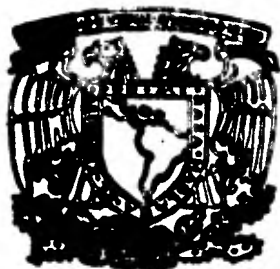


Universidad Nacional Autónoma de México



201.

**LESIONES QUISTICAS
EN CAVIDAD ORAL**

**TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A**

VICTOR SAMUEL CISNEROS ORTEGA



MEXICO, D. F. 1961 FACULTAD DE ODONTOLOGIA



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.

LESIONES QUISTICAS EN CAVIDAD ORAL

INTRODUCCION

- I. CONSIDERACIONES EMBRIOLOGICAS DE CARA**
- II. CONSIDERACIONES ANATOMICAS MAXILOFACIALES**
- III. CLASIFICACION DE QUISTES**
- IV. GENERALIDADES DE QUISTES**
- V. QUISTES DE ORIGEN NO DENTARIO**
- VI. QUISTES DE ORIGEN DENTARIO**
- VII. PSEUDOQUISTES**
- VIII. TRATAMIENTO**

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La vida del ser humano presenta diferentes facetas, y cada una de estas tiene ciertas exigencias, las cuales al irse cumpliendo nos brindan la satisfacción de saber que precisamente estamos cumpliendo con nuestro cometido. Al ir viviendo tenemos que cumplir de una u otra forma con los requerimientos que se vayan presentando en los diferentes periodos que nos toque vivir, y ahora es tiempo de terminar con un periodo que es el del estudiante; con esto no quiero decir que se termine con el estudio, que viene a ser más bien una acción, pero sí con un periodo para venir a integrarnos en otro periodo o época que es el terreno de lo profesional. Como para esto hay una serie de requerimientos que pretendo empezar a cumplir, y entre ellos está la elaboración de un trabajo de investigación que si bien no es posible que se realice como debiera de ser, investigación al cien por ciento, debido a diferentes limitaciones o causas que sería prolijo mencionar, sí pretende enfocar un tema de interés en lo particular que espero sirva a otras personas que tengan esta misma inquietud.

La elección del tema es bien difícil, ya que no podemos desechar así como así las disciplinas que hemos visto para llegar a elegir uno, sin embargo sería imposible el tratar de abarcar todas ellas en un sólo trabajo, por lo que debo enfocar mi esfuerzo hacia aquella que llame más mi atención. Una de las materias que más me han gustado dentro de la carrera, es la de Cirugía porque me parece que en esta disciplina se debe poner un poco más de esfuerzo para entender, diagnosticar y tratar adecuadamente el problema al cual nos enfrentemos, además de que brinda las satisfacciones a corto plazo y el éxito o fracaso de nuestro tratamiento dependen únicamente del cirujano y de su capacidad como tal.

Este trabajo pretende ser un estudio sistemático de las lesiones quísticas en la cavidad oral, y aunque existe mucha divergencia entre los autores, pretendo conciliar su pensamiento en aquellos casos en los cuales sea posible, y en otros decidirme por aquellos que presenten una mejor base científica.

El estudio de este tipo de patologías me parece que se enmarca perfectamente dentro del terreno de la cirugía, debido a que el tratamiento de los quistes es eminentemente quirúrgico.

Finalmente espero que este trabajo sea útil, sencillo y adecuado para dar a entender de una manera resumida y fácil la etiología, las características clínicas, radiográficas e histológicas, juntamente con el tratamiento más adecuado para las lesiones quísticas en la cavidad oral.

CAPITULO PRIMERO.

CONSIDERACIONES EMBRIOLÓGICAS DE CARA.

Para poder dar inicio a un estudio que responda a las necesidades de nuestro tema, es necesario entender de una manera concisa y clara aquellas partes de las cuales vamos a tomar ciertas bases para poder establecer un buen diagnóstico, tomando en cuenta desde luego no solamente lo que concierne al desarrollo embriológico, sino también a la diferenciación histopatológica, su localización, el grado de desarrollo, en fin todo aquello que unido nos dará las bases para sentar un buen diagnóstico.

Las consideraciones embriológicas que a continuación vamos a estudiar, nos ayudarán en gran parte a entender lo relacionado con la localización y desarrollo de algunas de las lesiones quísticas, ya que algunas de ellas se consideran como lesiones de desarrollo, es decir, de tipo congénito, y dado que el tema de nuestro trabajo son lesiones quísticas en cavidad oral, no podemos pasar por alto el estudio del desarrollo embriológico y sus relaciones con nuestro tema, aunque esto sea de una manera sencilla sin pretender en ningún momento agotar el tema.

Desde el punto de vista de la anatomía descriptiva, se ha dicho que la cabeza en desarrollo se puede dividir, para su estudio, en dos partes importantes que vienen a ser: la porción neurocraneana y la porción visceral.

La porción neurocraneana va a incluir el cerebro, los ojos, los oídos interno y externo y la parte nerviosa de los órganos olfatorios.

La porción visceral es aquella que va a incluir la terminación cefálica del conducto digestivo respiratorio y las estructuras faciales conexas.

PORCIÓN NEUROCRANEANA.

Esta porción es muy precoz ya que es visible en embriones muy jóvenes, esto es, de dos a tres semanas. Primeramente se define la línea primitiva y el notocordio; el ectodermo de la región media del cuerpo, desde la zona cefálica hasta el nudo de

Hensen, engrosa notablemente en comparación con el resto del ectodermo superficial, y este engrosamiento recibe el nombre de Placa Neural, que casi inmediatamente forma un pliegue longitudinal o surco que anuncia la formación del sistema nervioso central.

A finales de la tercera semana o principios de la cuarta del desarrollo embrionario, se encuentra ya diferenciada la región cefálica, debido al ensanchamiento anterior de la placa neural y se empiezan a hacer reconocibles las siguientes estructuras:

Oído interno, en sus orígenes se van a formar un par de plécodas engrosadas en el ectodermo, a nivel de la parte más posterior del cerebro. Algo más tarde, alrededor de la sexta semana de vida fetal, se va a comenzar con la formación del oído externo a partir de su íntima relación con el arco o hendidura hiomandibular, a partir del cual se formará la trompa de Eustaquio y la caja del oído medio. Los ojos van a surgir como excrecencias locales de las paredes laterales en la parte anterior del cerebro y recibirán el nombre de vesículas ópticas.

PORCIÓN VISCERAL.

Esta porción va a venir desarrollándose de manera paralela, es decir, también en el período de la tercera o a principios de la cuarta semana, dejando así constituidas sus bases.

Estas bases o estructuras primordiales giran en torno a la depresión Estomodea que posteriormente formará la boca. Por encima de la depresión vamos a encontrar dos elevaciones redondeadas que se originaron por la proliferación del mesénquima y reciben el nombre de apófisis o procesos maxilares; estos se encuentran apareados y vendrán a constituir las partes laterales de la mandíbula superior. En el fondo de la depresión estomodea, encontramos la capa estomodea (oral) que consiste en una placa formada por dos hojas, hacia afuera el ectodermo y hacia adentro el endodermo. Esta placa se rompe a la cuarta semana de vida y va dejando abierta por primera vez la cavidad oral en el intestino anterior. Por detrás del orificio o cavidad que

acabamos de mencionar, vamos a encontrar una serie de elevaciones, con profundas depresiones entre ellas y en ambos lados, que reciben el nombre de arcos y van a rodear a la faringe lateral y ventral. El primero de los arcos recibe el nombre de arco mandibular, debido a que interviene directamente en la formación de la mandíbula inferior. Los demás arcos reciben números (2, 3, 4, 5) y son llamados arcos postorales los cuales intervendrán en la formación del hueso hioides y de los cartílagos tiroideos, así como la hendidura hiomandibular que como ya mencionamos interviene alrededor de la sexta semana en la formación del oído externo en la porción neurocraneana.

Va hemos descrito de una manera general a las porciones que se forman primeramente en el embrión humano y cómo van diferenciando poco a poco las bases que posteriormente darán origen a las diversas estructuras. Ahora bien, pasaremos a describir brevemente estas porciones o bases que están íntimamente relacionadas con la cavidad oral.

Rodeando la cavidad oral encontraremos el proceso frontal en la línea media y por arriba los procesos nasales que se encuentran en ambos lados, así como los procesos maxilares que están en los dos lados de los ángulos laterales extremos. Estas estructuras primitivas darán como resultado la formación del labio superior, el maxilar superior y la nariz.

Los primordios que formarán la cara y mandíbulas, se van haciendo claramente visibles hacia la quinta o sexta semana. A los lados de la prominencia frontal encontraremos, como ya mencionamos, unas elevaciones en forma de herradura que se conocen con el nombre de Procesos Nasales Mediales. Después de la sexta semana se van acercando estos procesos, los cuales han crecido de tal manera que ha desaparecido la porción inferior del proceso frontal que los separaba. El arco mandibular se completará mediante la unión de los dos procesos nasomedianos en la línea media y de los procesos maxilares lateralmente; cabe mencionar que la proliferación mesenquimática es el principal factor dinámico en la formación de los primordios faciales.

El límite caudal de la cavidad oral se encuentra constituido por el arco mandibular inferior solamente. Este arco a su vez se forma de dos engrosamientos apareados

A ambos lados de la línea media separados por una escotadura, la cual va desapareciendo por el crecimiento de los engrosamientos hacia la línea media, hasta que logran fusionarse completando así el arco de la mandíbula inferior.

CONDUCTO NASOLAGRIMAL.

Su inicio es en forma de una hendidura bien marcada que se extiende desde los procesos nasolaterales, hasta el ángulo interno del ojo y recibe el nombre de Surco Nasolacrimal o hendidura nasolagrimal. Este surco o hendidura se va cerrando superficialmente, mientras que la porción profunda de la misma va a convertirse en un tubo que será posteriormente el conducto nasolagrimal o conducto de las lágrimas cuya función será la de vertir en la nariz el líquido procedente del saco conjuntival del ojo.

PALADAR.

Va hemos mencionado que el origen del septum nasal ha sido logrado mediante la coadunación del mesénquima de los procesos nasomediales, con el mesénquima que deriva de la prominencia frontal. Pues bien, hacia finales del segundo mes en que ya se han constituido los maxilares superiores, comienzan a aparecer los tabiques palatinos, y la masa del septum nasal en su parte rostral crece hacia adelante y abajo hasta llegar a ocupar la hendidura que se encontraba entre los procesos maxilares para venir a formar el segmento intermaxilar de el maxilar superior. Este segmento continuará su desarrollo hasta llegar a diferenciarse en tres partes que van a estar íntimamente relacionadas y serán: en su parte externa la porción medial del labio superior, en la parte interna la porción premaxilar de el maxilar superior y al tejido gingival que lo cubre, y finalmente una pequeña área triangular en la línea media, con su base dirigida hacia el arco de la mandíbula superior y que viene a ser el paladar en principio, o sea el paladar primario.

Esta va a ser una porción que interviene en la formación del paladar, sin embargo la parte principal proviene del maxilar superior procedente de los procesos maxilares. Esto es, a los lados del maxilar surgen excrecencias semejantes a tabiques que crecen

hacia la línea media, desplazando a la lengua hacia abajo ya que ésta se encontraba entre ellos, mientras que los tabiques se acomodan a lo largo del piso de la boca, a los lados de la raíz de la lengua para posteriormente dirigirse hacia arriba y hacia la línea media hasta fusionarse.

El pequeño proceso premaxilar (palatino medio) que estaba en la parte anterior se une también fusionándose en la parte media de ellos. Mientras este proceso se lleva a cabo, el tabique nasal crece hacia el paladar uniéndose en su superficie cefálica para que de esta manera se haga la separación de las cavidades nasales derecha e izquierda y la diferenciación de la región nasal de la oral.

LENGUA.

Esta va a ocupar el piso de la boca mientras se ha efectuado la formación del paladar, y los autores la consideran en su inicio como un saco mucoso que envuelve a una masa muscular en crecimiento. Esto se debe al distinto origen de la envoltura y del tejido muscular lingual.

La formación de la envoltura aparece al segundo mes de desarrollo y proviene del tejido del primer arco, lo que explica su inervación por el quinto par (táctil) y por la cuerda del tímpano, rama del séptimo par (gustativo).

En cuanto a los músculos se ha descubierto que alrededor de las cinco semanas aparecen engrosamientos laterales apareados en la cara interna del arco mandibular. Estos engrosamientos son de tejido mesenquimático así como el epitelio que lo recubre y reciben el nombre de protuberancias linguales laterales entre las cuales encontramos una pequeña elevación que es el tubérculo impar, y por detrás de éste vamos a encontrar otra elevación que es la cópula, ya que une al segundo y tercer arco en una prominencia medioventral. La cópula se extiende desde atrás del tubérculo impar hasta la protuberancia primordial que señala el comienzo del epiglottis.

Existe un punto que es de gran importancia, debido a su valor como punto de referencia y que es el agujero ciego. Esta va a ser una pequeña fosa media en el dorso de la

lengua situada en el vértice del surco terminal por atrás de las papilas calciformes en el adulto. En su origen este agujero ciego es el resto de la invaginación del piso de la faringe que da origen a la glándula tiroides.

LAMINA DENTARIA.

Al llegar a la séptima semana el epitelio oral comienza a sufrir una serie de modificaciones. En el maxilar superior tanto como en el inferior se presenta un definido engrosamiento, que va presionando al mesénquima subyacente a lo largo de los arcos maxilar y mandibular y que se conoce con el nombre de lámina dentaria, y casi simultáneamente se ha formado un crecimiento epitelial hacia adentro que viene a estar situado en la parte externa de cada mandíbula y que va a diferenciar la zona que ha de convertirse en el labio de la que formará las encías y que se denomina lámina labiogingival.

ORGANO DEL ESMALTE.

Una vez que ya vamos a encontrar constituida la lámina dentaria, van a aparecer en esta misma esbozos locales en cada uno de los puntos donde se va a desarrollar un diente. Las masas celulares que originarán la corona del esmalte se van a llamar órganos del esmalte. Estas masas celulares van a ser células epiteliales que revisten la parte interna del órgano del esmalte, el cual tiene forma de copa invertida mal delineada y debido a que constituyen la capa que elabora la capa del esmalte del diente, reciben el nombre de ameloblastos (formadores del esmalte). La capa externa del órgano del esmalte se va a constituir por células agrupadas que en un principio tienen forma polidédrica pero que debido al rápido crecimiento se van a aplanar y constituyen el llamado epitelio externo del órgano del esmalte. Entre el epitelio externo y la capa ameloblástica, vamos a encontrar una masa de células agrupadas que debido a su apariencia serán la pulpa del esmalte o retículo estrellado. Los procesos histogénéticos que intervienen en la formación de los dientes primarios y en los permanentes, van a ser idénticos.

PAPILA DENTARIA.

La papila dentaria es el esbozo de la futura pulpa del diente y va a estar constituida de células mesenquimáticas en forma de copa y que se van a encontrar dentro del órgano del esmalte. Estas células proliferan rápidamente hasta llegar a formar un conglomerado muy denso y al ir avanzando el desarrollo del órgano del esmalte se presentará la forma característica de la corona del diente al que ha de dar origen. Durante este proceso las células externas de la papila dentaria se hacen cilíndricas, lo mismo que los ameloblastos se van a llamar ahora odontoblastos (formadores de la dentina).

En la parte central de la papila dentaria van a hacer su aparición los vasos y nervios que van a nutrir al diente y al crecer la papila dentaria hacia la encla, ha comenzado a ocupar el retículo estrellado del órgano del esmalte en la región de la futura corona del diente. Esto va a originar que los ameloblastos se dirijan hacia la región que ocupan los numerosos y pequeños vasos sanguíneos en el mesénquima circundante. Esta aproximación de los ameloblastos a la red vascular es de gran importancia ya que es aquí precisamente, en la extremidad de la corona, donde los ameloblastos empiezan por primera vez a secretar esmalte. La lámina dentaria ha perdido ya su conexión con el epitelio oral cuando aún pueden observarse restos de la misma en el mesénquima en el lado lingual del germen dentario. El grupo celular que originará el órgano del esmalte del futuro diente permanente en este mismo nivel, puede ser individualizado brotando de la lámina, cerca del punto en que ha emergido el órgano del esmalte del diente primario.

CAPITULO SEGUNDO

CONSIDERACIONES ANATOMICAS MAXILOFACIALES

Una de las fases, para el estudio y preparación adecuada de nuestro tema, es el poder conocer lo más posible, pero a la vez de manera sencilla, nuestro campo operatorio, esto es sin lugar a duda indispensable en nuestra labor.

Vamos a iniciar un breve estudio de anatomía del maciso facial que es la región donde vamos a trabajar, localizando y dando tratamiento a las patologías que en ella encontremos, sobre todo en la cavidad oral.

El esqueleto humano es la estructura de sostén del cuerpo y está constituido, en un adulto, por 206 huesos sin contar los huesos supernumerarios (wormianos) del cráneo y los huesos sesamoides en pies y manos.

En el esqueleto encontramos tres tipos de huesos:

- 1.- Huesos largos, donde un eje longitudinal predomina sobre los otros dos; tiene un cuerpo o diáfisis que termina en extremidades más o menos voluminosas llamadas epífisis.
- 2.- Huesos cortos, con sus tres dimensiones más o menos iguales, como las vértebras, el carpo y los tarsos.
- 3.- Huesos planos; aquí dos de las dimensiones predominan sobre la otra, presenta por lo general dos caras y dos o más bordes.

El hueso es una estructura de origen mesenquimatoso formado por osteoblastos, que son células con grandes prolongaciones citoplasmáticas y núcleo excéntrico, que actúan en un proceso llamado osteogénesis.

Osteogénesis u osificación es el conjunto de fenómenos histológicos fisiológicos y anatómicos que producen la formación, crecimiento y desarrollo completo de los huesos, hasta adoptar la morfología del esqueleto adulto y se va a iniciar en dos formas o medios que son:

- a) En medio conjuntivo
- b) En medio cartilaginoso

En el primero se presenta una fase preparatoria en la cual hay aparición de fibrillas conjuntivas (colágena) alrededor de las cuales hay agrupación de trabéculas cartilaginosas (células conjuntivas) que posteriormente pasarán a ser trabéculas de osificación. La etapa dos consiste en la impregnación de estos elementos por una substancia proteica denominada osteína (resultante de sales calcáreas) que es transportada por vía sanguínea; esto va a producir osteoblastos y osteocitos, produciendo un cambio también en el citoplasma, que de basófilo pasa a ser acidófilo; este proceso irá aumentando progresivamente originando una superposición o aposición de las trabéculas calcificadas, constituyendo así el crecimiento del hueso.

La osificación intermembranosa que forma los huesos planos, como los del cráneo, se origina de la siguiente forma: los osteoblastos originan mucha materia intercelular que los separa, quedando en contacto solo mediante sus prolongaciones citoplasmáticas, formando así un sistema de lagunas (osteocitos) poco a poco van perdiendo sus prolongaciones dejando unos pequeños canales que posteriormente serán utilizados por fibras nerviosas y capilares. Posteriormente en la orilla aparecen espículas, quedando así una periferia dentada; luego los osteoblastos originan osteoclastos que destruyen a los osteocitos, modificando la curvatura según sea necesario, para dar forma al hueso en cuestión.

La osificación endocondrial de donde se originan los huesos largos, viene desde el embrión donde encontramos cartilago en cuya capa externa hay fibras de colágena y pericondrio. El líquido mieloide penetra en el cartilago originando osteoblastos y una delgada capa de periostio sobre la cual se va a iniciar la osificación mediante los discos de crecimiento que son elaborados por los osteoblastos que dejan pequeños círculos (lagunas o sistemas de Havers) y canaliculos que servirán como vías de penetración a nervio, arterias, venas y médula.

ESQUELETO CRANEOFACIAL.

Está constituido de dos porciones que son cráneo y cara. El cráneo es una caja ósea, cerrada, inextensible que protege al encéfalo, que está en el interior del crá-

neo. Este está formado por ocho huesos: cuatro temporales y dos parietales que son los huesos pares y cuatro impares que son: el frontal, el etmoides, el esfenoides y el occipital, situados en la línea media.

La cara se encuentra sobre la mitad anterior de la base del cráneo, y los huesos de la cara comprenden dos partes principales: la inferior constituida por el maxilar inferior y la superior, constituida por trece huesos, doce dispuestos en pares que son: huesos palatinos, huesos maxilares, huesos propios de la nariz, los ungues, los cornetes inferiores y un hueso impar que es el vómer.

HUESO FRONTAL.

El frontal es un hueso plano situado en la parte anterior del cráneo, que presenta dos porciones: una vertical superior que contribuye a formar la bóveda craneana y otra inferior que va a constituir parte de la bóveda de las cavidades orbitarias. El frontal se articula con los parietales por una sutura transversa llamada sutura anteroposterior o sagital, situada entre los dos parietales. El punto de unión entre las suturas coronal y sagital recibe el nombre de bregma, y este a su vez es el lugar que ocupa la fontanela anterior en el recién nacido.

HUESOS TEMPORALES.

Estos huesos son en número par y se sitúan a los lados de la parte media en la base del cráneo, extendiéndose por las caras laterales del mismo. Cada uno de ellos se articula por delante con el esfenoides, por detrás con el occipital y por arriba con el parietal.

El temporal del adulto resulta de la soldadura de tres piezas independientes en el embrión; la escama, el hueso timpánico y la roca. Estas tres piezas al soldarse unas con otras durante el desarrollo, originan una serie de suturas más o menos visibles que serán permanentes.

