



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

QUISTES DE LOS MAXILARES

T E S I S

Para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

Ramón Ayala Pavía

J. Alberto Castillejos Salas

México, D. F.

1983



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

PAGINA No.

I.	INTRODUCCION.	1
II.	GENERALIDADES.	2 a 8
	a) Definición.	
	b) Etiología.	
	c) Desarrollo Histórico.	
III.	CLASIFICACION.	9 a 50
	1. Quistes Odontogénicos.	
	a) primordial.	
	b) dentígero.	
	c) multilocular.	
	d) radicular.	
	e) lateral.	
	f) residual.	
	g) gingival.	
	2. Quistes No Odontogénicos.	
	a) nasopalatino.	
	b) nasoalveolar.	
	c) glóbulo maxilar.	
	d) medio mandibular.	
	3. Quistes No Epiteliales o Seudopistes.	
	a) Oseo Traumático.	
	b) Oseo Aneurismático.	
	c) Cavidad Osea Ideopática.	

4.	Quistes del Desarrollo.	
	a) Dermoide.	
	b) Epidermoide.	
	c) Branquial.	
	d) Higroma Quístico.	
IV.	DIAGNOSTICO CLINICO.	51 a 52
V.	TRATAMIENTO QUIRURGICO.	53 a 78
	a) Preoperatorio.	
	b) Técnica Quirúrgica.	
	c) Postoperatorio.	
VI.	CONCLUSIONES.	79 a 80
VII.	BIBLIOGRAFIA.	81 a 82

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

En la actualidad la cirugía bucal y la patología bucal han alcanzado grandes avances, que para poder desempeñar un buen papel en ella es necesario realizar estudios de especialidad. Lo cual nos motivó para realizar este trabajo breve pero conciso.

Esperando sea de utilidad para los estudiantes a nivel de facultad y para tener un criterio más amplio en nuestra formación como profesionistas, logrando con estos conceptos el descubrimiento y diagnóstico de algún quiste dentro de la cavidad oral.

Con los conocimientos adquiridos de las aulas de nuestra Universidad, proporcionado por nuestros profesores a los cuales rendimos tributos y damos gracias, presentamos este trabajo. LOS QUISTES DE LOS MAXILARES, siendo un aspecto importante dentro de la patología bucal y cirugía bucal, puesto que en su inicio son fáciles de controlar pero cuando no se detectan oportunamente podemos encontrar destrucción ósea de pequeñas o grandes zonas en los maxilares.

En algunas ocasiones nos encontraremos con casos demasiado complicado, en la cual el cirujano dentista se ve limitado a realizar el tratamiento adecuado a este tipo de lesiones, por lo que se verá obligado a ponerlo en manos de un especialista.

GENERALIDADES.

QUISTE.- Es una lesión crónica circunscrita - por una bolsa conjuntivoepitelial, con un contenido líquido, mucoide o ceroso. Su crecimiento está dado por diferenciación de presiones osmóticas, el volumen del contenido es importante, en relación - como tamaño de la masa total de tejido.

Los quistes lo podemos clasificar en: Odontogénicos y no Odontogénicos, en quistes de Desarrollo y Seudoquistes. Los Odontogénicos tienen su origen en los tejidos del órgano del esmalte o folículo o formados de los restos epiteliales de Malassez, se pueden presentar desde la infancia hasta cualquier edad en su crecimiento se destruye el hueso, ya que el hueso esponjoso es menos resistente que el cortical, su período de iniciación que - se denomina "silencioso" pues no revela su presencia pues se inicia en el maxilar sin molestias ni sintomatología de ninguna clase.

Son a veces descubiertos radiográficamente -- por otros motivos. En su crecimiento, el proceso aumenta de volumen a espensas del hueso donde está alojado rechazando el hueso, atrofeándolos por compresión, sin hacerlo formar parte del mismo, la resistencia ósea no es infinita. Llega un momento - en el que el hueso no puede ceder más o ha desaparecido por atrofia, las tablas adelgazadas quedan - papiáceas (crepitación apergamizada). Esto no -- puede dar lugar a una ulceración.

Un quiste verdadero es una cavidad tapizada - por epitelio puede estar situada dentro de los tejidos blandos o profundamente en los huesos, o - - bien dentro de una superficie ósea. Dentro de los maxilares el quiste puede tener su origen en el - epitelio odontogénico, es decir; en los restos de las láminas dental y los órganos del esmalte, la - proliferación y generación quística lo origina.

Los quistes odontogénicos son los que derivan de lo criterio asociado con la formación del aparato dental; este tejido odontogénico constituye un gran grupo de lesiones que van a reflejar el complejo de desarrollo en las rupturas dentales, algunas son meramente alteraciones de la odontogénesis y no verdaderas neoclasis de los quistes odontogénicos, estas lesiones son agrupadas por su origen, en un grupo de tejidos de su especialización su -- clasificación se basa en su características histológicas y clínicas. Los quistes pueden ser formados por varios gérmenes dentarios actuando en conjunto, y su formación es de una apariencia folicular múltiple, el germen del diente que nace en la lámina dental de la capa epitelial externa, del órgano del esmalte del diente, puede dividirse y formar un número de folículos, y cada folículo puede formar un quiste, causando la formación de los llamados quistes hijos, que necesitan una exploración cuidadosa; al hacer ésta debe recordarse que el -- quiste primordial y el dentífero son ameloblastomas en potencia, la formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en-

la luz de la lesión, puede ser el principio de un tumor dental.

Los quistes del desarrollo tienden mucho a reaparecer, frecuentemente los quistes con revestimiento epitelial grueso, tienden más a la recidiva que los quistes con epitelio delgado; en estos quistes está indicada la enucleación completa, la incisión parcial es peligrosa y cualquier parte pequeña que se deje, puede formar un tumor dental verdadero. Cuando se utilizan las técnicas de enucleación y la combinación de Partsch, por consideraciones anatómicas, se deben hacer biopsias múltiples y seguir el curso postoperatorio, por medio de exámenes radiográficos cada seis meses. No debemos olvidar que cualquier tejido patológico que se quita, no se debe descartar la posibilidad de que sea maligno, lo cual sólo se hará dicho por el histopatólogo, por lo tanto toda pieza quirúrgica patológica, deberá mandarse a que se realice su estudio. Se pone en un frasco de formol el 10 % e indicando el lugar, forma y tamaño de donde se extrajo y el diagnóstico que nosotros creamos, muchos de estos quistes no dan síntomas clínicos hasta que se nota la asimetría de la cara, estos quistes pueden llegar hacer de gran tamaño abarcando todo el cuerpo o la rama ascendente de la mandíbula o una gran porción del maxilar superior los senos orbitales y paranasales, los factores extraños de la superficie del proceso no detienen su crecimiento sino que realiza su marcha contrayendo relaciones con los órganos vecinos, el desplazamien-

to de los órganos vecinos será, dependiendo de donde de esté radicado el quiste. Por la distinta relación anatómica requiere modalidades y características diferentes, es importante conocer anatomía de los dientes en particular y cómo determinar el desarrollo de los tumores, en ocasiones la inspección visual del tumor quístico por su ubicación topográfica nos dará una idea de etiología.

DESARROLLO HISTORICO.

En 1654 Lartchneider, Skultetus describen por primera vez los quistes de los maxilares.

En el año 1728, fue el famoso dentista parisiense Fauchard quien indicó la correlación entre quistes maxilares y el sistema dentario.

Otras observaciones fueron hechas por el cirujano francés Delpech, en 1816. Más detenidamente se ha ocupado Dupuytren en 1839, del problema de los quistes; según él, se denominó la crepitación-apergamada, que a veces se encuentra en quistes con cubierta ósea muy delgada. En 1864, Vierchow en Berlín, menciona los quistes en su tratado sobre tumores, que se originan de dientes retenidos. El cirujano Paget crea el concepto "dentygerous cyst", una denominación que es usual hoy en día en la literatura inglesa.

Finalmente el dentista Magitot, quien reconoció en el año de 1872 que todos los quistes maxilares son de origen dentario, y por ende son quistes dentales. Es el primero que distingue entre quistes foliculares y radicales, y a los radicales los llama neógenos o quistes periostales.

El cirujano francés Broca, quien descubrió que los quistes foliculares se originan por trastornos del desarrollo dentario. Todavía hoy en -

día tiene validez la teoría de Broca y la de Magitot, quien se ocupó ante todo de la patogénesis de los quistes radiculares, creía que el epitelio - quístico se desarrolla del periostio conjuntivo - del diente.

Los fundamentos que creó el patólogo y cirujano Malassez, quien pudo comprobar por primera vez células epiteliales en el parodonto del diente, - los cuales denominó: restos epiteliales de Malassez, vio en estas aglomeraciones celulares las células madres de los quistes radiculares, foliculares, y también de los verdaderos tumores de esta región.

Creía también que los tumores de regiones más alejadas del sistema dentario provendrían de tales restos epiteliales dispersos; no era sostenible; - lo demostraron, por sus investigaciones, Hertwing en 1874 y Braun en 1877, en 1877 Parreidt escribió su trabajo sobre quistes dentales y maxilares, donde destacan el desarrollo de quistes autónomos de los maxilares; así mismo sostiene que Magitot se había equivocado cuando creía que todos los quistes óseos serían de origen dentario.

A Partsch se debe la denominación de quistes periodontales o radiculares; comprobó que los quistes tienen como punto de partida estados inflamatorios crónicos en los ápices, por lo cual se reconoció la pulpa muerta como condición previa para la formación de un quiste radicular. Respecto a los epitelios que deben suministrar la capa epitelial-

del quiste, Partsch coincide con la opinión de - - Braun, y describe el proceso de la siguiente manera: Al desarrollo de la raíz dentaria procede la formación de una vaina dentro del tejido conjuntivo, y en el lado interno de esta apéndice, se empiezan a depositar los odontoblastos, dando lugar así a la identificación de la raíz.

