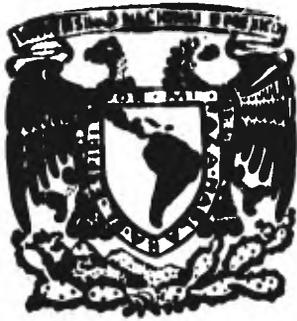


247.439



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Procesos Quísticos en los
Maxilares

TESIS

Que para obtener el título de

CIRUJANO DENTISTA

presenta

MARIO HIDALGO MEDINA

Vo Bo
HMO

1 0 0 2



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.

PROCESOS QUISTICOS EN LOS MAXILARES.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

DESARROLLO HISTORICO

CAPITULO II

A) DEFINICION

B) ETIOLOGIA

CAPITULO III

A) GENERALIDADES HISTOLOGICAS

B) MARCHA CLINICA

CAPITULO IV

CLASIFICACION SEGUN IRVING MEYER

1.- ODONTOGENOS

2.- NO ODONTOGENOS

3.- DISONTOGENICOS

4.- PSEUDOQUISTES

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE QUISTES EN LOS MAXILARES

CAPITULO VI

METODO DE PARTSCH I

CAPITULO VII

METODO DE PARTSCH II

A) METODO DE PARTSCH II CON SUTURA

B) METODO DE PARTSCH II SIN SUTURA

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Los quistes bucales y parabucales son de gran importancia dentro de la patología estomatológica, ya que su presencia es frecuente y el C.D. debe tener pleno conocimiento para realizar un buen diagnóstico, y así resolver una de las tantas enfermedades que se presentan en la boca.

El propósito de esta tesis, es presentar a grandes rasgos los signos clásicos que se presentan en los distintos tipos de quistes, así como su tratamiento.

Los diversos padecimientos bucales y parabucales que hasta fines del siglo XIX resultaron imposibles de atender adecuadamente, hizo apremiante la necesidad de encontrar sistemas e intentar técnicas que tuvieran como finalidad eliminar el dolor y aliviar las enfermedades bucales que tanto pueden incidir en el estado general de la salud, así buscando la solución al problema planteado, se vieron favorecidos por el nacimiento de la cirugía oral cuyo ejercicio requiere de conocimientos adquiridos en otras disciplinas que le son auxiliares como la biología y la medicina, a la que está muy vinculada.

Nuestro empeño es el de mostrar y resaltar los procedi
mientos empleados en el tratamiento de las enfermedades buca-
les y en particular sobre los procesos quísticos cuyo trata--
miento es posible gracias a la evolución de la técnica y a --
los nuevos conceptos que permiten un buen diagnóstico.

CAPITULO I

DESARROLLO HISTORICO

Los quistes maxilares son formaciones que no sólo alteran a los maxilares, sino también si son suficientemente grandes, los contornos de la cara.

El estudio de la entidad patológica conocida como Quiste Maxilar se remonta al año de 1654, en que el Dr. SHUTETUS describe la lesión. En 1728, el dentista parisino FAUCHARD, indica la correlación entre quistes maxilares y el sistema dentario; en 1839, DUPUYTREN se ocupó más detenidamente del problema quiste, y le denominó "la crepitación apergaminada", que a veces se encuentra en quistes con cubierta ósea muy delgada.

El cirujano londinense PAGET crea el concepto "DENTIGEROUS CYST", una denominación aún hoy en día usual en la literatura inglesa. Finalmente el médico y dentista parisiense MAGITOT es quien reconoce en el año de 1872, que todos los quistes maxilares son de origen dental y por ende son quistes dentales. Es el primero que distingue entre quistes radiculares y foliculares, y a los radiculares llama NEUGENOS o QUISTES PERIODONTALES.

MALASSEZ, quien pudo comprobar por primera vez células en el paredencio del diente, vió que estas aglomeraciones celulares, células madres de los quistes radiculares, foliculares y también de los verdaderos tumores de esta región. -- Creía que los tumores de regiones más lejanas del sistema dentario provenían de tales restos epiteliales dispersos, tal tesis no era sostenible.

En 1887 PARREIOT escribe su trabajo sobre quistes dentales y maxilares, donde destaca el desarrollo de quistes autónomos en los maxilares. Sostiene que MAGITOT se equivocó cuando creía que todos los quistes óseos serían de origen dentario.

En 1892 por fin apareció al primer trabajo fundamental de PARTSCH. A él le debemos la denominación quiste periodontal o radicular. Estos quistes se habían denominado -- quistes periodontales, porque se creía que provenían del periódonto.

PARTSCH comprobó que los quistes tienen como punto de partida estados inflamatorio crónicos de los ápices radiculares, por lo cual se reconoció la pulpa muerta como condición previa para la formación de un quiste radicular. Y así PARTSCH escribió varios trabajos fundamentales sobre la patogé-

sis y la terapéutica de los quistes que son válidos hoy en día.

En 1892, da una conferencia en la asociación odontológica alemana en HANNOVER, que fue publicada; ahí encontramos la descripción de su método quirúrgico que se conoce como -- PARTSCH I (Quistotomía); y el segundo trabajo de PARTSCH - apareció en 1910, ahí expone los fundamentos para su método_ quirúrgico que hoy en día se conoce como PARTSCH II (Quistectomía).

CAPITULO II
DEFINICION Y ETIOLOGIA

DEFINICION

Lesión circunscrita; cavidad formada por una pared de epitelio que se puede presentar en el tejido blando como duro, en cuyo interior encontramos sustancia líquida o semilíquida que tien un crecimiento "ilimitado". Su crecimiento es por expansión, rechazando los tejidos vecinos, no invadiéndolos, y no interviene en la fisiología general del organismo. Dadas estas características se clasifica dentro de los tumores benignos. "DEBE TENER UNA CAPSULA DE EPITELIO".

Dentro de esta cápsula se encierra una sustancia semilíquida de color amarillenta por lo regular, llegando a presentarse con tintes de color café, blanco lechoso o hemático, o bien dicha sustancia es filante y está constituida por seroalbúmina, uroglobina, agua, células en diferentes estados de degeneración, leucocitos, cristales de colessterina y sus ésteres y ocasionalmente sangre.

Se consideran benignos debido a que su evolución es sumamente lenta, no presentan sintomatología dolorosa, ni reincidencia después de haber removido la bolsa quística en su totalidad, rara vez sufre transformación maligna, pero --

puede infectarse con regularidad debido a su gran tamaño - - (quistes viejos), o debido a una infección vecina.

Pueden ser iniloculares o multiloculares, según estén formados por una o varias cavidades; pueden ser de origen radicular o folicular, predominando en frecuencia los primeros en relación de 12 a 1.

Otros pueden tener su origen en restos de formaciones de tejidos embrionarios.

ETIOLOGIA

BROCA en 1869, agrupa todas las neoplásias de origen dentario bajo la denominación de ODONTOMA. Sostiene que todos los tumores odontógenos son debidos a trastornos producidos sobre el gérmen dentario en época de su desarrollo, y -- que las diferencias que existen entre ellos radica precisamente en esta variedad de las épocas (teoría folícula de Broca).

VERNVEIL 1875, insinúa en sus trabajos un esbozo de teoría paradentaria, con ciertas analogías a la de Malassez.

MALASSEZ 1874, encontró alrededor de las cercanías de los órganos dentarios, unas masas epiteliales que no presentaban características histológicas bien marcadas, a estos restos epiteliales persistentes les denominó restos epiteliales paradentarios, los cuales bajo la influencia de --- irritaciones, pueden proliferar y diferenciarse; fundando Malassez su teoría de la etiopatogénia de los tumores de los maxilares.

OBREDANTE.- Desde un punto panorámico, todos los tumores odontogénicos tienen numerosas analogías, "NO SIENDO MAS QUE FORMAS ANATOMICAS MUY POCO DIFERENTES QUE DEPENDEN -

DE UN PROCESO PATOLOGICO IDENTICO". Por lo tanto, tumores -
que pasarían a simple vista tan distintos o antagónicos como
los adamantinomas y odontomas por ejemplo, no son más que -
"dos períodos de evolución de los tumores mixtos de origen -
dentario o paradentario.

CAPITULO III
GENERALIDADES HISTOLOGICAS

Es bien importante para todo cirujano dentista tener los conocimientos básicos, ya que sin ellos no podíamos realizar un buen diagnóstico de una enfermedad, para ello vamos a nombrar los componentes histológicos de un quiste.

1.- EPITELIO.- Células dispuestas en capas regulares sobre la superficie natural de la mucosa o serosa. Las capas epiteliales varían para cada lugar, en el caso de quistes de la cavidad bucal generalmente encontramos epitelio escamoso estratificado y en algunos quistes encontramos también epitelio columnar respiratorio.

2.- TEJIDO CONJUNTIVO.- Generalmente forma el sostén del quiste.

3.- QUERATINA.- Proteína albuminoidéa que constituye la capa externa de la epidermis.

4.- SUERO.- Líquido amarillento y transparente como el plasma que contiene substancias solubles sobre todo la globulina.

5.- PLASMA.

5.- PLASMA.- Líquido amarillento compuesto por proteínas coagulables, lípidos, sustancias orgánicas y sustancias inorgánicas.

6.- CRISTALES DE COLESTEROL.- El colesterol se encuentra ampliamente distribuido en todas las células del organismo, pero especialmente en los tejidos nerviosos. Los tejidos que sintetizan al colesterol son hígado, corteza adrenal, - - piel, intestino, testículos y aorta.

7.- SEROGLOBULINA.- Es la globulina del suero, y esuna proteína sérica, esta es una mezcla muy compleja.

8.- SEROALBUMINA.- La albúmina también es una proteína sérica y se encuentra en el suero, esta fracción de las - proteínas del suero, la más abundante de ellas, es sintetizada en el hígado.

9.- CELULAS EPITELIALES DEGENERADAS.- En mucosa y -- piel, las células del epitelio pueden degenerar, constituirse en parte integrante de los quistes.