Así pues, en la porción escamosa del temporal advertimos un surco para los vasos

meningeos medios y sus ramas, surco que se extiende hacia adelante y afuera desde el agujero ciego redondo menor, y se divide después en dos ramas principales: anterior y posterior. El surco anterior pasa por el pterión y asciende hasta la bóveda del cráneo del borde anterior del hueso. El surco posterior se dirige hacia atrás por la comcha del temporal por encima del arco cigomático y la cresta suprameatal y paralelo a ellos, para terminar por encima del lambda, que es la sutura sagital. Esta converge con las suturas entre los dos parietales y el occipital, formando una "Y" invertida.

La porción petrosa del temporal tiene forma de pirámide cuadrangular; el vértice se dirige hacia dentro y delante, formando una excavación superficial que aloja el ganglio de Gasser y que facilita el paso del nervio trigémino.

Por su cara antero superior se presenta su eminencia arcuata que se encuentra por encima del conducto semicircular superior. Entre los dos precedentes se halla el tegmentimpani, que forma el techo de la caja del tímpano.

Se presenta por delante de la eminencia arcuata un orificio alargado o hiato de falopio y por fuera de éste se encuentran dos pequeños orificios que comunican a hiatos accesorios; estos son los canales que sirven para llevar los nervios petroso superficial mayor y petroso superficial menor; éste se dirige al agujero oval y al nervio, que termina en el ganglio ótico en la fosa cigomática. El canal para el petroso superficial mayor pasa por abajo del ganglio de Gasser hasta llegar al agujero rasgado anterior donde recibe un filete del petroso profundo mayor, o sea el simpático. La unión del petroso superficial mayor y del simpático forma el nervio vidiano.

Entre su vértice, que se halla ocupado por el orificio donde termina anteriormente el conducto carotídeo y la base de implantación del ala mayor del esfenoides, se encuentra el agujero rasgado anterior que es amplio e irregular, donde la carótida interna pasa por encima de él después de salir por el conducto carotídeo.

HUESO OCCIPITAL.

En la parte posterior inferior del cráneo, encontramos el hueso occipital, que es un hueso plano y mediano. En su parte inferior se distingue un gran orificio lla-

mado agujero occipital, y por delante de éste se encuentra la apófisis basilar; por detrás un segmento en forma de esfera llamado escama del occipital, y a los lados dos masas óseas con superficies articulares que son las masas laterales del occipital.

HUESOS PARIETALES.

Son dos huesos planos, simétricamente situados en las partes laterales y superiores del cráneo, por delante del occipital, atrás del frontal y encima de los temporales.

HUESO ETMOIDES.

Es un hueso de forma irregular, situado en la parte anterior y media de la base del cráneo, encajado parcialmente en la escotadura etmoidal del hueso frontal.

HUESO ESFENOIDES.

Hueso impar colocado en la parte media y anterior de la base del cráneo por detrás del etmoides y del frontal, y por delante del occipital. Limita a los huesos temporales aunque está situado más adelante de ellos. Posee dos apófisis dirigidos hacia abajo, que reciben el nombre de apófisis pterigoides. Estas se encuentran implantadas en la cara inferior del esfenoides por medio de dos raíces: la interna y la externa. La primera que se desprende del cuerpo del esfenoides, y la segunda que parte del ala mayor.

Finalmente diremos que la cara lateral del cráneo se encuentra conformada por partes de diferentes huesos como son: el frontal, parietal, occipital, temporal y el ala mayor del esfenoides.

Ahora pasaremos a estudiar los huesos de la cara, que se constituye de trece huesos: doce pares y un impar, y el maxilar inferior.

MAXILAR SUPERIOR.

Se encuentra por debajo de las órbitas del esqueleto; tiene forma cuadrangular; es aplanado de fuera hacia adentro. En su porción superior contribuye a formar parte del piso de las fosas nasales, mientras que la inferior constituye parte de la bóveda palatina. Por su cara interna se destaca la apófisis palatina.

Su borde externo se encuentra unido al resto del maxilar, en tanto que su borde interno se articula con el mismo borde de la apófisis palatina del maxilar. En su parte anterior del borde, al terminarse se constituye una semi espina que al articularse con la del otro maxilar forma la espina nasal anterior.

En su borde posterior se va a articular con el palatino en la parte horizontal.

A nivel del borde interno en la parte posterior de la espina nasal anterior existe un surco que al articularse con el otro maxilar va a originar el conducto palatino anterior.

El maxilar superior se encuentra unido al cráneo por cuatro suturas: sutura frontomaxilar, la cigomática maxilar, la cigomática temporal y la pterigopalatino.

Por debajo del reborde orbitario y por fuera de la abertura basal se encuentra el agujero infraorbitario que da el paso al nervio del mismo nombre. Más hacia afuera la apófisis malar del maxilar superior se viene a articular con el hueso cigomático o malar.

HUESO MALAR.

Este hueso tiene forma cuadrangular y se sitúa entre el maxilar superior, el frontal, el ala mayor del esfenoides y la escama del temporal, y viene a formar el arco cigomático con la apófisis cigomática del temporal, la cual se dirige hacia atrás a la región del conducto auditivo externo.

HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ.

También llamados Huesos Nasales, son huesos planos de forma cuadrangular situados entre el frontal por arriba y las ramas ascendentes de los maxilares superiores por

fuera y por detrás.

UNGUIS.

Algunos autores suelen llamarle también Hueso Lagrimal; es plano y de forma cuadrilátera y se sitúa en la parte anterior de la cara interna de la órbita, entre el frontal, el etmoides y los maxilares superiores.

HUESOS PALATINOS.

Estos huesos se encuentran situados en la parte posterior de la cara por detrás de los maxilares superiores, y van a formar la mayor parte de la bóveda palatina.

CORNETE INFERIOR.

Es un hueso de forma laminar, adherido a la pared externa de las fosas nasales, que se encuentra por debajo de los huesos propios de la nariz.

VOMER.

Es el único hueso impar que encontramos en la cara en su porción superior; se encuentra en la línea media y va a formar la mayor parte del tabique nasal; es sumamente delgado y presenta una forma cuadrangular.

MAXILAR INFERIOR.

La mandíbula inferior se va a formar por este hueso único. Tiene forma de herradura vuelta hacia atrás; presenta en su línea media la eminencia mentoniana con las fosas incisivas por arriba de ella, hacia afuera; bajo la zona de premolares está el agujero mentoniano que va a dar paso a los vasos y nervio mentonianos. Más atrás presenta una línea llamada oblicua externa donde se van a insertar los músculos triangular de los labios, cutáneo del cuello y el cuadrado de la barba.

Cerca de la línea media se encuentran cuatro tubérculos que se denominan apófisis gení y que sirven de inserción: los dos superiores a los músculos genioglosos y los dos

inferiores a los geniohioideos.

Por el borde inferior de la rama ascendente se encuentra la línea oblicua interna o milohioidea que sirve de inserción al músculo milohioideo. Por fuera de la apófisis geni y por encima de la línea oblicua se encuentra la fosa sublingual que aloja a la glándula sublingual y por abajo de la línea oblicua y más hacia afuera está la foseta submaxilar que va a brindar alojamiento a la glándula submaxilar.

El borde inferior es romo y presenta dos fosetas situadas a los lados de la línea media, y se denominan fosetas digastricas, donde se va a insertar el músculo digástrico. El borde superior o borde alveolar, presenta una serie de cavidades o alveolos dentarios separados entre sí por las apófisis interdientarias, donde se insertan los ligamentos coronarios de los dientes.

En su porción posterior, el maxilar inferior presenta dos ramas que se dirigen hacia arriba y hacia atrás, terminando en dos elevaciones: la posterior llamada condilo del maxilar, y la anterior o apófisis coronoides; estas elevaciones se encuentran separadas por una depresión denominada escotadura sigmoidea. Esta porción del maxilar inferior va a formar parte de la articulación temporomandibular.

ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR Y LIGAMENTOS

Esta articulación va a ser la forma mediante la cual se va a articular el maxilar o mandíbula inferior con el cráneo.

La articulación pertenece al género de las bicondileas; es de acción simultánea y de movimientos precisos. Tiene dos superficies articulares, una inmóvil que corresponde a la cavidad glenoidea del temporal que es cóncava y la eminencia del temporal que es convexa. La otra superficie articular será la móvil y corresponde al condilo de la mandíbula.

Entre las superficies articulares del lado temporal y del lado mandibular se encuentra el menisco articular o disco interarticular, el cual va a acompañar al condilo en todos sus movimientos. Este menisco divide a la articulación en dos cavidades, la

suprameniscal y la inframeniscal.

Rodeando a la articulación se encuentra la cápsula articular en forma de cortina, que se inserta en la parte externa de la cavidad glenoidea y de ahí se dirige hacia abajo para ir a insertarse en el cuello del condilo. Esta cápsula mantiene a la articulación en su lugar y la lubrica evitando que se salga el líquido sinovial.

El menisco va desde los límites de la eminencia articular hacia atrás, a la fisura de Gasser, donde se inserta mediante la cápsula. El menisco en su superficie temporal presenta una porción lisa que permite que éste se deslice brevemente hacia adelante. La superficie inferior, que en sus límites se adhiere al hueso temporal, se divide en dos porciones: la anterior insertada por un fascículo fibroso resistente al pterigoideo externo y la posterior que es cóncava y aloja al cóndilo de la mandíbula.

LIGAMENTOS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.

Son en número de cinco y van a desempeñar un importante papel en el funcionamiento de la articulación.

LIGAMENTO TRANSVERSO.

Recibe también el nombre de Ligamento Temporomandibular o Ligamento Lateral Externo. Se sitúa en la parte externa de la eminencia del temporal y de ahí se dirige hacia abajo y de adelante hacia atrás para venir a insertarse en el cuello del cóndilo.

LIGAMENTO ARTICULAR.

Tiene forma de abanico y va desde la parte externa de la cavidad glenoidea hacia abajo para venir a insertarse en la cara externa del cuello del cóndilo.

LIGAMENTO ESTILOMANDIBULAR.

Se dirige desde la apófisis estiloides hacia abajo hasta venir a insertarse en la zona del ángulo de la mandíbula.

LIGAMENTO ESFENOMANDIBULAR.

Este parte de la apófisis del esfenoides, hacia la espina de Spix y a la cara interna de la rama ascendente, por atrás del agujero del conducto dentario.

LIGAMENTO PTERIGOMANDIBULAR.

Se dirige de la apófisis pterigoides a la parte posterior del último molar o sea en la fosa retromolar; se le conoce también con el nombre de Aponeurosis Buccinato Faringeo.

MUSCULOS MASTICADORES.

Los músculos masticadores, como lo indica su nombre, tienen como principal función la de la masticación. Son cuatro pares de músculos cuya inervación motriz será por las diferentes ramas del nervio trigémino, y la irrigación sanguínea procederá de uno de los ramos terminales de la carótida externa y de la arteria maxilar.

MUSCULO TEMPORAL.

Este músculo tiene forma de abanico y va a presentar tres tipos de fibras funcionales independientes:

- 1.- Fibras anteriores que son verticales
- 2.- Fibras oblicuas en su porción media
- 3.- Fibras horizontales en su parte posterior

Este músculo se va a insertar por arriba en la fosa temporal, por abajo de la línea temporal; ocupa una extensa zona en su parte anterior, llega hasta el borde lateral del reborde supraorbitario. Y por abajo se va a insertar en la cara interna de la apófisis coronoides y a lo largo del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.

Su inervación es proporcionada por tres ramas del nervio temporal que a su vez son ramas del maxilar inferior del trigémino.

Su función principal va a ser dada principalmente por sus fibras, que van a dar posición a la mandíbula en movimientos de cierre, iniciándose la contracción previa en

las fibras anteriores.

MUSCULO MASETERO.

Es un músculo de forma cuadrilátera, corto, grueso que se encuentra por la cara externa de la rama ascendente del maxilar inferior.

Está constituido por dos fascículos: el superficial o anteroexterno y el profundo o posterointerno. El primero se inserta por arriba con el borde inferior del arco cigomático; de ahí sus fibras se dirigen hacia abajo para ir a insertarse en el ángulo del maxilar en la porción inferior de la cara externa de la rama ascendente. El segundo fascículo, que está por dentro del que acabamos de mencionar, se inserta también en la parte inferior del arco cigomático, sólo que por su parte interna; de ahí sus fibras se dirigen oblicuamente hacia abajo y adelante, cruzando las fibras del fascículo superficial para ir a insertarse finalmente en la cara externa de la rama del maxilar, desde el ángulo hasta la base de la apófisis coronoides.

Su función específica va a ser la de abrir y cerrar la boca elevando el maxilar inferior. Recibe su inervación del nervio maseterino, rama del maxilar inferior.

MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO.

Este músculo va a ocupar la zona de los molares superiores; tiene una forma cuadrilátera y lo vamos a localizar en la fosa pterigoidea, donde tiene su inserción en la interna del ala externa de la apófisis pterigoides, de donde se dirige hacia abajo y atrás para ir a tomar su inserción en la parte interna del ángulo del maxilar inferior.

La función de este músculo es que va a ayudar, como los anteriores, a dar movimientos de cierre al maxilar inferior, pero éste también dará movimiento de lateralidad a la mandíbula.

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO.

Este músculo tiene forma de cono y presenta dos fascículos que son el fascículo superior o esfenoidal que va a insertarse en el ala mayor del esfenoides y de ahí parte

para insertarse en la parte interna del cuello del cóndilo. El otro fascículo que es el inferior o pterigoideo, se va a insertar en la cara externa de la apófisis piramidal pterigoidea, y en la parte más inferior en la porción externa de la apófisis piramidal del palatino.

La función específica de este músculo va a ser llevar el cóndilo hacia adelante en la cavidad glenoidea y desplazar el menisco en la misma dirección.

MUSCULO DIGASTRICO.

Este músculo presenta dos porciones: la anterior y la posterior, y en medio de ellas un tendón que se encuentra unido al hueso hioides mediante fibras de la aponeurosis cervical externa. Esta porción se encuentra inervada por el nervio milohioideo, rama del maxilar inferior del trigémino.

Su función se relaciona con la altura de la mandíbula unido a los otros músculos suprahioides y al pterigoideo externo que inicia este movimiento, y su importancia radica en su contribución al final de este movimiento.

MUSCULO MILOHIOTDEO.

Es un músculo aplanado, largo y delgado que se extiende transversalmente de la cara interna del maxilar inferior hasta el hueso hioides y el rafe medio maxilo-hioideo. Viene a insertarse a todo lo largo de la línea oblicua interna del maxilar inferior o línea milohioidea; su forma se va alargando de adelante hacia atrás; su borde posterior es libre y con el músculo hiogloso da paso a la glándula submaxilar y al conducto submaxilar, penetrando en la región sublingual.

MUSCULO BUCCINADOR.

En el maxilar superior, este músculo va a insertarse sobre el borde inferior de la tuberosidad y sobre el reborde alveolar, frente a los tres molares. En el maxilar inferior recibe su inserción sobre el reborde alveolar externo, en zona de terceros molares. Hacia atrás su inserción es sobre toda la altura del ligamento pterigo mandibu-

lar. El músculo se dirige hacia adelante estrechándose hasta quedar en íntima relación con la comisura y el orbicular de los labios. Este músculo guarda estrecha relación con la mucosa bucal, a la que se adhiere hasta llegar a fondo de saco en inferior, pero en superior se aparta de la mucosa a nivel de fondo de saco para llegar al maxilar.

VASCULARIZACION DE LA CARA

Es necesario el tener también un pequeño panorama sobre la irrigación de la región que ahora comprendemos un poco mejor. Para esto estudiaremos en primer término el Sistema Arterial y posteriormente el Sistema Venoso.

SISTEMA ARTERIAL

ARTERIA CAROTIDA EXTERNA.

En un principio la carótida primitiva se divide en la arteria carótida externa y en la arteria carótida interna. La primera se va a situar en un ramo inicial por dentro de la carótida primitiva y a medida que asciende se va inclinando hacia afuera hasta situarse delante de la carótida interna. Se eleva por la cara profunda del vientre posterior del digástrico y del estilohioides; de ahí va a perforar la hoja profunda de la aponeurosis parotídea penetrando en la glándula. Por atrás del cuello del cóndilo se divide en dos ramas terminales: la maxilar interna y la temporal superficial.

ARTERIA FACIAL.

Esta arteria, algunos de los autores la sitúan en su origen por arriba de la arteria lingual, y otros mencionan que puede nacer de un tronco común de la arteria lingual o de la arteria tiroidea, así que cualquiera de los dos orígenes puede presentarse. Después de su nacimiento se dirige hacia arriba por la superficie externa de la faringe, y por dentro del vientre posterior del digástrico y del estilohioides para pasar luego al triángulo submaxilar; de aquí se dirige hacia afuera hasta la extremidad posterior de la glándula submaxilar en donde forma el surco supraglandular, y al rodear el borde inferior

del maxilar, forma la curva submaxilar que se dirige a la comisura de los labios, donde se produce la curva facial llegando al surco nasogeniano.

En el cuello, esta arteria va a dar una rama amigdalina para el paladar y otras ramas, una para la glándula submaxilar, otras para el músculo milohioideo y el vientre anterior del digástrico; esta rama va a terminar en el mentón donde se anastomosa con la dentaria inferior.

ARTERIA LINGUAL.

Su nacimiento es de 1.5 a 2 cm. por encima de donde se origina la carótida externa, cerca de la tiroidea, en el asta mayor del hueso hioides. Al principio va a correr por encima del asta mayor del hioides, en forma casi paralela, entre el constrictor medio de la faringe pasando por la cara profunda del vientre posterior del digástrico y dirigiéndose para adelante, abajo del hiogloso, hacia la punta de la lengua.

SISTEMA VENOSO

En la cara, la sangre venosa que de ahí viene es llevada hacia la yugular interna, externa y anterior mediante una red profunda y una superficial que se encuentran colocadas junto a la red arterial. La yugular externa y la anterior recogen la sangre del sistema venoso superficial de la cabeza y del cuello.

La yugular interna se forma por la reunión de venas profundas de cabeza y cuello, recoge sangre de la carótida interna y suele transportarla por lo que ha dado en llamarse Vena Carótida. Esta vena empieza en el agujero rasgado posterior, donde continúa el seno sigmoides y termina por atrás de la articulación esternoclavicular, donde se une con la subclavia para formar el tronco braquiocéfálico, mientras que en su recorrido recibe algunos ramos colaterales de la arteria carótida externa. Desciende por el cuello con las carótidas interna y primitiva, y recibe varias tributarias: el seno petroso inferior, la vena facial, las venas linguales, la vena tiroidea superior y la vena faríngea, el torácico y la gran vena linfática.

VENA FACIAL.

Parte del ángulo interno del ojo, donde se anastomosa con la vena oftálmica inferior, atraviesa por atrás de la mejilla. En el borde inferior del maxilar inferior recibe una comunicante intraparotídea que le aporta una parte de la sangre de la red superficial auricular y temporal, y de la red profunda de la maxilar interna.

VENAS LINGUALES.

Son dos venas que se encuentran anexadas, una de la arteria lingual y otra de la superficial o ranina. De la unión de estas dos venas viene a nacer la vena lingual que reúne el tronco venoso común.

VENA YUGULAR EXTERNA.

Va a originarse a la altura del cuello del maxilar inferior, por la unión de la vena temporal superficial y de la maxilar interna. Reúne la sangre de las arterias terminales de la carótida externa y sigue de la porción intraparotídea, por lo que se llama también Vena Carótida Externa, que nace en la región parotídea y termina en la base del cuello en la zona subclavia.

VENA YUGULAR ANTERIOR.

Se origina en la región supra hioidea baja, cerca de la línea media y termina en la subclavia y en la vena yugular externa. Recibe la sangre de una parte de la región anterior del cuello.

NERVIOS

Es importante también el que podamos conocer la distribución de los nervios en la región de la cara que es donde vamos a trabajar, por lo que diremos un breve repaso a los nervios que inervan esta región.

NERVIO TRIGEMINO.

Es un nervio mixto, es decir, tiene dos funciones, la sensitiva y la motora; es el Quinto Par Craneal, y como todos los nervios, presenta un origen real y un origen aparente, así pues lo estudiaremos de la siguiente forma:

Ramos Sensitivos. Origen real, en el Ganglio de Gasser que es una masa nerviosa situada en un desdoblamiento de la dura madre, que recibe el nombre de Cavum de Meckel.

Ramos Motores. Estos tienen su origen real en las células de dos de los núcleos masticadores, uno que es el principal, que se sitúa en la substancia reticular gris de la protuberancia, y el otro es el núcleo accesorio que viene a ser continuación del anterior y se extiende hasta la parte interna del tubérculo cuadrigémino.

El origen aparente del nervio trigémino es en la parte lateral de la protuberancia anular. Los ramos sensitivos inervan la cara y mitad de la cabeza, mientras que los ramos motores se encargan de inervar a los músculos masticadores.

El nervio trigémino se va a componer de tres ramos principales que son: Nervio Oftálmico, Nervio Maxilar Superior y Nervio Maxilar Inferior.

I. NERVIO OFTÁLMICO DE WILLS.

Este nervio es sólo sensitivo y se origina en la parte antero interna del ganglio de Gasser. Se dirige hacia adelante y un poco hacia arriba. Este nervio va a dar primeramente dos ramos:

1.- **Ramos Anastomóticos.** Se anastomosan al plexo pericarotídeo al patético y al motor ocular.

