

24. 803



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

QUISTES DE LOS MAXILARES.

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

María de Lourdes Ramírez Pérez

Emma Flavia Zúñiga Reyes



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.

I N D I C E

INTRODUCCION

CAPITULO I

- a) Definición
- b) Clasificación

CAPITULO II HISTOPATOLOGIA

- a) Origen
- b) Histología
- c) Manifestaciones clínicas

CAPITULO III DIAGNOSTICO

- a) Datos clínicos de un quiste
- b) Diagnóstico diferencial
- c) Diagnóstico diferencial senomaxilar-quiste
- d) Diagnóstico diferencial granuloma quiste
- e) Diagnóstico diferencial forámen incisivo quiste del conducto nasopalatino.

CAPITULO IV CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

- a) Características generales
- b) Técnica de las tomas radiográficas
- c) Signos típicos de un quiste en la radiografía
- d) Tomas de contraste
 - Técnica de wasmund
 - Técnica de thorostrat.

CAPITULO V HISTORIA CLINICA

- a) Historia Clínica
- b) Exploración física
- c) Estudios de laboratorio
- d) Estudio Histopatológico

CAPITULO VI TRATAMIENTO

- a) Anestesia y vías de acceso
- b) Método y técnica de partsch I
- c) Método y técnica de partsch II con sutura
 - Maxilar inferior
 - Sin sutura
- d) Quistes en relación con el seno del maxilar
 - Método y técnica rinológica o antroquistectomía
- e) Quistes en relación con fosas nasales
 - Quistes en relación con el piso nasal
 - Método y técnica de wasmund
- f) Tratamiento de los quistes del maxilar inferior
- g) Tratamiento de los quistes con supuración aguda
- h) Procedimiento para disminuir el volumen de los grandes quistes.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Con este trabajo queremos señalar la importancia - que tienen los quistes en la cavidad bucal.

Presentando un estudio de los quistes dando el mayor número de datos posibles para poder conocer su origen, - manifestaciones clínicas, diferentes métodos de diagnóstico y también diferentes métodos de tratamiento, para que en un momento dado que se nos presenten estas lesiones en nuestra practica diaria, no las confundamos, ya que nos podemos basar en los métodos que aquí se mencionan, para dar un buen diagnóstico y tratarlas a tiempo, no dejando seguir su curso ya que pueden causar otras complicaciones más severas.

Estas lesiones se pueden tratar en la practica general, siempre y cuando la lesión no sea tan severa, en dado caso se mandará con el especialista.

Por lo tanto se ha realizado este trabajo, para conocer mas a fondo este tipo de lesiones para encausarlas a un tratamiento que repercutirá en la salud del paciente y - mejor aprovechamiento del estudiante y del cirujano dentista para que la aplique en su practica diaria.

C A P I T U L O I

DEFINICION

QUISTE: Cavidad patológica tapizada por epitelio y por lo general contiene material líquido o semisólido, y - pueden estar situados en los tejidos blandos o en el hueso.

Quistes odontogénicos

Tienen su origen en el epitelio asociado con la - formación del aparato dental, su proliferación y degeneración quística de este epitelio dando lugar a estos quistes.

Quistes no odontogénicos, fisurales o del desarrollo

Se originan de los restos epiteliales del tejido - que cubre los procesos primarios de la formación embrionaria de la cara y maxilares.

Quistes de retención

Se originan de la retención de líquidos en el conducto y en las glándulas salivales.

Seudoquistes

No están tapizados por epitelio, pero se les incluye por que cumplen una o varias características de los quistes.

CLASIFICACION

Esta es una clasificación de uso más frecuente que creemos que se incluyen la mayoría de los quistes que vamos a tratar.

QUISTES ODONTOGENICOS

Primordial

Dentígero

Radicular (periodontal, apical, apical, periapical)

a) Residual

De la lámina dental y gingival del recién nacido.

Gingival y Periodontal lateral

Odontogénico queratinizante y calcificante

Queratoquiste odontogénico

QUISTES NO ODONTOGENICOS, DEL DEBARROLLO O FISURALES

Palatino medio

Mandibular medio

Glóbulo-maxilar

Nasoalveolar (nasolabial, de Klestadt)

Conducto nasopalatino (maxilar anterior medio, con ducto incisivo)

Epidermoide y Dermoide

Linfoepitelial Cervical benigno (hendidura bran- - quial)

Conducto tirogloso

QUISTES DE RETENCION

Ránula
Mucocele

SEUDOQUISTES

Oseo aneurismático
Oseo traumático (hemorrágico, extravasación)

C A P I T U L O I I

HISTOPATOLOGIA

ORIGEN

Quiste primordial

Se forma por degeneración quística del retículo es-trellado del órgano del esmalte, antes de la formación de los tejidos dentales.

Y también puede tener su origen en los gémenes den-tales supernumerarios.

Quiste Dentigero

Se origina por alteración del epitelio reducido - del esmalte despues de que ya se formó por completo la coro-na. Encontrándose acumulación de líquido entre el epitelio- y la corona del diente.

Se puede originar por proliferación y transforma-ción quística de islas de epitelio localizadas en la pared- de tejido conectivo del folículo dental y fuera de ella, y- ya transformado el epitelio se une con el epitelio folicu- lar de revestimiento y forma una cavidad quística única al- rededor de la corona.

Quiste Radicular (periodontal apical, api- cal, periapical)

Su origen es inflamatorio como consecuencia de una infección bacteriana y necrosis de la pulpa, ocasionada por la formación de caries.

Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente, la reacción inicial es una proliferación de los restos epiteliales de la zona -periapical (restos epiteliales de malassez) que abarca el -granuloma, y por proliferación continua constituye una gran masa de células, el epitelio carece de vasos sanguíneos propios y la irrigación proviene del tejido conectivo circundante. Las células centrales de la masa epitelial se alejan de esa irrigación, degeneran, se necrosan y licuefacionan, esto origina una pequeña cavidad revestida de epitelio y llena de líquido, es decir el quiste radicular.

QUISTE DE LA LAMINA DENTAL Y GINGIVAL DEL- RECIEN NACIDO

Se puede originar en los restos de la lámina dental, se denominan como perlas de epstein, o nodulos quísticos.

También puede relacionarse con el desarrollo de -conductos de glándulas salivales.

QUISTE GINGIVAL O PERIODONTAL LATERAL

Se origina por degeneración quística de la lámina dental, o brotes supernumerarios de la lámina dental o por la implantación traumática del epitelio superficial.

QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

La queratinización es común en algunos tipos de -quistes odontogénicos, pero rara en otros. Tiene varios -orígenes ya que puede pertenecer a algunos de estos quis- -tes: Primordial, Dentígero y en raras ocasiones en el radi- -cular.

QUISTE PALATINO MEDIO

Se puede originar de los restos epiteliales atrapados a lo largo de la línea de fusión de los procesos palatinos de maxilar durante el desarrollo.

QUISTE MANDIBULAR MEDIO

Se puede originar por la proliferación de los restos epiteliales atrapados en la fisura mandibular media del embrión, durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales.

O puede ser una degeneración quística de un germen dental supernumerario del segmento anterior de la mandíbula.

QUISTE GLOBULOMAXILAR

Se puede originar a partir de los restos epiteliales atrapados en la región de la sutura ósea (premaxila y maxilar), sutura incisiva.

También se puede originar en los restos epiteliales atrapados en la línea de fusión de los procesos globular y maxilar del proceso facial embrionario, pero esto tiene sus contradicciones, ya que embriológicamente las prolongaciones faciales per no existen; por ello el ectodermo no queda atrapado en las fisuras faciales del complejo nasomaxilar.

Se sugiere que este quiste tenga un origen odontogénico ya que tiene características tanto clínicas como radiográficas de un quiste periodontal lateral, primordial odontigero, queratoquiste odontogénico.

QUISTE NASOALVEOLAR (NASOLABIAL, DE KLESTADT)

Es el resultado de la proliferación del epitelio - atrapado a lo largo de la línea de fusión en la unión de - las apófisis globular ascendente de maxilar y nasolateral.

QUISTE DEL CONDUCTO NASOPLATINO (MAXILAR - ANTERIOR MEDIO, CONDUCTO INCISIVO)

Se origina por la proliferación del conducto nasopalatino, estructura embriológica que se compone de un conducto o cordón de células epiteliales o ductus y se hallan en el conducto incisivo. Este comunica las cavidades nasal y bucal, y se forma cuando los procesos palatinos se fusionan con la premaxila, dejando un pasaje a cada lado del tabique nasal. Al aproximarse estos conductos y los canales a la superficie de la cavidad bucal, se fusionan y salen a través de una abertura común en el hueso palatino inmediatamente detrás de la papila palatina.

Se divide en dos grupos:

- a).- Del conducto incisivo
- b).- La papila palatina, dependiendo de su localización.

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE

Deriva del epitelio germinal embrionario y puede - contener estructuras de otras capas germinativas.

Probablemente sea debido al enclavamiento de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos braquiales (hiodeo y mandibular que ocurre en la tercera y cuarta semana in útero). Es decir por la fusión de los procesos laterales a cada lado del arco maxilar con el-

tubérculo impar para formar la lengua anterior y el piso -
de la boca.

QUISTE LINFOEPITELIAL CERVICAL BENIGNO - (HENDIDURA BRANQUIAL)

Se origina en los restos braqueales o sacos farín-
geos.

Su origen podría estar en la transformación quísti-
ca del epitelio atrapado en los nódulos cervicales.

O en el enclavamiento de elementos de un conducto-
salival en ganglios linfáticos o en los restos del seno cer-
vical.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Se origina entre el agujero ciego y la glándula ti-
roides, se origina de los remanentes no obliterados de es-
tos conductos, pero puede ser desencadenada por la infec-
ción del tejido linfoide en la zona de los restos del con-
ducto tirogloso por el drenaje proveniente de una infección
de los órganos respiratorios superiores.

MUCOCELE

Es como consecuencia de una ruptura traumática del
conducto excretor de una glándula salival menor y la acumu-
lación de saliva en los tejidos.

Existe una obstrucción parcial al flujo de moco -
con un lento aumento de la presión debido a la secreción -
continua por parte de la glándula, el conducto se dilata y -
origina el quiste por retención.

Otros se puede originar por compresión de los ácidos.

Otros por origen intraglandular.

RANULA

Se origina por obstrucción del conducto de Warton (glándula submaxilar), conducto de Bartholin (glándula sublingual mayor), o por formación de un aneurisma en el conducto o en el seno cervical que se oblitera durante la vida embrionaria.

SEUDOQUISTE OSEO ANEURISMATICO

Se desencadena por una lesión traumática que da lugar a un hematoma de la médula y produce, la resorción de hueso y da lugar a una cavidad ósea llena de sangre, si se mantiene una comunicación circulatoria con el vaso lesionado resulta este quiste y en caso contrario un granuloma de reparación de células gigantes.

SEUDOQUISTE OSEO TRAUMATICO

Se origina por una hemorragia intramedular de origen traumático y la consiguiente resorción del hueso y de la cavidad.

O por una neoplasia benigna intraósea preexistente como un mixioma o condroma que no llegan a desarrollarse y se reabsorben y dejan una cavidad vacía.

O por una infección intraósea que puede producir la formación del quiste.

HISTOLOGIA

QUISTE PRIMORDIAL

Su pared se compone de fibras colágenas, se revis-
te en la superficie interna de una capa de epitelio escamo-
so estratificado y una pared de tejido conectivo, en ocasio-
nes presenta células inflamatorias crónicas y puede conte-
ner pequeños islotes de epitelio odontogénico o ameloblásti-
co, presenta paraqueratina u ortoqueratina.

No prolifera a la pared de tejido conectivo que lo
rodea.

El epitelio presenta, células basales, columnares-
con núcleos pignóticos o vesiculares, presentán linfocitos-
y plasmocitos mezclados con leucocitos polimorfonucleares -
en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo.

QUISTE DENTIGERO

Tiene una pared delgada de tejido conectivo reve-
tido de epitelio escamoso estratificado que es continuo en-
el epitelio reducido del esmalte.

En infección secundaria se encuentran células in-
flamatorias, se encuentran una delgada capa de queratina u-
ortoqueratina.

La cápsula se compone de tejido colágeno denso, -
hendidura de colesterol y células gigantes de cuerpos extra-
ños, epitelio respiratorio o células que producen mocó, res-
tos de células odontogénicas dentro del corión subyacente, -
se observan algunas veces glándulas sebáceas y folículos -
linfoides.

El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso poco espeso, y a veces con poca sangre.

QUISTE RADICULAR (PERIODONTAL APICAL, APICAL PERIAPICAL)

Presenta epitelio escamoso estratificado, algunas veces el quiste puede estar revestido de epitelio cilíndrico, ciliado o seudoestratificado o de tipo respiratorio.

El epitelio escamoso común no suele presentar queratina. El epitelio en parte es acantomatoso y ulcerado y a veces está queratinizado.

El revestimiento epitelial puede ser discontinuo y faltar en zonas de inflamación intensa. Son raras las alteraciones de células epiteliales como disqueratosis.

SE observan histiocitos (células espumosas), linfocitos, células plasmáticas, cuerpos de Russel, hendidura de colesterol suele eriosionar el epitelio de revestimiento y estruirse hacia la luz del quiste.

Es frecuente en el epitelio, el cuerpo de Rushtón o cuerpo hialino.

El tejido conectivo está integrado por haces paralelos de fibras colagenas que suelen estar comprimidas. Hay cantidades variables de fibroblastos y pequeños vasos sanguíneos.

Hay presencia constante de infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo cerca del epitelio. Puede haber grupos de macrófagos cargados de lípidos y hemosiderina. La -

luz del quiste contiene un líquido con baja concentración de proteínas de haber fibras de oxitelano (componente del ligamento periodontal). Pueden encontrarse trabéculas óseas.

QUISTE DE LA LAMINA DENTAL Y GINGIVAL DEL- RECEN NACIDO

Se reviste de un delgado epitelio escamoso estratificado y una luz ocupada por queratina descamada y a menudo células inflamatorias.

QUISTE GINGIVAL Y PERIODONTAL LATERAL

Cavidad tapizada de epitelio escamoso es--
tratificado, o por una doble capa de epitelio cúbico. Teji-
do conectivo revestido. A veces el epitelio forma paraque-
ratina u ortoqueratina. Se puede encontrar células inflama-
torias en la pared conectiva pero en reacción secundaria.

QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y CAL- CIFICANTE

Es un revestimiento epitelial compuesto de células columnares o cuboideas y cilíndricas. Encima de la capa basal hay masas irregulares de células hinchadas, no poseen puentes interceulares. Incluyen capas de retículo estrellado y de células eosinófilas pálidas y se unen en grandes ma-
sas de células epiteliales que parecen haber sufrido una que-
ratinización y pueden proliferar y llenar la cavidad quísti-
ca. La capa basal se desintegra, hay crecimiento de tejido de granulación entre células fantasmas, pueden ser calcificadas. Se pueden hallar cantidades irregulares de dentina u osteodentina. Una variante de este quiste, que es la melanina dentro del epitelio odontógeno, puede transformarse-

en carcinomatosa ésta lesión.

QUERATOQUISTE ODONTOGENO

Epitelio del tipo escamoso estratificado generalmente con paraqueratosis. A veces presenta ortoqueratosis, es muy delgado se puede encontrar una superficie ondulada - acanalada.

La capa basal está bien demarcada por células cilíndricas cuboides. La pared de tejido conectivo suele mostrar pequeñas islas de epitelio similar del revestimiento. Su luz puede estar ocupada por un líquido poco espeso de color pajiso, o por un material más cremoso, gaseoso y espeso. Puede haber colesterol así como cuerpos hialinos en zonas de inflamación.

QUISTE PALATINO MEDIO

Presenta epitelio escamoso estratificado o columnar ciliado respiratorio que cubre un tejido conectivo fibroso que puede tener infiltrado celular inflamatorio crónico. La cavidad quística contiene restos celulares, líquido o queratina. El tejido conectivo puede mostrar una leve infiltración linfocítica y plasmocítica

QUISTE MANDIBULAR MEDIO

Presenta epitelio escamoso estratificado con pliegues y proyecciones que tapiza una luz central o epitelio cilíndrico ciliado.

QUISTE GLOBULOMAXILAR

Tapizado de epitelio escamoso estratificado o cilíndrico ciliado o respiratorio, el resto de la pared se compone de tejido conectivo fibroso que por lo general presenta infiltrado celular inflamatorio.

QUISTE NASOALVEOLAR (NASOLABIAL, DE KLESTADT)

Está tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado que a veces es ciliado, o escamoso estratificado o respiratorio o por una combinación de estos. Con células caliciformes.

QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO (MAXILAR-ANTERIOR MEDIO, CONDUCTO INCISIVO)

Presenta epitelio escamoso estratificado, columnar ciliado pseudoestratificado, cilíndrico ciliado o cuboideo o cualquiera de las combinaciones. La pared de tejido conectivo presenta con frecuencia infiltrado celular inflamatorio, además suele observarse acúmulo de glándulas mucosas así como varios vasos y nervios grandes. Se puede observar formación de cartílago junto.

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE

Existe epitelio escamoso estratificado queratinizante. La luz puede estar ocupada por queratina. Hay uno o varios apéndices cutáneos como folículos pilosos, glándulas sudoríparas o glándulas sebáceas, solo se encuentran por los en raras ocasiones.

Cuando no hay apéndices cutáneos no se puede diagnosticar un quiste dermoide y se utiliza el término epidermoide.

QUISTE CERVICAL BENIGNO (HENDIDURA BRAN- -QUIAL)

Presenta epitelio escamoso estratificado rodeado por tejido linfoide con centros germinales. Puede contener un líquido acuoso claro o un material mucoide gelatinoso es peso. Se encuentran sinusoides subcapsulares o medulares.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Tapizado por epitelio escamoso estratificado columnar ciliado y transicional intermedio, por que deriva de cé lulas que se originan del piso faríngeo embrionario al aumentar la presión intraquística, las células se aplanan.

La pared de tejido conectivo contiene pequeñas zonas de tejido linfoide, tejido tiroideo y glándulas mucos -
sas.

MUCOCELE

Consiste en un depósito de moco que se localiza en el tejido conectivo y la submucosa, se pueden observar célu las redondas tumefactas en degeneración y esta rodeada por una pared formada por tejido de granulación, raras veces -
son observables restos del epitelio en la pared. Probablemente presentan una porción de varios conductos excretorios.

La luz de la cavidad quística esta llena de un -
coágulo eosinofílico que contiene macrófagos.

La glándula salival así como el tejido conectivo - en la vecindad del mucocele muestra infiltración de neutrófilos, linfocitos y plasmocitos.

RANULA

Hay un definido revestimiento epitelial. La ránula profunda está delimitada por células cuboideas o alargadas. La metaplasia al menos parcial del tipo de epitelio - escamoso estratificado no es infrecuente.

Su pared está formada por tejido conjuntivo comprimido infiltrado por el número variable de células inflamatorias crónicas.

SEUDOQUISTE OSEO ANEURISMÁTICO

Se observan células gigantes con tejido conjuntivo fibroso, hay espacios vasculares, entre los capilares y espacios intercomunicados llenos de sangre, pueden haber células multinucleares.

SEUDOQUISTE OSEO TRAUMÁTICO (HEMORRÁGICO, EXTRAVASACION)

Se observa una ligera capa de tejido conectivo.

MANIFESTACIONES CLINICAS

QUISTE PRIMORDIAL

Se asocia con un diente primario persistente, diente ausente o gérmen supernumerario.

Se asocia con mayor frecuencia en el lugar del 3er molar inferior o por detrás del mismo en el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.

Varía de tamaño, puede expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión, los dientes poseen vitalidad. Pueden ser uniloculares o multiloculares. No deben de estar en contacto con una corona o un ápice radicular de un diente.

La lesión no es dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria.

QUISTE DENTIGERO

Rodea la corona de un diente no erupcionado. Puede encerrar un odontoma compuesto complejo, o se puede relacionar con un diente supernumerario.

Se localiza por lo regular en el 3er molar inferior, canino y 3er molar superior y dientes retenidos.

Puede tener cualquier tamaño desde una leve dilatación del saco pericoronar hasta ocupar todo el cuerpo y rama de una mitad del maxilar inferior, son indoloras.

Se puede formar en una lesión agresiva, expansión del hueso con lo consiguiente:

Asimetría facial, desplazamiento de dientes, resorcion intensa de piezas adyacentes y dolor, secuelas de agrandamiento continuo del quiste. Los dientes no afectados retienen sus folículos y esto ayuda a la diferenciación durante la operación.

Pueden ser central o lateral:

El central cuando rodea toda la corona

El lateral cuando está en un costado de la corona.

En el 3er molar inferior puede producir ahuecamiento de la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión ejercida, puede haber desplazamiento del 3er molar y puede quedar comprimido contra la mandíbula. En el canino superior puede haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente puede parecer una sinusitis aguda o una celulitis.

En niños se les denomina quistes del brote. Se trata de una dilatación del brote folicular normal sobre la corona causando una acumulación con líquido hístico o sangre. Es una hinchazón circunscrita y fluctuante del reborde alveolar en la zona del diente en brote, cuando la cavidad contiene sangre es de color violeta o rojo oscuro. Se asocia con dientes primarios o permanentes en erupción.

QUISTE RADICULAR

El quiste muchas veces es asintomático no dando indicios de su presencia. El diente afectado puede ser sensible a la percusión. A veces la lesión puede asociarse con una fistula, el diente está desvitalizado y puede presentar necrosis pulpar, el diente afectado por lo general presenta

caries. Muy pocos tienen un tamaño tal que destruyan hueso, y menos todavía que produzcan la expansión de las láminas corticales.

Es una lesión que representa un proceso inflamatorio crónico y se desarrolla solo en periodos prolongados

Cuando tienen larga duración pueden experimentar - exacerbación aguda del proceso inflamatorio y transformarse en absceso que evoluciona hacia una celulitis.

Por lo general se presenta en la tercera década - de la vida.

La superficie mural del quiste puede ser rugosa o lisa según su estadio de desarrollo, su contenido puede ser cremoso.

El quiste que continúa después de la extracción - del diente responsable se le denomina quiste residual.

QUISTE GINGIVAL DEL RECIEN NACIDO

Se observa como nódulos en la unión de los paladares duro y blando cerca del rafe medio, de color blanco o blanco amarillento, se hacen superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida. Se aprecian como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, aparecen izquemias por la presión interna.

Se localizan cerca de la encía o en la superficie de ella. Son asintomáticas y no parecen producir molestias a los infantes.

QUISTE GINGIVAL Y PERIODONTAL LATERAL

Gingival se presenta en adultos, aparece como una hinchazón pequeña bien circunscrita e indolora de la encía parecida a un mucocelo superficial, color igual que la mucosa normal adyacente, no mide más de un cm. de diámetro, se localiza en la encía libre o insertada a la vez pueden aparecer en la papila propiamente dicha. Aparece en caninos y premolares inferiores.

Periodontal Lateral no presenta signos o síntomas clínicos, se descubre mediante el examen radiográfico, se localiza como una pequeña masa perceptible. Lesión rara, - está en aposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales. Si se infecta puede asignarse a un absceso periodontal lateral.



Quiste en desdentado

QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE
Y CALCIFICANTE

Antes se diagnosticaba equivocadamente, como una forma de ameloblastoma.

No hay predilección por edad o sexo, por lo regular se presenta en adultos, se localiza en la mandíbula y puede aparecer en zonas centrales del hueso. Se puede producir en la periferia como una proliferación gingival sin lesión del hueso adyacente o erosión superficial, es intra-óseo. Produce una ligera zona depresible.

QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

Puede pertenecer al quiste primordial, periódontal lateral, dentígero, radicular, pueden ser múltiples y asociados con el síndrome de carcinoma basocelular nevoide múltiple.

Se origina desde la infancia hasta la ancianidad. Aparecen con más frecuencia en mandíbula y zonas del 3er molar inferior y rama ascendente. Se descubre mediante el examen radiográfico.

Se caracteriza por la presencia de un material espeso, cremoso, gaseoso que llena la cavidad. Suelen ser mayores y multiloculares que los quistes no queratinizados.

No hay manifestaciones clínicas características, los rasgos más comunes son: hinchazón del tejido blando y expansión del hueso, se encuentra dolor.

QUISTE PALATINO MEDIANO

Se puede formar en cualquier punto a lo largo de la línea de fusión desde un punto posterior a la papila palatina hasta la uvula, paladares duros posteriores, pueden desaparecer. Se puede agrandar en un periodo prolongado y producir una hinchazón palatina visible. La túnica mucosa puede ser pálida o blanqueada siempre está intacta, no hay ulceración.

QUISTE MANDIBULAR MEDIO

Es una lesión dudosa, se localiza dentro del maxilar inferior por debajo de los ápices de los incisivos centrales (en una posición inferior a la de un quiste dental -

en la región de la sínfisis).

Pueden ser ovales, redondos irregulares e incluso-multiloculares. La mayoría son asintomáticos y se descubren por medio del examen radiográfico habitual.

Pocas veces producen expansión perceptible de las láminas óseas corticales; los dientes asociados salvo que tengan otra lesión reaccionan normalmente a las pruebas de vitalidad.

QUISTE GLOBULOMAXILAR

Se localiza en el hueso maxilar superior entre el incisivo lateral y el canino, son vitales. Pueden aparecer antes de la edad de 30 años, aparece con más frecuencia en varones, puede ocurrir bilateralmente.

Raras veces da manifestaciones clínicas, su descubrimiento suele ser casual durante el examen radiográfico, cuando se infecta manifiesta molestias locales y dolor en esa zona y al dilatarse puede causar un agrandamiento del maxilar superior o una deformación del seno maxilar, hay migración de los dientes adyacentes.

QUISTE NASOALVEOLAR

Se sitúa en el lugar de fijación del ala de la nariz (cerca de la base de la nariz). No se localiza dentro del hueso, pero lo puede afectar secundariamente.

Puede ocasionar bastante hinchazón facial para obliterar el pliegue nasolabial, en el lado afectado se puede observar bilateralmente, abulta hacia el suelo del vestibulo nasal proyectándose debajo del extremo anterior del

cornete inferior y algunas veces causa obstrucción nasal, - esta fijado a la mucosa bucal, todos los dientes de la región poseen vitalidad. Algunos pacientes han presentado dolor intermitente.

Son capaces de producir la erosión superficial de la superficie externa del maxilar. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres y en raza negra.

QUISTE NASOPALATINO

Puede pasar inadvertido. Aparece a cualquier edad incluso en el feto pero su descubrimiento clínico se hace en la cuarta o sexta década de la vida. Algunos son totalmente asintomáticos, a veces se infectan por algún mecanismo desconocido y producen dolor e inflamación, y se abre por una pequeña fistula en la papila palatina o cerca de ella.

Muchas veces hay un agrandamiento de la línea media anterior del paladar, hay tumefacción, el drenaje o tumefacción es una secuela frecuente.

Quiste del conducto incisivo está localizado por debajo del agujero incisivo, se denomina quiste de la papila incisiva.

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE

No hay predilección de sexo y ocurren en adultos jóvenes, raramente pueden ser evidentes al nacer.

Ocurren con más frecuencia en el piso, la lesión produce un aumento de volumen en el piso de la boca, si está localizada por encima del músculo genihioides ocasiona -

una elevación y desplazamiento de la lengua, produciendo dificultad al hablar, comer e incluso respirar debido a la presión ejercida sobre la epiglotis.

Si es mas profundo, entre los músculos genihiodeo y milohioideo puede ocasionar un abultamiento en la región-submentoniana, dando el aspecto de un mentón doble y se advierte por una hinchazón lenta e indolora en la región submentoniana que se extiende desde el maxilar inferior hasta el hueso hioides, puede empujar a la laringe hacia abajo y su crecimiento arriba provoca un abultamiento en el suelo de la boca, al aumentar de tamaño.

Se puede encontrar debajo del músculo milohioideo. Su tamaño es variable pueden alcanzar varios cm. de diámetro.

El quiste común se percibe como masilloso a la palpación, pero puede ser mas fluctuante según el contenido.

Cuando se llegan a infectar, pueden formar fistulas que se abren en la boca o en la piel, han sido descritos como posibles transformaciones malignas.

QUISTE LINFOEPITELIAL CERVICAL BENIGNO

Aparece en adultos jóvenes, no hay predilección sexual. Su crecimiento es lento y puede tener una duración de semanas a muchos años. La lesión se presenta como una masa movable, asintomática y circunscrita en la zona lateral del cuello, cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Aunque la mayoría se produce en el cuello también-

fueron observados superficialmente cerca del maxilar inferior, se encuentran cubiertos por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y generalmente sobre la vaina carotídea, raras veces está más profundo que la arteria carotídea.

Su tamaño varía, en general no hay fluctuación, no son transparentes a no ser que tengan un tamaño grande.

Se ha observado dentro de un ganglio linfático intraparotídeo terminado, su origen semejante al cistadenomapapilar linfático.

