción de una sustancia anestésica.

Anestesia general.- Es aquella cuya acción de las drogas es reversible, y actúan primordialmente deprimiendo el sistema nervioso central, llegando la acción analgésica hasta el grado de total insensibilidad, pérdida completa del conocimiento, disminución de la actividad refleja y relajación muscular.

Anestesia local.- Es aquella droga que aplicada al filete nervioso, puede causar un bloqueo reversible de los impulsos, en cualquier parte de una neurona; considerando que estas drogas se emplean para suprimir el dolor, con o sin pérdida de el sentido del tacto, o de otras sensaciones locales.

La mejor anestesia local se obtiene mediante el empleo de técnicas que producen bloqueos de áreas extensas, en oposición a las técnicas de infiltración múltiple. La técnica de bloqueo proporciona una anestesia más profunda y más ampliamente diseminada, con menor volumen de solución y menor lesión de los tejidos inyectados.

A veces, es problemático obtener una buena anestesia local. Esto puede ser por dificultades en la inyección asociados a la presencia de infección, a anomalías de desarrollo o a anomalías subsecuentes a traumatismos.

Otra causa podría ser la desoxigenación rápida de la solución anestésica en algunos individuos.

La principal característica de los anestésicos locales debe ser la reversibilidad de su acción, y pueden actuar sobre todo el tejido nervioso. Son efectivos sobre cualquier sitio de la neurona a lo largo de axón, dendritas, cuerpo celular, en los ganglios, en las sinapsis, en los órganos receptores y aún en los efectores.

CLASIFICACION DE LOS ANESTESICOS LOCALES

ESTERES DEL ACIDO BENZOICO

Cocaína
Tetracaina (Pontocaina)
Piperocaina (Metocaina)
Hexilcaina (Cilaina)
Aminobenzoato de etilo (Benzocaina)
Butocaina (Butina)

AMIDAS

Lidocaina (Xilocaina)
Dibuocaina (Superocaina)
Mepivocaina (Carbocaina)
Prilocaina (Citanest)

ESTERES DEL ACIDO P-AMINOBENZOICO

Procaina (Novocaina)
Butetamina (Monocaina)
Cloroprocaina (Nesocaina)

ESTERES DEL ACIDO META-AMINOBENZOICO

Ciclotocaina (Surfacaina)
Metabutoricaina (Primocaina)

ALCOHOLES

Alcohol Etilico
Alcohol Bencílico

Propiedades farmacológicas de los anestésicos:

- 1o Período de latencia corto
- 2o Duración adecuada al tipo de intervención
- 3o Compatibilidad con vasopresores
- 4o Difusión conveniente
- 5o Estabilidad de las soluciones
- 6o Baja toxicidad sistémica
- 7o Alta incidencia de anestesia satisfactoria

Período de latencia.— Es el tiempo comprendido entre la aplicación del anestésico y el momento en que se instala la analgesia satisfactoria.

Un período de latencia corta elimina pérdidas de tiempo innecesarias. Es de gran importancia una espera mínima entre la inyección y el establecimiento de la anestesia, — aunque la diferencia en latencia de la mayoría de los anestésicos locales es secundaria, vale la pena hacer notar — que las drogas anestésicas en combinación con los vasopresores adecuados, tienen características muy especiales en cuanto al tiempo de latencia, pero en términos generales en cuanto es excepcionalmente corto. La duración debe de ser adecuada para terminar los procedimientos odontológicos que deseen realizarse.

Difusión.— El buen poder de la difusión compensa las variaciones anatómicas, la inyección de un anestésico local no siempre asegura un contacto completo con las ramificaciones nerviosas apropiadas. Este puede tener como causa las variaciones anatómicas o bien la precisión en localizar el anestésico en los tejidos. Cualquiera de estos factores pueden llevar al fracaso en obtener anestesia.

Para obtener éxito en todo procedimiento, el anestésico local debe tener una capacidad de difusión a través de los tejidos a tal punto que se inhiba el paso de la conducción de los impulsos nerviosos, aún cuando se deposite el anestésico a cierta distancia del nervio. La estabilidad química y la excelencia de la fabricación contribuyen a aumentar la seguridad; un anestésico local debe permanecer estable después de un período prolongado aún en cir-

cunstances extremas, de tal manera que conserve su eficacia en lo que se refiere a incidencia de anestesia satisfactoria y demás propiedades. Esto significa que tanto — los ingredientes activos, como la solución terminada deben de tener un alto grado de estabilidad química a través de la preparación, empaque o almacenamiento, no solamente disminuye la actividad farmacológica, sino que también puede ocasionar efectos secundarios indeseables. La buena estabilidad se obtiene seleccionando materias primas puras y estables y usando envases de alta calidad; todo sujeto continuamente a una inspección y un control riguroso.

Toxicidad sistémica.—(Tolerancia en el hombre), la toxicidad de una droga está en razón directa de la dosificación y de la velocidad con que ésta pasa al torrente sanguíneo. En anestesia regional pueden ocurrir varios factores para determinar una concentración alta de la droga en la sangre.

Primero, absorción rápida de la droga relacionada con: dosis del mismo sitio de aplicación de las soluciones usadas, velocidad de la inyección y tipo de la droga.

Cuando la droga se encuentra en el torrente sanguíneo, debemos tener en cuenta su acción sobre el sistema nervioso central y el aparato cardiovascular principalmente. Para establecer la toxicidad de un anestésico local, serán necesarias un determinado número de pruebas en el hombre por medio de estudios con inyecciones intravenosas que es la prueba más rigurosa para cualquier tipo de anestésico.

Vasoconstrictores.— Estos prolongan la acción y reducen — la toxicidad sistémica de los anestésicos locales por retardo en su absorción. Deben usarse en zonas ricamente — vascularizadas como la región gingivodental; si se omite su uso, la anestesia es inadecuada y pueden presentarse — fenómenos de toxicidad por absorción rápida de la droga.

Los vasoconstrictores no tienen acción sinérgica con los anestésicos locales, ni acción aditiva ya que por sí mismos no tienen acción anestésica. La intensidad anestésica que se logra con ellos; se debe al retardo en la absorción que hacen prolongar el contacto del bloqueador con el nervio.

Los anestésicos locales no aumentan la acción hemostática de los vasoconstrictores. Dos tipos de drogas vasoconstrictoras son de utilidad en las soluciones bloqueadoras:

AMINAS QUE ACTUAN SOBRE LOS RECEPTORES ADRENERGICOS.

- a) Aminas aromáticas (epinefrina, norepinefrina)
- b) Aminas alifáticas

POLIPÉPTICAS QUE ACTUAN SOBRE EL MUSCULO LISO DE LOS VASOS CAPILARES.