2.- **Ramos Colaterales Menígeos.** Uno de ellos es el nervio recurrente de Arnold que va hacia atrás cruzando el patético para distribuirse por la tienda del cerebelo.

Al nivel de la extremidad anterior del seno cavernoso, el trigémino dará tres ramos terminales que son: la Interna o Nervio Nasal, la Media o Nervio Frontal y la Externa o Nervio Lagrimal.

1.- NERVIO NASAL.

Penetra en la órbita por el anillo de Zinn, cruza el nervio óptico y acompaña a la arteria oftálmica por el borde inferior del oblicuo mayor hasta el conducto etmoidal anterior donde se divide en dos ramas terminales: el nasal interno y el nasal externo.

Ramos Terminales.

A. Nasal Interno

Corre junto a la arteria etmoidal anterior, dirigiéndose por el conducto del mismo nombre para después pasar por el surco etmoidal hasta el agujero etmoidal. Aquí penetra en las fosas nasales, dividiéndose en dos pequeños ramitos: el interno, que se ramifica por la parte anterior del tabique, y el externo o nervio naso-lobular, que desciende por un canal del hueso propio de la nariz, contorneándolo hasta ir a terminar en la piel del lóbulo de la nariz.

B. Nasal Externo.

Sigue el mismo trayecto que el nervio nasal, acompañando a la arteria oftálmica hasta el borde inferior del oblicuo mayor y al llegar bajo la polea del oblicuo mayor, se divide en filetes ascendentes para la piel del espacio interciliar y filetes descendentes para las vías lagrimales y los tegumentos de la nariz.

El nervio nasal también presente una serie de ramas colaterales que son en número de tres.

- 1.- Un ramo al ganglio oftálmico que servirá de raíz sensitiva al mismo.
- 2.- Los Nervios ciliares largos que son dos y nacen por encima del nervio óptico para ir a terminar al globo ocular.
- 3.- El ramito esfeno etmoidal (Luschka) que penetra el conducto etmoidal posterior para distribuirse por las células etmoidales posteriores y el seno: esfenoetmoidal.

2.- NERVIO FRONTAL.

Llega a la órbita por fuera del anillo de Zinn, esto es por la parte interna ancha de la hendidura esfenoidal. Va de adelante hacia atrás y se divide por detrás del reborde superior de la órbita en dos ramos: el frontal externo y el frontal interno.

A. Frontal Externo o Nervio Supraorbitario.

Este ramo del nervio frontal va a salir de la órbita por la escotadura supra-orbitaria.

B. Frontal Interno.

Este nervio va a cruzar el reborde orbitario por dentro del frontal externo.

Estos dos ramos se distribuyen por los tegumentos de la frente, del párpado superior y de la raíz de la nariz. Finalmente diremos que el nervio frontal se anastomosa en la órbita con el nervio nasal externo por un paquete llamado ramo supratroclear.

3.- NERVIO LAGRIMAL.

Este nervio va a atravesar la hendidura esfenoidal por atrás de la anterior, corre hacia adelante y afuera por el borde superior del recto externo; en este trayecto primero se adosa el nervio a la membrana fibrosa de la hendidura esfenoidal y posteriormente al perióstio orbitario, para ir a ramificarse en la glándula lagrimal y el párpado superior por su parte externa.

El nervio lagrimal se anastomosa hacia atrás con el patético y por delante con el ramo orbitario del nervio maxilar inferior, de donde nacen ramos lagrimales y el nervio témporo malar.

II. NERVIO MAXILAR SUPERIOR.

Este nervio también es sensitivo y se desprende del borde anteroexterno del ganglio de Gassen por fuera del oftálmico. De ahí se dirige hacia adelante y atraviesa el agujero redondo mayor hasta penetrar en la fosa pterigo maxilar; de ahí con dirección oblicua hacia adelante, abajo y hacia afuera, sale de la fosa para alcanzar la parte poste

rion del canal infraorbitario para introducirse en el mismo posteriormente, y después en el conducto infraorbitario sigue para ir a terminar en la fosa canina por el agujero infraorbitario.

Este nervio va a dar ramas colaterales en número de seis, y son:

1.- Ramo Meníngeo medio

Se desprende del nervio maxilar superior antes de que éste salga del cráneo y se distribuye por la dura madre próxima.

2.- Ramo Orbitario.

Nace adelante del agujero redondo mayor, atraviesa la hendidura esfenomaxilar y se anastomosa con un ramo del nervio lagrimal en la pared externa de la órbita. De aquí parten filetes lagrimales, temporomaxilar que darán inervaciones a los tegumentos del pómulo y piel de la región temporal.

3.- Nervio Esfenopalatino.

Sale del maxilar superior cuando éste penetra en el transverso de la fosa pterigomaxilar y va hacia abajo y un poco adentro, pasa por fuera o delante del ganglio esfenopalatino y se divide en numerosas ramas terminales, las cuales serán:

A. Ramas Orbitarias. Son muy delgadas y penetran en la órbita hasta la mucosa del seno esfenoidal y células etmoidales posteriores.

B. Nervios Nasales Superiores. Estos son muy delgados y en número de tres o cuatro, llegan a fosas nasales por el agujero esfeno palatino y se ramifican en la mucosa de los cornetes superior y medio.

C. Nervio Naso Palatino. Llega igual que el anterior y junto con la arteria naso palatina alcanza el tabique nasal, recorriéndolo de arriba a abajo y de atrás hacia adelante; se ramifica y penetra al conducto palatino anterior, atravesándolo para ir a terminar en la mucosa anterior de la bóveda palatina.

D. Nervio Pterigo Palatino, o Faringeo. Este va hacia atrás por el conducto pterigo palatino y termina en la mucosa de la rina faríngea.

E. Nervio Palatino Anterior. Este va a descender por el conducto palatino posterior dando en su camino un ramo para el cornejo inferior y termina ramificándose en la mucosa

del velo del paladar y de la bóveda palatina.

F. Nervios Palatino medio. Descienden por atrás del anterior y se distribuyen por la mucosa del velo del paladar.

G. Nervio Palatino Posterior. Es igual al que acabamos de mencionar, o sea el Medio, pero también da algunos ramos finos que terminan en los músculos peristafilino interno, glosostafilino y palatoestafilino, así como el haz palatino del faringo estafilino.

4.- Ramos Dentarios Posteriores.

Son dos y se desprenden del nervio maxilar poco antes de que éste penetre en la cavidad orbitaria. De ahí descienden por la tuberosidad del maxilar hasta introducirse en los conductos dentarios posteriores y ahí se anastomosan por arriba de los molares y premolares, formando el plexo dentario que da ramos a las raíces de los dientes posteriores, hueso maxilar y a la mucosa del seno maxilar.

5.- Nervio Dentario Medio.

Nace del infra orbitario a nivel del canal infra orbitario o en la extremidad posterior del conducto. Desciende por la pared antero externa del seno hasta la parte media del plexo dentario.

6.- Ramo Dentario Anterior.

Nace en el nervio maxilar superior en el conducto infra orbitario; de ahí se introduce en el conducto dentario anterior y superior hasta distribuirse por las raíces de los dientes anteriores, así como por la mucosa anterior, parte del meato inferior. Mientras que en su parte anterior se anastomosa por el plexo dentario.

RAMOS TERMINALES.

El nervio maxilar superior se divide desde su salida en diversos ramos terminales que son: Ascendentes o Palpebrales, que van al párpado inferior y Descendentes o Labiales, los cuales se ramifican en los tegumentos de la mejilla y labio superior, y finalmente ramos Internos o Nasales que terminan en los tegumentos de la nariz.

III. NERVIIO MAXILAR INFERIOR.

Este nervio es sensitivo y motor y viene a ser el resultado de la unión de dos raíces, una gruesa que es la sensitiva y nace del borde antero externo del ganglio de Gasser, y una raíz delgada situada por debajo de la anterior. Estas raíces se dirigen hacia abajo y hacia afuera en un desdoblamiento de la dura madre, y se introducen en el agujero oval, donde las dos raíces se reúnen y se relacionan tanto entre sí como con la arteria meníngica media. A unos cuantos milímetros bajo el agujero oval el nervio se divide en dos troncos terminales, el anterior y el posterior.

Antes de describir los troncos, cabe mencionar que cuando el nervio maxilar inferior sale del agujero oval, va a dar un ramo recurrente que penetra en el cráneo por el agujero redondo menor, de donde sus ramificaciones acompañarán a las de la meníngica media.

1.- Ramas del Tronco Terminal Anterior.

Estas ramas van a ser tres: el nervio temporo bucal, el nervio temporal profundo medio y el nervio temporo masetérico.

En su origen, estos nervios corren hacia afuera hasta atravesar el porus crotaphítico buccinatorius, orificio comprendido entre el reborde externo del agujero oval y un haz ligamentoso subyacente para posteriormente separarse.

A. Nervio Temporo Bucal.

Es un nervio que sigue una dirección hacia afuera, abajo y un poco adelante. Pasa entre los haces del músculo pterigoideo externo, y al llegar a la superficie del músculo, da dos ramos, uno ascendente y otro descendente.

El ascendente también se denomina temporal profundo anterior y va a ser motor y se distribuye por la parte anterior del músculo temporal.

El ramo descendente o nervio bucal, será sensitivo. Este desciende, como su nombre lo indica, por detrás de la tuberosidad del maxilar, junto con la cara profunda del tendón del músculo temporal. De ahí parte hasta alcanzar la cara externa del músculo buccinador, en donde se divide en ramos superficiales y profundos, para la piel y mucosa de las mejillas. Uno de estos ramos del superficial va a anastomosarse con un ramito

del nervio facial.

B. Nervio Temporal Profundo Medio.

Este nervio se dirige hacia afuera entre el músculo pterigoideo externo y el ala mayor del esfenoides, para ir hacia arriba sobre la cresta eseno temporal para terminar en la parte media del músculo temporal.

C. Nervio Temporo Maselétrico.

Este otro nervio se dirige también hacia afuera, solo que por detrás del anterior. Al llegar a nivel de la cresta eseno temporal, se divide dando origen a dos ramas: la rama maselétrica que atraviesa la escotadura sigmoidea y termina en el músculo masetero. La rama temporal o nervio temporal profundo posterior el cual se dirige hacia arriba y se distribuye por la parte posterior del músculo temporal.

2.- Ramas del Tronco Terminal Posterior.

Estas ramas se separan del tronco terminal posterior y son: el tronco común de los nervios del pterigoideo interno, del peristafilino externo y del músculo del martillo, el nervio aurículo temporal, el nervio dentario inferior y el nervio lingual.

A. Tronco Común de los Nervios del Pterigoideo Interno, Peristafilino Externo y del Músculo del Martillo.

Aunque el nombre de este tronco es sumamente largo, por el contrario es un tronco bastante corto que va hacia adentro, cruzando el ganglio ótico, con el cual además se une y ahí se divide para dar las tres ramas.

La del nervio pterigoideo interno, que se dirige hacia abajo hasta penetrar el músculo pterigoideo interno, los otros dos nervios que son el del peristafilino externo y el del músculo del martillo, atraviesan juntos la aponeurosis inter pterigoidea, por su zona cribosa hasta llegar a sus respectivos músculos.

B. Nervio Aurículo Temporal.

Este nervio toma su dirección hacia atrás para dividirse en dos ramos, que después de rodear la arteria meninge media se unen de nuevo para ir a atravesar el ojal retrocondíleo, sobre la arteria maxilar interna para penetrar en la región parotídea. En esta región el nervio se dirige hacia arriba y afuera hasta atravesar la parte superior de la

parótida. Después sigue su trayecto por delante del conducto auditivo externo y por atrás de los vasos temporales superficiales.

Finalmente, este nervio termina dando numerosos ramos a los tegumentos de la parte lateral del cráneo.

Cabe mencionar que este nervio aurículo temporal, durante su trayecto va a dar algunos ramos para: los vasos meníngeos medios y temporales superficiales, la articulación temporo mandibular, a la parótica, al conducto auditivo externo y al pabellón de la oreja. Y con un ramito se anastomosa con la rama temporo facial del nervio facial, y en la parótida con el ganglio ótico y con el nervio dentario inferior.

C. Nervio Dentario Inferior.

Este nervio será la rama más voluminosa del nervio maxilar inferior. Se dirige entre la aponeurosis interptergoidea y el músculo pterigoideo interno, acompañando a la arteria dentaria inferior. Junto con la arteria penetran en el conducto dentario y siguen por el mismo hasta el agujero mentoniano. Aquí el nervio se divide para dar dos ramas terminales que son el nervio mentoniano y el nervio incisivo.

1.- Nervio Mentoniano.

Este nervio atraviesa el agujero mentoniano y da numerosos ramos terminales a mucosa y piel del labio inferior y al mentón.

2.- Nervio Incisivo.

Este continúa el trayecto intra óseo del dentario y da ramos terminales al canino, a los incisivos y a la encla.

El nervio dentario inferior, antes de los ramos terminales que acabamos de mencionar, va a presentar también varios ramos colaterales que son: ramo anastomótico para el lingual, nervio milohioideo y ramos dentarios posteriores.

1.- Ramo Anastomótico para el Lingual.

Este ramo nervioso no se considera como constante, aunque llega a aparecer.

2.- Nervio Milohioideo.

Este nervio va a tener su origen antes de la entrada del nervio dentario inferior al conducto dentario y recorre el canal milohioideo hacia abajo y hacia adelante, hasta

inervar el músculo milohioideo y el vientre anterior del digástrico.

3.- Ramos Dentarios Posteriores.

Estos ramos van a dar paquetes para las piezas dentarias posteriores y la encla de la mandíbula inferior.

D. Nervio Lingual.

Desciende por delante del nervio dentario inferior, y forma una curva al dirigirse hacia adelante y adentro.

Un poco abajo de su origen, entre la aponeurosis inter pterigoidea y el pterigoideo externo por dentro, y la rama ascendente de la mandíbula por fuera, recibe una rama del facial que es la cuerda del tímpano.

El nervio lingual se desprende del borde anterior del músculo pterigoideo interno para dirigirse hacia adelante, yendo por debajo de la mucosa del surco gíngivo lingual, sobre el borde superior de la glándula y ganglio submaxilar.

Baja por la cara interna de la glándula y contornea el conducto de Wharton, hasta situarse por debajo de la glándula sublingual para posteriormente dividirse en numerosas ramas terminales que inervan toda la mucosa de la lengua por delante de la "V" lingual. Otro de los ramos terminales se dirige hacia abajo y se anastomosa con el nervio hipogloso mayor.

El nervio lingual en su trayecto dará también ramos colaterales destinados a la mucosa del pilar anterior del velo del paladar y de las amígdalas, a las glándulas submaxilar y sublingual a través de los ganglios simpáticos.

Hemos terminado con un breve repaso sobre el quinto par craneal que como ya mencionamos es el trigémino, sin embargo hay otro nervio que aunque no es íntima su relación con la cavidad oral, salvo algunas ramas de la región lingual, sí es de importancia por lo menos saber algo de él.

Este nervio es el séptimo par craneal, el facial, y del cual sólo mencionaremos algunas generalidades y trataremos de hacer un esquema.

NERVIO FACIAL Y NERVIO INTERMEDIO DE WRISBERG.

Este nervio, lo mismo que el trigémino, es un nervio mixto, con una raíz motora o facial que nace del núcleo del facial, situado en la sustancia reticular gris de la protuberancia y que emerge del neuro eje por la parte lateral del surco protuberancial.

La raíz sensitiva también llamada nervio intermedio de Wrisberg, se origina en un ganglio periférico, semejante a un ganglio espinal, que se sitúa en el trayecto del facial a nivel del primer codo intrapetroso y que se denomina ganglio geniculado.

Las fibras motrices del nervio facial van a encargarse de la innervación de los músculos cutáneos de la cabeza y el cuello, mientras que las fibras sensitivas del mismo se encargan de dar paquetes a la mucosa lingual y a los ganglios submaxilar y lingual.

NERVIO FACIAL

A. Ramos Colaterales Intrapetrosos.

- 1.- Nervio Petroso Superficial Mayor.
- 2.- Nervio Petroso Superficial Menor.
- 3.- Nervio del Músculo del Estribo.
- 4.- Cuerda del Tímpano.
- 5.- Ramo Sensitivo del Conducto Auditivo Externo.
- 6.- Ramo de la Fosa Yugular.

B. Ramos Colaterales Extrapetrosos.

- 1.- Ramo Anastomótico del Glosó Faringeo.
- 2.- Ramo Auricular Posterior.
- 3.- Ramos del Estilo Hioideo y del Vientre Posterior del Digastrico.
- 4.- Ramo Lingual.

C. Ramas Terminales.

- 1.- Rama Temporofacial.
- 2.- Rama Cervicofacial.

CAPITULO TERCERO

CLASIFICACIÓN DE QUISTES

Al inicio de este breve capítulo, cabe mencionar que durante el transcurso del estudio que estoy realizando sobre las lesiones quísticas en la cavidad oral, me he topado con algunas dificultades, entre ellas, al estar analizando la bibliografía que ha estado a mi alcance, me he encontrado con ciertas contradicciones en el pensamiento de algunos de los autores, sobre todo con respecto a la clasificación y a la etiología de este tipo de lesiones.

Ahora bien, tomando en cuenta que el pensamiento de estos autores está avalado por su ya larga experiencia como profesionistas, investigaciones, etc., no es mi propósito en ningún momento contradecir su criterio, sino por el contrario, tratar de adecuar los pensamientos en los puntos donde contacten, de manera que se pueda demostrar de una forma concisa y sencilla, que no es muy difícil, después de investigar adecuadamente, llegar a una conclusión que de una forma o de otra satisfaga las interrogantes que hasta hoy hallan sido contestadas, sin necesidad de desechar de manera drástica las investigaciones de otras personas.

La clasificación de las lesiones quísticas se han realizado en base a su etiología, aunque existe una tendencia de mencionarlas en cuanto al nombre que también han recibido por el lugar que ocupan. Los quistes son entidades patológicas que logran desarrollarse tanto en tejidos duros como blandos, por lo que su localización será sumamente variada, de manera que considero más acertada la clasificación en cuanto al origen de los diferentes quistes, y no en cuanto a su localización, importancia, incidencia, etc.

Esta clasificación, aunque organiza las patologías quísticas por su origen, no menciona por el momento las diversas teorías que existen en cuanto a las investigaciones que se han realizado. Sin embargo estas teorías serán estudiadas cuando veamos a cada una de estas lesiones en lo particular.

Finalmente diré que esta clasificación incluye los diferentes nombres con que se han designado a los quistes; esto con el propósito de tener clara la idea de cuáles son

Los quistes y hacer con ello más sencilla su identificación, al acostumbrarnos a las diferentes designaciones.

CLASIFICACION DE QUISTES

I. QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL

A) DE HENDIDURA.

- 1.- Quiste Globulomaxilar.
- 2.- Quiste Palatino Medio (Quiste de la Línea Media)
- 3.- Quiste Maxilar Anterior Medio (Quiste del Conducto Nasopalatino, Quiste del Conducto Incisivo)
- 4.- Quiste Nasoalveolar (Quiste Nasolabial, Quiste de Klestadt)
- 5.- Quiste Medio Mandibular
- 6.- Quistes Dermoides y Epidermoides.
- 7.- Quiste del Conducto Tirogloso
- 8.- Quiste Linfoepitelial Cervical Benigno (Quiste de Hendidura Branquial, Quiste Cervicolateral, Nódulo Linfático Quístico Benigno)
- 9.- Quiste Gastrointestinal Heterotrópico Bucal

B) DE RETENCION.

- 1.- Mucocelo
- 2.- Ránula
- 3.- Quiste de Retención del Seno Maxilar

II. QUISTES DE ORIGEN DENTARIO.

- 1.- Quistes Primordiales (Quistes Simples, Quistes Periodónticos, Quistes Periodontales)
- 2.- Quistes Multiloculares
- 3.- Quistes Odontógeno Queratinizante y Calcificante (Quiste Odontógeno Epitelial, Calcificante, Quiste de Gorlin, Tumor Queratinizante Quístico)

4.- Queratoquiste Odontógeno.

- a) Síndrome del nevo Basocelular (Polioncosis Cutaneomandibular Hereditaria, Síndrome de Gorlin y Goltz)

5.- Quiste Gingival.

- a) del Recién Nacido
b) del Adulto

6.- Quistes Parodontales (Quistes Paradentarios, Quistes Uniloculares, Quistes Epiteliales Uniloculares, Quistes Alveolodentarios, Quistes Periósticos, Quistes Odontopéuticos, Quistes Radiculares, Quistes Radiculodentarios, Quistes Apendiculares, Quistes Apicales y Granuloma Quístico)

- a) Apical
b) Lateral
c) Residual

7.- Quistes Dentígeros (Quistes Foliculares, Quistes Dentígeros, Quistes Coronodentarios, Quistes Embrionarios, Adamantinoma Quístico de origen Gubernacular)

- a) Central
b) Lateral
c) de Erupción

III. PSEUDOQUISTES O QUISTES NO EPITELIALES.

1.- Quistes Hemorrágicos (Quistes Traumáticos, Quistes por Extravasación)

2.- Quistes Solitarios (Quiste Ideopático, Cavidad Ósea Ideopática, Quistes Latentes)

3.- Quiste Óseo Aneurismático

CAPITULO CUARTO

GENERALIDADES DE QUISTES

Va hemos mencionado que el tema que nos ocupa son las lesiones quísticas en la cavidad oral, también se ha dado un breve repaso de la embriología y anatomía de la cara y cráneo, todo esto con el propósito de auxiliarnos en la localización, etiología y diagnóstico de las diferentes patologías.

