

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



Q U I S T E S

A large, stylized handwritten signature in black ink, written over the word 'QUISTES'.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A:

Dora Leticia Moreno López



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

	PAG.
INTRODUCCION	1
CAPITULO I. DEFINICION Y CLASIFICACION	2
CAPITULO II. EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA	4
CAPITULO III. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.....	61
CAPITULO IV. QUISTES ODONTOGENICOS	63
CAPITULO V. QUISTES NO ODONTOGENICOS	79
CAPITULO VI. QUISTES DEL CUELLO, SUELO BUCAL Y GLANDU- LAS SALIVALES	91
CAPITULO VII. TRATAMIENTO	100
CONCLUSIONES	121
BIBLIOGRAFIA	122

INTRODUCCION

La odontología está alcanzando un papel importante en la profesión médica, debido a las mayores responsabilidades en la atención y tratamiento de pacientes.

Es de suma importancia que tanto el odontólogo de práctica general como el especialista tengan un conocimiento básico de la Patología Bucal.

La ampliación de los métodos para la prevención de la enfermedad bucal y la conservación de la boca en buen estado, ha hecho que no sea suficiente que el odontólogo tenga como única tarea la reparación de las lesiones bucales. En adelante necesitará de fundamentos y conocimientos científicos lo suficientemente sólidos que le permitan examinar y valorar al paciente para obtener una conclusión y diagnóstico y así emprender el tratamiento adecuado.

DEFINICION Y CLASIFICACION

DEFINICION

La palabra quiste se usa de acuerdo con la definición dada por la American Academy of Oral Pathology, es decir, es una lesión que consiste en un saco o espacio anormal (ya sea en tejidos blandos o duros de la boca), que contiene una sustancia líquida o semisólida, que está limitada por un epitelio y encerrada en una cápsula de tejido conjuntivo.

CLASIFICACION

Debemos tomar en cuenta que la clasificación de una patología tan extensa como es el quiste, resulta difícil, ya que al agrupar los quistes de un tipo podemos dejar fuera los de otro.

A causa de ello, se ha tratado de ampliar una de las clasificaciones de uso más frecuente, para incluir algunas entidades adicionales.

QUISTES ODONTOGENICOS

1. Quiste dentífero
2. Quiste de erupción
3. Quiste gingival en recién nacidos

4. Quiste periodontal y gingival laterales
5. Quiste radicular (periapical)
6. Queratoquistes odontogénicos
 - a) Quiste primordial

QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES

1. Quiste globulomaxilar (premaxilar-maxilar)
2. Quiste nasopalveolar (nasolabial; de Klestadt)
3. Quiste nasopalatino (maxilar anterior mediano)
4. Quiste mandibular mediano
5. Quiste dermoide y epidermoide

QUISTES DEL CUELLO, SUELO BUCAL Y GLANDULAS SALIVALES

1. Quiste del conducto tirogloso
2. Quiste linfoepitelial (hendidura branquial)
3. Quiste de la glándula salival
4. Mucocele
5. Ránula

EMBRIOLOGIA Y ANATOMIA

Este capítulo se refiere a la Embriología y Anatomía tanto de la cabeza como el cuello.

El conocer las áreas o partes anatómicas es de suma importancia, no solamente por referirse este trabajo a una patología como son los quistes, sino porque al saber la localización de cualquier área nos estamos facilitando nuestro trabajo y así mismo evitando complicaciones mayores.

Con gran frecuencia, los estudiantes cometemos el error de tratar de aprender la Anatomía de memoria.

En este capítulo intentaré explicar lógica y claramente la Anatomía y Embriología de la cabeza y del cuello con la esperanza de que hagamos un esfuerzo de visualizar, comprender y aprender, pero no de memorizar lo que aquí se presenta.

EMBRIOLOGIA

La célula sexual masculina o gameto (espermatozoide) se funde con el gameto femenino (óvulo) en un proceso conocido como fertilización, la célula única que resulta o cigoto, marca el principio del nuevo individuo.

Mediante divisiones mitóticas repetidas, el cigoto pasa por una serie de cambios, al principio tiene forma de Ba

ya y se llama Mórula. Más tarde forma una esfera hueca, la -- Blástula y aún más tarde forma la Gástrula un tubo hueco forma las capas: la externa o ectodermo, la media o mesodermo y la interna que reviste el tubo (futuro conducto digestivo) y se llama endodermo.

DESARROLLO DE LA CARA

Un mes después de la fertilización, el centro de -- crecimiento que rige el desarrollo de las distintas partes de la cara, nariz, maxilares y porciones del paladar muestra un aumento en su actividad. Este centro está representado primero con una concavidad conocida como estomodeo que está formada por el ectodermo.

El estomodeo está separado de la parte más superior del tubo digestivo primitivo o intestino anterior por la membrana bucofaríngea.

Al principio de la cuarta semana de desarrollo se -- rompe la membrana, de modo que el estomodeo se continúa con -- el intestino anterior. El rápido crecimiento del mesénquima -- en áreas específicas produce abultamientos, procesos y engrosamiento (placodas). Los más conspicuos de estos son los procesos maxilar superior e inferior y el proceso nasal. En la -- quinta semana, los procesos nasales laterales y medio crecen -- muy rápidamente y se orientan de tal modo que forman depresio

nes nasales. Los procesos laterales forman las alas de la nariz. Los procesos medios crecen uno hacia el otro para formar la parte media de la nariz, la porción central del labio superior, la porción media del maxilar superior y todo el paladar primitivo simultáneamente, los procesos maxilares crecen uno hacia el otro lado y se encuentran con los procesos nasales que se expanden. Las fuerzas de crecimiento de los procesos maxilares que avanzan rápidamente son tales que en las dos siguientes semanas los procesos nasales están confinados a un área inmediatamente inferior a las futuras aberturas de la nariz. Los procesos nasales y maxilares asociados se fusionan entonces unos con otros y contribuyen más adelante a la formación de la nariz, labio y porciones de las mejillas.

DESARROLLO DEL PALADAR PRIMITIVO

Los movimientos de los segmentos de tejidos de los procesos que forman la cara participan también en la formación de estructuras de las cavidades bucal y nasal. Por ejemplo, los procesos medios y nasales fusionados, que se conocen colectivamente como segmento intermaxilar (apofisis palatina del maxilar superior) forma tres partes importantes:

- 1) El filtro (reborde) del labio superior.
- 2) El segmento del arco del maxilar superior que-

lleva los incisivos.

- 3) El paladar primitivo. El borde superior se combina con el tabique nasal.

DESARROLLO DEL PALADAR SECUNDARIO

La masa principal del paladar se origina en excrecencias con aspecto de anaquel del proceso maxilar superior.- Estos procesos hacen su aparición en la sexta semana de desarrollo. Al principio de su formación, se localizan a lo largo de los lados de la lengua en desarrollo, pero más tarde, cuando la lengua toma una posición más profunda en la cavidad bucal primitiva, los procesos palatinos se elevan y crecen uno hacia el otro modo que en la octava semana se fusionan entre sí con el paladar primitivo y con el tabique nasal. La unión con este último completa la formación del techo de la cavidad bucal (paladar) y el piso de la cavidad nasal. El tabique nasal separa los pasajes derechos e izquierdo de la nariz.

CAMARAS NASALES

Seis semanas después de la fertilización las depresiones nasales se hacen más profundas por la acción del crecimiento de los procesos nasales, quedan también incluidas en el mesénquima que queda por debajo.

Inicialmente una fina membrana buco-nasal separa-

la depresión nasal de la boca en desarrollo, con la desaparición de esta membrana los dos espacios (cavidad bucal y nasal) se comunican por medio de una abertura llamada cuana primitiva. Esta se encuentra exactamente por detrás del paladar primitivo después de que se forma el paladar secundario (permanente), los pasajes nasales continúan desarrollándose de modo que las cuanas completamente formadas ocupan el área nasofaríngea.

ARCOS BRANQUIALES

Después de la rotura de la membrana buco faríngea y durante la cuarta y quinta semanas del desarrollo facial, se forman pares de arcos, los arcos branquiales, a los lados de las futuras áreas facial y cervical.

Los nombres de los arcos son premaxilar inferior, maxilar inferior, hioides, primer branquial propiamente dicho y segundo, tercero, cuarto y quinto branquiales propiamente dichos.

Ha de notarse que los arcos branquiales bajo el hioides se llaman arcos branquiales propiamente dichos y son numerados en forma consecutiva, los arcos branquiales por debajo del quinto también se producen, pero están tan deficientemente formados que no se notan. Los arcos se desarrollan por una serie de movimientos complicados de las capas germinales

tivas.

En algunos de ellos, especialmente en los branquia-
les, los movimientos incluyen una evaginación del endodermo, --
invaginación o formación de hendiduras del ectodermo y divi--
sión del mesénquima que queda entre ambos.

Las estructuras bucales que se desarrollan a partir
del arco premaxilar inferior son labio superior, arco del ma-
xilar superior y paladar.

El arco maxilar inferior participa en el desarrollo
de la mandíbula o maxilar inferior. La lengua crece a partir-
de los arcos maxilar inferior, hioides y primero y segundo --
branquiales propiamente dichos. El hueso hioides al que se fi
ja la base de la lengua se forma por la unión de los arcos --
hioideo y primer branquial propiamente dicho.

LENGUA

La formación de la lengua empieza en la cuarta sema
na del desarrollo embrionario. Las dos partes de la lengua --
(cuerpo y raíz) tienen su origen en distintos arcos. El cuer-
po de la lengua está hecho completamente por el arco maxilar-
inferior o segundo, la raíz de la lengua, por otra parte, se-
desarrolla a partir de los arcos hioideo y primero y segundo-
branquiales propiamente dichos. Al principio de su formación-
las partes de la lengua están completamente separadas, pero -

más tarde se fusionan.