- a) Vasopresina
- b) Octapresina
- c) Angiotensina

anestésicos en cartuchos y sus calidades.- Estas soluciones se presentan en cartuchos y deben reunir los siguientes requisitos:

- 1o La calidad del material con que están fabricados son de vidrio neutro y con resistencia suficiente para ser manejado en circunstancias de trabajo, que permita esterilizarlo y que soporte la presión que ejerce el líquido durante la administración. En la búsqueda por superar algunos inconvenientes que se presentan con estos cartuchos; una casa comercial fabrica cartuchos anestésicos de plástico neutro que permiten la visibilidad suficiente para que pueda observarse la aspiración de sangre cuando estamos inyectando en un vaso, tienen la característica irrompible.
- 2o La calidad de los aditamentos, que cierran los extremos del cartucho tienen que responder a ciertas normas. Se fabrican según fórmula especial para que tengan la consistencia adecuada y las medidas ajustadas a fracciones de milímetros.

Quando nos enfrentemos a problemas asociados con la administración de anestésicos locales debemos revisar cuidadosamente su técnica y la anatomía del área antes de llegar a la conclusión de que alguno de los factores poco comunes que se acaban de describir pueda ser la causa de sus dificultades. Tal revisión revela generalmente una causa más común del problema, que puede entonces ser resuelto con facilidad.

TECNICAS DE ANESTESIA

Para el maxilar superior:

Bloqueo infraorbitario
 Bloqueo del nervio alveolar posterosuperior
 Bloqueo del nervio palatino
 Bloqueo del nervio nasopalatino
 Anestesia por infiltración o bloqueo supraperiostico del ápice.

Bloqueo infraorbitario.— Consiste en la inyección del nervio infraorbitario, rama del maxilar superior, así como de las ramas terminales de éste que son: palpebral inferior, nasal externa, nasal interna y labial superior. En el bloqueo queda involucrado el nervio alveolar anterosuperior y medio, así como el posterosuperior, los cuales emergen del nervio infraorbitario en la parte anterior del canal infraorbitario.

Se emplea cuando se necesita analgesia de los incisivos superiores, caninos, y premolares o bien, cuando hay alguna contraindicación para realizar la inyección supraperiostica de alguna de estas piezas.

Para este bloqueo la referencia principal es el agujero infraorbitario que se localiza por palpación inmediatamente abajo de la escotadura infraorbitaria, a un centímetro arriba del ala de la nariz y a nivel de la pupila.

La punción puede hacerse ya sea a través de la pápula hecha a este nivel o bien, a nivel del pliegue de la mucosa bucal, manteniendo un dedo sobre el agujero infraorbitario

como referencia. Nunca debe introducirse la aguja por el agujero infraorbitario más de 0.7 cm. por el peligro de penetrar a la órbita. Debe inyectarse 1.5 a 1.8 de la solución anestésica. Es aconsejable advertir al paciente de las parestesias que puedan despertarse.

Bloqueo del nervio alveolar posterosuperior.— Este bloqueo llamado también inyección cigomática, consiste en la infiltración anestésica de las ramas del nervio maxilar superior que junto con las palatinas van a dar la inervación de los molares superiores.

El nervio alveolar llamado también dental posterior, nace del nervio maxilar superior y pasa al foramen alveolar posterior en la cara cigomática de la tuberosidad del maxilar.

Se toman como referencia el último molar y el borde gingival del molar superior. El foramen alveolar se localiza a 2-3 cms. por encima de la línea gingival del último molar. Se introduce la aguja a través del repliegue mucoso en la región apical del primer molar en un ángulo de 45 grados hacia atrás y hacia arriba, hasta que penetre la aguja. Debe hacerse la inyección lentamente a ese nivel.

El nervio alveolar medio superior puede quedar bloqueado por este procedimiento, si nace antes de que el nervio penetre en el foramen. Este bloqueo se usa para extracciones de los molares y premolares cuando se combina con el bloqueo palatino anterior.

Bloqueo del nervio palatino.— El nervio palatino anterior da sensibilidad de la mitad posterior de la bóveda del paladar y de la mucosa de los cornetes de la nariz. El bloqueo se realiza cuando el nervio sale del conducto palatino posterior. La referencia de este bloqueo es el segundo molar. Se introduce la aguja a un centímetro de la mitad del trayecto entre la línea de la encía y la línea media del paladar, dirigiéndola hacia arriba y hacia atrás perforando el tejido palatino en el conducto. Se inyecta, no más de un milímetro de la solución bloqueadora.

Bloqueo del nervio nasopalatino.- El nervio nasopalatino tiene a su cargo la sensibilidad del tabique nasal y de la parte anterior del paladar.

Para su bloqueo se localiza un punto situado a un centímetro por encima y detrás de la línea gingival, sobre la línea media y detrás del incisivo. Se introduce la aguja hasta encontrar la bóveda del paladar inyectándose en este punto un centímetro de solución anestésica. Se emplea para extracciones dentales de incisivos, empleado junto con el bloqueo infraorbitario.

Bloqueo suprapariostico del ápice.- La anestesia por infiltración local se obtiene inyectando la solución anestésica a través de las membranas mucosas y depositándola sobre el periostio en la proximidad de los ápices de los dientes.

Al difundirse a través del periostio, el anestésico penetra hasta las fibras nerviosas para bloquear la transmisión del dolor. La técnica suprapariostica es particularmente útil para la anestesia de los dientes maxilares, a causa de la estructura porosa del maxilar que permite la difusión adecuada de la solución.

Una anestesia pulpar con un tiempo aproximado de 15 minutos, suministra anestesia completa y profunda para manipulaciones o para una extracción simple.

Para la mandíbula:

Bloqueo mandibular o troncular
Inyección mentoniana

Bloqueo mandibular.- Es el bloqueo de la rama alveolar o dentaria del nervio mandibular, en la mitad de la rama ascendente del maxilar inferior en la región del conducto dentario.

Es la técnica de elección para los procedimientos dentales del maxilar inferior. La inyección suprapariostica en esta

región, no resulta satisfactoria puesto que la mandíbula es una estructura ósea compacta a través de la cual no puede difundirse libremente la solución anestésica. Los dientes mandibulares se anestesian más fácilmente por medio del bloqueo del nervio en el punto donde penetra en el canal alveolar inferior. Depositando la solución anestésica en la proximidad inmediata del nervio dentario inferior, se produce un bloqueo efectivo de este nervio y de sus ramificaciones mentonianas, incisivas y linguales.

Cuando el anestésico se pone en contacto estrecho con el nervio dentario inferior, la solución penetra rápidamente la vaina del tronco nervioso y bloquea los millares de fibras nerviosas para suministrar a la pulpa una anestesia profunda y duradera (90 minutos) en todos los dientes que reciben ramificaciones del nervio. La anestesia de los tejidos blandos es más corta, aunque no se reduce tan marcadamente como en la anestesia por infiltración.

Los puntos de referencia para la inyección son el margen anterior de la rama ascendente de la mandíbula, línea mihioidea u oblicua interna, el diente canino y primer premolar del lado opuesto a inyectar, un punto a un centímetro de la superficie triturante del último molar en el lado a inyectarse y los incisivos centrales inferiores.