Es dentro de este capítulo en el que nos corresponde entrar de lleno al estudio de los quistes y como el título lo indica, pasaremos primeramente a estudiar algunas generalidades o comportamientos que les son comunes a las lesiones quísticas, para posteriormente pasar a estudiar los diferentes quistes en lo particular.

ETIOLOGIA.

Es del conocimiento general que cada uno de los quistes suele presentar grandes diferencias en cuanto a su origen, pero si analizamos las investigaciones que se han hecho, descubriremos que hay un punto en común que guardan estas patologías y va a ser la relación que se tiene con el desarrollo, sobre todo de los tejidos epiteliales.

Los quistes llegan a producirse cuando se presenta una anomalía (poliferación, degeneración, trauma, inclusión de tejido, etc.) en los tejidos en desarrollo, e independientemente de que este tejido epitelial sea columnar ciliado, pseudoestratificado, cilíndrico, etc., y en los huesos la relación que guarda con los tejidos odontogénicos que están en íntima relación con los maxilares, existe una íntima relación del desarrollo con las líneas de fusión de los diferentes huesos.

Todo esto que hemos mencionado, puede ayudarnos a explicar en gran parte el por qué la pared que encapsula al quiste pertenece al mismo tejido del sitio en el cual se localiza, así como la similitud del contenido quístico en muchas ocasiones.

DEFINICION.

La palabra QUISTE viene del griego KYSTIS y significa cavidad o vejiga. Algunos autores consideran a estas lesiones como neoplasias de tipo benigno.

Los quistes son cavidades en tejidos duros o blandos con una cápsula o pared de tejido epitelial que lo delimita, y en cuyo interior vamos a encontrar una sustancia líquida, semilíquida, caseosa o hemática (varia), esta lesión tiende a persistir y crecer en el sitio de su alojamiento.

Estas lesiones se dividen básicamente en tres tipos: Quistes de Origen No Dental, Quistes de Origen Dental y Quistes No Epiteliales.

QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL.

Se les conoce también como Quistes Fisurales y como Quistes no Odontogénicos. Estos quistes se apartan un poco del estudio general de los quistes de los maxilares, sin embargo van a guardar una íntima relación con los mismos maxilares debido a su ubicación.

Los quistes de origen no dental, son procesos eminentemente embrionarios que se producen por la inclusión de tejido que deriva de las células epiteliales, el cual queda atrapado entre los procesos embrionarios de los huesos en las líneas de fusión, básicamente: unión de las apófisis mesionasal, lateronasal, maxilar ósea de la base del ala nasal y línea media de la mandíbula.

Estos quistes son considerados como quistes de las Hendiduras Faciales (Thoma).

Existen otros quistes de origen no dental que siguen los mismos procedimientos en su desarrollo y son los quistes de Retención, los cuales se localizan en zonas de tejido blando (glándulas, mucosa, piso de la boca) y se conocen dos de ellos: Mucocèle y Ránula.

QUISTES DE ORIGEN DENTAL.

Estos quistes son todos aquellos que derivan del epitelio asociado con la forma-

ción del apartao dentario:

- 1.- *Germen dental*
- 2.- *Epitelio reducido del esmalte de una corona dental.*
- 3.- *Restos epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertwing.*
- 4.- *Restos de la lámina dental.*

El comienzo de estos quistes es insidioso, su crecimiento viene a ser gradual y éste puede ser rápido o lento hasta expandir el hueso y fistulizarlo.

PSEUDOQUISTES.

Reciben también el nombre de Quistes no Epiteliales, y como su nombre lo indican son cavidades que no van a presentar cápsula o pared de tejido epitelial; son sumamente raros y sólo encontramos tres tipos de estos que son:

- 1.- *Quistes hemorrágicos.*
- 2.- *Quistes solitarios*
- 3.- *Quiste óseo aneurismático.*

Estos quistes, como ya mencionamos, no están encapsulados, pero dado su comportamiento clínico y su similitud radiográfica a los quistes verdaderos, se les ha clasificado como tales.

MARCHA CLÍNICA O EVOLUCIÓN.

Todos los quistes van a presentar cuatro etapas o períodos en su evolución que son:

- 1.- *Etapas Silenciosa*
- 2.- *Etapas de Deformación*
- 3.- *Etapas de Exteriorización. Aquí existen algunos signos característicos como:*
 - a) *Crepitación Apergaminada*
 - b) *Resistencia*
 - c) *Fluctuación o Sensación de Ola*
- 4.- *Etapas de Supuración*

Estas etapas son variadas en cuanto a su duración únicamente, pero la última etapa se puede llegar a presentar en cualquiera de las otras tres etapas, sin que necesariamente sea la última en presentarse.

La Etapa Silenciosa es cuando va a dar comienzo el proceso quístico. Se tienen datos de que se presenta un tiempo variable, el cual puede ser rápido o prolongarse hasta por varios meses (Maurel).

Durante esta etapa que también se denomina Período Intraóseo o Intramaxilar, vamos a encontrar que no se presenta ninguna sintomatología, a menos que se encuentre infectado el quiste, lo que es muy raro, ya que por lo general suelen infectarse con más frecuencia durante el último período.

La Segunda etapa es la que comienza a darnos algunas características semiológicas que nos ayudarán al diagnóstico, pues en la etapa anterior es sumamente difícil sospechar que exista un quiste, a menos que se descubra casualmente al hacer un examen radiográfico de rutina. Estas características van a ser precisamente el volumen que va a ir adquiriendo la tumefacción al ir reabsorbiendo el hueso en su tabla externa; en muchas ocasiones es casi imposible delimitar en qué momento se pasa de un período a otro (Ries).

El tercer período o etapa de Exteriorización es el que definitivamente va a ayudarnos en el diagnóstico diferencial, debido a las características clínicas que presenta:

a) Crepitación Apergaminada. Es cuando la tabla ósea se ha reabsorbido de tal manera que al tacto suena como si estuviésemos quebrando cascarrón de huevo.

b) Renitencia. Este síntoma o característica es cuando al tacto vamos a sentir que se mueven algunos pequeños puntos, como cuando hay mosaicos flojos en la pared o el piso de la casa; esto se debe a que ya hay un crecimiento tal del quiste que se ha producido la desaparición de algunos puntos en la superficie de la tabla ósea.

c) Fluctuación o Sensación de Ola. Como su nombre lo indica, va a haber una sensación del movimiento del líquido quístico al tacto, esto es cuando colocamos el pulgar en un lado del proceso quístico (vestibular) y el índice por el otro (palatino), a la

presión se notará un reflujo de corriente del líquido al chocar contra la pared quística, semejante a una bolsa de plástico parcialmente llena con líquido. Esta etapa es cuando ha desaparecido por completo la tabla ósea.

La cuarta y última de las etapas, como ya mencionamos anteriormente, se puede presentar durante cualquiera de las anteriores y esto es que se fistuliza el quiste, buscando adrenar hacia alguna superficie o cavidad natural contigua, y ésta viene a ser la consecuencia final del proceso. Aunque es probable que un quiste llegue hasta esta etapa sin que exista ninguna infección y por lo tanto no haya dolor, es conveniente tratar estas patologías en cuanto se localizan.

Los quistes van a ser asintomáticos a menos que se presente una infección dentro del proceso quístico en la zona vecina, ya que entonces sí va a ser muy dolorosa esta patología.

DESARROLLO.

Mencionábamos que conviene tratar los quistes en cuanto se descubren, y esto es porque tienden a desarrollarse siguiendo la Ley de la Menor Resistencia, o sea que se dirigen hacia la tabla externa, pero cuando se topan con algunos obstáculos naturales, tienden a desplazarlos (dientes) o a desgastarlos (hueso) con el propósito de seguir creciendo.

LOCALIZACION.

La localización de los quistes puede ser variada, aunque tienden a presentarse con más frecuencia en el maxilar superior, debido a la línea de unión (quistes de origen no dental) y al número de raíces (quistes de origen dental). Aunque suelen presentarse también en el maxilar inferior y algunas zonas blandas.

NÚMERO.

Se suelen presentar generalmente como un quiste en cada paciente, aunque existen

datos de quistes bilaterales y en algunas ocasiones más de dos en el mismo paciente y en el mismo maxilar.

EDAD.

Es frecuente que este tipo de patologías se presente en la niñez y en la juventud, aunque también se han reunido datos suficientes como para presumir que se pueden presentar en recién nacidos y ancianos, o sea a cualquier edad, aunque el índice es mayor en la juventud (Ruspa, Adler y Klistch).

SEXO.

Estas patologías no tienen predilección por el sexo, ya que algunos investigadores han descubierto más en hombre (Bleck) mientras que otros hallaron mayor incidencia en mujeres (Adler)

RAZA.

Hay mayor índice de incidencia de quistes dentígeros en individuos de raza negra.

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico sólo será posible, como ya mencionamos, en la etapa tercera del proceso, o sólo si se llega a descubrir casualmente, ya que antes es casi imposible. Para poder llegar a un buen diagnóstico es necesario contar con la ayuda de un buen estudio radiográfico.

ESTUDIO RADIOGRAFICO.

Radiográficamente en todos los quistes vamos a observar una zona radiolúcida bien definida, circunscrita por una zona radioopaca, esto es los tejidos duros.

En la zona de tejidos blandos se tomarán sialografías, que consiste en introducir una sustancia radioopaca (lipiodol) a través de algún conducto de la glándula salival, que nos dará una imagen clara del nivel donde se encuentra el conducto obstruido.

Es necesario en ocasiones para poder ubicar perfectamente el quiste, el hacer un estudio radiográfico comparativo con radiografías oclusales, intraorales, extraorales de manera que podamos obtener una información más adecuada acerca de la situación y volumen del quiste. En ocasiones se llega a confundir el quiste con cavidades naturales, como el seno maxilar o fosas nasales, entre ellas, en este caso nos vamos a auxiliar del método de Wassmund que consiste en inyectar (jeringa de Wassmund) una sustancia radioopaca (lipiodol) en la cavidad natural o la inyección de un líquido radioopaco que se mezcle con el líquido quístico (thorotrast) para cavidades cerradas. Cuando existen cavidades o quistes abiertos existe otro procedimiento que es el de introducir una gasa yodoformada impregnada de lipiodol, bario o bismuto en la cavidad abierta, todo esto con el fin de hacer la diferenciación.

HISTOLOGÍA.

La pared de los quistes varía, aunque su componente histológico estará en íntima relación del tejido que lo forma, así que puede encontrarse: epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar respiratorio y epitelio queratinizado. En los quistes odontógenos en ocasiones el quiste puede estar unido al tejido conjuntivo que rodea al nervio dentario inferior y su pared puede ser delgada o de gran espesor.

El contenido quístico puede ser líquido, claro o color pajizo, contener pus, puede ser semilíquido con una materia espesa amarillenta y gaseosa que contiene cristales de colesterol, en los quistes no odontógenos con frecuencia hay un líquido de tipo mocoide.

Aunque son muy pocos los quistes del maxilar que pueden diferenciarse basándonos únicamente en un examen microscópico, se han podido sin embargo establecer ciertas diferencias. Los quistes Periodontal, Dentígero Primordial y Fisural, por lo general se encuentran tapizados por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, situado sobre un tejido conjuntivo fibroso denso.

Los quistes radicular, periodontal y fisural presentan generalmente un infiltrado inflamatorio crónico secundario, muy rico en células plasmáticas, lo cual se observa con

menor frecuencia en los quistes dentígeros, primordial y gingival.

Los quistes fisurales, rara vez se encuentran tapizados por una delgada capa de epitelio queratinizado. A menudo se observan glándulas mucosas y agrupaciones de vasos sanguíneos y nervios en la pared del tejido conjuntivo del quiste maxilar anterior medio.

El quiste dentígero mandibular puede encontrarse en parte tapizado por células calciformes o poseer folículos linfoides o restos de células epiteliales debajo de la pared quística.

Estas vienen a ser algunas de las generalidades que encontramos en los diferentes tipos de quistes, ahora bien pasaremos al estudio de cada uno de ellos en lo particular.

CAPITULO QUINTO

QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL

Durante el transcurso de este capítulo nos dedicaremos exclusivamente a los quistes de origen no dental, tratando de abarcar en parte las teorías que parecen más interesantes a fin de formar un criterio útil y práctico tanto para mí como para algunas otras personas que estén interesadas en el tema.

Mencionaremos nuevamente la parte de la clasificación que corresponde a los quistes de origen no dental con el fin de tenerlos presentes y claros al iniciar su estudio.

1. QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL

A) DE HENDIDURA.

- 1.- Quiste Globulomaxilar.
- 2.- Quiste Palatino Medio (Quiste de la Línea Media)
- 3.- Quiste Maxilar Anterior Medio (Quiste del Conducto Nasopalatino, Quiste del Conducto Incisivo)
- 4.- Quiste Nasoalveolar (Quiste Nasolabial, Quiste de Klesadt)
- 5.- Quiste Medio Mandibular
- 6.- Quistes Dermoides y Epidermoides.
- 7.- Quiste del Conducto Tirogloso
- 8.- Quiste Linfopitelial Cervical Benigno (Quiste de Hendidura Branquial, Quiste Cervicolateral, Nódulo Linfático Quístico Benigno)
- 9.- Quiste Gastrointestinal Heterotrópico Bucal

B) DE RETENCION.

- 1.- Mucocèle
- 2.- Ránula
- 3.- Quiste de Retención del Seno Maxilar

QUISTE GLOBULOMAXILAR

DEFINICION.

Quiste de origen no dental, intraóseo, perteneciente a los quistes de hendidura, situado entre las raíces de los incisivos laterales y de los caninos superiores.

ETIOLOGIA.

Se origina a partir de los restos epiteliales que quedaron atrapados en la línea de fusión de la porción globular de la apófisis nasal media y la apófisis maxilar de la fisura globulomaxilar, durante el proceso embrionario.

Ultimamente algunos investigadores han dado a conocer algunas teorías referentes al origen de estos quistes:

Ferencyz menciona que a través de muchos casos ha descubierto que el verdadero origen es en la sutura ósea entre el premaxilar y el maxilar, por lo que propone que se cambie el nombre al de "Quiste premaxilar-maxilar".

Christ defiende a través de la valoración de la literatura en cuanto a los quistes globulomaxilares se refiere, que en primer lugar las prolongaciones faciales embriológicas no existen, por lo que no puede quedar atrapado ningún tejido, y en segundo lugar que se ha encontrado en muchos casos nidos de epitelio odontogénico, por lo que presume se trata realmente de un queratoquiste odontógeno.

Yo me inclino por la teoría inicial de que es un quiste fisural intraóseo por inclusión de tejido en la región bucal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se sitúa como ya mencionamos, entre las raíces de los incisivos laterales y el canino superior, aunque en algunas ocasiones llega hasta los primeros premolares.

También se ha encontrado una mayor incidencia a presentarse en forma bilateral aunque generalmente son unilaterales.

Estos quistes suelen ser asintomáticos, a menos que se infecten, pero si tienden a

crear divergencia en las raíces de los dientes contiguos, llegando a originar una malposición.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Radiográficamente se presenta como una radiotransparencia solitaria, piriforme entre las raíces de incisivos laterales y caninos superiores. El cuello de la forma de pera se localiza entre las partes coronarias de los dientes, por lo que se produce la divergencia en las raíces.

Este quiste si crece demasiado, tiende a crear tumefacción en los costados del paladar y el labio.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Microscópicamente presenta epitelio escamoso estratificado, respiratorio o columnar cilíndrico mientras que el resto de la pared se compone de tejido conectivo fibroso y por lo general va a presentar infiltrado celular inflamatorio.

DIAGNOSTICO.

Sólo se puede lograr cuando ya existe alguna inflamación en la zona y no hay ninguna causa aparente como caries o traumatismo. Este diagnóstico preciso lo vamos a obtener mediante el estudio radiográfico de la zona y con la diferenciación histopatológica. Debemos de tener mucho cuidado de no confundirnos con el quiste periodontal.

TRATAMIENTO.

Es la enucleación completa del quiste, tratando de conservar a los dientes adyacentes si es posible.

QUISTE PALATINO MEDIO

DEFINICION.

Es un quiste no odontógeno que se presenta en el hueso en la línea media del paladar y que no guarda relación con los dientes.

ETIOLOGIA.

Se va a originar por el epitelio atrapado a lo largo de la línea de las apófisis palatinas del maxilar. Puede desarrollarse también cerca de la zona alveolar o en el paladar duro.

Simplemente quedan los restos epiteliales embrionarios atrapados entre las dos apófisis palatinas laterales del maxilar superior en el momento de su fusión.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se sitúa en la línea media del paladar duro, entre las apófisis palatinas laterales por detrás del agujero palatino.

Tiende a agrandarse en un periodo prolongado, produciendo una hinchazón palatina definida y visible clínicamente. Se presenta una tumefacción sólida en la línea media del paladar mientras que la túnica mucosa suele estar pálida. En la actualidad se desconoce a ciencia cierta la causa de la proliferación epitelial y aunque es una lesión asintomática, sí puede producir disfonía y disfagia.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

En una radiografía oclusal encontraremos una zona radiolúcida bien definida frente al sector de molares y premolares, en la línea media del paladar por atrás de la papila incisiva. Esta zona radiolúcida frecuentemente se encuentra bordeada por una capa de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El revestimiento de la pared quística suele ser de epitelio escamoso estratificado, cuando tiene su origen bucal, y está revestida por epitelio columnar ciliado cuando el origen es nasal.

Estos revestimientos van a cubrir un tejido conectivo fibroso denso que puede tener infiltrado celular inflamatorio crónico. Dentro de este contenido quístico también vamos a encontrar restos celulares y queratina.

DIAGNOSTICO.

Este se hará mediante la valoración del estudio radiográfico, así como la valoración clínica y el estudio histopatológico.

TRATAMIENTO.

Este va a consistir en la enucleación del quiste junto con un cureteado adecuado.

QUISTE MAXILAR ANTERIOR MEDIO

DEFINICION.

Es otro de los quistes de origen no dentario o de desarrollo. Se presenta en el conducto incisivo o muy cercano a él, y es el más común de los quistes que se presentan en el maxilar del género de los de desarrollo.

ETIOLOGIA.

Se origina debido a la proliferación de los restos epiteliales de la estructura embriológica del conducto nasopalatino. Esta estructura consta de un conducto o cordón de células epiteliales y se encuentra dentro del conducto incisivo, el cual se encuentra en el punto de unión de las dos apófisis palatinas laterales con las apófisis palatinas anteriores.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Estos quistes reciben también el nombre de: Quiste del Conducto Nasopalatino, Quiste del Conducto Incisivo y Quiste de la Papila Palatina. No es una lesión rara, ya que se presenta en uno de cada cien pacientes (Staŕne) y aunque son asintomáticos, se ha encontrado hasta un 40% de estos quistes infectados.

Su aparición es entre la quinta década de la vida aunque se han hecho hallazgos de este tipo de quistes en algunos fetos (Abrams).

Clinicamente se va a presentar un agrandamiento de la línea media palatina en su porción anterior, y cuando se infectan llegan a producir tumefacción y dolor a la vez que una pequeña fístula en la zona de la papila palatina. El crecimiento de este tipo de quistes puede provocar la separación de los incisivos centrales y traer problemas en la fonación.

Se presenta una variante de este quiste que es una hinchazón dentro de la papila palatina, esto se ha justificado diciendo que se genera de los nidos epiteliales del agujero incisivo y no de los que se encuentran en el hueso.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Vamos a observar una zona radiolúcida de forma ovalada que por lo general está centrada y simétricamente bien definida en la zona de incisivos centrales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Estos quistes se encuentran tapizados por epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado pseudoestratificado y epitelio cuboide, lo que indica que su origen sí tiene que ver directamente con el conducto nasopalatino, ya que éste presente el mismo tipo de tejido. También vamos a encontrar en la pared de estos quistes infiltrado celular inflamatorio, no pocas veces, así como el acumulo de glándulas mucosas y varios vasos y nervios grandes.

DIAGNOSTICO.

Este se realiza mediante las radiografías y la diferenciación histopatológica. Se debe presentar un cuidado especial en el diagnóstico diferencial, para no confundir a este tipo de quistes con algún quiste periodontal, y para evitar el sacrificio de la pieza dentaria.

TRATAMIENTO.

Algunos autores indican que no se debe de quitar esta patología si es que se presenta en forma asintomática y no tiende a crecer, ya que no se tienen noticias de la transformación maligna de estos quistes.

En pacientes desdentados que vayan a portar alguna prótesis, si es recomendable la enucleación para evitar que esta patología se convierta en un foco de irritación e infección.

QUISTE NASOLABIAL

DEFINICION.

Es un tipo de quiste de desarrollo raro, ya que no se encuentra dentro del hueso, pero sin embargo puede llegar a afectarlo secundariamente. Este quiste se encuentra situado en el lugar de fijación del ala de la nariz y recibe también los nombres de Quiste Nasoalveolar y Quiste de Klestadt.

ETIOLOGIA.

Se cree que deriva de los restos epiteliales atrapados a lo largo de la línea de fusión de los procesos globular, nasolaterales y maxilares.

