



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

158.

QUISTES ODONTOGENICOS Y SU
TRATAMIENTO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

ALBERTO ARTURO CARBAJAL GALAN

MEXICO, D. F.,

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	PAG.
INTRODUCCION -----	1
CAPITULO I	
DEFINICION DE QUISTE ODONTOGENICO-----	2
EMBRIOLOGIA DENTAL-----	2
INFLAMACION-----	8
CAPITULO II	
CLASIFICACION DE QUISTES ODONTOGENICOS-----	14
A) FOLICULARES-----	14
1).- Primordial (unilocular simple)-----	14
2).- Dentígero-----	16
3).- Multilocular-----	21
B) RADICULARES-----	22
1).- Lateral (Gingival ó Periodontal)-----	23
2).- Periapical-----	25
3).- Residual-----	29
CAPITULO III	
DIAGNOSTICO Y METODOS-----	31
METODOS QUIRURGICOS-----	34
METODO DE PARTSCH I-----	34
METODO DE PARTCH II-----	38

CAPITULO IV

TRATAMIENTO EN CASOS PARTICULARES DE LOS QUISTES-----	45
RELACIONADOS CON EL SENO MAXILAR Y/O FOSAS NASALES-----	46
RELACIONADOS CON LA REGION PALATINA-----	49
RELACIONADOS CON LA PARTE LATERAL DE LA MANDIBULA RELACIONADOS CON LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDI- BULA-----	50
DRENAJE DE LOS QUISTES-----	52
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL-----	53
CONCLUSIONES-----	54
BIBLIOGRAFIA-----	56

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

Con mucha frecuencia en la práctica odontológica nos encontramos casos de quistes ya sean odontogénicos o no. En este volumen me propongo hacer un análisis de los quistes odontogénicos de modo que prácticamente las podamos diferenciar más exactamente de las otras lesiones quísticas que existen.

La Organización Mundial de la Salud estableció un -- Centro Internacional de referencia a la definición y clasificación histolótica de los tumores Odontogénicos Quistes de los maxilares y lesiones asociadas en Copenhague en 1966. Esto nos hace ver la complejidad de este grupo de tumores, el intento de hacer -- una clasificación ha fracasado, han sido entre los - autores muy diferentes, sin embargo se ha conseguido el agrupamiento para una comprensión práctica.

Los Quistes han sido de gran importancia y J. L. -- Bernier nos presenta un estudio que se realizó en el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, que mostró en razón de 5 años que de - cada quiste folicular hay 5 radiculares.

Como he podido observar, la clasificación que aparece en este trabajo de algún modo la encontramos descrita en general, aunque difiere al criterio de algunos autores.

Los problemas que ofrecen los Quistes Odontogénicos son variados y pueden ser simples en su tratamiento, como presentar grados de degeneración mayores; la importancia en lo que respecta al tratamiento y pronóstico son esenciales.

CAPITULO I

DEFINICION DE QUISTE ODONTOGENICO
EMBRIOLOGIA E INFLAMACIONDefinición de Quiste Odontogénico:

Es una cavidad tapizada por un epitelio, puede ser de origen odontogénico o no odontogénico, puede estar sobre una superficie ósea o en el interior de la médula ósea; en el maxilar o la mandíbula y también dentro de tejidos blandos. Odontogénico se representa por los restos epiteliales, (de malases), de la lámina dental o los órganos del esmalte de los dientes no desarrollados, con un contenido líquido o semilíquido.

Embriología Dental.

Cada uno de nuestros dientes se desarrollan a partir de una yema dentaria que se encuentra bajo la superficie de la zona donde posteriormente encontraremos la boca. Esta yema dentaria se ha formado de tres partes:

- 1) El órgano dentario que deriva del ectodermo bucal.
- 2) Una papila dentaria proveniente del mesenquima.
- 3) Un saco dentario que también deriva del mesenquima.

El órgano dentario produce el esmalte, la papila dentaria origina la pulpa y la dentina, y el saco dentario forman no sólo el cemento sino también el ligamento periodontal. Antes de la ruptura bucofaringea, el embrión tiene 5 ó 6 semanas de edad, se encuentra el primer signo de desarrollo dentario en

el ectodermo bucal, que desde luego dará origen al epitelio bucal, ciertas partes de células basales -- proliferan más rápido que las células en zonas contiguas. El resultado forma una banda de tejidos ectodérmicos en la zona de los focos dentarios que se extiende dando la forma de los maxilares. Esta lámina dentaria tiene ciertos puntos los cuales corresponderán a los dientes del maxilar superior e inferior. Las células Ectodérmicas se multiplican formando un ligero botón que presionando al mesenquima hacia la profundidad de la lámina dentaria representa el comienzo del órgano dentario de la yema dentaria de un diente deciduo. Estos con un orden progresivo conveniente que harán aparecer los dientes con su cronología acostumbrada. A medida que pasa el tiempo el desarrollo celular se incrementa y cada órgano dentario aumenta en tamaño y en forma de un casquete donde su parte externa está dirigida hacia la superficie bucal.

En el interior de este casquete las células mesenquimatosas aumentan en número y el tejido es más denso que el mesenquima de alrededor. Con esta proliferación la zona del mesenquima se transforma en papila dentaria y en este momento se forma la tercera parte de la yema dentaria rodeando la porción profunda de esta estructura. El mesenquima en esta zona adquiere cierto aspecto fibroso que rodea la papila y el órgano dentario; estas fibras envolventes corresponden al saco dentario. En el transcurso del desarrollo celular cambia la forma del órgano dentario, la depresión ocupada de la papila dentaria profundiza hasta que el órgano adquiere una forma de campana causando así que la lámina dentaria que hasta este momento conectaba al órgano dentario con el epitelio bucal se rompa y la yema pierda su conexión con el epitelio de la cavidad bucal primitiva.

Hasta este punto se supone que la creación del esmalte ha sido empezado, poco después de que se ha

formado la primera dentina. Los fibroblastos y las fibrillas colágenas están separadas de la lámina dental por la lámina basal, en el botón inicial las células y fibrillas están orientadas formando una vaina; la papila se profundiza en la etapa del casquete. Los fibroblastos y las fibrillas colágenas que bordean a la papila dentaria terminan localizados a cierta distancia de los preameloblastos y muy pronto se reorientan los fibroblastos para quedar perpendiculares a la capa de preameloblastos, cuando los fibroblastos ahora preodontoblastos extienden sus prolongaciones hacia los preameloblastos, el área se llena de fibrillas colágenas estas se conocen con el nombre de fibrillas de Von Korff y son los primeros que se forman para formar la matriz, la primera dentina que se forma, se le conoce como capa superficial de dentina y tan pronto como el área se llena de colágena se produce una secreción de substancia fundamental que obscurece las fibras, ahora conocemos la predentina con actividad de calcificación se completa la dentina, la mineralización implica depósito de cristales de apatita, todos los componentes de mineralización excepto las prolongaciones celulares que quedan aprisionadas en túbulos de dentina y el cuerpo celular en su superficie estará rodeado de predentina.

Ya formada la primera dentina, la amelogenesis empieza, los ameloblastos completan su diferenciación produciendo la substancia intercelular o matriz del esmalte en tres períodos:

1) La secreción de substancia intercelular ocurre en los extremos de los ameloblastos oprimiéndolos, los espacios que hay entre las células donde se deposita la substancia se les conoce como procesos de Tomes.

2) Los ameloblastos y las células que quedan arriba de ellos, se mueven hacia atrás dejando un es

pacio que asemeja un panal de abejas y que conforme emigran llenan estas depresiones.

3) Fase inicial de calcificación. Se depositan cristales de apatita con cintas a lo largo del armazón de fibrillas de substancia intercelular.

Los ameloblastos colocados en la zona incisiva y cuspideas pueden producir prismas de cientos de capas. Por lo contrario las células cervicales pueden estar activas solo unos cuantos días y producen prismas que son muy cortos y consisten en solo unas cuantas capas. Una vez que la corona está formada los ameloblastos completan un trabajo depositando una membrana orgánica delgada no mineralizada, la cutícula primaria y una vez que esta se ha formado, los ameloblastos se acortan y junto con las células residuales del órgano del esmalte constituyen el epitelio reducido del esmalte. Esta estructura protege a la corona durante la erupción del diente. El epitelio reducido del esmalte se funde después con el epitelio bucal para formar un manguito epitelial que se fija al cuello del diente; estas estructuras nos serán de mucha importancia para la explicación más correcta del tema expuesto en este tomo. La dentina que rodea la pulpa se conoce y como su nombre lo dice circumpulpar se produce después de la capa superficial de dentina. La diferencia entre estas dos solo es en el tamaño de las fibrillas colágenas que en la dentina superficial son las de Von Korff. En la circumpulpar son mucho más pequeñas, aunque en esta dentina también se suele encontrar fibrillas de Von Korff, es probable que fueran producidas por los fibroblastos en la pulpa.

Al terminar de formarse la corona del diente con todo y lo que esto implica, se empieza el desarrollo de la raíz que a su vez implica el crecimiento del diente hacia la cavidad bucal el cual, este proceso conocido como erupción del diente, nos es de mucha importancia.

Formación de la vaina epitelial de Hertwig.

Un poco antes de que los ameloblastos que están localizados en el asa cervical hayan depositado una pequeña cantidad de esmalte para el cuello del diente, las células del asa cervical, células externas e internas del esmalte entran en actividad mitótica, las cuales hacen que el tejido se alargue, el cual ya no se llama asa cervical sino vaina epitelial de Hertwig. Esta vaina epitelial es la que va a determinar el número, la forma y el tamaño de la ó las raíces del diente que cuando se trata de un diente uniradicular esta vaina es en forma de embudo, para dientes de dos raíces es bifurcada y así para los demás dientes tiene contornos los cuales están producidos por invaginaciones y fusión de colgajos epiteliales.

La formación de la dentina de la raíz es un proceso que es casi el mismo que los anteriores citados, excepto por tres diferencias:

- 1) En la raíz, la matriz de dentina se deposita contra la vaina radicular en vez de contra los ameloblastos.
- 2) En la raíz el curso de los túbulos de dentina es diferente, y
- 3) La dentina radicular está cubierta por cemento.