Se coloca el dedo índice en la boca y se palpa el margen externo del triángulo retromolar, se lleva hacia la uña del dedo la aguja con la jeringa descansando sobre el premolar del lado opuesto, se introduce entonces la punta hacia la línea media a un centímetro por encima de la superficie triturante del último molar. Se empuja la aguja hasta encontrar el hueso. La punta de la aguja viene a quedar cerca del agujero dentario. Se inyecta a este nivel - 1.5 a 2 ml. de la solución anestésica.

En los ancianos y en los niños el agujero dentario es más bajo y se encuentra a nivel de la superficie de los molares.

Inyección mentoniana.— Los nervios mentonianos e incisivos son las ramas terminales de la porción dental del nervio alveolar inferior. El nervio mentoniano emerge del agujero mentoniano que está situado a 2.5 centímetros de la línea media, a mitad del trayecto entre el borde superior e inferior de la mandíbula en su cara lateral.

El canal mentoniano se extiende abajo, adelante y adentro desde el agujero. El nervio incisivo es la continuación del dental inferior y llega hasta la sínfisis para inervar los premolares e incisivos. Para el bloqueo de este nervio se traza una línea facial que corra entre los premolares inferiores, perpendicularmente al borde inferior del maxilar inferior. Se marca un punto a lo largo de esta línea que esté situado a mitad del trayecto entre el borde superior e inferior de la mandíbula.

El agujero mentoniano generalmente guarda relación con el ápice de uno u otro premolar inferior. Se localiza entonces los ápices de los premolares inferiores y rechazando la mejilla frente a los premolares, insértese una aguja en la mucosa frente al premolar y aproximadamente 10 mm. hacia afuera de la lámina bucal de la mandíbula. Apúntese hacia el ápice del segundo premolar y aváncese la aguja hasta encontrar el hueso depositando en este sitio 1 ml. de la solución anestésica. Explórese el área con la punta de la aguja sin retirarla completamente hasta que entre en el agujero e inyéctese en este sitio 0.5 ml. de la solución.

Con este bloqueo se pueden realizar intervenciones sobre los premolares y caninos. Es conveniente bloquear los nervios del lado opuesto cuando se va a trabajar sobre incisivos.

La anestesia es básica en toda intervención quirúrgica, particularmente en el tratamiento de los quistes. Operación larga y laboriosa que la mayoría de los casos exige una anestesia perfecta, para poder lograr los tiempos operatorios con el máximo de comodidad y éxito de la misma.

Anestesia para los quistes del maxilar superior:

Región anterior: incisivos y caninos.— La anestesia para esta región, será la infraorbitaria, completada generalmente por el lado palatino, siguiendo las técnicas adecuadas.

Región media y posterior, premolares y molares.— Podrán ser enucleados los quistes pequeños y que no tengan relaciones con el seno maxilar con anestesia local. Los quistes grandes que invadan órganos adyacentes, se deberán in

tervenir con anestesia regional involucrando nervios dentarios posteriores, a la salida del agujero redondo mayor, anestesia que se puede realizar por la técnica adecuada - completada con anestesia local vestibular y palatina.

Como en toda intervención es conveniente hacer una anestesia más extensa que los límites de la lesión quística, con la finalidad de evitar problemas en el momento de la operación.

Anestesia para los quistes de la mandíbula:

Se emplea sistemáticamente la anestesia troncular en las intervenciones de los quistes del maxilar inferior o mandíbula, con solución del anestésico apropiado, realizada a la altura de la espina de Spiz. Esta anestesia será completada con el fin de bloquear el nervio bucal y en algunos casos anestesiando el plexo superficial, para intervenir aún en quistes grandes. Si no se anestesia el plexo superficial, las partes blandas que cubren el maxilar inferior son sensibles, razón por la cual se deberá tener la debida precaución al intervenir.

Podrán ser intervenidos los quistes de la región mentoniana con anestesia local. En ocasiones cuando el quiste es muy extenso estará indicada la doble anestesia regional en la espina de Spiz o en el agujero mentoniano con la técnica adecuada en esta región.

TIEMPO PREOPERATORIO

Es fundamental seguir un plan ordenado, para examinar cada paciente a quien se va a someter a una intervención quirúrgica, a menos que sea un caso de urgencia.

Después de que se hayan anotado los datos que proporcionan el interrogatorio y la exploración clínica del paciente, - deben pedirse sistemáticamente los siguientes análisis del laboratorio y estudios radiográficos:

Análisis de orina: densidad, albúmina, glucosa, acetona o ácido diacético y sedimento microscópico.

Estudio de la sangre: determinación de la cantidad de hemoglobina, recuento de glóbulos rojos y blancos y forma leucocitaria.

Radiografías de la zona afectada: Periapical, lateral y oclusal.

Un cuidadoso estudio de la historia, de los datos proporcionados por el examen médico y de los del laboratorio, - servirá de guía para iniciar el tratamiento en todo paciente; y principalmente en las personas que van a ser sometidas a intervenciones quirúrgicas lo cual representa una labor preoperatoria importante. Nos permitirá reconocer situaciones fisiopatológicas tan importantes como desnutrición, deshidratación o anemia, diabetes o enfermedades cardiovasculares, renales o pulmonares. El diagnóstico global puede ser tan confuso que requiera muchos estudios radiográficos, de laboratorio y clínicos. Estas necesidades se habrán de decidir en cada paciente, algunas veces se requerirán consultas para determinar el más adecuado tratamiento.

Cuidado de la nutrición.- El paciente que ha estado comiendo bien y ha perdido poco o nada de peso, no necesita dieta especial preoperatoria. Por el contrario, el que ha tenido una pérdida intensa y reciente de peso, y está mal nutrido, tiene riesgo quirúrgico mayor. El paciente puede reaccionar desfavorablemente desde un principio, con inestabilidad en la presión sanguínea, desproporcionada con la pérdida real de sangre. La convalecencia es más lenta de lo normal y está perturbada por mayor predisposición a complicaciones como, mala cicatrización de la herida.

La desnutrición, cuando es grave, produce grandes desórdenes corporales; está caracterizada por disfunción hepática, hipoproteïnemia y volumen sanguíneo disminuido. Estos cambios patológicos son reversibles cuando se puede dar una dieta adecuada; pero la vuelta a la normalidad es lenta y requiere muchos días o semanas de tratamiento para poder lograr una restitución nutritiva apreciable; después de una recuperación adecuada, pero parcial, se podrá operar y anticipar una convalecencia libre de complicaciones, como si se tratara de un individuo con riesgo normal.

Durante períodos de desnutrición relativa, el paciente hace autofagia; sus fuentes de energía derivan principalmente de la proteína y la grasa de su cuerpo, y subsiste en una dieta pobre en calorías y proteínas, y rica en grasa. La lógica sugiere y la experiencia confirma, las características de una dieta adecuada para corregir los efectos de tal desnutrición: el laboratorio y los estudios clínicos demuestran que esta dieta ha de ser rica en proteínas y carbohidratos, con muchas calorías y pocas grasas. De estos alimentos, son las proteínas las que juegan papel principal. Las fuentes fundamentales de proteínas en los alimentos naturales son, la carne, el pescado, los huevos, ciertos productos lácteos y los cereales.

