



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

QUISTES DE LOS MAXILARES

TESIS PROFESIONAL

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :

Marco Vinicio Domínguez Villarreal

Cándido Villanueva Hernández

México, D. F.

1983





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E.

I.-INTODUCCION.

II.-GENERALIDADES.

III.-DIAGNOSTICO ASPECTOS GENERALES Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL .

IV.-CLASIFICACION.

V.-QUISTES ODONTOGENICOS.

VI.-QUISTES NO ODONTOGENICOS.

VII.-QUISTES DISONTOGENICOS.

VIII.-QUISTES DE RETENCION.

IX.-TRATAMIENTOS.

X.-CONCLUSIONES.

XI.-BIBLIOGRAFIA.

I.- INTRODUCCION .

La presente tesis fue elaborada con el propósito de exponer algunos conceptos básicos de la Patología y de la Cirugía de los quistes Odontogénicos en tal forma que pueden aplicarse inmediata y sencillamente en la práctica diaria.

Estos conceptos pueden utilizarse también para el descubrimiento y diagnóstico de algún quiste odontogénico dentro de la cavidad oral, puesto que describen aspectos clínicos , radiográficos, microscópicos y quirúrgicos específicos de cada una de las lesiones. Pretende ser también de utilidad a los estudiantes, principalmente a nivel de facultad, por la sencillez con la que fue realizada.

Muy frecuentemente el Odontólogo halla lesiones quísticas en los maxilares y también en los tejidos blandos de la cavidad bucal; y muy a menudo, por falta de conocimientos por parte del Cirujano Dentista sobre este tema, o por falta de una completa, profunda y minuciosa historia clínica estas entidades patológicas pasan inadvertidas y continúan su evolución, llegando a ser tan grandes que afectan estructuras anatómicas adyacentes, fáciles de lesionar al efectuar el tratamiento quirúrgico; las estructuras óseas comprometidas en las patologías se tornaran frágiles y por lo tanto muy susceptibles a las fracturas, ya sea en el transcurso del tratamiento quirúrgico, o en el postoperatorio. Situando por estos

motivos al Cirujano Dentista encargado de efectuar el tratamiento, en un plano verdaderamente complicado, y aumentando así los riesgos de dicho tratamiento quirúrgico.

Generalmente el Odontólogo en su Práctica diaria se conforma con descubrir caries, ausencia dental o malposiciones, se limita definitivamente a estructuras dentales, olvidando por completo la cavidad bucal la cual comprende;

1).- Estructuras Oseas (mandíbula y maxilar con su zona dura y su zona blanda).

2).- Tejidos blandos (lengua, labios, carrillos, piso de la boca, y glándulas salivales.

De un diagnóstico oportuno resultaría un tratamiento más conservador, y las molestias para el paciente disminuirían en gran manera.

Esto es válido para cualquier patología que involucre al sistema estomatológico.

Todas las patologías del sistema estomatológico deben ser atendidas lo más rápido posible, ya que del buen funcionamiento de este sistema depende la salud y la estabilidad del organismo de nuestros pacientes.

II.-GENERALIDADES.

Los quistes de los maxilares son cavidades patológicas que se encuentran tapizadas por epitelio y rellenas con material líquido o semilíquido, pueden estar situados dentro de tejidos blandos o profundamente en la superficie ósea produciendo una superficie depresible.

Robert J. Gorlin los clasifica en tres categorías;

- A).-quistes Verdaderos.
- B).-quistes por retención o Mucocelo.
- C).-quistes por extravasación.

Los quistes verdaderos son todos aquellos quistes que están tapizados por epitelio.

Dentro de los maxilares, el epitelio puede tener su origen en el epitelio odontogénico (restos de lámina dental, o de los órganos del esmalte de los dientes). La degeneración de este epitelio da lugar a los llamados quistes odontogénicos.

Los quistes no odontogénicos derivan de los restos epiteliales de tejidos que cubren los procesos primitivos que participan en la formación embrionaria de la cara y maxilares.

Son los llamados quistes fisurales.

Mandibla: quiste de retención específico que se presenta a nivel del piso de la boca y por lo general es debido a la obstrucción de las glándulas, submaxilar y sublingual o a un traumatismo debido a un cálculo o sialoquistes, puede ser unilateral o bilateral, generalmente el crecimiento se presenta a la hora de masticar los alimentos, porque se secreta mayor cantidad de saliva. Es un quiste frágil y sale contenido viscoso al reventarse en el piso de la boca, se presenta azulado y a la palpación se presenta fluctuante. La mucosa se observa como si fuera a reventarse.

Mucosa: quiste de retención salival; es debido a la obstrucción del conducto de la glándula menor o accesorio el sitio más común es a nivel de labios tanto superiores como inferiores, son pequeñas vesículas elevadas y circunscritas de varios milímetros a un centímetro o más de diámetro, de un tono azulado translúcido muy frágiles; su etiología es de tipo traumático.

Los quistes comúnmente son asintomáticos, pero si el quiste se rompe y se comunica al exterior, habrá dolor, inflamación e infección.

Muchos de los quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación. Se descubren solamente en un examen radiológico habitual o bien el paciente acude al consultorio cuando se da cuenta de la existencia de una asimetría facial.

El tratamiento de los quistes, tanto de los tejidos duros como de los tejidos blandos es quirúrgico y se dividen en tres técnicas:

- A).-Enucleación, Es cuando se quita el quiste en su totalidad.
- B).-Marsupialización ,Es cuando se quita parcialmente el quiste.
- C).-Atricamiento o Colapsamiento del quiste;Es cuando se rompe la tensión interna del quiste por un dren.

III.—DIAGNOSTICO ASPECTOS GENERALES Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

El diagnóstico de los quistes de los maxilares se establece por medios clínicos y radiográficos.

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, pero solo raras veces causan aflojamiento de los dientes, a no ser de que sean muy grandes. En muy raras ocasiones la presencia de los quistes se revela por una fractura patológica o porque el paciente advierte la falta de un diente y acude a la consulta por curiosidad.

En algunas ocasiones algunos quistes permanecen pequeños y solo se descubren mediante un examen radiográfico.

Cuando un quiste se dilata ejerce una estimulación en el periostio por la cual éste deposita hueso nuevo; esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave. Al continuar la dilatación, el hueso suprayacente se adelgaza y se hunde por la presión del dedo, produciendo muchas veces un crujido de cáscara de huevo (crepitación).

Finalmente puede desaparecer esta cáscara ósea, quedando el quiste cubierto por la mucosa bucal. Puede descargar su contenido dentro de la cavidad bucal y luego aparecer una infección secundaria.

En embargo, solo un pequeño porcentaje de los quistes atraviesa todos estos estadios; como son los quistes radiculares y dentígenos. Y en algunos casos el Globulomaxilar y Nasopalatino.