La vaina radicular epitelial separa a los odontoblastos de la futura pulpa radicular de la membrana periodóntica, tejido conectivo del futuro ligamento periodóntico. La contracción de la matriz de dentina causada por la mineralización hace que esta tire de la vaina radicular y por lo tanto se rompe -

de los sitios de mineralización e implica que por -- ahí entren fibrillas y células de la membrana periodóntica.

Los elementos del tejido conectivo aíslan las células de la vaina radicular como cordones ó islas, llamadas restos epiteliales de Malassez.

El precemento es el resultado final de células mesenquimatosas y fibroblastos que se introducirán - para formar una capa cementogena de cementoblastos, los cuales producen fibrillas, las cuales se acomodan paralelamente o formando ángulo a la dentina, ya completadas las fibrillas colágenas, se agrega substancia fundamental de modo que el resultado es cementoide, a su vez la colágena desde la membrana periodóntica en forma de largos haces de fibras se introduce también para formar las fibras de Sharpey que - se extienden en forma de abanico, de modo que cuando sobreviene la calcificación quedan suspendidas y así formarán grupos de fibras principales del ligamento periodontal que servirán para mantener el diente dentro del alveolo.

La formación de cemento o cementogenesis ocurre de igual forma que en la dentina, los cementoblastos están rodeados de una capa cementoidea ya que la matriz por la secreción de substancia fundamental -- madura y se calcifica lentamente permitiendo a los cementoblastos emigrar dejando los espacios que llenaron con cemento; así se va formando el primer tercio de la raíz o tercio cervical, el cual por esta - situación está exento de células y se le denomina -- cemento acelular.

Los cementoblastos siguen regresando y el diente avanza hacia la cavidad bucal, cuando ya es próxima su erupción la matriz se produce y mineraliza en forma tan rápida que quedan atrapados en la substan-

cia intercelular que se calcifica, este cemento es - conocido como cemento celular debido a la presencia de cementocitos y siempre está localizado cerca del ápice o tercio medio o apical.

INFLAMACION

La vida es una lucha constante entre un orga-- nismo y su medio. Por eso el solo hecho de que una - especie o un organismo sobrevivan significa que ---- poseen la capacidad inherente de adaptación, la fun-- ción de la inflamación observada y en creencia gene-- ral existe como una entidad entre los mecanismos bio-- lógicos de defensa, que consiste en movilizar todas las defensas del cuerpo y llevarlas al campo de bata-- lla con el fin de eliminar la fuente del daño, esto representa una secuencia ordenada de eventos cronoló-- gicamente coordinados y diseñada para que ocurra de tal modo que el huesped sea protegido contra un ad-- versario extraño, minimice el daño a sus propios te-- jidos, elimine al adversario y finalmente limpie el sitio afectado y haga reparaciones que sean neces-- rias como:

1) Llevar a la zona ciertas células fagociti-- cas (leucocitos, polimorfonucleares neutrofilos, ma-- crofagos e histiocitos) que engloban y digieren bac-- terias, células muertas u otros desechos.

2) Transportan anticuerpos al lugar (puesto -- que los anticuerpos son gamaglobulinas modificadas - ello se logra mediante el paso de líquido y proteí-- nas plasmáticas de los vasos sanguíneos al interior de los tejidos).

3) Neutralizar y diluir el factor irritante -- (por edema).

4) Limitar la extensión de la inflamación ---
(mediante formación de fibrina, fibrosis o revesti-
miento con tejido de granulación).

5) Iniciar la reparación.

No cabe ninguna duda sobre la presencia y utilidad individual de cada uno de estos factores cuando los tejidos son invadidos solo que en realidad este mecanismo por entidad propia (inflamación) no --- existe; en su lugar hay muchos mecanismos independen--- dientes y separados cada uno bien diseñados para la defensa de un organismo contra la incursión de otro y cada uno de ellos probablemente con otras funcio--- nes, algunas quizá no relacionadas con la defensa.

La inflamación no agrega nada nuevo a los teji--- dos donde ocurre excepto la lesión, no se crean meca--- nismos especiales que desempeñen un nuevo papel. El resultado es simplemente una area de actividad fisio--- lógica exagerada en donde los estímulos y las res--- puestas se suceden en forma de secuencia, igual que en los tejidos normales. Que esta actividad funcio--- nal resulta en la acumulación extravascular del exudado es un mero accidente, una coincidencia que trabaja ciegamente algunas veces en favor del huesped, otras veces en favor del parásito, cuando se trata de un agente biológico de enfermedad casi viene en --- contra del huesped sin que la inflamación se entere nunca de nada. El accidente puede ser feliz la --- coincidencia puede ser útil y entonces la inflama--- ción se considera como defensa por otro lado, el mis--- mo accidente puede ser inútil, la coincidencia puede ir en detrimento del huesped y entonces la inflama--- ción no es defensa. A esto también atribuimos el he--- cho de que la inflamación tome varios matices como --- vemos en los textos, los cuales principalmente son --- cuatro tipos:

1) Inflamación granulomatosa crónica.

- 2) Inflamación aguda.
- 3) Inflamación subaguda.
- 4) Inflamación crónica.

Al producirse la lesión, sobreviene una con-stricción arteriolar transitoria seguida de dilata----ción con incremento de la corriente sanguínea a través de arteriolas, capilares y venulas. En caso de inflamación, primeramente las venulas y luego las --capilares presentan un aumento de tamaño de los po-ros o espacios del revestimiento endotelial y tam----bién de los poros de las células, el cual provoca la presencia de una cantidad anormal de agua y proteí----nas plasmáticas, la albúmina es la primera en pasar seguida de la globulina y el fibrinógeno, este paso conduce a un incremento de la presión osmótica extra vascular e interfiere con el retorno del líquido al extremo venoso del capilar. Esta circunstancia lle---va a la ulterior formación de edema. El líquido del edema en una inflamación posee un peso específico y contenido proteínico mayor que en condiciones norma---les y coágula con facilidad en virtud de un contenido de fibrinógeno. Tal líquido se denomina exudado, mientras que el que se presenta en algunos estados ---no inflamatorios (por ejemplo insuficiencia cardia---ca), cuyo peso específico y contenido de proteínas ---son bajos, se llama trasudado.

El retardo o estancamiento de la corriente san---guínea provoca que los elementos celulares de la san---gre comiencen a moverse a lo largo de las paredes de los vasos y las células endoteliales de la pared vas---cular se vuelven pegajosas, y los leucocitos se ad---hieren a ellas, esto se llama pavimentación o margi---nación periférica. Las células, en particular los ---glóbulos blancos pasan a través de la pared vascu----lar. La consecuencia de que a la inflamación aguda se le caracteriza microscópicamente por la presencia

de leucocitos polimorfo nucleares y edema clínicamente se distinguen por lo que hoy conocemos como los cuatro signos cardinales de Aurelio Camelio Celso -- (que obviamente eran cinco con el agregado y atribuido a Galeno de disminución de la función).

La inflamación aguda a menudo y de acuerdo a sus características, se clasifica en:

Inflamación Cerosa: Abundante líquido extravascular, pero escasas células y poco fibrinógeno, por ejemplo vesícula cutánea.

Inflamación Fibrinosa: Gran cantidad de fibrina en el exudado por ejemplo neumonía lobar.

Inflamación Purulenta: Abundante pus en el exudado, ejemplo absceso.

Inflamación Sanguínea: Exudado con contenido de sangre.

Inflamación Catarral: Inflamación aguda de membrana mucosa con abundante flujo de mucus, por ejemplo la etapa de un resfriado.

Inflamación Seudomembranosa: Inflamación aguda de membrana mucosa con formación de seudomembrana, ejemplo - difteria.

Absceso: Inflamación aguda localizada, asociada con destrucción de licuefacción de tejido y formación de pus; este se compone de neutrófilos muertos o en vías de serlo así como elementos vivos y productos de licuefacción de los tejidos.

Inflamación Flemonosa: Inflamación aguda difusa y extendida, de tejidos sólidos, por ejemplo - Celulitis.

Quando el agente irritante que produce la inflamación es vencido o eliminado el proceso inflamatorio se resuelve, si esto no sucede el matiz de la inflamación pasa a otro grado. Si el irritante que produjo la inflamación aguda no es muy fuerte o de mucha virulencia, o si la resistencia del huesped es buena o si la inflamación aguda está en sus etapas de reparación, sobreviene la inflamación crónica y se caracteriza microscópicamente por la presencia de linfocitos y plasmocitos y proliferación fibroblástica. Mientras la inflamación aguda desaparece en unos días; la crónica perdura por semanas meses o años. Un proceso inflamatorio que presenta características tanto de tipo agudo como crónicas se le denomina inflamación subaguda y suele perdurar semanas o meses. O en cambio una inflamación crónica puede degenerar, que la respuesta tisular se caracterice por una prominente proliferación de histiocitos, que provocan masas difusas o circunscritas como en muchas enfermedades como tuberculosis, sífilis, reacciones a cuerpos extraños etc. se le conoce como inflamación granulomatosa crónica.

Es importante recalcar los aspectos químicos de la inflamación pues como ya hemos dicho hay ocasiones que no se trata de un agente biológico de enfermedad, sino como en el caso de una pulpitis causada por un traumatismo la inflamación casi actúa de la misma forma que si fuera provocada por un organismo bacteriano, y esto en parte se debe a que cada vez que una célula es dañada o muerta libera una cantidad de substancias químicas llamadas mediadores químicos entre los cuales se encuentran las siguientes:

SUSTANCIA H. Sustancia que causa heritema por dilatación bascular (parecida a la histamina).

LEUCOTAXINA. Produce permeabilidad capilar y ocasiona además migración de los leucocitos (diapédecis).

L.P.F. (Factor promotor de leucocitosis). Promueve -
la formación de leucocitos en la médula ósea.

EXUDINA.- Promueve la permeabilidad capilar.

NECROCINA.- Causa proteólisis o destrucción de tejido.

PEREXINA.- Ocasiona fiebre.

Factores de Promoción de crecimiento. Contribuyen a la reparación.