Existen algunos autores como Roed, Petersen y Christ que defienden el origen de este quiste en la parte anteroinferior del conducto nasolagrimal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este quiste se encuentra situado entre el lateral y el canino superior y cercano a la incisión del ala de la nariz, desplazando a los tejidos vecinos, y puede llegar a producir bastante hinchazón en el pliegue mucovestibular así como en el piso de la nariz y en el maxilar del lado infectado.

Generalmente este quiste se presenta unilateralmente, aunque se han dado casos en los que se llega a encontrar en forma bilateral. La incidencia es mayor en las mujeres que en los hombres y de los 41 a 46 años, aunque pueden presentarse en cualquier edad (Roed Petersen).

Estos quistes pueden ser capaces de producir erosión superficial en la superficie externa del maxilar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se observa que no demuestran ninguna alteración ósea, sin embargo puede aparecer una zona radiolúcida si el quiste produce una reabsorción ósea por presión desde el lado del periostio, aunque generalmente este tipo de quistes no tiende a involucrar al tejido óseo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se presenta un tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado, en ocasiones ciliado y frecuentemente hay células calciformes o de epitelio escamoso estratificado.

DIAGNOSTICO.

Será radiográfico y por medio de la diferenciación histopatológica.

TRATAMIENTO.

Es la enucleación, la cual se realizará con cuidado de no perforar ni aplastar la lesión.

QUISTE MEDIO MANDIBULAR

DEFINICION.

Es una lesión quística, sumamente rara que se localiza en la línea media de la mandíbula entre las raíces o los ápices de ellas de los centrales inferiores.

ETIOLOGIA.

Estos quistes generalmente se clasifican como anomalías del desarrollo por proliferación de los restos epiteliales atrapados en la fisura mandibular media durante la fusión de los arcos mandibulares.

También se cree que sea un quiste primordial originado por un órgano del esmalte supernumerario en el segmento anterior de la mandíbula. O bien puede ser un quiste periodontal lateral situado en la línea media.

Todas estas teorías han sido enunciadas y revisadas por Lucchesi, Topazian, y últimamente por Tilson y Bauerle. El consenso en general los sitúa como quistes de desarrollo, como ya mencionamos anteriormente, aunque en realidad no se conoce con precisión su mecanismo etiológico.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este quiste se localiza en el maxilar inferior y se sitúa en la línea media por debajo de los ápices de los incisivos centrales, tienen la característica de ser asintomáticos, por lo que sólo se pueden detectar casualmente en un examen radiográfico de rutina.

En muy pocas ocasiones llegan a crecer produciendo la expansión perceptible de las láminas óseas corticarias, pero sí pueden producir tumefacción en algunas ocasiones.

Los dientes vecinos que se asocian a este tipo de quistes llegan a responder muy bien a las pruebas de vitalidad pulpar que se les aplican.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Este quiste se viene a presentar como una zona radiolúcida unilocular, bien delimitada, aunque en algunas ocasiones puede también presentarse en forma multilocular.

Los quistes medio mandibulares pueden presentar también un aspecto multilobular, oval o redondo irregular.

CARACTERISTICAS HISTOLÓGICAS.

Estos quistes presentan epitelio escamoso estratificado con pliegues y proyecciones tapizando una luz central. En algunos casos se ha encontrado también un revestimiento de epitelio columnar ciliado pseudoestratificado.

DIAGNOSTICO.

Como ya mencionamos que estos quistes nos proporcionan muy pocos datos clínicos, encontraremos que el diagnóstico se hará en base a los descubrimientos radiográficos que se hagan en esa zona en un examen de rutina.

TRATAMIENTO.

Como estos quistes no tienen una incidencia notable, no se ha podido sentar un buen pronóstico, pero se aconseja la enucleación del quiste, tratando de preservar los dientes cercanos hasta donde sea posible.

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE

DEFINICION.

Este quiste se ha llegado a considerar como un teratoma quístico que suele localizarse en zona de cabeza y cuello y con más frecuencia en el piso de la boca y zonas submaxilares y sublinguales.

ETIOLOGIA.

Se originan principalmente del epitelio terminal embrionario, aunque en algunas ocasiones llega a presentar estructuras de otros tipos de capas germinativas, atrapados en la línea media durante el cierre de los arcos branquiales, hioideo y mandibular.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Estos quistes emergen del piso de la boca y muy raras veces se presentan en el momento del nacimiento, los que se llegan a presentar son los dermoides; la época de preferencia para la aparición de estos quistes es la edad de adultos jóvenes, y no existe predilección por el sexo.

La lesión típica es un abultamiento en el piso de la boca que varía en tamaño y aparece como "masilloso" a la palpación o en ocasiones fluctuante, esto es según el contenido del quiste.

Estas lesiones pueden causar disfonía y disfagia, particularmente si el quiste se encuentra sobre el músculo geniohioideo y bajo la mucosa bucal. En otras ocasiones existe un abultamiento en la zona submentoniana, esto es cuando la lesión se encuentra entre los músculos geniohioideo y milohioideo, a veces se localiza bajo este segundo músculo. Muy pocas veces estos quistes se infectan y llegan a fistulizarse, drenando hacia la boca o la piel. Algunos autores han descrito a estos quistes como lesiones de posible transformación maligna.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El aspecto histológico va a variar según la lesión. Unos presentan una pared conectiva tapizada en su superficie interna por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado queratinizado. En otros casos encontramos glándulas sebáceas e incluso folículos pilosos y una que otra glándula sudorípara, mientras que en la luz vamos a ver que el contenido es material sebáceo y queratino, esta en general es la descripción de un quiste epidermoide.

Otras lesiones llegan a contener particularmente estructuras variadas como: hueso,

músculos y derivados gastrointestinales, para constituir así la estructura de un teratoma complejo.

TRATAMIENTO.

El tratamiento debe ser la enucleación completa y en la literatura no se han dado casos de recidiva.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

DEFINICION.

Es un quiste de desarrollo muy poco frecuente, que se presenta en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso embrionario, entre el agujero ciego y la glándula tiroides.

ETIOLOGIA.

Es más bien desconocida, aunque se piensa que se desencadena por una 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, lo que causa una obliteración de los conductos y los remanentes de éstos son los que lo producen.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este quiste presenta la forma de una masa firme en la línea media de tamaño variable de milímetros a centímetros que se hincha con lentitud y es asimétrica.

Se puede ubicar en la parte alta del conducto, cercana a la lengua y en este caso va a haber disfagia; este quiste se puede hallar también en el agujero ciego, en el piso de la boca o cerca de los cartílagos tiroides o cricoides, en fin, a lo largo del conducto tirogloso.

Se presenta en personas jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad y en ocasiones tiende a formar una fístula que se abre a la superficie cutánea o mucosa.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se encuentra tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o de transición, ya que se origina del piso faríngeo embrionario. Cuando hay presión intraquística, las células llegan a aplanarse.

En la pared de tejido conectivo hallaremos frecuentemente pequeñas zonas de tejido linfóide, tejido tiroideo y glándulas mucosas.

DIAGNOSTICO.

Se hace mediante los síntomas clínicos y la diferenciación histopatológica.

TRATAMIENTO.

Se debe de realizar un tratamiento de excisión quirúrgica radical, esto con el fin de evitar la recidiva.

Cabe mencionar que aunque es raro que se presente un carcinoma de restos epiteliales del conducto tirogloso, en las investigaciones de Jaques encontraron un total de 58 carcinomas del conducto tirogloso.

QUISTE LINFOEPITELIAL CERVICAL BENIGNO

DEFINICION.

Es un quiste que se presenta en la zona lateral del cuello y que recibe también los nombres de: Quiste de Hendidura Branquial, Quiste Cervical Lateral y Nódulo Linfático Quístico Benigno.

ETIOLOGIA.

Se ha considerado como un quiste que se origina en los restos de los arcos branquiales o en los sacos faríngeos.

Sin embargo, las últimas investigaciones han demostrado que no es un quiste fisu-

ral verdadero, Bhaskar y Bernier analizando la histogénesis de 468 casos encontraron que el origen estaría en la transformación quística del epitelio atrapado en los nódulos linfáticos cervicales. Y aunque la fuente de este epitelio es desconocida, es muy probable que provengan de las glándulas salivales, de ahí el nombre de Nódulo Linfático Quístico Benigno.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Son patologías de crecimiento lento que pueden durar de semanas hasta algunos años. Se presentan como una masa movable y asintomática en la zona lateral del cuello, cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. En ocasiones puede presentarse en el ángulo de la mandíbula en la zona submaxilar o a veces hasta la zona preauricular y parotídea.

Casi siempre aparece en adultos jóvenes, aunque puede dar signos evidentes de su presencia en la niñez temprana.

CARACTERISTICAS HISTOLÓGICAS.

Suele estar tapizado de epitelio escamoso estratificado o epitelio columnar ciliado en su contenido. La pared generalmente presenta tejido linfóide (con la forma típica del nódulo linfático) y una cantidad variable de tejido conectivo.

Su contenido es casi siempre un líquido acuoso claro o material mucoso gelatinoso espeso.

DIAGNOSTICO.

Este se lleva a cabo mediante su diferenciación histopatológica y las manifestaciones clínicas que se han descrito.

TRATAMIENTO.

Se debe hacer la remoción quirúrgica en forma minuciosa, ya que si sólo se drena o

se dejan restos tiende a recidivar y aunque es raro. Collins y Edgerton registraron la formación de un carcinoma derivado del epitelio que tapiza al quiste.

QUISTE GASTROINTESTINAL HETEROTROPICO BUCAL

DEFINICION.

Es un quiste o pequeño nódulo que se presenta afectando a las zonas blandas, especialmente a la lengua, cavidad bucal o piso de la boca.

ETIOLOGIA.

Se cree que son derivados de restos embrionarios traspuestos de: islas heterotópicas de mucosa gástrica en el esófago, intestino delgado, quistes torácicos, quistes onfalomesentéricos, páncreas, vesícula biliar y divertículo de Meckel (Gorlin y Jirasek).

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es un quiste corisintomático en forma de un pequeño nódulo que se localiza dentro de la lengua, adelante o atrás de la misma, en el piso de la boca, en el cuello o cerca de la glándula submaxilar. Generalmente no da síntomas aunque su posición puede acarrear dificultades en la alimentación o en la fonación. En ocasiones algunos de estos quistes fistulizan comunicándose a mucosa.

Se presentan a cualquier edad, pero hay mucho más incidencia en bebés o en niños pequeños y de sexo masculino.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Existe en este quiste un revestimiento parcial de epitelio escamoso estratificado y de mucosa gástrica, similar al del estómago, así como células parietales y principales, y a veces se observa epitelio intestinal con células de Paneth, calciformes y argentófilas y puede o no estar presente una mucosa muscular

B) QUISTES DE RETENCION

Estas lesiones son consideradas también como quistes de desarrollo, pero se presentan en cualquiera de los conductos que abundan en el seno de los labios o carrillos, dando como resultado un fenómeno de retención. Por lo general estas lesiones van a contener material mucoso, el cual al irse acumulando va a producir alteraciones degenerativas de la estructura glandular, por ejemplo las glándulas de Blandin y Nuhn se abren en la cara ventral de la lengua, tanto como las labiales, que son siempre las más afectadas, por el traumatismo que va a dar como resultado un vuelco del mucus hacia el estroma adyacente.

Se ha hecho una clasificación que incluye solamente tres tipos de estos quistes de retención, y vienen a ser el Mucocelo, la Ránula y el Quiste de Retención del Seno Maxilar, los cuales describiremos a continuación.

MUCOCELE

DEFINICION.

Es un tipo de lesión quística que va a afectar tanto a las glándulas como a los conductos salivales.

ETIOLOGIA.

También se le ha denominado como fenómeno de retención y quiste mucoso de retención y se va a originar por la obstrucción del conducto de las glándulas salivales y conductos accesorios. La obstrucción puede ser originada a su vez por algún traumatismo, infección o por la presencia de un cuerpo extraño.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta como una lesión mucosa pequeña, circunscrita elevada de color azulado

traslúcido y son de formas redondas u ovaladas. Esta lesión se puede presentar en forma superficial o bien puede estar situada en un tejido profundo, las manifestaciones clínicas varían dependiendo de esta situación; mientras sean superficiales presentarán el color azulado translúcido, pero cuando sean profundas entonces se manifestarán como una hinchazón, siendo el aspecto exterior como el de una mucosa normal.

El sitio preferido de aparición es el labio inferior, carrillos y en la porción anterior de la lengua. A veces podemos encontrarlo situado por encima del músculo milohioideo, pero puede extenderse en posición hacia atrás.

Se presenta en individuos de menos de 40 años, y es más común entre el sexo femenino.

CARACTERISTICAS HISTOLÓGICAS.

En su gran mayoría va a haber una cavidad circunscrita de tejido conectivo y submucoso, en pocas ocasiones se llega a presentar revestimiento epitelial. Existe también una pared de tejido de granulación que contiene infiltrado de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmocitos.

La luz del quiste va a estar ocupada por un coágulo eosinófilo que contiene un abundante número de macrófagos. Las glándulas salivales adyacentes a menudo presentan alteraciones inflamatorias o signos de obstrucción.

TRATAMIENTO.

Por lo general se hace la enucleación completa, aunque en algunos casos basta con la marsupialización y en ocasiones es necesario escindir la glándula si se llega a producir una recidiva.

RANULA

DEFINICION.

Es un quiste de retención que generalmente se forma en el piso de la boca entre la

lengua y la parte anterior del piso de la boca.

ETIOLOGIA.

Se origina por la obstrucción sublingual , submaxilar o de una glándula mucosa (glándula de Suzane), o bien puede ser un aneurisma la causa de la obstrucción.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es una lesión rara que se va a presentar como una masa indolora en el piso de la boca y tiende a desarrollarse lentamente. También se presenta de dos formas, como el mucocèle, cuando está situada profundamente, el aspecto de la mucosa es normal, pero si se localiza superficialmente va a haber un aspecto de color azulado traslúcido en la mucosa.

Se ha descrito la aparición de un tipo de quiste suprahioideo sumergido que hace hernia a través del músculo milohioideo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Es sumamente parecido al mucocèle, con la variante de que en ocasiones llega a presentar un revestimiento epitelial.

TRATAMIENTO.

Se tiene que realizar la enucleación completa y es recomendable que se haga la eliminación de los ácinos glandulares correspondientes, para que de esta forma se pueda evitar la recidiva.

QUISTE DE RETENCION DEL SENO MAXILAR

DEFINICION.

Es una variante del fenómeno de retención mucosa de las glándulas de revestimiento en el seno maxilar. Se le conoce también como quiste secretor del seno maxilar, mucocèle

de seno maxilar y quiste mucoso de seno maxilar.

ETIOLOGIA.

Se desconoce actualmente cuál es el motivo de la formación de este quiste, aunque algunos autores han sospechado de las intervenciones quirúrgicas durante las extracciones, sin embargo se ha tenido noticias de la presencia de este tipo de quistes en zonas desdentadas sin antecedentes de intervención quirúrgica.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Son totalmente asintomáticos, por lo que sólo llegan a descubrirse en un examen radiográfico de rutina. En muy pocas ocasiones se llegan a sentir molestias en la mejilla o en el maxilar, dolor y sensibilidad de cara y dientes y entumecimiento del labio superior en un 10% (pacientes de Wright) y se ha descrito también la expansión vestibular del antromaxilar. Este quiste no presenta predilección por la edad ni por el sexo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Aparece como una radiopacidad, que va a ser más bien tejido blando que una zona calcificada bien definida, abovedada o semiesférica de tamaño variable, y hay desde las más pequeñas hasta las que llegan a ocupar la totalidad del antro.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Se presenta una acumulación de líquido dentro de los espacios de tejido conectivo sin que exista un revestimiento característico, entonces se le denomina quiste no secretor. Cuando presenta un tipo de revestimiento de tipo respiratorio se le conoce como antral secretor, siendo en ambos casos el infiltrado celular inflamatorio común.

DIAGNOSTICO.

Se debe de evitar la confusión con quistes periodontales apicales de dientes cercanos al seno, osteofibromas o al quiste ciliado quirúrgico del maxilar.

TRATAMIENTO.

No se considera necesario el tratamiento, ya que la gran mayoría tiende a desaparecer después de un periodo relativamente corto.

CAPITULO SEXTO

11. QUISTES DE ORIGEN DENTARIO

- 1.- Quistes Primordiales (Quistes Simples, Quistes Periodonticos, Quistes Perio-
dontales)
- 2.- Quistes Multiloculares
- 3.- Quistes Odontogeno Queratinizante y Calcificante (Quiste Odontogeno Epitelial,
Calcificante, Quiste de Gorlin, Tumor Queratinizante Quistico)
- 4.- Queratoquiste Odontogeno
 - a) Síndrome del nevo Basocelular (Polioncosis Cutaneomandibular Hereditaria,
Síndrome de Gorlin y Goltz)
- 5.- Quiste Gingival. a) del Recién Nacido, b) del Adulto
- 6.- Quistes Parodontales (Quistes Paradentarios, Quistes Uniloculares, Quistes
Epiteliales Uniloculares, Quistes Alveolodentarios, Quistes Peribioticos,
Quistes Odontoplticos, Quistes Radiculares, Quistes Radiculodentarios, Quistes
Apendiculares, Quistes Apicales y Granuloma Quistico)
 - a) Apical b) Lateral c) Residual
- 7.- Quistes Dentigeros (Quistes Foliculares, Quistes Dentigeros, Quistes Coronoden-
tarios, Quistes Embrionarios, Adamantinoma Quistico de origen Gubernacular)
 - a) Central b) Lateral c) de Erupción

QUISTES PRIMORDIALES

DEFINICION.

Son procesos quisticos de origen dentario que se localizan generalmente en un es-
pacio desdentado a nivel parodontal, y reciben también los nombres que mencionamos con
anterioridad.

ETIOLOGIA.

Se cree hasta la fecha que se forma a partir de una degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte, antes de la formación del esmalte o dentina calcificados. En algunos casos se les ha asociado con un órgano dental supernumerario.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Estas lesiones son asintomáticas, salvo que se infecten por alguna causa secundaria. Su tamaño puede variar considerablemente de manera que puede llegar a producir un agrandamiento del maxilar y la migración consecuente de los dientes, aunque generalmente el tamaño no alcanza un diámetro mayor de tres centímetros.

Suelen aparecer estas lesiones con mayor frecuencia durante la segunda y tercera décadas de la vida y no muestran preferencia por raza o sexo. En el 80% de los casos se va a presentar en la zona de terceros molares, y en un 20% en cualquier otra zona de piezas permanentes. Suele también presentar las tres etapas de la marcha clínica siendo la cuarta la última aunque no es raro que se presente durante cualquiera de las anteriores.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Aparece una zona radiolúcida redonda u oval bien definida, aunque puede presentar un borde esclerótico o reaccional, el cual puede ser unilocular o multilocular.

Generalmente se localizan por abajo de las raíces de los dientes, cuando estos están presentes o cerca del reborde alveolar en zonas desdentadas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El aspecto histológico de los quistes de origen dentario es muy similar en general, primeramente vamos a encontrar en la pared fascículos paralelos de fibras colágenas de diferente espesor, y en la superficie interna existe una capa de epitelio escamoso estratificado, el cual suele presentar paraqueratina u ortoqueratina. En algunos casos se

ha llegado a encontrar una capa de células basales columnares (Soskolne y Shear).

DIAGNOSTICO.

Como ya mencionaba anteriormente, en su gran mayoría estas lesiones son asintomáticas por lo que se puede llegar a descubrir sólo mediante el examen radiográfico rutinario o sospechar de ellas en zonas desdentadas con alguna pequeña inflamación. El diagnóstico diferencial se realizará mediante las radiografías y el estudio histopatológico.

TRATAMIENTO.

Va a ser la enucleación a conciencia, con un curetaje a fondo en el hueso con el fin de evitar la recidiva, ya que el índice de recidiva es elevado en este tipo de quistes.

QUISTES MULTILOCULARES

DEFINICION.

Son quistes de origen dentario que por lo general llegan a presentarse en la zona de terceros molares y cuya característica es la de presentarse en forma de racimo, o sea varios quistes unidos entre sí.

ETIOLOGIA.

Estos quistes, aunque son de origen dentario, no suelen asociarse con ningún diente, esto es en cuanto a su situación ya que casi siempre se encuentran en la zona periodontal.

Su origen se ha atribuido a dos razones básicas: primero a varios gérmenes dentales que se encuentran contiguos y en segundo término a la proliferación del epitelio odontogénico.

En algunas ocasiones estos quistes pueden llegar a separarse de su unión, esto es

se distribuyen en forma de varios cordones epiteliales macizos o quísticos del adamantinoma y del estroma del tejido conectivo, dando origen a diversos quistes en algunas ocasiones primordiales y en otras quistes dentígeros y algunas veces pueden llegar hasta degenerar en odontoma.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Su crecimiento suele desarrollarse mucho más rápido que en otros quistes, por lo que habrá un agrandamiento de hueso en la zona afectada.

Además de la deformación facial producida por la expansión ósea, se llegan a presentar molestias funcionales, ya que su localización casi siempre es en zona de terceros molares.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Radiográficamente vamos a encontrar una zona radiolúcida con aspecto multiquístico, es decir una zona grande rodeando a otra semejante a varias pompas de jabón.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Son varias bolsas quísticas que llegan a adquirir un volumen considerable y comienza su desarrollo desde el centro del hueso, separando las tablas óseas hasta llegar a exteriorizarse por el lado vestibular casi siempre.