Una vez cumplida su tarea, se desintegra en islotes dispersos en el tejido conjuntivo, que se inserta en la raíz como ligamento alvéolo dentario, de los cuales algunos eventualmente desaparecen completamente, otros se conservan en forma de masas epiteliales paradentales.

Partsch ha escrito varios trabajos fundamentales sobre la patogénesis y la terapéutica de los quistes, que en parte son válidos aún hoy en día.

QUISTE DENTIGERO.

El quiste dentígero como su nombre lo indican de origen odontogénico, se caracteriza por estar constituidos por una bolsa conjuntivo epitelial que rodea la corona de un diente no erupcionado o supernumerario. El 95 % de éstos, son más comunes dentro de los quistes foliculares y alrededor del 34% de los Quistes odontogénicos. Se presentan con mayor frecuencia en hombres que en mujeres, en la segunda o tercera década de la vida. - En un 70 % de las lesiones aparecen en las mandíbulas y sólo un 30 % en el maxilar.

Probablemente tiene su origen en una 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 generación quística de los restos de la lámina dental.

El hecho de que el epitelio de un quiste dentígero se inserta en el cuello de un diente es prueba que en la mayoría de los casos el quiste está formado por el órgano del esmalte y no independiente de él.

Los quistes dentígeros pueden provocar una considerable dilatación, generalmente indolora de la lámina externa. Los que tienen su origen en la

región antral presentan a veces algunas dificultades para el diagnóstico. Es posible que se hagan radiografías estereoscópicas sin embargo la convexidad de la pared lateral del quiste en comparación con la cavidad lateral del antro generalmente sirve para diferenciar ambas cosas. Se pueden localizar más frecuentemente en el ángulo de la mandíbula región de los caninos, terceros molares superiores, cavidad antral y también en el piso de la órbita.

El quiste puede tener cualquier tamaño desde una leve dilatación del saco pericoronal hasta ocupar todo el cuerpo y rama de una mitad del maxilar inferior. Los quistes mayores se encuentran en el maxilar inferior, posiblemente a causa de la anatomía de los maxilares. Aunque el quiste se desarrolla sobre un solo diente puede incluir las coronas de varios dientes adyacentes al dilatarse. También puede desplazar los dientes en posiciones alejadas de sus localizaciones normales, especialmente en el maxilar superior. Algunas veces no es posible reterminar el diente responsable. Los dientes no afectados retienen sus folículos, lo cual puede ayudar a la diferenciación durante la operación.

Los quistes pueden ser formados por varios gérmenes dentales actuando en conjunto y su formación dá una apariencia folicular múltiple, el germen del diente que nace de la lámina dental o de

la capa epitelial externa del órgano del esmalte - del diente, puede dividirse y formar un número de folículos. Cada folículo puede formar un quiste - causando la formación de los llamados quistes hi--jos que necesitan una exploración cuidadosa al ha--cer la operación. Debe recordarse que el quiste - primordial o dentífero es una ameloblastoma en po--tencia. La formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la luz de la lesión, puede ser el principio del tumor den--tal.

Según Thoma clasificó los quistes dentíferos - en tipo central, lateral y circunferencial, según - la posición en la cual se desarrolla el quiste en - relación con la corona dental.

En el tipo central, el quiste rodea la corona en forma simétrica, moviéndose en una dirección - opuesta a la de su fuerza normal de erupción. En - el tipo lateral el quiste se desarrolla en el lado mesial o distal del diente y se dilata apartándose del diente, envolviendo sólo en 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 con - vertido en cutícula dental. Puede inclinar al - - diente o desplazarlo hacia el lado no afectado. - En el tipo 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 (Como si fuera a tra--

vés de un agujero de un buñuelo) y produciendo una imagen similar a la del quiste radicular.

Teoría folicular de Broca. Para este autor - el origen de los quistes dentígeros reside en el - folículo dentario, este folículo sufre una hidropesía, de la cual se origina este tumor por cuya razón su bolsa quística se encuentra directamente insertada en el cuello del diente afectado.

Broca distingue 3 períodos en la odontogéne-- sis:

Período Embrioplástico. Este período se ca--racteriza por formaciones histológicas blandas, no diferenciados, puede actuar un factor cualquiera, - que incidiendo sobre el folículo en formación hace desviar la mecanomorfosis hacia formaciones tumorales. El bulbo sufre un proceso de atrofia debido - al crecimiento excéntrico y expansivo de líquido - quístico y se tiene aislada la tumoración la cual - no presenta tejido dentario de ninguna especie.

Clínicamente esta clase de quistes no son frecuentes y pertenecen más bien al dominio de las especulaciones científicas.

Período Odontoplástico. Aquí ya iniciada la - histodiferenciación y el destino de las células -

del órgano del esmalte y de la papilas dentarias - con sus células específicas y de función definida - como los ameloblastomas y los odontoblastos y el factor X actúa sobre el folículo en plena dinámica dará como resultado una bolsa de tejido dentario, - sin forma anatómica definida.

Período Coronario.- Ya formada la corona sin raíz rodeada por un saco dentario resultado de la histodiferenciación del mesenquima, la formación - de la generación tumoral, puede dar origen a un quiste caracterizado por una bolsa conjuntiva insertado en el cuello de la corona, y por lo tanto no tiene raíz. Según Broca porque el folículo desviado de formación no puede formar raíz.

Teoría de Malassez.- A pesar de lo fidedigna que pudiera parecer, la teoría paradentaria no se ajusta a la realidad clínicas que se observan en los quistes dentígeros, la cual le corresponde a Malassez.

Malassez atribuye a los restos epiteliales - paradentarios un papel importante en la formación - de estos tumores estas células epiteliales despertadas de su letargo por un factor irritativo, se hipertrofian y se asocian. Su unión ibalocoalización dan origen a una cavidad que, aumentando de volumen da lugar a quiste. También atribuye a los quistes dentígeros un origen vurnacular. Broca y Maggitot dan a estos quistes un origen folicular -

de la cual Malassez no está de acuerdo "La Corona ha salido de la cavidad folicular y se encuentra - en una cavidad que es de origen gubernacular por - su asiento su origen y la naturaleza de su epitelio" (Malassez) "Si un ensanchamiento se realiza en esta cavidad el quiste resultante no podrá - ser llamada folicular. Es un quiste que merece el nombre gubernacular porque su pared y epitelio son de origen gubernacular". Malassez planeó el mecanismo de formación de los quistes gubernaculares, - un ensanchamiento por vacualización de las células del vernáculo, da origen a quiste, dentro del cual el diente viene introducirse, la bolsa quística se inserta a nivel del cuello del diente, el diente - insertado colocado en relación a la cavidad quística en la misma situación que un diente normal en - relación a la encía.

Teoría de Leriche y Cotte.- Esta teoría aclara el problema de los tumores odontogénicos. Para ellos los quistes epiteliales pueden considerarse como esclabomas dentarios quísticos. Se trata del proceso de inclusión embrionaria, cuyo origen puede ser el folículo dentario los restos paradentarios de Malassez o bien el epitelio gingival, dependiendo del caso que el esclaboma sea mono o bidérmico.

Teoría de Bloch-Joergensen.- Dicho autor - - atribuye a los quistes dentíferos este supuesto - origen: Son quistes paradentarios de los dientes-

temporarios, en los cuales va a introducirse la corona del diente retenido. A esta teoría se opone a las siguientes razones: Los quistes paradentarios en dientes temporarios son excepcionales el examen radiográfico de los supuestos quistes paradentarios que presenta el autor, no tienen la característica de la perfecta limitación y cortical-intacta; más bien padecen procesos infecciosos - periapicales (Osteites).

Estos quistes de desarrollo tienden mucho a reaparecer. Frecuentemente los quistes con revestimiento epitelial grueso tienden más a la recidiva que los quistes con epitelio delgado, especialmente si son múltiples.

Está indicada la enucleación completa del quiste en este tipo. La incisión parcial es peligrosa y cualquier parte pequeña que se deje puede formar un tumor dental verdadero. Cuando se usan las técnicas de enucleación o la combinada de Partsch por consideraciones anatómicas se deben hacer biopsias múltiples y seguir el curso posoperatorio por exámenes radiográficos cada 6 meses. Cualquier tejido patológico que se quita no debe descartarse; se pone en un frasco con solución de formol al 10 %, y se prepara para un examen microscópico completo. Se ha informado acerca de desarrollo de carcinoma en las células epiteliales de este tipo de lesión quística.

El tratamiento de elección, aún en las lesiones quísticas extremadamente grandes, es su enucleación cuidadosa.

QUISTE RADICULAR.

Es del más frecuente de los quistes bucales, - el quiste periodontal, peridical, radical que - - afecta en la mandíbula del maxilar, tiene su ori-- gen inflamatorio como se cuela de la caries al pro-- pagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa ha-- cia la zona periapical del diente del cual toma su nombre, se forma una masa de tejido inflamatorio- crónico llamada glanduloma apical dentro de esta - masa proliferan restos epiteliales de Malassez nor-- malmente presenten en el ligamento periodontal es-- tos islotes epiteliales se fusionan y sufren una - transformación quística dando lugar al quiste radi-- cular.

El quiste puede no presentar síntomas y se -- diagnostica por examen radiográfico sistemático. - El diente asociado con el quiste no es vital y ca-- si siempre presenta caries dental por otra parte - el aspecto clínico puede ser muy sugestivo sobre - todo cuando el quiste es muy grande o cuando hay - una infección activa, en tal caso puede encontrar-- se un diverso grado de agrandamiento o deformidad-- del hueso, desde de deformaciones localizadas esca-- samente apreciables de coloración normal y consis-- tencia ósea, a pertuberancias purpúreas de modera-- do tamaño, de cuya palpación se obtiene la sensa-- ción de crepitación quística. No se puede diferen-- ciar radiográficamente un granuloma apical de un -

quiste radicular. El quiste que sigue en su lugar después de la extracción del diente responsable - se denomina quiste residual.