Para asegurar una ingestión de proteína de 300 gr, teniendo como fuente la carne de res, habrá de comerse un filete que pese aproximadamente 1 250 gr.

Aunque los efectos colaterales debidos a la toxicidad de los agentes bloqueadores son poco comunes, hay una serie de precauciones que debemos tomar para evitar que el paciente presente durante el tratamiento quirúrgico trastornos relacionados con algún padecimiento orgánico o funcional, así como reacciones, atribuibles a diversas drogas - bajo cuya acción farmacológica se encuentre el paciente en el momento de la intervención.

Interrogar sobre padecimientos cardiovasculares (hipertensión, trastornos del ritmo, etc) desequilibrios neurovegetativos principalmente en pacientes con metabolismo basal elevado (pubertad, embarazo), alteraciones endocrinas (diabetes, tirotoxicosis, etc) así como interrogar todo tipo de medicamentos que esté usando el paciente para valorar el riesgo y poder conocer alguna probable reacción en particular.

En los casos en que el paciente relate antecedentes de -
alergia a los medicamentos, hacer pruebas de sensibilidad.
Elegir una solución bloqueadora de acuerdo con cada caso
en particular. Inyectar la solución lentamente, vigilancia
estrecha del paciente mientras se establece el bloqueo nar-
vioso, procurando durante el tiempo de latencia distraer
su atención en alguna forma agradable.

Preparación del paciente para la intervención.- Siempre -
que se vaya a intervenir quirúrgicamente un quiste, es ne-
cesario la preparación del paciente que consiste en lo si-
guiente:

- 1.- Saneamiento de la cavidad bucal, por medio de una higiene
eficaz.
- 2.- Medicación preoperatoria. Esta comprende la tranquiliza-
ción del paciente, relajación muscular y potencialización
de los anestésicos.

Los medicamentos a usar serán según el tipo del paciente
basándonos en una minuciosa historia clínica así como la
magnitud y duración de la intervención quirúrgica.

Se usan los atárdricos (como el Fenarol, Pacatal, Ecuamil,
Ataraz, Stelazine) y los barbitúricos, entre los cuales -
hay de acción prolongada, (más de seis horas) como el Pe-
nobarbital o Luminal a dosis promedio para adulto de 100
a 200 mgs; de acción intermedia (de tres a seis horas) co-
mo el Amytal, cuya dosis promedio es de 50 a 100 mgs, y -
de acción corta (menos de tres horas) como el Pentobarbi-
tal o Nembutal y el Secobarbital o Seconal a dosis de 100
a 200 mgs.

- 3.- Antibioterapia.- La medicación antibiótica general antes
de la intervención es aconsejable cuando exista infección.
Tenemos diferentes tipos que son: Penicilinas, Eritromi-
nas, Tetraciclinas, Oleandomicinas, Kanamicinas, etc. Des-
pués de esto, el paciente estará listo para recibir el --
tratamiento quirúrgico elegido por el cirujano.

Preparativos inmediatos para la Cirugía Bucal.— Consisten específicamente en crear un medio limpio y estéril. La posibilidad de complicaciones se aumenta debido a la amplia exposición de tejidos subyacentes por un período suficientemente largo como para permitir la invasión de organismos patógenos, sobre todo en pacientes que han sido tratados con infecciones. Por esto, debemos hacer todos los esfuerzos posibles para reducir el número de microorganismos en el área y para asegurar la esterilidad de todos los instrumentos y del material.

Esterilización del equipo y del material.— Entre los medios más eficaces para destruir bacterias y esporas se encuentran el vapor, el gas y la esterilización por calor seco. Sin embargo, existen sus inconvenientes.

La esterilización por calor seco no se recomienda para instrumentos con partes soldadas, debido a que la temperatura tan alta que se necesita para esterilizar funde la soldadura. Las soluciones frías "esterilizadoras" y "esterilizadores" por ebullición son inadecuados para la esterilización del equipo quirúrgico, porque solo desinfectan parcialmente. Actualmente contamos con esterilizadores por gas y pequeñas autoclaves que generan su propio vapor. Además muchos de los materiales necesarios en cirugía se pueden obtener ahora en forma desechable y vienen en unidades estériles previamente empacadas.

Aseo de la unidad dental y del sillón.— Las superficies que el paciente pueda tocar con las manos, como los brazos o los lados del sillón dental, deberán limpiarse a fondo con detergente y alcohol antes de que se sienta cada paciente. En su ansiedad, los pacientes frecuentemente tocan los brazos y las partes laterales inferiores del sillón y después colocan de pronto las manos en el pecho estéril e incluso en la boca, en un esfuerzo por ayudar o por señalar un problema. Debe advertírseles que eviten estos ademanes de buena voluntad, pero a menudo lo olvidan. Por ello, es sumamente importante limpiar de antemano a fondo las superficies que puedan tocar sus manos. Una precaución adicional es sugerirle al paciente que se lave las manos antes de tomar asiento en el sillón dental.

Deberá asearse también la unidad dental. Exactamente antes de empezar el procedimiento quirúrgico, se cubren los mangos con toallas estériles, de modo que el operador y su asistente puedan ajustar la luz sin contaminarse las manos.

Bandeja de instrumentos y su soporte.- El soporte mayo, o cualquier otro tipo de soporte móvil que se use, deberá cubrirse con un campo estéril suficientemente largo para sobrepasar los bordes del soporte, y por esto, que permita al operador y a su asistente moverlo sin contaminarse las manos en las partes laterales inferiores. El soporte deberá colocarse detrás del sillón o en cualquier otro sitio fuera de la vista del paciente.

La bandeja de instrumentos de acero inoxidable, previamente esterilizada, se cubre con un paño estéril sobre el cual se colocan los instrumentos, que se cubren con otro paño estéril.

Si todos los instrumentos se conservan en un gabinete estéril en la sala de operaciones, la bandeja puede colocarse sobre el soporte cubierto y los instrumentos necesarios pueden escogerse, colocarse en la bandeja debidamente cubiertos.

Aseo de la cavidad bucal.- La cavidad bucal es un área su momento difícil de esterilizar; sin embargo, puede asearse y tratarse de manera que queden en ella relativamente pocos microorganismos. Los dientes pueden limpiarse de cáculos y placas que albergan bacterias por medio de descañón y curetaje previos al procedimiento quirúrgico. Inmediatamente antes de la operación, el paciente deberá enjuagarse la boca a fondo con un enjuague bucal antiséptico.

Manera de cubrir al paciente.- Después de asear la boca del paciente, se colocan los campos estériles. Se coloca un pechero grande y estéril sobre el pecho y hombros del paciente; de preferencia suficientemente largo para extenderse sobre el regazo del paciente, para proteger su ropa contra sangre o alguna solución que pudiera salpicar o derramarse. También se colocará otro campo estéril cubrien-

do la cara del paciente dejando descubiertas por medio de un orificio, la boca y nariz; con la finalidad de que éste no se alarme al ver instrumentos así como su propia sangre.