En la cuarta semana, el rápido crecimiento del mesénquima del segundo arco o maxilar inferior produce dos tubérculos linguales laterales y uno central llamado tubérculo impar. Exactamente por detrás del tubérculo impar se forma una eminencia producida por el mesénquima del arco hioideo y de los arcos branquiales propiamente dichos primero y segundo, esta es la cópula.

El tercer abultamiento central, producido por el segundo arco branquial propiamente dicho, es la futura epiglotis. Los tubérculos laterales crecen y se fusionan, formando el cuerpo o sea los dos tercios anteriores de la lengua.

Crecimiento, fusión y mezcla del mesénquima de los arcos tercero a quinto hacen muy difícil decidir el papel exacto de cada uno en el desarrollo, pero se sabe que forman la base o tercio posterior de la lengua.

La masa de la lengua la constituyen músculos estriados, algunos de estos son formados indudablemente a partir del mesénquima de los arcos respectivos. Algunos embriólogos creen que gran parte de la lengua se deriva del mesénquima de los segmentos de arcos que forman cara y maxilar superior.

Las excrecencias de tejido conectivo cubiertos por epitelio en la superficie de la lengua se llaman papilas linguales. Aparecen entre la novena y la undécima semanas. Los

corpúsculos o bulbos gustativos se producen también aproximadamente al mismo tiempo (octava o novena semanas).

GLANDULAS SALIVALES

Las glándulas salivales que se originan en la parte anterior de la membrana buco faríngea surgen del ectodermo. - Las que se forman por detrás de la membrana son de origen endodérmico. Los embriólogos empleando este punto de referencia, creen que todas las glándulas salivales accesorias (menores) - se forman a partir del ectodermo y que las principales (mayores) (excepto las parótidas) se forman a partir del endodermo.

El patrón de desarrollo de las glándulas salivales es idéntico independientemente de la capa germinativa de origen, cada una empieza como una sólida prolongación de epitelio hacia abajo, hacia el mesénquima.

A medida que el cordón de epitelio se alarga, penetrando más profundamente en el tejido conectivo, los extremos empiezan a ramificarse repetidamente de modo muy semejante a como lo hacen las raíces de las plantas en la tierra.

Cuando termina esta ramificación, los extremos forman pequeñas masas celulares de forma esférica llamadas acinos o alveolos, estos sintetizan la secreción salival y las ramas que se vuelven tubos huecos o conductos, drenan los acinos. Los componentes de los conductos se forman en el tercer-

mes y se ahuecan en el sexto mes. La agrupación de los acinos y sus conductos correspondientes en lobulillos ocurre en el - sexto mes.

Pero las secreciones salivales se producen después del nacimiento. El desarrollo de las glándulas salivales accesorias toma lugar en el tercer mes y es por lo tanto posterior al de las glándulas principales (parótida, cuarta a sexta semanas, submaxilar, sexta semana y sublingual, octava semana).

ANATOMIA MAXILAR INFERIOR

(MANDIBULA)

Es el hueso más grande y fuerte del esqueleto facial, es un hueso impar. Posee una porción horizontal llamada cuerpo y una vertical llamada rama ascendente.

La zona de la mandíbula donde el cuerpo se une a la rama es conocida como ángulo, que se extiende desde la zona del tercer molar hacia atrás hasta la extremidad posterior de la mandíbula.

La porción anterior del cuerpo del maxilar inferior comprendida entre los dos caninos se conoce como sínfisis. En la zona de la sínfisis, el borde inferior de la mandíbula presenta una superficie abultada prominente, la protuberancia mentoniana, que constituye el mentón.

La superficie superior del cuerpo de la mandíbula que rodea y sostiene los dientes es la apófisis alveolar. El término apófisis se refiere a una extensión ósea de la porción principal (cuerpo) de un hueso.

La rama ascendente de este maxilar tiene, por una escotadura separadas en su extremo superior a dos apófisis, la más anterior de forma triangular, es la apófisis coronoides. La escotadura entre estas tiene forma de S y lleva el nombre de escotadura sigmoidea o mandibular.

El cóndilo y la apófisis coronoides son estructuras anatómicas muy importantes porque los músculos que actúan en los movimientos mandibulares se insertan ahí.

La porción más superior del cóndilo es de forma arco elíptica, debajo de la superficie superior o articulante - hay una parte estrecha conocida como el cuello del cóndilo.

El agujero mentoniano se encuentra externa del cuerpo del maxilar inferior entre los ápices de los premolares y - debajo de ellos. El paquete vasculonervioso mentoniano pasa - por él. Desde la zona del agujero mentoniano y aproximadamente al mismo nivel, se observa una elevación en la superficie - externa del maxilar inferior, la línea oblicua externa.

Esta se extiende hacia atrás hasta la zona de la rama ma.

En la superficie interna hay otra elevación que corresponde algo en longitud y dirección a la línea oblicua externa, es conocida como línea oblicua interna o milohioidea. - Por encima de esta línea hay una superficie cóncava lisa conocida como fosa sublingual.

Por debajo de la línea milohioidea hay una depresión denominada fosa submandibular. El triángulo retromolar o - triángulo mandibular es la zona que está detrás del último molar inferior, y anterior al borde de la rama, está formado -- por la unión de las líneas oblicuas interna y externa y su ba

se es la superficie distal del último molar. Sobre la superficie interna más anterior de la mandíbula, cerca del borde inferior, en la zona de los incisivos centrales aparecen pequeñas proyecciones, que se presentan en pares superior e inferior y son conocidas como tubérculos genianos y extendiéndose lateralmente a cada lado está el agujero dental inferior. Si continuamos en dirección inferior y anterior desde este agujero a lo largo de la mandíbula encontramos el conducto dental inferior. Por delante de este agujero hay una apófisis aguda en forma de espina conocida como espina de spix.

ANATOMIA MAXILAR (SUPERIOR)

Se compone de dos huesos maxilares superiores que se encuentran en la línea media y están unidos por una sutura media. Este maxilar está formado por un cuerpo y cuatro apófisis.

El cuerpo constituye la porción mayor del hueso, la apófisis son:

- 1) Frontal, denominada así porque está en contacto con el (malar) hueso frontal.
- 2) Piramidal o malar, que va en dirección lateral-posterior desde el cuerpo del maxilar superior, denominada así porque está en contacto con el malar.

- 3) Palatina, que está en la parte inferior del - - cuerpo del maxilar superior y constituye la porción mayor del paladar duro, denominada así porque está en contacto con el hueso palatino.
- 4) Alveolar, que es la parte más inferior que rodea y sostiene los dientes superiores.

En la parte más anterior y superior del cuerpo del hueso maxilar superior ahí donde se articulan los dos huesos, hay una apófisis en forma de espina, conocida como espina nasal anterior.

La eminencia canina es una prominencia en la superficie lateral o externa del maxilar en la zona del canino.

Por detrás de la eminencia canina y todavía sobre el cuerpo del hueso maxilar hay una depresión ósea denominada fosa canina. Medial al hueso externo delgado se halla el seno hueco y amplio (antro de Highmore). Arriba de la fosa canina e inmediatamente debajo del reborde orbitario se encuentra el agujero infraorbitario.

La tuberosidad del maxilar es una zona redondeada situada detrás del último molar; es la zona más posterior. -- Aproximadamente a la altura del tercer molar, pero arriba está el agujero dental posterior. En la superficie palatina de este maxilar está el agujero nasopalatino o incisivo que se halla justo atrás de los incisivos centrales superiores y con

tingúa hacia arriba como conducto en forma de Y (conducto nasopalatino o incisivo) de manera que cuando se ramifica cada una de las ramas termina en una fosa nasal.

ANATOMIA HUESO MALAR

Forma el esqueleto del pómulo y está situado entre el maxilar superior, el malar forma el esqueleto del pómulo y está situado entre el maxilar superior, el frontal, el ala mayor del esfenoides y la escama del temporal. De forma cuadrangular, se pueden distinguir en él dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos.

La cara externa es lisa, convexa y sirve de inserción a los músculos cigomáticos.

La cara interna y constituye parte de las fosas temporal y cigomática.

El borde anterosuperior es cóncavo y forma el borde externo, y la parte inferior de la base de la órbita. De él se desprende una lámina ósea dirigida hacia atrás forma parte de la fosa temporal con el nombre de canal retromolar. Recibe esta lámina el nombre de apófisis orbitaria y presenta un borde libre y dentado, por el cual se articula con el maxilar superior y el ala mayor del esfenoides.

El borde postero superior forma parte del límite de la fosa temporal y está constituido por una parte horizontal,

que se continúa con el borde superior de la apófisis cigomática, y otra vertical, en forma de S alargada donde se inserta la aponeurosis temporal.

El borde anteroinferior es dentado y casi recto, y se articula con la apófisis piramidal del maxilar superior.

El borde posteroinferior es rectilíneo, grueso, rugoso articulándose ya en ángulo posterior con la extremidad anterior de la apófisis cigomática y sirve de inserción al -- músculo masetero.

Los ángulos son más o menos dentados articulándose el superior con la apófisis orbitaria externa del frontal; el posterior, con la apófisis cigomática; y el inferior y el anterior, con la apófisis piramidal del maxilar superior.

ANATOMIA HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ

La parte anterior y superior, o puente de la nariz, está formado por los huesos propios. Estos pequeños huesos pares se hallan a cada lado de la línea media y están unidos -- por una sutura ósea. Lateralmente, se articulan, con las apófisis frontal del hueso maxilar superior.

El resto de la estructura nasal externa se compone de diversos cartilagos.

ANATOMIA UNGUIS O HUESO LAGRIMAL

Es un hueso plano, de forma cuadrilátera, colocado en la parte anterior de la cara interna de la órbita, entre el frontal, el etmoides y el maxilar superior. Presenta dos caras y cuatro bordes.