Estos quistes suelen estar revestido de epitelio escamoso estratificado y generalmente se encuentran en filtración de células redondas y otros signos de inflamación crónica.

A veces las manifestaciones clínicas del quiste radicular consisten en una masa tumoral, carnosa, su superficie lisa, blanda la que se observa - un conducto fistuloso por el que sale un exudado - purulento o cero purulento, suele ser asintomático sin embargo, a veces el diente afectado es sensible a la percusión.

A menudo el paciente tiene antecedentes de dolor seguido de alivio en el diente. Estos quistes no llegan a producir gran deformación en el maxilar afectado.

El quiste radicular es más común en el maxilar que en la mandíbula y se presenta por lo general en la tercera década de la vida.

Su tamaño varía de 0.5 a 2 cm., de diámetro, - y su forma suele ser redonda y ovalada. La superficie viral es lisa según su estado de desarrollo, contenido grumoso, y contiene gran cantidad de - -

cristales de colesterol resplandecientes.

Radiográficamente el quiste radicular se caracteriza por una radiolucencia delimitada, en forma más o menos clara en la zona apical del diente afectado.

Radiográficamente no es posible distinguir entre un quiste radicular, de un granuloma dentario u otra lesión de la zona, no obstante la presión de un diente desvitalizado asociado a una radiolucencia periapical. Se ha sugerido que si sobrepasa los 200 mm², se trata de un quiste radicular.

TRATAMIENTO.- Para éste se deben tomar las siguientes consideraciones: Si es un diente inútil, el mejor y más sencillo tratamiento será extraerlo, de lo contrario la meta principal deberá ser conservarlo. Por lo tanto el tratamiento deberá consistir en el raspado apical, u ultraración del conducto únicamente; en un tiempo se creyó que todos los quistes radiculares requerían extirpación quirúrgica, sin embargo se ha demostrado que una infección secundaria, y con hemorragia durante el tratamiento endodóntico, puede destruir el revestimiento epitelial y promover la cura del quiste radicular, la intervención quirúrgica no es necesaria, no obstante ciertas circunstancias el quiste puede permanecer en el maxilar, si no se le extirpa. En caso de ser necesario se aplicará la apiceptomía.

QUISTE PRIMORDIAL.

Este quiste se deriva del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales. La degeneración del retículo estrellado da lugar a un espacio quístico limitado por el epitelio interior y exterior del esmalte que sufre un cambio y se convierte en epitelio de tipo escamoso estratificado.

El quiste primordial proviene de un germen dentario que en vez de formar un diente, degenera convirtiéndose en un quiste, este quiste comprende aproximadamente el 5 % de los quistes foliculares y alrededor de 1.75 % de los odontogénicos. Clínicamente esta lesión se asocia siempre con un diente enfrente (a menos que se origine a partir de un germen supernumerario). Este quiste afecta con mayor frecuencia a la mandíbula que al maxilar y la lesión habitualmente se presenta en la segunda o tercera década de la vida. Puede producir un engrosamiento del maxilar o ser asintomática.

Esta lesión es indolora pero si es grande, puede provocar migración de los dientes. Todos los dientes de esta región poseen vitalidad.

Este tipo de quiste se encuentra con más frecuencia en el lugar del tercer molar del maxilar inferior o por detrás del mismo en el borde ante-

rior de la rama ascendente del maxilar inferior.

Los quistes odontógenos, como los primordiales, se forman del epitelio bucal primitivo y por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma, un neoplasma dental verdadero. En estos quistes las células epiteliales tienen capacidad neta de desarrollar neoplasmas.

Radiográficamente se presenta como una imagen radiolúcida redonda u oval bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional, puede ser unicelular o multilocular y no se asocia directamente con un diente erupcionado o no erupcionado.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.- En los cortes el microscopio revelan una cavidad quística revestida de epitelios escamoso estratificado y una pared de tejido conectivo que habitualmente, aunque no siempre, está libre de células inflamatorias y que puede contener pequeños islotes de epitelio odontogénico o ameloblástico.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de los quistes primordiales consiste en su enucleación con un cureteado a fondo, si se produce la fragmentación del revestimiento, para asegurar la eliminación completa del epitelio.

QUISTE MULTILOCULAR.

Este quiste es una variante de quistes dentígeros, se presenta como un agrandamiento del hueso afectado, proceden de varios gérmenes dentígeros - que forman varios folículos adyacentes cada uno de los cuales se convierte en un quiste separado, al producirse una degeneración quística de sus paredes el quiste unilocular se puede convertir en multilocular formándose quistes hijos.

La zona mandibular constituye la localización más frecuente de estos quistes. Las radiografías muestran una zona con aspecto mustiquístico o semejantes apompas de jabón.

Otras de las características comunes de este quiste es que hace que los dientes migren. Pueden ser hereditarios y también pueden ser asociados -- con otros trastornos de desarrollo como deformidad de vértebras cervicales, quistes sebáceos múltiples y exostosis múltiples.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.- El aspecto microscópico del quiste multilocular muestra lo que parece ser una gran cantidad de quistes primordiales, adheridos unos a otros o comunicados entre sí.

Se encuentran revestidos de epitelio escamoso estratificado y sus paredes de tejido conectivo - pueden presentar un número mínimo de células inflamatorias.

En algunos casos el epitelio se encuentra queratinizado y los quistes multiloculares requieren incisión local cuidadosa y raspaje radical.

Estos quistes múltiples en los maxilares, - - constituyen un constante hallazgo en anomalías del desarrollo, que se denominan síndrome del nervio vasocelular.

Son parecidos a los quistes primordiales y - están unidos por epitelio escamoso estratificado, - y pueden producir queratina, además estos quistes de los maxilares presentan muchos carcinomas vasocelulares y quistes sebáceos de la piel y de formaciones esqueléticas (abovedamiento frontal, fusión de vértebra costillas aplanadas, etc.)

Estos quistes se pueden encontrar en ambos - maxilares, son predominantes en la edad adulta, - no tienen preferencia de sexo, sus características clínicas y radiográficas son extremadamente raras, se presenta radiolucencia multiquística, agrandamiento del maxilar aunque ambas tablas se encuentran intactas.

TRATAMIENTO.- Escisión local, radical y curetaje; su pronóstico es favorable.

QUISTE PERIODONTAL.- LATERAL.

Este quiste no es muy común suele ser encontrado en adultos sobre la raíz del canino o premolares del maxilar inferior.

Se origina por inflamación de la membrana periodontal que contiene restos epiteliales de Malassez, su formación es igual a los quistes radiculares.

El quiste lateral para denominarse así debe encontrarse 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.

Standish y Shear presentaron una revisión de la literatura del quiste lateral y expusieron una serie de quince casos en los cuales nacen directamente del ligamento periodontal lateral de un diente, sugieren varias posibilidades para explicar cómo se forma se pensó por ejemplo que la lesión puede generarse inicialmente como un quiste dentígero a lo largo de la superficie lateral de la corona, si la expansión de ésta es lenta. El brote dental puede ser normal y finalmente adoptara una posición cercana a la superficie lateral de la raíz. Así mismo se ha pensado que el quiste periodontal lateral se forma directamente en el ligamento

to periodontal de los restos de Malassez.

Estos quistes son probablemente más frecuentes en hembras y en personas de raza negra, en los cuales también pueden contener células pigmentadas.

La preelección de este quiste por originarse en la zona de caninos y premolares inferiores corresponde con la conocida frecuencia elevada de los dientes supernumerarios en la zona de premolares inferiores; Soskalna y Shear coincidieron en lo referente a este origen del quiste periodontal lateral. También sugieren que surge de brote supernumerarios de la lámina dental sin que necesariamente se diferencie primero en órgano del esmalte, además opinaron que esta lesión deriva de los quistes primordiales.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- Estos quistes se presentan principalmente en adultos, pero no es específica de esa edad.

La mayoría de los quistes se localizan en premolares inferiores y son asintomático y han sido descubiertos durante exámenes radiográficos dentales, algunas veces se localizan en la zona vestibular de la raíz.

Radiográficamente estos quistes revelan una imagen con una zona radiolúcida en oposición a la-

superficie lateral de la raíz, por lo regular esta lesión es pequeña, y muy pocas veces mayor de un centímetro de diámetro puede no estar bien circunscrita, muchas veces presenta a su alrededor una capa delgada de huesos esclerótico, la mayoría de las veces los bordes son bien definidos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Microscópicamente ofrece pocos signos de proliferación, a veces el epitelio tiene un aspecto peculiar en el sentido que las células individuales tienen citoplasma claro y un núcleo pequeño internamente teñido en algunos casos este epitelio forman paraqueratina u ortoqueratina entonces el quiste se clasifica como queratoquiste u odontogénico. No hay evidencia de la formación de la queratina.

TRATAMIENTO.- Se realiza curetaje y raspaje apical y fijación del mismo, tratamiento de conductos radiculares. El pronóstico favorable.

QUISTE RESIDUAL.

Es un quiste iatrogénico, por un mal manejo del cirujano dentista. Se originan por dejar restos de tejido patológico. Cuando se ha extraído un diente infectado, sin que se remueva el quiste, o bien puede presentarse la degeneración quística de un granuloma que no ha sido tratado. Estos se localizan en los espacios desdentados.

Este quiste se encuentra aproximadamente en un 3.5 % de las lesiones periapicales.

Posee las mismas características que el radicular, por lo regular se aparecen en la cuarta década de la vida y no tienen preferencia por el sexo pero sí es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula.