La localización de la tumefacción puede dar un importante indicio sobre la naturaleza del quiste. Aunque los quistes radiculares y dentígeno aparecen en cualquier parte de la boca los primeros se presentan con mayor frecuencia en los dientes anteriores mientras que los segundos rodean las coronas de los caninos superiores y terceros molares y premolares del maxilar inferior.

Los quistes fisurales, se presentan a lo largo de las líneas de fusión de los diferentes huesos y procesos embrionarios, encontrándose en las fisuras de las estructuras de la cavidad oral.

Los quistes óseos ideopatico y solitario (quiste de Stafne) se encuentran en la mandíbula.

El quiste primordial está generalmente localizado en la zona de los terceros molares del maxilar inferior y desde ahí muchas veces se extiende dentro de la rama.

Los quistes de los maxilares por lo general no provocan dolor a no ser que se infecten. Aunque los grandes quistes del maxilar inferior envuelven al fascículo neurovascular, cuando no hay infección, es muy raro que haya anestesia del área inervada.

La vitalidad de los dientes proximos a un quiste no infectado no se altera incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se haya perdido en gran parte. Sin embargo, puede haber una pérdida vital temporal de la respuesta vital en los dientes adyacentes a quistes infectados.

Los quistes de los maxilares forman radiotransparencias bien definidas, redondas u ovals con márgenes radiopacos nítidos. Los factores que influyen en la imagen radiográfica son numerosos e incluyen el tipo de quiste, la localización, la intensidad de destrucción ósea y si el quiste está infectado o no. Por otra parte no todas las radiotransparencias bien definidas son quistes, ya que varios tumores odontogénicos (ameloblastoma, fibroma ameloblástico, mixoma odontogénico) y otras lesiones (granuloma de células gigantes, hemangiomas), pueden producir imágenes radiográficas prácticamente iguales.

Las estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidas con quistes, sobre todo si presentan alguna variación en posición o formación y son necesarias varias vistas radiográficas para dar un diagnóstico diferencial. Hay que tomar un mínimo de dos vistas intrabucales formando ángulo recto entre sí. Lo ideal es tomar también vistas intrabucales laterales y oclusales, así como una extrabucal lateral. Algunas veces son necesarias las extracraneales.

Diagnóstico Diferencial:

Desde el punto de vista práctico, hay pocos quistes de los maxilares que pueden ser diferenciados entre sí basándose sólo en un examen microscópico. Generalmente son necesarios los exámenes radiográficos y otras informaciones, como la amnnesis, aspectos radiográficos y otras informaciones, aspectos clínicos y signos observados en las pruebas de vitalidad dental para establecer un diagnóstico definitivo. Sin embargo, pueden ser de utilidad las siguientes observaciones:

1).-Los quistes gingivales, periodontal, dentígeno, primordial y fisural (globo maxilar, maxilar anterior medio, nasoalveolar, etc.) están generalmente tapizados por epitelio escamoso estratificado no queratinizado situado sobre un tejido conjuntivo fibroso denso, mientras que el quiste dermoide está tapizado por epitelio escamoso estratificado queratinizado.

2).-Los quistes radicular, periodontal y fisural presentan generalmente un infiltrado crónico secundario muy rico en células plasmáticas. Esto se observa con mucha menor frecuencia en los quistes dentígeno, primordial o en el gingival.

3).-Los quistes fisurales del maxilar están raras veces tapizados por una delgada capa de epitelio queratinizado. A menudo se observan glándulas mucosas y agrupaciones de vasos

sanguíneos y nervios en la pared de tejido conjuntivo del quiste maxilar anterior medio.

Por otra parte, el quiste dentígeno mandibular puede estar tapizado en parte por células calciformes o posee folículos linfoides o restos de células epiteliales debajo del revestimiento de la pared quística. Estos restos de Melassez proliferados originan algunas veces un diagnóstico erróneo de ameloblastoma.

VI.-CLASIFICACION.

La clasificación de los quistes bucales no está estandarizada y todos los intentos para presentar una categorización lógica han fracasado. A causa de ello, esta tesis se basa en la clasificación de :IRVING MEYER, SHAFER, PHOMA Y OTROS.

Comprendiendo que esta clasificación es un agrupamiento de diferentes clasificaciones, lo cual tiene más valor práctico que mérito científico.

I.-QUISTES ODONTOGENICOS.

A.-quistes Foliculares.

- 1.-Quiste Primordial(folicular).
- 2.-Quiste Dentígeno.
- 3.-Quiste multilocular.

B.-quistes Parodontales.

- 1.-Quiste gingival del recién nacido y adulto.
- 2.-Quiste periapical.
- 3.-Quiste lateral.

II.-QUISTE DE TIPO LINFOGENICO POSTQUIRURGICO.

- 1.-Quiste residual.
- 2.-Quiste heterotópico.

III.-QUISTES NO ODONTOGENICOS.

A).-quistes Fisurales.

- 1.- quiste maxilar anterior medio o quiste conductonasopalatino.
- 2.- quiste palatino medio.
- 3.- quiste nasoalveolar.

B).-quistes de desarrollo.

- 1.- quiste Dermoide.
- 2.- quiste Spidermoide.
- 3.- quiste de la hendidura Braquial o linfoepitelial cervical.
- 4.- quiste tirogloso. (Lesión Linfoepitelial Cervical benigna).

IV.-QUISTES DE RETENCION.

- 1.-Ránula.
- 2.-Mucocele.
- 3.- quiste del Seno Maxilar.

V.-QUISTES ODONTOGENICOS.

QUISTE PRIMORDIAL(FOLICULAR).

El término de quiste primordial, se ha utilizado para designar un quiste derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales, se presenta a nivel del ángulo de la mandíbula, en la región del tercer molar, de crecimiento lento, asintomático que llegan a causar asimetría facial.

ETIOPATOGENIA.

Se forma por 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. También se ha creído que tiene su origen en gérmenes dentales supernumerarios .

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es indudable que este quiste se forma en épocas tempranas de la vida, pero puede no ser descubierto sino hasta mucho más tarde.

Este quiste varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión. A veces, está asociado con un diente primario persistente, y el examen radiográfico revelará una zona radiolúcida en lugar de la pieza permanente normalmente subyacente. La lesión no es dolorosa salvo de que se infecte en forma secun-

daria, y es raro de que presente manifestaciones clínicas obvias.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS .

El quiste primordial aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser unilocular o multilocular. Se localiza debajo de las raíces dentales, entre las raíces de piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de un tercer molar superior o inferior. No hay una explicación satisfactoria de la propensión del tercer molar. También han comunicado casos en la zona de premolares y caninos superiores e inferiores.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS.