La cara externa lleva una cresta vertical o cresta lagrimal posterior, que se termina inferiormente por una apófisis en forma de gancho.

Esta apófisis integra el orificio superior del conducto nasal. La cara externa se halla dividido en dos porciones, es por la cresta lagrimal.

La posterior es plana y se continúa con la lámina papirácea del estmoides, mientras la anterior es acanalada y contribuye a formar el canal lagrimonasal.

La cara interna presenta un canal vertical que la divide en dos y corresponde con la cresta de la cara externa. La parte posterior se articula con el etmoides, completando las celdillas etmoidungueales.

La anterior, rugosa y con surcos vasculares, contribuye a formar la pared externa de las fosas nasales.

El borde superior se articula con la apófisis orbitaria interna del frontal, en tanto que el inferior contribuye a formar el conducto nasal.

De los otros dos bordes, el anterior se articula con la rama ascendente del maxilar superior y el posterior -- con la lámina papirácea del etmoides.

ANATOMIA HUESO PALATINO

Hueso par en forma de L. Una porción horizontal - de la L se continúa con la porción palatina del hueso maxilar superior y forma la parte más posterior del paladar duro. Las porciones horizontales de las dos L se encuentran en la línea media. La porción vertical del hueso palatino se extiende hacia arriba y contribuye a la formación de las paredes externa y posterior de la cavidad nasal. En su parte más anterior don de la lámina horizontal se encuentra con la vertical, hay un agujero denominado agujero palatino anterior o mayor. Poste-- rior al agujero palatino anterior o mayor. Posterior al agujero palatino mayo está el agujero palatino posterior o menor, - es mucho más pequeño.

Si seguimos hacia arriba, comienza la estructura de la nariz. Al observar la nariz externa, vemos que es acorazonada con la porción más angosta hacia arriba y la más ancha - abajo.

ANATOMIA HUESO VOMER

El hueso vómer es un hueso único denominado así por que su forma es similar a una reja de arado. Para comprender como es este hueso, hay que mirarlo de adelante hacia atrás.

Se articula en la superficie inferior con la apófisis palatina del hueso maxilar superior, con la apófisis horizontal del hueso palatino forma las porciones óseas, inferior y posterior del tabique nasal.

ANATOMIA CORNETE NASAL INFERIOR

El cornete nasal inferior junto con el cornete superior y medio del hueso etmoides, son láminas óseas helicoidales que se proyectan desde la parte externa de la nariz y se curvan en dirección inferior. El cornete nasal inferior es un hueso separado que se hune a los huesos maxilar superior y palatino. El espacio inferior a cada cornete se conoce como meato. Por tanto, el meato superior se encuentra entre el cornete nasal superior y el cornete nasal medio, el meato medio se encuentra entre el cornete nasal medio y el cornete nasal inferior, el meato nasal inferior se halla debajo del cornete nasal inferior y el piso de la nariz.

ANATOMIA GLANDULAS SALIVALES

La cavidad bucal recibe el producto de secreción de numerosas glándulas que pueden dividirse según su volumen en dos categorías: las glándulas pequeñas y las glándulas grandes o salivales propiamente dichas.

— Glándulas pequeñas:

Están diseminadas en toda la extensión de la mucosa bucal; se reparten en cuatro grupos principales que son:

Glándulas palatinas, glándulas labiales, glándulas bucales (son anexas a la mucosa de las mejillas) y las glándulas linguales.

Las glándulas palatinas están situadas en la bóveda palatina. Las glándulas labiales ocupan la cara posterior de los labios. Las glándulas bucales son anexas a la mucosa de las mejillas. Se reserva el nombre de glándulas molares para aquellas que son vecinas del orificio de desembocadura del conducto de Stenon.

Las glándulas linguales se dividen en varios subgrupos: unas anexas a las papilas caliciformes y a las papilas foliadas; otras, llamadas de Weber, ocupan la parte posterior de los bordes laterales de la lengua, y otras, conocidas con el nombre de glándulas de Blandin o de Nuhn, están situadas en la cara inferior de la lengua, cerca de la punta.

— Glándulas grandes o glándulas salivales propiamente dichas:

Estas glándulas están dispuestas en la vecindad de la cavidad bucal siguiendo una curva concéntrica a la del maxilar inferior. Están unidas a esta cavidad por los conductos excretores, se encuentran tres glándulas salivales a cada lado, que de atrás adelante son: la parótida, submaxilar y sublingual.

GLANDULA PAROTIDA

Es la más voluminosa, está situada por detrás de la rama ascendente del maxilar inferior, por debajo del conducto auditivo externo, por delante de la apófisis mastoideas, de la apófisis estiloides y de los músculos que en ella se insertan.

La superficie de la glándula es lobulada, de coloración gris amarillenta. Su peso muy variable, es por término medio de 25 grms.

— Formas y Relaciones:

La parótida lleva una excavación profunda, anfractuosa, llamada celda parotídea, y su superficie se adapta exactamente a la de las paredes de la celda.

Esta celda es irregularmente prismática triangular; la glándula parótida es también prismática triangular y presenta: una cara externa, una cara anterior y una cara poste--

rior; dos extremidades o bases, una superior y otra inferior: dos bordes que se distinguen en anterior, interno y posterior.

La cara externa plana o ligeramente abombada, está cubierta por la aponeurosis cervical superficial, que se extiende por delante de la vaina del esterno-cleido-mastoideo hasta la aponeurosis masetérica.

La cara anterior tiene forma de un canal vertical, cóncavo hacia delante, corresponde de fuera adentro: al borde posterior del masetero cubierto por su aponeurosis; al borde posterior de la rama ascendente del maxilar del cual está separada por una delgada capa de tejido celular muy laxo; al pterigoideo interno y a su revestimiento aponeurótico, por abajo; y a la parte posterior de la aponeurosis interpterigoidea representada por el ligamento esfeno-maxilar, por arriba; finalmente a una membrana célula fibrosa que une a un ligamento estilo-maxilar al ligamento esfeno-maxilar.

Esta membrana está a menudo rechazada hacia adentro y hacia delante por una prolongación interna o faríngea de la parótida.

La cara posterior mira hacia atrás, hacia abajo y hacia adentro, corresponde, de fuera adentro, al borde anterior del esterno-cleido-mastoideo, al digástrico, al estilo-hioideo y al estilo-gloso.

Estos músculos están rodeados y unidos entre sí --

por una lámina aponeurótica que se extiende al borde anterior del esterno-cleido-mastoideo a la pared de la faringe. Esta aponeurosis está reforzada por el ligamento estilo-hioideo, que está situado en la prolongación de la apófisis estiloides, por dentro del músculo estilo-hioideo.

La glándula emite hacia atrás, dos prolongaciones, una entre el esterno-cleido-mastoideo y el digástrico y la apófisis estiloides.

La extremidad superior corresponde por delante a la articulación temporo-maxilar y por detrás al conducto auditivo interno.

La extremidad inferior descansa sobre un tabique fibroso que separa la parótida de la glándula submaxilar llamado por esta razón tabique intermaxilo-parotideo. Esta lámina fibrosa está constituida en gran parte por la cintilla maxilar tendida entre el borde anterior del esternocleido-mastoideo y el ángulo de la mandíbula y por la parte inferior del ligamento estilo-maxilar.

El borde anterior de la glándula se extiende más o menos sobre la cara externa del masetero. De este borde emerge el conducto excretor de la parótida o conducto de Stenon una prolongación anterior llamada prolongación masetérica; esta prolongación se aísla, a veces, de la masa glandular principal y forma una parótida accesoria.

El borde posterior corresponde al borde anterior -- del esterno-cleidomastoideo.

El borde interno corresponde al ligamento estilo-ma-xilar, está situado por dentro de este ligamento, cuando existe una prolongación faríngea de la parótida.

RELACIONES DE LA PAROTIDA EN LA CELDA PAROTIDEA

En la celda parotídea, está envuelta la parótida -- por una fina capa de tejido celular, distinta de la aponeurosis que limita la celda. En ciertas partes de la superficie glandular este tejido se hace más denso y la glándula se adhiere a las partes correspondientes de la celda.

La parótida está recorrida de abajo arriba por la carótida externa, que da sus ramas terminales en la parte superior de la glándula.

También está recorrida de arriba a abajo por la vena yugular externa que nace en la parótida y con frecuencia también por la vena comunicante intraparotídea o por la vena-carótida externa de Launay. Finalmente, la parótida está atravesada por el nervio facial.

CONDUCTO DE STENON

El conducto excretor de la parótida, llamado conducto de Stenon, es un conducto de paredes gruesas, blanquecino-

y que mide poco más o menos cuatro centímetros de largo y - - tres milímetros de diámetro.

Nace en el espesor de la parótida, por dos troncos de origen o raíces, una superior y otra inferior, o por un só lo tronco colector que se dirige oblicuamente hacia arriba y hacia adelante a través de la glándula. El conducto de Stenon emerge del borde anterior de la glándula, un poco por encima de su parte media. Termina en la cavidad bucal atravesando su cesivamente las regiones masetérica y geniana. Se dirige primero de atrás a adelante en un desdoblamiento de la aponeurosis masetérica.

La distancia que le separa del arco cigomático alcanza quince milímetros, en el borde anterior de la parótida, disminuye de atrás a adelante y mide un centímetro en el borde anterior del masetero.

Al llegar al borde anterior del masetero, el conduc to se inclina hacia dentro y contornea la cara anterior de la bola adiposa de Bichat, en un desdoblamiento de la hojilla -- aponeurítica que rodea esta masa atraviesa el buccinador, se desliza de atrás a adelante bajo la mucosa, en una extensión de algunos milímetros y se abre en la boca por un orificio -- cortado oblicuamente, enfrente del cuello del primero o segun do molar superior.