Estos quistes de naturaleza inflamatoria son el resultado de una infección dental con necrosis de tejido pulpar y transformación degenerativa y granuloma o quiste. No todos los granulomas degeneran en quistes para la formación de un quiste, depende primero de la disolución de la parte central del granuloma, segundo de la trasudación de líquido a través del saco del tejido conectivo con forro de epitelio, hasta en el interior de la lesión.

Microscópicamente está revestido de epitelio-

escamoso estratificado, y a su vez está rodeado - por tejido conectivo de diversa densidad, está formado de restos necróticos carentes de estructura - o substancia exonofila homogénea. El tejido conectivo casi siempre presenta infiltración de plasmocitos, linfocitos y edema.

Radiográficamente los quistes residuales no - pueden diferenciarse, y solamente pueden comprobarse por examen microscópico.

TRATAMIENTO.- Se indica la enucleación quirúrgica.

El pronóstico es excelente.

QUISTE GINGIVAL.

Es una lesión rara, pequeña, asintomática. -
Remitente si es grande.

El quiste gingival posee tejido blando que -
aparece en la encía libre o insertada, no está re-
lacionado con quiste periodontal lateral, y si di-
ferencia de éste, su etiología según Ricchay y Or-
ban. Sugieren las posibles fuentes de formación -
quística.

- (1) Tejido Granular Heterotópico.
- (2) Alteraciones degenerativas en un brote epite-
lial proliferante.
- (3) Restos de la lámina dental del órgano del es-
malte o islas epiteliales del ligamento perio-
dontal.
- (4) Implantación traumática del epitelio.

-- Sólo las dos últimas de estas posibilida--
des serán válidas y sobre todo esto se forma una -
base para reconocer el quiste gingival.

Los quistes gingivales tienen su origen proba-
blemente en una formación quística dentro de los -
restos de la lámina dental o en las glándulas o -

restos de Serres, o por implantación traumática -- del epitelio superficial.

Puede ocurrir tanto en la encía libre como en la fija o la papila gingival.

Con una localización habitual en el área de -- caninos y premolares inferiores.

Suele tener un diámetro de un cm. o menos, -- se haya revestido de epitelio escamoso estratifica do y muchas veces llenos de capa concéntrica de -- queratina.

Radiográficamente no se manifiesta por ser -- una lesión de tejido blando, pero sí adquiere el -- tamaño suficiente, llega producir una erosión de -- la lámina o cortical, pero aún así no puede ser vi sible en la radiografía.

TRATAMIENTO.- Extirpación quirúrgica local -- de la lesión. Tiene poca recidiva.

QUISTE NASOPALATINO.

El quiste nasopalatino es un quiste de desarrollo de origen no odontogénico, se encuentra en la región anterior del maxilar, e inmediatamente detrás de los ápices de los incisivos centrales, crece a partir de los residuos epiteliales de los vestigios nasopalatinos.

Incluyen los quistes del conducto incisivo y de las papilas palatina.

El quiste de la papila palatina no crecen dentro del hueso ni altera de manera importante la mucosa sobreadyacente. Se les llama quistes de la papila palatina y se diferencian de un quiste óseo por medio de la radiografía y por examen quirúrgico.

Las teorías para explicar la formación de los quistes nasopalatinos son diversos. Se proponen el trauma, infección bacteriana, bloqueo inflamatorio o mucoso del conducto.

Ya que la localización y anatomía de estructura nasopalatinas embrionarias varían mucho en su localización pueden ser completamente bilaterales, o estar en uno de los dos lados de la línea media, o pueden juntarse en la línea media dando lugar a un canal incisivo único; su residuo epiteliales de los que proceden los quistes también tienen lo-

calizaciones distintas. El quiste que se forma a partir de un resto epitelial embrionario único, en cualquiera de los dos lados de la línea media se encontrará un quiste redonde nasopalatino unilateral, si éste se forma a partir de los residuos de ambos lados de la línea media, dará lugar a los quistes redondos bilaterales, si el quiste se forma a partir de residuos de ambos lados, pero cerca de la línea media la lesión resultante puede ser un quiste único.

Estos quistes se localizan habitualmente detrás de los dientes del maxilar superior. Se presentan en la edad adulta y no tienen predilección sexual, se caracterizan por ser asintomáticos y muchas veces se diagnostican en radiografías habituales. Los quistes Nasopalatinos son generalmente indolores excepto cuando se infectan, se presentan en la 4a. y 6a. década de la vida.

Radiográficamente se localizan sobre el paladar duro detrás de los incisivos centrales, la sobreposición de la espina nasal sobre el quiste causa el aspecto clásico en forma de corazón.

El diagnóstico suele basarse en los datos radiográficos escritos anteriormente y la comprobación de que la zona radiotransparente no se relaciona con dientes sin vitalidad.

Muchas veces hay un agrandamiento de la línea

media anterior del paladar. Hay tumefacción aproximadamente una mitad de los pacientes con quistes del conducto incisivo y en todos los que tienen -- quistes en la palatina. El drenaje y la supuración es una secuela frecuente.

Los quistes nasopalatinos generalmente contienen una membrana de tejido conectivo. La cubierta varía desde el epitelio estratificado, a del epitelio de transición o al cilíndrico ciliado. En la infección secundaria de la cavidad bucal hay infiltración inflamatoria.

TRATAMIENTO.- El tratamiento Enucleación quirúrgica con pronóstico excelente.

QUISTE NASOALVEOLAR.

Este quiste se origina de los restos epiteliales localizados en la unión de los procesos globular, nasolaterales y maxilares, esta teoría es - - aceptada actualmente por los investigadores.

Su localización es en el labio superior, en la base de la nariz, cerca de la base de la nariz.

El quiste nasoalveolar aunque no está localizado dentro del hueso, se le incluye en este grupo, porque es de origen fisural.

Este quiste puede ocasionar gran hinchazón facial para obliterar el pliegue nasolabial en el lado afectado. Se presenta principalmente en mujeres y por lo menos en Estados Unidos parece presentarse más en personas de raza negra.

Clínicamente se presenta como una tumefacción sólida en la línea media del paladar. La túnica mucosa puede ser pálida o blanqueada, pero siempre está intacta, puede mostrarse como una hipertrofia de los tejidos mucobucuales por encima de los ápices de los incisivos o caninos, no presenta ulceración.

Son asintomáticos por lo regular, pero pueden causar molestias durante la masticación y fonación.

Radiográficamente los datos son desorientadores, por la superposición de los senos paranasales y por lo general no causa radiolucencia.

La inyección de un material radiopaco delinea un al .quiste.

Microscópicamente este quiste está revestido de epitelio siliado o escamoso, pseudoestratificado.

TRATAMIENTO.- Enucleación quirúrgica con pronóstico excelente.

QUISTE GLOBULOMAXILAR.

El quiste globulomaxilar es un quiste del desarrollo fisural. Se localiza en el hueso maxilar superior entre el incisivo lateral y canino por encima de sus ápices, los dientes se encuentran vitales.

Se forma a partir de restos epiteliales del proceso embrionario, que quedan atrapados en la zona de la sutura incisiva, la sutura entre el premaxilar y el maxilar.

Estos quistes pueden pasar desapercibidos en algunos casos son descubiertos en un examen radiográfico.

Son de gran tamaño, se observan como un bulbo cruzado de superficie lisa, en la corteza labial - por encima de las raíces de los caninos e incisivos laterales.

El quiste globulomaxilar suele aparecer antes de los 30 años y no tiene predilección sexual.

Consiste en una membrana de tejido conectivo-forrado de epitelio conectivo estratificado.

En cualquier caso, ya que el quiste globulomaxilar no está relacionado con una infección odontogénica, no afecta la vitalidad de la pulpa de los-

dientes próximos, las respuestas normales y de vitalidad pulpar tienen valor en el diagnóstico.

Radiográficamente el quiste globulomaxilar se presenta con una zona radiotransparente, con un aspecto periforme típico. El incisivo lateral del canino adyacente que han sido desplazados por el quiste, conserva su vitalidad. Si hay infección secundaria la zona radiotransparente es homogéneamente oscura, la lámina dura de la cara distal de la raíz lateral y la cara media de la raíz del canino suele faltar, y el borde periférico del quiste no está bien delimitado, como sería de esperarlos quistes dentales.

El tratamiento es la enucleación quirúrgica, pronóstico excelente.

QUISTE DERMOIDE.

El quiste dermoide, es un quiste del desarrollo que se origina independientemente del desarrollo dentario. Poco frecuente en la cavidad bucal.

Se origina por atrapamiento de partes extodermales, en el mesenquimo, al fusionarse las fisuras embrionales.

Los atrapamientos pueden abarcar también células de otras capas germinales ya que los componentes no epiteliales pueden participar también en los procesos de desarrollo, siempre contiene tejidos y estructuras de origen epitelial.

Su localización habitual es en la línea media del piso de la boca. Menos frecuente en paladar - ángulo de la mandíbula, glándulas salivales. Este quiste se presenta en testículos y ovarios.

Clínicamente el quiste dermoide cuando se encuentra por encima del músculo milohioideo, el quiste es una masa o tumoración de tamaño variable (dos o más centímetros de diámetro), de superficie lisa, redonda, bien elimitada de color rosado situado en el piso de la boca. Muestra muchas veces a la palpación que la masa es semisólida, pero su consistencia depende a menudo del contenido variable.

Con frecuencia la lesión es suficientemente grande que desplaza a la lengua e interfiere en la función bucal. Cuando el quiste dermoide se encuentra por debajo del músculo milohioideo se ve fuera de la boca, como una tumoración de la línea-media, de superficie lisa, inmediatamente debajo del mentón. De acuerdo a esto se elige su absceso quirúrgico.

Cuando éste se infecta secundariamente, en cuyo caso dará los signos clínicos de infección estos se suponen al cuadro y a veces se aprecia un conducto fistuloso.