Suele presentarse también en piso de la boca o por debajo de la lengua.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Se presenta a cualquier edad y en ambos sexos. Es una masa cervical blanda, puede ser movable, muchas veces - sensible a la percusión, situada en la línea media, cuyo tamaño varía de algunos mm. a varios cm. suele levantarse al deglutir o sacar la lengua.

La hinchazón se desarrolla con lentitud y es asimétrica salvo que este en una ubicación alta en el conducto, - cerca de la lengua o dentro de la lengua o en la región suprahioidea, puede producir disfagia o acceso de ligera asfíxia, hay ronquera o dificultad de la fonación.

Se puede encontrar en cualquier punto a lo largo - del trayecto de descenso del anclaje tiroideo (desde el agujero ciego hasta la escotadura supraesternal) puede ocurrir a nivel del hueso hioides o del istmo del tiroides.

A veces se forma una fístula que nace en el quiste y se abre en la superficie cutánea o mucosa.

Es de paredes delgadas, su contenido es acuoso o seroso a no ser que sea infectado.

MUCOCELE

Se observa en individuos de menos de 40 años, no hay predilección sexual. La mayoría son asintomáticos y se descubren por medio radiográfico.

Hay dolor y sensibilidad de cara y dientes y entumecimiento del labio superior. En ocasiones se siente molestia en mejilla y maxilar.

Se pueden localizar en el labio inferior y mucosabucal y con menor frecuencia en piso de boca y región de glándulas salivales. Puede ser profundo o superficial, su tamaño varía de pocos mm. a un cm. o más de diámetro.

Los superficiales tienen un color azulado, son transparentes y se rompen fácilmente y descargan una sustancia mucoide viscosa.

El profundo puede durar meses e incluso años, y es frecuente que se reproduzca, si se localiza profundamente a la palpación pone de manifiesto una formación circunscrita que se desplaza con facilidad.

RANULA

Aparece a cualquier edad con más frecuencia en mujeres. Se localiza en el piso de la boca y engloba entidades como el mucoccele y otra lesión rara y profunda que a ve

ces se extiende más allá del músculo milohioideo, se presenta como una masa indolora de agrandamiento lento a un lado del piso de la boca.

Es unilateral, su diámetro es de 2 a 3 cm., es blando y tiene un color azul violáceo, se localiza por encima del músculo milohioideo pero se puede extender hacia atrás.

También se describe un tipo suprahioideo sumergido que hace una hernia a través del músculo milohioideo.

Su estructura es unilocular y contiene un líquido viscoso pegajoso, mucoseroso, no produce dolor de una glándula lingual puede dificultar la locución, la masticación y la deglución.



Quiste por retención



Ránula en el piso de la boca.

SEUDOQUISTE OSEO ANEURISMATICO

No se trata de un quiste verdadero, ya que no está revestido de epitelio.

Se presenta en pacientes jóvenes, se desarrolla - por lo general en la mandíbula, se presenta como una prominencia ósea pequeña o moderada, es sólida e insensible, recubierto por mucosa normal y de superficie lisa.

A la palpación puede demostrar una tumeración asintomática, de consistencia ósea o una masa semisólida hipersensible o un poco dolorosa.

Los dientes no suelen estar afectados, son normales.

SEUDOQUISTE TRAUMATICO

No se trata de un quiste verdadero, ya que no está revestido de epitelio.

Se presenta con mayor frecuencia en jóvenes, en varones. Se localiza en la mandíbula, entre el canino y la rama también puede aparecer en la región anterior.

Es asintomático, puede producir agrandamiento de la mandíbula, pocas veces es doloroso, y se observa al efectuarse el examen radiográfico. Puede persistir durante mucho tiempo. Los dientes de la región son vitales la mayoría de las veces.

C A P I T U L O I I I

DIAGNOSTICO

DATOS CLINICOS DE UN QUISTE:

Tumefacción visible

Prominencia palpable (cuando el quiste ha crecido más a la superficie).

Hinchazón indolora que puede ser borrosa.

Clara delimitación de la tumefacción.

La eminencia palpable se encuentra en la mayoría - de los quistes, a no ser que hallan crecido en el cuerpo de la mandíbula o en su rama ascendente. - Respecto a estas eminencias hay tres posibilidades:

- 1.- El quiste ha abandonado al hueso, pero la tumefacción es dura como el hueso y no comprimible, ya que el hueso ha sido muy poco reabsorbido.
- 2.- La reabsorción del hueso es muy extensa que solo queda una capa ósea muy delgada; se puede abollar el hueso y se origina el ruido de crepitación apergaminada.
- 3.- Al hacer la palpación se siente fluctuación. - El hueso ha desaparecido al grado que solo se palpa la bolsa quística. En zonas marginales - de la palpación se encontrarán bordes óseos, - hueso engrosado, hueso depresible.

En cada caso debe establecerse una combinación de datos:

Historia Clínica
Valoración Radiográfica y
Biopsia.

El examen histológico es esencial para definir un diagnóstico correcto.

No se debe hacer una biopsia inmediatamente, para eliminar otros estudios. La biopsia debe hacerse cuando sus indicaciones son bastante claras.

En caso de duda es preferible practicar una biopsia y esperar el resultado antes de la intervención.

Con las técnicas histopatológicas actuales, incluyendo los cortes de tejido congelado se puede obtener un diagnóstico rápido de 10 a 15 min.

Se practicará la biopsia para saber la naturaleza de la lesión quística, ocurre en los quistes multiloculares o múltiples y se debe de tener cuidado, cuando se sospeche la existencia de lesiones vasculares.

Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial.

El dolor puede ser causado por la presión del quiste sobre un nervio y así mismo provocar una parestesia.

La localización, movilidad, fijación, consistencia, cambios locales y enfermedades asociadas son los factores más importantes en el diagnóstico.

En quistes no infectados los signos de inflamación aguda no se encuentran. Al abrirlo se encuentra líquido se roso y brillan cristales de coles^{te}rina.

Los quistes se desarrollan durante meses pero por la ausencia de dolores no son detectados.

Durante la palpación muchas veces nos permite hacer el diagnóstico.

El quiste puede crecer de forma tan marcada que - produzca una asimetría en la cara, esto ocurre en los quistes dentígeros, que se expanden afectando grandes cantidades de hueso.

Los quistes infectados pueden producir signos y - síntomas de inflamación, hinchazón, elevación de la temperatura y leucocitosis.

El quiste infectado no es fácil de diagnosticar, - muchas veces por la incisión, se evacua pus, líquido seroso y la radiografía nos ayuda demasiado, la palpación también nos va a ayudar.

La fluctuación se halla en la cima de la tumefacción y en los márgenes se podrá palpar el hueso engrosado, - se encontrará pus mezclado con líquido seroso turbio.

Muchas veces el anamnesis nos proporcionará indica ciones diagnósticas.

Si según la anamnesis se ha superpuesto una inflamación sobre una tumefacción lentamente crecida tiene proba bilidad el diagnóstico de un quiste infectado.

En los quistes del hueso que producen asimetría facial la extensión se verifica a lo largo de la línea de menor resistencia en el hueso y a través de él en todas sus direcciones, nervios, vasos sanguíneos y senos paranasales. Son desplazados por la presión ejercida por el contenido líquido del quiste en contraste con el neoplasma que invade y rodea esos tejidos.

Los quistes de los tejidos blandos se presentan michas veces tensos, sin embargo la dureza del quiste y la movilidad de los tejidos del cuello frecuentemente hacen que la fluctuación no sea un signo seguro de la presencia del líquido.

La puncion exploradora, otro método clínico de diagnóstico, nos revelará la presencia de líquido que aclarará el diagnóstico.

Cuando falta cubierta ósea o esta muy delgada se puede asegurar el diagnóstico del quiste por la punción. Esto no causa ningun daño. Se efectúa de la siguiente manera:

Se esteriliza el tejido gingival y se anestesia en el lugar donde se va hacer la punción, en la cima de la eminencia. Con jeringa de vidrio, se introduce la aguja, si se encuentra al aspirar líquido seroso o una papilla espesa se trata de un quiste.

Si se encuentra un líquido maloliente y pus de color obscuro, es un quiste infectado.

Si se tratara de un tumor sólido la jeringa no absorbe nada, retirará unas gotas de sangre o células tumorales cuya identidad se ve en el microscopio.

Para la punción exploradora es necesario cumplir con los requisitos de la asepsia quirúrgica, por la vía creada se puede infectar el quiste, la maniobra y la operación se deben de realizar con escaso intervalo.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los quistes de los maxilares se deben de distinguir de ciertas lesiones que presentan un aspecto radiográfico similar. Los quistes pueden desplazar los dientes por presión.

Los quistes multiloculares y uniloculares se deben diferenciar del ameloblastoma que suele presentar un aspecto festoneado, desnudando o erosionando las raices y envolviendo a los dientes adyacentes.

En el diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta los tumores centrales de células gigantes, el neurofibroma, el mixoma, el aneurisma óseo, el angioma central del hueso, las lesiones malignas primarias, el mieloma múltiple, las lesiones metastásicas de las arcadas.

Los tumores centrales benignos tienen tendencia a erosionar o destruir las raices dentales.

Los quistes normalmente no hacen esto si no más bien propenden a desplazar o causar alguna resorción en las estructuras dentarias.

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

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

37

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SENO MAXILAR- QUISTE

Si se trata de seno maxilar y no de quiste, al -
comparar los dos lados no se encontrarán diferencias apre-
ciables.

El seno maxilar presenta paredes firmes, no pueden
ser comprimidas.

A veces se puede tratar de seno de maxilar abierto
o de un quiste.

Aquí nos puede ayudar el sondaje. Si se trata de
un quiste se penetra 2.5 cm, en caso de seno de maxilar -
abierto la sonda puede penetrar 4 cm y aún más.

El efecto de soplar la nariz puede aclarar el diag-
nóstico. En el quiste esto es negativo, no sopla aire desde
la nariz a través de la perforación.

Cuando los quistes aparecen en la región de los -
dientes posteriores del maxilar superior, a menudo no se -
pueden diferenciar de la cavidad del seno.

Los signos radiográficos nos pueden ayudar; si el-
borde de la radiolucidez en cuestión, en la película es con
vexa hacia arriba (la cúpula mira hacia la cavidad sinusal)
se trata de un quiste, pues el seno maxilar presenta sólo -
en su piso bordes concavos (la cúpula mira hacia la cavidad
bucal).

El límite entre la cavidad sinusal y el reborde al
veolar siempre se presenta como una línea clara, mientras -
el límite del quiste con el reborde alveolar no muestra esa
línea.

Si se ve clínicamente una tumefacción bucal, con crepitación apergaminada el diagnóstico es fácil, la punción nos va ayudar.

Pero en algunos casos donde estos medios de diagnóstico no ayudan, la representación por medio de contraste de un quiste o de la cavidad sinusal puede ser útil.

Pero en casos dudosos, se procede a la abertura de prueba del seno maxilar, que resulta ser un medio de diagnóstico sencillo.

Se efectúa de la siguiente manera:

Se anestesia y se efectúa un corte de 1.5 cm de largo horizontalmente en la mucosa encima de los ápices, en el surco vestibular, en la región del quiste, se desprende y desplaza la mucosa y el periostio, se perfora la pared ósea del seno maxilar con una fresa de bola de tamaño medio, tener cuidado de no tocar ninguna raíz, si se encuentra aire en la cavidad abierta, estamos en seno de maxilar. Si hay un quiste encontramos líquido o una secreción espesa. Encontrando el quiste se puede informar sobre su tamaño y extensión explorando cuidadosamente con una sonda delgada obtusa, la sonda se introduce fácilmente en el quiste a través de la abertura por trepanación. Se sutura la mucosa pero antes se inyecta penicilina en seno de maxilar (400000U)

Este procedimiento es sencillo, rápido y da resultados seguros.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE GRANULOMA QUISTE

La comprobación definitiva si estamos ante un quiste o un granuloma puede ser clínicamente por la operación - o histológicamente.

Si se trata de quiste al hacer la enucleación, la superficie ósea es lisa, la formación enucleada tiene forma redonda.

En granuloma, no se elimina totalmente el tejido, - queda adherido parte en el hueso y sobre el ápice.

También examinando si hay una correlación entre hallazgos radiográficos y resultados microscópicos que nos - permite la diferenciación entre granuloma y quiste.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE FORAMEN INCISIVO QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO

El quiste tiene en toda su circunferencia una lí--nea de condensación ósea, mejor dicho una delimitación definida contra el hueso circundante. En el forámen falta ésta delimitación nítida hacia abajo.

FORAMEN INCISIVO

- 1.- Se ubica en la línea media.
- 2.- Forma de pera o cono, si se cambia su proyec--ción el forámen cambia su forma y ubicación.
- 3.- Semitransparente, según el espesor y declive - de la bóveda palatina se podrá observar siem--pre trabeculado.

- 4.- No hay delimitación marginal porque el nicho-óseo termina esfumandose detrás de los incisivos.

QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO

- 1.- Se puede encontrar lateralmente.
- 2.- Es redondo y no sufre modificaciones.
- 3.- Es radiolucido.
- 4.- Existe una línea quística blanca radiopaca, que circunda la cavidad, se acepta como capa ósea cortical reactiva.

C A P I T U L O I V

C A R A C T E R I S T I C A S R A D I O G R A F I C A S

C A R A C T E R I S T I C A S G E N E R A L E S

QUISTE PRIMORDIAL

Se observa, como una zona Radiolúcida, bien delimitada, puede ser redondo u oval, puede ser multilocular o unilocular.

QUISTE DENTIGERO

Se caracteriza en un diente no erupcionado, su corona se encuentra delimitada por una zona Radiolúcida nítidamente marcada.

En quistes de mayor tamaño presentan una radiolúci^{de}z mayor y la puede proyectar lateralmente.

Los dientes relacionados pueden desplazarse hacia el borde inferior de la mandíbula o hacia el piso de la nariz.

QUISTE RADICULAR (PERIODONTAL APICAL, APICAL, PERIAPICAL)

En el ápice del diente se observa una línea Radiolúcida delimitada por una línea Radioopaca delgada como resultado de la reacción del hueso a la masa, que se expande lentamente.

Se puede encontrar también radiolucidez periapical y una discontinuidad de la membrana periapical y de la lámina dura.

Quistes que han crecido hacia el seno maxilar se -
muestran en la radiografía una sombra cupuliforme.

QUISTE RESIDUAL

Se observa una Radiolucidez anormal de los maxila-
res faltando el diente causal.