VASOS Y NERVIOS DE LA PAROTIDA

Las arterias de la parótida son las ramas parotídeas de la carótida externa y de la auricular posterior.

Las venas terminan en la yugular externa y en la comunicante intraparotídea.

Los linfáticos van a los ganglios intraparotídeos.

Los nervios proceden del aurículo-temporal y de la rama auricular del plexo cervical superior.

ANATOMIA GLANDULA SUBMAXILAR

Está situada en la parte lateral de la región suprahióidea y ocupa la depresión angular comprendida entre la cara interna del maxilar inferior por una parte, y los músculos suprahióideos, la cara lateral de la base de la lengua y la de la faringe, por otra.

Del tamaño de una almenbra, pesa poco más o menos - siete gramos. Su coloración es ligeramente rosada en el vivo y blanco grisáceo en el cadáver.

FORMA Y RELACIONES

La glándula submaxilar está contenida en una excavación osteo-músculo-aponeurótica, llamada celda submaxilar.

La glándula submaxilar y su celda, ocupada por ella,

tienen evidentemente la misma forma y lo mismo una que otra -
presentan: tres caras, tres bordes y los extremidades.

La cara supero-externa de la glándula corresponde a la fosita submaxilar del maxilar inferior y, por detrás de es ta fosita, a la cara interna del pterigoideo interno.

La cara infero-externa está cubierta por la aponeurosis cervical superficial, el cutáneo y la piel.

La cara interna o profunda de la glándula está en -
relación: 1o. por delante, es decir, en la región del suelo -
bucal, con los músculos digástricos, milohioideo o hiogloso, -
con el nervio hipogloso mayor y, por intermedio del músculo -
hiogloso, con la arteria lingual; 2o. por detrás, con la pa--
red lateral de la faringe, cruzada a este nivel por el múscu-
lo estilo-gloso.

El borde externo corresponde al borde inferior de -
la mandíbula.

El borde superior corresponde por delante, a la in-
serción maxilar del milohioideo, por detrás, a la mucosa del-
surco alvéolo-lingual; entre la mucosa y la glándula pasa el-
nervio lingual.

El ganglio submaxilar descansa sobre la glándula.

El borde inferior, convexo hacia abajo, traspasa -
frecuentemente el nivel del asta mayor del hioides.

La extremidad anterior de la glándula, situada un

poco por detrás del vientre anterior del digástrico, sigue la línea de unión de la aponeurosis superficial con la hojilla de revestimiento del milohioideo.

La extremidad posterior corresponde al tabique inter-maxilo-carotideo.

La glándula submaxilar está además en relación, con el interior de la celda submaxilar, con la vena facial que -- cruza su cara externa, con los ganglios submaxilares, dispuestos a lo largo del borde inferior de la mandíbula, y con la -- arteria facial, que contornea la glándula.

PROLONGACION ANTERIOR

De la cara profunda de la glándula submaxilar, por detrás del milohioideo, se desprende una prolongación glandular que se introduce por encima de este músculo y se adosa a la extremidad posterior de la glándula sublingual. La disposición de esta prolongación glandular es tal, que se ha dicho -- que la submaxilar se divide por delante en dos prolongaciones, que pasan una por dentro y otra por fuera del milohioideo. Pero esta última es mucho más voluminosa y debe considerarse como parte del cuerpo mismo de la glándula.

CONDUCTO DE WHARTON

El conducto excretor de la glándula submaxilar lla-

mado conducto de Wharton, es un conducto de paredes delgadas, pero resistentes, aplanado en el cadáver, blanquecino, y de cuatro a cinco centímetros de largo por dos a tres milímetros de grueso.

El conducto de Wharton procede de la reunión de varios conductos colectores. Emerge de la cara profunda de la glándula y se dirige enseguida hacia delante y hacia dentro.

Este conducto acompaña primeramente a la prolongación anterior de la glándula, después va por dentro del milohioideo y de la glándula sublingual, hasta la extremidad inferior del frenillo de la lengua; cambia entonces de dirección, se adosa al del lado opuesto, se dirige directamente hacia delante en una longitud de dos a tres milímetros y se abre en la cavidad bucal por el ostioma umbilical. El nervio lingual le contornea de fuera a delante y de atrás a adelante.

VASOS Y NERVIOS DE LA GLANDULA

Las arterias de la glándula submaxilar proceden de la facial y de la submental. Las venas afluyen de la vena facial.

Los linfáticos terminan en los ganglios submaxilares.

Los nervios proceden del ganglio submaxilar, del nervio lingual y de la cuerda del tímpano por intermedio del-

lingual.

ANATOMIA GLANDULA SUBLINGUAL

Está situada en el suelo bucal, por debajo de la mucosa del surco alveolo-lingual.

Es alargada en el sentido del surco alveolo-lingual, aplanada transversalmente y ligeramente afilada en sus extremidades, su peso es poco más o menos de tres gramos, y mide - tres centímetros de longitud, quince milímetros de altura y - siete a ocho milímetros de grosor.

Su coloración es semejante a lo de la glándula submaxilar.

RELACIONES

En la glándula sublingual se distinguen una cara externa, una cara interna, un borde superior, un borde inferior y dos extremidades, una anterior y otra posterior.

La cara externa corresponde a la fosita sublingual-del maxilar inferior y al milohioideo.

La cara interna está en relación con los músculos -geniogloso y lingual inferior, con el nervio lingual y con el conducto de Wharton.

El borde superior está cubierto por la mucosa del -surco alveolo-lingual, que forma a este nivel el pliegue sub-

lingual.

El borde inferior corresponde al geniohioideo, que ocupa el ángulo formado por el geniogloso y el milohioideo.

La extremidad anterior está en relación, por detrás de la sínfisis del mentón con la glándula del lado opuesto.

La extremidad posterior corresponde a la glándula submaxilar y a su prolongación anterior.

CONDUCTOS EXCRETORES

La glándula sublingual es una aglomeración de glándulas y posee tantos conductos excretores como pequeñas glándulas constituyen esta agrupación.

Hay unos quince a treinta conductos excretores, uno de ellos, más voluminoso que los demás, llamado conducto de Rivinus o de Bartholino, nace de la parte media de la cara profunda de la glándula, sigue al conducto de Wharton y se abre por fuera de él, con el vertice de la carúncula sublingual. Los otros, que deben llamarse conductos de Walter, son pequeños y cortos y terminan por fuera del conducto de Rivinus, a lo largo de la eminencia sublingual elevada por la glándula sublingual.

VASOS Y NERVIOS

Las arterias proceden de la sublingual.

Las venas terminan en las venas linguales profundas y en la vena ranina.

Los linfáticos afluyen a los ganglios submaxilares.

Los nervios proceden del ganglio sublingual y de la cuerda del tímpano, por intermedio del nervio sublingual, rama del nervio lingual.

ANATOMIA DEL CUELLO

VERTEBRAS CERVICALES

La columna cervical está compuesta de siete vértebras cervicales, superpuestas y articuladas entre sí. Se las designan con el nombre de primera, segunda, tercera, etc., -- contándolas de arriba a abajo.

A.- Caracteres generales de las vértebras cervicales.

Cada vértebra cervical comprende un cuerpo, dos pedículos, dos láminas, una apófisis espinosa, cuatro apófisis articulares, dos apófisis transversas y un agujero vertebral.

- a) Cuerpo.- Es alargado transversalmente y más grueso por delante que por detrás. Presenta seis caras; superior, inferior, anterior, posterior, laterales.

La cara superior está limitada a cada lado por una cresta ánteroposterior llamada gancho o apófisis semilunar. - La cara inferior presenta dos superficies laterales biseladas que corresponden a los ganchos de la vértebra subyacente. En la cara anterior se ve una elevación vertical media. La cara posterior cóncava, limita por delante el agujero vertebral, - en fin, cada cara lateral da origen al pedículo y a la raíz anterior de la apófisis transversa del lado correspondiente.

- b) Pedículos.- Se implantan en la parte posterior de las caras laterales del cuerpo, cerca de la cara superior, y se extienden hasta la apófisis articular. Se da el nombre de agujero de conjunción al orificio comprendido entre los pedículos de dos vértebras vecinas.
- c) Apófisis Articulares.- Forman una columna ósea vertical, unida al cuerpo por el pedículo y cuyas caras superior e inferior están cortadas en bisel. Estas caras son planas y articulares: La superior mira hacia atrás y hacia arriba, la inferior hacia delante y hacia abajo.
- d) Apófisis Transversas.- Está formada cada una de ellas por la reunión de dos raíces, una anterior y otra posterior. La raíz anterior se implanta en la cara lateral del cuerpo, delante del pedículo; la raíz posterior en el pedículo, en su unión con la apófisis articular. La apófisis transversa y sus dos raíces circunscriben, con el pedículo, el agujero transversario.

Cada apófisis transversa está excavada en su cara superior por un canal transversal y termina hacia afuera por dos tubérculos, uno anterior y otro posterior.

- e) Láminas.- Más anchas que altas, las láminas es--

tán inclinadas hacia abajo y hacia atrás, y se extienden de la apófisis articulares a la apófisis espinosa.

f) Apófisis Espinosa.- Está formada por la reunión de dos láminas.

Su vértice es bituberculoso y su cara inferior está surcada por un ancho canal.

g) Agujero Vertebral.- Es triangular con ancha base anterior.

B.- Caracteres particulares de ciertas vértebras cervicales.

Primera, cervical o atlas.

Está formada por dos masas laterales, unidas adelante por el arco anterior y atrás por el arco posterior, quedando circunscrito entre esos elementos el agujero raquídeo.

Masas Laterales. Se distinguen en cada una de ellas seis caras. La superior cóncava, de forma elíptica, con su diámetro mayor dirigido hacia adelante y adentro y estrangulada en su tercio medio, recordando su forma a la superficie de una suela de zapato; recibe el nombre de cavidad glenoidea y se articula con los cóndilos del occipital.