CAPITULO II

CLASIFICACION DE QUISTES ODONTOGENICOS

Encontramos en esta parte de la patología el trabajo mas arduo e intentado por muchos de los autores, siendo que todos han fracasado es que se siguen diferentes escuelas, según le parezca al autor. Una clasificación consistente no ha existido sino que -- para fines prácticos encontramos que durante la descripción de cada uno de los quistes se expondrán varios conceptos; respetando la clasificación pragmática de la cual por mucho tiempo se encuentra en los textos:

A) FOLICULARES

- 1.- Primordial (unilocular simple)
- 2.- Dentífero.
- 3.- Multilocular

B) RADICULARES

- 1.- Lateral (gingival o periodontal)
- 2.- Periapical
- 3.- Residual

A).- Foliculares.- Se originan en el órgano del esmalte o folículo.

1.- Quiste primordial.

Empezaremos por decir que este quiste es uno de los tipos menos común y en esto coinciden la mayoría de los autores.

Según Bhaskar; proviene de un gérmen dentario que en vez de formar un diente degenera convirtiéndose en un quiste, clínicamente se asocia con un dien-

te ausente, más sin embargo si esto no sucede el ---
diente originador fuera un supernumerario.

Otros, por degeneración quística y licuefac---
ción del retículo estrellado del órgano del esmalte
antes de que se forme esmalte o dentina.

Estos quistes pueden formarse de restos celula
res paradentarios de Malassez ubicados en el perio--
donto de un diente adulto o en el de un diente en su
período de calcificación radicular.

Según Cabrini y su escuela; Shafer, el conteni
do presenta queratina o ortoqueratina las cuales se
van desprendiendo desde la superficie epitelial, y -
así muchos autores encuentran queratina en estos ---
quistes y algunos lo encuadran categóricamente como
queratoquistes, otros como quistes epiteliales de --
desarrollo, dándolo como sinónimo de quiste primor--
dial.

Las características clínicas.- Parecen dividir
se muy poco en opinión, se desarrollan principalmen-
te en el maxilar inferior; en el maxilar superior --
son raros a nivel de los caninos y la lesión se pre-
senta en la 2a ó 3a década de la vida aunque algunos
autores piensan que es cuando más se descubren pero
su origen es en edades mucho menores. La lesión es -
indolora pero si es grande, puede provocar emigra---
ción de los dientes aunque estos dientes poseen vita
lidad.

Radiográficamente.- Es una zona radiolucida --
bien demarcada, que no se asocia directamente con un
diente erupcionado o no erupcionado. Shafer los pre
senta como una zona radiolucida redonda en oval y --
bien delimitada que puede tener un borde esclerótico
o reaccional y que puede ser unilocular o multilocu-
lar, se localiza debajo de las raíces dentales, entre

las raíces de piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde en lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de el tercer molar inferior o superior.

Socketne y Shar, han presentado casos en la zona de premolares superior e inferior y canino superior.

Características Histológicas.- Es una cavidad quística revestida de una pared de fascículos paralelos de fibras calógenas cuya densidad es variable, en la superficie externa está revestida de una capa intacta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado que suele presentar queratina o ortoqueratina en algunos casos, el epitelio aunque de grosor variable por lo general de 4 a 8 células de espesor, sin brotes epiteliales bien definidos.

La presencia de células inflamatorias crónicas en su mayor parte linfocitos y plasmocitos, leucocitos polimorfo nucleares en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo es un hallazgo variable.

2.- Quiste Dentígero.- El quiste dentígero rodea la corona de un diente con una bolsa conjuntivoepitelial, dicho diente lo encontramos retenido o sea sin haber erupcionado dentro de esta bolsa que también contiene líquido acumulado.

Este quiste es de lo más común en los quistes foliculares, parece ser que las zonas más afectadas por estas lesiones son las correspondientes al tercer molar inferior y al canino superior aunque algunos autores los sitúan con mayor grado de incidencia en el maxilar superior y otros en el inferior. También aparecen en la zona de los premolares y caninos inferiores y en general en todos donde se encuentren

dientes supermunerarios retenidos aunque no todos -- presentan la lesión. Podemos decir que el número de quistes dentígeros está en relación directa con el -- de los dientes que presentan una mayor frecuencia de retención.

Etiología.- Probablemente tienen su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse producido por completo la corona. Deriva del órgano del esmalte después de la termina--- ción parcial de la corona. El órgano del esmalte -- alrededor de una corona en desarrollo experimenta de generación quística.

Como se puede observar, no hay unanimidad de - opinión en cuanto al origen de un quiste, como ya se había explicado es posible que ambos puntos de vista tanto de los investigadores que defienden el origen intrafolicular, es decir, el crecimiento directo del folículo que envuelve la corona del diente, como --- otros que creen en un origen extrafolicular, como -- sea hay tantas teorías y un resumen de las que hasta ahora se consideran más importantes o han subsistido por un alto grado de semejanza clínica y experimen- tal son las siguientes:

Teoría folicular de Broca.- Esta teoría explica que la mayoría de los quistes de los maxilares se originan en los folículos dentarios ya sea en la den tificación primaria o permanente también dientes supernu merarios. Se trata de sacos cerrados que no compre den una cavidad ya que el espacio que encierran se - encuentra ocupada por el órgano del esmalte, cuerpo organizado pero muy blando y gelatinoso, capaz de -- desaparecer bajo influencias morbosas y dejando así, en el folículo, una cavidad lista a transformarse -- en un quiste ó a su vez ya que se ha formado la coro na del diente, el saco folicular, desprovisto de fi nalidad e insertado en el cuello de la corona desapa rece y así el que sufre la reacción quística es la -

capa epitelial externa del órgano del esmalte, aunque sabemos por otros seguidores de Broca que el saco folicular persiste hasta la erupción del diente, no se puede hacer a un lado este punto de vista. --- Tellier y Gauthier (1905) modifican un poco la teoría de Broca, sosteniendo que las complicaciones periapicales de los dientes vecinos actúan como causa irritativa a distancia del órgano adamantino. Sus células, bajo el influjo de esta irritación producen un líquido, que distiende y empuja los elementos, --- originando así una cavidad quística.

Para Roy igualmente, los quistes están ligados a un trastorno teratológico de este por un trastorno X.

Teoría de Malassez.- Los restos epiteliales de Malassez existen y se les atribuye la gigantesca teoría paradentaria, esta se aplica en estas y otras -- especies de tumores odontogénicos. Las células de estos restos epiteliales son activadas por algún agente irritativo causando que se asocien e hipertrofien que posteriormente dan origen a una cavidad que aumentando de volumen ocasionan un quiste. Este quiste, en contacto con un diente, atraídos mutuamente se generan en una sola unidad insertándose a nivel del cuello de la corona del diente.

El origen gubernacular también en el período coronario, el saco folicular ya se ha hecho inútil, ha dejado de existir, en el momento que el diente va a erupcionar se halla una verdadera cavidad virtual, cuya pared está constituida por un epitelio -- procedente en parte por las masas epiteliales, parte del tejido fibroso del gubernaculum en parte por la misma encía.

Teoría de Lartschneider.- Los quistes dentígeros en su mayoría no son más que folículos dentarios

enfermos infectados por procesos apicales de dientes temporarios.

Características Clínicas.- Como mencionamos antes, en general el número de quistes dentígeros está en relación directa con el de los dientes que presentan una mayor frecuencia de retención. Se ha señalado sin embargo lugares no usuales para la formación de este quiste, como son, suelo de la órbita, proceso cigomático hueso malar, apofisis coronoides del maxilar inferior y seno maxilar.

Su marcha y evolución es lenta, no dan por lo general síntomas dolorosos y pasan inadvertidos. La corona del diente se proyecta dentro de la luz de la cavidad quística. El quiste puede tener cualquier tamaño pero para considerarlo como tal debe pasar de 2.5 mm la luz de entre la corona y la pared interna del quiste. Los que mayormente se han encontrado ocupan todo el cuerpo y rama de una mitad de mandíbula, posiblemente a causa de la anatomía de los maxilares se encuentran los mayores en la mandíbula. No es de la opinión de todos los autores pero aunque la lesión solo incluye un solo diente del cual se desarrolla puede incluir las coronas de varios dientes adyacentes al dilatarse. Por otra parte es que algunos lo subdividen como dentados.

La manifestación sobre los dientes vecinos al proceso producen desviaciones, en el sentido de que los dientes se abren en forma de abanico. Cuando el quiste rodea completamente a la corona, se le llama a veces central. Cuando está adherido a un costado se denomina lateral. Sin embargo esta clasificación no es importante ni necesaria.

Merece nuestra atención que en los niños, los quistes dentígeros están asociados con dientes deciduos en erupción, o raras veces, permanentes.

Poco antes de entrar en la cavidad bucal, se presentan como abultamiento en la cresta alveolar, de color azulado, acumulaciones de líquido hístico o sangre en un espacio folicular dilatado alrededor de una corona. Puede ser unilateral o bilateral único o múltiple y existe al nacer. Las lesiones se abren espontáneamente al hacer erupción el diente y por lo consiguiente no se necesita ningún tratamiento. Si fuera necesario se puede hacer una incisión o marsupialización. Se habla entonces de QUISTE DE ERUPCIÓN, el cual su frecuencia es mínima.

Características Radiográficas.- Muestran un diente que no ha erupcionado, cuya corona está rodeada por una zona radiolúcida nítidamente demarcada. En quistes grandes la ubicación con tan solo una placa es relativa. Se consigue con cierta perfección con las tomas extraorales, oclusales e intraorales cuya ubicación puede llegar a ubicar el diente retenido.

Microscópicamente.- Hay una gran variedad de hallazgos en esta lesión que no pueden ser utilizados con seguridad. Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de poco espesor de epitelio escamoso que tapiza la luz. La formación de brotes epiteliales suelen faltar excepto en los casos en que hay infección secundaria, la superficie del epitelio suele estar acanalada de paraqueratina u ortoqueratina similar al quiste primordial. La infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es común, aunque no siempre hay una causa evidente para ello, el contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre o también moco porque se ha encontrado que algunas veces están revestidos de un epitelio respiratorio o por lo menos de células que producen moco. Generalmente se encuentran restos de células odontogénicas dentro del corión subyacente. También se han observado casos con glándulas sebáceas y folículos linfoides.