QUISTE PERIODONTAL LATERAL Y GINGIVAL

QUISTE PERIODONTAL LATERAL

Se observa una zona Radiolúcida en oposición a la-
superficie lateral de una raíz dental, la lesión es peque--
ña, sus bordes son definidos y a veces está rodeado de una-
delgada capa de hueso esclerótico.

QUISTE GINGIVAL

Es de gran tamaño, puede producir una erosión super-
ficial de la lámina ósea cortical, pero aún así no es visi-
ble en la radiografía.

QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE

Se observa una imagen Radiolúcida bien circunscri-
ta y puede haber cantidades variables de material Radiopaco
calcificado disperso.

Esta lesión a veces se asocia con un Odontoma.

Puede aparecer como parte integrante de la totali-
dad del quiste, se puede abarcar gran parte del maxilar, -

aunque por lo regular son lesiones pequeñas.

QUERATOQUISTE ODONTOGENO

Se observa una imagen Radiolúcida, multilocular y unilocular con delgado borde esclerótico, reaccional óseo y puede ser liso u ondulado.

QUISTE DEL CONDUCTO NASOPLATINO (NASOLABIAL DE KLESTADT)

Presenta una forma Radiolúcida, en los ápices centrales superiores, bien delimitadas en forma redonda, oval y acorazonada, ésta se debe a la sombra de la espina nasal que se superpone a la radiolucencia, ésta forma es la más común.

Puede producir la separación o divergencia de las raíces. Cuando es pequeño el quiste se puede confundir con el agujero incisivo.

QUISTE PALATINO MEDIO

Esta lesión presenta una zona Radiolúcida bien delimitada en la zona de premolares y molares, bordeada de una capa de hueso esclerótico.

QUISTE GLOBULOMAXILAR

Una zona Radiolúcida piriforme invertida en forma de pera entre las raíces del incisivo central y el canino, la lámina dura de la cara distal de la raíz del canino, suele faltar el borde periférico del quiste y produce la divergencia de las raíces de estos dientes.

QUISTE MEDIO MANDIBULAR

Su aspecto radiográfico es una imagen Radiolúcida, unilocular o multilocular y en forma redonda, ovalada y elíptica delimitada.

QUISTE NASOALVEOLAR (NASOLABIAL, DE KLES--TADT)

No muestra alteración ósea, a veces aparece una radiolucencia, si el quiste produce una resorción ósea por presión del lado del periostio.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO

Se observa una zona Radiolúcida cuyos bordes periféricos están delimitados, rodeados total o parcialmente por una zona hiperostótica.

Cuando se localiza entre las raíces pueden desplazar los dientes. A veces se observa una zona radiolúcida gris brumosa que contiene finas trabéculas óseas dándole un aspecto de burbuja de jabón. Muchas veces esta variedad no se puede distinguir de un mixoma o de un ameloblastoma.

QUISTE OSEO TRAUMATICO (HEMORRAGICO, EXTRA VASACION)

Zona radiolúcida amplia, puede expandirse a las tablas del maxilar, su tamaño es variable dependiendo de la duración de la lesión.

La radiolucencia se extiende entre los dientes y posee un contorno festoneado.

Los bordes periféricos de la zona radiotransparente suelen estar delimitados, a veces aumentados por una delgada línea hiperostótica.

Se puede observar un ligero movimiento de los dientes, con expansión de la cortical tanto radiográfica como clínica.

TECNICAS DE LAS TOMAS RADIOGRAFICAS

En el maxilar inferior en la región anterior con una radiografía oclusal se obtendrá la ubicación del quiste, la dirección y la relación con los demás dientes vecinos.

En rama horizontal y ascendente, se toma un antero posterior y nos muestra la ubicación en dirección medial lateral.

Las panorámicas nos pueden informar tanto en el maxilar inferior como en la superior, el tamaño del quiste y su relación con los dientes vecinos y con el maxilar.

En superiores anteriores como posteriores se hacen con radiografías periapicales.

SIGNOS TIPICOS DE UN QUISTE EN LA RADIOGRAFIA

Nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes.

El espacio periodontal se ensancha en el forámen apical formando la cavidad quística. Se observa un despla-

zamiento de las raíces de las paredes de cavidades contiguas. Se muestra una transparencia homogénea. La forma es redonda y muchas veces similar a una pompa de jabón.

Con los datos radiográficos no se va a dar un diagnóstico definitivo, es una auxiliar, ya que en ocasiones lo que parece ser un quiste benigno puede ser un tumor de mayor gravedad.

Los quistes se observan con una radiolúcidez del hueso y están rodeados de una fina línea blanca: la lámina dura.

A veces se puede observar áreas dentro de la radiolúcidez que aparece más oscuras e indican una erosión en la superficie cortical, tanto en lingual como en bucal.

La lámina dura alrededor del quiste se debe a la esclerosis del hueso, como respuesta a la presión de la expansión del quiste.

Las grandes destrucciones quísticas no indica la existencia de debilidad o tendencia a las fracturas patológicas, ya que el quiste se expande a expensas del hueso medular, dejando la fuente cortical intacta.

Frecuentemente el quiste puede destruir la cortical bucal y dejar la cortical lingual.

Los contornos dobles como delimitación de quistes se encuentran, cuando han sido destruidos los compactos vestibular o lingual.

Una de las líneas muestra el grado de reabsorción vestibular, la otra indica el límite de la reabsorción bucal.

La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso que contiene el saco del quiste.

La intensidad de la transparencia es variable y generalmente decrece desde el centro hacia la periferia. En la delimitación lineal del quiste se puede encontrar líneas de condensación ósea. Algunos quistes muestran hacia un lado estas líneas y hacia el otro lado ninguna línea de condensación, esto depende de la diferente dirección del crecimiento del quiste.

En quistes que se desarrollan hacia la nariz o el seno maxilar se observa un desplazamiento de las cavidades vecinas. Las sombras superpuestas pueden causar confusión por ejem.: que la línea quística, la línea del piso nasal, el quiste y la línea del Antro se entrecruzan.

Los desplazamientos o superposiciones que se observan, depende de la ubicación del quiste.

Cuando se observa una transparencia totalmente homogénea, se presentan quistes ubicados en medio del hueso - del maxilar, los quistes que se han desarrollado en tejidos blandos y se han reabsorbido poco hueso, se observa una - transparencia no muy homogénea. Los quistes generalmente - tienen un contorno liso, redondo, lobular y pueden ser multiloculares, cuando hay infección secundaria, los bordes - pueden ser irregulares.

Se aconseja practicar radiografías de control extensas con una periodicidad mayor de lo que se acostumbra hacer, en las series radiográficas normalmente se verifican - en espacios de dos a tres años.

TOMAS DE CONTRASTE

En tumores benignos centrales nos dan imágenes de contornos netos y bien demarcados.

Cuando falta tejido óseo, el examen radiográfico se revela como una mancha radioclara.

Dentro de los quistes paradentarios, la imagen es radiolúcida de bordes regulares, con una cortical sana, encapsulando el proceso, en relación con una extremidad radioclar.

En los dentígeros dan imagen radiolúcida, con el contorno perfectamente limitado y con la característica de un diente con su corona, dentro de la mancha radiográfica correspondiente al quiste.

Dentro de los grandes quistes del maxilar superior es importante las tomas radiográficas intraorales, extraorales y las oclusales para saber la ubicación, extensión, volumen del quiste, la relación e invasión del seno maxilar con los órganos vecinos.

Los quistes maxilares superiores es difícil de obtener una radiografía nítida debido a que se sobreponen sombras de los senos paranasales.

La transiluminación puede descubrir en los maxilares estos tumores líquidos, dando una zona luminosa a nivel del proceso, originado por falta de tejido óseo.

Se pueden emplear sustancias radiopacas tales como el Lipiodol y el Thorotrast, introducidas en el interior de la bolsa quística dando mayor precisión y detalle a la radiografía.

Cuando son difíciles de diagnosticar los quistes - en el seno maxilar se utiliza este procedimiento.

Se extrae una cantidad del líquido quístico y se introduce en igual volumen de material de contraste o lipiodol.

Se inyecta con una aguja de punción de 3 a 5 cm³ - en el seno maxilar. Para hacer la punción se introduce la aguja previa a la anestesia de la mucosa a través del meato nasal inferior del seno maxilar.

La abertura que se ha hecho en la cavidad debe ocluirse con hemostático.

Se puede obtener en seguida el examen radiográfico.

En casos de quistes supurados, cubiertas las paredes de fungosides, el lipiodol no alcanza a llenar la bolsa quística.

Esto tiene el objeto de hacer limitaciones claras y precisas entre la imagen del seno maxilar y la imagen del quiste, y de visualizar tejido blando y conductos venosos - que no podrían verse de otra manera en la radiografía.

Quistes ya abiertos pueden ser hechos visibles, mediante una gasa cubierta o embebida con una solución de contraste y se introduce en el quiste.

TECNICA DE WASSMUND

Se usa lipiodol radiográfico y una jeringa provis-

de aguja gruesa. El lipiodol debe ser calentado previamente para facilitar la introducción o inyección.

Necesita una cantidad de líquido quístico lo cual lo reemplaza por una sustancia radiopaca.

Como al retirar la jeringa del maxilar, entra aire en el interior del quiste resulta difícil la introducción del lipiodol.

Wassmund ha ideado la jeringa, la cual está provista de una llave con el exterior, una vez llena la jeringa de líquido quístico.

La técnica es la siguiente: Se esteriliza la región en donde se va a realizar la punción con tintura de merthiolate, se punciona el quiste, se extrae el líquido y se cierra la llave, dejando la aguja en su sitio de punción, se llena la jeringa con lipiodol, calentándolo en baño maría, se abre la llave y se lleva lentamente al quiste, esto se repite varias veces.

Tratando de reemplazar el contenido quístico por la sustancia opaca.

TECNICA DE THOROSTRAT

El líquido quístico se mezcla en el cuerpo opaco y no se necesita mucha sustancia, también se puede utilizar solución de Bario, ésta técnica se utiliza para los quistes cerrados.

La inyección de sustancia radiopaca en el quiste trae en muchas ocasiones dolores bastante serios o infección de la bolsa quística.

C A P I T U L O VHISTORIA CLINICAHISTORIA CLINICA

Es una relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos que se obtienen por medio de interrogatorio directo e indirecto con el sujeto o con terceras - personas para investigar la enfermedad actual, los antecedentes de él y de sus familiares.

Toda historia clínica está formada por:

- A) Ficha de identificación
- B) Interrogatorio que puede ser directo o indirecto
- C) Antecedentes familiares hereditarios
- D) Antecedentes familiares patológicos
- E) Antecedentes personales no patológicos
- F) Padecimiento actual
- H) Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

A) Ficha de identificación

Comprenderá nombre, edad, sexo, estado civil, ocupación, lugar de origen, lugar donde radica, fecha de ingreso.

- B) Interrogatorio que puede ser directo o indirecto
- C) Antecedentes familiares hereditarios

Se preguntará lo relativo a antecedentes reumáticos, neoplásicos, endócrinos (mixedema, diabetes), diatésicos, fímicos, neuropsiquiátricos, genéticos.

D) Antecedentes personales patológicos

Enfermedades durante la infancia (viruela, sarampión, escarlatina, etc.) enfermedades congénitas, reumáticas, alérgicas, quirúrgicas, gineco-obstétricas, amigdalitis, catarros frecuentes, inmunizaciones.

E) Antecedentes personales no patológicos

Se investiga medio ambiente en que vive e íntimamente ligados a él, habitación, alimentación, cantidad y calidad de los alimentos ingeridos, hábitos como tabaquismo, alcoholismo, etc.

F) Padecimiento actual

A través de un lenguaje sencillo, se podrán recoger las vivencias pasadas o presentes de la enfermedad actual, su evolución, complicaciones o por algún tratamiento empleado.

H) Interrogatorio por aparatos y sistemas

Se recopilan datos individuales de cada órgano y sistema del organismo que puedan tener relación con la enfermedad actual del paciente. Se harán preguntas determinadas en los síntomas generales para relacionar signos clínicos presentes que han originado el estado actual.

EXPLORACION FISICA

La exploración física del paciente debe empezar - anotando sistemáticamente la información sobre signos vitales, presión arterial, temperatura, pulso y respiración. - Debe incluir la exploración por regiones de todo el cuerpo - así como de los anexos.

Se llevará a efecto por medio de los diversos métodos de exploración, inspección, palpación, percusión, auscultación, medición, etc.

Inspección

Es la observación directa del paciente, como es su actuación, su manera de comportarse, de hablar, su estado nutricional y alguna aparición de manchas o erupciones.

Palpación

Se efectuará por medio del tacto.

Exploración manual

El médico emplea su sentido de tacto para percibir cualquier anormalidad en las diferentes estructuras accesibles, presencia de nódulos, tumefacciones en el cuello, - etc.

Percusión

Este se realiza por medio del golpeteo de la piel del enfermo y se provoca en las estructuras subyacentes una vibración capaz de generar un sonido cuyas características - de tono e intensidad tienen gran importancia diagnóstica. -

Con esto se puede delimitar el tamaño de los pulmones, corazón, hígado, etc.

Auscultación

Se realizará indirectamente por medio del estetoscopio y se oirá el paso del aire por el árbol respiratorio, lo mismo con la corriente sanguínea, a su paso por los vasos o válvulas del corazón, este método de exploración es uno de los más importantes, pues cualquier alteración del sonido normal adquiere una especial significación diagnóstica.

Examen Bucal

Deberá hacerse un examen completo con la inspección, palpación, percusión así como los medios físicos, calor, frío o vilalometro, de todas las membranas mucosas bucales.

Examen radiográfico

Cualquier radiografía que esté indicada, ya sea - placas dentales periapicales, oclusales, placas laterales - de los maxilares, proyecciones de los senos, radiografías - panorámicas o placas especiales, para establecer un diagnóstico final.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Además de la historia clínica y la exploración física, debe llevarse a cabo cualquier examen de laboratorio que sea necesario, basandose en los detalles de historia y-

exploración física para obtener un diagnóstico correcto.

Las pruebas de laboratorio proporcionan datos valiosos para lograr la mejor disposición preoperatoria y para tener la seguridad de que el tratamiento no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.

También para conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia personal.

Las pruebas de laboratorio que se van a efectuar son las siguientes; pruebas hemorragiparas, tiempo de coagulación, química sanguínea, biometría hemática, examen general de orina.

Análisis de sangre

El examen de la sangre debe incluir valor hematocrito y cuenta de leucocitos, se pide como examen completo de la sangre.

Sangre: está formada por una parte líquida, el plasma sanguíneo en la que están en suspensión celular, eritrocitos, leucocitos, plaquetas y además hemoconias. En cuanto la sangre se coagula, la parte líquida es llamada suero.