La asepsia quirúrgica para la colocación de los guantes.- El propósito de lavarse para procedimientos quirúrgicos es hacer disminuir el número de bacterias en manos y brazos por medio de limpieza a fondo de la piel. Las uñas de berdín mantenerse cortas y limpias; el operador deberá ponerse gorro y mascarilla.

La asepsia se empieza lavando con jabón quirúrgico y agua durante un minuto manos y brazos hasta 5 cms. arriba del codo. Se enjuaga entonces a fondo, de modo que el agua corra de los dedos hacia el codo. Habiéndose lavado, el operador se dirige a la sala de operaciones, manteniendo sus brazos al frente, con las manos hacia arriba de modo que no toquen su ropa.

Para la esterilización de los guantes se requiere sean colocados en papel de estraza debidamente doblados, envueltos y sellados, se introducirán al esterilizador por 10 minutos a 150 grados centígrados. Una vez secados los brazos procedemos a la colocación de los guantes; previa colocación de bata, gorro y cubrebocas.

Calzarse los guantes se simplifica si la enfermera dedica a asepsia sostiene el guante de modo que el operador pueda introducir en él la mano. Cuando la mano se inserta profundamente en el guante, la enfermera tira del puño -- del guante sobre el puño de la bata. Si durante este procedimiento uno o dos dedos no alcanzan por completo el fondo de los dedos del guante, no deberá intentarse corregir esto hasta haberse calzado el segundo guante. Entonces deberán juntarse ambas manos y una mano enguantada manipulará los dedos de la otra mano enguantada, hasta que los dedos estén en la posición correcta. Antes de que empiece la operación deben humedecerse los guantes con una compresa húmeda y estéril, para retirar todo resto de talco que pudo quedar en sus superficies.

TIEMPO TRANSOPERATORIO

Es importantísimo para el éxito de toda intervención quirúrgica contar con el equipo requerido y comprender claramente los principios fundamentales de la técnica a seguir.

Durante una operación debe continuar la atención hacia los mismos factores fisiológicos que antes de ella ya que cualquier deficiencia puede llevarnos a una complicación como sería:

AGUJAS ROTAS.— Este accidente es sumamente desagradable, pudiéndose evitar si tomamos en consideración algunas precauciones. Para que nuestro paciente coopere debemos tenerlo informado de que se le va administrar una inyección lo cual evitará movimientos bruscos y así la ruptura de la aguja.

Las condiciones de la aguja deberán ser óptimas, usar agujas calibre no demasiado reducido, el más adecuado es el calibre 23 o 25. Nunca usar agujas despuntadas así como no cambiar de dirección cuando ésta se encuentra dentro del tejido. Cuando la aguja se rompe, debemos decir al paciente no cierre la boca; si queda un pedazo de aguja visible, se podrá extraer con unas pinzas de disección, si la aguja no se ve, tomaremos una radiografía de costado y otra de frente para poder localizar la posición de la aguja.

Se anestesia la región mediante puntos locales y se hace una incisión aproximadamente de 4 cm, con dirección de arriba hacia abajo, deberá ser un corte profundo y perpendicular a la dirección de la aguja; se localiza la aguja con sonda, se introducen unas pinzas de disección sobre ésta y se extrae, se suturan los labios de la incisión y se retiran los puntos después de tres días. Esta es una operación muy delicada por lo cual debemos evitarla.

SHOCK.— El cual contribuye fácilmente a precipitar la crisis cardíaca si el órgano ya estaba enfermo. Es un estado de conmoción, de intensidad variable que aparece repentinamente y que puede ser de corta duración, pasando sin dejar rastros o durar un tiempo más o menos largo, y terminar con la muerte.

La experiencia nos demuestra que las anestésicas troncales o infiltrativas son perfectamente toleradas por el paciente y la impresión psíquica del acto quirúrgico es reducida.

da al mínimo, cuando se ha sabido captar previamente su confianza. El shock, puede originarse en muchos detalles externos que está en nuestras manos el evitar o corregir; para reducir al mínimo el peligro del shock neurogénico - debemos prevenir de la siguiente manera:

- 1) Se deberá conquistar la confianza del paciente llevando - su espíritu a la máxima tranquilidad.
- 2) No intervenir jamás a una persona cuyo estado físico sea deficiente.
- 3) La elección del anestésico a emplear tiene gran importancia en el desencadenamiento del shock.
- 4) Administrar un día anterior a la operación, medicamentos sedativos a base de bromuros o de barbitúricos.
- 5) Nunca se colocarán los instrumentos de cirugía a la vista del paciente, tratando al paciente con la mayor delicadeza para no alarmarlo.
- 6) Muchos estados patológicos, pueden ser corregidos por el clínico, pero siempre se hará el tratamiento preventivo - en íntima relación con el médico.
- 7) Antes de anestesiar, se le hará aflojar las prendas de - vestir del paciente ya que pueden entorpecer la circulación y la respiración. Si vamos a intervenir con anestesia local se podrá realizar con el paciente sentado en posición recta, pero con el respaldo ligeramente inclinado hacia atrás. Una vez terminada la aplicación del anestésico se colocará el respaldo del sillón casi horizontal para - que el paciente permanezca así durante los minutos necesarios que hay que esperar para que se produzca el efecto - anestésico y para evitar de esta manera que la sangre afluya a los órganos espléncicos y se produzca la anemia cerebral.
- 8) La solución anestésica debe de ser entibiada antes de inyectarse para evitar la sensación desagradable que experimenta el paciente al sentir penetrar un líquido a una temperatura baja.

- 9) La aplicación del anestésico es una observación muy digna de tomarse en cuenta la cual se realizará con mucha lentitud (20 seg. por cada cm cúbico) ya que la toxicidad de los anestésicos locales es tanto mayor cuanto mayor sea la rapidez con que se inyectan.

Algunos pacientes son muy susceptibles a la adrenalina y en ellos suelen presentarse los pródromos del shock. Entre estos aparecen dolores de la región lumbar siendo signos pasajeros y bastará colocar al paciente en posición horizontal para que desaparezcan.

- 10) Por último, la intervención quirúrgica se realizará en el menor tiempo posible, sin que esto quiera decir que se procederá con precipitación.

Tan pronto los síntomas del shock aparezcan, se colocará al paciente en posición de Trendelenburg (posición horizontal con la cabeza más abajo que los pies). Se le hará inhalar unas gotas de amoníaco, cuyos vapores irritan la mucosa del árbol respiratorio superior, lo que provoca tos y cuando ésta aparezca, se suprimirá la administración del amoníaco.

Se le colocarán compresas de agua fría en la frente y se le proyectará aire sobre el rostro. Tan pronto como el enfermo se haya recuperado se le hará beber el contenido de una taza de café puro, coñac o whisky; si estamos ante un caso más avanzado se le administrará además por vía hipodérmica, cafeína, coramina, cardiazol, aceite alcanforado etc., así como solución salina por vía endovenosa, hipodérmica o rectal.

SINCOPE SIMPLE.— La complicación más frecuente que se puede presentar en el consultorio dental es el síncope simple (desmayo), que suele ocurrir durante la inyección del anestésico.