El quiste dermoide contiene anexos cutáneos así como estructuras dentales. Su tratamiento la-enucleación quirúrgica, un pronóstico bueno.

QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO.

También llamado quiste óseo solitario, quiste hemorrágico, quiste de extravagación.

El quiste óseo ideopático, no es a pesar de su nombre, una verdadera enfermedad quística, ya que la cavidad carece de revestimiento epitelial, no tiene cápsula y muchas veces está vacía. Sin embargo radiológicamente tiene un aspecto que parece un quiste.

No se conoce la causa del "quiste óseo ideopático". Se han propuesto algunas teorías, pero ninguna de ellas es definitiva.

Tal vez la explicación mejor es la de la teoría que defiende un origen traumático.

Esta afirma que una lesión o golpe en maxilar, en los primeros años de vida, da lugar a una hemorragia intramedular y la consiguiente resorción del hueso y de la cavidad.

Otras proponen los siguientes mecanismos etiológicos:

- a) Una neoplasia benigna intraósea, preexistente, como sería un condroma o un mixioma.

- b) Una infección intraósea.
- c) Una anomalía de desarrollo o hermatoma.

Es poco frecuente, se trata de una enfermedad de la infancia, entre 8 y 15 años, no hay predilección sexual.

Su localización habitual, la mandíbula, esto se descubren casualmente, porque la mayoría no presenta alteraciones clínicas detectables. A los Rx es radiotransparente de un tamaño que oscila entre 1 a 7 cm. de diámetro redonda oval, elíptica o multilobulada.

Algunas veces se puede apreciar un ligero movimiento de los dientes y una expansión de la cortical, tanto radiográfica como clínicamente.

Por su localización parece un periapical, se descarta por pruebas de vitalidad de la pulpa y la inspección clínica.

No se ha comprobado que las enfermedades de la infancia y otras enfermedades generales desempeñan algún papel en la patogenia del proceso.

La principal técnica de diagnóstico consiste en una intervención y exploración quirúrgica. Esta técnica quirúrgica servirá también como tratamiento de elección.

CAVIDAD OSEA IDIOPATICA.

La cavidad ósea idiopática tiene similitud - clínica y radiográfica con las lesiones quísticas - y en realidad no es un quiste del maxilar. Sin embargo se incluye para los estudios.

También se denomina defecto óseo embrionario - o cavidad ósea mandibulolingual. Se presenta en - la mandíbula y se localiza habitualmente debajo - del conducto dentario inferior, entre el ángulo - mandibular y el primer molar. Afecta por igual a - ambos sexos.

La lesión es asintomática y se la descubre en oportunidad de un examen de rutina. Las radiografías muestran una zona radiolúcida bien demarcada, por lo general situada debajo del conducto dentario inferior y que no dilata la tabla cortical. - Durante la exploración se comprueba un defecto en la tabla cortical lingual y una cavidad en la mandíbula. La cavidad suele estar ocupada por una - porción de la glándula submaxilar o sublingual o - puede contener tejido linfoide o conectivo. El - contenido de la cavidad está en comunicación, a - través del defecto cortical lingual, con los tejidos blandos del piso de la boca.

La cavidad ósea idiopática representa un defecto de inclusión acaecido durante el desarrollo

de la mandíbula, pero desde el punto de vista clínico puede no resultar evidente hasta la edad adulta. Una parte de la glándula salival queda incluida en la mandíbula en desarrollo, y el tejido óseo se forma en su derredor, excepto en una zona. La lesión no requiere tratamiento.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO.

El quiste óseo aneurismático constituye aproximadamente el 1.5 % de los quistes no odontogénicos y no epiteliales (pseudoquistes) de los maxilares. No se trata de un quiste verdadero. Se presenta en personas menores de 20 años y suele haber antecedentes de traumatismo. Las lesiones tienen una duración de uno a seis meses y por lo general se desarrollan en la mandíbula. En el lado afectado se encuentra un agrandamiento sólido e insensible. El revestimiento mucoso es normal. Puede haber maloclusión como consecuencia de la deformidad. Durante la exploración se encuentra una cavidad ósea llena de un tejido pardo-rojizo, similar al tejido hepático, pletórico de sangre. El raspaje ocasiona una profusa hemorragia, no demasiado difícil de controlar.

En la radiografía la radiolucencia puede ser unilocular, pero por lo general presenta un aspecto multilocular o semejante a pompas de jabón. La mandíbula suele estar dilatada, pero las tablas no se destruyen.

Las características microscópicas del quiste óseo aneurismal tienen valor diagnóstico. Numerosos remansos de sangre están revestidos de células fusiformes de tejido conectivo, y el tejido, entre estos remansos está compuesto de fibroblastos, nu-

merosas células gigantes, focos de hemosiderina y pequeños vasos sanguíneos.

Es raspado local del quiste óseo aneurismal - es curativo.

El quiste óseo aneurismal, igual que el quiste óseo traumático, no son exclusivos de los maxilares. Se ven sus contrapartes en otros huesos del esqueleto.

QUISTE EPIDERMOIDE.

El quiste epidermoide es también un quiste de desarrollo, igual que el dermoide, pues se forma a partir de células epiteliales atrapadas al cerrarse las fisuras embrionarias.

Su localización, patógeno y aspecto clínico se parece al quiste dermoide y no se puede diferenciar. Sin embargo el epidermoide es más superficial y carece del carácter pastoso del dermoide.

Histológicamente se diferencia ya que consiste únicamente en un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, generalmente bien queratinizado, y una pared de tejido fibrosa y faltan los anexos cutáneos que diferencian en este quiste del dermoide.

Se puede considerar al quiste epidermoide como de inclusión, además de desarrollarse a partir de los atrapamientos suturales o fisulares de epitelio, puede formarse también a partir de las masas epiteliales que serán separados de la superficie epitelial. Estas inclusiones pueden ocurrir durante el desarrollo o pueden resultar de un traumatismo, en el que el epitelio haya sido desplazado de manera anormal.

Se pueden localizar en diversos tejidos blandos, piso de la boca, en la zona de repliegues mu-

cobucales, en las mejillas y raras veces dentro de los maxilares, en la variedad por inclusión, los datos histológicos son los mismos que los de quiste del desarrollo.

Es una cavidad ósea llena de tejido blando - pero bien vascularizado que sangra profusamente. - La hemorragia se describe muchas veces como procedente de los tejidos que están por debajo.

Histológicamente la lesión parece un granuloma reparativo de células gigantes con tejido fibroso celular y numerosos espacios cavernosos y sinuosidades llenos de sangre.

El tratamiento consiste en su extirpación quirúrgica completa y un legrado total.

QUISTE BRANQUIAL.

Quieste Branquial, lateral de Cuello, es un quiste de desarrollo poco frecuente, su origen debido al cierre deficiente, el segundo arco branquial y de la bolsa faringea correspondiente. Investigaciones más frecuentes indican que estos quistes proceden de epitelio atrapado en los cambios linfáticos de la región de los arcos branquiales.

Clínicamente es una tumoración en un costado del cuello, mesial del esternocleidomastoideo, de crecimiento lento, no causa trastornos y su tamaño varía, según su tiempo de evolución, y la existencia o no de infección secundaria, por lo general es blanda y fluctuante a la palpación, superficie es lisa de bordes curvados bien delimitados, recubierta de piel no adherente.

Su incidencia es mayor en los niños que en los adolescentes. Aunque generalmente se localiza debajo de la cortical inferior de la mandíbula por delante del esternocleidomastoideo se ha encontrado, en otras regiones como pueden ser el ángulo de la mandíbula y la región parotidea.

Histológicamente el quiste branquial está recubierto por epitelio escamoso estratificado, generalmente no queratinizado rodeado por tejido linfoide con centros germinales.

TRATAMIENTO.- Consiste en la eliminación quirúrgica del quiste. Al extirpar las fístulas branquiales se utilizan una substancia radioopaca, como aceite yodado y yodofenilato, para precisar la extensión y localización de la fístula. Para evitar las recidivas es necesaria la extirpación completa. Aunque se ha señalado la malignización, es muy rara.

HIGROMA QUISTICO.

El higroma quístico es una malformación congénita en la cual grandes espacios quísticos, llenos de linfa, se desarrolla en el cuello.

Se trata de una lesión de la infancia y la niñez, y puede ser unilateral o bilateral.

El tejido linfagiomatoso puede extenderse desde la lengua y la región sublingual a través de la región submaxilar hacia arriba hasta la mejilla y la región parotídea y hacia abajo hasta el cuello llegando a provocar macroglosia.

La macroglosia saldrá proyecta afuera de la cavidad bucal, de suerte que su superficie se deseca y a veces se ulcera. La tumefacción de la lengua y el piso de la boca motivarán con frecuencia obturación de las vías digestivas superiores, siendo necesaria en ocasiones, la traqueotomía. El habla también se altera seriamente.

Al microscopio se muestra un quiste o numerosos quistes lleno de linfa, revestidos por un endotelio delgado y plano y con cantidades variables de ecolágeno en sus paredes. La lesión no está encapsulada y su eliminación es casi imposible pero el único tratamiento es la escisión quirúrgica con un pronóstico desfavorable.

DIAGNOSTICO CLINICO.

Los signos principales de un quiste son:

- 1.- Una tumefacción visible de las caras o maxilares, se encuentra relativamente raras veces - en los quistes grandes.

Sin embargo ya los quistes pequeños del antro nasal, o los de la parótida, pueden alterar - los contornos faciales.

- 2.- Prominencias palpables en el maxilar o reborde alveolar, se encuentran ocasionalmente --- cuando el quiste ha crecido más a la superficie.

- 3.- A menudo se encuentra una hinchazón indolora, que también puede ser borrosa. Sólo el quiste infectado puede presentar un cuadro clínico similar al absceso.