Glóbulos rojos o hematíes

El hematocrito, nos presenta un índice excelente de volumen de globulos rojos.

El número de glóbulos rojos que se encuentran normalmente en el ser humano es:

Mujeres de 4.5 a 5 millones por cm^3
 Hombres de 5 a 5.5 millones por cm^3

Cuando el número de glóbulos rojos disminuye, considerablemente se le denomina anemia, cuando un paciente con valor hematócrito bajo debe recibir atención médica inmediata ya que puede necesitar una transfusión y si el hematócrito alto posiblemente es causado por una policetemia, también puede indicar una afección cardiaca, con trastornos circulatorios, infección crónica o nefritis crónica. El hematócrito es superior al examen de hemoglobina en los pacientes quirúrgicos, ya que este último se halla sujeto a errores que no se encuentra en el hematócrito.

Leucocitos

El número normal de leucocitos está dentro de 5000 a 7000 células por 100 cm^3 de sangre. Los leucocitos polimorfonucleares tienden a aumentar en estados inflamatorios agudos y después de traumatismos.

En la osteomielitis de los maxilares y de la mandíbula, los monocitos tienden a aumentar.

FORMULA LEUCOCITARIA NORMAL

NEUTROFILOS	de 63 a 74%	4,400 a 5,200	por mm
BASOFILOS	de 0 a 1%	0 a 70	por mm
EOSINOFILOS	de 1 a 3%	70 a 210	por mm
MONOCITOS	de 4 a 8%	280 a 560	por mm
LINFOCITOS	de 20 a 25%	140 a 750	por mm

Plaquetas

Las plaquetas se producen con gran rapidez, se forman diariamente unas 100,000 plaquetas por cm^3 de sangre, pueden ser reemplazadas en un período de 3 a 5 días. Su concentración se cuenta alrededor de 250,000 por mm^3 a 500,000 mm^3 . Las plaquetas tienen como función de aglutinarse dentro de la sangre circulante, sobre partículas diversas; este emplaquetamiento parece acelerar la fagocitosis. Las plaquetas desempeñan un papel importante en la coagulación.

Tiempo de coagulación

Es la transformación de la sustancia líquida o semilíquida de la sangre cuando abandona los vasos sanguíneos, efectuándose la hemostásis espontánea. La coagulación interviene en la detención de las hemorragias, que ocluye a los vasos abiertos y evita así que el organismo se desangre. El plasma contiene sustancias proteicas como fibrinógeno, globulinas, albuminas, seromucoide, nucleoprotidos, grasas lipoides, sales y gases. El fibrinógeno es el tiempo, ya que al ser transformado por la trombina en fibrina, desempeña un papel primordial en la formación del coágulo. Tiempo de trombina o coagulación del plasma de sangrado y de retracción del sangrado para personas que no tienen estados hemorrágicos son: el tiempo normal de sangrado es de 1 minuto a 3 minutos.

A la retracción del coágulo es perceptible después de la primera hora, notable a las 18 horas y total a las 24 horas.

Química sanguínea

En la química sanguínea se investiga cuando hay un trastorno funcional o una alteración orgánica que origine - la producción de elementos anormales de eliminación, el de- encontrar un aumento de glucosa (signo de diabetes) urea - padecimientos renales o creatinina.

VALORES NORMALES DE LA QUIMICA SANGUINEA

ALDOSA	7	a	8	unidades	%
AMILOSA	80	a	150	"	%
COLINESTERASA	0.5	a	1.1	"	%
<u>LACTO DESHIDROGENA</u> SA	200	a	500	"	%
LIPASA	0.4	a	1.0	"	%
PEPSINOGENO	60			"	%
FOSFATASA	0-4.1	a	4	"	%
FOSFATASA ALCALI- NA	1-6.5	a	10	"	%
TRANSAMILASA EXA- LACETICA	10	a	40	"	%
<u>TRANSAMINASA PIRUVI</u> CA	5	a	35	"	%

Análisis de orina

Interés diagnóstico relativo, pues solo en algunos padecimientos renales, producen alteraciones en la composición química o física de la orina, se considera complemen-

to clínico del estudio hemático.

El examen de la orina se divide en estudio físico, químico y biológico. Físicamente se estudia la orina en la cantidad excretada en 24 hrs., el color, olor, aspecto, densidad y la reacción.

Cantidad en 24 hrs. de 1,200 a 1,500 cm^3 , si hay aumento puede ser temporal, por ingestión de gran cantidad de líquidos diuréticos y por estados emocionales. Permanente, por diabetes y diversas enfermedades renales. Si hay disminución puede ser temporal, por escasez de líquido o eliminación por otras vías (sudores, diarreas, permanentes por nefritis, insuficiencia cardiaca, hemorragias profusas.

El color debe ser amarillo ambar o intenso. Si se hace más claro puede responder a diabetes insípido, esclerosis renal. Si se oscurece puede haber una infección o una ictericia.

El aspecto normal de la orina es transparente, si se inturbia puede contener pus o sales minerales.

Su olor es suigéneris. La reacción de la orina es francamente ácida y su pH se encuentra entre 4 y 6. La alcalinidad significa un estado patológico. La densidad es de 15°C es de 1016 a 1022. Aumenta la densidad en la diabetes insípida y en la esclerosis renales. Si aumentan la densidad al mismo tiempo que la cantidad de orina emitida o si disminuye es un desequilibrio renal.

Elementos normales

Acidez total normal es de 1.40 a 2.10 gr. en cm^3 o

sea 1.70 a 2.50 por día. Si la acidez es muy exagerada, puede ser un signo de insuficiencia cardiaca o de leucemia.

Urea

La cantidad normal de urea eliminada en 24 horas, es de 20 a 30 gr. aumentando dicha cifra en ciertos estados diabéticos y en la tuberculosis y disminuye en las nefritis agudas y en algunas insuficiencias hepáticas.

Acido Urico

En la orina normal la proporción de ácido úrico es de 0.25 a 0.75 mg en 24 hrs. Aumenta en la leucemia y en la anemia perniciosa y disminuye en la nefritis crónica y en las atrofias del hígado.

Cloruros

Se eliminan de 8 a 15 gr por día. La disminución de los cloruros puede indicar un trastorno renal, pues siendo deficiente su función eliminatoria, los cloruros pasan a los tejidos dando lugar a los clásicos edemas. Puede haber aumento de cloruros en la diabetes.

Elementos Normales

Albumina

La presencia de albúmina en la orina es siempre anormal, pues el epitelio renal normal no deja pasar la albúmina de la sangre. Las fuertes emociones, los ejercicios violentos y las infecciones suelen producir una albuminuria pasajera. Las albuminurias crónicas aparecen en distintos-

estados patológicos del riñón.

Glucosa

La existencia de glucosa en la orina es siempre anormal y cuando existe, el contenido normal de la sangre ha aumentado, si aparece glucosa en la orina se debe relacionar con la búsqueda en la sangre, si esta pasa de 1.80 gr., por mil puede indicar la existencia de diabetes. La glucosuria solo puede aparecer después de comidas copiosas o después de ciertas intoxicaciones alimenticias,

Acetona.

La acetona es otro elemento anormal en la orina - que puede aparecer después de un ayuno prolongado, o después de una anestesia cloroformica. Con frecuencia aparece acetona en la orina en los diabéticos en coma y en los cancerosos.

Acido Diacético

La presencia de ácido diacético en la orina induce a creer que también exista acetona, pues aquel cuerpo nunca se encuentra solo. La acidosis suele presentarse en diversos estados patológicos, descompensación cardíaca y la insuficiencia cardiorenales.

Indican, un colorante anormal de la orina que se produce debido a la putrefacción intestinal.

Pigmentos biliares

Son también elementos normales de la orina, cuando

existen pueden responder a la presencia de un obstáculo en las vías biliares.

Sedimentos urinarios

Los sedimentos urinarios contienen elementos organizados y elementos no organizados. Entre los organizados se encuentran bacterias, leucocitos, células epiteliales, - cilíndricos urinarios, etc., que generalmente hay 25 a 28%. Los sedimentos minerales están constituidos por fosfatos - uratos, carbonatos, sulfatos, etc., representan del 12 al - 15%.

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

Se practicará siempre y cuando exista alguna duda sobre una lesión, por pequeña que parezca.

Proporciona información acerca de tejidos epitelial y conjuntivo, indica si una lesión es benigna o maligna y revela la extensión de la lesión o de la enfermedad.

Se anestesia la región, por bloqueo. Las lesiones pequeñas deben extirparse completamente.

Si la lesión es demasiado grande se extirpará una cuña del tejido de unos 4 mm de ancho y no menos de 4 mm de profundidad.

Los frascos de las muestras deben contener formalina neutra al 10%.

El frasco se mandará al histopatólogo con los siguientes datos: nombre del cirujano que lo envía, nombre del paciente, edad, sexo, fecha, zona del padecimiento, características, tamaño, forma, consistencia, color y tiempo de evolución.

C A P I T U L O V I

TRATAMIENTO

QUISTES ODONTOGENICOS.

Enucleación total, principios que se deben seguir: colgajo mucoperiostico, conservar los dientes siempre que no se comprometa con ello la erradicación de la enfermedad, enucleación de la lesión, cierre de la herida y cuidados postoperatorios.

Se usará la marsupialización en quistes de mayor tamaño.

El quiste de la lámina dental y gingival del recién nacido no requiere de tratamiento, ya que las lesiones desaparecerán por apertura en la superficie mucosa o al ser deshechados por los dientes en brote.

QUISTES NO ODONTOGENICOS.

Se tratan mediante la separación de tejido mucosopalatino de sus inserciones a los cuellos de los dientes y reflejandolo lo más lejos que se pueda para obtener un buen campo operatorio. Este método se utilizará cuando no se pueda operar por vía vestibular.

Se pueden construir férulas palatinas antes de la intervención, para evitar el desplazamiento y desgarramiento del colgajo, esta mantiene una presión contra los bordes óseos remanentes.

Quiste Dermoide y Epidermoide. Se eliminarán por vía intraoral o extraoral, dependiendo de la situación del-

músculo milohioideo. Los que se encuentran por encima del -
 músculo, se hará una incisión media vertical que comenzará -
 por arriba, en la cara ventral de la lengua, dirigiéndose -
 hacia abajo por entre las carúnculas de los conductos de -
 wartón, hasta la cara lingual de la mandíbula. Con disectores
 romos, hemostatos se separa la membrana mucosa de la pared
 del quiste a ambos lados de la incisión. Para separar-
 el quiste de la musculatura adyacente y de las fascias mus-
 culares, se emplearan los dedos índices y rollos de espon-
 ja.

Los quistes dermoides supramilohioideos están in-
 sertados o unidos a los tubérculos genianos. Estos anclajes
 deberán ser cortados y ligados. El quiste se liberará a -
 través de la boca; En los grandes quistes se aspirará o -
 eliminará previamente alguna parte, antes de extraerlo.

El cierre se hará por capas para eliminar los espaci
 os muertos. Se emplea catgut para las capas y seda de -
 tres ceros para la mucosa.

Los extraorales se extraen a través de una inci-
 sión horizontal en la área submental, a mitad de distancia-
 entre la sínfisis y el hioides. Se hace una incisión pene-
 trante a través de la piel, tejido graso subcutáneo, masa -
 muscular y fascia, hasta que se alcance la pared del quist-
 te. La disección cuidadosa permitira la extracción del -
 quiste en bloque, el cierre se hara por capas.



Quiste Dermoide



El tumor se observa por debajo de la lengua.



Quiste enucleado



Después de enucleado.

Quiste Del Conducto Tirogloso. Se hace una incisión transversa sobre el quiste, se separan cuidadosamente los tejidos suprayacentes y el trayecto fibroso se identifica y luego se sigue disecando, se separa el hueso hioides para examinar arriba de este punto y permitir la escisión del agujero ciego, punto de terminación del conducto tirogloso.

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

Mucocele y Ránula. El tratamiento consiste en la marsupialización del quiste por incisión de su techo, vaciando el contenido mucoso por aspiración y suturando después los bordes del quiste al borde de la mucosa del suelo de la boca.

Otro tipo es la incisión del techo del quiste mediante el uso del electroescoperio, que quede sellado al borde de la ránula a la mucosa oral y haciéndola continua con la cavidad bucal, necesitando unas pocas suturas alrededor de los márgenes.

Quistes Oseos. Al intervenir se encuentra una cavidad ósea vacía y seca; A veces contiene pequeñas cantidades de suero, algunas fibrillas atroficas delgadas, pigmentos negros. La abertura de la cavidad es suficiente para formar un coágulo que asegura que la cavidad se reparará ella misma para formar hueso nuevo.

Se abrirá la lesión, se hará raspaje de hueso y -
cierre con sutura, el coágulo sanguíneo resultante pronto -
se organiza y el defecto óseo cura rápidamente.

ANESTESIA

Para la región anterior superior, se empleará la infraorbitaria, complementada por el lado palatino, solución de novocaina al 2% con adrenalina, se puede complementar con una torunda de gasa mojada con solución de cocaína al 10% o pantocaína en el piso de las fosas nasales.

Para la región posterior. Quistes pequeños con anestesia local. Quistes grandes con incisión de los órganos vecinos anestesia regional, localizada a la altura del nervio dentario posterior o del tronco del nervio maxilar superior a la salida del agujero redondo mayor, en la fosa pterigomaxilar, se puede hacer por vía intrabucal o extrabucal, completado con anestesia local vestibular y palatina.

En quistes con incisión sinusal hacer una amplia anestesia por si fuera necesario intervenir dicho órgano, se usara la extraoral.

Se aconseja hacer una anestesia más extensa que los límites de la lesión quística.

Inferior. Anestesia regional a la altura de la espina de spix, completándose por vía intraoral, bloqueando el nervio bucal y algunos casos extraoral, anesthesiando el plexo cervical superficial, se puede intervenir aún en los grandes quistes, las partes blandas que cubren el maxilar inferior son sensibles si no se tiene la precaución de anestesiar éste plexo.

En los grandes quistes está indicada la doble anestesia regional en la espina de spix o agujero mentoniano.

Se puede presentar que en los tiempos operatorios no haya dolor, pero al extirpar la bolsa quística se presente, debido a inervaciones que provienen de la cara interna y piso de la boca, o anastomosis nerviosas hacen muy sensible la extirpación de la bolsa quística, la vecindad con el conducto dentario inferior, a pesar de síntomas de anestesia origina dolor en este momento. Un método que puede obviar a medias esto es introducir en la cavidad quística, una torunda de gasa impregnada con pantocaina o licor de bonain.

Se puede indicar anestesia general.