Los signos y síntomas del síncope son: gotitas de sudor en la frente y alrededor de la boca, palidez peribucal que ocasiona coloración verdosa alrededor de la boca, así como pérdida de color de mejillas y frente, sensación de hormigueo en dedos de manos y pies, debilidad, náuseas, a veces vómitos y pérdida del conocimiento, en ocasiones am-

ciados a un episodio convulsivo breve que puede durar algunos segundos.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en posición supina; de preferencia, debe bajarse la cabeza al nivel del tórax inclinando el sillón hacia atrás. Tan pronto como el paciente está en posición supina, debe valorarse su pulso y tomársele la presión arterial para compararla con la presión que tenía en el examen inicial. Pueden colocarse compresas húmedas frías sobre la frente del paciente y el resto de su cara, pero no sobre la nariz o la boca, porque podrían obstruirse las vías aéreas. Si el paciente no responde en 15 segundos, debe administrársele oxígeno colocándole una mascarilla exactamente encima de la nariz y boca, de modo que los movimientos respiratorios disminuidos lleven una alta concentración de oxígeno a los pulmones. El paciente que experimenta un síncope simple o choque neurógeno suele recuperarse rápidamente, estar alerta en segundos y responder a preguntas.

HIPERVENTILACION.— En el caso de hiperventilación o alcalosis respiratoria el paciente se encuentra extremadamente nervioso y emocional, respira rápida y superficialmente, disminuyendo así el nivel de dióxido de carbono en la sangre y produciéndose una elevación del pH sanguíneo y un estado de alcalosis. Así, disminuye la disociación de la oxihemoglobina y, por lo tanto, se reduce la oxigenación del cerebro, produciéndose pérdida del conocimiento debida a la hipoxia cerebral. Los signos y síntomas son diferentes de los del síncope simple en que, además de las respiraciones rápidas y superficiales, el paciente empieza a presentar espasmo y se queja de sensación intensa de hormigueo e incomodidad en manos y pies en rotación interna y extensión pueden ser lo primero que hace pensar que el paciente está en hiperventilación.

El manejo de esta situación es difícil porque el paciente puede estar al borde de la histeria y, por lo tanto, es difícil razonar con él. Puede decirsele que detenga la respiración tanto tiempo como sea posible para elevar el nivel del dióxido de carbono en la sangre y con ello, bajar el pH.

La inyección intravenosa de pentobarbital para sedar al paciente es con frecuencia la mejor solución al problema.

Una segunda elección es no terminar el tratamiento y despedir al paciente, dándole una nueva cita.

Para evitar una recurrencia en la siguiente visita, será necesario administrar premedicación al paciente la noche anterior, para tener la seguridad de que tendrá un buen descanso, y luego continuar con la premedicación con administración intravenosa de pentobarbital antes de que empiece la operación. La hiperventilación se ve con más frecuencia en mujeres, adolescentes o amas de casa jóvenes con varios hijos, lo que contribuye a su ansiedad.

Después de un síncope simple o síncope asociado con hiperventilación, el paciente puede experimentar un prolongado período de hipotensión. Recupera el conocimiento en forma completa, pero al intentar ponerse de pie, se desmaya otra vez. En estos casos, la inyección intramuscular o intravenosa de 0.2 a 0.3 ml de una solución al 1:1000 de adrenalina ayudará a restaurar y mantener una adecuada presión arterial. Puede confirmarse que el estado de hipotensión se ha corregido volviendo a tomar la presión arterial.

HEMORRAGIA.— La hemorragia es la salida de sangre con todos sus elementos, a consecuencia de la rotura de las paredes de un vaso, cuando el vaso lesionado es pequeño, la hemorragia se detiene espontáneamente, por lo general obediendo al fenómeno fisiológico de la coagulación de la sangre; pero cuando éstos son de grueso calibre o cuando sus paredes no se contraen normalmente, o cuando la coagulación de la sangre está entorpecida, la hemorragia no se detiene en forma natural y se debe de intervenir ya sea para obliterar el vaso roto o para ayudar al organismo a que forme el coágulo, medida de que se vale para cohibirla, es decir, para producir hemostasis.

El primer paso para la hemostasia es la PRESION en donde hay que irrigar con solución salina, secar y ver de donde sangra, si es un vaso intraóseo. Localizar el punto de hemorragia, se introducirá una gasa estéril. Si es un vaso lesionado lo pinzamos con puntas de mosco curvas, a los 10 minutos retiramos y si continúa sangrando habrá que ligar el vaso por detrás de las pinzas con un hilo de sutura y amarrar sin soltar hasta ligar. Se podrá colocar una

gasa saturada de epinefrina al 1:1000, trombina o ácido tónico, colocación de gelfoam, cera para hueso o en último de los casos sutura para cohibirla.

PARO CARDIACO.— Cualesquiera de los estados mencionados puede degenerar hasta llegar a paro cardiaco. Si las pupilas de un paciente inconsciente están dilatadas y fijas, o contraídas y fijas, si no hay pulso y no puede descubrirse respiración, la situación es grave y debe instituirse inmediatamente la reanimación cardiopulmonar. Debe accionarse la alarma, colocar al paciente rápidamente en posición supina sobre el piso, con la cabeza extendida para llevar la mandíbula hacia adelante y liberar las vías aéreas. El dentista debe apretar la nariz del paciente, colocar su boca sobre la de él y soplar dentro de ella para expandir los pulmones. Debe observarse que el tórax, se eleva cuando se exhala dentro de la boca del paciente; este procedimiento se repetirá cuatro veces. Se deberá colocar entonces el talón de una mano en la mitad inferior del esternón, poner el talón de la otra mano sobre el dorso de la primera, comprimir el esternón 3.7 a 5 cm, sosteniendo momentáneamente la compresión e interrumpiéndola después. Este procedimiento se repite por lo menos una vez por segundo durante 15 compresiones, después el dentista tendrá que detenerse, para repetir rápidamente dos respiraciones boca a boca y reanudar entonces la compresión del tórax.

Este sistema se continúa hasta que esté listo el aparato de la bolsa y mascarilla. Debe tenerse cuidado al colocar la mascarilla para tener la seguridad de que la porción nasal de la misma se coloca primero sobre el puente de la nariz y se lleva después hacia abajo hasta la barbilla, donde se sostiene firmemente en posición.

Se observa el tórax, para tener la certeza de que se eleva y se deprime con cada compresión y relajación de la bolsa. Mientras se administran masaje cardiaco externo y asistencia respiratoria, se debe establecer una vía intravenosa para la administración de 5 por 100 de glucosa en agua y además tomar la presión arterial. Durante este período, la respiración y la circulación pueden no ser tan eficaces como se desea entonces se aplicará una inyección intravenosa de 0.5 a 1.0 mg de adrenalina. Si hay colapso circulatorio y no puede encontrarse una vena, puede admi-

nistrarse 1.0 mg de adrenalina en inyección intratraqueal. Cuando hay paro cardíaco, el ph sanguíneo se baja por acumulación de dióxido de carbono. Este estado debe corregirse por inyección intravenosa de bicarbonato de sodio. La dosis inicial es de 50 ml del preparado comercial y esto puede repetirse a intervalos de cinco minutos; pueden administrarse hasta 300 ml si el paciente no mejora.