La cara inferior vuelta hacia adentro, se apoya en la correspondiente apófisis articular del axis. La cara externa se prolonga en la apófisis transversa, que tiene un sólo -

tubérculo en su vértice y presenta un agujero transversal bastante desarrollado; este orificio se continúa con un canal excavado en el arco posterior, por donde pasa la arteria vertebral.

La cara interna es rugosa con un tubérculo más o menos marcado, que sirve de inserción al ligamento transverso de la articulación atlóido odontoidea. De las caras anterior y posterior se desprenden los arcos anterior y posterior respectivamente.

Arco Anterior. Aplanado de adelante a atrás. Presenta en la línea media por su cara anterior el tubérculo anterior del atlas. En la misma línea media, pero por su cara posterior, ostenta una superficie articular oval, de diámetro transverso mayor, que se articula con la apófisis odontoides del axis.

Arco Posterior. Lleva en la línea media de su cara posterior el tubérculo posterior del atlas. En su cara superior, en el punto de unión con las masas laterales, presenta una canaladura, a veces transformada en verdadero orificio, por donde pasa la arteria vertebral.

Agujero Raquídeo. Es muy grande, y en estado fresco queda dividido en dos porciones por el ligamento transverso; una anterior, donde se aloja la apófisis odontoides, y otra posterior, más o menos elíptica, que contiene la médula espi-

nal y sus envolturas.

Osificación. Se realiza mediante dos centros primitivos para el arco posterior y las masas laterales; un punto-complementario origina el arco anterior en el primer año de vida.

— Axis o Eje, Segunda Vértebra Cervical.

Cuerpo del Axis. En su cara superior destaca una -- apófisis más o menos cilíndrica, llamada apófisis odontoides, cuya base, relativamente ancha se continúa hacia arriba por -- una porción más estrecha o cuello, a la que sigue el cuerpo, -- que termina por una superficie convexa y rugosa o vértice. En éste se insertan diversos ligamentos. Por delante y por de- -- trás, la apófisis odontoides lleva superficies articulares -- convexas que se articulan con el arco anterior del atlas y -- con el ligamento transversal respectivamente.

La cara inferior del cuerpo es cóncava, con un re- -- borde anterior, continuación de la cara del mismo lado que se prolonga más abajo de la cara inferior. De las caras latera- -- les parten las apófisis articulares, saliendo las superiores -- a cada lado de la base de la apófisis odontoides.

Ambas son un poco convexas y vueltas hacia arriba y hacia afuera, en tanto que las inferiores están colocadas por debajo y detrás de las apófisis transversas.

Apófisis Transversas. Son cortas, su base se halla perforada por el agujero transverso y cada una de sus ramas se confunde con la apófisis articular correspondiente.

Agujero Raquídeo. Tiene figura triangular, con la base hacia adelante.

Apófisis Espinosa. Es bastante ancha y presenta una cara superior y otra inferior excavadas y rugosas, siendo la concavidad más profunda en la cara inferior.

Pedículos. Se confunden con las láminas, y al igual que éstas, no ofrecen ningún carácter especial.

Osificación. El axis se desarrolla a expensas de dos grandes centros de osificación laterales que originan las masas apofisiarias y uno o dos centros para el cuerpo. Más tarde aparecen dos centros de osificación que, al desarrollarse, producen la apófisis odontoides, la cual, embriológicamente, se considera con el cuerpo del atlas. Aquella no se suelda con el axis, sino hasta el tercero o cuarto año de vida.

— 6° Vértebra Cervical.

Nos ofrece caracteres diferenciales de importancia. Solamente el tubérculo anterior de su apófisis transversa es muy desarrollado y se le llama tubérculo carotídeo o de Chassaignac.

— 7° Vértebra Cervical o Prominente

Es una vértebra de transición entre las cervicales y las dorsales.

Presenta en la parte inferolateral de su cuerpo una pequeña faceta para articularse con la primera costilla. Su apófisis espinosa, muy larga de ahí su nombre de prominente, se inclina hacia abajo y atrás y tiene un sólo tubérculo en su vértice. La arteria vertebral no pasa por los agujeros que existen en la base de la apófisis transversa, sino por el canal que llevan éstas en su cara superior; además, dichas apófisis no están bifurcadas en su vértice.

MUSCULOS

El siguiente grupo de estructuras anatómicas que corresponde estudiar son los músculos, ya que se insertan en el periostio que rodea al hueso. Antes de estudiar los músculos-específicos, es importante tener presente dos propiedades generales del tejido muscular.

- 1) Cada músculo se compone de varias fibras pequeñas mantenidas juntas por una aponeurosis delgada, que permite la separación de los músculos de otras estructuras anatómicas de la zona.
- 2) Cada músculo tiene un origen y una inserción. Si conocemos el origen y la inserción de cada músculo, será bastante fácil comprender su función específica.

Los movimientos del maxilar inferior están regulados directamente por los músculos de la masticación. Los cuatro músculos de la masticación son el masetero, temporal, pterigoideo interno y pterigoideo externo.

Tres de ellos el masetero, el temporal, y el pterigoideo interno corren en sentido vertical y por ello fundamentalmente, cierran o elevan el maxilar inferior; el cuarto, el pteririgeoideo externo, va en sentido horizontal y su función principal es colocar el maxilar inferior en protusión.

MUSCULO TEMPORAL

Es un músculo en forma de abanico, que toma su origen en la fosa temporal, las fibras del músculo se dirigen hacia abajo, y algunas hacia adelante, por debajo del arco cigomático para insertarse en la apófisis coronoides y el borde anterior de la rama mandibular; termina en la parte más posterior de la apófisis alveolar.

Este músculo, considerado como el más poderoso de los músculos de la masticación, eleva y retruye la mandíbula. El origen se percibe al apretar los dientes y palpar la zona correspondiente con los dedos.

MUSCULO MASETERO

Se origina en el arco cigomático y en el malar; va hacia abajo y atrás para insertarse en la superficie externa del ángulo mandibular.

Por lo tanto, como el origen está fijo arriba y adelante de la inserción, el masetero eleva la mandíbula con protusión ligera.

Si apretamos los dientes y deslizamos los dedos desde el arco cigomático hasta el ángulo de la mandíbula percibimos el músculo masetero.

MUSCULO PTERIGOIDEO INTERNO

Tiene su principal zona de origen en la cara interna del ala externa de la apófisis pterigoides. Este músculo se dirige hacia abajo, atrás y afuera para insertarse en la superficie interna de la mandíbula, en la zona del ángulo. -- Funciona en la elevación de la mandíbula, levemente en la protrusión y en el movimiento lateral de la mandíbula durante la masticación.

MUSCULO PTERIGOIDEO EXTERNO

Es el músculo más corto de la musculatura masticatoria. Nace en un fascículo superior y uno inferior.

El fascículo superior se origina en la superficie inferior del ala mayor del hueso esfenoides. El fascículo inferior nace en la cara externa de la apófisis pterigoides y la superficie posterior de la tuberosidad del maxilar.

Debido a que el pterigoideo externo es medial y anterior al cóndilo mandibular, las fibras del fascículo superior se extienden casi rectas hacia atrás y afuera para insertarse en la cápsula y el disco articular de la A.T.M.

Las fibras del fascículo inferior se extienden hacia atrás, afuera y arriba para insertarse en la cabeza del cóndilo.

Cuando este músculo se contrae de un lado, el movimiento es hacia adelante y al lado opuesto. El efecto, es llevar la mandíbula hacia el lado opuesto del músculo que funciona. En la masticación, las contracciones alternadas de cada músculo pterigoideo externo permiten los movimientos laterales de la mandíbula. Cuando ambos músculos se contraen simultáneamente, se anula la tracción medial y la mandíbula simplemente se desliza hacia adelante y abajo, produciéndose la abertura de la boca.

MUSCULOS CUTANEOS DE LA CARA

Comprenden los músculos de los párpados, músculos de la nariz y los músculos de los labios.

MUSCULOS DE LOS LABIOS

Los músculos de los labios bajo cuya denominación se incluyen a todos los músculos que convergen en la abertura de la boca, son los siguientes: el orbicular de los labios, el elevador común del ala de la nariz y del labio superior, el elevador propio del labio superior, el canino, los cigomáticos mayor y menor, el buccinador, el cuadrado de la barba y la borla de la barba.

ORBICULAR DE LOS LABIOS

Este músculo, es muy superficial y no se inserta directamente en el esqueleto, ocupa la totalidad del ancho de los labios. Debido a que tiene fibras abundantes y extensas cumple varias funciones, así, puede cerrar el orificio bucal, contraer los labios y presionarlos contra los dientes; también puede extender los labios o arrugarlos.

MUSCULO BUCCINADOR

Este músculo tiene tres puntos de origen: el primero en el proceso o borde alveolar superior, por encima del tercer molar. El siguiente está detrás del primero, en la zona del gancho de la apófisis pterigoides, del cual pende un ligamento, el rafe pterigomandibular. La última zona de origen de este músculo es la línea oblicua externa de la mandíbula, después, el músculo se dirige hacia adelante y forma el volumen principal del carrillo y termina en la comisura labial y los labios. Cumple varias funciones, lleva la comisura hacia el costado y atrás, mantiene las mejillas tensas durante todas las fases de la abertura y cierre de la boca al relajarse durante la abertura y contraerse gradualmente durante el cierre.

ELEVADOR COMÚN DEL ALA DE LA NARIZ Y DEL LABIO SUPERIOR

Es un músculo colocado en sentido vertical que se extiende de la apófisis ascendente del maxilar superior al labio superior.