El quiste dentífero son lesiones precursoras - del ameloblastoma. Y se ha demostrado que en esas lesiones puede originarse un carcinoma (Shafer) epidermoide con las mismas fuentes epiteliales ó mucoepidermoide. Por esto los quistes dentíferos requieren una extirpación total y cuidadosa, y control posterior.

3.- QUISTE MULTILOCULAR: Según algunos autores estos quistes comprenden el 1% de los quistes foliculares y que a diferencia de los dentíferos no se asocian con ningún diente, más bien como otros los asocian a los quistes primordiales que se presentan multiplicados; y un caso bien conocido es que se le refiere en un porcentaje del 3% a aparecer en pacientes con una anomalía del desarrollo que se denomina síndrome del nevo vasocelular el cual presenta carcinomas vasocelulares y quistes sebáceos de la piel y deformidades esqueléticas, es frecuente una prominencia frontal y temporoparietal que da al cráneo un aspecto pagetoide. El puente nasal está ensanchado y en la mayoría existe un ligero prognatismo del maxilar inferior. Existen costillas aplanadas y bifurcadas, fusión de vértebras y espina bífida oculta -- cervicotorácica.

En los maxilares hay numerosos quistes cuyo tamaño varía entre microscópicos y un diámetro de varios centímetros. Pueden aparecer por primera vez - a los 7 u 8 años o más tarde hasta los 30.

Clínicamente.- Aparece como una lesión con un agrandamiento del hueso afectado, la zona molar mandibular constituye la localización más frecuente. -- Algunos quistes crecen junto a los dientes en desarrollo provocando dislaceración de las raíces, es -- común que los dientes migren si ya completaron su -- desarrollo. En algunos casos por lo menos se ha -- desarrollado un ameloblastoma en un quiste y puede -- haber un aumento de la tendencia al desarrollo de un

fibrosarcoma alrededor de estos quistes en los maxilares.

Estos quistes tienen una ostensible tendencia a recidivancias posiblemente desde microquistes vecinos a pesar de una escisión local cuidadosa y radical raspaje.

Radiográficamente.- Se muestra una zona con aspectos multiquísticos o semejantes a pompas de jabón que pueden abarcar toda la zona maxilar y mandibular.

Al microscopio.- Muestran lo que pudiera ser una cantidad numerosa de quistes primordiales, adheridos unos a otros o comunicados entre sí. Están -- revestidos de un epitelio que puede ser de un tipo simple hasta el tipo escamoso estratificado levemente queratinizado, que también de ahí su nombre o clasificación de queratoquiste múltiple que en muchas ocasiones lo encontramos en la literatura médica, -- sus paredes de tejido conectivo pueden presentar un número mínimo de células inflamatorias.

B).- QUISTES RADICULARES.- Su característica principal es que siempre se relacionan con la raíz de una pieza dentaria se distinguen fácilmente por esto y en la mayoría de los casos su diámetro es de 1 a 1-1/2 cms. de diámetro aunque algunos puedan sobrepasar esta medida, su marcha crónica inflamatoria es sumamente lenta razón por la cual también no llegan a ocupar gran espacio. Aunque los quistes radiculares no pueden tener un asiento en cualquiera de los dos maxilares se dice que la zona de los anteriores superiores presenta más incidencia así también son los quistes que mayormente presentan infección secundaria ya que se originan de un granuloma o inflamación, complicación de una caries con gangrena pulpar o de un diente mortificado sin caries.

La diferenciación de un granuloma dental apical con un quiste radicular es sumamente difícil.

1.- Quiste Lateral Gingival o Periodontal:

Este quiste es relativamente raro, suele ser encontrado en personas de todas edades, no hay preferencia de sexo aunque algunos autores lo muestran con mayor probabilidad del sexo femenino y también se inclina más a presentarse en personas de raza negra; en particular este quiste presenta un contenido de pigmentos sanguíneos y células pigmentadas.

Los autores según su localización intraósea lo denominan periodontal, y al parecer que siendo la misma entidad, sin afectar al hueso sólo involucrando tejidos blandos el quiste gingival lateral. El sitio de asiento preferente de esta lesión al parecer es la superficie dental lateral de uno ó varios dientes vitales, preferentemente sobre la raíz del canino o premolares del maxilar inferior pero la importante característica que requiere para no ser confundida esta lesión con otras es que necesariamente y por ningún lugar debe de tener comunicación con la cavidad bucal.

Etiología.

La formación de un quiste se observa de una necrosis pulpar pero se piensa que no por el hecho de esta sino por la reacción flogística provocando la actividad que prolifera y ocasiona un quiste por degeneración del grupo central de células de los restos de la vaina de Hertwig formando una gran masa, las centrales se vuelven necróticas debido a la irrigación sanguínea inadecuada y dan lugar a una cavidad que está rodeada de epitelio, estos tejidos epiteliales siguen creciendo debido a la irritación con

tínua de los productos químicos de la inflamación y del contenido de la cavidad y por la presión osmótica, implicando un canal accesorio que se abre a un lado de la raíz o como resultado de lesión en el --- área.

Baskar, Reeve y Shafer sugieren en estos quistes un origen traumático que sin embargo producen la reacción de igual manera que una gangrena pulpar. -- Probablemente ambos tienen igual validez puesto que ocasionan una degeneración quística de restos celulares epiteliales en el ligamento periodontal o encía.

Clínicamente.

Como ya se ha señalado las lesiones pueden variar desde un centímetro o menos hasta abarcar parte de toda la mandíbula aunque esto sucede raramente -- el promedio del tamaño es de 1 a 1-1/2 cms. de diámetro, es asintomático y se puede presentar en la dentición decidua como en la permanente así como en -- transición de ambas. En muy pocos casos se puede -- asociar este quiste con una fístula exceptuando que esté necesariamente ligada a un estudio para indagar cuidadosamente la existencia de una lesión primaria.

Histológicamente.

Generalmente tapizados por un delgado epitelio escamoso estratificado queratinizante a una capa doble de epitelio cuboideo bajo no queratinizante. El tejido conectivo presenta infiltración de plasmocitos y linfocitos, además edema, cristales de colesterol circundadas por células gigantes, grandes macrófagos pálidos, pigmentos sanguíneos y células pigmentadas.

Radiográficamente:

La falta de algo específico con respecto a un criterio radiográfico de confianza se demuestra en el trabajo de Pruebe, Lazansky y Wiseherman en conjunción con el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de los EE.UU. (1951). Se demostró que de los 101 casos 55 al 54.5% tenía su cavidad tapizada por epitelio. De este grupo sólo 7 el 12.5% fueron correctamente diagnosticados por los observadores de los 46 granulomas dentales 27 el 58.7% fueron clasificados correctamente.

Estos estudios realizados por médicos eminentes nos da una clara panorámica de las limitaciones que encontramos en el diagnóstico radiográfico la exactitud ante un quiste es pobre pero los granulomas se reconocen con mucho mayor facilidad.

2.- Quiste Periapical:

Este quiste es el más frecuente de los quistes de los maxilares el quiste periapical radicular.

Tiene su origen inflamatorio afecta el ápice de un diente brotado y con frecuencia es resultado de algún traumatismo y como secuela de la caries dental por vía pulpar.

Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente, se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamada granuloma apical.

En general parece ser que los autores coinciden en que el número de quistes encontrados o que tienen su asiento en la zona de los dientes anterior-

res de la maxila es sumamente mayor a los que se han encontrado en otras zonas y más en la mandíbula tanto que algunos autores se arriesgan a decir que ésta la mandíbula es inmune a estas lesiones. Todo indica que los quistes periapicales o paradentarios de algunos autores les es casi imposible desarrollarse a expensas de un diente temporario y esto parece un hecho irrefutable, parece ser entendible al saber que como lesión esencialmente crónica su marcha o desarrollo es sumamente lenta y no da tiempo a desarrollarse en un diente que es esfoliado máximo a edad de los 15 años; los quistes periapicales los encontramos de los 20 a 50 años.

En su primer período el quiste ya sea granuloma tiene el tamaño de una pequeña lenteja la cual la encontramos adherida al ápice del diente en una extracción. No todos los granulomas se transforman en quiste, si no se destruye por los procesos normales de reparación permanece por un período suficientemente prolongado y así terminará en quiste.

Según el tiempo de evolución, variará la distribución de los distintos tejidos formadores de la cápsula conjuntivoepitelial del quiste; en sus períodos jóvenes en su parte de la superficie interna en la cavidad, un epitelio seguido de un recubrimiento de tejido de granulación, el espesor de la capa de granulación es mayor cuando más joven es el quiste y así va desapareciendo; los quistes viejos se hallan formados por fuera por tejido conjuntivo, que se ha organizado y le constituye una envoltura, y por dentro, el epitelio, cubriendo íntegramente la bolsa.

El contenido líquido quístico varía al infinito cuando el quiste se infecta y el aspecto es alarmante; y aunque es una conclusión casi absoluta los quistes periapicales radiculares y en general todos

los radiculares y residuales no tienen capacidad de provocar ameloblastomas.

Características Clínicas.

El quiste la mayoría de las veces son asintomáticos y se diagnostica en radiografías dentales sistemáticas. El diente asociado al quiste no es vital y casi siempre presenta caries dental. En pocas ocasiones tiene un tamaño tal que destruya hueso y produzca dilatación maxilar.

El diente en cuyo ápice exista una lesión podrá presentar la mayor parte de las veces una ligera sensación dolorosa a la percusión vertical, sensación que se hace más manifiesta colocando un dedo en las vecindades del ápice radicular del diente afectado y por la presión ocasionada en la cavidad quística expande el contenido hacia la cortical y si esta cortical ósea ya ha sido destruída se podrá percibir el choque percutor en el dedo.

En ocasiones el diente tiene tendencia a introducirse en el alveólo.

Cuando el quiste periapical ha adquirido un volumen relativamente grande sus paredes se colocan muy en las proximidades del medio bucal, nasal o sinusal, sufriendo por esta causa cualquier pequeña invasión microbiana, o durante una maniobra operatoria o en la punción con fines diagnósticos u otra causa que prolonge la afección secundaria del quiste el cuadro varía notablemente. Su sintomatología y marcha también se modifican aparentando un cuadro alarmante. El quiste comienza a supurar por el camino de menor resistencia que encuentra a su paso estableciéndose una fístula que drena continuamente material

purulento o seropurulento, hemático algunas veces, - generalmente de olor nauseabundo, estas fístulas se abren en la cavidad bucal o bien en las cavidades o regiones vecinas o en las regiones de la cara. Esta acción de drenaje altera sustancialmente la marcha - del quiste evitando que siga creciendo.