B) MARCHA CLINICA O EVOLUCION

Los quistes presentan cuatro períodos durante su proceso de formación o desarrollo hasta llegar a crear sintoma-

tología, estos son los siguientes:

I.- PERIODO DE INICIACION.- Período que también se denomina período Silencioso, pues en el no se presenta ningún síntoma clínico que indique su presencia.

2.- PERIODO DE DEFORMACION.- Estando presente el tumor, el proceso formativo aumenta de volúmen a expensas del tejido donde está alojado lo hace realizando un rechazo del tejido vecino, atrofiándolo por compresión pero sin hacerle formar parte de él mismo.

En caso de estar enclavado en los maxilares, el hueso se deforma en grado variable y la tabla externa, en general es la más prontamente modificada.

3.-PERIODO DE EXTERIORIZACION.- Se presenta cuando la resistencia de los tejidos no pueden limitar más el avance tumoral y desaparece por atrofia. Entonces el tumor se exterioriza, se pone en contacto con el medio bucal. Cuando el quiste se encuentra en hueso, el tumor realiza presión adelgazando las tablas óseas, dejándolas papiráceas, que permiten ser reconocidas por el síntoma denominado CREPITACION -- APERGAMINADA (Dupuytren); cuando desaparece éste síntoma, es frecuente encontrar resistencia, fluctuación, dureza o -- bien se superponen éstos síntomas.

4.- PERIODO DE SUPERACION-INFECCION.- Este período se presenta cuando se complica la evolución del tumor, pudiendo suceder en cualquiera de los tres períodos anteriores.

CAPITULO IV

CLASIFICACION SEGUN IRVING MEYER

La clasificación de los quistes bucales no está estandarizada, y todos los intentos para presentar una categorización lógica han fracasado. Así los quistes se clasifican de acuerdo a su origen o etiología, ubicación y apariencia radiográfica. Habiendo tantos orígenes diferentes y varias clasificaciones y al no encontrar una bien definida, nos basamos en la más usual y aceptada que es la de Irving Meyer, que se describe a continuación:

- 1.- POLICULARES
 - A) PRIMORDIAL
 - B) MULTILOBULAR
 - C) DENTIGERO
- I.- ODONTOGENICOS
 - 2.- RADICULARES
 - A) LATERAL
 - B) GINGIVAL
 - C) PERIAPICAL
 - D) RESIDUAL
 - I.- FISURALES
 - A) MANDIBULARES
 - B) GLOBULOMAXILARES
 - C) NASALVEOLARES
 - D) NASOPALATINOS

2.- NO ODONTOGENO

A) MUCOCELE

2.- RETENCION

B) RANULA

1.- TIROGLOSO

2.- DERMOIDE

3.- DISONTOGENICOS

3.- EPIDERMOIDE

4.- BRANQUIAL

4.- PSEUDOQUISTES

1.- CAVIDAD MANDIBULOLINGUAL

2.- TRAUMATICO

3.- ANEURISMATICO

I.- QUISTES ODONTOGENOS.

Derivados del epitelio asociado a la formación del -- aparato dental, dando varios tipos de quistes que dependen de la etapa de la odontogénesis en la cual se originan. Pueden ser originados de un gérmen dental, epitelio adamantino reducido de la coorna dental restos epiteliales de malassez y restos de la lámina dental.

La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado no se altera, incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se haya perdido en gran parte; aunque sin embargo, puede existir pérdidas temporal de la respuesta vital en los dientes adyacentes a quistes infectados. Así te

nemos dentro de la clasificación de los quistes odontógenos a los Foliculares y Radiculares.

I.- FOLICULARES.- También se les conoce como quistes_ del Órgano del esmalte, del folículo, folículo multilocular, epitelial u odontogénico, el cual se subdivide en:

- a) Primordial
- b) Multilobular
- c) Dentífero

a) Primordial

Es el menos común de los quistes odontógenos. Se produce por degeneración quística y licuefacción del retículo_ estrellado del Órgano del esmalte, antes de iniciarse la -- formación de esmalte y dentina. Así el quiste primordial - aparece en lugar de un diente en vez de estar en directa -- unión con él. Puede originarse el Órgano de un diente su-- pernumerario de modo que en algunos casos, estará completo el número de dientes. En pacientes que se le haya practica_ do varias extracciones previas, es posible hallar un quiste maxilar que no esté en estrecha relación con un diente, pue_ de semejar un quiste primordial y ser en realidad uno resi- dual, del tipo periodontal y aún del dentífero y en el exá- men microscópico es raro que se pueda distinguir.

En realidad el término folicular refiriéndose al quist_

te primordial es pobre, pues el folículo dental suele referirse al tejido conjuntivo que rodea al diente sin erupcionar, y el quiste primordial deriva del epitelio y no del tejido conjuntivo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Se encuentra con mayor frecuencia en lugar del tercer molar mandibular o por detrás del mismo, en el borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula. Se caracteriza por la presencia de un material espeso cremoso, que llena la cavidad, al abrirlos se observan cristales brillantes.

El quiste primordial no suele ser tan grande o extenderse tanto como el quiste dentífero, aunque posee la capacidad de desplazar los dientes adyacentes por presión. A veces está asociado a un diente primario sin erupcionar y el examen radiográfico revelará una zona radiolúcida con el diente permanente normal subyacente.

La lesión no es dolorosa a menos que haya infección secundaria y rara vez presenta síntomas clínicos obvios.

RADIOGRAFICAMENTE.- Se presenta redondo u ovoidal, bien delimitado, con gran radiolucidez que no siempre muestra un límite esclerótico o de una reacción y que rara vez es multilocular. Puede estar situado más allá de las raíces, cerca de la cresta del reborde en lugar de un diente congénitamente ausente, en particular en terceros molares.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Su aspecto microscópico no es patognómico, sino más bien es bastante similar al de los otros quistes odontógenos, la pared está compuesta por haces paralelos de fibras colágenas que varían en cuanto a su densidad, está tapizada en su cara interna, por una capa intacta de epitelio escamoso estratificado, variando mucho de espesor, pero en general no presenta prolongaciones bien definidas, ni suele mostrar una tendencia notable a la proliferación hacia la pared circundante de tejido conectivo. La presencia de células inflamatorias crónicas, principalmente linfocitos y plasmocitos, entremezclados con leucocitos polimorfonucleares en la zona subepitelial adyacente de tejido conjuntivo, es una comprobación variable, se ha comprobado que se trata de queratoquistes odontógenos pudiendo ser uniloculares o multiloculares, los revestimientos epiteliales son bastante delgados tomando la mayoría un espesor de 2 mm.

TRATAMIENTO.- Quirúrgico por enucleación de toda la lesión.

b) MULTILOBULAR.

Quiste que se cree, presenta una etiología que proviene de un germen dentario, pero éste quiste no degenera en una cavidad quística, sino en múltiples cavidades.

Etiopatogénicamente, sigue el curso del quiste primordial y del quiste dentígero, así se considera su origen a partir de múltiples gérmenes dentarios que constituyen varios lóculos o cavidades quísticas.

RADIOGRAFICAMENTE.- Se observa de apariencia espumosa, que presenta varias cavidades radiolúcidas, delimitadas por una radio capacidad que muestra un límite esclerótico o de reacción por el hueso.

Puede presentar relación con el hiperparatiroidismo y mixoma, siendo en el hiperparatiroidismo diferente su tratamiento, ya que es una anomalía glandular a la cual le llamamos Querubismo, con quien hay que hacer el diagnóstico diferencial.

Se presenta con mayor frecuencia en zonas de terceros molares mandibulares, ya sea a nivel del ángulo de la mandíbula o en la zona de la rama ascendente de la mandíbula.

También se puede confundir con un ameloblastoma, por lo cual es recomendable tomar una biopsia de la lesión o tejido quirúrgico.

TRATAMIENTO.- Su tratamiento es quirúrgico por enucleación de toda la lesión, realizando un curetaje minucioso, después de haber realizado un buen diagnóstico compara-

c) DENTIGERO.

El quiste dentífero rodea la corona de un diente que no ha hecho erupción de la dentadura permanente (95% aproximadamente), o de la dentadura primaria y muy rara vez en dientes supernumerarios. Este tipo de quiste es mucho más común que los primordiales.

Probablemente tenga su origen en la alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona.

Hay acumulación de líquido entre este epitelio y la corona del diente; sin embargo este quiste puede derivar de la degeneración quística de los restos de la lámina dental. Si la degeneración del retículo estrellado ocurriera antes de la formación coronaria, el resultado sería un quiste primordial o un diente que involucrara a un diente con hipoplasia adamantina.

El diagnóstico suele establecerse tan sólo por la radiografía aunque a veces puede o no ser cierto.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- Se debe distinguir el saco folicular agrandando. Se considera que es necesario una anchura del espacio pericoronar de 2.5 mm. o más como registro mínimo para el diagnóstico de un probable quiste dentífero. Es bastante difícil determinar la frecuencia de

los quistes dentígeros. MOURSHED encontró que 4 de cada -- 500 pacientes sometidos a exámenes radiográficos bucales tenían uno o más quistes dentígeros, si eran relacionados con los dientes sin erupcionar, había 3.6 quistes dentígeros -- por 100 pacientes que tenían por lo menos un diente sin haber erupcionado, las localizaciones usuales son el tercer molar mandibular, el canino y el tercer molar maxilar y el segundo premolar de la mandíbula, aunque puede ser cualquier otro diente sin erupcionar.

La corona del diente se proyecta dentro de la luz de la cavidad quística. El quiste puede tener cualquier tamaño, desde una pequeña dilatación del saco pericoronario, -- hasta ocupar todo el cuerpo y rama de una mitad de la mandíbula. Los quistes mayores se encuentran en la mandíbula, -- posiblemente a causa de la anatomía.

Aunque el quiste se desarrolla sobre un sólo diente, puede incluir a la corona de varios dientes adyacentes al dilatarse, por otra parte puede desplazar los dientes a posiciones alejadas de su localización normal, especialmente en el maxilar, siendo algunas veces difícil de determinar al diente responsable.