Se inserta por arriba en la cara externa de la apófisis ascendente del maxilar superior y en ocasiones su inserción se extiende a los huesos propios de la nariz y la apófisis orbitaria interna del frontal, se dirige después verticalmente hacia abajo y al nivel de la base de la nariz se divide en dos fascículos; el interno termina en la piel de la parte posterior del ala de la nariz y el externo continúa más abajo hasta fijarse en la cara profunda de la piel del labio superior eleva el ala de la nariz y el labio superior.

ELEVADOR PROPIO DEL LABIO SUPERIOR

Se extiende de la porción suborbital al labio superior.

Superiormente forma inserción por debajo del reborde orbitario inferior y por encima del agujero suborbitario del maxilar superior; se dirige luego hacia abajo para insertarse en la cara profunda de la piel del labio superior. Su acción es elevar el labio superior.

MUSCULO CANINO

Este músculo se origina en la fosa canina del maxilar superior y se extiende hacia abajo y adelante, debajo del cuadrado del labio superior y el cigomático, para insertarse en la piel de la comisura labial. La función de este músculo es elevar la comisura labial y llevarla levemente hacia medial.

MUSCULO CIGOMATICO MENOR

Se extiende del hueso malar al labio superior. Por arriba se inserta en el hueso malar; se dirige luego hacia abajo y adelante para terminar en la cara profunda de la piel del labio superior, por fuera del elevador propio del mismo.- Su acción es desplazar hacia arriba y hacia afuera la media del labio superior.

MUSCULO CIGOMATICO MAYOR

Este músculo se origina en el hueso malar a un lado del fascículo cigomático del músculo cuadrado del labio superior y se inserta en la piel y en el músculo orbicular de los labios a nivel de la comisura labial. Este músculo atrae la comisura labial hacia arriba y afuera.

MUSCULO RISORIO DE SANTORINI

Nace en la aponeurosis del músculo masetero en su -
borde anterior, continúa hacia adelante, atraviesa el carri--
llo y se inserta en la piel y la mucosa de la comisura labial.
Cuando este músculo se contrae produce una sonrisa o una mue--
ca.

MUSCULO TRIANGULAR DE LOS LABIOS

En la zona de la línea oblicua externa, desde la zo--
na del canino hasta el primer molar. Se extiende hacia arriba
y se inserta en la piel de la comisura labial. Algunas fibras
continúan hacia arriba para mezclarse con las fibras del la--
bio superior. Eleva la comisura labial hacia abajo y adentro.

MUSCULOS DEL CUELLO

Los músculos del cuello se dividen según su situa--
ción. Así se distinguen los músculos de la región lateral del
cuello, los de la región anterior o hioidea y los de la re--
gión prevertebral.

REGION LATERAL DEL CUELLO

Encontramos en ella los siguientes músculos, comen--
zando por los más superficiales: el cutáneo del cuello, el es

ternocleidomastoideo, los escalenos y el recto lateral de la cabeza.

MUSCULO CUTANEO DEL CUELLO

Es un músculo que se halla colocado sobre la aponeurosis superficial y por debajo de la piel; se extiende desde la región infraclavicular hasta la comisura de los labios.

Su inserción inferior se realiza en el tejido conjuntivo subcutáneo de la región infraclavicular y de la acromial; después se dirige hacia arriba y adentro hasta alcanzar el borde inferior del maxilar inferior sus haces internos se cruzan en la línea media con los haces correspondientes del cutáneo del lado opuesto y van a fijarse debajo de la piel del mentón, en tanto que los medios se insertan sobre el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar y, los externos, confundidos con las fibras del triangular y del cuadrado de la barba, terminan por fijarse en la piel de la comisura labial.

Su acción es desplazar hacia abajo la piel de la barba y del labio inferior y contribuye de este modo a modificar la expresión de la fisonomía en los estados de dolor y de cólera.

MUSCULO ESTERNOCLEDOMASTOIDEO

Es un músculo vigoroso que se halla colocado por debajo del cutáneo y se extiende de la articulación esternoclavicular a la apófisis mastoides.

Su inserción inferior se verifica a favor de dos haces, de los cuales el externo o posterior es más ancho. El haz inferno o esternal se inserta por medio de un fuerte tendón en la cara anterior del manubrio del esternón, se ensancha a medida que asciende, cubre el haz externo en su parte media y superior, y termina por fijarse en la parte externa de la línea curva superior del occipital, así como en el borde posterior y en el vértice de la apófisis mastoidea. El haz externo o clavicular se inserta mediante láminas tendinosas en el borde anterior y parte de la cara superior del cuarto interno de la clavícula; desde aquí se dirige hacia arriba y poco después de cruzar por detrás del haz esternal. Sus fibras se subdividen en dos fascículos, uno de los cuales va a fijarse en el borde posterior y vértice de la apófisis mastoides, en tanto que el otro lo hace en la parte externa de la línea occipital.

Resulta de lo que antecede que la inserción inferior del esternocleidomastoideo se realiza por medio de dos haces claramente separados, entre los cuales queda un espacio

triangular de base inferior. En cambio su inserción superior se hace mediante una sola masa muscular, aunque dividida en dos distintos planos.

La contracción simultánea de ambos músculos produce la extensión de la cabeza sobre el cuello, en cambio cuando se contrae aisladamente, inclinan la cabeza hacia el lado opuesto.

MUSCULOS ESCALENOS

Los músculos escalenos son tres: Escaleno anterior, medio y posterior y constituye en conjunto una masa muscular situada en la parte lateral y media del cuello, por dentro del cutáneo y del esternocleidomastoideo.

Se extiende dicha masa muscular desde la apófisis transversas de las vértebras cervicales a las dos primeras costillas.

El escaleno anterior se inserta por arriba merced a sendas láminas tendinosas en los tubérculos anteriores de la apófisis transversas de las vértebras cervicales tercera, cuarta, quinta y sexta, desde estos lugares sus fibras convergen en un cuerpo muscular, el cual mediante un tendón de forma cónica se fija en el tubérculo de Lisfranc. De la primera costilla.

El escaleno medio se inserta superiormente en los -

tubérculos anteriores de las apófisis transversas de las seis últimas vértebras cervicales e inferiormente por medio de un tendón en la cara superior de la costilla, por detrás de la inserción del escaleno anterior, del cual queda separado por el canal de la vena subclavia.

El escaleno posterior se fija por arriba en el tubérculo posterior de la apófisis transversas de la cuarta, quinta y sexta vértebras cervicales, y por abajo, merced a un tendón aplanado de afuera adentro, en borde superior y en la cara externa de la segunda costilla.

Cuando las costillas permanecen fijas, la contracción de los escalenos de un lado produce inclinación de la parte cervical de la columna vertebral hacia dicho lado; en cambio, su contracción simultánea proporciona de esa parte de la columna una gran rigidez.

Por otro lado al contraerse estos músculos, cuando la columna vertebral permanece fija, elevan las costillas, contribuyendo a los movimientos respiratorios de inspiración.

MUSCULO RECTO LATERAL DE LA CABEZA

Se halla situado en la región superior del cuello, cubiertos por los músculos de la nuca que lo ocultan completamente. Es relativamente corto y se extiende del atlas al occipital.

Toma inserción por arriba en la apófisis yugular-
del occipital y, por abajo, en la apófisis transversas del --
atlas.

La contracción de uno de los rectos laterales incli-
na la cabeza hacia el lado correspondiente, en cambio su con-
tracción simultánea fija la cabeza sobre el atlas.

MUSCULO DE LA REGION HIOIDEA

Se distinguen en ésta región dos grupos musculares:
los músculos suprahioideos y los infrahioideos.

MUSCULOS SUPRAHIOIDEOS

Reciben este nombre por hallarse situados por enci-
ma del hueso hioides y son los siguientes. Digástrico, estilo
hioideo, milohioideo y gnoichioideo.

MUSCULO DIGASTRICO

Este músculo se compone de dos vientres, uno poste-
rior y otro anterior, unidos por un tendón intermedio. El --
vientre posterior se origina en la porción mastoidea del hue-
so temporal, se extiende hacia adelante y se inserta en el --
hueso hioides, por medio de un cabestrillo aponeurótico que -
rodea al tendón y conecta los fascículos anterior y posterior.

El vientre anterior del digástrico se origina en la

fosita digástrica localizada en el borde interno del maxilar inferior en la zona de la sínfisis y se inserta en el tendón que lo conecta con el vientre posterior. Las acciones de los digástricos son variadas, pero si nos detenemos a pensar en el origen y las inserciones, estas serán fáciles de comprender. Si el vientre posterior se contrae, el hueso hioides retrocede; si se contrae el vientre anterior, el hueso hioides va hacia adelante.

También ayudan en la retracción y el descanso del maxilar inferior, cuando el hueso hioides está fijo.

MUSCULO ESTILOHIOIDEO

Este músculo se origina en la apófisis estiloides del hueso temporal y se dirige hacia abajo y adelante. Cuando se acerca al tendón del músculo digástrico, se divide en dos porciones, una interna y otra externa para dar paso al digástrico, luego se reconstituye y se inserta en el hueso hioides. La acción de este músculo lleva el hueso hioides hacia atrás y arriba, también ayuda a los músculos infrahioides a fijar al hueso hioides.

MUSCULO MILOHIOIDEO

Nace en la línea oblicua interna del maxilar inferior. La mayoría de las fibras van directamente hacia la lí-

nea media para reunirse con el músculo milohioideo del lado opuesto en una banda tendinosa denominada rafe milohioideo. Algunas de sus fibras posteriores se dirigen hacia atrás y abajo para insertarse en el cuerpo del hueso hioides. Este músculo forma el piso de la cavidad bucal y, al contraerse, eleva el hueso hioides y el piso de la boca. Permite que la lengua se eleve contra el paladar duro cuando se habla o come; en circunstancias similares a las del músculo geniohioideo ayuda a descender la mandíbula.