Radiográficamente.

Es idéntico en gran parte al del granuloma apical. Presenta una línea radio-opaca delgada alrededor de la periferia de la zona radiolúcida y esto indica una reacción del hueso de la pared quística que se expande lentamente. El granuloma también presenta esta característica en muchas ocasiones.

La radiografía de uno de estos quistes nos --- muestran claramente la zona radiolúcida situada sobre el ápice de un diente y en ocasiones se expande hacia otras raíces aunque el diente causante estará mortificado por caries u otros agentes de los demás dientes conservarán su vitalidad, esta zona será circundante de contornos precisos y de mayor intensidad como se explicó.

Microscópicamente.

Al hacer uso de este método por medio de biopsias, nos es posible dilucidar cualquier duda diferencial en cualquier caso, en particular podemos observar desde un cambio quístico mínimo dentro del -- granuloma apical hasta una estructura quística bien definida y grande, libre en gran parte de exudado inflamatorio y aunque ya se dijo es la presencia constante de infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo situado muy cerca del epitelio un rasgo característico de esta lesión.

Alrededor de los cordones anastomáticos o is--
las de células epiteliales proliferantes en el quiste radicular joven se observan histiocitos, linfocitos, células plasmáticas, cuerpos de Russel, hendiduras de colesterol y células gigantes de cuerpos extraños, leucocitos polimorfonucleares según la intensidad de la infección.

Las fibras de colágeno se depositan circunferencialmente, puede haber fibras de oxitalano un componente normal de ligamento periodontal. El epitelio que tapiza este quiste suele ser de tipo escamoso --estratificado, algunas veces puede estar revestido de epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado --que varía de grosor según el caso; en ocasiones esta queratinizado. A veces se forman verdaderos brotes epiteliales, y el revestimiento epitelial puede ser descamativo y faltar en zonas de inflamación intensa.

Los cuerpos hialinos en el epitelio los observó por primera vez Dewey en 1918. Rushton (también --cuerpos de Rushton) comprobó que existían en el 4% --de los quistes radiculares y dentígeros. Estos cuerpos son pequeños, alargados o arqueados generalmente asociados con el epitelio de revestimiento y de estructura nuclear granular en el interior y una zona clara en el exterior que es eosinofílica, se desconoce su etiología y patogenia también su significado, Sedano y Goslin basando su evaluación en varias coloraciones histoquímicas sugirieron que los cuerpos --hialinos eran de origen hematógeno.

3.- Quiste Residual:

Estos quistes obedecen a la persistencia del --granuloma, que ha continuado evolucionando silenciosamente varios años después de la extracción del diente cuyo alveolo ha cicatrizado.

Suelen presentarse en las regiones del maxilar inferior aunque otros autores los encuentran en mayor número en el maxilar superior.

Son silenciosos y asintomáticos hasta que adquieren cierto volúmen lo que los expone en mayor incidencia de una infección secundaria, en algunas ocasiones hay deformidad facial, en otras ocasionan parestecia del labio cuando la presión del quiste es bastante grande sobre el nervio como para afectar su función normal, siendo esta anomalía no muy reconocida en general por los autores. Su principal característica es que se relaciona con el área de un diente que ha sido extraído, son descubiertos por el examen clínico y radiográfico, o un examen radiográfico de rutina los pone de manifiesto.

Radiográficamente.

Es una zona radiolúcida bien definida, localizada en un área donde falta un diente aunque puede invadir otros ápices de otros dientes el examen histopatológico será el único medio de afirmación de un quiste residual. El quiste tiene bordes bien definidos y su tamaño varía desde varios milímetros hasta varios centímetros. Los dientes adyacentes pueden estar desplazados y conservar su vitalidad.

Histopatología.

La histopatología puede ser y con gran frecuencia idéntica a la del quiste periapical y al igual que este no tiene potencial ameloblástico.

CAPITULO III

DIAGNOSTICO Y METODOS.

El diagnóstico de los quistes foliculares se plantea de la misma manera que los radicales en esta obra, al principio de cada uno de los quistes, y vemos que ambos tienen los puntos en general similares. El punto de interés particular reside en el diente que da origen o en su defecto las células odontogénicas tumorales.

El diagnóstico se hace por los síntomas y signos patentes como son crepitación apergaminada, aumento de volumen, deformación facial o local, ausencia del diente en la arcada, sin embargo puede suceder que la arcada dentaria esté completa y en este caso el quiste es originado por un diente supernumerario o por alguno afectado con necrosis pulpar. Por supuesto el examen radiográfico que es de los métodos más útiles; más sin embargo hay que tomar en consideración su delicadeza de interpretación.

La radiografía es indispensable en el diagnóstico, principalmente nos expone esta placa el volumen del proceso, la relación con los órganos vecinos, el estado integral de estos órganos. La ubicación del quiste es solo relativa, recordemos que la radiografía solo nos da dos vectores de posición que son alto y ancho pero no nos da profundidad. Esto se consigue con cierta probable duda con varias tomas extraorales, oclusales e intraorales, cuya complementación nos daría una panorámica sustancial y así entonces tendríamos la ubicación del diente retenido o el quiste.

Otro medio de diagnóstico usual en estos casos

es el método de la punción exploradora, esta nos revelará la presencia del líquido. La punción exploradora se realiza con una jeringa de vidrio o desechable y con una aguja gruesa, asegurando su perfecta esterilización. Donde va a hacerse la punción debe estar previamente anestesiado y esterilizado, la superficie de tejido gingival, la aguja se introduce en una cavidad en la que hasta ese momento nosotros sabremos su contenido y si es una cavidad seguramente es líquido, como ese líquido al retirar el émbolo de la jeringa se aspira el contenido que generalmente será claro y transparente pero en algunos casos oscuros y purulentos o rojizos hemáticos en otros; si se tratara de algún tumor sólido la jeringa no absorberá nada o si acaso algunas gotas de sangre o células tumorales cuya identidad nos dirá el microscopio. Hay que tomar ciertas precauciones al hacer esta punción que se ha visto que algunas veces la aguja atravieza el quiste y se aloja en el seno y en vez de que se obtenga líquido quístico se obtendrá aire. También guiados por una radiografía la cual se pone en duda la existencia de una lesión que al confundirse con el seno el resultado de la punción nos dará la respuesta, puesto que si no se extrae ningún líquido y es fácilmente determinar que es aire del seno se esclarece el punto.

Otro punto de vista de algún autor que si se ha observado es; la punción exploradora no retira ningún líquido quístico debido a que las paredes del quiste no logran colapsarse.

Es de primordial importancia lo que ya se había descrito, que la realización de la punción exploradora o también la punción o cualquier maniobra para introducir algún material de contraste, que también sirve al diagnóstico, sea rigurosamente con todos los requisitos de la asepsia quirúrgica, ya que por la vía creada puede infectarse el quiste.

Las sustancias radioopacas o de contraste nos sirven principalmente para una mayor precisión y detalle de la bolsa quística en la radiografía, estas sustancias son: el lipiodol (aceite yodado al 40%), el thorostrast, producto que se usa en radiografías del hígado, esta sustancia es de uso muy sencillo - porque el líquido quístico se mezcla rápidamente con el cuerpo opaco que se coloca en una cantidad mínima. Puede usarse otras sustancias radioopacas que se emplean en radiología general como soluciones de bario.

Este procedimiento se usa para los quistes de gran tamaño que aún permanecen cerrados con el objeto de hacer limitaciones claras y precisas entre la imagen del seno maxilar del quiste ya sea folicular o radicular. En los quistes abiertos o en otras cavidades patológicas de los maxilares puede usarse una tira delgada de gasa yodoformada impregnada en cualquiera de las sustancias ya mencionadas, se introducen perfectamente en la cavidad y se toma enseguida la radiografía. Antes de la radiografía debe tomarse la precaución de que no se encuentre absolutamente nada del material opaco, que pueda permanecer en vestíbulo o cualquier parte de la boca y desvirtuar las realidades topográficas de la cavidad patológica, esto se logra con hacer que el paciente se enjauge la boca con una solución cualquiera.

Este método puede ocasionar problemas secundarios como ocasionar una infección de la bolsa quística apareciendo un cuadro clínico similar a la de --- cualquier quiste infectado con repercusión sobre el estado general del paciente y con dolor bastante serio. Contrastando con lo anterior podremos decir -- que estas sustancias de contraste que se utilizan - en la cavidad han permanecido bastante tiempo en el individuo sin presentar manifestación alguna de agresión como cuerpo extraño.

Por último y es el método que si por alguna -- causa no estuviéramos seguros de nuestro diagnósti-- co, ya que agotamos nuestros recursos y la duda per-- siste, principalmente al confundir casualmente un tu-- mor con un quiste; será la biopsia este método de -- diagnóstico nos sacará de dudas, las características histológicas de cada una de las lesiones (dadas ante-- riormente) establecerán el diagnóstico que posterior-- mente el diagnóstico diferencial enlazará y esto -- después de que se ha comprobado que la pared del --- quiste como tejido original de un tumor es real o en aquellos casos en que el tumor y el quiste se han -- desarrollado paralelamente. El porcentaje de quis-- tes que degeneran en malignidad es cuestión de polémicas entre los autores.

Métodos Quirúrgicos:

Los métodos esenciales para el tratamiento de los quistes fueron trasladados de la cirugía general al maxilar por el ilustre Cirujano Alemán Partsch, - sus fundamentos incommovibles son vigentes aún en -- nuestros tiempos para las operaciones por quiste.

Estos métodos se les conoce en el mundo por mé-- todos de Partsch I y Partsch II, uno dado a conocer -- en 1892 y el II en 1910; también conocidos como con-- servador de Partsch y método radical de Partsch. En -- realidad, dicen autores como Axhausen, parece más -- propio el nombre de quistostomía y de quistectomía - porque da menos ocasión a la confusión. El término - enucleación y marsupialización son usados aunque se-- ría solo un movimiento de la operación.