VIAS DE ACCESO

Se realizará por la vía vestibular, todas las demás vías son insuficientes, peligrosas y antiquirúrgicas.

En inferior en algunos casos, se usará la vía alveolar agrandada.

METODO DE PARTSCH I

Consiste en transformar el quiste en una cavidad - accesoria de la cavidad bucal. Por la comunicación que se hizo hacia la cavidad bucal; el epitelio que tapiza el interior del quiste vuelve hacer epitelio de la cavidad bucal.

La técnica consiste en practicar una incisión que nos permita abordarlo, la osteotomía de la porción ósea, y la apertura y vaciamiento del quiste conservando su hemisferio interno. Al terminar, queda solo en las zonas marginales un borde de herida, esta se epiteliza en las semanas siguientes, y se establece la unión del epitelio quístico con el de la mucosa bucal. Después de la operación se taponea la cavidad con gasa y se cambiará cada 2 ó 3 días. Por este procedimiento el quiste se aplana y en un tiempo variable desaparece.

INDICACIONES

En quistes de gran tamaño o de tamaño mediano en los cuales la enucleación de la bolsa traería aparejados - transtornos por parte del hueso (hemorragias, fracturas, apertura del seno maxilar) y por parte de los dientes (lesión de la pulpa de los dientes vecinos).

Este método se utiliza sobre todo en maxilar superior en los quistes vecinos al antro o nariz, ya que la conservación de la bolsa, es de gran utilidad para defender la cavidad sinusal en peligro o para reforzar el piso de las fosas nasales, devilitado o desaparecido por un proceso quístico.

VENTAJAS

- 1.- Sencillez de su ejecución
- 2.- Buena visualización de la cavidad
- 3.- La superficie ósea queda cubierta en toda su extensión por epitelio.
- 4.- Se evita la infección ósea y lesión de los dientes vecinos, porque se conserva la bolsa quística.

DESVENTAJAS

El epitelio quístico es un elemento patológico que debe ser eliminado ya que puede sufrir transformaciones adamaninas o tumorales o recidivar, bajo la forma de un nuevo quiste, la integridad histológica de la bolsa quística no es siempre absoluta, a veces el quiste está infectado y la membrana degenerada y así su conservación es problemática.

La cavidad artificial creada permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales y su putrefacción.

TECNICA OPERATORIA SEGUN PARTSCH I

1.- Incisión. Se traza siguiendo los límites de la proyección del quiste sobre la cara vestibular; incisión circular, debe situarse en un lugar equidistante, entre el surco gingival y el borde libre de la encía.

Se prefiere empezar en un punto distal al quiste a intervenir, debe de ser mayor que el diámetro horizontal que el quiste.

Se pueden emplear las incisiones de partsch o new-

man seccionar posteriormente el colgajo siguiendo la cuerda del arco.

En profundidad debe de llegar hasta el hueso, corriendo encía y periostio.

2.- Desprendimiento de Colgajo. Con legra pequeña o espátula roma se toma el labio superior de la fibromucosa incidida con pinzas de disección a dientes de ratón para facilitar la separación del colgajo de su base ósea o de la bolsa quística. Se inicia desde el centro del arco, se separa el colgajo con movimientos suaves de insinuación a expensas de la fibromucosa tratando de no herir la bolsa quística. El colgajo se levanta hasta los límites superiores del quiste. En casos de desaparición de tejido óseo se debera de separar el colgajo hasta encontrar hueso sano. El hueso muy papiraceo o dehiscente puede fracturarse o necrosarse y puede engendrar supuraciones y estas exigen una nueva operación para eliminar el secuestro.

3.- Osteotomía. Cuando el hueso está muy delgado puede ser seccionado con un bisturí para hueso; cuando está parcialmente destruido se completa la osteotomía con pinza-gubia, si el hueso es firme y sólido debe practicarse con escoplo o fresas, se practican orificios en el diámetro del quiste. La tapa ósea se extrae con pinza gubia o con el escoplo, ya en presencia de la bolsa quística se toma con una pinza Kocher, y se abre con el bisturí en toda la extensión del quiste, extraída así la tapa del quiste se vacía el contenido y se lava.

4.- Tratamiento de la Bolsa Quística. Se puede fabricar un tapón de caucho con el cual se obtura la cavidad y debe de ser retirado por la noche para que actúe la presión negativa del aire bucal.

Se prefiere la gasa yodoformada vaselinada, ya que no se adhiere a los tejidos y es facilmente removida.

Se baja el colgajo y se introduce dentro de la cavidad donde quedará mantenido por la gasa, ambos llegan a adherirse intimamente. La cantidad de gasa debe de estar en proporción con el volumen de la cavidad, hay que evitar taponamiento a presión, para que no se produzca escefaleas por compresión excesiva del colgajo gingival o de la bolsa quística, esta gasa se cambia cada 24 hrs., si se infecta y da mal olor se debe de retirar con más frecuencia.

A cada cambio, se hara un lavado cuidadoso de la cavidad quística con suero fisiológico o con solución de fenol alcanforado, se seca con gasa y se vuelve a obturar con cantidades cada vez menores.

5.- Tratamiento Del Diente Causante. Cuando hay necrosis pulpar no puede ser conservado sin el peligro de una nueva infección del quiste.

El tratamiento radicular y la apicectomía o su extracción. La apicectomía debe hacerse conservando la bolsa quística y por la brecha operatoria creada. Se levanta la bolsa quística cuidadosamente, se separa el ápice, se sostiene alejada con una torunda de gasa. Se efectúa la apicectomía, se eliminan los restos de dentina que pudieran quedar por el fresado de la raíz, se retira la torunda y se vuelve la bolsa quística a su sitio.

Si se opta por la extracción del diente, se hara unos días antes de la operación, teniendo cuidado de no fracturar el hueso alveolar. La extracción precoz del diente puede acarrear la abertura intempestiva del quiste, por lo tanto la extracción estará condicionada por el estado del maxilar.

6.- Tratamiento de las Cavidades y Dientes Vecinos. No hay que temer por la integridad del seno maxilar, fosas nasales. La bolsa quística defiende a estos, si están en contacto la bolsa quística y membrana sinusal o nasal, en una extensión de un diámetro mayor de un centímetro hay que comunicar el quiste con el órgano vecino de que se trate y suturar la incisión en arco, como se inició la operación.

Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivo del quiste, deben de ser conservados por un tiempo prudencial, para no fracturar la porción alveolar y no crear golfos quirúrgicos en el borde alveolar que puedan resultar molestos.

7.- Tratamiento Postoperatorio. Consiste en los cambios de gasa yodoformada y lavajes de la cavidad quística con suero fisiológico o con solución alcohólica de fenol alcanforado, este tratamiento es largo y molesto.

Después de una vigilancia de 20 a 30 días por parte del cirujano dentista se deja la cavidad abierta, sin nueva mecha de gasa. El paciente debe de encargarse del cuidado de la cavidad, practicándose lavajes con una jeringa.

RESULTADOS DEL METODO DE PARTSCH I

- 1.- Detención inmediata del crecimiento del quiste
- 2.- Gradual adquisición por parte del epitelio quístico, de los caracteres del epitelio de la mucosa bucal.
- 3.- Aplanamiento progresivo de la pared del quiste hasta su desaparición.

El factor que más nos detiene es el posible peligro -
de la degeneración de la bolsa quística.



Incisión



Quiste abierto



Curación



Se observa el obturador en su lugar.

METODO DE PARTSCH II CON SUTURA

La bolsa quística es desprendida del hueso y se le enuclea y se cierra cuidadosamente la herida hacia la cavidad bucal. Al diente causante se le hace apicectomía. El espacio del quiste se llena con un coágulo de sangre por la hemorragia postoperatoria. Este se organiza durante la curación y es reemplazado por hueso neoformado.

El principio es la abertura del quiste, para que el epitelio de la mucosa bucal pueda unirse con el quiste, o la eliminación del epitelio quístico junto con la membrana quística con lo cual queda eliminado el tejido causante.

INDICACIONES

Se emplea en quistes de un diámetro no mayor de tres centímetros, para quistes mayores la operación debe hacerse al terminar taponamiento.

VENTAJAS

La obturación de las cavidades quísticas con sustancias antisépticas y obturadores de espacio, salva los inconvenientes de la infección y retracción del coágulo.

DESVENTAJAS

El peligro del método con sutura recide en que el coágulo pueda infectarse y supurar, con todas las secuelas de una infección.

Este método solo puede aplicarse en los quistes es teriles, los infectados pueden operarse por el método abier to.

TECNICA OPERATORIA SEGUN PARTSCH II CON SUTURA

Quiste en maxilar superior, en el período de exteriorización.

1.- Incisión. Por vestibular a la altura de los apices dentarios, efectuándola con bisturí, debe de abarcar una extensión mayor que los límites del quiste y en profundidad hasta el tejido óseo, tomando las precauciones para que el bisturí no lesione la bolsa quística, en caso de que el tejido óseo se encuentre muy adelgazado, se seca y se toman los bordes de la herida, se puede utilizar la incisión de Newman, con lo cual se obtiene un colgajo que da mayor campo operatorio y permite la apicectomía en caso necesario.

2.- Desprendimiento de Colgajo. Con legra, espátula de bordes romos se separa con cuidado el tejido gingival de su inserción en el hueso.

Debe de abarcar un límite mayor de la extensión del quiste, ya que así se tendrá un fácil acceso a la bolsa quística. En caso de que el tejido óseo cubra el proceso y se encuentre destruido por la invasión del quiste, el desprendimiento del tejido gingival debe realizarse hasta encontrar hueso sano y sólido.

En este caso la inserción de la encía a la bolsa quística es íntima y profunda, esa separación es maniobrada delicada y se consigue realizando con cuidado este tiempo operatorio.

Cuando el quiste es supurado estas adherencias son mayores, algunas veces se realizan verdaderas soldaduras entre encía y membrana quística y para desprender el tejido -

gingival se usa la punta y el borde romo del bisturí o contijeras, realizando una disección que nos permita seccionar las adherencias e inserciones, lo mismo sucede con las fisulas.

3.- Trepanación Osea. El hueso está sano con o - sin modificación de sus límites, se trepanará el tejido - óseo, esta osteotomía se realiza por medio de escoplo, martillo y pinza gubia, con escoplo de media caña se fabrica - una ventana en la tabla externa, con pinza gubia se aumenta el diámetro de la abertura ósea, la extensión debe de ser - mayor que los límites del quiste.

Quando el hueso se encuentra destruido y la fibromucosa está directamente en contacto con la bolsa quística - será suficiente agrandar la abertura patológica.

Después de la osteotomía se presenta la bolsa quística con su color azulado rojizo característico, de brillo anacarado y consistencia variable.

4.- Enucleación de la Bolsa Quística. Se vaciará - la bolsa quística antes de su enucleación, tiene por objeto disminuir el volumen e impedir el vaciado del contenido - quístico en la boca del paciente, se realiza punzando la - bolsa quística con una aguja, y haciendo la succión del con - tenido quístico con una jeringa. Después del vaciado del - quiste se secciona la pared con el bisturí o tijera y se - practica la limpieza del contenido quístico con gasa o con el aspirador, y después se realiza la enucleación de la bol - sa quística. Se toman los bordes de la incisión de la bol - sa quística con pinzas de Kocher.

Con una espátula roma se realiza el desprendimien - to de la bolsa quística de su alojamiento óseo.

En los quistes supurados no es posible esta maniobra, ya que aquí existen adherencias de la membrana quística, con su alojamiento óseo. Estas adherencias son muy íntimas que es necesario resecarlas con cucharilla.

La enucleación de la bolsa quística se realiza siguiendo los límites superiores y después a la porción inferior. Así se desprende en su totalidad la bolsa quística, no quedando adherida nada más que por su inserción al cuello del diente productor del quiste.

La gotilla quística se debe de enuclear con cuidado, hay varias vías; raspado de la misma por vía alveolar, después de extraído el diente causante o por la brecha operatoria, otra es después de extraído el diente, se raspa la porción periapical, para eliminar los restos de la bolsa - que pudiera ser causa de una recidiva de quiste.

Extraída en su totalidad la bolsa quística se practica la hemostasis de la cavidad ósea con gasa.

En quistes supurados se raspará la cavidad ósea en todos los ángulos óseos, para eliminar las partículas más - pequeñas de la bolsa con lo cual puede recidivar.

5.- Tratamiento de Cavidades Vecinas. Si se invadiera seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina se realizará el tratamiento de ellas.

En dientes vecinos, se dejan en su lugar, en caso de que estén irremediamente perdidos, después de varios meses de la intervención se efectúa su extracción.

6.- Tratamiento del Diente Causante. Extracción - del diente causante, la cual se efectuará de inmediato a la

enucleación de la bolsa quística, o la apicectomía.

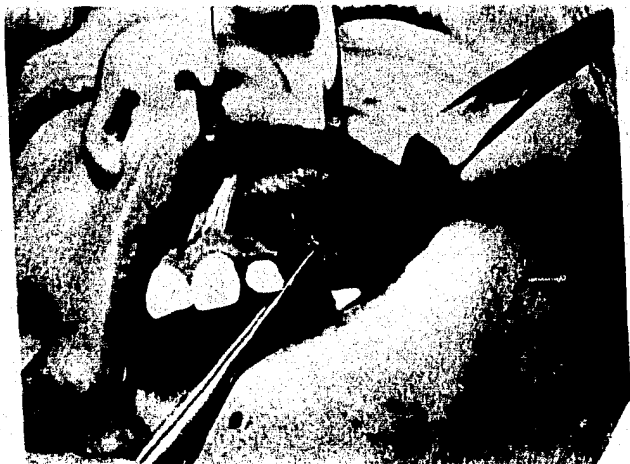
El conducto radicular debe de ser obturado antes de la intervención.

7.- Tratamiento de la Cavidad Osea. Se revisa la cavidad que aloja el quiste, si esta seca, se provoca una ligera hemorragia de las partes blandas raspando con cucharilla, se llenará de sangre y se espolveará la cavidad con polvos de sulfamida, se depositan en el interior del hueso. Para el relleno de la cavidad dejada por el quiste se usa el oxycel; después de la enucleación, se toma un trozo de material de tamaño aproximado a la cavidad a obturarse y se rellena, se baja el colgajo y se sutura.