El aspecto microscópico del quiste primordial es similar al de algunos otros quistes odontogénicos. La pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas, cuya densidad es variable. En la superficie interna que mira hacia la luz, está revestida de una capa intacta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado que suele presentar paraqueratina, o a veces, ortoqueratina. Esta queratina tiene, con frecuencia, una superficie acanalada. El epitelio aunque de grosor variable, por lo general consta de cuatro a ocho células de espesor, sin brotes epiteliales bien definidos. Tampoco es frecuente de que se muestre una tendencia marcada por proliferar hacia la pared de tejido conectivo que lo rodea. Además Soskolne y Shear han observado que el epitelio presenta una capa de cé-

lulas basales columnares con núcleo pictónico o vesiculares.

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

TRATAMIENTO:

El tratamiento de este quiste consiste en una enucleación quirúrgica con un cureteado a fondo del hueso, en particular si se produce la fragmentación del revestimiento, para asegurar la eliminación completa del epitelio.

El índice de recidiva es elevado y se explica con mayores pormenores en la sección correspondiente al queratoquiste odontogéno.

QUISTE DENTIGENO.

Este tipo de quiste es más común que el primordial. Casi siempre este quiste afecta la corona de un diente permanente normal, o está vinculada a ella. Raras veces ataca a un diente primario.

Se puede encontrar asociado a cualquier diente, siendo los más frecuentes los terceros molares y los caninos retenidos inferiores que los superiores. Aunque también se puede presentar en los dientes supernumerarios.

ETIOPATOGENIA:

Probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona. Hay acumulación de líquidos 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.

Podemos decir que existen tres tipos de quistes dentígenos siendo ellos: el tipo central, el de la erupción y el de tipo lateral.

El tipo central, lo encontramos en la parte del órgano del esmalte que cubre la superficie oclusal en donde la amelogénesis se está completando y las células epiteliales sufren cambios regresivos.

Los quistes de Erupción; se forman en los dientes que están a punto de brotar; se encuentran inmediatamente debajo de la encía la cual puede aparecer inflamada. Pueden dificultar la erupción o bien impedirla.

El tipo lateral se va a formar del mismo modo que el central sólo que su desarrollo va a ser un período posterior; por lo tanto ocurre en la parte lateral en lugar de la oclusal del órgano del esmalte, donde persiste el retículo estrellado.

En los grandes quistes el diente a veces será trasladado hasta la periferia del maxilar, debido a que la presión del líquido quístico empuja al diente en dirección apical quedando detenidas las raíces en su desarrollo al tropezar con el hueso cortical.

JARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

El quiste dentígero tiene la capacidad de transformarse en una lesión agresiva. Al igual que los anteriores se presentan en personas jóvenes, pasando inadvertidamente durante años.

Existirá una expansión del hueso, por lo tanto una asimetría facial, desplazamiento del diente, resorción intensa de las piezas adyacentes y dolor cuando el agrandamiento del quiste continúa.

Cuando esta lesión quística se produzca en un tercer molar inferior retenido provocará el ahuecamiento de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y el cóndilo.

En el caso de encontrarse en un canino superior, habrá expansión del sector anterior del maxilar y podrá parecer una sinusitis aguda o una celulitis, esto será superficialmente.

JARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS:

En el examen radiográfico del maxilar que tiene un quiste dentígero encontraremos una zona radiolúcida de alguna manera vinculada con la corona de un diente que no ha erupcionado.

Los quistes dentígenos centrales se forman siempre alrededor de la corona del diente distinguiéndose en la radiografía con una radiolucidez simétrica, en este caso debemos tener cuidado de no confundirlo con el saco folicular normal.

En otros casos, la zona radiolúcida se proyecta lateralmente desde la corona dental, y este es el quiste dentígeno lateral.

Puede existir el diente que lo causa; aunque por lo general erupciona por no ejercer presión en su superficie oclusal; pero puede estar inclinado por la presión ejercida sobre su raíz.

Ocasionalmente, la zona radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica que produce la reacción ósea.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

No hay características microscópicas típicas que puedan ser utilizadas con seguridad para distinguir el quiste dentígeno de otro tipo de quistes odontógenos. Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la luz.

La formación de brotes epiteliales suele faltar excepto en los casos que hay infección secundaria. Además, la superficie del epitelio suele estar cubierta de una delgada capa "acanalada" de paraqueratina u ortoqueratina similar a la vista en el quiste primordial, y los queratoquistes odontogénicos. La infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es más común, aunque no siempre hay una causa evidente para ello. El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre.

TRATAMIENTO:

El tratamiento de este quiste está regido por el tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía en su totalidad, con poca dificultad. Los de mayor tamaño que producen una pérdida ósea importante y adelgazan en forma peligrosa el hueso suelen ser tratados mediante la inserción de un dren quirúrgico o marsupialización del espacio quístico por oposición periférica del hueso nuevo. Es frecuente recurrir a este procedimiento debido al peligro potencial de la fractura del maxilar si se intenta la enucleación quirúrgica completa.

QUISTE MULTILOCULAR.

Este tipo de quiste es una variedad de los quistes dentígenos los quistes multiloculares se producen cuando varias gérmenes dentarios adyacentes toman parte en la formación de un quiste o si una yema desprendida de la lámina dental o de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del segundo o tercer molar, se ramifica y forma varios folículos adyacentes, cada uno de los cuales se convierten en un quiste separado. Estos quistes radiográficamente aparecen las paredes óseas redondeadas que pueden dar la impresión de que la lesión está formada por varios quistes separados, cuando en realidad solo hay una cavidad dividida por tabiques profundos que no son divisiones completas.

Un quiste unilocular puede convertirse en multilocular, al producirse una degeneración quística de sus paredes, formando quistes murales.

Este tipo de quistes suelen ser de gran tamaño, de varios centímetros de diámetro y se extiende a distancias variables en el interior del cuerpo de la rama o más adelante por debajo de las raíces de los molares antiguos, desplazándolos a menudo de sus posiciones normales. Algunas veces encontramos un adelgazamiento y asimetría de la corteza y un agrandamiento y deformación del maxilar.

En su aspecto microscópico no va a diferenciar mucho de primordial o del dentígeno. Generalmente la membrana del quiste tiene un grueso epitelio.

TRATAMIENTO:

Al realizar la remoción de este quiste, será igual a los anteriores, se deberá tener cuidado de extirpar todo el tejido quístico sin descuidar algún compartimiento inaccesible. No es rara la reducción del quiste.

QUISTE GINGIVAL.

A).-Quiste gingival del recién nacido.

Estos quistes son nódulos múltiples, a veces solitarios, del reborde alveolar del recién nacido o criaturas muy pequeñas, que se originan en los restos de la lámina dental.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Estas lesiones son asintomáticas y no parecen producir molestias a los dientes.