CICATRIZACION E INFECCION DE LAS HERIDAS.— Las medidas para evitar complicaciones de las heridas comienza con el cuidado preoperatorio del paciente; se requiere vigilar mucho los principios de la técnica aséptica durante la operación, y hay que lograr una buena convalescencia. Si tales requisitos no se cumplen, pueden presentarse infección de la herida y hematomas.

Las infecciones en las heridas suelen desarrollarse como consecuencia de contaminación inadvertida. El que el personal se ciña estrictamente a las técnicas asépticas no basta; cuanto mayores sean las precauciones tomadas para evitar el aire contaminado de bacterias, menor será el peligro de que las heridas se infecten. Durante una operación los bordes de la herida pueden protegerse contra la contaminación derivada del aire, y para evitar que se sequen, mediante compresas humedecidas con solución salina isotónica. Antes de cerrar la incisión, todas las capas de la herida deben someterse a lavado abundante con esa misma solución, para librarlas del medio excelente para desarrollo de bacterias que son los coágulos y tejidos muertos; las incisiones tratadas de esta manera cicatrizarán mejor. La hemostasia cuidadosa durante toda la operación; el manejar con precaución los tejidos; el uso del material de sutura fino; el evitar ligaduras en masa, causa de necrosis secundaria; la eliminación de los tejidos muertos; las disecciones anatómicas, y la reparación que asegure el abastecimiento normal de sangre, contribuirán a lograr la cicatrización por primera intención.

Se produce hematoma en una herida cuando la hemostasia es poco cuidadosa. Rara vez proviene de terapéutica anticoagulante excesiva en fase postoperatoria, o de una tendencia preoperatoria a la hemorragia que pasó inadvertida.

DROGAS Y APARATOS DE URGENCIA

Nitrito de amilo, frasco de 0.18 ml

Adrenalina, ampolletas de 1 ml de adrenalina 1:1000

Succinato sódico de hidrocortisona, frasco de 100 mg de Solu-Cortef

Tartrato de levalorfdn, ampolletas de 1 ml (1mg por ml)

Nitroglicerina, tabletas de 0.4 mg de nitroglicerina

Bicarbonato de sodio, ampolletas de 50 ml

Pentobarbital sódico, frasco de 20 ml (50 mg por ml)

Dextrosa al 5 por 100 en agua, botellas de 500 ml

Jeringa de 10 ml

Jeringa de 5 ml

Agujas Núm. 18, 38 mm

Agujas Núm. 22, 37 mm

Agujas Núm. 25, 15 mm

Equipos para venoclisis

Tanque de oxígeno con mascarilla y bolsa

Unidad con mascarilla, vólvula y bolsa para respiración artificial

Tubos para mantener vías aéreas permeables (tamaños pequeño y mediano)

TIEMPO POSTOPERATORIO

Definición.— Es el conjunto de maniobras que se realizan después de la operación con objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surgen con motivo del acto quirúrgico, colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud. Esta es la fase más importante de nuestro trabajo.

A diferencia de heridas de piel, las heridas intrabucales no pueden mantenerse secas, y el hecho de que el paciente tiene que comer, dificulta más aún mantener la herida limpia. Pero el aporte sanguíneo abundante de los tejidos bucales es una gran ayuda en el proceso de curación, a pesar de las características que en cualquier otro sitio serían muy poco favorables, con la condición de que no se descuide la buena asistencia postoperatoria. Además de la atención de la herida, debemos considerar al paciente en su totalidad, bienestar, nutrición, descanso y actividades.

Apósitos de gasa.— Al terminar la operación, debemos colocar apósitos de gasa húmedos para ocluir sobre la lesión y ejercer presión sobre las membranas mucosas que han sido reflejadas. Esto evita la acumulación de sangre bajo el colgajo y limita la sangre a la herida mientras se efectúa el proceso de coagulación.

Un hematoma bajo un colgajo retarda la curación y proporciona un sitio favorable a la infección; puede licuarse y descargarse, reabsorberse u organizarse y posiblemente calcificarse, produciendo una protuberancia molesta.

El paciente debe dejar los apósitos en su sitio durante 30 a 45 minutos después de abandonar el consultorio. Si el escurrimiento continúa después de quitar los apósitos, deben colocarse nuevos apósitos húmedos durante otros 30 a 45 minutos. Esto puede repetirse cuatro veces, pero si el sangrado aún continúa, debe consultarse al dentista. Debe informársele al paciente, antes de despedirlo, que muchas heridas intrabucales, pueden abrirse debido al movimiento de los tejidos y presentar escurrimiento periódicamente, pero que este escurrimiento no es grave.

Fisiológicamente es normal que el edema aparezca después de la intervención ya que la mayor parte de las operaciones son traumáticas y la retracción prolongada de los te-

Jidos contribuye a obstaculizar el drenaje linfático normal de la región. Esto aunado con la reacción inflamatoria produce además del edema la tumefacción, advirtiéndole al paciente que alrededor del segundo día espere al máximo de hinchazón, que irá desapareciendo gradualmente siempre y cuando no exista infección secundaria ni formación de hematoma. La aplicación de compresas de hielo será benéfica y deberá utilizarse únicamente en las primeras ocho o diez horas después de la operación. El hielo debe aplicarse envuelto en tela o compresas frías sobre la cara durante 20 minutos y descansar una hora en forma alternada.

Higiene bucal.— El paciente no debe escupir ni enjuagarse la boca durante las primeras 12 horas después de la intervención quirúrgica. La lengua y los dientes no afectados por la operación, deben cepillarse a la hora de acostarse y se recomienda que el cepillo sea de cerdas suaves, ya que este no lesiona los tejidos y así puede el paciente hacer una limpieza a fondo. Al día siguiente podrá empezar a enjuagarse sin ser vigoroso que podrá ser con la cuarta parte de una cuchara para té de sal en aproximadamente 180 ml de agua caliente.

Dieta.— El paciente debe recibir instrucciones explícitas de mantener una ingestión adecuada de alimentos y líquidos. El primer día de la operación deberá tomar alimentos líquidos como té, leche y sopas. Después podrá ingerir, alimentos blandos como gelatinas, flanes, natillas, huevos, carne, pescado, aves, queso, crema con predominio de proteínas alimenticias que promueven la cicatrización y evitan la pérdida de peso. Naturalmente el balance de la dieta consiste en vegetales, frutas y cereales que ayuden a complementar las vitaminas importantes y minerales en una dieta bien balanceada. Las bebidas carbonatadas son refrescantes, las toleran estómagos irritados y tienen valor calórico cuando la ingestión del paciente estaría de otra manera limitada. A veces, una pequeña cantidad de sangre ingerida produce náuseas y vómito, algunos sorbos de bebida carbonatada son útiles para evitarlo. La náusea produce salivación profusa y hace escupir, lo cual estíma la el sangrado.