El contenido del quiste suele ser un líquido amarillento acuoso, que a veces contiene sangre. THOMA clasifica con los quistes dentígeros en Central, Lateral y Circunfe--

rencial según la posición en la cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental.

En el central, el quiste rodea la corona en forma simétrica moviéndose en una dirección opuesta a la de su fuerza normal de erupción.

En el lateral, el quiste se desarrolla en el lado mesial o distal del diente y se dilata apartándose de él, involucrando sólo una porción de la corona, se desarrolla en la parte del órgano del esmalte que persiste después de que la porción que está encima de la superficie oclusal, se ha convertido en cutícula dental. Puede inclinar el diente o desplazarlo hacia el lado que no está afectado.

El circunferencial, el órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente se hace quístico, permitiendo muchas veces la erupción del diente a través del quiste y produciendo una imagen similar a la del quiste radicular

Los quistes dentígeros suelen ser solitarios, sin embargo cuando son múltiples, hay que excluir cualquier posible asociación con síndrome de carcinoma vasocelular nevoide múltiple. Muchas veces el quiste dentígero puede estar asociado con la disostosis Cleidecraneal y un tipo raro de amelogé

nesis imperfecta hipoplástica, en la cual hay muchos dientes retenidos.

El quiste dentífero es potencialmente capaz de constituirse en el más agresivo de todos los quistes odontógenos y puede provocar una considerable dilatación, generalmente indolora de la lámina externa, los que tienen origen en la región antral, presentan a veces dificultades en el diagnóstico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Presenta una imagen microscópica variable, en general está compuesta por una delgada pared de tejido conjuntivo tapizado por una capa de epitelio escamoso estratificado que es continuo con el epitelio reducido del esmalte que cubre la corona, no es rara la infección secundaria, y puede haber acantosis asociada con un infiltrado sub-basilar de células inflamatorias. La cápsula está casi siempre compuesta por una capa de tejido conjuntivo colágeno bastante denso en el cual puede haber células inflamatorias, hendiduras de colesterol y células gigantes de cuerpos extraños, su revestimiento epitelial presenta amplia potencialidad y algunas veces están revestidos por epitelio respiratorio o por lo menos de células que producen moco, generalmente se encuentran células odontógenas dentro del co--

rion subyacente; se han observado casos de glándulas sebáceas y folículos linfoides. Esta notable potencialidad del epitelio se manifiesta también por la aparición de células mucosecretoras en la capa escamosa, en particular en quistes vinculados a terceros molares inferiores.

TRATAMIENTO.- Cuando la corona del diente se encuentra en buena posición puede intentarse la marsupialización del quiste; cuando es desfavorable se realiza la extracción del diente. La enucleación del quiste con un raspado y curetaje minucioso, por lo general es el tratamiento de elección por la posibilidad de convertirse este quiste en un ameloblastoma.

2.- QUISTES RADICULARES.

Se le denomina quiste infeccioso, periapical, dentoalveolar paradentario, apical, periodontal, es el más frecuente de las lesiones quísticas odontogénicas. Cuando se encuentran cerca del ápice se les llama Quiste Radicular Apical, se localiza en la porción lateral del diente y se le denomina quiste radicular lateral. Estos quistes pueden permanecer incluidos en los tejidos después de la extracción del diente, inactivarse, reabsorberse y desaparecer, o bien, con

tinuar su desarrollo hasta alcanzar un tamaño considerable - aplicándose en este caso el nombre de Quiste Residual.

Las lesiones por caries que afectan a la pulpa, es la causa más común de esta lesión, en cuyo caso las bacterias - que penetran al tejido pulpar, provocan una respuesta inflamatoria que abarca hasta la zona periapical, dando como resultado un absceso y consecutivamente un granuloma y por último un Quiste Periapical. La mayoría de los casos experimentan necrosis y eventualmente pueden presentarse a partir de traumatismos que ocasionan la ruptura del paquete neurovascular, y con frecuencia los irritantes locales que degeneran - la pulpa, cualquiera de estas formas estimulan la proliferación de los restos epiteliales de malassez ocasionado por la respuesta inflamatoria, siendo estos restos epiteliales punto de partida de un quiste.

A) QUISTE RADICULAR LATERAL (periodontal lateral)

Es relativamente rara, suele ser encontrado en adultos sobre la raíz del canino o premolares del maxilar inferior, para denominarse lateral, debe estar dentro del hueso, no tener ninguna comunicación con la cavidad bucal y estar en aposición con la superficie dental lateral de uno o varios

dientes vitales.

Este quiste nace en el ligamento periodontal lateral_ de un diente brotado, se cree que la lesión puede generarse_ inicialmente como un quiste dentífero a lo largo de la super_ ficie lateral de la corona. Si la expansión de este es len_ ta, el brote dental puede ser normal y finalmente el quiste_ adoptará una posición cercana a la superficie lateral de la_ raíz, también se cree que se forma directamente en el liga-- mento periodontal, a partir de los restos de malassez.

La predilección por originarse en la zona de canino y premolares inferiores corresponde a la frecuencia elevada de los dientes supernumerarios en la zona de premeolares inferio_ res.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El quiste periodontal la_ teral se registra principalmente en adultos, no hay predilec_ ción por la edad o sexo, la mayor parte presentan signos o - síntomas clínicos y son descubiertos durante exámenes radio_ gráficos dentales de rutina. Cuando se localiza en la super_ ficie vestibular de la raíz, puede haber una pequeña masa -- perceptible, pero la mucosa subyacente es normal. Si no - presenta alguna otra lesión, el diente tiene vitalidad; si -

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

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- La radiografía periapical revela el quiste periodontal lateral como una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de una raíz dental, por lo común la lesión es pequeña, raras veces mayor de 1 cm de diámetro y puede o no ser circunscrita y de bordes bien definidos y a veces está rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Es un saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido, en la superficie interna, de una capa de epitelio escamoso estratificado, este epitelio puede ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación. A veces el epitelio tiene un aspecto peculiar, en el sentido que las células individuales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño, intensamente teñido. En algunos casos este epitelio forma paraqueratina y entonces el quiste se clasificará como queratociste odontógeno, puede haber células inflamatorias en la pared conectiva, pero ésta es una reacción secundaria.

TRATAMIENTO.- El quiste ha de ser enucleado por cirujano en lo posible sin extraer el diente afectado, si no fuera factible, hay que sacrificarlo. Es bien importante establecer el diagnóstico debido a la similitud de este quiste con lesiones más graves, como es un ameloblastoma incipiente. A este tipo de quiste no se le conoce tendencia a recidivar -- después de su enucleación.

B) QUISTE GINGIVAL.

Tenemos la presencia de dos tipos de quistes gingivales. Uno de ellos el Quiste gingival del recién nacido, llamado perlas de EPSTEIN o nódulos de BOHN, y el Quiste del -- adulto.

El del recién nacido se constituye por nódulos múltiples, a veces, solitarios del reborde alveolar del recién nacido o primeros años, que se originan en los restos de la lámina dental, en realidad son nódulos quísticos, llenos de queratina, que se encuentran a lo largo de la hendidura palatina media o en la unión del paladar blando con el duro, se cree que se relacionan con el desarrollo de conductos de glándulas salivales o de acinos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- A veces estos quistes, se agrandan lo suficiente como para apreciarlos clinicamente como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna; son asintomáticos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Son verdaderos quistes, con un delgado revestimiento epitelial y una luz ocupada por queratina descamada y a menudo, células inflamatorias. Es interesante el hecho de que la calcificación distrófica y los cuerpos hialinos de RUSHTON (Se encuentran con frecuencia en grandes cantidades en el epitelio de los quistes periodontales apicales o residuales. son de estructura amorfa, frágil, generalmente asociados con el epitelio de revestimiento). Son hallazgos frecuentes en esta lesión.

TRATAMIENTO.- No requiere alguno, por lo común las lesiones desaparecen por apertura en la superficie mucosa, o al ser desechos por los dientes en brote.

Quiste gingival adulto,- Es un quiste que posee tejido blando gingival, que aparece en la encía libre o insertada, no tiene relación con el quiste periodontal lateral. SE cree que las posibles fuentes de formación quística son: 1)

tejido glandular heterotrópico 2) alteraciones degenerativas de un brote epitelial proliferante 3) restos de la lámina dental, del órgano del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal y 4) implantaciones traumáticas del epitelio.

De estas posibilidades, solo las dos últimas serían aceptadas, y así sobre esta base habría dos formas de quistes gingivales.

1) El que se origina por degeneración quística de la lámina dental o en las glándulas y 2) el que se origina por la implantación traumática de epitelio superficial (y por lo tanto, no sería un quiste odontógeno verdadero).

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Puede presentarse a cualquier edad, pero es muy común en adultos. Aparece por lo general, como una hinchazón pequeña bien circunscrita e indolora de la encía, a veces muy semejante a un mucocele superficial. Presenta el mismo color que la mucosa normal y es raro que mida más de 1 cm. de diámetro. Aunque este quiste se localiza en la encía libres o la insertada, algunos aparecen en la papila, pero son raros.

RADIOGRAFICAMENTE.- Como es una lesión de tejidos -- blandos, no se manifiesta radiográficamente. Si adquiere el tamaño suficiente, llega a producir una erosión superficial_ de la lámina ósea cortical, pero aún así no llega a ser visi_ ble radiográficamente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Esta lesión es un quiste verdadero, puesto que es una cavidad tapizada de epitelio que suele contner líquido. El epitelio de revestimiento es_ por lo general escamoso aplanado y muy delgado. En cualquie_ ra de las formas quísticas gingivales, puede haber cierta -- formación de queratina. La lesión está libre en el tejido - conectivo de la encía y puede o no presentar infiltración - celular inflamatoria.

TRATAMIENTO.- La extirpación quirúrgica local de la_ lesión es lo recomendable en adultos; la lesión no presenta_ recidíva, no presenta potencial neoplástico.

C) QUISTE PERIAPICAL O APICAL.

Es una secuela común pero no inevitable del granuloma periapical que se origina como consecuencia de una infección bacteriana y necrosis de la pulpa, casi siempre después de -

la invasión pulpar por caries.