A veces, estos quistes de la lámina dental se agrandan lo suficiente como para apreciarse clínicamente como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Estos son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz por lo común, ocupada por queratina descamada y a menudo, células inflamatorias. Es interesante que la calcificación distrófica y los cuerpos hialinos de Rushton, comunes en los quistes dentígenos, sean hallazgos frecuentes en esta lesión.

TRATAMIENTO:

No requiere tratamiento alguno por cuanto casi invariablemente las lesiones desaparecerán por apertura en la superficie

mucosa o al ser deshechadas por los dientes en brote.

B).--Quiste gingival del adulto.

Este quiste es uno que posee tejidos blandos gingivales, que aparece en la encía libre o incertada. No tiene relación con el quiste periodontal lateral y ha diferenciarse de este.

ETIOLOGIA:

Las posibles fuentes de la formación quística son:

I.--Restos de la lámina dental, del órgano del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal.

2.--Implantaciones traumáticas del epitelio.

Sobre estas bases, habría dos formas reconocidas de quistes gingivales;

I.--El que se origina por degeneración quística de la lámina dental o en las glándulas o restos de Serres.

II.--El que se origina por la implantación traumática de epitelio superficial (y por lo tanto no sería un quiste odontógeno verdadero).

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Este puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en los adultos.

Tiene el mismo color que la mucosa normal adyacente y es raro que mida 1cm. de diámetro, por lo general, es mucho menor. Aunque es te quiste se localiza en la encía libre o la insertada, algunos aparecen en la papila propiamente dicha.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Este tipo de quiste es una lesión de tejido blando, y por lo general, no se manifiesta en las radiografías.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Esta afección es un quiste verdadero puesto que está tapizado de epitelio que suele contener un líquido. El epitelio de revestimiento es, por lo general, escamoso aplanado y muy delgado, aunque el quiste gingival por implantación el epitelio es considerablemente más grueso y más escamoso. En cualquiera 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 inflamación.

En el quiste gingival traumático, o de implantación, en raras ocasiones hay calcificaciones o hasta osificaciones ectópicas, reminiscente de la osificación observada luego de la implantación experimental de epitelio de vejiga en los tejidos subcutá-

neos.

TRATAMIENTO:

La extirpación quirúrgica local de la lesión es lo recomendado en adultos; la lesión no tiende a residivar.

QUISTE PERIAPICAL O RADICULAR.

El más frecuente de los quistes bucales, el quiste periapical radicular, tiene un origen inflamatorio.

ETIOLOGIA:

Es el resultado de una infección por vía pulpar generalmente a causa de caries.

Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente, se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamado granuloma apical. Dentro de esta masa proliferan restos epiteliales de Malassez, normalmente presentes en el ligamento periodontal. Estas islas epiteliales se fusionan y sufren una transformación quística, dando lugar al quiste radicular.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

El quiste radicular no suele tener un diámetro grande. La superficie mural del quiste puede ser rugosa o lisa, según el estado de desarrollo. El contenido es ser grumoso o contener gran cantidad de colesterol resplandeciente (cristales).

El quiste muchas veces es asintomático y se diagnostica en radiografías sistemáticas. En la mayoría de los casos estos quistes casi siempre no son vitales.

Sin embargo, en algunos casos hay una anamnesis de trauma en la región correspondiente. Este quiste suele quedar pequeño y no produce dilatación maxilar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

En las radiografías, el quiste radicular se caracteriza por una radiolucencia delimitada, en forma más o menos clara en la zona apical del diente afectado. La lesión varía considerablemente de tamaño; suele ser más grande que un granuloma dentario y puede extenderse a dos o más dientes.

Radiográficamente no es posible distinguir un quiste radicular de un granuloma dentario y otras lesiones quísticas de la zona.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Microscópicamente es posible observar todos los estadios, desde un cambio quístico mínimo dentro del granuloma apical hasta

una estructura quística bien definida y grande, libre en gran parte de exudado inflamatorio. Alrededor de los cordones anastomóticos o islas de células epiteliales proliferantes en el quiste radicular joven, se observan histiocitos (células espumosas), linfocitos células plasmáticas, cuerpos de Russel, hendiduras de colesterol y algunas células gigantes de cuerpos extraños. Las fibras de colágeno se depositan circunferencialmente. En los granulomas dentales y quistes radiculares pueden haber fibras de oxitalano suele ser de tipo escamoso estratificado y relativamente grueso, muchas veces es en parte acantomatoso y ulcerado. En ocasiones está queratinizado.

TRATAMIENTO:

Un quiste radicular puede tratarse de diferentes formas; raspado apical, obturación del diente y raspado apical, u obturación del conducto únicamente, siendo el más efectivo la Enucleación del quiste.

QUISTE LATERAL.

Se encuentra lateral al diente y entre diente y diente, está desviado por las fibras de tipo parodontal. Se puede presentar un quiste periapical lateral.

El quiste periodontal lateral es un tipo de quiste odontogénico muy raro pero bien reconocido. Estos nacen directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente brotado.

ETIOLOGIA:

La explicación más aceptable para el quiste periodontal lateral es que presenta simplemente un quiste en un saco hueco con una pared de tejido morario. La predilección de este quiste por originarse en la zona de caninos y premolares inferiores se corresponde bien por la frecuencia de dientes supernumerarios en la zona de premolares inferiores.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Por lo general este tipo de quiste se ha presentado en los adultos, y en ambos sexos. La mayor parte de estos quistes se han presentado en la zona de premolares inferiores. La mayor parte de los casos no han presentado signos o síntomas clínicos, y se han descubierto por exámenes radiográficos de rutina.

CARACTERISTICAS RADIGRAFICAS.

La radiografía periapical revela al quiste periodontal lateral como una zona radiolúcida en aposición a una superficie lateral de una raíz dental. Por lo común la lesión es pequeña y no mide más de un centímetro de diámetro, y puede o no ser bien circunscrita. En la mayor parte de los casos los bordes son definidos y a veces está redondeada por una delgada capa de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

El quiste es un saco hueco con la pared de tejido conectivo revestido, en la superficie interna, de una capa de epitelio escamoso estratificado. Este epitelio suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación. A veces, el epitelio tiene un aspecto peculiar, en el sentido de que las células individuales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño.

TRATAMIENTO:

La Enucleación del quiste por cirugía en lo posible sin extraer el diente afectado. Este tipo de quiste no se le conoce tendencia a recidivar después de su Enucleación quirúrgica.

VI.-QUISTES NO ODONTOGENICOS.

Su característica principal de estos quistes es su origen a partir de las células del epitelio de desarrollo o embrionario como las de las líneas de fisura, o aquellas que son restos de las estructuras embrionarias.

Los quistes fisurales se producen cuando falla la función ósea o en la época de desarrollo embrionario. El epitelio o restos epiteliales quedan englobados durante la fusión y más tarde comienza a proliferar para dar lugar a la formación de un quiste fisural. Podemos clasificarlos en:

- 1.-Quiste maxilar anterior medio o quiste conducto nasopalatino.
- 2.-Quiste palatino medio.
- 3.-Quiste medio mandibular.
- 4.-Quiste nasoalveolar.