- 4.- A menudo se encuentra una clara delimitación de la tumefacción, lo que por ejemplo no se encuentra generalmente en el absceso.

- 5.- La presión del quiste desplaza la raíz dentaria. La divergencia de las raíces eventuales pueden ser palpada, la convergencia de las coronas muchas veces es visible.

6.- El crecimiento del quiste es lento y sin dolores. El descubrimiento del quiste por el profesional, ocurre muchas veces, como hallazgo-accesorio al hacer radiografías o extracciones.

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de datos físicos, historia, valoración radiografía y biopsia. El examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto, pero también es necesario otros estudios clínicos de laboratorio. No se debe hacer una biopsia inmediatamente para eliminar otros estudios. 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 asimismo puede haber parestesia. Los quistes pueden ser múltiples, cada uno de un rudimento embrionario diferente, pero los quistes múltiples pueden indicar una enfermedad general.

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

TRATAMIENTO QUIRURGICO.- DE LOS QUISTES DE
LOS MAXILARES.

PREOPERATORIO. Historia Clínica, Pruebas de Laboratorio, Limpieza Quirúrgica, Anestesia.

HISTORIA CLINICA.- Cuando se ha de intervenir quirúrgicamente, la salud general del paciente tiene un valor especial. Estados como una tendencia hemorrágica, una diabetes, una infección cardiovascular, así como los medicamentos utilizados en el tratamiento de estas enfermedades, o la radioterapia maxilar pueden influir sobre las decisiones que hay que tomar con respecto a la conveniencia de una investigación quirúrgica o la elección de anestésicos, la medicación previa, o los antibióticos que se tienen que administrar simultáneamente con la operación.

Una historia clínica adecuada deberá contener la siguiente información:

Molestia Principal.- Se registran sucintamente los síntomas presentados por el paciente y su duración.

Padecimiento Actual.- La descripción que hace el paciente de su padecimiento nos facilita da-

tos importantes acerca de la importancia relativa de los síntomas.

Antecedentes Patológicos.- Nos informan sobre las enfermedades y traumatismos anteriores. - Se especifica el detalle, el tiempo de iniciación, duración, complicaciones, secuelas, tratamiento, - lugar del tratamiento, nombre del médico que lo -- atendió. Ejemplos de estas enfermedades son: reumatismo, tuberculosis, neumonía, enfermedades venéreas y tendencias hemorrágicas. La historia con-- tendrá también una exposición acerca de la estabilidad mental del enfermo.

Historia Social y Ocupacional.- En algunos - casos debido a la naturaleza de la enfermedad ac-- tual, se necesita el conocimiento detallado del es tado económico y emocional del paciente y de su - ocupación (número y tipos de trabajo, clase del - trabajo actual, exposición, agentes tóxicos).

Historia Familiar.- Los antecedentes familial res comprenden la edad, salud y causa de muerte de familiares (padres, hermanos, hermanas, esposas e hijos). Esto nos da la oportunidad de valorar las tendencias hereditarias del paciente o las posibil lidades de adquirir la enfermedad dentro de su pro pia familia, ejemplos: cáncer (tipo y origen), dia betes, artritis, enfermedades vasculares, enfermed dades de la sangre, estados alérgicos (asma) e infe cciones (tuberculosis y fiebres reumáticas).

Hábitos.- Esto informa del método de vida del paciente: Sueño, dieta o ingestión de líquidos. Hay que registrar cuidadosamente las medicinas que está tomando o que ha tomado. Como analgésicos, estimulantes, vitaminas, tranquilizadores, sedantes, narcóticos, medicinas prescritas (digital y cortisona) y en particular, la reacción a los antibióticos, sulfonamidas, sedantes u otras medicinas.

Cuando hay duda debido a la historia obtenida, se debe consultar al médico de cabecera para valorar las condiciones físicas del paciente.

ANALISIS DE LABORATORIO.

Estos son útiles al cirujano bucal y le ayudarán a obtener un diagnóstico correcto. La radiografía, algunas veces, nos da información que no podemos obtener por medio de la inspección, palpación o auscultación. Además de las radiografías periapicales se pueden tomar radiografías oclusales, topográficas, laterales o posteroanteriores.

El examen sistémico de la sangre y de la orina algunas veces nos revela de estados que puede complicar el procedimiento quirúrgico. Debe ser sistemático el examen de la sangre y de la orina de todos los pacientes que se vayan a internar en el hospital. El examen de la sangre debe incluir-

valor hematocrito y cuenta de leucocitos. Esto se pide como un examen completo de la sangre. Puede ser indispensable llevar a cabo otras pruebas de laboratorio según las necesidades del paciente. -- (Ejemplo: si un paciente presenta hemorragia prolongada exigir otras pruebas como tiempo de sangrado, de coagulación y de protrombina.

LIMPIEZA QUIRURGICA.

La limpieza quirúrgica de los instrumentos - utilizados para tratar a un paciente se puede describir como desinfección o esterilización. Aunque algunas veces se usan impropriamente ambos términos como sinónimos, los dos procesos son distintos y - producen resultados finales diferentes. La desinfección es un proceso durante el cual se destruyen muchos microorganismos, pero no se destruyen todos. Las excepciones más importantes son muchos - virus y gérmenes formadores de esporas como el del tetanos y el de la tuberculosis. Son ejemplos de técnicas desinfectantes la ebullición y los productos químicos en frío como en alcohol o el cloruro de benzalconio. La esterilización es un proceso - mediante el cual se matan todos los microorganismos, incluso virus y esporas. Son ejemplo de técnicas de esterilización la acción de la autoclave y la esterilización por gas.

ANESTESIA.

Anestesia Local para los quistes del Maxilar-Superior.-

Región Anterior.- Incisivos y Caninos. La anestesia para los quistes ubicados en esta región, debe ser la infraorbitaria, completada; siempre por el lado palatino, siguiendo las técnicas en uso.

La solución de novocaína al 2 % o Xilocaína en el mismo dosaje, con adrenalina corriente en la práctica quirúrgica, son las que empleamos en nuestras anestесias.

En algunas ocasiones completamos la anestesia, colocando una torunda de gasa mojada, en una solución de cocaína al 2 % o pantocaína, en el piso de las fosas nasales.

Región Media y Posterior.- Premolares y Molarés. Los quistes pequeños, que clínica y radiográficamente no tienen relaciones 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 a la anestesia del tronco del nervio maxilar superior, a la salida del agujero redondo mayor, en plena fosa pterigoma

xilar. La anestesia que puede realizarse según - las diferentes técnicas y; por vía intra o extrabu- cal es completada con anestesia local (vestibular- y palatina).

Siempre es preferible, en los quistes a inva- sión sinusal hacer una amplia anestesia, por si hu- biera que intervenir en dicho órgano. La extrabu- cal, por los procedimientos señalados, es de útil- aplicación en estos casos.

Como en toda intervención, en estos procesos- es aconsejable hacer una anestesia más extensa que los límites del tumor quístico, para evitarnos sor- presas operatorias (Maurel). No hay que olvidar - el detalle de que, aún quistes pequeños pueden es- tar íntimamente ligados a la cavidad sinusal, re- quiriendo como más adelante se señalara, la inter- vención sobre el seno y la siguiente ventilación,- por el meato inferior.

Anestesia para los quistes del maxilar infe- rior.

En las intervenciones de los quistes del maxi- lar inferior empleamos sistemáticamente la aneste- sia regional (solución de novocaína o xilocaína al 2 %, realizada a la altura de la espina de Spix).- Esta anestesia, completada por vía intrabucal blo- queando el nervio bucal, y en algunos casos extra- bucal anestesiando el plexo cervical superficial,-

nos permite intervenir aún en los quistes grandes del maxilar inferior. Las partes blandas, que cubren el maxilar inferior, son sensibles cuando se operan los quistes, sino se tiene la precaución de anestesiar este plexo.

Los grandes quistes de la región mentoniana, pueden ser intervenidos con anestesia local. En algunos casos (quistes mayores), está indicada la doble anestesia regional, en la espina de Spix o en el agujero mentoniano.

A pesar de que teóricamente, la anestesia del nervio dentario, bucal y del plexo, suprime la sensibilidad del hueso maxilar inferior, se presentan casos en los cuales, todos los tiempos operatorios pueden ser realizados sin que el paciente perciba dolor, a excepción de la enucleación de la bolsa quística.

Inervaciones que provienen sin duda de la cara interna, y piso de la boca, o anastomosis que escapan a nuestras previsiones, hacen sumamente sensible la extirpación del saco quístico: la vecindad con el conducto dental inferior, a pesar de todas las precauciones tomadas, la operación resulta dolorosa. Un método que puede facilitar a medias este trance difícil, es introducir en la cavidad quística, una torunda de gasa impregnada con pantocaína, o licor de bonain.

Ante el temor de fracasos, ante anestésias in

filtrativas, que pudieran resultar insuficientes, - no dudamos en indicar la anestesia general, por - los procedimientos estudiados. Pacientes temero-- sos o pusilánimes, o simplemente hipersensibles, - constituyen problemas en la cirugía de los quistes de ambos maxilares. La intubación del paciente, - de indicarse, debe realizarse, para comodidad de la operación por vía nasal; en la cirugía de los - quistes del maxilar superior, en tubo nasal se co- locará en el lado opuesto en que se realice la ope- ración, para hacer factible el último tiempo de la operación de Caldwell-Luc.

TECNICA QUIRURGICA DE LOS QUISTES MAXILARES.

Principios operatorios en las intervenciones de quistes.