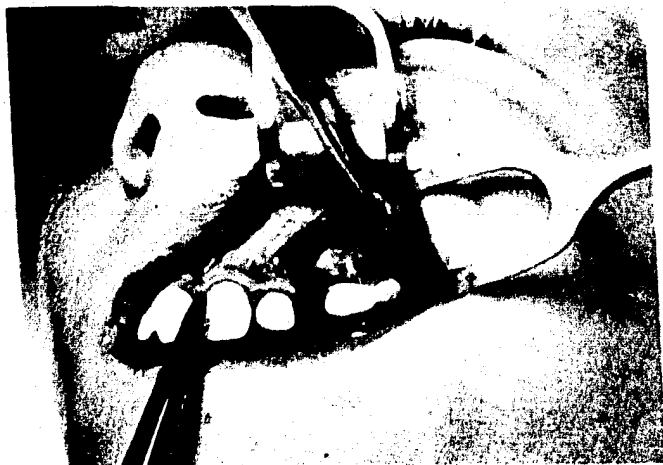
8.- Sutura. Exige rigurosa asepsia de la operación; que el coágulo y cavidad ósea no se contaminen con la saliva y el medio ambiente. Si el coágulo se infectan dando síntomas de dolor, tumefacción, enrojecimiento local, se cortan los puntos de sutura, se abre ampliamente la cavidad despegando los labios de la incisión y se trata como cavidad abierta. Se lava con suero fisiológico y taponamiento con gasa yodoformada. Si se temiera por la integridad del coágulo se puede colocar una mecha de gasa entre dos puntos de sutura, como drenaje de hematoma, se retira a las 24 ó 48 hrs.

El material de sutura es seda o nylon, los puntos deben de estar entre sí de medio a un centímetro, debe descansar sobre base ósea firme. Los puntos se retiran a los seis u ocho días.

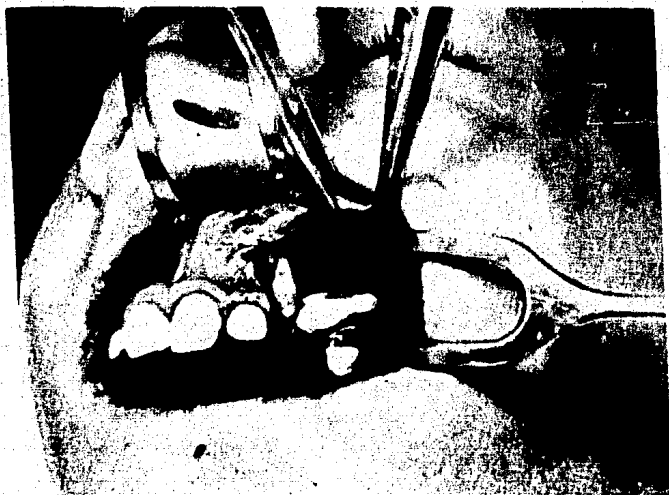
9.- Tratamiento Postoperatorio. El paciente debe permanecer semisentado.



Incisión



El quiste está cubierto por hueso.



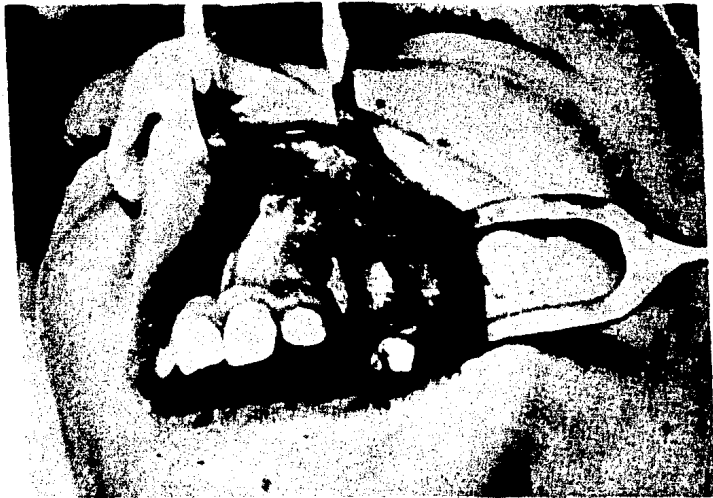
Ampliamente el quiste está abierto



Se ha extraído el diente causante y el colgajo se ha replegado.



El quiste está abierto.



Se sutura y se hace el taponamiento.

EN MAXILAR INFERIOR

Vía vestibular, y a menudo se puede emplear la vía alveolar como complemento.

1.- Incisión. Sus límites, dirección y tamaño variarán de acuerdo con la ubicación del quiste.

2.- Desprendimiento del Colgajo. Va hacer igual al método anterior.

3.- Trepanación. Va a hacer igual al método anterior. Si es necesario usar la vía alveolar, ésta se agranda, efectuando primeramente la extracción del diente causante y los dientes vecinos necesarios y se procede a la eliminación de la tabla externa.

4.- Enucleación de la Bolsa Quística. Vaciamiento del contenido con jeringa y desprendimiento y extracción de la bolsa quística.

Hay una variante, la relación que tenga el proceso con el paquete vasculonervioso, se separa la bolsa quística del paquete, y así se evitan las complicaciones que se suceden a la sección de los nervios, y a la falta de irrigación sanguínea.

5.- Tratamiento de los dientes. Se va a usar el mismo método que el anterior.

6.- Tratamiento de la cavidad ósea. Se va a efectuar el mismo método que para los superiores.

7.- Sutura. Va a hacer igual que el método para superior. Cuando se efectúa una incisión muy extensa, se -

disminuirá, colocando en los extremos de la misma puntos de sutura, así el colgajo quedará flameado dentro de la cavidad bucal.

A veces los colgajos se seccionan. La eliminación de él se efectuará con el galvanocauterio o bisturí eléctrico.

METODO DE PARTSCH II SIN SUTURA

Todos los tiempos son iguales que con el método de sutura, solo cambia en los siguientes:

7.- Tratamiento de cavidad ósea. Obturación de la cavidad ósea con materiales extraños al organismo.

Al terminar la emucleación de la bolsa quística y alisados los bordes óseos se lava la cavidad con suero fisiológico y agua oxigenada, se seca y se coloca en las paredes óseas cloruro de zinc al 10%.

El labio superior del colgajo (labio inferior del maxilar inferior) se introduce dentro de la cavidad ósea y sobre él y rellenando la cavidad se aplica la gasa de obturación.

El relleno tiene varias ventajas:

- Se prevé la producción de una hemorragia.
- Se evita la infección de la cavidad ósea, impidiendo la introducción de los microorganismos bucales.

El empleo de la gasa yodoformada, nos da amplia seguridad de esterilización de la cavidad ósea, se retira después de un tiempo variable (de 24 a 48 hrs.).

En las cavidades grandes, el cambio de gasa siempre es doloroso y condiciona una nueva hemorragia, en ocho o diez días la cavidad queda libre, no hay hemorragias y las maniobras se hacen con escaso dolor.

Los inconvenientes de éste procedimiento residen en el tiempo extraordinariamente largo que se necesita en el postoperatorio, dolor y la hemorragia que se presenta en cada maniobra.

8.- El postoperatorio. A las 48 hrs. se revisa al paciente, se revisa la gasa, y si se necesita cambiar se cambia.

Una vez retirada la gasa, se efectúan lavajes con suero fisiológico tibio, se pincela la cavidad con cloruro de zinc al 10% y se vuelve a obturar con gasa yodoformada, se deja 48 hrs., la maniobra se repite durante 5 ó 6 sesiones, hasta que la cavidad no sangre mas, y por espacio de varios días, la cavidad se va cubriendo de una membrana color verde-rojizo índice de una tentativa de epitelización.

QUISTES EN RELACION CON SENO DE MAXILAR

Quistes lejos del seno, cuando clínica y radiográficamente se ha hecho el diagnóstico y se creó que el seno está respetado, con conservación de la pared sinusal. La operación sigue los principios de los métodos partsch I y II.

El partsch I prevee las contingencias de un posible abertura del tabique separador entre el quiste y seno, - después de abrir la bolsa, se comprueba el estado del tabique separador por intermedio de una sonda. Si el tabique es suficientemente espeso, de modo que la sonda no lo perfora, se termina la intervención enucleando o no la bolsa quística.

Si después de reseca totalmente la bolsa quística, se encuentra una comunicación con el seno:

- En comunicaciones pequeñas y quistes no supurados, la terminación de la operación bajo sutura inmediata - prevee los riesgos de la infección del seno y de una comunicación patológica bucosinusal, hay que recurrir a otras medidas quirúrgicas.

- En comunicaciones mayores, se une el quiste al seno maxilar, haciendo una sola entidad. Habiendo dos principios básicos:

Cierre con sutura de la herida bucal

Apertura de un drenaje en la pared nasal del seno para su ventilación y tratamiento postoperatorio, - éste es el método rinológico.

Quistes en íntima relación con el seno:

a) Quiste puro y seno sin infección, en comunicaciones grandes se puede conservar la bolsa quística, para que refuerce la pared mucosa del seno maxilar o se utiliza el método de Wasmund.

En el método rinológico se puede conservar la bolsa quística, se secciona la pared quístico-sinusal, comunicando ambas cavidades.

Si se enuclea la bolsa, con un bisturí se secciona la mucosa sinusal en límites coincidentes con la ventana ósea quístico-sinusal, se abre la comunicación en el meato inferior, se obtura la cavidad quística y la sinusal con gasa yodoformada y se cierra definitivamente con sutura.

b) Quistes infectados y seno sano. Enucleación total de la bolsa quística; resección de la pared quística sinusal.

c) Quiste infectado y seno infectado. Enucleación total de la bolsa, resección de la pared quístico-sinusal, tratamiento radical del seno maxilar, por enucleación de la mucosa sinusal enferma y del contenido patológico del seno.

METODO RINOLOGICO O ANTROQUISTECTOMIA

Se transforma al quiste en una cavidad anexa al seno maxilar, ampliando la comunicación quístico sinusal; la incisión de la mucosa bucal se cierra con varios puntos de sutura. El seno maxilar y el quiste son drenados ampliamente hacia las fosas nasales.

TECNICA

Anestesia. Anestesia del nervio maxilar superior, se bloquea la sensibilidad del maxilar, del seno y de las fosas nasales, por vía extraoral preferentemente.

Si se efectúa una anestesia menor se amplia con una nueva anestesia en la fosa pterigomaxilar.

Incisión. Que permita que el colgajo actúe reforzando la pared sinusal debilitada, incisión de Newman.

La incisión es extendida horizontalmente hacia mesial y distal en el surco vestibular. En mesial debe de llegar hasta el frenillo labial.

Desprendimiento del colgajo. Se levanta el colgajo gingival.

El colgajo mucoperiostico se empujará hacia arriba. Encima del quiste, si este ha destruido el hueso hacia-bucal, el colgajo es preparado en forma roma, filosa para separarlo de la bolsa quística. Hacia mesial y distal del quiste se expone hueso sano, se buscará hacia arriba el forámen infraorbital.

Osteotomía. Igual que las anteriores, si la pared externa esta lo suficientemente adelgazada o se ha desaparecido, ya en presencia de la bolsa quística se secciona en forma de arco, o se reseca la porción limitada por este arco y su cuerda.

Tratamiento de la bolsa quística. Puede conservarse total o parcialmente o su extirpación.

No se ve inconveniente a la extirpación total, cuando la ventana quirúrgica para comunicar quistes y seno es suficientemente amplia, se puede cerrar parcialmente por el mismo mecanismo por el cual se achica la entrada bucal del quiste, así existirá prácticamente un nuevo quiste con insuficiente drenaje por las vías creadas.

Se examina el seno maxilar, el cual ha sido abierto desde la fosa canina, si la mucosa del seno es pálida y lisa se dejará intacta. Partes delgadas de hueso o bordes óseos fibrosos son eliminados. Si la mucosa está engrosada, inflamada o poliposa se debe de eliminar como en la operación caldwell-luc.

Mayrhofer propone tres métodos rinológicos para la conservación parcial o total de la pared anterior y terminación de la operación según caldwell-luc.

La ventana quisticosinusal, abierto ampliamente el quiste, vaciado su contenido, se seca con gasa y se verifica la importancia de la comunicación quisticosinusal, se ex tirpa o conserva la bolsa quística. Si existe la comunicación con seno, se abre una ventana con pinza gubia, siguiendo los contornos de hueso sano, el hueso dehiscente se elimina, creada la ventana se considera el estado del seno y se procede a la resección o conservación de la mucosa sinusal. Se deben de eliminar todos los divertículos o nichos que el quiste pudo ocupar en su invasión sinusal para evitar sinusitis e infecciones sobreagregadas que complican la intervención. La finalidad de este método es hacer del seno y del quiste una cavidad única, sin cavidades ni diver tículos accesorios.

Comunicación con las fosas nasales. La cavidad quís ticosinusal necesita un drenaje suficiente, esto se debe si

tuar a un punto vecino al piso del seno para evitar estancamientos y facilitar los cuidados y lavajes postoperatorios. El drenaje se realiza en la cara externa de las fosas nasales a nivel del meato inferior por debajo del cornete inferior, a veces se reseca la cabeza del cornete. La abertura ósea se realiza con escoplo, el hueso no presenta mucha resistencia.

La cavidad quística se rellena con gasa yodoformada, uno de sus extremos se saca por la ventana del meato inferior.

La cavidad sinusal puede dejarse vacía o espolvorear sus paredes con antibióticos, en caso de existir alguna superficie ósea sangrante se puede depositar un trozo de oxycel o gelfoam.

Sutura. De la incisión bucal, los labios de la herida se unen con varios puntos de sutura, con lo cual se asegura un cierre hermético.

Tratamiento postoperatorio. El paciente debe permanecer de dos a tres días en su lecho, después se retira la gasa por vía nasal, y se practican lavajes del seno con solución antiséptica, dos o tres veces por semana, este lavado de la cavidad sinusal, por la vía creada en el meato inferior tiene por objeto eliminar las secreciones o coágulos que pueden almacenarse en su interior.

Un seno maxilar operado puede causar molestias al paciente, aun años más tarde, una rinitis puede extenderse fácilmente en el seno. El seno operado puede ser sensible a los cambios del tiempo.



Incisión



Quiste y seno maxilar abiertos

QUISTES EN RELACION CON LAS FOSAS NASALES

La evolución de los quistes se hace en muchas ocasiones a expensas del suelo de las fosas nasales o se proyecta hacia atrás, a expensas de la apófisis palatina, los quistes de gran tamaño pueden comprometer, suelo nasal y bóveda palatina.

QUISTES EN RELACION CON EL PISO NASAL

Ya han destruido el piso de las fosas nasales y - hay íntimo contacto entre bolsa quística y mucosa nasal.

Los métodos de extirpación total son insuficientes y peligrosos, sobre todo cuando no se cierra bajo sutura inmediata y si se recurre al taponamiento con gasa yodoformada, se puede perforar la mucosa nasal.