I.-Quiste maxilar medio o quiste anterior del conducto nasopalatino.

El quiste maxilar anterior medio, que se localiza en el conducto incisivo, o cerca de él, es el tipo más común de quiste maxilar del desarrollo o fisural. Se origina por la proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino. Este comunica las cavidades nasal y bucal y se forma cuando los procesos palatinos se

fusionan con el premaxilar, dejando un pasaje a cada lado del tabique nasal. Cuando estos conductos pares y los canales se acercan a la cavidad bucal, se fusionan y salen a través de una abertura común en el hueso palatino, inmediatamente detrás de la papila palatina.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Los estudios de Stafne indican que aparece en no menos de uno de cada 100 pacientes, por lo tanto no se le puede considerar una lesión rara.

El quiste del conducto nasopalatino aparece a cualquier edad, incluso en el feto, aunque su descubrimiento clínico se hace con mayor frecuencia entre la cuarta y la quinta década de la vida.

Son generalmente asintomáticos. A veces se infectan por algún mecanismo desconocido, y producen dolor e inflamación y se abren por una pequeña fístula en la papila palatina o cerca de ella.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Estos quistes suelen ser descubiertos en el examen radiográfico de rutina de los dientes. Se observa una zona radiolúcida redonda, oval o acorazonada, por lo general simétrica y bilateral y bien delimitada. La zona está en la línea media entre las raíces de los incisivos centrales superiores, o sobre el las, y puede producir la separación o la divergencia de las raíces.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

Los quistes maxilares anteriores medios están tapizados de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado pseudo-estratificado y epitelio cuboide o cualquiera de las combinaciones. La pared de tejido conectivo de este quiste presenta con frecuencia infiltrado celular inflamatorio. Además, suelen observarse acúmulos de glándulas mucosas, así como varios vasos y nervios grandes.

TRATAMIENTO:

La excisión quirúrgica del quiste asintomático del conducto palatino puede no estar justificada en pacientes dentados, ya que este quiste no es maligno, y pocas veces se agranda o destruyen cantidades apreciables de hueso.

En algunos pacientes desdentados, no es raro que el no enuclearse un quiste antes de instalar un aparato de prótesis favorezca la infección aguda, más la perforación de la mucosa con drenaje de pus.

2.-Quiste Palatino Medio.

El quiste palatino medio se origina en el epitelio atrapado a lo largo de la línea de las apófisis palatinas del maxilar.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se puede agrandar en un periodo prolongado 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 ve una zona radiolúcida bien circunscrita frente al sector de premolares y molares, frecuentemente bordeada de una capa de hueso esclerótico. El revestimiento de este quiste suele ser epitelio escamoso estratificado que cubre un tejido conectivo fibroso denso que puede tener infiltrado celular inflamatorio crónico.

TRATAMIENTO:

El tratamiento, como el de la mayoría de los quistes fisurales consiste en la eliminación quirúrgica y cureteado minucioso.

3.-Quiste Medio Mandibular.

El quiste medio mandibular del desarrollo es una lesión extremadamente rara que se produce en la línea media de la mandíbula.

Su origen es discutido, se considera que es una anomalía del desarrollo que se origina por la proliferación de los restos epiteliales atrapados en la fisura mandibular media durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales. 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. Así mismo, es concebible que esta lesión sea un quiste periodontal lateral que se produzca en la línea media, aunque el origen de esta también es obscuro.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Son asintomáticos y se descubren únicamente durante el examen radiográfico de rutina.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Da imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada aunque también puede ser multilocular.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Hay epitelio escamoso estratificado delgado, con pliegues y proyecciones, que tapiza una luz central.

TRATAMIENTO: Hacer su excisión quirúrgica conservadora con preservación de los dientes cercanos, siempre que sea posible.

4.-QUISTE NASOALVEOLAR.

El quiste nasoalveolar no se encuentra dentro del hueso, sino que se describe como un quiste fisural raro que puede afectar secundariamente al hueso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El quiste nasoalveolar puede producir una hinchazón en el pliegue mucovestibular así como en el piso de la nariz y localizarse cerca de la inserción del ala de la nariz en el maxilar. Son capaces de producir la erosión superficial de la superficie externa del maxilar.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Está tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado que a veces es ciliado, frecuentemente con células caliciformes, o de epitelio escamoso estratificado.

TRATAMIENTO:

El quiste debe ser eliminado quirúrgicamente, aunque habrá que tener cuidado de no perforar ni aplastar la lesión.

VII.-QUISTES DISONTOGENICOS

SE ORIGINAN EN TEJIDOS BLANDOS. .

Estos quistes se originan durante el desarrollo defectuoso del organismo del embrión. Y existen tres tipos:

- 1.-Quiste Dermoide y Epidermoide.
- 2.-Quiste de la Hendidura Braquial o Lesión Linfoepitelial Cervical Benigna.
- 3.-Quiste del Conducto Tirogloso.

I.-QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE.

QUISTE DERMOIDE:

Es un quiste del desarrollo tapizado por epidermis y apéndices cutaneos.

Probablemente es debido al enclavamiento del ectoderma durante el cierre de las fisuras embrionarias que ocurren en la tercera y cuarta semana in utero.

Podemos localizarlos en diferentes partes como en el paladar, ángulo de la mandíbula y glándulas salivales. Pero es más común encontrarlo en el suelo de la boca y se clasifican en:

A).-QUISTE DERMOIDE MEDIAL(línea media).

El atrapamiento del epitelio en la línea media probablemente ocurre durante la fusión de los arcos Braquiales primero(en el maxilar) y segundo en el hioides, es decir por la fu-

si6n de los procesos laterales a cada lado del arco maxilar con el tub6rculo impar, para formar la lengua anterior y el suelo de la boca.

B).--QUISTE DERMOIDE LATERAL:

Este quiste es hallado entre la cara lateral de los m6sculos genianos y el m6sculo milohioideo. Cl6nicamente suele producir menos tumefacci6n que el quiste dermoide medial.

Este quiste probablemente se derive del extremo ventral de la primera bolsa far6ngea o de la hendidura braquial.

C).--QUISTE DERMOIDE SUBLINGUAL O GENIOGLOSO:

Este quiste se localiza por encima del m6sculo geniohioideo , este ocasiona una elevaci6n y desplazamiento de la lengua, produciendo dificultad de hablar, comer e incluso respirar, debido a una presi6n ejercida en la epiglottis.

CH).--QUISTE DERMOIDE SUBMENTONIANO O GENIHIOIDEO.

Este quiste se encuentra en los m6sculos geniohioideo y milohioideo, puede causar abultamiento en la regi6n submentoniana.