METODO DE PARTSCH I:

Se da la indicación de este método para los -- quistes grandes y medianos, en los cuales la extirpa--

ción de la pared quística traería una lesión de los órganos próximos (hemorrágicas, fracturas, apertura del seno maxilar, lesión de la pulpa de los dientes vecinos). También cuando no parece factible la enucleación de partes cerradas de la pared quística - o cuando no es posible la oclusión segura del campo operatorio.

Ventajas que encontramos con este método:

Ejecución sencilla, buena visualización de la cavidad, protege mejor al hueso subyacente conservando la bolsa quística como lo dice Wassmund aún cuando Axhausen le oponga la posibilidad de la degeneración maligna o reciduar bajo la formación de un nuevo quiste. Otro inconveniente que se encuentra es - que la cavidad creada permite la acumulación del alimento y líquidos bucales consecuentes a la putrefacción.

El método de Partsch I se realiza bajo los --- tiempos operatorios que deben considerarse por regla general más algunos tiempos quirúrgicos que aunados serán:

- 1° Incisión y desprendimiento de colgajo
- 2° Osteotomía u Ostectomía
- 3° Tratamiento de la bolsa quística (marsupialización)
- 4° Tratamiento del diente causante y dientes vecinos.
- 5° Tratamiento posoperatorio.

Incisión y Desprendimiento de Colgajo:

La incisión de las partes blandas se traza siguiendo los contornos marcados por vestibular siempre y cuando no abarque hasta la parte libre de la encía y el surco gingival, ya sea que la incisión -- que se practique sea de Wassmund, Partsch ó Neumann

debe tener un diámetro mayor al diámetro horizontal del quiste, estas incisiones como sabemos son arqueadas o en circunferencia, lo importante es que sobrepasen el ancho del quiste pues si no es ampliamente abierto, el aplanamiento del mismo no se produce y puede ocasionar residiva. Debemos tener en cuenta -- que esta incisión debe llegar al periostio que posteriormente se desprenderá.

Desprendimiento de Colgajo:

Tras la apertura del colgajo se descubre la superficie del hueso. Este punto se lleva a cabo con un periostotomo y una pequeña legra, disecando a filo de escapelo para deshacer las adherencias entre la mucosa y la pared del quiste o de la base ósea según el caso, si el caso es la bolsa quística hay que tener mucho cuidado de no abrirla extemporáneamente, el caso de la base ósea se abre en lo más elevado de su abombamiento y se separa el colgajo con movimientos suaves por si acaso el hueso es muy péripiraceo o dehiciente y puede fracturarse provocando la apertura de la bolsa quística.

Osteotomía:

Según encontremos la base ósea después de ---- abrir el colgajo actuaremos; si esta es sumamente -- delgada o necrosada, tendremos que usar el bisturí -- para hueso retirándolo con cuidado hasta encontrar -- hueso sano, cuando está parcialmente destruido se -- completará la osteotomía con pinza gubia, si el hueso es sano y firme se usará fresa o escoplo, haciendo orificios con la fresa, coincidentes con el diámetro del quiste, y luego usar una pinza gubia o el -- mismo escoplo, será menos traumatizante que usar el escoplo y martillo únicamente. Según las circunstancias, se abre la pared del quiste antes ó después --

del acto mismo. La presencia de la bolsa se toma -- con una pinza de Kocker, y con el bisturí se abre ampliamente en toda la extensión del quiste, se vacía su contenido y se lava su interior con suero fisiológico.

Tratamiento de bolsa Quística:

El hecho de la marsupialización anterior ó en este momento no es de importancia, como tampoco el - hecho de que algunos autores suturan el tejido gingival a la periferia de la bolsa quística, puesto que se ha observado que esta adherencia se produce con - facilidad, siempre y cuando no haya hueso entre --- ellas. El aplanamiento mayor posible logrado debe de perseguirse siempre, ya que el quiste que no fue o - no pudo ser suficientemente abierto, se puede producir un estrechamiento precoz con todas sus desventajas y consecuencias, tales como volver a abrir y exponer los bordes de la boca del quiste para reseca sus porciones sobrecolgantes.

El colgajo gingival se introduce dentro de la cavidad donde se taponan con gasa yodoformada vaselinada, que no se adhiere a los tejidos y es fácilmente removida. Hay que evitar el taponamiento a pre--- sión y así se evitará producir esfacelos por compresión excesiva del colgajo gingival o de la bolsa --- quística.

Tratamiento del Diente Causante y Dientes Vecinos:

Tratándose de quistes originados por un diente mortificado con caries o sin ella, indiscutiblemente lo indicado son los procedimientos tradicionales, -- extracción o tratamiento radicular con apicetomía.

La extracción nos daría un porcentaje mayor de seguridad de que no habría nueva infección, la apicectomía en cambio nos conserva el diente funcional, y claro está se necesita cierta destreza, porque la recisión del ápice debe ser con la conservación de la bolsa quística y por la brecha operatoria ya creada.

Los dientes vecinos que se hallan visto afectados y que conservan su vitalidad será prudente tratarlos o extraerlos posteriormente, no así el diente causal si se opta por la extracción se hará antes de la intervención del quiste, teniendo mucho cuidado en los dos casos de no fracturar la porción alveolar, por otra parte el seno debe estar sano.

Tratamiento Postoperatorio:

El taponamiento de gasa yodoformada se renueva cada 24 horas, dependiendo del estado en que se mantenga se harán cambios en mayor o menor tiempo porque puede infectarse y presentar mal olor. El cambio del tapón se acompañará de lavados con suero fisiológico ó con solución isotónica o alcohólica de fenol alcanforado, todo esto por un tiempo no menor de 30 días posteriormente se dejará abierta y el lavado será hecho por el paciente en casa. El tiempo que tarda en desaparecer el divertículo creado es bastante largo y variado.

METODO DE PARTSCH II:

Las indicaciones para este método de quistectomía oral vienen dadas por su tamaño que la regeneración ósea sea limitada. Todos los quistes de un diámetro no mayor a los 3 cms., en los que no son de temer las entidades vecinas al enuclear el quiste, y que además los inconvenientes de la infección y re-

tracción del coágulo sanguíneo no sean de esperar. - Esto se logra dando a la operación todas las seguridades de asepsia que exige una intervención.

El método radical de Partsch muestra dos opciones a escoger según sea el caso; con sutura y sin sutura y los autores opinan de los mismos lo siguiente:

Lindenbaum (Charkon) opina que el método con sutura tiene aplicaciones aún para los quistes de gran tamaño.

Schneider (Munich), da estadísticas mostrando un trabajo con técnica de sutura, de 110 quistes tratados, obtuvo éxito en 104, y los seis restantes tuvo que retirar la sutura y tratarlos como quistes abiertos, por infección del coágulo.

Klitsch (Jena), en un bien fundado trabajo radiológico, en quistes también grandes y chicos en el total cierre con sutura del quiste. Si el coágulo supura, corta las suturas y realiza el tratamiento con taponamiento.

Wassmund y Lange no son del todo partidario del método con sutura, sosteniéndose en la observación de que la supuración del coágulo sanguíneo infectado, se puede abrir en el seno o cavidades vecinas y utilizan un método más complicado que posteriormente explicaremos.

Ries Centeno (Argentina), el método de Partsch II con sutura inmediata, tiene grandes aplicaciones. No en quistes muy grandes, en quistes estériles. Los infectados deben operarse por el método abierto. La indicación será dada en el momento operatorio.

Cavina, "Un progreso asombroso en la rapidez de la cura". Al referirse al método Partsch II con sutura.

Tiempos Quirúrgicos:

- 1° Incisión y desprendimiento del colgajo
- 2° Osteotomía
- 3° Enucleación de la bolsa quística
- 4° Tratamiento de las cavidades vecinas y del diente causante
- 5° Tratamiento de la cavidad ósea. (Obturación de la cavidad ósea con material en la técnica sin sutura).
- 6° Sutura
- 7° Tratamiento Post-Operatorio (Con sutura y sin ella).

Incisión y Desprendimiento del Colgajo.

Para la apertura del tejido gingival, solo son convenientes aquellas técnicas donde los trazos de las incisiones permitan cubrir la cavidad ósea con seguridad y por completo. Puede usarse la incisión de Partsch, la de Neumann, Neumann modificado, Wassmund, etc.

Usando un bisturí se incide el tejido blando con profundidad hasta llegar al hueso teniendo precaución de no lesionar la bolsa quística, en caso de encontrarse el tejido óseo vestibular muy adelgazado y papiráceo.

El desprendimiento del colgajo se lleva con cuidado tomando un borde con pinzas de Kocher y con un periostotomo se separa el tejido gingival de su inserción con el hueso. Es importante que el desprendimiento se realice abarcando un límite mayor que la extensión del proceso, así nos creará un campo amplio con buena visibilidad, y los cortes tendrán base ósea sana.

Osteotomía:

En los quistes pequeños la capa ósea base de la bolsa quística se saca completa con una fresa o con una gubia. En los quistes de tamaño medio, se abre en lo más elevado de un abombamiento, se desprege también entonces la pared del quiste con una legra fina y se reseca la cáscara ósea, por último con la pinza gubia, hasta que el quiste sea ampliamente abierto y el borde óseo sea completamente sano.

Enucleación de la bolsa quística:

La maniobra de enucleación se realiza con unas pinzas de Kocher o de Chaput y una pequeña legra la cual desprende la bolsa quística de un alojamiento óseo, mientras las pinzas sujetan la bolsa quística.

En los quistes pequeños o de tamaño mediano y que fue posible una abertura ósea amplia, y que además son quistes sin afecciones secundarias, esta maniobra es, la mayor parte de las veces sencilla.

En los quistes de gran tamaño la enucleación se ve facilitada en gran parte por el procedimiento de vaciar el contenido quístico en una jeringa y así disminuir el tamaño de la bolsa.

Por último los quistes que se encuentran infectados secundariamente, ya sean chicos o grandes existe en ellos generalmente profundas adherencias de la membrana quística que se hace necesaria el uso del raspaje con cucharilla o fresas para resecarlas radicalmente, hasta las partículas más pequeñas de la membrana, la cual puede ser sencilla de una nueva recidiva.

Después algunos usan soluciones antisépticas en la cavidad como yodoformo o cloruro de zinc al --

10% con el objeto de eliminar toda posibilidad de -- restos de epitelio quístico.