Estas cavidades están comunicadas entre sí y contienen un líquido ambarino. Sus paredes se encuentran constituidas de un tejido conjuntivo y un revestimiento epitelial. Las cavidades grandes van a presentar células epiteliales aplanadas, dispuestas en varias capas.

DIAGNOSTICO.

Se hará básicamente por el estudio radiográfico y nos ayudará un poco la diferenciación histopatológica.

TRATAMIENTO.

Consiste en la enucleación con un curetaje a conciencia.

QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE

DEFINICION.

Es una lesión bastante rara, ya que presenta tanto características de quiste como de neoplasia. Se le denomina también con los nombres de Quiste Odontógeno Epitelial calcificante, Quiste de Gorlin y Tumor Queratinizante Quístico.

ETIOLOGIA.

Hasta el día de hoy se han hecho una serie de estudios pero sin ningún resultado positivo por lo que se desconoce la etiología de este quiste, aunque se cree que se asocia con la degeneración del epitelio odontógeno.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Su sitio de aparición es preferentemente en zonas centrales de hueso, aunque también suele presentarse en la periferia como una proliferación gingival. Suele lesionar al hueso subyacente o se puede presentar meramente como una erosión superficial.

La mayor parte de las ocasiones se presenta en adultos y no suele presentar predilección por el sexo. Generalmente son de un volumen pequeño, aunque se pueden llegar a encontrar quistes de gran tamaño.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Sólo tenemos una imagen de los que suelen ser intrabseos, y esta es radiolúcida con cantidades variables de material radiopaco calcificado dispersado.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El revestimiento epitelial que suelen presentar estos quistes es de células columnares o cuboideas y en el interior encontramos células eocinófilas pálidas, las cuales tienden a queratinizarse y calcificarse y también existe tejido de capas de retículo estrellado.

En algunos casos se pueden asociar a un odontoma de manera que el quiste puede estar entremezclado con el tejido adamantino dentinal y pulpar de la lesión.

TRATAMIENTO.

Debe de ser extirpado totalmente al encontrarse un proceso patológico de este tipo, debido al continuo crecimiento de éste.

QUERATOQUISTE ODONTOGENO

DEFINICION.

Es un quiste que presenta un mayor índice de queratinización con respecto a los demás. También tiene un gran índice de recidiva y generalmente muestra su preferencia para localizarse en zona de terceros molares inferiores y en la rama ascendente del maxilar inferior.

ETIOLOGIA.

Es desconocida, aunque algunos autores lo sitúan como un posible quiste primordial de origen diverso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este quiste no llega a presentar ninguna característica clínica específica, aunque por lo general hay dolor, hinchazón y expansión del hueso. Hay una gran preferencia por la mandíbula y en pacientes en la tercera década de la vida, y teniendo un índice de recidiva muy elevado.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La pared es delgada pero tiende a engrosarse cuando se presenta alguna infección. El epitelio que presenta es escamoso, estratificado con paraqueratosis u ortoqueratosis.

Una característica es que vamos a encontrar una superficie ondulada o acanalada mientras que en la luz del mismo vamos a encontrar un líquido de color pajizo o un material cremoso más espeso el cual puede tener queratina en grandes o pequeñas cantidades.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Suele presentarse una imagen radiolúcida, la cual varía siendo unilocular o multilobular, con un delgado borde esclerótico reaccional óseo.

TRATAMIENTO.

Debe hacerse la enucleación quirúrgica a conciencia y posteriormente llevar un control radiográfico por lo menos durante los primeros cinco años debido al gran índice de recidiva.

a) SINDROME DEL NEVO BASOCELULAR

DEFINICION.

Es una afección hereditaria transmitida como rasgo dominante autosómico, con elevada penetración y expansividad. El nombre completo de este es Síndrome de Quiste y Nevo Basocelular del Maxilar y Costilla Bífida. Se le conoce también como Polioncosis Cutáneo Mandibular Hereditaria y Síndrome de Gorlin y Goltz.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Como su nombre lo indica, es un síndrome, lo que quiere decir que va a presentar una serie de anomalías tales como son:

- a) Anomalias cutáneas; carcinoma basocelular, quistes y tumores dérmicos benignos, discratosis palmar y plantar y calcinosis dérmicas.
- b) Anomalias dentales y óseas; queratoquistes odontógenos múltiples, prognatismo leve, anomalías de costillas y vértebras (se hacen bífidas) y branquimetacarptalismo.
- c) Anomalias oftalmológicas; hipertelorismo con puente nasal ancho, ectopia cónica, ceguera congénita y estrabismo interno.
- d) Anomalias neurológicas; retardo mental, calcificación dural, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia congénita y médula blastoma.
- e) Anomalias sexuales; hipogonadismo en varones y tumores ováricos en la mujer.

En algunos pacientes se presenta pseudohipoparatiroidismo ;porque no hay respuesta a la parathormona (por falta de diuresis de fósforo junto con el acortamiento del cuarto metacarpiano).

Los queratoquistes odontogénicos producidos por este síndrome, suelen presentarse en la edad mediana.

TRATAMIENTO.

Es la enucleación quirúrgica de estos quistes.

PRONOSTICO.

Cuando se presentan los queratoquistes odontógenos por esta causa, el índice de recidiva es mucho más elevado y también se han registrado varios casos de ameloblastoma por la misma causa.

QUISTE GINGIVAL

Este quiste se presenta en número de dos, que son quiste del recién nacido y quiste del adulto, y como su nombre lo indica, se va a situar en la zona gingival.

a) QUISTE GINGIVAL DEL RECIEN NACIDO

DEFINICION.

Son nódulos solitarios o múltiples que se presentan en el reborde alveolar del recién nacido o en criaturas muy pequeñas. Se les conoce también con el nombre de Quiste de la Lámina Dental del Recién Nacido, Perlas de Epstein y Nódulos de Bohn.

ETIOLOGIA.

No se tiene bien definido hasta la fecha su origen, pero algunos autores han sostenido que éstos llegan a originarse en las células de la lámina dental (Kreshover).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presentan como pequeñas tumefacciones circunscritas, blancas situadas en el reborde alveolar y que por la presión aparecen isquémicas en algunas ocasiones.

Son asintomáticas y no parecen presentar ningún problema en cuanto a su desarrollo o crecimiento.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Presentan un delgadísimo revestimiento epitelial, mientras que su luz está ocupada por queratina descamada y células inflamatorias. Frecuentemente va a existir una calcificación distrófica y cuerpos hialinos de Rushton (características de los quistes dentígeros).

TRATAMIENTO.

Por regla general, estos quistes no requieren de ningún tratamiento quirúrgico ni de ningún otro tipo, ya que son asintomáticos y tienden a desaparecer cuando se hace la apertura superficial de la mucosa por la erupción de los dientes.

6) QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

DEFINICION.

Es un quiste gingival que va a hacer su aparición en la encía libre o insertada en el adulto.

ETIOLOGIA.

Según Ritchey y Orban son cuatro las posibles fuentes etiológicas, las cuales son:

- 1.- Por tejido glandular heterotrópico
- 2.- Por alteraciones degenerativas en un brote epitelial proliferante
- 3.- Por restos de la lámina dental del órgano del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal
- 4.- Por implantación traumática de epitelio.

Finalmente, tomando en cuenta estos enunciados, se acepta que las dos últimas son las más válidas, las cuales podrían dar origen a dos formas de quiste gingival, uno superficial y uno profundo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Aparece como una pequeña hinchazón circunscrita e indolora en la encía. En muchas ocasiones es semejante al mucocelo superficial. Por lo general no mide más de un centímetro y en ocasiones suele presentarse en la encía libre, en la insertada o en la papila.

Su época de aparición puede ser a cualquier edad, pero lo más común es que se presente en pacientes mayores de cuarenta años (Bashkar y Lashin).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Cuando es un quiste superficial y se presenta en tejido blando, por lo general no aparece en las radiografías, sólo si crece lo suficiente como para erosionar al hueso en la superficie de su lámina ósea cortical, aunque esto es sumamente raro.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Presenta una cavidad tapizada de epitelio de revestimiento, por lo general escamoso, aplanado y muy delgado. En algunas ocasiones llega a presentarse cierta formación de queratina y puede o no haber infiltración celular inflamatoria.

TRATAMIENTO.

Estos procesos en ocasiones no necesitan tratamiento, ya que son asintomático y pueden estar en zonas que no molestan, aunque se puede hacer la enucleación del quiste mediante un legrado paradontal.

QUISTES PARODONTALES

DEFINICION.

Son tumores inflamatorios a marcha crónica formados por una bolsa conjuntivoepitelial y con un contenido líquido o semilíquido. Se les conoce también con los nombres de Quistes Paradentarios, Quistes Uniloculares, Quistes Epitcliales Uniloculares, Quistes Alveolodentarios, Quistes Periósticos, Quistes Odontopáticos, Quistes Radiculares, Quistes Radiculodentarios, Quistes Apendiculares, Quistes Apicales y Granuloma Quístico.

Se conocen tres tipos de forma de estos quistes, que son Apical, Lateral y Residual.

ETIOLOGIA.

Estos quistes son procesos de neoformación, los cuales se producen a expensas de fenómenos flogísticos capaces de irritar tejidos vecinos, diente y periodonto (caries de cuarto grado, traumatismo, ortodondia, maloclusión y malas obturaciones, esto es cuando no se ha realizado la correcta protección pulpar). Estos estímulos son capaces de activar y de irritar los tejidos antes mencionados, los cuales tienden a adquirir en parte las actividades que antes tuvieron, originando de esta forma los procesos neoformativos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Estos quistes suelen presentar las etapas de la marcha clínica que ya mencionamos en capítulos anteriores. Tienden a desarrollarse en ambos maxilares, pero existe una amplia preferencia por el maxilar superior, esto se atribuye a:

- a) Mayor número de raíces (treinta o treintaidós en superior y veintidós en inferior).
- b) Inmunidad relativa a la caries en anteriores inferiores.
- c) Presencia de cavidades anatómicas naturales en el maxilar superior.
- d) Extracción prematura de terceros molares inferiores.

Los quistes parodontales se presentan en dientes permanentes. Sólo ha habido un caso en treinta años en dientes temporarios (Frey). Su época de aparición es entre los veinte y los cincuenta años, aunque se pueden presentar a cualquier edad y no suelen tener predilección por el sexo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Como mencionábamos al principio, estas patologías son de marcha crónica. Suelen existir algunas pequeñas diferencias entre los quistes parodontales jóvenes y los viejos.

En los quistes parodontales jóvenes encontramos que:

- a) Son de tamaño pequeño
- b) La cavidad quística presenta una bolsa de tejido conjuntivo epitelial sobre una capa de tejido de granulación.

En quistes parodontales viejos vemos que:

- a) Son de tamaño variable pero más grandes que los jóvenes
- b) La cavidad quística presenta una bolsa de tejido conjuntivo epitelial. El epitelio cubriendo la bolsa íntegramente y la cápsula o membrana es de tejido conjuntivo.

El contenido quístico varía en color (blanco, amarillo, hemático, etc.) y en consistencia (espeso, cremoso, caseoso o sólido), pero es un líquido en composición semejante

al suero sanguíneo, aunque también podemos encontrar detritus, restos celulares, polinucleares y cristales de colesterolina.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se va a presentar una zona radiolúcida bien definida y según su situación será apical rodeando al ápice de la raíz, lateral al lado del diente y residual en una zona desdentada.

Se debe tener cuidado en la diferenciación de los grandes quistes paradontales con las cavidades naturales del maxilar superior.

TRATAMIENTO.

Se puede realizar la marsupialización o la enucleación siguiendo las indicaciones para cada una de estas técnicas y el tratamiento a elegir se hará de acuerdo al criterio del cirujano.

a) QUISTE PARODONTAL APICAL

Se van a encontrar en el hueso periodontal rodeando al ápice del diente y pueden ser precedidos por una secuela que se origina como consecuencia de una infección bacteriana de la pulpa.

b) QUISTE PARODONTAL LATERAL

Es un tipo de quiste sumamente raro que probablemente tiene su origen en una degeneración quística de restos celulares epiteliales en el ligamento parodontal lateral de un diente erupcionado, en la encla o en el epitelio bucal traumatizado e implantado; también puede ser el resultado de una inflamación pulpar que progresa a través de un conducto accesorio.

c) QUISTE PARODONTAL RESIDUAL

Este término se aplica a aquellos quistes parodontales que permanecen después de la extracción dental o que se forman posteriormente, aunque también se les llama así a cualquiera de los quistes de los maxilares que permanecen sin causa aparente después de un procedimiento quirúrgico.

QUISTES DENTIGEROS

DEFINICIÓN.

Son bolsas de tejido conjuntivo epitelial en cuyo interior vamos a encontrar la corona de un diente, el cual generalmente permanece retenido. Solamente vamos a encontrar la corona de la pieza dentaria, nunca ha sido encontrada una pieza dentaria completa o algunas piezas dentro del saco quístico. Según la parte que se encuentre dentro del saco quístico veremos que éste puede ser central, lateral o de erupción.

ETIOLOGÍA.

Se debe básicamente su producción a trastornos mecánicos en la erupción dentaria que actúan sobre el saco pericoronario, el cual no sigue las leyes de la involución, y en lugar de desaparecer permanece irritándose y traumatizándose debido a la erupción de la pieza dentaria. Se va a producir un líquido entre el saco dentario y la corona del diente, y al aumento de la tensión y cantidad de este líquido se debe el crecimiento del proceso.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

Se localizan en ambos maxilares pero como mencionábamos anteriormente, debido a su íntima relación con los dientes retenidos, existe una mayor preferencia por el maxilar superior. Sobre todo en las zonas de terceros molares superiores e inferiores y caninos superiores.

Se presentan unilateralmente y en número de uno, aunque se pueden presentar bilateralmente y aún varios quistes en la misma persona. Su época de aparición es entre la niñez y la juventud, aunque se pueden presentar a cualquier edad.

Estos quistes presentan las cuatro etapas de la marcha clínica, y su crecimiento es siguiendo la ley de la menor resistencia, esto es hacia la tabla externa, a excepción de los quistes de caninos superiores, los cuales se desarrollan hacia palatino. Son procesos asintomáticos, a menos que se infecten y pueden llegar a alcanzar grandes volúmenes.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se va a presentar una zona radiolúcida rodeando a la corona o parte de un diente retenido, generalmente a nivel del cuello.

DIAGNOSTICO.

Se hace mediante los síntomas clínicos, y con la ayuda de un buen estudio radiográfico.

TRATAMIENTO.

Va a ser la extirpación quirúrgica del quiste y del diente que lo ha producido.

a) QUISTE DENTIGERO CENTRAL

Se le denomina de esta forma cuando el saco quístico se encuentra rodeando completamente a la corona del diente, en ocasiones puede llegar a rechazar a la corona del diente por la presión que ejerce sobre la superficie de oclusión el líquido que va acumulando.

b) QUISTE DENTIGERO LATERAL

Se le denomina quiste dentigero lateral a aquellos quistes que se encuentran con la bolsa quística adherida a una de las paredes del diente.

c) QUISTE DENTIGERO DE ERUPCION

Es un quiste raro, se encuentra asociado a los dientes permanentes y este va a presentar una acumulación de líquido histico o sangre en el espacio folicular alrededor de la corona de un diente de erupción. Este quiste se puede presentar en forma bilateral.

CAPITULO SEPTIMO

III. PSEUDOQUISTES O QUISTES NO EPITELIALES

- 1.- Quistes Hemorrágicos (Quistes Traumáticos, Quistes por Extravasación)
- 2.- Quistes Solitarios (Quiste Ideopático, Cavidad Osea Ideopática, Quistes Latentes)
- 3.- Quiste Oseo Aneurismático.

Estos procesos patológicos, como mencionábamos al principio de nuestro estudio, aunque no presentan epitelio recubriendo a la cavidad que se forma, sí han sido considerados como quistes debido a su comportamiento.

QUISTES HEMORRAGICOS

DEFINICION.

Estos quistes reciben también el nombre de quistes traumáticos o quistes por extravasación, y vienen a ser unas entidades sumamente raras que se encuentran en los maxilares.

ETIOLOGIA.

Se forman a partir de una inflamación aséptica en la cual la concentración de hidrogeniones ha aumentado, y los glóbulos blancos y el tejido medular liberan proteasas que vienen a ser las causantes de una osteólisis. Esta inflamación se va a originar por algún traumatismo o hemorragia (Jacobs).

Algunos otros autores afirman que el fracaso de la organización del coágulo va a producir necrosis en gran parte de las trabéculas del hueso esponjoso (Olech, Sicher y Weimann).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Son procesos asintomáticos que tienden a crecer, sin embargo no afectan la vitalidad

dentaria de las piezas vecinas. Generalmente se encuentran en el maxilar inferior en la zona correspondiente a los molares, o en la rama ascendente.

No presentan ningún tejido epitelial recubriendo a la cavidad, pero en su interior vamos a encontrar líquido hemático, seroso, restos celulares y aire.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se van a presentar como procesos radiolúcidos con sus bordes nítidos y bien definidos.

TRATAMIENTO.

Aunque no presenta una membrana, se van a seguir los enunciados para el tratamiento de Parth II, y vamos a obtener poco material del interior de este quiste, y finalmente se hará un raspado a conciencia y la obturación de la cavidad con Gelfoam, saturado con trombina, penicilina y el cierre se hará con sutura.

QUISTES SOLITARIOS

DEFINICIÓN.

Son procesos sumamente raros y que suelen presentarse en otros huesos, sobre todo en huesos largos se llegan a presentar en las epífisis y no solamente en los maxilares. Reciben también otros nombres como Quiste Ideopático, Cavidad Ósea Ideopática, Quistes Latentes. Cuando se presentan en el maxilar inferior se cree que es un defecto asimétrico del desarrollo producido por la arteria facial, donde cruza el hueso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Son asintomáticos y el tamaño de la cavidad varía de un centímetro hacia dos. Su forma es semicircular, y en algunas ocasiones elíptico. Muchas veces lo vamos a encontrar incluido dentro del hueso un poco por encima del borde inferior del maxilar inferior; no tienden a crecer ni a desarrollarse, por lo que se les ha denominado también Quiste Estad-

tico o latente. En su interior vamos a encontrar tejido glandular, y en algunas ocasiones no se encuentra absolutamente nada.

Suelen presentarse generalmente en el maxilar inferior a nivel del ángulo y por debajo del conducto dentario, y algunos autores como Bhaskar los han denominado cavidad ósea mandibulolingual, y mencionan que puede estar ocupada por una porción de la glándula submaxilar o sublingual.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Suele aparecer una imagen radiolúcida ovoide entre el conducto dental inferior y el borde inferior de la mandíbula por delante del borde de la misma.

Se debe tratar de no confundirse con el quiste óseo traumático o hemorrágico.

TRATAMIENTO.

No requieren de ningún tratamiento específico, solamente la observación del paciente y su información al médico nos indicará sobre la conducta terapéutica que debe seguirse.

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO

DEFINICION.

Es una lesión que se presenta en los tejidos óseos de los diferentes huesos.

ETIOLOGIA.

Aunque este quiste ocurre con mayor frecuencia en los huesos largos, las vértebras, clavículas, costillas, hueso ilíaco, cráneo, huesos de pies y manos y maxilares, no se le considera como un verdadero quiste, ya que no se encuentra revestido de epitelio, pero sin embargo tiende a crecer en su sitio y a persistir en el mismo. Actualmente se desconoce la etiología de este tipo de patologías.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Suele presentarse en pacientes jóvenes que a menudo presentan un aneurisma producido por un trauma. Son lesiones sencillas pero que llegan a molestar en ocasiones durante los movimientos, lo cual limita la movilidad del hueso afectado. Se presenta con mayor frecuencia en el maxilar inferior que en el superior y tiene una tendencia a aumentar de volumen, aunque generalmente suele durar alrededor de uno a seis meses.

Produce una corteza dilatada o abombada, la cual es muy sensible a la presión y puede llegar a producir maloclusión según el sitio en el que se presente. Si se llega a explorar quirúrgicamente este tipo de patologías, suelen sangrar profusamente.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Aparece como una zona radiolúcida unilocular o multilocular con un abombamiento de corteza ósea destruida.

Dentro de la cavidad quística va a haber una imagen en forma de panal o pompas de jabón.

CAPITULO OCTAVO

TRATAMIENTO

Durante este capítulo me dedicaré al estudio de las diferentes técnicas que se han postulado para el tratamiento de los quistes, no sin antes hacer un breve repaso de la técnica quirúrgica.

El tratamiento es relativamente sencillo y consiste en suprimir al quiste. Estas técnicas han sufrido algunas modificaciones, las cuales han originado algunos métodos que sin embargo se basan en la total o parcial eliminación de la bolsa quística.

Las bases de este tratamiento fueron dadas por Dupuytren, Heath y Partsch, que aunque se originaron hace más de cincuenta años siguen siendo efectivas.

El tratamiento es esencialmente quirúrgico ya que hasta la fecha no existe ningún medicamento o material que actúe como agente terapéutico contra este tipo de patologías. Sin embargo, nos vamos a auxiliar de algún tipo de medicamentos materiales, los cuales mencionaremos más adelante.

CONSIDERACIONES GENERALES DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

PREOPERATORIO.

MEDIDAS GENERALES.