Este se presenta como una hinchaz6n lenta e indolora en la regi6n submentoniana que se extiende desde el maxilar inferior hasta el hueso hioides, dando el aspecto de un ment6n doble. Al aumentar de tama6o, puede empujar a la laringe hacia abajo y su crecimiento hacia arriba provoca un abombamiento en el suelo de la boca. Su tama6o es variable, pero puede llegar hasta varios

centímetros. Generalmente es pastoso su contenido.

En algunas ocasiones pueden infectarse y formar trayectos fluctuosos que se abren dentro de la boca o en la piel.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El revestimiento del quiste es un epitelio escamoso estratificado queratinizado. Hay uno o varios apéndices cutáneos como folículos pilosos, glándulas sudoríparas o glándulas sebáceas. Su cavidad está generalmente llena de queratina y material sebáceo. Sin embargo solo se encuentran pelos en raras ocasiones.

TRATAMIENTO:

Su tratamiento es la enucleación quirúrgica. No recidiva.

QUISTE EPIDERMOIDE:

Este quiste se parece al dermoide en que se forma, también a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejido blando durante el desarrollo fetal. Debido a su localización, aspectos clínicos y patogenia, es difícil diferenciarlos de quiste dermoide.

La única forma de diferenciarlo es a nivel histológico; ya que contiene un revestimiento de epitelio escamoso estratificado que generalmente está bien queratinizado, y una pared de tejido

fibroso. O sea que en este quiste no se encuentran apéndices cutáneos.

El quiste dermoide podemos considerarlo como un quiste de inclusión. Ya que puede formarse a partir de las masas epiteliales que se han separado de la superficie epitelial. Estas pueden ocurrir durante el desarrollo o pueden resultar de un traumatismo en el que el epitelio haya sido desplazado en forma anormal.

Los quistes epidermoides de inclusión podemos localizarlos en diversos tejidos blandos, como son: el piso de la boca, en los pliegues mucobucales, en las mejillas, y raras veces dentro de los maxilares, donde se cree que se deben a epitelio gingival desplazado o incluso a una causa odontógena.

TRATAMIENTO:

Su tratamiento es la enucleación quirúrgica.

2.-QUISTE DE LA HENDIDURA BRAQUIAL. (LESION LINFOEPITELIAL CERVICAL BENIGNA).

El quiste Linfocelular Cervical Benigno es un quiste que se produce en la zona lateral del cuello y fué descrito clásicamente como originado en los restos de los arcos branquiales o sacos faríngeos. Sus pruebas convencen de que el origen estaría en la transformación quística del epitelio atrapado en los nódulos linfáticos cervicales. La fuente de este epitelio es desconocida, pero es probable que provenga de glándulas salivales, como otra

posibilidad embriológica. Se le denomina también: "nódulos linfáticos quísticos benignos" o "quistes linfoepiteliales benignos" para reemplazar las más clásicas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

La mayoría de estos quistes aparecen en adultos jóvenes, aunque pueden tornarse evidentes en la niñez temprana. Son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semanas a muchos años. La lesión se presenta como una masa móvil asintomática y circunscrita en la zona lateral del cuello superior, por lo común cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Aunque la mayoría de los quistes se produce en el cuello, muchos fueron observados en el ángulo de la mandíbula, en la zona submaxilar e incluso en las zonas periauricular y parotídea.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

Este quiste suele estar tapizado de epitelio escamoso estratificado, pero puede contener epitelio columnar estratificado. La pared del quiste se compone, por lo general, de tejido linfático con la forma típica del nódulo linfático. En la pared también, puede haber una cantidad variable de tejido conectivo.

El quiste propiamente dicho puede contener un líquido acuoso claro o un material mucoso gelatinoso espeso.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Este quiste debe ser tratado por medio de una remoción quirúrgica minuciosa. Hay recidiva si se dejan restos o simplemente se aspira o se drena la lesión. Se puede formar un carcinoma derivado del epitelio que tapiza el quiste de la hendidura branquial, pero esto es relativamente raro.

3.- QUISTE TIROGLOSO.

Es poco frecuente, se presenta a lo largo del conducto tirogloso. Es un conducto embrionario, recubierto de epitelio que se extiende desde el agujero ciego de la lengua hasta la glándula tiroides.

ETIOLOGIA:

La causa de la formación de este quiste es desconocida, pero puede ser desencadenada por la infección del tejido linfoide en la zona de los restos del conducto tirogloso por el drenaje proveniente de una infección de los órganos respiratorios superiores.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Estos se presentan en cualquier porción del conducto tirogloso; por lo tanto, están en la línea media y generalmente son de color obscuro. También pueden estar tan vascularizados que se pudieran confundir con un emangioma.

Un síntoma importante y frecuente es la hemorragia por la bo-

ca debido a la ruptura de venas subyacentes. El quiste puede ser asintomático o puede causar molestias por la presión que ejerce sobre las otras partes. La deglución hace que el quiste se mueva hacia arriba.

Debido al conducto tiroquoso el quiste puede infectarse. En tal caso pueden drenar espontáneamente. Suele ser muy móvil, lo que indica que se trata de una masa bien circunscrita o encapsulada. Los tejidos que hay por encima son de aspecto normal y también están libres. Aparecen estos quistes durante las dos primeras décadas de la vida.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

Este quiste está tapizado por epitelio escamoso estratificado, cilíndrico ciliado o no ciliado y transicional intermedio.

Estos quistes están comunicados al agujero ciego por conductos únicos o múltiples o carecer de comunicación. También puede haber glándulas mucosas dentro de la luz.

TRATAMIENTO:

Cuando los quistes se infectan, se pueden drenar espontáneamente o provocar que drene haciendo una incisión.

La escisión completa del trayecto fistuloso hasta la base de la lengua, frecuentemente incluyendo una porción del hueso hioides, es indispensable para la curación.

VIII.-QUISTES DE RETENCION.

A estos quistes también se los llama quistes de las glándulas salivales y se clasifican en: RANULA y MUCOCELE.

RANULA:

Es una lesión quística de pared gruesa localizada en la porción anterior del suelo de la boca, y engloba entidades tales como el mucocele de las glándulas sublinguales, y es una lesión rara y profunda que en ocasiones se extiende más allá del músculo milohioideo.

ETIOLOGIA:

Se produce como consecuencia de una obstrucción en el conducto de Wharton (glándula submaxilar), o en el conducto de Bartholin (glándula sublingual). Este quiste se forma igual que el mucocele solo que es de mayor tamaño.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La edad más común de este quiste es la adulta.

Se localiza principalmente en: Piso de la boca, generalmente de una glándula sublingual. El aspecto de este es tenso y fluctuante, pero se deprime a la presión. Tiene un color azul violáceo con un diámetro de 2 a 3 cm.