MUSCULO GENIOHIOIDEO

Se origina en el par inferior de tubérculos genianos, en la superficie interna del maxilar inferior y se inserta en la cara anterior del cuerpo del hioides. Cuando se contrae, si el hueso hioides no está inmovilizado, se dirige hacia delante y arriba. Si el hueso hioides está fijo, este músculo actúa como depresor de la mandíbula.

MUSCULOS INFRAHIOIDEOS

Su situación inferior con respecto al hueso hioides hace que se les de esta denominación y son cuatro: el esternocleidohioideo, el omohioideo, el esternotiroideo y el tirohioideo.

MUSCULO ESTERNOCLEIDOHIOIDEO

Este músculo se origina en la superficie inferior - del esternón y se inserta en el hueso hioides. Cuando se contrae, el hueso hioides desciende.

MUSCULO OMOHIOIDEO

Es un músculo digástrico que se halla situado a los lados del cuello y se extiende del omóplato al hueso hioides.

El vientre posterior se inserta en el borde superior del omóplato, por dentro de la escotadura coracoidea; si gue luego hacia dentro y adelante, cruza por fuera al paquete neurovascular del cuello y se continúa con el tendón intermedio. Este, al continuarse con el vientre posterior, cambia de dirección, se vuelve hacia arriba, y va a fijarse en la porción externa del hueso hioides y en el asta mayor de éste, in mediatamente por fuera del esternocleidohioideo.

Funciona como depresor del hueso hioides y, también sería tensor de la aponeurosis cervical media, contribuyendo así a favorecer la circulación venosa del cuello durante la - inspiración.

MUSCULOS DE LA REGION PREVERTEBRAL

Ocupan el plano más profundo de los músculos del --

cuello, se hallan situados como indica su nombre, en la parte anterior de la columna vertebral y son en número de tres: Recto anterior mayor de la cabeza, recto anterior menor de la cabeza y largo del cuello.

MUSCULO RECTO ANTERIOR MAYOR DE LA CABEZA

Es un músculo corto y aplanado que se extiende del occipital a la apófisis transversas de la columna cervical.

Se inserta superiormente en la cara inferior de la apófisis basilar, por delante del agujero occipital; después se dirige hacia afuera y abajo, se divide en cuatro haces que se fijan, a favor de sendos tendones, en los tubérculos anteriores de las apófisis transversas de la tercera, cuarta, quinta y sexta vértebras cervicales.

Funciona como flexor de la cabeza sobre la columna vertebral cuando se contraen simultáneamente los músculos de ambos lados. La contracción aislada de uno de ellos produce un pequeño movimiento de rotación de la cabeza hacia el lado correspondiente.

MUSCULO RECTO ANTERIOR DE LA CABEZA MENOR

Se halla colocado por detrás del recto anterior mayor y se extiende del occipital al atlas. Este músculo se inserta superiormente sobre la cara inferior de la apófisis ba-

silar, inmediatamente adelante del agujero occipital; sus fibras se dirigen luego afuera y abajo, para fijarse en la cara anterior de la apófisis transversa del atlas y en la cara anterior de sus masas laterales.

Es flexor de la cabeza, sobre la columna vertebral y ligero rotador de la misma, cuando se contrae de un sólo lado.

MUSCULO LARGO DEL CUELLO

Se halla situado, en la parte, por detrás del recto mayor anterior y se extiende del atlas a la tercera vértebra dorsal.

Se distinguen en este músculo tres porciones; porción oblicua inferoexterna, porción oblicua superoexterna y porción longitudinal.

La primera se inserta por abajo en los cuerpos de la segunda y tercera vértebras dorsales; sigue luego hacia arriba y afuera para insertarse mediante tres tendones en los tubérculos anteriores de la tercera, cuarta y quinta vértebras cervicales. La porción superoexterna se inserta por arriba en el tubérculo anterior del atlas: se dirige después hacia abajo y afuera y acaba por fijarse, merced a cuatro digitaciones, en los tubérculos anteriores de la apófisis transversales de la tercera, cuarta, quinta y sexta vértebras cer-

vicales. Finalmente, la porción longitudinal se halla situada hacia adentro de las anteriores y se inserta por abajo en el cuerpo de las tres primeras vértebras dorsales, así como en las tres últimas cervicales, sus fibras siguen luego en dirección vertical y terminan por fijarse en la cresta anterior -- del axis y en el tubérculo anterior del atlas.

La contracción simultánea de los largos de ambos lados produce la flexión de la columna cervical. La contracción aislada origina pequeños movimientos de inclinación de dicha columna hacia los lados.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una -- combinación de datos físicos, historia, valoración radiográfi- ca y biopsia.

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

Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor, a no ser que se infecten. La vitalidad de los dientes -- próximos a un quiste no infectado no se altera incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se haya perdido en gran parte, sin embargo, puede existir una pérdida temporal de la res- puesta vital en los dientes adyacentes a quistes infectados.

No todos los quistes maxilares forman radiotranspa- rencias bien definidas, redondas u ovals con márgenes radio- pacos 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 hay infección o no.

Por otra parte no todas las radiotransparencias - - bien definidas son quistes, ya que varios tumores odontogéni- cos y otras lesiones pueden producir imágenes radiográficas, - prácticamente iguales.

Estructuras anatómicas normales como el seno maxi--

lar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidas como quistes, sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación y son necesarias varias vistas radiográficas para un diagnóstico diferencial.

Debido a que los quistes de los tejidos blandos del cuello se presentan muchas veces tensos, la diferenciación entre el quiste y los tumores sólidos puede hacer difícil la presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un signo de quiste más que de tumor, debido a que los quistes frecuentemente se infectan secundariamente, sin embargo la dureza del quiste y la movilidad de los tejidos del cuello frecuentemente hacen que la fluctuación no sea un signo seguro de la presencia de líquido.

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

QUISTES ODONTOGENICOS

Los quistes odontogénicos son quistes de desarrollo que se originan en los tejidos formadores del diente. Estos quistes se pueden presentar desde la infancia hasta cualquier edad y en su crecimiento destruyen el hueso.

El hueso esponjoso ofrece menos resistencia que el hueso cortical, de forma que su crecimiento se realiza a través de la porción medular del hueso. El hueso cortical se puede atrofiar debido a la presión y luego volverse delgado, semejante a una cáscara de huevo; puede quedar tan erosionado que a veces de lugar a una franca ulceración.

Un quiste puede ocupar la totalidad de un segmento de la arcada, y ensanchándola hasta el extremo de producir -- una distorsión facial.

QUISTE DENTIGERO

Se caracterizan por estar constituidos por una bolsa conjuntivo epitelial, en cuyo interior se encuentra la corona de un diente, el cual permanece retenido.

En la literatura médica, los quistes dentígeros se han denominado de distintas maneras: quistes foliculares, - - quistes dentíferos, quistes coronodontinarios, quistes embri^onarios, adamantinomas quísticos de origen gubernacular.

Tenemos que dejar sentado que los quistes dentíge--ros se desarrollan en dientes que quedan retenidos en los maxilares, y siempre se presentan radiográficamente y estructuralmente constituidos por una bolsa quística alrededor de la corona de dicho diente, esta es la única forma que les corresponde.

Es bastante difícil determinar la frecuencia de los quistes dentígeros. Mouchshed encontró que de 4 de cada 500 pacientes sometidos a exámenes radiográficos bucales completos--tenían uno o más quistes dentígeros.

Si eran relacionados con los dientes no erupciona--dos, había 3,6% quistes dentígeros por 100 pacientes que tenían por lo menos un diente sin salir. Por otra parte, 2,6% de los pacientes con dientes sin salir tenían quistes dentígeros.

Las localizaciones usuales son el tercer molar, del

maxilar inferior; el canino y el tercer molar del maxilar superior; y el segundo premolar del maxilar inferior, aunque -- puede aparecer en cualquier diente sin erupcionar.

La corona del diente se proyecta dentro de la luz -- de la cavidad quística. El quiste puede tener cualquier tamaño, desde una leve dilatación del saco pericoronar 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 superior e inferior.

Aunque el quiste se desarrolla sobre un sólo diente, puede incluir las coronas de varios dientes adyacentes al dilatarse. Por otra, puede desplazar los dientes en posiciones alejadas de sus localizaciones normales especialmente en el -- maxilar superior, algunas veces, no es posible determinar el diente responsable.

Thoma clasificó los quistes dentígeros 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 de -- forma simétrica, moviéndose en una dirección opuesta a la de la 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 una porción de la corona.

Se desarrolla en la parte del órgano del esmalte -- que persiste después de que la porción que está encima de la superficie oclusal se ha convertido en cutícula dental. Puede incluir al diente o desarrollarlo 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 y produciendo una imagen similar a la del quiste radicular.

Los quistes dentígeros suelen ser solitarios. Muchas veces el quiste dentígero también puede estar en asociación con la disostosis cleidocraneal y un tipo raro de amelogénesis imperfecta hipoplásica en el cual hay muchos dientes enterrados.

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 sean necesarias radiografías estereoscópicas, sin embargo, la convexidad de la pared lateral del quiste en comparación con la concavidad lateral del antro generalmente sirve para diferenciar ambas cosas.

El quiste generalmente está compuesto por una del--

gada pared de tejido conjuntivo tapizado por un epitelio esca
moso estratificado que es continuo con el epitelio reducido -
del esmalte que cubre la corona.

No hay unanimidad de opinión en cuanto al origen --
del quiste, la mayoría de los investigadores han defendido un
origen intrafolicular, es decir, el crecimiento directo del -
folículo que envuelve la corona del diente. Otros crecen en -
un origen extrafolicular y sugieren que el quiste se desarro-
lla al principio a partir de restos epiteliales extrafolícula
res que más tarde se unen con el folículo de un diente en - -
erupción.

(Gillete y Weinmann, Dachi y Howell).

QUISTES DE ERUPCION

El quiste de erupción es una variante en los tejidos blandos del quiste dentífero ya que, se debe también a la acumulación de líquido entre el órgano formador del esmalte y el esmalte completamente formado.