Tratamiento de las cavidades vecinas y del --- diente causante: Este método de Partsch II con o sin sutura encontramos variablemente ciertas desventajas, y una de ellas es el encontrarnos involucrados con - cavidades vecinas como son seno maxilar, órbita, con ducto orbitario inferior, fosas nasales, etc., según la región donde este muestre lesión. El tratamiento de estas cavidades estará siempre encaminado a la -- mantención funcional e integridad anatómica de cada uno de los casos como veremos en el capítulo siguien te.

El diente causante, en los quistes foliculares se extirpa el diente o gérmen dentario. En los quis- tes radiculares, la apicectomía con fresas, y con - la técnica del tratamiento radicular retrógada o rea lizado tiempo antes de la intervención la endodoncia pertinente.

Tratamiento de la Cavidad Osea (obturación de la cavidad ósea con material en la técnica sin sutu- ra).

La cavidad donde estuvo alojado el proceso --- quístico y fue eliminado en su totalidad, podría es- tar por los efectos de la adrenalina del anestésico sin muestras de hemorragias, entonces se produce un pequeño sangrado para relleno raspando las partes -- blanda con alguna cucharilla o cualquier instrumen- to.

En algunos casos mezclan antisépticos locales como el yodoformo, polvos de sulfamida, dando buenos resultados.

Otros materiales de relleno han sido sacados -

al mercado por distintos laboratorios y con nombres diferentes donde también el resultado es exitoso.

Se toma un trozo del material de tamaño aproximado a la cavidad a obturarse, se rellena la cavidad, se desciende el colgajo y se sutura.

La técnica sin sutura se lleva a cabo igual -- que con sutura, el tratamiento de la cavidad es --- igual, solo el colgajo se introduce dentro de la cavidad y sobre él el relleno que tapona toda la cavidad.

El material también es variado pero todos tienen el mismo mecanismo hemostático, por ejemplo, la gasa yodoformada, inhibe la infección, impide la introducción de los microorganismos bucales, control directo visual y clínico, y se previene la producción de una hemorragia ósea por medio de la presión a las paredes de la cavidad. La única desventaja y digna de tomarse en consideración reside en el tiempo extraordinariamente largo que se necesita para alcanzar un total restablecimiento estético y funcional, además el dolor y la hemorragia que se ocasionan en cada maniobra del cambio de material.

Sutura

El material de sutura ordinariamente usado es la seda negra trenzada o nylon, también el hilo común de lino, perfectamente estériles deben de estar ya que este método exige la asepsia más rigurosa. -- Que el coágulo y la cavidad ósea no se contamina de saliva y del medio ambiente, con esto habremos llevado al máximo dentro de las posibilidades de la cavidad bucal, las condiciones favorables para mantener la esterilidad del coágulo sanguíneo.

Los puntos deben tener un margen de separación no menor a 1/2 centímetro, deben descansar en -

una base sana y firme de hueso y los puntos podrán ser retirados al quinto u octavo día.

Posoperatorio

La técnica con sutura simplifica el posoperatorio del paciente al grado de que solo se prescribe, reposo por lo menos durante ese día y una correcta ingestión de dieta blanda, analgésicos y antibióticos.

El Posoperatorio en la técnica de Partsch II - sin sutura requiere de nuestra atención por lo menos a las 24 horas, si creemos necesario el cambio de la gasa yodoformada, hay que tener la precaución de impregnarla perfectamente en agua oxigenada caliente con el objeto de que no se nos pegue a la cavidad y así evitamos hemorragias y dolores. Se lava la cavidad con suero fisiológico y se pincela con cloruro de zinc al 10% y se vuelve a opturar, esta idéntica maniobra se repite 6 a 8 veces hasta que no sangre más.

A los 20 ó 30 días la cavidad debe estar recubierta de epitelio, y el tiempo en que tarda en reducirse es largo y muy variado según el caso.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO EN CASOS PARTICULARES DE LOS QUISTES

En los quistes encontramos casos particulares que se relacionan directamente con alguna entidad -- propia de la región.

La técnica quirúrgica es igual a los anteriores, más sin embargo lo capitulamos aparte para su mejor comprensión, en particular las modificaciones son siguiendo el mismo patrón y solo nos enfocaremos a la parte del tratamiento de las cavidades vecinas más detalladamente.

Quisiera insistir otra vez acerca de la importancia que es el escoger la técnica a usar en cada uno de los casos. Según los autores esta decisión es tomada también entre ellos con diferentes puntos de vista, la opinión que creemos más conveniente es que, como en los grandes quistes la decisión de si está indicado un procedimiento u otro solo se plantea, a menudo, después de su apertura, es de recomendar una incisión que haga posible la realización de todas las intervenciones aplicables al caso.

Recordemos que la intervención de los quistes cualquiera que sea su tamaño o situación se deberá abordar por la vía vestibular. Las ventajas y desventajas de las técnicas empleadas nos pueden ser de gran utilidad para este capítulo, pues ya vimos que la conservación de la bolsa quística nos puede defender la cavidad sinusal en peligro o para reforzar el piso de las fosas nasales; Wassmud aconseja punsionar con una sonda el sitio donde el tabique óseo que separa al quiste de la entidad que si es suficientemente fuerte se prosigue con este método, si no lo -

es, es decir, si están en contacto bolsa quística y membrana sinusal o nasal en una extensión de un diámetro mayor de un centímetro la operación no debe -- terminarse como Partsch I.

Quiestes en Relación con el Seno Maxilar y/o Fosas Nasales.

La apertura del seno en la operación dada por un --- quiste ya sea infectado o puro se realizará según -- sea el caso con ciertas diferencias que a continua-- ción describimos.

Incisión.

Como ya explicamos, tenemos que usar una inci-- sión solo para la región frontal, la cual se lleva - por el surco gingival calando hasta el hueso, y que sobrepasa la línea media hasta el lado sano, para -- practicar la incisión en el borde de la encía en la zona de los premolares.

También la incisión de Neumann reúne los requi-- sitos necesarios puesto que puede emplearse con fi-- nes plásticos y descansa sobre base ósea sana en ca-- so de terminarse con sutura.

El desprendimiento de colgajo se realiza en la forma mencionada y con el cuidado acostumbrado en ca-- so de la falta de solidez del hueso. Si existe la pa-- red ósea se realiza la ostectomía. Tratamiento de la bolsa quística, en donde nos encontramos con que el seno está íntimamente conectado con el quiste y - así la conducta a seguir será según el caso; seno -- infectado o puro, la conservación total o parcial de la bolsa quística o su extirpación.

Hay en la literatura muchas opiniones al res-- pecto, Wassmund, Cavina, Exhausen , Jacques, etc., -

más sin embargo expondremos una de las cuales el porcentaje de éxito es bastante aceptable y no se aparta de las demás técnicas.

Método Rinológico de Caldwell Luc por Mayrkofer:

La bolsa quística se somete a la marsupialización o enucleación, si existe la comunicación con -- seno para indicar el método radical se amplía esta - comunicación mientras no se encuentra resistencia, - si este hueso es fuerte y sano se dejará hasta ahí - la ventana; el seno puede estar en condiciones no -- muy infectadas y es posible dejar parte de la mucosa sinusal o en su defecto extirparla totalmente.

Se procede a la eliminación de todos los divertículos o nichos que el quiste pudo ocupar en su invasión. La principal finalidad de este método es --- crear de la cavidad quística y sinusal una sola cavidad sin divertículos ni cavidades accesoria, esto implica que no hay problemas de sinusitis e infecciones.

La técnica fisiológica se denomina a la resultante de la unión de la cavidad quística con la cavidad sinusal y a su vez está unida o comunicada con las fosas nasales. El drenaje que se necesita ahora esta nueva cavidad no será suficiente con el ostium, en consecuencia se lleva a cabo el orificio del drenaje hacia nasal.

Se recorta primero, una tira de mucosa sobre - el meato nasal inferior y luego se despega del hueso con una legra la mucosa nasal de esta región de la - apertura piriforme, que se deja en su sitio para protección del resto de la mucosa nasal. Entonces se reseca, desde la cavidad del seno la pared nasal lateral entre la inserción de la concha inferior y el piso de la nariz creando con la fresa una amplia ventana que llega hacia atrás, teniendo en cuenta la si--

tuación de la arteria palatina decendente, y se pasa a alisar el lugar de paso entre la cavidad del seno y la cavidad nasal. Sobre la mucosa nasal y naturalmente por vía nasal se origina incidiendo circularmente en forma de U en la región de la ventana ósea, de modo que se produzca un colgajo con pedículo en el suelo nasal, que se lleva hacia la cavidad del seno. Es a expensas de esta mucosa nasal, que posteriormente granulará la cavidad sinusal. No obstante, como la ventana ósea muestra siempre tendencia al estrechamiento, prefieren otros autores al procedimiento radical de Denker. En ésta se reseca la pared anterior del seno hasta llegar junto a la apertura piriforme, se despega la cubierta mucosa de la pared nasal lateral en ambos lados, en la región del meato nasal inferior, y se reseca ya desde la cresta piriforme el hueso de la parte inferior de la pared nasal lateral con unas grandes pinzas gubia, con la que se recorta también aquí una ventana amplia extendida hacia atrás. Una vez que se ha extirpado la mucosa del seno sobre la ventana ósea y se ha formado el colgajo en forma de U (de Bonninghausen) la ventana ósea sólo está limitada por delante por la mucosa nasal.

El relleno de la cavidad quisticosinusal con gasa yodoformada es una maniobra que ya no se hace necesaria; por el contrario su extracción crea un serio problema.

La intervención termina con el cierre total de los labios de la incisión bucal uniéndose con varios puntos de sutura.

Después de la intervención el paciente tiene que guardar reposo y reprimir los esfuerzos y estornudos, cuando es imprescindible taponar por lo menos durante los primeros días la región de la ventana ósea le es retirada esta gasa a los 3 ó 4 días, y

se irriga la cavidad del seno unas cuantas veces, -- después de aproximadamente una semana, para separar los restos de sangre y de secreciones y se utiliza -- para esto una cánula configurada en S, que se introduce con su periostio, en caso de que el hueso haya desaparecido por el avance del quiste. Si no se quiere dejar descubierto el hueso, se puede formar, apañándose una ulterior modificación de Wasmud, de la -- hoja mucosa del colgajo doble, un colgajo lateralmente alargado y emplearlo para recubrir el lugar de -- perforación del suelo nasal.