Es un quiste verdadero, pues consta de una cavidad patológica tapizada de epitelio con frecuencia ocupada por líquido. El revestimiento epitelial deriva de los restos epiteliales de malassez que proliferan como resultado del estímulo inflamatorio en un granuloma preexistente. Presenta -- una luz, que casi invariablemente está cubierta por epitelio escamoso estratificado, en tanto la pared está compuesta de tejido conectivo condensado.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- La mayor parte de ellos - son asintomáticos y no dan indicios evidentes de su presencia, es raro que el diente presente dolencia a la percusión; este tipo de quiste muy pocas veces tiene un tamaño tal que destruya hueso y menos todavía que produzca expansión de la lámina cortical.

El quiste periapical es una lesión que representa un proceso inflamatorio crónico y se desarrolla sólo, en periodos largos. A veces estos quistes de larga duración presentan una exacerbación aguda del proceso inflamatorio y transformarse rápidamente en un absceso, que a su vez evoluciona hasta una celulitis o establece una fístula, no se conoce la

causa del empeoramiento repentino, pudiendo ser por la pérdida de resistencia generalizada o local de los tejidos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Su aspecto radiológico es idéntico en gran parte al del granuloma apical, en realidad es difícil realizar un diagnóstico del quiste periapical, por su gran parecido con el granuloma. El quiste periapical presenta una línea radiopaca delgada alrededor de la periferia de la zona radiolúcida y esto indica una reacción del hueso a la masa que se expande lentamente, así el granuloma también presenta esta característica en muchas ocasiones y realmente para establecer un diagnóstico verdadero es necesario el examen histológico del tejido.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El epitelio que tapiza el quiste periapical suele ser de tipo escamoso estratificado, la única excepción a esto son las lesiones periapicales raras en dientes superiores que afectan el seno maxilar.

El epitelio escamoso común no suele presentar queratina, varía notablemente de grosor según los casos y puede tener sólo unas pocas células de espesor o ser muy grueso, con abundante proliferación hacia el tejido conectivo adyacente.

Es raro que se originan carcinomas en el revestimiento epitelial de quistes odontógenos, incluido el periapical; es frecuente encontrar los cuerpos hialinos de Roushton en grandes cantidades en el epitelio de quistes periapicales o residuales, desconociéndose la etiología.

El tejido conectivo que integra la pared del quiste periapical está integrado por haces paralelos de fibras colágenas que suelen estar comprimidas. También hay cantidades variables de fibroblastos y pequeños vasos sanguíneos. Una característica es la presencia continúa de infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo situado muy cerca del epitelio, compuesto por algunos leucocitos poliformocucleares, -- linfocitos, según la intensidad de la infección.

La luz del quiste contiene un líquido con baja concentración de proteínas que se tiñe pálidamente con la eosina, en ocasiones contiene colesterol y raras veces hay queratina.

TRATAMIENTO.- Es similar al del granuloma apical, se extrae el diente afectado y se curetea el tejido periapical. En ciertas condiciones, se puede efectuar el tratamiento endodóntico.

El quiste no recidiva si la enucleación quirúrgica es cuidadosa. De lo contrario, aparecerá un quiste residual al cabo de algunos meses o hasta años.

Si no es tratado, aumenta de tamaño lentamente a expensas del hueso circundante. El hueso se reabsorbe, pero es raro que haya expansión compensadora de las tablas corticales como la que presenta con frecuencia el quiste dentígero.

D) RESIDUAL.

Es iatrogénico, y se debe a la degeneración quística de un granuloma que no ha sido removido en el momento de la extracción dentaria. Posee las mismas características clínicas y microscópicas que el quiste radicular.

Radiográficamente: se encuentra en el maxilar y en la mandíbula, en zonas desdentadas o asociadas a dientes faltantes, es más frecuente en la mandíbula y su tratamiento es la enucleación quirúrgica.

2.- QUISTES NO ODONTOGENOS.

Son quistes cuya etiología no se origina o presenta alguna relación con el órgano del esmalte, o algún elemento

histológico de la estructura dental. Se le llama quistes - del desarrollo.

Estos se clasifican en fisurales y de retención.

FISURALES.- O quistes cuyo origen reside en tejido duro que no llegó a su completa fase de su formación, refiriéndose a la unión entre las estructuras óseas.

Estos surgen por lo general como indica su nombre a - lo largo de las líneas de fusión de los diferentes huesos y procesos embrionarios, siendo quistes verdaderos (es decir cavidades patológicas, tapizadas de epitelio que por lo común contienen un material líquido o semilíquido), y el epitelio deriva de las células epiteliales que quedan atrapadas entre los procesos embrionarios de los huesos en las líneas de unión, siendo clasificados en:

- a) MEDIALES
- b) GLOBULOMAXILARES
- c) NASOALVEOLARES
- d) NASOPALATINOS

A) MEDIALES

QUISTE PALATINO MEDIO.- Se origina en el epitelio atra

pado a lo largo de la línea de las apófisis palatinas del maxilar, no debe confundirse con el quiste nasopalatino ya que deriva de restos epiteliales atrapados en la línea de fusión entre los procesos palatinos del maxilar, y por lo tanto no tiene ninguna relación con el conducto incisivo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El quiste palatino medio, se encuentra en la línea media del paladar duro entre las apófisis palatinas laterales. Se puede agrandar en un periodo alargado y producir una hinchazón palatina definida, visible clínicamente.

La causa de la proliferación epitelial y la ulterior formación del quiste es desconocida

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- En la radiografía palatina se observa una zona radiolúcida bien circunscrita frente al sector de premolares y molares, frecuentemente rodeada de una zona radiopaca esclerótica.

El revestimiento de éste quiste suele ser epitelio escamoso estratificado que cubre un tejido conectivo fibroso denso, que puede tener infiltrado celular inflamatorio crónico.

TRATAMIENTO.- Igual que la mayoría de los quistes fisurales la eliminación quirúrgica de la lesión y cureteado minucioso, es el tratamiento de elección.

QUISTE MEDIO MANDIBULAR.- Esta lesión del desarrollo es de extrema rareza, se produce en la línea media de la mandíbula. Su origen es muy discutido algunos autores consideran que es una anomalía del desarrollo que se origina por la proliferación de los mesepiteliales en los arcos mandibulares bilaterales, sin embargo, existe la posibilidad de que la lesión represente un quiste primordial originado de un órgano del esmalte supernumerario en el segmento anterior de la mandíbula, también se piensa que esta lesión sea un quiste periodontal que se origina en la línea media aunque el origen de éste también es obscuro.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- La mayoría de éstos quistes son asintomáticos y se descubren casualmente durante un examen radiográfico, pocas veces producen expansión de las láminas óseas corticales, los dientes asociados salvo que tengan otra lesión reaccionan normalmente a las pruebas de vitalidad pulpar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- El aspecto radiográfico es el de una imagen radiolúcida unilocular bien delimitada, aunque pueden multilocular.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Presenta un epitelio - escamoso estratificado delgado, con pliegues y proyecciones que tapizan una luz central.

TRATAMIENTO.- Como son pocos los casos cuyo diagnóstico asegura un quiste medio mandibular, es aconsejable su -- enucleación quirúrgica, con preservación de los dientes cercanos hasta donde sea posible.

B) QUISTE GLOBULOMAXILAR

Quiste fisural localizado en el hueso maxilar superior, entre el incisivo lateral y canino. Clínicamente suele aparecer antes de los 30 años, no parece haber predilección sexual, se origina en la sutura ósea entre el premaxilar y el maxilar.

La causa de la proliferación del epitelio atrapado a lo largo de esta línea de fusión, es desconocida. Hay quienes sugieren que tenga un origen odontógeno pues el aspecto clínico y radiográfico es compatible con un quiste periodontal lateral, quiste dentífero lateral o quiste primordial.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Raras son las veces en que el quiste globulomaxilar de manifestaciones clínicas, por lo general son descubiertos accidentalmente durante exámenes radiográficos de rutina, algunas otras veces, el quiste

te se infecta y el paciente se queja de molestias locales - y dolor en esa zona.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.- Se observa bien definido en forma de pera invertida entre las raíces del incisivo lateral y canino del maxilar superior, que ocasiona una divergencia de las raíces; no hay que confundirlo con el quiste periodontal formado como consecuencia de una lesión pulpar o traumatismo de uno de los dientes adyacentes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Microscópicamente puede estar tapizado por epitelio cuboideo escamoso estratificado o por epitelio cilíndrico ciliado, el resto de la pared está compuesto por tejido conectivo fibroso, por lo general presenta infiltrado celular inflamatorio.

TRATAMIENTO.- Enucleación quirúrgica, preservando si es posible, los dientes adyacentes.

C) QUISTE NASOALVEOLAR.

Es un quiste extraoral, que se forma en la unión de los procesos globular, nasolateral, y maxilar, en la zona comprendida entre lateral y canino. No se encuentra dentro del hueso, sino que es un quiste fisural raro que puede - - afectar hueso posteriormente.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Ocasiona una tumefacción - observable y palpable debajo del labio superior y por el piso de la fosa nasal, produce asimetría de la nariz y de la cara por su abultamiento.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- No se muestra alteración ósea respecto a densidad de trabeculado, sin embargo, produce resorción ósea. Aparecerá radiolucidez.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Microscópicamente, el quiste nasoalveolar está tapizado de epitelio columnar seudoestratificado quea veces es ciliado, frecuentemente con celulas calciformes.

TRATAMIENTO.- Debe ser eliminado quirúrgicamente, -- teniendo cuidado de no perforar o aplastar la lesión.

D) QUISTE NASOPALATINO.

Los quistes nasopalatinos (maxilar anterior medio) - incluyen los quistes del conducto incisivo y los de la papila palatina.

Es el quiste más común de quistes del desarrollo o fisurales del maxilar superior.