Ovviamente, la extensión del área quirúrgica afectará la capacidad del paciente para comer tanto como su tolerancia a la operación. La tolerancia es variable y la afec-

tan la edad, sexo, educación, experiencia previa y muchos otros factores

La ingestión de bebidas alcohólicas no es recomendable. El alcohol es un vasodilatador, de modo que aunque su valor calórico sea alto y a pesar de que es líquido y tranquilo, es un sustituto deficiente de los alimentos mencionados anteriormente. El factor importante que debe tenerse en mente y recalcarle al paciente es que debe mantener la ingestión adecuada de líquidos y alimentos de acuerdo con su edad, peso, estatura y actividad.

Sueño.- Debe dormir sobre dos almohadas cubiertas con una toalla para que le mantenga la cabeza en un ángulo de más o menos 30 grados. La herida puede producir un pequeño exudado durante la noche, y debido a que las heridas intrabucales estimulan la salivación con frecuencia, puede haber escurrimiento de saliva teñida de sangre durante la noche; con la cabeza elevada puede deglutirse las secreciones y esto ayudará a reducir la pérdida de líquidos, ya que es posible perder hasta 500 ml de líquido por escurrimiento durante la noche.

Actividad física.- Los pacientes creen que los efectos debilitantes de la cirugía bucal son mínimos. No hay duda de que el paciente se recupera y regresa más rápidamente a sus niveles de actividad normal si se le aconseja que descanse durante uno o más días después de la operación, según la extensión de la cirugía. Debe advertirse de antemano cuánto tiempo necesitará para descansar y recuperarse.

Deben evitarse el trabajo físico extenuante y los deportes, no deben intentarse inmediatamente después de la operación realizar trabajo sedentario que haga necesarias precisión mecánica o un alto grado de concentración.

Medicación.- Todo paciente intervenido quirúrgicamente debe recibir una receta para analgésico o narcótico. El dolor no es del todo previsible e incluso procedimientos simples y rápidos pueden ser extremadamente dolorosos. El paciente puede emplear primero su compuesto de aspirina - acostumbrada, pero puede tener necesidad también de un medicamento más fuerte. La receta debe de ser para una cantidad de droga que baste para 48 horas. El dolor que per-

siste más allá de este tiempo y hace necesario un medicamento más fuerte justifica la valoración por parte del C. Dentista. Antes de escribir la receta, debemos volver a revisar el expediente del paciente respecto a la hipersensibilidad a las drogas.

Los antibióticos pueden recetarse como medicación sistémica en el periodo postoperatorio de algunos procedimientos quirúrgicos bucales y en pacientes en los cuales sea aconsejable la profilaxia. Por supuesto, si hay infección presente, su uso puede ser necesario.

Muchas preparaciones enzimáticas, como hialurodinasa, estreptocinasa, tripsina y enzimas proteolíticas vegetales, han sido recomendadas como útiles para prevenir o reducir edema y acelerar la resorción de hematomas.

Inflamación y trismo.— El grado de incapacidad postoperatoria es variable y a veces inesperado. Inflamación y trismo durante las primeras 48 horas después de la operación, suele atribuirse al traumatismo asociado con la cirugía. Retractores y separadores bucales pueden causar excorciaciones de la mucosa bucal por instrumentos o compresas. El paciente puede notar que su temperatura corporal se eleva 37.8 grados centígrados. Esto es habitual después de cirugía y puede reflejar también un cierto grado de deshidratación.

La persistencia de cualesquiera de los estados antes mencionados, sin mejoría, justifica una visita para valorar la situación. Si los signos y síntomas empeoran a las 48 horas, debe considerarse la posibilidad de infección. El aumento de la temperatura y la inflamación que estira el tejido y es muy suave a la palpación son prueba de infección, y debe pensarse en administrar tratamiento antibiótico.

Terapéutica vitamínica.— Las drogas, en especial los salicilatos que damos como analgésicos y antisépticos, aumentan la excreción de vitamina C. El ácido ascórbico es esencial para el mantenimiento del tejido conectivo, huesos, dientes y quizás vasos sanguíneos.

Si la vitamina C cae en límites de deficiencia la cicatrización de las heridas se retardará, la fragilidad capilar

aumentará y los importantes mecanismos de desintoxicación se debilitarán.

Citas. - El paciente debe entender claramente su asistencia postoperatoria. Si se han colocado suturas o apósitos, deben establecerse fecha y hora definida para su próxima cita, con el fin de retirarlos. Si se desea valorar el proceso de curación o alguna otra respuesta, debe establecerse también un tiempo definido para volver a ver al paciente.

Debemos estar a la disposición del paciente 24 horas al día y siete días a la semana después de haber intervenido quirúrgicamente.

CONCLUSIONES

Después de haber analizado lo que representa un quiste - dentro de la cavidad bucal, pienso que se deben incrementar las investigaciones hacia las oscuras etiologías para erradicarlas con mayor claridad y certeza, ofreciéndoles mejor ayuda a tan infortunados pacientes que aunque estas lesiones en su mayoría son asintomáticas, de ahí la importancia de que su tratamiento sea a la mayor brevedad posible.

Hay una serie de precauciones que debemos tomar en cuenta para el éxito de todo procedimiento quirúrgico que depende en gran parte de la preparación del paciente, teniendo especial cuidado con aquellos pacientes que son muy excitables o neuróticos de los cuales necesitamos su colaboración y plena confianza.

No debemos omitir una buena historia clínica que pueda revelar algún padecimiento cardiorrespiratorio importante y antecedentes de estados alérgicos o anafilácticos, así como interrogar sobre todo tipo de medicamentos que esté tomando para valorar el riesgo y poder conocer alguna probable reacción particular.

Al hacer el diagnóstico auxiliados por radiografías, manifestaciones clínicas y biopsias, debemos tener especial cuidado, lo cual nos encaminará a un tratamiento de elección y por ende a un pronóstico favorable para nuestro paciente.

Aunque existe una variedad de estas lesiones y algunas de ellas son muy complejas, nuestro deber es saber motivar - al paciente para ser intervenido quirúrgicamente, así como conocer ampliamente las técnicas para la resolución de las mismas.

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

ANDERSON, W.A.D.
Pathology,
Vol. II

ASTRA
Manual Ilustrado de Odontología
México-Suecia

COSTICH-SHITE
Cirugía Bucal
Primera edición 1974

CHRISTOPHER
Tratado de Patología Quirúrgica
Tomos I y II
Sexta edición

FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
Patología Bucal
Editorial Porrúa, S.A.
Segunda edición

LOUIS S. GOODMAN, ALFRED GILMAN
Bases Farmacológicas de la Terapéutica
Cuarta edición 1974

MEAD, S.V.
Cirugía Bucal
Tomo II

STANLEY L. ROBBINS
Tratado de Patología
Tercera edición 1968

THOMA KURT H.
Cirugía Bucal
Tomos I y II

WILLIAM G. SHAPER
Tratado de Patología Bucal
Tercera edición 1977