Es de estructura unilocular y contiene en su luz un líquido

vizcoso, pegajoso, mucoseroso. Este quiste no produce dolor, debido a su abultamiento puede dificultar la locución, masticación y la deglución. Se presenta en cualquier edad y en ambos sexos.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

Gran quiste que contiene mucus y está revestido de tejido de granulación. La luz de la cavidad quistiforme está llena de un coágulo eosinofílico que contiene un abundante número de macrófagos. La formación de la Ranula es idéntica al mucocelo, salvo de que está asociada con glándulas de mayor tamaño, razón por la cual sus dimensiones son mayores.

TRATAMIENTO:

La escisión o remoción del techo del quiste (MARSUPIALIZACIÓN).

MUCOCELE.

Cavidad delimitada por tejido de granulación. Su luz contiene un material hialino eosinófilo y un número variable de macrófagos.

Al parecer un trauma, quizás mecánico, es el responsable de la lesión de los conductos de las glándulas salivales menores, que dan lugar a que el moco se vierta entre la lámina propia y el tejido.

ETIOLOGIA:

Se produce como consecuencia de una obstrucción parcial al flujo de moco con un lento aumento de la presión debido a la secreción continua por parte de la porción encerrada de la glándula. El conducto se dilata lo que da lugar a un quiste por retención mucosa, delimitado por un simple epitelio de células alargadas o pseudoestratificadas.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS:

Es una lesión solitaria, vesicular, renitente, translúcida, a veces azulada; evolución de una semana o más, se abre y descarga una secreción mucosa.

Se presenta a cualquier edad y en ambos sexos.

Lo localizamos generalmente en labio inferior y lengua aunque también lo podemos encontrar en cualquier otra parte de la boca.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

Este quiste consiste de un depósito de moco que se localiza a menudo en el tejido de granulación. La luz de la cavidad quística está llena de un coágulo eosinofílico que contiene un abundante número de macrófagos, el moco se localiza en el tejido conectivo y la submucosa y está rodeado por una pared formada por tejido de granulación.

TRATAMIENTO:

Su tratamiento de elección es la escisión completa, abarcando generalmente la glándula accesoria. Si su remoción es incompleta tiende a reaparecer, pero no se conocen casos de malignidad.



IX.- TRATAMIENTO DE LOS QUISTES.

- 1.-Enucleación
- 2.-Marzupialización.
- 3.-Achicamiento o Colapsamiento.

El tratamiento de elección de los quistes dependerá del tipo de quiste del que se trate, siendo el mejor tratamiento la escisión total. En algunas ocasiones será necesario modificar este criterio con el fin de acomodarse a situaciones particulares.

Para llevar a realizar un buen tratamiento y que éste tenga éxito debemos tomar en cuenta ciertos principios quirúrgicos, con los siguientes pasos operatorios.

COLGAJO: Una vez que se ha decidido la vía de abordaje del quiste, se hará un colgajo mucoperióstico, de forma que se produzca un obstáculo mínimo en el aporte sanguíneo. Siempre que sea posible, se hará la incisión oclusal. Siendo esto preferible en las insisiones que se extienden desde cada extremo del corte horizontal, con lo cual se produce un grave obstáculo en el aporte de sangre procedente de tres direcciones. La insición debe ser siempre aguda para evitar el desgarre de los tejidos.

El colgajo se deberá separar y deslindar del hueso subyacente con un periostomo. Al despegar grandes colgajos, podemos colocar un pedazo de esponja sobre la hoja del periostomo, lo cual será más fácil separar el periostio del hueso subyacente.

El colgajo deberá realizarse de manera que, una vez finalizada la intervención, la sutura se practique sobre hueso sólido. Si el colgajo no cumplió con los requisitos antes mencionados y la sutura queda sobre una zona sin hueso, el colgajo se puede colapsar dentro de esta área. Lo que puede originar desgarros, infecciones y escarificaciones de los tejidos blandos; también puede constituir una puerta de entrada para la contaminación directa, de la cavidad dentro del hueso.

SUTURA: Esta deberá ser de forma expeditiva. Con seda del número tres ceros, aunque también puede usar catgut, suturas de nylon o las de algodón que se eliminan a los cuatro o cinco días. En ocasiones es útil pasar ligaduras alrededor de los cuellos de los dientes, para mantener el colgajo en posición.

CIERRE: El cierre primario del colgajo, una vez que se ha extraído el quiste, será el procedimiento de elección. Sobre todo cuando no existe infección. La obliteración del espacio formado se puede conseguir por la propia presencia del coágulo sanguíneo, o mediante la introducción de Gelfoam u Oxycel, en el interior de la cavidad. Los injertos intraorales de banco de hueso, con empleo general de antibióticos, han tenido éxitos en las cavidades quísticas no infectadas. Sin embargo el procedimiento que proporciona más seguridad es permitir que la cavidad cure y cicatrice sin la adhesión de un relleno.

Las cavidades quísticas infectadas se pueden tratar colocando un drenaje de gasa simple o de gasa yodofórmica en la cavidad antes de suturar el colgajo. El drenaje se puede ir eliminando gradualmente,

durante los días siguientes hasta quitarlo por completo.

CAUTERIZACION: Durante muchos años se ha empleado la cauterización química de la cavidad ósea, que consiste en pincelar la cavidad con un agente cáustico como el fenol y el nitrato de plata y neutralizarla posteriormente con alcohol. La dificultad que presenta este tratamiento es que el agente cáustico destruya las células epiteliales que hayan podido quedar. Existen varias objeciones contra el empleo de los agentes cáusticos; son el insulto adicional al hueso; en la mandíbula, el agente neurovascular puede lesionarse cuando el canal ha quedado expuesto; en el maxilar, los agentes cáusticos pueden lesionar la mucosa que tapiza el antro. Por lo anterior, cuando se ha realizado una técnica quirúrgica cuidadosa, el empleo de agentes cáusticos no está recomendado.

Una vez que se ha obtenido el colgajo mucoperiostico y se ha reflejado, se realiza una ventana en la cortical ósea; algunas veces esta abertura ya está presente y sólo es necesario agrandarla. La ventana se puede practicar con un martillo y osteotomo, unas pinzas gubias o una fresa para hueso. Cuando se realiza una serie de agujeros se utiliza la fresa, de alrededor de 5 milímetros, sobre la zona de la lesión quística determinada radiográficamente, después se unen las perforaciones por medio de un cincel que permite la fácil eliminación de la lámina ósea. Para eliminar este hueso se pueden emplear unas pinzas gubias o sacabocados.