Las bases para la operación de formaciones quísticas en los maxilares han sido establecidas en lo fundamental por Partsch en Breslau. Sus métodos son valederos hoy día. En 1892 Partsch propuso conectar ampliamente el quiste con la cavidad bucal mediante una fenestración grande. El había comprobado que el epitelio del quiste consta del epitelio bucal y sabía que al abrir el quiste y mantener abierta la fenestración, el crecimiento del quiste se detiene, porque no hay más presión de expansión. Los procesos curativos entonces pueden llevar al achicamiento de la cavidad ósea, regenerándose el hueso reabsorbido por el quiste, y quedando el epitelio quístico como cubierta epitelial bucal.

En 1910 Partsch indicó, que para ciertos casos es conveniente la extirpación de la bolsa quística con sutura inmediata. De acuerdo a estos consejos de Partsch, estos métodos quirúrgicos fueron denominados Partsch I y Partsch II. Más tarde, Axhausen propuso hablar de quistostomía y quistectomía. Otros autores hablan de marsupialización para Partsch I y enucleación para Partsch II.

PRINCIPIO DE LA OPERACION PARTSCH I.

En la operación según Partsch I se abre quirúrgicamente el quiste y se le transforma en un nicho de la cavidad bucal, quiere decir que el espacio quístico recibe una amplia comunicación con la cavidad bucal. Al diente causante puede hacerse simultáneamente la apiceptomía y obturación radicular. Por la amplia comunicación hacia la cavidad bucal, el epitelio quístico que tapiza el interior del quiste vuelve a ser en cierto modo, epitelio de la cavidad bucal.

Terminada la operación, queda sólo en las zonas marginales del quiste un borde de herida. Esta herida se epiteliza en las siguientes semanas, con lo cual se establece la unión del epitelio quístico con el de la mucosa bucal. Después de la operación, se tapona livianamente la cavidad con gasa. Estas gasas son cambiadas cada dos o tres días; con este tratamiento se achica la cavidad y se aplana.

PRINCIPIO DE LA OPERACION SEGUN PARTSCH II.

El método, de Partsch II, la bolsa quística es desprendida completamente del hueso y se hace la enucleación. Al final se cierra cuidadosamente la herida hacia la cavidad bucal. El diente desvi

talizado causante recibe tratamiento radical y se hace apiceptomía. El espacio del quiste ahora está libre del epitelio, y se llena con un coágulo de sangre por la hemorragia postoperatoria. Este coágulo se organiza durante la curación y luego es reemplazado por hueso neoformado.

El procedimiento según Partsch II se emplea especialmente en quistes menores. Existen las más variadas técnicas para operaciones de quistes, determinadas por la localización del quiste y de los dientes causantes. Por todos estos procedimientos son solamente modificaciones de la abertura del quiste, para que el epitelio de la mucosa bucal pueda unirse con el epitelio de la membrana quística, con lo cual queda eliminado el tejido causante de la enfermedad, de modo que puede haber curación.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES DEL MAXILAR-SUPERIOR.

La radiografía nos dará la ubicación y extensión del proceso, y con la preparación correspondiente al enfermo, iniciaremos nuestra operación.

Primer tiempo: Incisión.

Puede usarse la incisión en arco de Partsch; en este método se traza en la región vestibular, - poco más o menos a la altura de los ápices dentarios a bisturí. Esta debe abarcar una extensión - mayor que los límites de proceso, y en profundidad debe llegar hasta el tejido óseo, tomando las precauciones debidas, para que el bisturí no lesione en este tiempo operatorio la bolsa quística, en caso de encontrarse el tejido óseo vestibular, muy - delgado y papiráceo, se toman luego los bordes de la herida con pinzas de Kocher, pasando al segundo tiempo operatorio.

Esta no es la única incisión que usamos. Nos agrada la incisión de Newman, que consideramos ya en apiceptomía, en la cual se obtiene un colgajo - que da mayor campo operatorio y permite la apiceptomía en caso de necesidad.

La cicatriz es perfecta, y no hemos visto ---

trastornos, en la inserción del colgajo al cuello de los dientes. La indicación especial, en caso de usarse la incisión de Partsch, si se quiere terminar la intervención con sutura, es que la herida de la mucosa, debe descansar sobre tejido óseo sano después de repuesto el colgajo.

Segundo Tiempo:

Desprendimiento del Tejido Gingival y confección de los colgajos.- Con periostotomo, se separa con especial cuidado el tejido gingival, de su inserción en el hueso. Este desprendimiento del colgajo debe realizarse abarcando un límite mayor que la extensión del proceso.

Es necesario e imprescindible que se detalle, porque sólo así tendremos un acceso fácil a la -bolsa quística. En el caso de que el tejido óseo, que cubre el proceso 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. Resulta una maniobra delicada, el desprendimiento y separación de estos tejidos, que se consigue casi siempre realizando con pròligidad este tiempo operatorio. Se procede después a retirar las pinzas de Kocher, y-

sostener los colgajos obtenidos, usando separadores de Farabeuf, o erinas que el ayudante sostiene.

Tercer tiempo:

Osteotomía.- Al llegar a este tiempo nos encontramos con dos situaciones distintas: o bien el tejido óseo está sano, o se encuentra destruido, y en este caso la fibromucosa está directamente en contacto con la vaina conjuntiva del quiste.

De acuerdo con estas disposiciones serán dos las maneras de actuar:

En el primer caso, para llegar al tumor quístico, será necesario trepanar el tejido óseo. Esta osteotomía se realiza por medio de escoplos finos y delicados, con preferencia los de media caña, se fabrica una ventana en la tabla externa. - Con pinzas gubias, o las de Lombard, se aumentan los diámetros de la abertura ósea, cuya extensión debe ser igual o mayor que los límites del quiste.

En la segunda forma de presentación de estos tumores, es decir, cuando la tabla ósea externa ha desaparecido, será suficiente agrandar, también con pinzas gubias, la abertura patológica creada por el proceso. Con éstos, tendremos una amplia visión del contenido óseo.

Se nos presentará, efectivamente, después de la osteotomía, la bolsa quística, con su color azulado rojizo característico, de brillo anacarado y de consistencia variable, según la presión del líquido quístico.

Cuarto Tiempo:

Enucleación de la bolsa quística.- Llegados a este tiempo operatorio, se procede a vaciar la bolsa quística, antes de hacer su enucleación, sobre todo en los quistes grandes.

Tiene por objeto esta maniobra disminuir el volumen del tumor, reduciéndolo a su menor expresión, e 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 haciendo la succión del contenido quístico con una jeringa de vidrio.

Después de vaciado el quiste, se secciona su pared con bisturí o tijera y se practica la limpieza del contenido quístico por medio de trozos de gasa, o con el aspirador estando todo listo para practicar el tiempo más importante de la operación, que es el de la enucleación de la bolsa quística.

Tomamos los bordes de la incisión de la bolsa

quística, con pinzas de Kocher o de Chaput (dos para cada borde); de esta manera, es posible, sosteniendo las cuatro pinzas esgrimidas por el operador, con su mano izquierda, tener un perfecto dominio de la tumoración.

Se toma un periostótomo o una espátula de Freer, y con ellos se realiza el desprendimiento de la bolsa quística de su alojamiento óseo.

En los quistes puros sin infección de su contenido, esta maniobra, es la mayor parte de las veces sencilla. Se siguen fácilmente los límites del tumor buscando planos de clivaje.

Esta maniobra no es tan simple en los quistes supurados, porque en éstos existen profundas adherencias de la membrana quística, con su alojamiento óseo, estas adherencias, en algunas ocasiones, son tan íntimas que es necesario resecarlas con cucharillas.

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

que debe ser enucleada con prolijidad.

Extraída en su totalidad, la bolsa quística, se practica la hemostasis de la cavidad ósea, con gasa. En los quistes supurados es necesario el raspado de la cavidad ósea cuidadosamente, realizado en los ángulos y divertículos óseos, con el objeto de eliminar hasta las partículas más pequeñas de membrana, la cual puede ser semilla de una nueva recidiva.

Se pincela luego, la cavidad ósea con agua oxigenada y se efectúan toques con una solución de cloruro de zinc al 10 %, con el objeto de eliminar todos los restos quísticos.

Quinto tiempo.- Tratamiento de las cavidades vecinas. En el caso de estos procesos, que al invadir las cavidades vecinas, seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina; hay que realizar el tratamiento de ellas, modificadas en su estructura, y relaciones por el proceso.

Cuando los dientes vecinos, se encuentran derribados y abiertos en abanicos, dejamos los dientes en su lugar, no realizando su extracción, ni siquiera la de los muy desviados. En caso de que estos dientes estén irremediablemente perdidos para la estética, después de varios meses de la intervención sobre el quiste, efectuamos la extrac--

ción. De esta manera, respetamos en un todo la arquitectura alveolar, tan debilitada por la inva- - sión de estos procesos.

Sexto Tiempo:

Tratamiento del diente causante.- Con respecto al diente causante del proceso, nos referimos a los quistes paradentarios, dos son las conductas - que debemos seguir, teniendo ambas la misma finalidad; la supresión del foco séptico. Estas dos conductas son: la extracción del diente causante, -- la cual efectuaremos de inmediato, a la enuclea- - ción de la bolsa quística, o la resección quirúrgica de su ápice, que se logre con un simple golpe - de escoplo o martillo, o la apiceptomía con fresa.

Séptimo Tiempo:

Tratamiento de la cavidad ósea.- Terminada - la enucleación de la bolsa quística, el tratamiento de las cavidades vecinas y el del diente causante de la afección, revisamos detenidamente la cavidad que alojaba el quiste. Si está exangüe provocamos una hemorragia ligera de las partes blandas-vecinas, raspando con una cucharilla o un instrumento cualquiera; así se llenará de sangre. Algunos autores indican espolvorear la cavidad con yo-

doformo, o substancias desinfectantes. Ultimamente se ha estado usando los polvos de sulfamida, - los cuales se depositan en el interior de la cavidad ósea. Este material se mezcla con la sangre - y no hay inconveniente en dejarlo.