Se originan por la proliferación de restos epitelia--

les del conducto nasopalatino, estructura embriológica que se compone de un ductus o cordón de células epiteliales que se hallan dentro del conducto incisivo. Este comunica las cavidades nasal y bucal y se forma cuando los procesos palatinos se fusionan con el premaxilar, dejando un conducto a cada lado del tabique nasal, dirigiéndose hacia adelante y generalmente se unen antes de terminar como una apertura en el hueso palatino inmediatamente por detrás de la papila palatina.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Muchas veces llega a presentarse un agrandamiento de la línea media anterior del paladar. Hay tumefacción en aproximadamente una mitad de los pacientes con quistes del conducto incisivo y en todos los que tienen quistes de la papila palatina.

No hay predilección sexual, en la mayoría de los pacientes el quiste llega a ser evidente clínicamente en la cuarta y sexta década de vida, generalmente indoloros, excepto cuando se infectan.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Se observa una zona radiolúcida redonda, oval o en forma de corazón, por lo general simétrica y bilateral bien delimitada. La zona está entre la línea media entre las raíces de los incisivos centrales superiores, o sobre ellas, llegando a producir las divergencias de las raíces, no siempre es posible distin-

quirlo radiográficamente ya que se puede confundir con el agujero incisivo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Se encuentran tapizados de epitelio escamoso estratificado, columnar estratificado ciliado y epitelio cuboideo o cualquiera de las combinaciones. La pared de tejido conectivo de este quiste presenta con frecuencia infiltrado celular inflamatorio. Además, suele observarse glándulas mucosas, así como vasos y nervios grandes.

TRATAMIENTO.- Estos quistes rara vez se agrandan o destruyen cantidades apreciables de hueso. Por lo tanto la excisión quirúrgica del quiste asinomático del conducto palatino puede no estar justificado en pacientes dentados.

RETENCION.- Los quistes de retención o de los tejidos blandos, presentan su origen por lo general a partir de un tratamiento, éstos llegan a obstruir las glándulas salivales mayores o las accesorias menores, provocando una tumefacción visible clínicamente.

A) MUCOCELE.- Quiste de retención común, al que se le atribuye origen traumático, que afecta glándulas y conductos salivales menores o accesorias.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Este tipo de retención es más frecuente en el labio inferior, pero también aparece en paladar, carrillo, lengua y piso de la boca. Clínicamente se localiza a bastante profundidad en el tejido, o puede ser superficial.

La lesión superficial es una vesícula elevada y circunscrita, de varios milímetros a un centímetro o más de diámetro, con un tono azulado translúcido. La lesión más profunda se manifiesta también como una hinchazón.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Consiste en una cavidad circunscrita en tejidos conectivo y submucosa, que produce una elevación de la mucosa con adelgazamiento del epitelio. La cavidad raras veces tiene revestimiento epitelial y, por lo tanto, no es un quiste verdadero.

En cambio, su pared se compone de un revestimiento de tejido conectivo fibroso comprimido y fibroblastos. La luz del quiste está ocupada por un coágulo eosinófilo que contiene cantidades variables de células, fundamentalmente leucocitos y fagocitos mononucleares.

TRATAMIENTO.- Excisión quirúrgica. Si simplemente se incide la lesión, su contenido saldrá, pero rápidamente recidivará en cuanto la lesión cicatrice. Su eliminación debe ser total.

B) RANULA.- Quiste de retención que aparece específicamente en piso de boca, relacionado con conductos de glándulas submaxilares y sublinguales, su etiología es igual al quiste de retención de glándulas menores (mucocele), o sea traumático.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Es rara en comparación con el quiste de retención común (mucocele), se presenta como una masa indolora de agrandamiento lento a un lado del piso de la boca. Si está situado en profundidad, la mucosa que lo cubre es de aspecto normal, Si es superficial, la mucosa tiene color aculado translúcido.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Presenta un aspecto similar al mucocele, excepto que a veces hay un definido revestimiento epitelial. Debido a esto, la ránula es un verdadero quiste, que se produce como un fenómeno de obstrucción parcial.

TRATAMIENTO.- Es el mismo que el del mucocele, extirpación quirúrgica en su totalidad, si no es así recidivan.

3.- QUISTES DISONTOGENICOS.

Son quistes del desarrollo, o de restos embrionarios, cuyo origen probable es debido al enclavamiento de ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias, que ocurre en la tercera y cuarta semana in utero. Dentro de la clasificación de quistes disontogénicos encontramos los siguientes:

- A) TIROGLOSO
- B) DERMOIDE
- C) EPIDERMOIDE
- D) BRANQUIAL

A) TIROGLOSO.- Quiste del desarrollo poco común, que se forma en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso embrionario entre el agujero ciego y la glándula tiroidea, su origen se dice, es por la obstrucción de este conducto, pero su formación es desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Suele aparecer en personas jóvenes, pero aparece en cualquier edad. Clínicamente es una masa quística, firme, en la línea media, variando de tamaño, de milímetros a varios centímetros. Se encuentra a un lado de la línea media siendo asimétrica su hinchazón, si se desarrolla cerca de la lengua puede haber disfagia.

El quiste puede encontrarse en el agujero ciego, piso de la boca, o más bajo, cerca del cartílago cricoides o tiroideos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Este quiste se encuentra tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio - columnar ciliado, tejido linfoide, tejido tiroideo y glándulas mucosas.

TRATAMIENTO.- Su tratamiento es la excisión quirúrgica radical si se desea evitar la recidiva.

B) DERMOIDE C) EPIDERMOIDE

El quiste dermoide es un Teratoma quístico derivado -- del epitelio germinal embrionario o sea una neoplasia verdadera, compuesta por diferentes tipos de tejidos que no son originarios de la zona en la cual se encuentran.

CARACTERISITICAS CLINICAS.- SE presentan alrededor de la boca y piso de la misma. Su predilección es el piso de la boca, zonas submaxilares y sublinguales, derivados del - enclavamiento de restos epiteliales en la línea media en el cierre de los arcos branquiales hicideos y mandibular. Cuando se presenta en piso de boca provoca elevación de la lengua y acarrea dificultades en la alimentación y fonación.

Según Irving Meyer hay una gran cantidad de lesiones que tienen gran parecido clínico con el quiste dermoide de los cuales hay que diferenciar, que son: 1) Ránula, 2) - Obstrucción unilateral o bilateral del conducto tirogloso, 3) Obstrucción del conducto de wharton, 4) Higroma quístico, 5) Quiste branquial, 6) Celulitis, 7) Infección de la glándula submaxilar y sublingual, 8) Tumores benignos y malignos del piso de la boca y glándulas salivales. 9) Masas adiposas normales en la zona submentoniana.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El quiste dermoide está compuesto por una membrana o pared conectiva tapizada -- por epitelio escamoso estratificado que por lo general está queratinizado, presenta glándulas sebáceas e incluso folículos pilosos, glándulas sudoríparas y pelos en raras ocasiones.

El quiste Epidermoide contiene todo lo anterior, diferenciándose del quiste dermoide por la ausencia de glándulas sebáceas, folículos pilosos, glándulas sudoríparas y pelos.

TRATAMIENTO.- El quiste dermoide o epidermoide debe ser enucleado quirúrgicamente, raras veces presenta recidiva.

D) BRANQUIAL.- Lesión rara, cuyo origen se dice es -- por la transformación quística del epitelio glandular inclui

do en los acúmulos linfoides bucales, durante la embriogéne-
sis o sea enclavamiento de elementos de un conducto sali-
val en los ganglios linfáticos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semanas a varios años. La lesión se presenta como una masa movable asintemética y circunscrita en la zona lateral del cuello superior, por lo general cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, otros se observan en el ángulo de la mandíbula, en la zona submaxilar, en piso de boca o por debajo de la lengua o faringe bucal.

Hay que diferenciarlo del higroma quístico, linfoadenitis, linfoma y tumor del cuerpo cerotídeo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Presenta revestimiento epitelial escamoso estratificado no queratinizado, rodeado de tejido linfoide en cuyo interior encontramos un líquido acuoso claro o un material mucoide gelatinoso espeso.

TRATAMIENTO.- Remoción quirúrgica minuciosa, presentando recidiva si se dejan restos o si simplemente se aspira o se drena la lesión.

4.- QUISTES PSEUDOQUISTES

Son quistes que no están revestidos de epitelio, pero por formar cavidades en hueso, podemos incluirlos en la clasificación, por ello se les llama pseudoquistes. Los pseudoquistes son:

- A) CAVIDAD MANDIBULOLINGUAL O CAVIDAD - OSEA IDEOPATICA.
- B) TRAUMATICO
- C) ANEURISMATICO

A) CAVIDAD OSEA IDEOPATICA.- No constituye un quiste en realidad. Se presenta en la mandíbula y habitualmente - debajo del conducto dentario inferior entre el ángulo mandibular y el primer molar.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Es asintomático y presenta a la exploración, un defecto de la tabla cortical y una cavidad en la mandíbula.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Suele ocuparse por -- una cavidad en la mandíbula.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Suele ocuparse por -- una porción de la glándula submaxilar o sublingual o bien - tejido linfoide.

El contenido de la lesión o cavidad está en comunicación a través del defecto cortical lingual, con los tejidos blandos del piso de la boca. Puede evidenciarse hasta la edad adulta, ya que su origen es durante el desarrollo de la mandíbula.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Se encuentra una zona radiólucida bien demarcada, situada por debajo del conducto dentario inferior sin dilatar la tabla cortical.

B) TRAUMATICO.- Se considera como el resultado de una hemorragia intramuscular que no ha podido esperarse adecuadamente, existiendo una historia previa de traumatismo.

Es de dimensión variable de 1 a 7 cm. y rara vez de mayor diámetro; puede ser de forma oval, elíptica o redonda, la lesión carece de signos vitales es indoloro, las pruebas de vitalidad pulpar son positivas, se detectan generalmente al hacer un exámen radiográfico de rutina.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Esta revestido por tejido conectivo conformado a partir de los espacios medulares contiguos y comparables a la membrana plógena de los abscesos. El residuo de la hemorragia, forma el contenido del quiste con el exudado seroso que se acumula, no se ha demostrado una capa de epitelio.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Presenta una zona radiolúcida unilocular o multilocular de tamaño variable dependiendo de su evolución.