Las extracciones dentarias han sido unas de las causas más comunes de hemorragia en pacientes predispuestos, por lo que es necesario prestar especial atención a los datos relacionados a la salud del paciente durante el estudio clínico, especialmente si en la historia clínica encontramos datos de posibles alteraciones o antecedentes hemorrágicos como: gingivitis, epistaxis, hematuria, hemoptisis, excesiva salida de sangre ante traumatismos aún leves, producción fácil de hematomas y equimosis o petequias.

Se hará una valoración previa de cualquiera de estas posibles afecciones y se ordenarán exámenes de laboratorio junto a los cuales haremos un estudio comparativo tomando como parámetro los valores normales.

ESTUDIOS DE LABORATORIO.

De preferencia se pedirá al paciente que se realice un hemograma (estudio de la sangre), el cual consistirá en:

Química sanguínea

Biometría hemática

Tiempo de sangrado

Tiempo de coagulación

Tiempo de protrombina

Concentración de tromboplastina

también se realizarán exámenes de orina para detectar las posibles alteraciones.

Los valores normales de algunos de los factores arriba mencionados, son:

tiempo de sangrado de 3 a 6 minutos

tiempo de coagulación de 5 a 8 minutos

tiempo de protrombina 12 segundos

Plaquetas 200 000 a 400 000 por milímetro cúbico.

TRATAMIENTO DE LA DIATESIS HEMORRAGICA.

La Diatesis Hemorrágica va a ser una alteración en la sangre producida por diferentes causas, entre ellas tenemos:

Hemofilia, Púrpuras, Trombocitopenias o vasculares, Leucemia, Cirrosis Hepática, Uremia, etc.

En caso de que las maniobras hemostáticas locales no sean suficientes al estar realizando la intervención quirúrgica, lo cual es sumamente raro si se han tomado las debidas precauciones, se recurrirá a la terapia general, es decir, la reposición del factor en defecto por medio de transfusiones de sangre según sea necesario (total o en parte).

En los procedimientos auxiliares para la hemostasis local contaremos con varios elementos efectivos como son: mecánicos, sutura y presión, químicos, sustancias estílicas y hemostáticas orgánicas como la trombina y tromboplastina (placenta humana y cerebro de conejo). Otros elementos con poderoso efecto hemostático, son la leche de mujer pura o

desecada, así como ciertos venenos de víboras.

MEDIDAS LOCALES.

El campo operatorio debe encontrarse limpio, ya que en la boca es imposible la esterilización total, pero se deben de seguir los siguientes procedimientos:

- a) Profilaxis, la eliminación del tártaro dental y de la caries.
- b) Se debe lavar la boca cuidadosamente con una solución de agua oxigenada o con una solución jabonosa (jabón líquido diluido en agua oxigenada en volumen diez veces mayor de agua). Se puede usar también un antiséptico bucal y en las lenguetas gingivales y capuchones de terceros molares, se pondrá tintura de mercuriclorato, todo esto antes de la operación.
- c) Tratar previamente a la cavidad oral en caso de presentarse afecciones en zonas blandas (gingivitis y estomatitis), en especial úlceras membranosas.
- d) Cuando hay presencia de lesiones tuberculosas o sífilíticas (chancreo, placas mucosas), ya que estos son focos de infección y contagio aún para el odontólogo.

HISTORIA CLINICA.

Va a ser la interrelación entre el paciente y el médico, y debe de ser adecuada para proporcionar los suficientes datos que nos auxilien para una evaluación física correcta.

La historia clínica, además de llevarnos a un diagnóstico correcto para aplicar el tratamiento adecuado, nos servirá también como: un material de investigación y como un instrumento de enseñanza. Una buena historia clínica también nos evitará mucho trabajo y complicaciones posteriores. Para elaborar una historia clínica debemos seguir un orden sistemático para simplificar el trabajo, mas no por ello hacerlo mecánicamente sino prestando atención a cada uno de los datos y complicaciones que encontremos al realizarla. La elaboración de este trabajo nos llevará de 20 a 30 minutos y deberemos de seguir el orden que a continuación menciono.

DATOS GENERALES.

Se les ha nombrado también como ficha de identificación y debe de contener: nombre, dirección, teléfono, edad, sexo, ocupación, estado civil y origen.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES.

Si viven sus padres qué enfermedades padecen, si no cuál fue la causa del fallecimiento y qué tipo de enfermedades padecen los parientes cercanos, las más importantes: diabetes, tuberculosis, discracias sanguíneas y cardiopatías.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

Se pregunta por enfermedades padecidas, desde la infancia, si se le ha practicado alguna intervención quirúrgica, si ha sufrido alguna fractura, si padece de alergias y debido a qué.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

Ingesta, preguntar la cantidad, el tipo y la frecuencia de su alimentación, peso, estatura, habitación, de qué tipo es y cuántas personas duermen ahí, higiene que practica y hábitos que tiene, si fuma, si toma y en qué trabaja. Se realiza la historia obstétrica, cuántas veces ha estado embarazada y cuántos partos ha tenido y cuántos hijos tiene y cuáles han sido la inmunizaciones que se han aplicado.

PADECIMIENTO ACTUAL.

Cuál es el tipo de molestia, cuándo empezó, cuáles fueron los primeros síntomas, cuál ha sido su evolución, las medidas terapéuticas que se han tomado y las causas probables.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

APARATO DIGESTIVO.

Si tiene buen apetito, si hay dificultad al tragar (esófago), dolor epigástrico, agruras, regurgitaciones, náuseas (estómago), si hay crecimiento abdominal, dolor del lado derecho, ictericia (hígado), si hay diarrea, estreñimiento, molestias rectales,

abundancia de gases, dolor abdominal bajo (intestino).

APARATO CARDIOVASCULAR.

Si hay disnea de esfuerzo o de decúbito, dolor precordial, palpitaciones, cianosis, cefalea, vértigos por cambios bruscos de posición, epistaxis, dolor en extremidades o frío, piel delgada, acúfenos, con cuántas almohadas duerme, si hay edema blando e indoloro o duro y doloroso, deshidratación y uñas como vidrio de reloj.

APARATO GENITOURINARIO.

Menstruación, normal, ritmo, duración, flujo, características, cuántas veces se realiza la micción, en qué cantidad, si hay dificultad, dolor, ritmo alterado y características de la orina.

SISTEMA ENDOCRINO.

Si hay datos de hipertiroidismo; temblor de dedos, diarrea, temperamento excitado, intolerancia al calor, taquicardia e hiperhidrosis.

Hipotiroidismo; edema, mixedema, bradilabia, bradisiquia, intolerancia al frío.

Hiperparatiroidismo; cólicos ureterales y dolores óseos.

SISTEMA NERVIOSO.

Si existe cefaleas y en qué zonas, intranquilidad, trastornos de los órganos de los sentidos, en la sensibilidad, en la motividad, pérdida o disminución de la memoria, de la coordinación, de la orientación, si duerme bien y cuántas horas.

SISTEMA HEMATOPOYETICO.

Si hay astenia, anemia, palidez, palpitaciones, gingivorragia, epistaxis, hemorragia.

Mientras se realiza el interrogatorio, se debe de observar perfectamente al paciente a fin de marcar algunas características del mismo, como son:

CONSTITUCIÓN.

Es el desarrollo tanto óseo como muscular y se puede presentar de tres formas: débil, fuerte e intermedio.

CONFORMACIÓN.

Esta se refiere a la proporción existente entre los segmentos del cuerpo, y será de diferente forma: mal conformados y bien conformados, o pueden padecer alguna alteración como el gigantismo, el enanismo, la macrocefalia o la acromegalia.

FASCIES.

Son los signos o fenómenos que se hacen visibles al imprimirse en el paciente, y pueden ser: tífica, hipocrática, peritoneal y febril. En ocasiones hay algunas anomalías que se manifiestan como resultante de una enfermedad: cara redonda, exoftalmos, pulso alterado, piel sedosa e irritable en caso de hipertiroidismo, pigmentaciones café en la yugular por la parte interna, cara de luna y boca de pescado en la enfermedad de Addison.

COLOR DE LA PIEL.

La piel es una membrana amplia que envuelve el cuerpo, y algunas de sus funciones son: transpiración, protección, secreción, absorción y sensibilidad. El color es producido por la melanina y el volumen de sangre circulante, y puede ser blanca o caucásica, amarilla o mongólica, negra o africana y cobriza o americana. Existen sin embargo algunas coloraciones anormales, es decir ajenas a la raza y que pueden ser: cianótica, por falta de O_2 o exceso de H_2CO_2 ; pálida, local o total por vasoconstricción; roja por vasodilatación; líbida, que es una combinación entre cianótica y amarillenta, característica de los muertos; icterica o amarillenta, por los pigmentos biliares depositados en el cuerpo mucoso de Malpighi; bronceada, por aumento en la cantidad de melanina, y gris, característica de los padecimientos de desnutrición o por intoxicación con plata.

ACTITUD.

Va a ser la posición que muestra nuestro paciente ante el interrogatorio, y puede ser voluntaria o libre, forzada, pasiva (coma o síncope) o instintiva.

MOVIMIENTOS.

Estos pueden ser modificados o pervertidos; aumentados (taquicardia), disminuidos (bradicardia) o abolidos (emiplejia), o bien pueden aparecer otros movimientos tales como: tics, temblores, coreicos o atetósicos.

MARCHA.

Esta puede ser unilateral o bilateral. La primera se divide en tres, que son: claudicante, cuando un miembro es más corto que el otro; elicópoda, cuando por la rigidez de un miembro se describen semicírculos para dar el paso; helicópoda, debido a la laxitud de uno de los miembros y bilaterales: atáxica, cuando se necesita de la vista para caminar; miopática o de pato, por falta de vigor en los miembros, se impulsan con la pelvis; polineurítica, cuando se levanta el pie para dar el paso por la rigidez de los músculos extensores (alemn); propulsiva, paso corto y rápido, característica del mal de Parkinson; espástica, piernas tiesas, se presenta en ancianos y niños con la enfermedad de Little; titubeante, marcha del ebrio.

EDAD APARENTE.

Se va a relacionar con la edad que representa nuestro paciente y puede ser la que realmente tiene, verse mayor o menor.

Podemos pasar a la exploración por regiones auxiliándonos de la inspección y de la palpación, que pueden ser manual o armada.

CABEZA.

Esta se divide en cráneo y cara, y vamos a ver por separado sus características.

CRANEO.

El volumen aproximado del cráneo es de 56 centímetros en hombres y 54 en mujeres, y las variaciones que se presentan en los diferentes tipos de cráneo son: doliocefalo, braquicefalo, occicefalo o torricefalo, noticefalo, acrocefalo, microcefalo y macrocefalo.

CARA.

Puede ser de forma redonda, ovalada, alargada, y las diferentes partes que la componen son: frente, ver su forma, volumen, si existe ucné, cicatrices o arrugas, cejas si hay abundancia o ausencia de ellas, revisar los reflejos oculares, el fotomotor o luminoso directo (midriasis y miosis, apertura normal de la pupila, de 3 a 5 milímetros), motor (acomodación o contracción pupilar), consensual (luminoso indirecto), revisar si existe alguna anomalía ocular como extravismo, esotropías, exotropías, orzuelo, chalación, tosís palpebral y nistalmus, observar la nariz si es mesorrino, leptorrino o platirrino.

CUELLO.

Se observará el volumen, la forma y el color para descubrir si hay inflamación de los ganglios; se inspeccionará también la tráquea, el tórax y el abdomen anotando si existe alguna anomalía, y finalmente se hará el examen bucal.

EXAMEN BUCAL.

Con la boca cerrada se examinan los labios en posición de descanso, color, textura o anomalías. Se examina la superficie interna y se ve el color, textura de la encía, su relación con los dientes, la profundidad del vestibulo, las inserciones de los frenillos, la mucosa, los carrillos, los orificios de los conductos de Stenon, los dientes, la relación de las arcadas entre sí. En apertura máxima examinaremos la úvula, el paladar duro, el paladar blando, las superficies masticatorias de los dientes y las palatinas. Se levanta o se separa la lengua para examinar su superficie inferior, el piso de la boca, se saca la lengua para estudiar la punta y la superficie dorsal y sus bordes.

Examinaremos la oclusión con las arcadas en contacto y las excursiones mandibulares la

terales y en protrusión. Relacionado a este examen está el de la articulación temporomandibular; al abrir y cerrar la boca debemos observar que se mueve en línea recta y sin que se oigan chasquidos al verificar este movimiento. La encía normal debe ser color rosa pero dependiendo de la pigmentación de la piel de la persona puede ser más oscura.

Finalmente se hará la prueba de vitalidad por medio del vitalómetro o por el frío (torunda embebida con cloruro de etilo) o por calor (gutapercha caliente).

Mediante todo este proceso sentaremos las bases para nuestro diagnóstico, pronóstico y el tratamiento más adecuado a seguir.

INSTRUMENTAL QUIRURGICO.

Es importante conocer o mencionar a grandes rasgos el tipo de instrumental quirúrgico que vamos a utilizar durante el tratamiento, y entre los más necesarios e importantes vamos a encontrar los siguientes, para Tejidos Blandos y para Tejidos Duros:

Bisturi de hoja corta (Brad Parker) con hoja del número 11, 12, ó 15; también podemos utilizar el bisturi de Mead (curvo en la hoja), el Radio Bisturi y el Galvano Cauterio o Termocauterio. Estos instrumentos se utilizarán para incidir.

Tijeras de Neuman (con curvatura) para sección de lenguetas gingivales y tijeras rectas para cortar los puntos de sutura.

Pinzas de disección dentadas, Pinzas de diente de ratón, Pinzas de Kocher y Pinzas atraumáticas, estas se utilizarán para la preparación de colgajos y para tomar la fibromucosa.

Legras, Periostótomo de Mead, Periostótomo, Espátula de Freer (esta se usa comúnmente en Otorrinolaringología), Espátulas Romas, estas serán para el desprendimiento del colgajo y para la separación de la fibra mucosa.

Separadores de Farabreuf, Separadores de Volkmann y Separadores en Angulo, los cuales se utilizan para mantener apartados los labios o el colgajo durante el transcurso de nuestra intervención quirúrgica.

Escoplo y Martillo, los escoplos son de varios tipos con hoja recta ahuerada y en media caña; los escoplos de Barry se utilizan para Osteotomía en terceros molares, y el martillo puede ser un martillo neumático o automático, estos implementos son para resecaer hueso.

Pinzas Gubias, Pinzas Rectas y Pinzas Curvas; se usan para Osteotomía.

Fresas, redondas del número 5 al 8 o de fisura número 560, Fresas Quirúrgicas de Schamberg, fresas para labrar caucho y fresas de Allport. Se ha difundido el uso de las fresas por ser instrumentos menos traumáticos para realizar la Osteotomía.

Líneas para hueso (Escofinas) las hay de diferentes tipos.

Agujas para sutura atraumáticas, sutura de nylon o catgut.

Sondas para diagnóstico y agujas calibre 44 para punsión, y jeringa.

Tubos de caucho o de Rubber-dam, usados para drenar.

Pinzas de campo para limitación del campo operatorio, o se puede utilizar un campo operatorio.

TECNICA DEL METODO PARTCH I

Este método es también denominado Método Conservador, y fue ideado por Partch, un notable cirujano alemán, en 1892, y aún tiene vigencia pues otros prestigiados cirujanos como Wassmund y Cavina lo siguen empleando.

El método consiste en la intervención quirúrgica mediante la cual vamos a vaciar el contenido líquido del quiste y a tratar la bolsa quística, quitando parte de esta bolsa, pero conservando la parte que se encuentra adherida al piso y paredes de la cavidad que ha formado el proceso patológico, de manera que esta cavidad quística vendrá a formar una cavidad accesoria, y la membrana quística por su condición epitelial adquirirá en poco tiempo todas las características del epitelio bucal.

INDICACIONES.

Este tratamiento está indicado en quistes paradentarios de más de tres centímetros de tamaño, de preferencia que no estén infectados, y se puede emplear también en quistes de tamaño mediano, es decir en aquellos quistes en los cuales al realizar la enucleación completa, vayan a producir trastornos tales como: hemorragias, fracturas de hueso, apertura del seno maxilar o lesión pulpar a los dientes vecinos.

VENTAJAS.

Algunas de ellas que han sido comprobadas son:

- a) La sencillez para efectuar este tratamiento.
- b) Se obtiene una bastante buena visualización de la cavidad quística.
- c) La superficie ósea quedará cubierta por epitelio quístico en toda su extensión, lo cual evitará una posible infección ósea.
- d) Se evita la posible lesión de los dientes vecinos.

DESVENTAJAS.

- a) El epitelio quístico en algunas ocasiones suele sufrir transformaciones adamantinas o tumorales (Thoma, Carpenter, Delater, Bercher y Cahn)*
- b) En otras ocasiones tienden a recaer bajo la forma de un nuevo quiste.
- c) También suele suceder que el epitelio quístico no es siempre íntegro, es decir, que está asociado a algún tipo de infección o la membrana quística se encuentra degenerada, lo cual va a complicar su conservación.

ANESTESIA.

Va a ser de gran importancia las técnicas y los anestésicos que se utilicen para insensibilizar la región que vamos a intervenir. De preferencia se utilizará anestesia o bloqueo regional para intervenir a los quistes, esto con el fin de darnos un margen más

* Dental Cosmos 75: 889, 1933.

amplio por si tenemos que ampliar la zona de nuestra intervención. En algunas ocasiones se puede utilizar la anestesia general, pero todo esto se hará de acuerdo al criterio del cirujano, lo mismo que la elección del agente bloqueador.

TIEMPOS QUIRURGICOS, METODO PARTSCH I

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento del colgajo
- 3.- Osteotomía
- 4.- Tratamiento de la bolsa quística
- 5.- Tratamiento del diente causante
- 6.- Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos
- 7.- Tratamiento Postoperatorio

VIAS DE ACCESO.

Cabe mencionar que las vías de acceso para la intervención de estos procesos patológicos siempre será a expensas de la tabla externa, o sea por vestibular, en la zona donde se localice el quiste, ya que todas las demás vía ofrecen peligro por ser de difícil acceso, insuficientes y antiquirúrgicas.

INCISION.

La incisión se hará en forma circular siguiendo su trazo los límites de la proyección del quiste sobre la cara vestibular. La incisión debe ser mayor que el diámetro horizontal del quiste, debe de llegar en profundidad hasta el hueso, incluyendo encla y periotio.

Se pueden utilizar también las incisiones de Partsch o de Newman, pero en este caso seccionaremos posteriormente el colgajo, siguiendo la cuerda del arco.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Para este procedimiento usaremos una legra o espátula roma para ir desprendiendo el colgajo, iniciando la maniobra de desprendimiento desde el centro del arco hacia los lados. Luego tomaremos el colgajo por la fibromucosa, con unas pinzas (Kocher, disección o de ratón), siguiendo la maniobra de desprendimiento.

En los casos en que el quiste esté en la etapa de exteriorización y que haya desaparición de la tabla externa, la bolsa quística estará en íntimo contacto con el periostio, y hay que tener mucho cuidado al desprender el colgajo, de no abrir extemporáneamente el quiste, de manera que podamos individualizarlo.

El colgajo se debe desprender hasta los límites superiores del quiste, o hasta encontrar hueso sano en caso de destrucción ósea.

OSTEOTOMIA.

Esta se efectuará con diversos instrumentos, según el estado del hueso; si el hueso está muy adelgazado, se podrá emplear un bisturí para hueso; cuando se encuentra parcialmente destruido, nos auxiliaremos de unas pinzas gubias.

Cuando el hueso es sólido y sano, podremos utilizar escoplo y martillo, o bien con fresas quirúrgicas, redondas del número cuatro al seis; procederemos a hacer unas perforaciones en forma circular, y finalmente quitaremos la tapa ósea con una pinza gubia o con el mismo escoplo. Las fresas van a traumatizar mucho menos que el escoplo, por lo que se ha generalizado su empleo un poco más.

OSTECTOMIA.

Esto será la regularización del hueso quitando las partes resistentes o papiráceas, así como los bordes ásperos dejados por la trepanación ósea, y esto se hará auxiliándonos con limas para huesos.

TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA.

Existen diversos procedimientos para obturar la bolsa quística con el fin de que se adhiera perfectamente al fondo de la cavidad que se ha formado, por ejemplo, el tapón de Stens. Hofer, Hofrath, Brandt, Stein, Weiser y Hesse son algunos de los cirujanos que utilizan y recomiendan este método, el cual consiste en la elaboración de un tapón de caucho o material plástico del tamaño y forma adecuados para obturar la cavidad, previa introducción del colgajo y limpieza de la cavidad. Esta obturación no debe hacerse a presión, ya que no es con fines hemostáticos.

La segunda técnica es similar, y solamente varía el material de obturación. Después de lavar perfectamente la cavidad con suero fisiológico, se coloca el colgajo dentro de ella, donde se adhiere a la fibromucosa la membrana quística por acción del material de obturación. En este caso vamos a emplear una gasa yodoformada y vaselinada para que no se adhiera a los tejidos. Esta gasa será también en tamaño proporcional a la cavidad, evitando el taponamiento a presión para que no se vayan a producir esfacelos por compresión excesiva (Wassmund). La gasa debe cambiarse cada 24 horas, y en caso de infección con mayor frecuencia. Es necesario al hacer cada cambio lavar perfectamente la cavidad con suero fisiológico o con una solución de fenol alcanforado, secar y obturar nuevamente con cantidades de gasa cada vez menores, a fin de no obstruir el proceso de reparación. Son útiles las pinzas de bayoneta para ayudarnos en esta maniobra.

TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.

Cuando encontramos que el diente causante es portador de una gangrena pulpar, este no se puede dejar sin tratar, ya que llegaría a producir una infección y un quiste.

Se han tenido muchas experiencias y se ha concluido con que son dos los caminos a seguir para el tratamiento del diente causante:

El primero sería la extracción del diente, la cual se realizarla unos cuantos días antes de realizar la intervención quirúrgica y teniendo especial cuidado de no fracturar al hueso alveolar o partes blandas que cubren al quiste, con el fin de preservar la bolsa

quistica en su integridad, y el único riesgo que presenta este camino, es la apertura intempestiva del quiste.

El segundo de los caminos a tomar va a ser el tratamiento del conducto y la apicectomía. La comunicación, el tratamiento y el relleno del conducto se deben de realizar en sesiones previas a la intervención para proceder posteriormente con la apicectomía. Una vez que se haya hecho la incisión, el desprendimiento del colgajo, la osteotomía y la ostectomía, se procederá a separar la bolsa quística que se encuentra en contacto con el apice y se mantendrá alejada del mismo mediante una gasa mientras se realiza la apicectomía según la técnica preferida; después de lavar correctamente, retiramos la gasa y volvemos la bolsa quística a su lugar procediendo a tratarla.

La decisión que tomemos para cualquiera de los dos métodos a fin de tratar al diente causante, se hará en base a la valoración clínica, al estudio radiográfico y al criterio del cirujano.

TRATAMIENTO DE CAVIDADES Y DIENTES VECINOS.

Con el método Partsch I no se llega a tener problemas de perforación de cavidades vecinas tales como el seno maxilar o fosas nasales, ya que la membrana quística servirá como telón para separar la cavidad creada con las cavidades vecinas (Ries).

Wassmund aconseja puncionar como medida de exploración al hueso que separa a la cavidad quística de las cavidades vecinas y en caso de ser muy delgado o no existir, se procederá a utilizar otro método como el Rinológico, que estudiaremos más adelante.

En el caso de los dientes vecinos, deben ser conservados el mayor tiempo que se pueda, con el fin de no fracturar los alveolos creando golfos quirúrgicos que son molestos y antiestéticos.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Este tratamiento consiste en los cambios sucesivos de gasa yodoformada con lavados de la cavidad con suero fisiológico o con una solución alcohólica de fenol alcanforado en

METODA PARTSCH I



1.-



2.-



3.-



4.-



5.-

un periodo de veinte a treinta días, dejando luego abierta la cavidad e instruyendo al paciente en el lavado y cuidado de la misma mediante los lavajes con una jeringa apropiada o con el vaporizador de Billsis ya sin obturar más la cavidad.

TECNICA DEL METODO PARTSCH II

Este método también ha sido denominado radical y fue puesto en práctica también por Partsch en 1910.

El método consiste simple y sencillamente en la enucleación completa de la bolsa quística, después de haber hecho nuestro acceso hacia la misma. Existen dos variantes en cuanto al relleno u obturación de la cavidad, y son:

A. Método de Partsch II con sutura

B. Método de Partsch II sin sutura

El primero, después de hacer la enucleación y lavar, se procede a provocar el sangrado y a suturar dejando el proceso de osificación o reparación a cargo de la organización del coágulo.

En la segunda variante, sin sutura, el proceso de reparación se hará mediante la reepitelización de la cavidad quística con un proceso semejante al mencionado en el Partsch I.

A. METODO PARTSCH II CON SUTURA.

INDICACIONES.

En quistes dentígeros y paradentarios con un diámetro no mayor de tres centímetros, en quistes estériles, en caso de encontrarse infectado el quiste algunos autores opinan que es mejor utilizar el B. Este método con sutura se puede utilizar también en quistes con grandes volúmenes, aunque por lo general se le da preferencia al Partsch I o al Partsch II sin sutura.

VENTAJAS.

Es un tratamiento fácil en su ejecución y es poco molesto para el paciente; el proceso

de reparación será mucho más rápido y cómodo.

DESVENTAJAS.

El cógulo puede infectarse y supurar trayendo las secuelas consiguientes a una infección, y en caso de vecindad de cavidades naturales puede llegar a afectar a las mismas.

TECNICA QUIRURGICA DEL METODO PARTSCH II (CON SUTURA)

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento del colgajo
- 3.- Osteotomía
- 4.- Osteotomía
- 5.- Enucleación de la bolsa quística
- 6.- Tratamiento de cavidades vecinas
- 7.- Tratamiento del diente causante
- 8.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 9.- Sutura
- 10.- Tratamiento Postoperatorio

INCISION.

Se puede proceder a efectuar la incisión de Partsch o de Neuman siempre con un diámetro mayor al volumen del quiste, esto con el fin de que la sutura descansa sobre tejido óseo sano.

Los tres siguientes pasos que son desprendimiento del colgajo, osteotomía y osteotomía se realizarán siguiendo las mismas indicaciones que se mencionaron en el Partsch I.

ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA.

Se procede primeramente a vaciar por completo el contenido quístico, esto con el fin de disminuir el volumen y facilitar la visibilidad en la maniobra de enucleación, así

como las molestias consiguientes del vuelco del contenido quístico en la boca del paciente. Esto se hará mediante la punción de una aguja calibre mediano y succionando con una jeringa.

Una vez realizada esta operación procedemos a seccionar la bolsa quística mediante un bisturí o unas tijeras. Limpiamos y lavamos perfectamente el interior y secamos con el aspirador y con gasa.

Procedemos a tomar los bordes de la incisión de la bolsa con unas pinzas de Kocher o Chaput (dos para cada borde) de manera que podamos tener un control absoluto del tejido quístico, y con una espátula roma empezamos a desprender el tejido quístico, de la misma forma que desprendimos el colgajo siguiendo perfectamente el clivaje de la cavidad hasta desprender perfectamente la membrana quística.

En quistes puros es una maniobra relativamente sencilla, mas no así en quistes infectados, ya que la adherencia de la membrana quística al hueso es tan íntima que en ocasiones hay que resecarlas mediante cucharillas.

Es importante comenzar con el proceso de enucleación desde la parte superior de la cavidad quística yendo hacia la parte inferior de la misma donde se encuentra el alveolo, y la parte del quiste adherida al diente causante de la patología; esta parte se ha denominado "golilla quística" (Corderete Quistique según Maurel). Este proceso se realizará a la inversa si estamos tratando a un quiste situado en el maxilar inferior.

En caso de que el proceso quístico esté en íntima relación con el paquete vasculo-nervioso, lo cual es sumamente raro, es necesario realizar una disección cuidadosa a fin de separar la bolsa quística del paquete.

Finalmente realizaremos un raspado con el propósito de eliminar las posibles adherencias para evitar la recidiva. Se hará un lavado con agua oxigenada y unos toques de cloruro de zinc al 10%, para eliminar totalmente los posibles restos quísticos.

TRATAMIENTO DE CAVIDADES VECINAS.

Se siguen exactamente los lineamientos mencionados con anterioridad en el método Partsch I.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Después de todos los procedimientos anteriores, se provocará el sangrado ligero, raspando con una cucharilla en las partes blandas vecinas a fin de producir el coágulo. Algunos autores proponen emplear algunos agentes desinfectantes como: el yodoformo, espolvoreándolo dentro de la cavidad, o polvos de sulfamida, dejándolos que se mezclen con la sangre, esto se hace con el propósito de prevenir la infección y ayudar lo más posible en el proceso de reparación.

Algunos otros materiales que utilizan para obturar son; la parafina que es propuesta por Witzel y Newman, Hauberriser utiliza el vivocoll (plasma sanguíneo de bovino extraído asépticamente con una concentración de citrato de sodio al 1:10 y un antiséptico fistular, el oxiquinolín, este producto fue descubierto por el Dr Vogel en Hamburgo) también podemos utilizar el oxycel.

SUTURA

Se utiliza hilo de lino, la seda o el nylon y se procede a suturar con puntos aislados, los cuales deben de tener una separación de medio a un centímetro y observar que la sutura descanse sobre base ósea firme..

En caso de que se tema por la integridad del coágulo, y sobre todo en quistes de gran tamaño, se puede colocar una mecha de gasa entre dos de los puntos de sutura a fin de que sirva como drenaje del hematoma y retirarlo a un tiempo de 24 a 48 horas (Ries).

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

El enfermo guardara cama de uno a tres días en posición semi sentado y dieta blanda de una semana a un mes.

B. METODO PARTSCH II (SIN SUTURA)

Este metodo generalmente se utiliza en quistes dentígeros y paradentarios de gran tamaño.

VENTAJAS

Se puede prevenir la hemorragia osea, que suele presentarse posterior a la operación, cuando el efecto de la adrenalina de nuestro agente bloqueador.

DESVENTAJAS

Es un procedimiento bastante molesto y doloroso, sobre todo en el postoperatorio para nuestro paciente.

TECNICA QUIRURGICA DEL METODO PARTSCH II SIN SUTURA.

- 1.- Insición
- 2.- Desprendimiento del colgajo
- 3.- Osteotomia
- 4.- Ostectomia
- 5.- Enucleación de la bolsa quística
- 6.- Tratamiento de las cavidades vecinas
- 7.- Tratamiento del diente causante
- 8.- Tratamiento de la cavidad osea
- 9.- Postoperatorio

Este procedimiento quirúrgico va a seguir exactamente todos los pasos y reglas mencionadas para el metodo Partsch II con sutura, exepctuando los dos últimos pasos que a continuación mencionaremos.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Posteriormente a la enucleación completa de la bolsa quística y al tratamiento tanto de las cavidades como dientes vecinos, en caso de que los haya



nos dedicaremos a limpiar perfectamente la cavidad quística con un lavado cuidadoso, primero con suero fisiológico y luego con agua oxigenada, para proceder a secar perfectamente con una gasa. Se aconseja pincelar las paredes de la cavidad quística con una solución de cloruro de zinc al 10%.

Ahora bien una vez que hemos realizado esta tarea, procedemos a introducir el colgajo en la cavidad quística y para que se adhiera perfectamente a las paredes, vamos a obturar la cavidad con gasa yodoformada en tiras con bordes ondulados, este tipo de gasa se usa para no dejar hilachas sueltas en la cavidad al retirarla. Existen otros tipos de relleno, pero la mayoría de los autores están de acuerdo con el buen funcionamiento de la obturación con gasa yodoformada.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

A las 48 horas se revisa cuidadosamente la obturación de la cavidad y si se cree necesario se cambia la obturación por una nueva.

El cambio se hace impregnando perfectamente la gasa con agua oxigenada caliente, con el fin de evitar lo más posible el dolor y la hemorragia. Cabe mencionar que en quistes grandes este procedimiento es sumamente doloroso y se tiene referencias que en algunos pacientes se han llegado a presentar lipotímias durante este procedimiento.

Va que hemos retirado toda la gasa, se procede a pincelar nuevamente con cloruro de zinc al 10% y a colocar una nueva obturación de gasa yodoformada que se deja otras 48 horas, para repetir la maniobra nuevamente.

Al cabo de varios días la cavidad se va cubriendo de una membrana de color verde rojizo, que vienen a ser los primeros signos de reepitelización. En 20 o 30 días la cavidad ya se halla cubierta por epitelio y se deja entonces sin obturación, para que finalmente en un periodo de cinco a seis meses se reduzca el tamaño de las grandes cavidades.

Como podemos observar al terminar de describir este capítulo, el único inconveniente que existe en esta técnica es el dolor que se provoca y el lento proceso de reparación, por lo demás es un método bastante seguro y que brinda muy buenos resultados.

Ahora bien existe un problema con los quistes cuando estos se relacionan con algunas zonas y para ellos existe otro tipo de tratamiento que mencionaremos posteriormente.

RELACION DE QUISTES CON CAVIDADES Y ZONAS NATURALES

En el maxilar superior nos vamos a encontrar con que los quistes se pueden llegar a relacionar de tal forma con algunas de las cavidades naturales que pueden llegar a ocasionar serios problemas.

QUISTES EN RELACION CON EL SENO MAXILAR

Por lo general vamos a encontrar a los quistes de origen dentario originados por el primer molar o el segundo premolar y en algunas contadas ocasiones encontramos al quiste globulomaxilar afectando a esta zona también.

Los quistes de origen dentario se pueden encontrar de las tres siguientes formas con el seno maxilar:

- 1.- Quiste puro y seno sin infección
- 2.- Quiste infectado y seno sin infección
- 3.- Quiste y seno infectados

Cuando se trata de los dos primeros casos el tratamiento a seguir puede ser el Partsch I o el Partsch II con sutura o sin ella.

Cuando nos encontramos con el tercero de los casos vamos a recurrir al método rinológico.

QUISTES EN RELACION CON FOSAS NASALES.

Los quistes que afectan esta región son aquellos que se originan por el germen dental de los centrales y laterales, y se pueden comportar de dos formas:

- 1.- Cuando se conserva la integridad del piso nasal.
- 2.- Cuando se ha destruido el piso nasal y existe una íntima relación entre la

membrana quística y la mucosa bucal.

En el primero de los casos es conveniente utilizar el método Partsch I mientras que en el segundo se prefiere el método rinológico. Los quistes que se originan en laterales y premolares van a afectar esta región tanto como el quiste palatino medio, y el tratamiento en este caso será la enucleación.

QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR.

Estos se van a presentar particularmente en cuatro zonas que son:

- 1.- Región mentoniana.
- 2.- Región de premolares.
- 3.- Región de molares.
- 4.- Región de la rama ascendente.

El tratamiento en todos estos casos será la enucleación, en los grandes quistes que llegan a presentarse en rama ascendente se utilizará preferentemente el método Partsch II sin sutura.

Los quistes que más dificultad van a presentar dentro de este grupo son aquellos que se sitúan en la región de premolares, esto es debido a su relación íntima con el ramillete mentoniano vasculonervioso y que pueden presentar algunas complicaciones como hemorragia, neuritis, neuralgias y anestias.

Existe una serie de indicaciones que le son comunes a los quistes que acabamos de mencionar y que vienen a ser de suma importancia:

- 1.- Estudio radiográfico para delimitar perfectamente al quiste y sus relaciones.
- 2.- Todos los quistes deberán ser siempre intervenidos por las vías de acceso vestibulares.
- 3.- El método Partsch I lo utilizaremos como refuerzo cuando no se quiera crear una comunicación con una cavidad vecina, y sólo se utilizará en caso de que no haya comunicación de la cavidad con el quiste y que la cavidad natural se encuentre sin infección.

- 4.- Cuando hay infección y comunicación con fosas nasales, está indicado utilizar el método rinológico.
- 5.- Nos podemos auxiliar mediante un procedimiento de disminución de volumen de los grandes quistes mediante el drenaje por medio de una ventana quísticobucal para obtener los resultados más óptimos a la hora de la intervención.

METODO RINOLOGICO

INDICACIONES.

Está indicado en aquellos quistes que se encuentran en íntima relación o hay una franca comunicación con las fosas nasales.

VENTAJAS.

Este método nos va a brindar muy buenos resultados debido a la ventilación que se va a producir al hacer una comunicación quísticosinusal.

TECNICA QUIRURGICA DEL METODO RINOLOGICO.

- 1.- Anestesia.
- 2.- Incisión.
- 3.- Desprendimiento del colgajo.
- 4.- Osteotomía.
- 5.- Osteotomía.
- 6.- Tratamiento de la bolsa quística.
- 7.- Ventana quísticosinusal.
- 8.- Comunicación con fosas nasales.
- 9.- Sutura.
- 10.- Tratamiento postoperatorio.

ANESTESIA.

Debe ser del nervio maxilar superior para obtener la insensibilidad del maxilar, seno y fosas nasales.

INCISION.

Se realiza la incisión de Newman ya que tiene finos plásticos y descansa sobre base ósea firme; se puede utilizar también la incisión en arco.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

Se realiza con un periostótomo y lo sostiene el ayudante.

La osteotomía y la osteotomía se realizarán de la forma ya indicada con anterioridad.

TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA.

Esta va a ser facilitada debido al adelgazamiento óseo, y el tratamiento puede ser de dos formas:

- a) Conservación total o parcial de la bolsa (Wassmund)
- b) Extirpación de la bolsa (Cavina)

VENTANA QUISTICOSINUSAL.

Se vacía el contenido del quiste, se lava y seca perfectamente la cavidad con gasa, y se procede a hacer la ventana con una pinza gubia o de citelli siguiendo los contornos del hueso sano.

COMUNICACION CON FOSAS NASALES.

La cavidad quístico sinusal necesita un drenaje suficiente, el cual se hace preparándolo a expensas de la cara externa de fosas nasales a nivel del meato inferior y por abajo del cornete inferior; en algunas ocasiones es menester reseca la cabeza del cornete. La apertura ósea se realiza con escoplo.

SUTURA.

Se hace la sutura con puntos aislados, lo que asegura su cierre hermético.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

El paciente permanece dos o tres días en cama y se practican lavajes del seno con una solución antiséptica cualquiera, de preferencia isotónica (suero fisiológico), dos o tres veces por semana.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONES

Es de importancia al terminar este trabajo, el hacer un breve repaso mencionando algunas de las generalidades a manera de conclusión que pueda ser de utilidad.

En primer lugar mencionare que es de gran importancia el conocer las zonas donde suelen presentarse este tipo de patologías y por lo consiguiente es de gran valor el tener un conocimiento general de la anatomía del macizo facial.

Los quistes se pueden originar de dos formas diferentes: los de origen no dentario y los de origen dentario. Sin embargo, aunque es diferente la causa que los produce, no es así el mecanismo que estos siguen.

Es necesario conocer un poco de la embriología para poder ubicar mejor la etiología y situación de los quistes de origen no dentario.

Existen otro tipo de quistes que no lo son realmente, ya que estos no presentan una cápsula de tejido epitelial, pero debido a su comportamiento se les clasifica como pseudoquistes o como quistes no epiteliales.

Algunas de las generalidades de los quistes de origen dentario son:

- 1.- Se pueden localizar en ambos maxilares, pero con mayor frecuencia en el superior.
- 2.- Pueden presentarse más de uno en el mismo paciente y en el mismo maxilar, aunque generalmente sólo se presenta uno.
- 3.- Se presenta más frecuentemente entre la niñez y la juventud, aunque pueden aparecer en cualquier etapa de la vida.
- 4.- Por lo general los quistes de origen dentario no respetan el sexo ni la raza.
- 5.- Todas estas patologías suelen ser asintomáticas, a menos de que se infecten.

El tratamiento para este tipo de patologías es cien por ciento quirúrgico, y debido a que este procedimiento es quirúrgico, se deben seguir todas las normas para brindar al tratamiento las mejores posibilidades de éxito, y los métodos usados en el tratamiento se dividen básicamente en la enucleación o la marsupialización de la bolsa quística.

Este breve trabajo pretende ser un estudio sistemático y de fácil acceso a los

interesados en el tema de lesiones Quísticas en cavidad oral, y no pretende de ninguna manera agotar todo lo referente a este tema, sino más bien facilitar el estudio del mismo.

BIBLIOGRAFIA

1. EMBRIOLOGIA HUMANA
PATTEN M. BRADLEY
5a. EDICION
EDITORIAL EL ATENEO
IMPRESO EN ARGENTINA, 1973
PAGINAS 67 A LA 70 Y 365 A 381
2. HISTOPATOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCAL
DR. ORBAN
EDITADO POR HARRY SICHER
EDITORIAL LA PRENSA MEDICA, 1972
CAPITULO I PAG. 16
3. ANATOMIA HUMANA
QUIROZ FERNANDO
EDITORIAL PORRUA
TOMO I CAP. 6 PAGINAS 50-122
TOMO II CAP. 3 PAGINAS 66-78
CAP. 5 PAGINAS 141-146
CAP. 21 PAGINAS 392-396, 405-440
4. OCLUSTON NUCLEO I
EDITORIAL SUA ODONTOLOGIA 1a. EDICION 1979
PAGINAS 9-52
5. ANATOMIA HUMANA DESCRIPTIVA Y TOPOGRAFICA
ROUVIERE H.
2a. EDICION EN ESPAÑOL 1972
IMPRESO EN MEXICO, EDINAL IMPRESORA
TOMO I PAGINAS 218-228, 232-235
6. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
SHAFER G. WILLIAM
EDITORIAL INTERAMERICANA
IMPRESO EN MEXICO, 1977
CAPITULO I PAG. 67-77
CAPITULO 4 PAG. 239-252
7. PATOLOGIA Y ANATOMIA BUCODENTAL
ALCAYAGA C. OSCAR
EDITORIAL EL ATENEO
4a. EDICION
IMPRESO EN ARGENTINA, 1975
CAPITULO 19 PAG. 433-437
CAPITULO 32 PAG. 823-844
8. CIRUGIA BUCAL
RIES CENTENO GUILLERMO A.
EDITORIAL EL ATENEO
5a. EDICION
IMPRESO EN ARGENTINA, 1979
PARTE IX, CAPS. 32, 33, 34, 35 Y 36 (PAG. 581-678)

9. TRATADO DE FISILOGIA MEDICA
GUYTON C. ARTHUR
5a. EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA
IMPRESO EN MEXICO, 1977
PAG. 107-108

10. CIRUGIA BUCAL
KRUGER GUSTAVO O.
1a. EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA
IMPRESO EN MEXICO, 1975
CAPITULO 9 PAG. 183-208