Otros materiales de relleno han sido recomendados por varios autores, Mayrhofer, preconiza la obturación con yodoformo, según la técnica de Mosetig. Witzel y Newman, utilizan el relleno de parafina. Hauberriser rellena las cavidades (pero sutura) con plasma sanguíneo de animales: es un preparado Vivocoll.

En la actualidad se utiliza en algunas oportunidades el Oxycel, de Parke Davis, para la obturación de la cavidad dejada por el quiste. No siempre es efectivo el método, pues el tejido se infecta, origina supuraciones y actúa como cuerpo extraño. Se procede de la siguiente manera: después - de enucleado el quiste (no infectado), se toma un trozo de material, de tamaño aproximado a la cavidad a obturarse, y se rellena esta cavidad; se desciende el colgajo y se le sutura.

Octavo Tiempo:

Sutura.- Este método es utilizado en los -- quistes chicos y medianos, no mayores, del diáme--

tro ya señalado, de 3 cms.

Este método exige rigurosa asepsia de la operación; que el coágulo y la cavidad ósea no se contaminen con saliva y el medio ambiente. Con estas precauciones habremos llevado al máximo, dentro de las posibilidades asépticas de la cavidad bucal, - las condiciones favorables para mantener la esterilidad del coágulo sanguíneo. Si este coágulo se infecta, dando síntomas claros, tales como 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 abierta. Se lava con suero fisiológico y taponamiento con gasa yodoformada.

Si se temiera por la integridad del coágulo, - sobre todo en quistes grandes, se puede colocar - una mecha de gasas entre dos puntos de sutura, como drenaje del hematoma. Se retira a las 24 ó 48- horas, y no se vuelve a repetir.

El material de sutura que usamos es hilo común de lino, seda y nylon. Los puntos deben distar entre sí de medio a un centímetro. Detalle - fundamental, en estas operaciones, como las apicep tomías: la sutura debe sobre la base ósea ser firme. Por eso la incisión debe proveer, en lo posible, esta ubicación, los puntos se retiran al 6o.- ó al 8o. día.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR.

Imaginariamente y desde el punto de vista topográfico podemos dividir los quistes del maxilar inferior, como ocupando tres regiones: región anterior, región de los molares y premolares, región del tercer molar y región de la rama ascendente. - Un grupo de quistes, pueden ocupar a la vez, dos o tres regiones.

El tratamiento de los quistes del maxilar inferior, sigue con ligeras variantes, el plan expuesto para los quistes del maxilar superior de cualquier tipo.

Ya habíamos dicho, que la vía de acceso para estos quistes puede ser la vestibular y la vestibular combinada con la vía alveolar agrandada. Debido a los escasos límites de este maxilar, hay que emplear, a menudo, como complemento, la vía alveolar.

Primer Tiempo:

Incisión.- Los límites, dirección y tamaño de la incisión variarán, naturalmente, de acuerdo con la ubicación del quiste.

Segundo Tiempo: Desprendimiento.

desprendiendo de la fibromucosa.- Con idéntica técnica indicada en el maxilar superior, se preparan los colgajos. El colgajo se mantiene con un separador, que sostiene el ayudante.

Tercer Tiempo:

Osteotomía. Pueden presentarse, en el maxilar inferior, las dos situaciones ya previstas para el superior integridad o ausencia de la tabla externa. Se procederá de idéntica manera a la empleada para el maxilar superior. Si es necesario usar la vía alveolar, ésta se agranda, efectuando primeramente la extracción del diente causante y la de los dientes vecinos necesarios, y se procede a la eliminación de la tabla externa a escoplo o martillo.

Cuarto Tiempo:

Enucleación de la bolsa quística, se procederá también, en este tiempo, de acuerdo con la técnica que ya ha sido señalada para el maxilar superior; vaciamiento del contenido quístico con jeringa, en los grandes quistes, y desprendimiento y extracción de la membrana.

Hay, sin embargo, una variante de importancia, y ésta reside en las relaciones que tenga el proceso con el paquete vasculonervioso.

En caso de íntima fusión de este paquete con la membrana, es necesario efectuar, una minuciosa disección, con el objeto de separar ambos elementos.

Maurel indica en casos de adherencias íntimas, que la bolsa quística, con el paquete vasculonervioso; la recesión de este paquete.

Si algún resto de membrana quística queda adherido al paquete vasculonervioso, en secciones posteriores, puede ser destruido por toques de cloruro de zinc al 10 %, o ácido tricloroacético (naturalmente se puede proceder así cuando la operación no se termina con sutura).

Quinto Tiempo:

Tratamiento de los dientes vecinos.- Este tiempo operatorio tiene idénticas indicaciones que las que ya se dieron anteriormente para el maxilar superior.

Los dientes desvitalizados o que presenten gangrena pulpar o no tengan soporte suficiente óseo deberán extraerse.

Sexto Tiempo:

Tratamiento de la cavidad ósea.- Terminada la enucleación de la bolsa quística, el tratamiento de las cavidades y el del diente causante de la afección, revisamos detenidamente la cantidad que alojaba el quiste. Si está exangüe, provocamos la hemorragia ligera de las partes blandas vecinas, raspando con una cucharilla o un instrumento cualquiera; así se llenara de sangre. Algunos autores indican espolvorear la cavidad con yodoformo, o sustancias desinfectantes. Ultimamente se han estado usando los polvos de sulfamida, en el interior de la cavidad ósea. Este material se mezcla con la sangre, y no tiene ningún inconveniente dejarlo.

Séptimo Tiempo: S u t u r a .

Se siguen las mismas indicaciones, y el mismo procedimiento que en el maxilar superior. Aún en los casos de tratar los quistes, con obturaciones con gasa, sobre todo en los grandes quistes del maxilar inferior, en los cuales ha sido necesario -- efectuar una incisión muy extensa; y es conveniente disminuir los límites de esta incisión, colocando en los extremos de la misma, algunos puntos de sutura. De esta manera, el colgajo, no quedará flameando dentro de la cavidad bucal. En algunas-

ocasiones y con el objeto de que estos colgajos no se esfacelen, hemos preferido seccionarlos, la eliminación del colgajo la efectuamos con el galvanocauterio, o el bisturí eléctrico. La sección de los mismos, a bisturí o a tijera, da una abundante hemorragia muy molesta, porque la base del colgajo por donde se le secciona, está bien irrigada, con vasos, que, a pesar de su calibre, resulta imposible o muy difícil ligarlos.

P O S T O P E R A T O R I O .

Es el conjunto de maniobras que se realizan - después de la operación, con el objeto de mantener los fines logrados en la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico, - colaborar con la naturaleza en el logro del perfecto estado de salud.

El tratamiento postoperatorio es la fase más importante de nuestro trabajo. Tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, puede modificar y aun mejorar los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Desde luego que el postoperatorio en cirugía no tiene la trascendencia en una operación de cirugía general. En otros términos, nuestra cirugía - es sobre pacientes ambulantes y salvo excepciones - que se fundan más bien en el tipo de anestesia usada en la operación misma, por regular el paciente no necesita ser hospitalizado.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma y al estado general del paciente.

C O N C L U S I O N E S

Los quistes como se explicó anteriormente, - es una lesión crónica y muy frecuente debido que - es asintomático en su inicio y desarrollo, sólo se presentan síntomas cuando presiona algún nervio o cuando se exterioriza provocando una fístula, cuando es muy grande provoca asimetría facial.

Su prevención está limitada a los radiculares y residuales, la cual se puede lograr en el primer caso con protección pulpar evitando la degeneración de ésta en absceso, granuloma, la endodoncia y parodoncia serán los tratamientos preventivos. - También el Cirujano Dentista deberá tener cuidado de no cometer iatrogenia previniendo así los quistes residuales.

La similitud de estas lesiones puede causar - confusión por lo que se deberá tener cuidado en el diagnóstico.

Todo tejido patológico no deberá descartarse y se mandará al histopatólogo para seguridad del - paciente y el éxito en el tratamiento.

Con lo presentado sabemos que estas lesiones - se presentan muy frecuentemente y la sencillez de

su tratamiento que puede ser realizado por el Cirujano Dentista en su práctica diaria.

Cuando el caso sea demasiado complicado se remitirá al especialista.

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

- HARNISCH, Herbert (Dr.)
Clínica y Terapéutica de los quistes maxilares.
Traducido por el Doctor Bernardo Schwarcz,
Berlín y Chicago 1973.
- RIES, Centeno Guillermo A.
Cirugía Bucal
8a. edición, Abril 1979
Edit. "El Ateneo" Buenos Aires.
7a. edición 1978.
- GURALNICK, Welfer L. (Dr.) D.M. D.
Tratado de Cirugía Oral.
Salvat, Editores, S.A.
- KRUGER, Gustav O. (Dr.)
Tratado de Cirugía Bucal.
4a. edición, México 1979.
Edit. Interamericana, S.A.
- COSTICH, Eumet (Dr.) et. al
Cirugía Bucal
"Editorial Interamericana"
Edición 1974.
Traducción Dra. Georgina Guerrero.
- SHAFER, G. William (Dr.) et. al.
Tratado de Patología Bucal.
Traducido al español por la Sra. Ma-
rina G. de Grandi.
3a. edición, año 1977.

- GORLIN, Robert, J. D.D.S.M.D., et. al.
Patología Oral Thoma
Salvat Editores, S.A.
1a. edición 1973.
Reimpresión 1975.
- ZEGARELLI, Edward V, D.D.S. M.S., et. al.
Diagnóstico en Patología
Oral.
Reimpresión 1978, Salvat/Edi
tores.
- BHASKAR, S. N. B.D.S. D.D.S. M.,
Patología Bucal.
2a. edición, Julio 1977
Edit. "El Ateneo", México.