Los pequeños lugares de abertura de la mucosa nasal no requieren recubrimientos plástico alguno y suelen curar bajo un taponamiento envaselinado que -- se introduce en el meato nasal interior.

Wassmund presenta cortes histológicos obtenidos por biopsias, del colgajo que se ha adherido íntimamente a la bolsa quística, en donde el epitelio quístico había desaparecido completamente por atrofia por compresión.

Los grandes quistes que tienen relación tanto con la nariz como con el seno, lo mejor, proponen, -- la sutura hermética y comunicarlos con el seno.

Quistes en la Región Palatina

Es aquí donde se rompe un poco la regla, de -- abordar desde vestibular los quistes, excepto por -- los grandes quistes del maxilar superior que se pueden relacionar con las fosas nasales el seno maxilar y a su vez por la bóveda palatina, las cuales se unen y se hace drenaje por la nariz como ya vimos en el caso anterior.

La vía palatina siempre debe terminarse bajo -- sutura, y los quistes dentígeros ocasionados por premolares caninos y todos los dientes retenidos de es-

ta zona, además en los quistes estrechos, tubulares que se desarrollan con frecuencia desde los incisivos laterales superiores hasta la mucosa palatina, y por último, en los pequeños quistes de los molares que yacen del lado palatino.

En los quistes pequeños se usará la técnica de Partsch II con sutura, después de despejar la mucosa palatina, por la incisión paramarginal que se realiza cortando las papilas interdientarias.

También los pequeños quistes de las raíces palatinas pueden operarse por esta vía siempre que no hayan comprometido al seno. La operación del quiste debe ir acompañada de la extracción del diente causal y cierre de la herida del paladar y del alveolo con sutura.

En los casos en que se desee mantener la bóveda palatina en su lugar puesto que ha sido destruido o abombada la anatomía de ésta, se utiliza una placa de prótesis para fijar y mantener la bóveda en su lugar, este aditamento será usado sólo algunos días, pues la fibromucosa palatina se retrae fácilmente y ocupa su normal ubicación.

Quistes en la Parte Lateral de la Mandíbula.

Cuando es necesaria la extracción de la pieza portadora del quiste se abre con una incisión de la encía y se cubre el campo operatorio junto con la entrada al alveolo, con el colgajo alargado por la incisión transversal del periostio.

En los grandes quistes del maxilar inferior se usa el método Partsch I, pues en la técnica radical se pondría mucho en peligro la integridad del nervio mandibular.

Se incide las partes blandas calando hasta el hueso en una forma parecida a la X por la que se forma un gran colgajo pediculado en la base de la mandíbula destinado a recubrir las partes blandas del carrillo, y se originan, asimismo, pequeños colgajos laterales que se voltean sobre el borde del quiste. Esta cavidad accesoria a la boca se tapona con gasa igual que expusimos anteriormente.

Quiste de la Rama Ascendente de la Mandíbula.

Incisión: Se lleva sobre el borde anterior de la rama y se prolonga, caso de necesidad, hasta el surco gingivolabial. Una vez que se ha hecho accesible el borde anterior de la rama ascendente al separar los colgajos, se abre el hueso con una fresa o con unas pinzas gubia grandes. Para las técnicas de marsupialización se resecan las paredes, en ambos lados, en la parte anterior del hueso, mediante perforaciones con el trepano. Estas técnicas solo se deberán tomar en cuenta en el caso de que la pared lingual de la rama esté sumamente delgada o se tema complicaciones por parte de las formaciones del conducto mandibular al extraer el quiste.

La quistectomía será preferida en estas lesiones. Se reseca la pared bucal del quiste, de modo que se puedan llevar las partes blandas del carrillo a la cavidad ósea y reducirla.

Es importante observar el hecho de que en cualquiera de los quistes grandes de la mandíbula y principalmente en los del ángulo y rama ascendentes se correrá el riesgo de fractura en el acto operatorio, o la fractura espontánea del hueso a causa del quiste.

Se debe prever el peligro de la fractura de la mandíbula, colocando dado el caso un aparato de con-

tención. Cualquier aparato para el tratamiento de -- las fracturas de la mandíbula puede ser aplicado.

Drenaje de Quistes:

Procedimiento para disminuir el volumen de los quistes (Drenaje de los Quistes).

El drenaje del quiste nos es ningún método propio del tratamiento, sus indicaciones es en casos en que se puede invadir órganos vecinos en la cirugía - tales como dientes vecinos y su vitalidad y evitar, si no se quiere, comunicaciones bucosinocales y buco nasales, y así haciendo más fácil el tratamiento final.

Para realizar el drenaje se abre el quiste en su parte de más declive, para asegurar la salida de su contenido, y se le mantiene abierto haciendo llegar hasta el interior de su cavidad un tubo de goma o polietileno, los cuales se mantienen con puntos de sutura a la encía vecina. A los 8 ó 10 días, estos - tubos se retiran, evitando de este modo su cierre -- inoportuno, pues los bordes de la comunicación creada se han epitelizado.

La espera de que la naturaleza efectúa el trabajo inverso que el que realizó el quiste en su crecimiento es muy variado. Immenkamp cree poder recomendar la operación definitiva a las 4 ó 6 semanas - pero incluso en sujetos jóvenes y por demás sanos a los tres meses de la apertura del quiste solo se encuentra una capa de hueso neoformado de 2 mm de espesor, por lo que su delgada capa no puede actuar de - protección a las entidades vecinas. En un plazo variable de 8 meses a 2 años y con un tratamiento constante de la cavidad con sustancias antisépticas se - logrará la redificación ósea ideal para la intervencción del quiste.

Diagnóstico Diferencial:

El diagnóstico diferencial de los tumores odontogénicos es lo que ha llevado a través del tiempo - a muchas diferentes clasificaciones las cuales en la actualidad define muchas características propias de cada una de las lesiones.

El diagnóstico diferencial de los quistes odontogénicos se resume a pocos tumores, quistes semejantes y quistes embrionarios.

Quistes foliculares, Diagnóstico diferencial: quiste primordial, con quiste periodontal, quiste residual, quiste maxilar anterior mediano, quiratoquistes y ameloblastomas.

Quiste Dentífero: Con quiste periapical y ameloblastoma uniculares.

Quiste multilacunar: Con quiste primordial quiste -- dentífero, ameloblastoma poliquístico.

Quiste Radiculares: Quiste lateral gingival periodontal con quiste periapical, quiste primordial y quiste fisural.

Quiste periapical: con quiste dentífero, quiste residual, quiste periodontal y granulomas apicales.

Quiste Residual: con quiste primordial quiste maxilar anterior mediano y quiste periapical.

CONCLUSIONES.

El tema expuesto de quistes odontogénicos comprende una parte de la patología bucal y principalmente dentro de la clasificación de tumores odontogénicos en la cual existen muchos puntos de polémica, que por su difícil manejo clínico y experimental complica su diferenciación. Comprendiendo que las teorías todavía válidas en estos tiempos son de científicos que las realizaron mucho tiempo atrás y que posteriormente fueron modificadas en parte, pero sus bases son las mismas, nos damos cuenta que se tiene a la mano mucho material con el cual podemos trabajar. Los que trabajaremos o trabajamos en la práctica privada ó dependencias tendremos siempre que enfrentar problemas de personas que presentan este tipo de lesiones tumorales con las cuales tendremos la oportunidad de emplear los conocimientos acumulados en este libro el cual espero cumpla un papel satisfactorio por su sencillez de un tema complicado con el que se trató de crear.

La embriología dental da la pauta para tratar de explicar la formación fisiológica de la cual por cualquier factor x puede desviar a una formación perniciosa que degenera en una lesión quística ó tumoral, de los elementos embriológicos que intervienen en la formación y proceso final de su evolución para la función del diente y después de este trayecto cuando se ve sometido al medio ambiente que rodea al diente, hasta su total destrucción corre el riesgo de una complicación quística. Tenemos también muchas dudas al respecto de su etiología y desarrollo más sin embargo contamos ya con muchos años de la práctica e investigación que nos hace tener una visión positiva y de aliento al investigador y al dentista común con la cual el diagnóstico correcto es muy posible e inequívoco.

La tecnología con la que visualizamos prácticamente la topografía, la histología son elementos seguros de la correcta diferenciación de las lesiones, por lo tanto cada vez se acerca uno mas a los métodos quirúrgicos que ofrecen un porcentaje de éxito bastante aceptable, tratamientos que aseguran una total rehabilitación del paciente tanto estética como funcionalmente y que estoy seguro cada vez habrá mejores técnicas.

BIBLIOGRAFIA

- Zegarelli
Patología Bucal. Barcelona, Salvat 1972.
- Orban
Histología y Embriología Bucal. México, Prensa
Med. Mexicana 1969.
- Kabl Shchuchudrt
Tratado general Odontoestomatología, Madrid,
Alambra, 1957-62 S.V.
- Michel Dechaume
Estomatología. Barcelona, Toroy-Wasson
1969.
- Baskar
Patología Bucal. 2a. Ed. Buenos Aires
El Ateneo 1977.
- Correa
Patología. 2 ed. México.
La Prensa Médica Mexicana 1979.
- Burket
Medicina Bucal
Diagnóstico y Tratamiento 6 Ed. México
Interamericana. 1973.
- Quillermo A. Ries Centeno
Cirugía Bucal. 8a. Ed.
Buenos Aires el Ateneo 1979

Robert J. Gorlin Henry M- Goldman
Thoma Patología Oral ic México Salvat
Editores, S.A. 1977

Bernier, Joseph L.

Tratamiento de las enfermedades orales. Un Trata
do sobre identificación y tratamiento de las --
enfermedades de la región oral.
Buenos Aires Omeba 1962.

Archer, W Harry

Cirugía Bucal.

Atlas Paso por paso de técnicas quirúrgicas
2a. Ed. Buenos Aires, Mundi, 1968.

H. Askell

Atlas de enfermedades orofaciales 1a. Ed.
México, Científico Médico - 1964 -