TRATAMIENTO.- Consiste en realizar un curetaje de las paredes cavitarias, colocando nuevamente los tejidos blandos en su sitio.

C) ANEURISMATICO.- No es considerado como entidad quística ya que no tiene las características necesarias para denominarlo como tal. El quiste aneurismático es una cavidad ósea que contiene en su interior tejido fibroso muy vascularizado con espacios llenos de sangre, presenta una etiología obscura aunque se acepta la misma hipótesis del traumático. Se cree que este quiste y el granuloma de reparación de células gigantes tienen su origen en un hematoma de la médula, si hay comunicación circulatoria con un vaso lesionado resulta un quiste aneurismático y si no un granuloma.

Se presenta con mayor frecuencia en vértebras, huesos largos, más rara vez en costillas, clavículas etc., en maxilares afectados casi siempre en la mandíbula.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Es similar al granuloma de células gigantes, aunque en el quiste aneurismático hay gran cantidad de espacios vasculares y células multinucleadas.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Se aprecia una lesión clara uni o multilocular que distorciona la cortical ósea.

TRATAMIENTO.- Extirpación quirúrgica completa y curetaje de la cavidad, es decir similar al quiste traumático.

CAPITULO V

TRATAMIENTO DE QUISTES MAXILARES.

Después de haber realizado el estudio clínico y radiográfico de los distintos quistes de los maxilares y de acuerdo a los conocimientos; la terapéutica indicada para eliminar la entidad patológica del interior de los huesos maxilares, es la quirúrgica, establecido clínica y radiográficamente el diagnóstico del quiste.

MAUREL, dice acerca del tratamiento de los quistes paradentarios que la única terapéutica digna de mención y la única que da resultados brillantes es la quirúrgica.

El tratamiento consiste esencialmente en suprimir el tumor quístico mediante su extracción del interior del maxilar, maniobra que tiende a eliminar el quiste como entidad patológica.

Nos encontramos frente a varias técnicas del tratamiento quirúrgico, pero es a PARTSCH, ilustre cirujano alemán a quien le debemos las modernas adquisiciones y conceptos quirúrgicos.

PARTSCH nos presenta dos métodos que se conocen con los nombres de método de Partsch I (1892) y método de Partsch II (1910) o con otros nombres, método conservador de Partsch y método radical de Partsch.

ANESTESIA LOCAL PARA QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR.

REGION ANTERIOR: incisivos y caninos.

La anestesia para los quistes ubicados en esta región debe ser la INFRAORBITARIA, completada por el lado palatino siguiendo las técnicas en uso. La solución de novocaina al 2% o xilocaína en la misma dosis con adrenalina, son los -- que se emplean en todas las prácticas quirúrgicas.

REGION MEDIA Y POSTERIOR: premolares y molares.

Los quistes pequeños que clínica y radiográficamente no tiene relación con el seno maxilar pueden ser enucleados con anestesia local. Los quistes grandes con invasión de los órganos vecinos, necesitan para su intervención la anestesia regional realizada a la altura de los nervios dentarios posteriores o la anestesia del tronco del nervio maxilar superior a la salida del agujero redondo mayor en plena fosa pterigomaxilar, anestesia que puede realizarse según -- las diferentes técnicas y por vía intra o extrabucal, completado por anestesia local (vestibular y palatina).

ANESTESIA PARA QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR.

Se emplea sistemáticamente la anestesia regional (solución de novocaína o xilocaina al 2% realizada a la altura de la espina de Spix), completado por vía intrabucal bloqueando el nervio bucal y en algunos casos extrabucal, anestesiando el plexo cervical superficial, podemos intervenir aún en los grandes quistes del maxilar inferior.

Las partes blandas que cubren el maxilar inferior son sensibles cuando se operan los quistes, si no se tiene la precaución de anestesiarse este plexo. Los grandes quistes de la región mentoniana pueden ser intervenidos con anestesia local, en algunos casos está indicada la anestesia doble regional en espina de Spix o en el agujero mentoniano.

La anestesia lograda por boqueo del nervio bucal, del nervio dentario y del plexo nos permite invariablemente el acceso hasta la masa quística; pero suele presentarse dolor en el momento de la enucleación de la bolsa quística. Inervaciones que provienen sin duda de la cara interna y piso de la boca o anastemosis nerviosas que escapan a nuestras prevenciones, hacen sumamente sensible la extracción del saco quístico.

Ante el temor de fracaso de anestésicos infiltrados - que pudieran resultar insuficientes, no dudamos en indicar la anestesia general. Los pacientes temerosos o pusilánimes o simplemente hipersensibles, constituyen problemas en la cirugía de los quistes de ambos maxilares.

VIAS DE ACCESO.- La intervención de los quistes cualquiera que sea su tamaño y situación debe ser siempre realizada por la vía vestibular. La localización del tumor hace que ésta vía de acceso sufra variantes topográficas, pero generalizando ya se trate de quistes de maxilar superior o inferior, la vía de acceso debe ser siempre la región vestibular. Esta región es la que nos dará mayores éxitos operatorios, todas las demás vías de acceso son insuficientes, peligrosas y antiquirúrgicas.

Los quistes del maxilar superior cualquiera que sea - el desarrollo topográfico que tomen, invadiendo los órganos vecinos (senos, fosas nasales, bóveda palatina), serán siempre intervenidos por ésta vía.

Los quistes correspondientes al maxilar inferior puede emplearse la vía vestibular y en algunos casos la vía alveolar agrandada aunque ésta última presenta inconvenientes para la intervención dando posteriormente retracciones, cicatrices y verdaderos golfos en la arcada alveolar en los

cuales, la protesis resulta insuficiente para reparar.

Algunos casos de excepción pueden ser intervenidos --
por vía palatina; como los quistes del conducto palatino --
anterior.

CAPITULO VI

METODO PARTSCH I

Consiste esencialmente en transformar el quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal, conservando parte de la membrana quística, que por su condición epitelial adquiere en poco tiempo todas las características del epitelio bucal.

La técnica consiste en practicar una incisión que nos permite abordarlo, la ostectomía de la porción ósea que lo cubre, apertura y vaciamiento del quiste, conservando su hemisferio interno. Por este procedimiento, el quiste se aplana y en un tiempo variable desaparece.

TECNICA DEL METODO DE PARTSCH I

Está indicada en aquellos quistes de gran tamaño o de tamaño mediano, en los cuales la enucleación de la bolsa traería aparejados trastornos por parte del hueso (hemorragias, fracturas, aperturas del seno maxilar) y por parte de los dientes (lesión de la pulpa de los dientes vecinos).

Las ventajas del método de Partsch I son las siguientes:

- 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.

Las desventajas son de tomarse en cuenta, ya que el epitelio es un elemento patológico que debe ser eliminado porque, puede sufrir transformaciones adamantinas o tumorales o recidivar bajo forma de un nuevo quiste.

En muchos casos, el quiste está infectado y la membrana degenerada siendo su conservación problemática. La cavidad artificial creada permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales y su putrefacción, con los inconvenientes comprobables.

En realidad este método se debe utilizar sobre todo en los maxilares superiores, en los quistes vecinos al antro o nariz. La conservación de la bolsa quística es de gran utilidad para defender la cavidad sinusal en peligro o para regorzar el piso de las fosas nasales, debilitado o desaparecido por un proceso quístico.

El método más indicado para quistes medianos y pequeños, es el método radical, o sea el de la extirpación total de la bolsa quística con sutura inmediata.

La técnica de Partsch I presenta los siguientes tiempos para toda intervención intramaxilar:

- 1.- INCISION
- 2.- DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO
- 3.- OSTECTOMIA
- 4.- TRATAMIENTO DE LA BOLSA
- 5.- TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE
- 6.- TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y DIENTES VECINOS.
- 7.- TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

1) INCISION.- Se traza siguiendo los límites de proyección del quiste sobre la cara vestibular, o sea una incisión circular. Esta debe situarse en un lugar equidistante, entre el surco gingival y el borde libre de la encía. Siendo preferible iniciar la incisión distalmente al quiste a intervenir, llegando desde ahí hacia mesial.

Pueden emplearse las incisiones de Partsch o Newman. Este detalle es de mucha importancia, ya que si no es ampliamente abierto el quiste el aplanamiento del mismo no se pro-

duce siendo posible la recidiva del proceso. La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso, cortando encia y periostio por pérdida de la tabla ósea, se debe tener la precaución de no abrir extemporáneamente el quiste, porque después, desprender la bolsa y separarla presenta dificultades, ya que es difícil individualizar la pared quística.

2) DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.- Este desprendimiento se realiza con una pequeña legra o con un periostótomo. Se toma el labio superior de la fibromucosa incidida con una pinza de disección o con una pinza de Kocher, para facilitar la separación del colgajo de su base ósea o de la bolsa quística, según el caso; se separa el colgajo con movimientos suaves, tratando de no herir la bolsa quística; el labio del paciente debe mantenerse levantado con un separador de Farabeuf, para que no intervenga en el transcurso de la intervención, sostenido por el ayudante. El colgajo debe levantarse hasta los límites superiores del quiste, los cuales son prefijados por la radiografía. En caso de pérdida del tejido óseo, el colgajo debe ser separado hasta encontrar hueso sano, a veces va más lejos de los límites establecidos por la radiografía.

3) OSTEOCTOMIA.- Se realiza mediante diversos instru-

mentos según el grado de destrucción ósea. En caso de que -
el hueso esté muy adelgazado, puede ser seccionado con un --
bisturí para hueso, cuando está parcialmente destruido se --
completa la enucleación con una pinza gubia, si el hueso es_
firme y sólido debe practicarse la osteotomía con escoplo o
fresa quirúrgica. La fresa es menos traumatizante que el es_
coplo, se utiliza fresa redonda No.s 4 o 6 practicándose ori_
ficios coincidentes con el diámetro del quiste. La tapa ---
ósea se extrae con pinza gubia o con el escoplo; entonces --
nos encontraremos frente a la bolsa quística y la tomaremos_
con la pinza de Kocher, y con el bisturí se abre ampliamente
en toda la extensión del quiste, se vacía su contenido y se_
lava su interior con suero fisiológico.