Método. Incisión de Newman, desprendimiento del colgajo, osteotomía, enucleación del quiste y adosamiento - del colgajo bajo sutura inmediata, el coágulo puede proveer el suficiente tejido para obturar alguna posible brecha.

METODO DE WASMUND

Se utiliza para cubrir el piso nasal debilitado o - ya perforado.

Técnica del método:
Maxilar con dientes.

Incisión. Desde el surco vestibular al borde libre se trazan dos incisiones tangentes a la circunferencia del quiste, descendiendo hasta las lenguetas gingivales correspondientes a cada uno de los trazos verticales. Se pue

de utilizar la modificación de Wasmund, obtiene el colgajo de las partes vecinas, la incisión se inicia en el lado opuesto desde el fondo del surco vestibular o de la cara interna del labio, desciende en forma curva, aún centímetro por encima de la línea de los cuellos de los dientes, corre paralela a esta línea, cruza la línea media y se detiene en la cara distal del canino del lado opuesto.

Desprendimiento del colgajo. Se desprende hasta dejar al descubierto el orificio anterior de la fosa nasal.

Para alargar el colgajo se incide horizontalmente la cara interna del colgajo es decir el perióstio.

Tratamiento del quiste. Se conserva el hemisferio interior del quiste, sobre su cara interna se coloca directamente el colgajo, se mantiene con gasa o se fija con puntos de sutura al paladar duro; se toma una aguja con el hilo de sutura y se perfora el colgajo cerca del borde libre con la misma aguja se atraviesa el paladar en un punto que está situado frente a la perforación que está en el ángulo del colgajo por el primer paso de la aguja, y se pasa el hilo por la vía palatina creada por la aguja, se hace lo mismo en el otro lado del colgajo, ambos cabos se anudan en el paladar.

El colgajo se fija con un tapón-sutura, se toma un trozo de gasa yodoformada, lo cual una vez plegada, llene sin comprimir demasiado la cavidad quística. Se pliega la gasa y se pasa el hilo que va a servir de sutura. La manobra de adaptar el tapón sutura debe hacerse fuera de la cavidad quística: Se enhebra la aguja en un extremo del hilo y se atraviesa el colgajo, se hace lo mismo con el otro extremo del hilo, se pueden usar dos agujas, perforando el colgajo en el ángulo opuesto al de la primera perforación.

El tapón sutura está adosado a la cara bucal del colgajo, mantenido por los hilos que cuelgan de su cara interna, se perfora con cada aguja, la bóveda palatina, los dos extremos del hilo que salen por la bóveda sirven para traccionar el colgajo y llevarlo a su sitio, los hilos se anudan en la bóveda para extraer el tapón-sutura, se corta el hilo en la cavidad quística, se retirarán los hilos por la boca y el tapón de la cavidad quística.

Quistes en relación con las fosas nasales y el seno maxilar.

Si el quiste no es muy grande, se opera cerrando - bajo sutura. La incisión debe preveer las contingencias de una posible abertura de los órganos en cuestión.

La de Newman es la que se presta mejor para estos fines.

Si ha invadido y destruido el piso de seno y de las fosas nasales, se comunicará la cavidad quística con el seno respetando la bolsa quística, sutura hermética.



Incisión



Quiste abierto



Incisión. Se observa el meato nasal inferior.



Dibujo de un caso similar al anterior

QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR

Se pueden tratar por el método de partsch I, II - con o sin sutura.

Región mentoniana, se operan por el método de la - enucleación total, con sutura o no, se sugiere sutura inme- diata.

Region de premolares. La indicación reside en el - tratamiento y protección al paquete dentario inferior y al - ramillete mentoniano, la exposición o lesión suele traer ac - cidentes diversos, hemorragias profusas, si se seccionan - los vasos dentarios inferiores o los mentonianos, neuritis, neuralgias y anestesia, si la lesión es en el nervio, la he - morragia se cohibe por taponamiento con gelfoam, gasa sim- - ple o realizando la compresión ósea con un instrumento ro- - mo.

Esta lesión sobre los nervios puede preverse cu- - briendo el nervio expuesto con el colgajo gingival, cuando - después de la extracción de la bolsa quística se deja el - conducto dentario al descubierto, en caso de proceder con - la técnica de cavidad abierta, se debe colocar el colgajo - en el interior de la cavidad ósea, que cubre el conducto ex - puesto, sobre el colgajo se coloca una tira de gasa yodofo^r - mada que lo mantiene en su sitio, no se espera mucho de es- - te colgajo como elemento de protección, por su natural re- - tracción, sobre todo cuando se ha practicado una incisión - en arco, el colgajo es insuficiente para estos fines.

En quistes en vecindad del agujero mentoniano, la - lesión del ramillete vasculonervioso es segura si no se pro - cede con cuidado. Para evitar que quede al descubierto el - nervio mentoniano, Wasmund propone la siguiente técnica:

La incisión se puede prolongar hacia mesial, el colgajo permite cubrir el piño óseo y evitar lesiones del ramillete.

En desdentados, se toma el colgajo de la cara lingual hasta el suelo de la boca y se efectúa la operación en tres tiempos, para que el colgajo tenga irrigación del lado facial y evitar así su necrosis. Se harán tres pequeñas operaciones.

Se trazan dos incisiones verticales a la circunferencia del quiste incidiéndose en el surco vestibular o en el tejido del carrillo, pasando a distancia del agujero mentoniano, en el borde alveolar se prolonga la incisión por la cara lingual, se desprende el colgajo y se mantiene separado en el curso de la operación.

Terminada la enucleación del quiste, se aplica el colgajo en el interior de la cavidad ósea o en la cara interna del quiste. Para mantener el colgajo inmóvil y que sea útil a los fines perseguidos se fija con sutura a la pared interna del hueso. Nos podemos valer del tapón sutura.

Region de los molares. En los medianos se empleará el método con sutura. En los grandes se empleará el método de partsch II obturado con gasa.

Quistes de la rama ascendente. Se opera por vía bucal, método de la extirpación total.

En los grandes quistes que llegan hasta el cóndilo y apófisis coronoides la incisión debe de ser amplia, desde la coronoides hasta por delante de los límites del quiste se abra ampliamente la herida. Después de la sección de la mucosa y el periostio, aparece la bolsa quística la cual hay que reseca.

Otros están adosados al periostio que los separa del músculo masetero, sin hueso intermediario. Al extraer la bolsa, no se debe de lesionar el periostio o el músculo adyacente, se complica cuando el paquete está directamente adosado al saco quístico o solo separado por escasas porciones de tejido óseo.

La ruptura de los vasos dentarios inferiores puede traer hemorragias que resultan muy difícil de tratar. Las indicaciones se refieren al peligro de fractura que puede ocurrir en el acto operatorio, o la fractura espontánea del hueso a causa del quiste.

Se coloca un arco de alambre de media caña en el maxilar superior y otro en el inferior, los cuales se fijan a los dientes de cada arcada por medio de alambres de ortodoncia.

En grandes quistes en los que pelagra la integridad del hueso, se puede colocar injerto óseo, tomando el borde anterior de la tibia, se aplica después de operar el quiste.

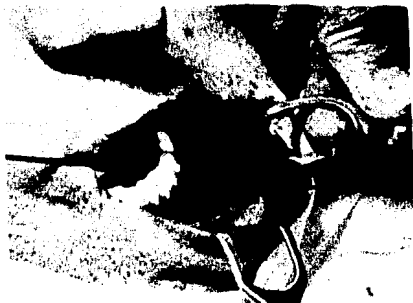
Cuando la fractura ocurre antes del tratamiento del quiste. Se coloca el aparato de contención que convenga.

Si el quiste no es supurado puede demorarse su tratamiento. En un quiste infectado, en el cual la fractura puede haber provocado el desgarró de la bolsa, la enucleación del quiste se impone.



Incisión

Se hace osteotomía y se abre el quiste.



La bolsa quística se ha suturado con la mucosa.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES CON SUPURACION - AGUDA

La inflamación alcanza las partes vecinas y se instalan celulitis, osteítis u osteomielitis, sinusitis purulentas.

Hay inflamación aguda, dolores locales e irradiados, tumefacción de la región y sus vecindades, enrojecimiento de los tejidos blandos que cubren el quiste y aumento de la temperatura local.

El estado general, también está resentido, fiebre, decaimiento, dolores musculares, el quiste no puede ser operado, se efectuará el tratamiento previo del estado inflamatorio, y después de algún tiempo la enucleación del quiste.

El tratamiento previo:

Incisión del quiste para drenar su contenido purulento. Este drenaje se puede hacer por vía canicular del diente causante, abriendo el diente, ensanchando su conducto y perforando la bolsa quística por vía del conducto con una sonda.

La vía gingival de drenaje, está indicada cuando el hueso que cubre al quiste no es muy sólido.

La incisión se hace en un punto lo más bajo posible, la incisión operatoria será luego una continuación de las incisiones de drenaje.

En quistes con intensa reacción es aconsejable practicar una ventana de drenaje, y se elimina el contenido

quístico y se lava la cavidad con sustancias antisépticas.

Este se realiza con previa anestesia general o local.

Con un bisturí se perfora la encia, periostio, hueso y bolsa quística, se hace un orificio a expensas de estos.

Esta ventana debe realizarse de acuerdo con la futura operación.

El quiste deberá de ser lavado muchas veces al día, durante una semana, por medio de una cánula e irrigador.

Wasmund aconseja en los procesos bastante pútridos la inyección de fenol alcanforado dentro de la cavidad quística.

PROCEDIMIENTO PARA DISMINUIR EL VOLUMEN DE LOS GRANDES QUISTES

Indicado en maxilar inferior, cuando la operación del quiste comprometa la integridad del hueso o pueda lesionar el paquete vasculonervioso, dentario inferior.

En maxilar superior en quistes en vecindad con el seno maxilar o fosas nasales o en quistes que comprometan la integridad del quiste, o que se presenten en íntima relación con dientes vitales.

Técnica:

Se busca por inspección y palpación el sitio de más fácil acceso, se hace una ventana quirúrgica que comunique la cavidad quística con la cavidad bucal, se puede obtener por la extracción del diente causante.

Se secciona en forma circular, la mucosa bucal y el periostio.

En presencia de hueso delgado y papiráceo se realiza una ventana, y se secciona la bolsa quística, permitiéndose el vaciamiento del quiste.

Para evitar el cierre de la ventana, se colocará un tubo de goma o polietileno, se mantiene con puntos de sutura a la encía vecina.

Los tubos se dejan colocados ocho a diez días hasta que los bordes de la comunicación creada, se han epitelizado evitándose así su cierre inoportuno.

La disminución del volumen del quiste se realiza -
en períodos de tiempo variable, de acuerdo al tamaño del -
quiste, al poder de reedificación ósea y edad del paciente.

Puede ocupar de seis meses a dos años.

CONCLUSIONES

Dependiendo de la formación del quiste vamos a saber su origen, clasificandolos en cuatro grupos: odontogénicos, no odontogénicos, por retención y los pseudoquistes.

Se incluyen los pseudoquistes porque presentan características similares de un quiste, pero no se le considera como un quiste verdadero, porque no están tapizados de epitelio.

Los quistes en la mayoría de las veces no nos van a dar manifestaciones clínicas.

En los quistes dentígeros algunas veces se encuentra una asimetría facial, pérdida ósea y desplazamiento de los dientes adyacentes

Los quistes salvo que se infecten causaran molestias.

Por lo tanto su localización va hacer casual durante el examen radiográfico, su tamaño es variable.

En algunas regiones donde se encuentran los quistes, se va a presentar dificultad a la deglución, fonación y a la masticación, debido a la posición en que se encuentran y a su tamaño.

Es importante realizar un buen diagnóstico para no confundir estos con otras patologías, ya que en la radiografía su aspecto es similar.

Se usaran diferentes medios de diagnóstico como palpacion, puncion exploradora y datos clínicos de un quiste.

Los tumores centrales benignos, tienden a erosionar o destruir las raíces dentales, los quistes no hacen esto, propenden a desplazar o causar alguna resorción en las estructuras dentarias.

También muchas veces los quistes se pueden confundir con estructuras como son seno maxilar, fosas nasales, - agujero mentoniano, etc.

Se hará un diagnóstico acompañado de buenas tomas-radiográficas, cuando hay duda se hará un diagnóstico diferencial acompañado con radiografías de contraste.

Esto se hace con el fin de no equivocar el diagnóstico y efectuar un adecuado tratamiento.

Es importante realizar la valoración del estado de salud del paciente, así como también los exámenes de laboratorio e histopatológicos, para que no se presenten complicaciones pre y postoperatorias.

El tratamiento será quirúrgico, variará dependiendo del tamaño del quiste, si hay infección, se encuentre en relación con el seno maxilar u otros órganos importantes.

BIBLIOGRAFIA

1.- BHASKAR, S.N.

1975

Patología Bucal

Ateneo: México

pp: 127-131

158-173

298-306

2.- COSTICH, Emmet R.

1974

Cirugía Bucal

Interamericana: México

pp: 17-20

41-44

57,68-74

3.- DOMINGUEZ, Vargas Raúl

1973

Semiología clínica

Moderna: México

pp: 1-9

4.- HARNISCH, Herbet

1973

Clínica terapéutica de los quistes
maxilares

Quintessence books: Berlín

pp: 89-112 131-135

116-122 155-203

209-226

5.- GOLDMAN, Henry M; Gorlin Robert S.

1975

Patología Oral Thoma

Salvat: Barcelona

pp: 487-517

6.- GURALNICK, Walter C.

1971 Tratado de Cirugía Bucal
Salvat: Barcelona
pp: 149-153
413-433

7.- KRUGER, Gustavo

1960 Tratado de Cirugía bucal
Interamericana: México
pp. 26-30
177-180
204-208

8.- MORRIS, Alvin L.

1976 Especialidades odontológicas en la
práctica general
Labor: México
pp: 70-84
87-149

9.- PINDBORG, J.J.

1974 Atlas de las enfermedades de la mucosa
bucal
Salvat: Barcelona
pp: 144-145
134-135

10.- RIES, Centeno Guillermo

1978 Cirugía Bucal
Ateneo: México
pp: 758-829

- 11.- SANCHEZ, Silva Alfonso
1978 Introducción a la técnica quirúrgica
Mendez Cervantes: México
pp: 149-169
- 12.- SHAFER, William G.
1977 Tratado de Patología Bucal
Interamericana: México
pp: 75-77
67-73
449-454
238-253
512-513
- 13.- ZEGARELLI, Edward V.
1976 Diagnóstico en Patología Oral
Salvat: Barcelona
pp: 186-202
204-210