La ventana tendrá un tamaño suficiente como para permitir un fácil acceso que vacíe la cavidad quística. El quiste se separará completamente de las paredes óseas por medio de curetas o periostomos pequeños. En la mandíbula, cuando el canal mandibular está relacionado, debe tenerse especial cuidado al separar las paredes quísticas a lo largo del canal. En el maxilar se debe de tener precaución si el quiste ha penetrado en el antro maxilar, o si la atrofia producida por la lesión ha creado una delgadísima capa de separación entre la pared quística y el antro. Cuando se ha enucleado un quiste dentífero, conviene eliminar el diente, en cuyo folículo se ha desarrollado el quiste. Si el diente es de considerable importancia, se reimplantará posteriormente en un canal labrado en el hueso, para su erupción posterior.

Muchos dientes con quistes periapicales, sobre todo en la parte anterior, se pueden conservar combinando tratamientos conservadores con la cirugía apical. Apicectomía y quistectomía.

La operación de Partsch o marsupialización consiste en la eliminación de una considerable cantidad de mucoperiostio de recubrimiento del hueso y de la pared quística adyacente, en la evacuación del quiste mediante aspiración y legrado suave.

El reborde de la mucosa se sutura al borde incidiendo la pared quística en toda su circunferencia. Se coloca un poco de gasa en el interior de la herida, cambiándola a intervalos de tres a cuatro días hasta que el quiste disminuya de tamaño.

Con el tiempo, el quiste queda completamente obliterado y el hueso remodelado.

Esta técnica requiere un control y una vigilancia continua para evitar la acumulación de partículas de alimentos y otros detritus. También existe el peligro de que se formen nuevos quistes a partir de la membrana quística que ha quedado.

En lo posible, se debe evitar la marsupialización siendo más segura la enucleación completa del quiste. Si el quiste es demasiado extenso para la inmediata enucleación, se practicará un drenaje y un taponamiento con yodoformo, hasta que haya disminuido lo suficiente para permitir su eliminación completa.

Cuando el quiste es tan grande que se teme que se produzca una fractura quirúrgica, se aconseja aplicar barras y férulas en los dientes, antes de la intervención quirúrgica. Si se produce una fractura se puede aplicar la fijación inmediata.

En lesiones muy extensas es mejor abrirlas y practicar una biopsia. En el momento en que exteriorizan, se colocarán directamente en la cavidad quística una gasa yodofórmica que se cambiará periódicamente, además de los drenajes de yodoformo, se han usado con mucho éxito los tubos de plata y de plástico. Con esta técnica se colapsa el cuerpo del quiste permitiéndole el relleno del espacio quístico por compresión del nuevo hueso desde que se forma por fuera del quiste. Cuando se ha formado la cantidad de hueso suficiente, se debe enuclear todo el quiste y practicar un cierre primario.

COMPLICACIONES.

INFECCION: Los quistes con infección aguda se tratarán en dos etapas; control de la infección aguda e intervención quirúrgica definitiva para erradicar el quiste. La primera fase se controla mediante un drenaje y un tratamiento con antibióticos. Una vez que ha sedido la fase aguda, el quiste se debe enuclear dejando un

drenaje si existe pus residual. Los antibióticos se continúan durante cinco a siete días postoperatoriamente.

Los quistes con infección crónica se pueden eliminar sin el drenaje inicial, ya que existe una localización de la infección.

También está indicada la cobertura antibiótica; dependiendo de cada caso se establecerá la colocación de un drenaje en la herida y de la sutura primaria.

Las infecciones postoperatorias se controlarán localmente con irrigaciones y taponamiento de la cavidad ósea y mediante el empleo de antibióticos. Las cavidades óseas que han quedado abiertas, deben irrigarse frecuentemente, con el fin de evitar la acumulación de restos de alimentos.

FRACTURA: Las fracturas espontáneas o patológicas que se deben a la formación quística, son una complicación relativamente rara, a pesar de que algunos quistes dentígenos alcanzan grandes tamaños. Las fracturas que podemos producir durante las intervenciones quirúrgicas, se pueden evitar si se realizan con cuidado y con una técnica atraumática.

Donde existen grandes quistes no es raro encontrar fracturas traumáticas. Algunas veces, son el primer indicio de la existencia de una zona patológica. Cuando se produce la fractura traumática en una zona quística, su tratamiento resulta un verdadero problema. Primeramente hay que eliminar por completo el quiste; entonces se reducirá y estabilizará la fractura; si el quiste está infectado, hay que drenarlo, tratar la infección y luego reemplazar la parte perdida mediante un injerto óseo.

La finalidad al elaborar esta tesis, es reunir de varios autores sus aportaciones y teorías o puntos de vista respecto a los quistes.

La mayoría de los quistes llegamos a localizarlos mediante el estudio radiográfico, el cual el Cirujano Dentista general, tiene la obligación de realizar.

Si se sospecha de la existencia de un quiste al realizar el estudio radiográfico antes mencionado, el Cirujano Dentista general deberá remitir a ese paciente al especialista en Cirugía Bucal, y para que éste a su vez realice la historia clínica pertinente y un mejor estudio radiográfico, para que así nos pueda confirmar o negar la existencia de dicho quiste. Llegando a la conclusión, de que los quistes más frecuentes son los quistes radiculares.

Se dice que un granuloma es una predisposición a un quiste.

Los quistes son estériles y asintomáticos, pero podemos encontrarlos también infectados.

La remoción de los quistes deberá ser total para que no se presente recidiva.

Generalmente los quistes de la cavidad oral y cuello no tienden a malignizarse.

BIBLIOGRAFIA

- Dr. William G. Shafer.
 Dr. Raymond E. Mine.
 Dr. Ernest A. Levy.
 TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
 Ter Edición Editorial Interamericana.
- Dr. K. H. Thoma.
 Dr. Robert J. Gorlin.
 Dr. Henry L. Goldman.
 PATOLOGIA ORAL.
 Editorial Salvat.
- Dr. Zegareli V. Edward.
 DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.
 Editorial Salvat. Barcelona, España 1976.
- Dr. Gustav O. Kruger.
 CIROLOGIA BUCAL.
 Editorial Interamericana. Segunda edición en Español 1978.
- Dr. Walter C. Guralnick.
 TRATADO DE CIROLOGIA ORAL.
 Editorial Salvat, S.A. Barcelona, España 1971
- Dr. S.N. Bhaskar.
 PATOLOGIA BUCAL.
 Editorial el Ateneo. Buenos Aires Argentina 1974.
- Dr. Emmet R. Costich.
 Dr. Raymond P. White Jr.
 CIROLOGIA BUCAL.
 la Edición en Español. Editorial Interamericana.
- Dr. J. Harry Archer.
 CIROLOGIA BUCAL
 Tomo I. 2da edición en Español. Lundy S.A.
- Dr. Burket J. Lester.
 MEDICINA BUCAL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.
 Editorial Intramericana. México D.F. 1954.
- Dr. J.J. Pindborg.
 ALTERACIONES ENFERMEDADES DE LA BUCCA ORAL.
 2da. Edición ampliada, Editorial Salvat. S.A.