Es bien importante que la abertura del quiste deba --
ser mayor o por lo menos igual que la circunferencia del ---
quiste, para evitar que los bordes se cierren y den una reci_
diba o, por lo menos, una cavidad que no se aplana y tarda -
muchísimo tiempo en desaparecer.

4) TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA.- Debe mantenerse
la cávidad tapada para que no se desprenda la bolsa quística,
por lo general se utiliza la gasa yodoformada, material que -
tiene mucho éxito.

Se prefiere colocar gasa yodoformada vaselinada que no se adhiere a los tejidos y es fácilmente removida. En -- Partsch I sólo es necesario colocar dentro de la cavidad --- quística poca cantidad de gasa, porque la obturación de la - cavidad no se hace con fines hemostáticos.

El colgajo quedará dentro de la cavidad, donde estará mantenido por la gasa. Ambos tejidos llegan a adherirse íntimamente (bolsa quística). Hay que evitar el taponeamiento a presión, para que no se produzcan esfacelos (grangrene el tejido) por compresión excesiva del colgajo gingival o de la bolsa quística. Esta gasa se renueva cada 24 hrs., depen--- diendo el mayor o menor tiempo de permanencia en la cavidad, del estado de este material. Cada cambio exige un lavado - cuidadoso de la cavidad con suero fisiológico o con una so--- lución de fenol alcanforado.

5) TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.- El diente causan te, portador de una gangrena pulpar, no puede ser conservado sin el peligro de una nueva infección del quiste. Dos son - los caminos a seguir la apicectomía, o su extracción. Muchos de ellos son conservados por el método de la apicectomía, la esterilización y relleno del conducto que se realiza en se--- siones previas a la operación.

La apicectomía en Partsch I se debe de hacer con mucho cuidado, ya que se debe conservar la bolsa quística y se debe realizar cuidadosamente se le separa del ápice, se sostiene alejada con una torunda de gasa, se amputa el ápice, se eliminan los restos de dentina que pudieran quedar por el fregado de la raíz, se retira la torunda volviendo la bolsa quística a su sitio.

Si se realiza la extracción, es preferible realizarla algunos días antes de la operación, teniendo cuidado de no fracturar el hueso alveolar. Hay menos riesgo de fractura, si aún están conservadas las partes blandas y el hueso que cubre el quiste y que es parte del tabique bucal del alveólo. Con todo, la extracción precoz del diente es capaz de acarrear la apertura intempestiva del quiste. Este riesgo es menor que el primero. Por lo tanto, la extracción estará condicionada por el estado del maxilar, observable a la radiografía.

6) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD Y DIENTES VECINOS.- Con el método conservador de Partsch, se disminuyen las posibilidades de exponer el seno maxilar y las fosas nasales.

Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivo del quiste han de ser conservados durante un tiempo pru-

dencial con el objeto de no fracturar la porción alveolar y no crear golfos quirúrgicos en el borde alveolar, que resultan molestos.

7) TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.- Consiste en los sucesivos cambios de la gasa yodoformada y lavados de la cavidad quística con suero fisiológico o con solución alcohólica de fenol alcanforado. Este tratamiento es largo y molesto. En ello reside uno de los inconvenientes de este método.

Después de 20 o 30 días, se deja la cavidad abierta, sin nueva mecha de gasa.

El paciente debe encargarse del cuidado de la cavidad, practicándose él mismo, lavados con una jeringa apropiada.

Con este método se trata de llegar a lo siguiente:

- 1) Detención inmediata del crecimiento del quiste por supresión de la presión endoquística.
- 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.

CAPITULO VII

METODO DE PARTSCH II

METODO RADICAL

Consiste esencialmente en la completa enucleación de la bolsa quística, quedando una cavidad ósea vacía, que desaparecerá, se hace de dos maneras, según las derivaciones que se dan al método en cuestión. Estas derivaciones, de las cuales depende la regeneración ósea, son las siguientes:

A) METODO DE PARTSCH II CON SUTURA

B) METODO DE PARTSCH II SIN SUTURA

. Obturando la cavidad ósea se llena de sangre y de la organización del coágulo depende la osificación. En el método sin sutura, la cavidad se tapiza lentamente de epitelio y por un mecanismo análogo, por el cual se aplana el quiste en el método de Partsch I, tiene lugar la regeneración de las cavidades patológicamente creadas por el proceso.

A) METODO DE PARTSCH II CON SUTURA.

Está indicado para quistes de un diámetro no mayor de 3 cm., para quistes mayores, la operación debe terminarse con taponeamiento.

El método con sutura presenta un inconveniente, que reside en que el coágulo puede infectarse y supurar, con todas las secuelas que una infección de esta clase trae consigo. Este peligro puede evitarse dando a la operación todas las seguridades de asepsia que requiere una intervención aplicada a la cavidad bucal.

TECNICA DEL METODO DE PARTSCH II CON SUTURA.

Esta operación consta de los siguientes pasos:

- 1) INCISION
- 2) DESPRENDIMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL Y PREPARACION

DE LOS COLGAJOS

- 3) OSTEOCTOMIA
- 4) ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA
- 5) TRATAMIENTOS DE LAS CAVIDADES VECINAS
- 6) TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE
- 7) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA
- 8) SUTURA
- 9) TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR

Posteriormente a un buen diagnóstico, que nos dará la extensión y la ubicación del proceso, y con la correspondien

te preparación del paciente, con su narcosedación, iniciamos la intervención quirúrgica.

1) Puede realizarse la insición en arco de Partsch; - en este método, se traza en la región vestibular, poco más o menos a la altura de los ápices dentarios, con bisturí. Esta debe abarcar una extensión mayor a los límites del proceso, y en profundidad debe llegar hasta el tejido óseo, tomando - las precauciones debidas, para que no se lesione la bolsa -- quística. Se toman los bordes de la herida con pinzas de -- Kocher.

También se puede realizar la incisión de Newman, con la cual se obtiene un colgajo que da un mayor campo operativo y permite la picectomía en caso necesario. La cicatriz es perfecta y no se observan trastornos en la inserción del colgajo al cuello de los dientes, a excepción que el paciente presente una prótesis fija, en donde no se recomienda la incisión de Newmann.

2) DESPRENDIMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL Y CONFECCION - DE LOS COLGAJOS.- Con periostótomo, se separa con especial cuidado el tejido gingival de su inserción con el hueso, éste debe abarcar un límite mayor que la extensión del proceso,

sólo así tendremos un acceso fácil a la bolsa quística.

En caso que el tejido óseo que cubre el proceso se encuentre destruido por el proceso quístico, el desprendimiento debe realizarse hasta encontrar hueso sano y sólido. Cuando el quiste es supurado, la adherencia entre la encía y la membrana quística son mayores, siendo necesario desprender el tejido gingival, utilizando punta y borde romo del bisturí o con tijeras, realizando una maniobra de disección que nos -- permite seccionar las adherencias e inserciones.

3) OSTEOCTOMIA.- Aquí nos encontramos con dos situaciones distintas; una de ellas es cuando nos encontramos con tejido óseo sano y la otra cuando nos encontramos con modificaciones en las tablas óseas, las cuales se encuentran destruidas y en este caso se encuentra la fibromucosa directamente en contacto con la capa conjuntiva del quiste.

En el primer caso, para llegar al tumor quístico será necesario trepanar el tejido óseo, esta osteotomía se realiza por medio de escopio y martillo, fresas quirúrgicas y --- pinzas gubias.

Con ellos se realiza una ventana ósea en la tabla ex-

terna, luego con pinzas gubias, se aumentan los diámetros de la anertura ósea, cuya extensión debe ser igual o mayor que los límites del quiste.

En el segundo caso, cuando la tabla externa ha desaparecido, y es difícil agrandar, se agrandará también con pinzas gubias la abertura patológica creada por el proceso. Con esto tendremos una amplia visión de contenido óseo.

Posteriormente a la osteotomía, se nos presentará la bolsa quística, con un color azulado rojizo característico, de brillo anacarado y de consistencia variable, según la presión del líquido quístico.

4) ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA.- Tiene por objeto disminuir el volumen del tumor reduciendo a su menor expresión, teniendo cuidado de impedir el vuelco del contenido quístico en la boca del paciente.

Se realiza esta operación punzando la bolsa quística con una aguja de calibre mediano y realizando la succión del contenido.

• Después del vaciado del quiste, se secciona su pared con el bisturí y se practica la limpieza del contenido quís-

tico por medio de trozos de gasa, o con el aspirador, estando todo listo para practicar el paso más importante de la intervención, que es la enucleación de la bolsa quística.

Tomamos los bordes de la incisión de la bolsa quística con pinzas de Kocher; de esta manera es posible tener un perfecto dominio de la tumoración. Se toma un periostótomo y con ella se realiza el desprendimiento de la bolsa quística de su alojamiento, esta maniobra en quistes puros sin infección de su contenido en la mayor parte de las veces es sencilla. Pero no es tan simple en los quistes supurados, porque en estos existen profundas adherencias de la membrana quística, a su alojamiento óseo. Estas adherencias en algunas ocasiones son tan íntimas que es necesario reseccarlas con cuchara rillas.

La enucleación de la bolsa se realiza siguiendo los límites superiores en primer término para dedicarnos enseguida, a la porción inferior. De esta manera, se conseguirá desprender en su totalidad la membrana quística, no quedando adherida más que por su inserción al cuello del diente productor del quiste (en los dentígeros, y en la región apical en los paradentarios).

Extraída la bolsa quística, se practica la hemostásis de la cavidad ósea con gasa. En los quistes supurados es necesario el respado de la cavidad ósea, con el objeto de eliminar hasta las partículas más pequeñas de membrana, la cual puede ser semilla de una nueva recidiva. Se pincela la cavidad ósea con una oxigenada y se efectúan toques con una solución de cloruro de zinc al 10%, con el objeto de eliminar todos los restos quísticos.

5) TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS.- En caso de que estos procesos invadan las cavidades vecinas: seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina, hay que realizar el tratamiento de ellas con otros métodos. Si nos encontramos con dientes desviados y abiertos en abanico y que están en vecindad con el quiste. Se tratará de dejarlos en su lugar, no realizar la extracción sólo en casos en que estos dientes estén irremediablemente perdidos para la estética.

6) TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.- En este caso nos referimos a los quistes paradentarios, dos son las conductas a seguir, teniendo ambas la misma finalidad: la supresión del foco séptico.

Una de ellas es la extracción del diente causante, la

cual efectuaremos de inmediato a la enucleación de la bolsa quística o la segunda, que sería la apicectomía con frase quirúrgica (en este caso se rellena el conducto radicular antes de la intervención).

7) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.- Se realizará dependiendo del tamaño de la cavidad, en caso de ser una cavidad pequeña bastará con provocar una hemorragia ligera de las partes blandas raspando con una cucharilla; así se llenará la cavidad de sangre, obteniendo el cierre de la misma, a este procedimiento se le llama también cierre de primera intención.

En caso de grandes cavidades se deberá taponear con gasa yodoformada; en la actualidad se usan en algunas oportunidades el OXICEL o el gelfroam para la obturación de la cavidad dejada por el quiste, aunque no siempre es positivo el método, pues el relleno llega a infectarse, originándose supuración y actúa como cuerpo extraño.

8) SUTURA.- Esta indicado y es de muy buenos resultados el terminar la operación bajo sutura, en los quistes chicos y medianos (no mayores de 3 cm.)

Este método exige rigurosa asepsia de la operación; que el coágulo y la cavidad ósea no se contamine con la sali

va y el medio ambiente. Con estas precauciones habremos llevado al máximo, dentro de las posibilidades asépticas de la cavidad bucal, condiciones favorables para mantener la esterilidad del coágulo sanguíneo.

Si este coágulo se infecta, provocando dolores, tumefacción enrojecimiento local, repercusión sobre el estado general, se cortan los puntos de sutura, se abre ampliamente la cavidad despegando los labios de la incisión y se trata como cavidad abierta, lavando con suero fisiológico y taponeando con gasa yodoformada.

El material de sutura es el hilo común de lino, la seda o nylon. Los puntos deben de distar entre si de medio a un centímetro un detalle bien importante es que las suturas, deben descansar sobre base ósea firme. Por eso la incisión debe prever, en lo posible esta ubicación.

Los puntos se retiran al sexto u octavo día.

9) POSTOPERATORIO.- Debe guardar cama, el día de la operación por lo menos. Se administrará un correcto tratamiento con antibióticos, requiere de cuidados extensivos, con enjuagues salinos acompañados con agua oxigenada, para evitar la proliferación bacteriana.

QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR

El tratamiento de los quistes del maxilar inferior, - sigue con las ligeras variantes, el plan expuesto para los - quistes del maxilar superior y de cualquier tipo. Debido a los escasos límites de este maxilar, hay que emplear la vía - de acceso vestibular y a menudo como complemento, la vía alveolar.

1) INCISION.- Los límites, dirección y tamaño de la - incisión variarán, de acuerdo a la ubicación del quiste.

2) DESPRENDIMIENTO DE LA FIBROMUCOSA.- Igual que la - técnica del maxilar superior, se separan los colgajos, mante - niéndolo separado y se pasa al siguiente paso.

3) OSTEOCTOMIA.- Pueden presentarse las dos situacio - nes previstas para el maxilar superior; integridad o ausen - cia de la tabla externa. Se procederá de idéntica manera a - la empleada para el maxilar superior. Si es necesario la vía alveolar, ésta se realiza, primero realizando la extracción - del diente causante y la de los dientes vecinos necesarios y se procede a la eliminación de la tabla externa a escoplo y martillo.

4) ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA.- Se realiza del

mismo modo que en el maxilar superior, habiendo una variante de importancia y ésta reside en las relaciones que tenga el paquete vasculo nervioso con el proceso. En caso de íntima fusión de este paquete con la membrana (situación que no se presenta con frecuencia), es necesario realizar una disección muy dificultosa, pero no imposible.

5) TRATAMIENTO DE LOS DIENTES VECINOS.- Los dientes desvitalizados o que presenten gangrena pulpar o tengan suficiente andamiaje óseo deberá ser extraído.

6) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.- Se procederá de la misma manera que con el maxilar superior.

7) SUTURA.- Las mismas indicaciones y procedimientos que en el maxilar superior. Aunque en caso de quistes extensos, que se obturan con gasa, y cuya incisión es muy extensa, es conveniente disminuir los límites de incisión, colocando en los extremos, algunos puntos de sutura.

8) POSTOPERATORIO.- El tratamiento postoperatorio es el mismo procedimiento que se señala en los quistes del maxilar superior.

B) METODO DE PARTSCH II SIN SUTURA

La operación sigue en un todo las normas señaladas para el método con sutura. Los pasos son los mismos, con la única variante del paso séptimo y octavo paso.

9) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.- (Obturación de la cavidad con materiales extraños al organismo). Terminada la enucleación de la bolsa quística y aislados los bordes óseos, se lava la cavidad con suero fisiológico y con agua oxigenada. Se seca con gasa simple y eventualmente se tocan las paredes óseas con cloruro de zinc, al 10%.

El labio superior del colgajo (labio inferior y en el maxilar inferior), se introduce dentro de la cavidad ósea y sobre él y rellenando la cavidad se aplica la gasa de obturación. Este relleno tiene varias ventajas, se prevé la producción de una hemorragia ósea, puede presentarse varias horas después de la intervención, cuando el efecto de la drenaja del anestésico ha desaparecido. Se evita con esta barrera, la introducción de los microorganismos bucales.

Se emplea para este fin la gasa yodoformada, que si bien tiene el inconveniente de su olor, nos da en cambio amplias seguridades de esterilización de la cavidad ósea y de

la no descomposición de este material de cura. La gasa se -
retira después de un tiempo variable de 24 a 96 hrs., en re-
lación con el estado de conservación de este material.

Los inconvenientes residen en el tiempo extraordina--
riamente largo que se necesita en el postoperatorio, el do--
lor y la hemorragia que se presenta en cada cambio de la ga-
sa.

10) POSTOPERATORIO.- A las 48 hrs., revisamos al pa--
ciente. Si creemos necesario cambiar la gasa, hay que tener
la precaución de impregnarla perfectamente en agua oxigenada
caliente, con el objeto de desprenderla de la cavidad ósea,
evitando dolores y hemorragias.

Una vez retirada, en bloque o en trozos, se efectúan_
lavados con suero fisiológico tibio, en abundancia. Se pice
la la cavidad con cloruro de zinc al 10% y se vuelve a obtu-
rar con gasa yodoformada que se deja otras 48 hrs. Idéntica
maniobra se repite durante 5 o 6 sesiones, hasta que compro-
bemos que la cavidad no sangra más.

Desde este momento se suspende la gasa yodoformada.

Es bien importante tener en cuenta que, la gasa es un

material extraño al organismo, que estimula todas las reacciones tisulares normales. Cuanto menos tiempo pueda estar, será más útil su acción.

Lentamente y por espacio de varios días, la cavidad se va cubriendo de una membrana de color verde-rojizo, índice de una tentativa de epitelización. A los 20 o 30 días, la cavidad ósea está cubierta de epitelio y con lentitud y durante largo tiempo tiene lugar su proceso de reducción.

CONCLUSION.

El quiste es una cavidad que se presenta en tejidos blandos o duros con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso. Que está rodeado por una pared de tejido conectivo o cápsula y suele tener revestimiento epitelial o no, y que con estas características se distingue de otras lesiones tumorales.

De acuerdo con la clasificación de IRVING MEYER que parece ser la más clara, se pueden distinguir las distintas lesiones quísticas descritas anteriormente, ya que en ella cada quiste consta con sus características clínicas, radiográficas e histológicas.

Y aún con todo ello, estamos propensos a equivocarnos en nuestro diagnóstico, ya que existan tantas y tan variadas lesiones tumorales que presentan semejanzas parecidas con los quistes, y cuyo tratamiento en algunos casos es bien diferente al de los quistes.

En realidad los quistes no son de temerse, en comparación con otras lesiones tumorales en los cuales llegan a malignizarse.

Algunos quistes llegan a descubrirse casualmente, --- cuando se realizan exámenes radiográficos de rutina. Si no_ fuera así tal vez jamás abríamos de ellos. Es así que cuando se descubre la presencia de uno de ellos, bajo diagnóstico clínico y se piensa que éste puede ocasionarnos algún problema o ya lo ocasiona, se recurre a su enucleación quirúrgica radical, olvidándonos de ese problema para siempre, ya -- que rara vez los quistes recidivan, al menos que su trata--- miento no sea el adecuado.

BIBLIOGRAFIA

Cirugía Bucal Tomo II
Archer W. Harry
Editorial Mundi Buenos Aires
1968.

Patología Bucal
Bhasker, S. N.
Editorial El Ateneo, Buenos Aires
Segunda Edición 1968.

Tratado de Cirugía Bucal
Guralnick C. Walter.
Editorial Salvat Barcelona 1971

Cirugía Bucal Tomo I
Kurt H. Thomas
Editorial Hispanoamericana
1955

Tratado de Cirugía Bucal
Kruger G.O.
Editorial Interamericana
1960

Tratado General de Odonto-Estomatología
Tomo II.- Cirugía de la Boca y de los
Maxilares. Vol. I.
Madrid Alhambra 1963

Cirugía Oral en el Consultorio Serie III Vol. 9
Odontología Clínica de Norteamérica
Editorial Mundi Buenos Aires.

Cirugía Bucal
Ries Centeno Guillermo
Editorial Mundi Buenos Aires 1979

Diagnóstico en Patología Oral
Zegarelli V. Edwards
Salvat Editores, S. A. 1974

Tratado de Patología Bucal
Shafer William G.
Editorial Interamericana 1977