Sin embargo, ya que se asocia casi siempre a un diente que está brotando (generalmente deciduo, pero a veces permanente), y ya que sus acciones se limitan principalmente a los tejidos gingivales que hay por encima más que al hueso, merece por ello un nombre específico.

Clinicamente puede ser unilateral o bilateral único o múltiple y existir al nacer. Es raro que el quiste desplace al diente debido a la tensión interna del quiste. Se ha indicado que el quiste ocurre con más frecuencia en mujeres.

La lesión tiene el aspecto de una tumefacción de su superficie lisa, de color rosado o azulado, fluctuante. Localizada en el surco de un alveolo por encima de la corona de un molar deciduo o definitivo en erupción, el intenso color azul, que muchas veces es característico, se debe a la acumulación de sangre por ello la tumefacción puede confundirse con un hemangioma.

Generalmente no necesita tratamiento, ya que el quiste desaparece después de la erupción completa del diente.

En algunos casos debido al dolor o la hipersensibilidad asociada es preciso hacer una incisión o incluso eliminar el tejido que hay por encima.

QUISTE GINGIVAL EN RECIEN NACIDOS

Casi todos los embriones humanos después del cuarto mes de vida fetal y por lo menos el 80% de los recién nacidos tienen pequeños nódulos o quistes (perlas de Epstein, nódulos de Bohn) en la unión de los paladares duro y blando cerca del rafe medio. Los nódulos, generalmente varios y de color blanco o blanco amarillento, son pequeños quistes de inclusión -- que probablemente son debidos a una incorporación de epitelio durante el proceso embrionario de la fusión palatina.

Estos quistes se hacen superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida.

Los quistes gingivales localizados sobre la superficie de la encía o cerca de ella tienen su origen probablemente en una formación quística dentro de los restos de la lámina dental, puede ocurrir tanto en la encía libre como en la fija o en la papila gingival.

Suelen tener un diámetro de 1 mm o menos, se hallan revestidos de epitelio escamoso estratificado y muchas veces están llenos de capas concéntricas de queratina.

QUISTE PERIODONTAL Y GINGIVAL LATERALES

El quiste periodontal lateral, relativamente raro, - suele ser encontrado en adultos sobre la raíz del canino o -- premolares del maxilar inferior.

Para denominarse así, debe estar localizado dentro del hueso, no tener ninguna comunicación con la cavidad bucal, y estar en oposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales.

El quiste gingival lateral, que parece ser la misma entidad, está incluido dentro del tejido gingival y no afecta al hueso.

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

Los quistes gingivales como su nombre lo indica, - se localizan en la encía libre o adherida. Algunos de estos - quistes crecen a partir del epitelio de la lámina dental, del órgano del esmalte o de sus ramificaciones, mientras que - -- otros crecen a partir de células desplazadas del epitelio gin gival, lo que puede ocurrir en un traumatismo.

Por lo general el aspecto clínico es el de una masa prominente pequeña (rara vez mayor de 1 cm de diámetro), de - superficie lisa en forma de cúpula redonda, que tiene un co--

lor de tejido normal, que a veces parece un quiste mucoso más profundo.

Suele ser duro y no doloroso a la palpación. Aunque se localiza generalmente en la encía fija, puede presentarse en la región gingival libre e incluso en los tejidos próximos.

Se hallan revestidos de epitelio escamoso estratificado y muchas veces están llenos de capas concéntricas de queratina.

QUISTE RADICULAR (PERIAPICAL)

Es la más frecuente de los quistes bucales. El -- quiste periodontal, periapical radicular, tiene un origen inflamatorio.

Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pola hacia la zona periapical del diente, se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamada granuloma apical. Dentro de esta masa proliferan extensamente 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.

El quiste es muchas veces asintomático y se diagnóstica en radiografías dentales sistemáticas. El diente asociado con el quiste no es vital y casi siempre presenta caries dental.

Aunque las características radiográficas son parecidas a las de otros quistes es frecuente que halla datos que ayuden a establecer el diagnóstico: la zona radiotransparente se localiza casi siempre en el ápice de la raíz; generalmente no puede identificarse el diente infectado o degenerado como responsable del quiste; y las características radiológicas de la patosis periapical están presentes. En resumen encontramos también una radiotransparencia periapical y una discontinui--

dad de la membrana periapical y de la lámina dura que son características del granuloma periapical y del absceso.

Muchos quistes radiculares son de tamaño discreto - (1 a 2 cm de diámetro) y su forma suele ser redonda u ovalada, pero son frecuentes las variaciones de forma y tamaño; algunos son pequeños y tienen solamente pocos milímetros de diámetro, mientras que otros son grandes y de varios centímetros. - La forma suele ser elíptica en unos y lobulada en otros.

En algunos casos poco frecuentes, la zona radiotransparente puede localizarse a distinta distancia del ápice, no pudiendo distinguirse radiográficamente el surco existente entre la raíz y el quiste.

El aspecto clínico del quiste radicular es muy variable. El quiste puede no apreciarse clínicamente ya que a veces faltan totalmente los signos clínicos. Por otra parte el aspecto clínico puede ser muy sugestivo, sobre todo cuando el quiste es grande o cuando hay una infección activa; en tal caso puede encontrarse un diverso grado de agrandamiento o deformidad del hueso, desde formaciones localizadas, escasamente apreciables, de coloración normal y consistencia ósea, o protuberancias purpúreas de moderado tamaño, cuya palpación es la crepitación quística que señala la presencia de una delgada capa de hueso cortical.

A veces las manifestaciones clínicas del quiste ra-

dicular consisten en una masa tumoral carnosa, de superficie lisa, blanda, en la que se observa un conducto fistuloso por el que sale un exudado purulento.

Los síntomas sugestivos que acompañan a los quistes radiculares son también muy variables; algunos quistes son -- completamente asintomáticos, mientras que otros producen dolor, hiperestesia o malestar.

Desde el punto de vista diagnóstico, es de gran importancia la detección del diente afectado, es decir la identificación del diente muerto o infectado. Aunque muchas veces esto se consigue por exploración directa no es raro que se ne cesiten pruebas de vitalidad pulpal.

En la mayor parte de los casos, los datos radiográficos y clínicos nos llevan a establecer un diagnóstico de pa tosis periapical.

QUERATOQUISTES ODONTOGENICOS

El término de queratoquiste odontogénico, propuesto por Philipsen se refiere a un tipo específico de alteración - que puede ocurrir en los quistes foliculares, residual y, muy raras veces, radicular y fisural.

El epitelio es uniforme. La capa basal está bien de marcada por células cilíndricas y cuboideas, una capa muy del gada de ortoqueratina o paraqueratina cubre el epitelio.

Cuando posee esta capa, el queratoquiste parece com portarse de forma diferente al quiste normal. Estos quistes - pueden ser múltiples y asociados con el síndrome de carcinoma basocelular nevoide múltiple.

Estos quistes han recibido numerosas denominacio- - nes: quistes epidermoides, colesteatomas y disembrioplasias - epidérmicas.

Los queratoquistes odontogénicos están caracteriza- dos por la presencia de un material espeso, cremoso, caseoso - que llena la cavidad.

Al abrirlos, se observan cristales brillantes. Es-- tos quistes suelen ser mayores y con más frecuencia multilocu lares que los quistes no queratinizados.

Son unas tres veces más frecuentes en el maxilar su perior y hay recidivancias en alrededor de la mitad de los ca sos.

a) QUISTE PRIMORDIAL

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.

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 escamoso estratificado.

El quiste primordial se localiza principalmente en la zona del tercer molar de la mandíbula; muy pocas veces se presentan en otro lugar aunque se ha encontrado en el maxilar.

Generalmente falta el tercer molar pero a veces el quiste es más posterior y se cree que procede del epitelio -- primordial de un cuarto molar supernumerario abortado.

Suele encontrarse como una zona radiotransparente -- única, redondeada, ovalada o como una sombra, rodeada por -- unos bordes muy bien delimitados y envueltos por una zona estrecha de hiperostosis.

Raramente suele alcanzar un tamaño superior a 2 cm. de diámetro y por ello no se acompaña de asimetría cortical o desplazamiento del diente contiguo.

Los quistes primordiales de mayor tamaño pueden dar lugar a expansión de la cortical y desplazamiento de los dien

tes y pueden extenderse a la rama o por delante hacia el corpo de la mandíbula.

Por definición los quistes no deben estar en contacto con una corona o ápice radicular de un diente. Pueden ser-multiloculares o uniloculares.

QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES

Los quistes fisurales se producen cuando falla la -
función ósea en la época del desarrollo embrionario.

El epitelio o restos epiteliales quedan englobados-
durante la fusión y más tarde comienzan a proliferar para dar
lugar a la formación de un quiste fisural.

QUISTE GLOBULOMAXILAR

(PREMAXILAR-MAXILAR)

El quiste globulomaxilar (premaxilar-maxilar) es un quiste fisural localizado en el hueso maxilar superior entre el incisivo lateral y canino vitales.

Según ciertos investigadores este quiste constituye menos del 3% de los quistes maxilares.

Este quiste suele aparecer clínicamente antes de la edad de 30 años. No parece haber predilección sexual, aunque tal vez aparezca con más frecuencia en varones que en hembras. Puede ocurrir bilateralmente. Se ha postulado que este quiste se forma a partir de los restos epiteliales atrapados en la región de la sutura incisiva (es decir, la sutura entre el premaxilar y el maxilar y no entre los procesos embrionarios-globular nasal mediano) y maxilares como han indicado casi todos los investigadores.

Se ha pensado que este quiste pudiera ser hereditario. Sin embargo, no se ha comunicado ningún caso semejante de ocurrencia familiar.

El descubrimiento del quiste globulomaxilar suele ser casual, a no ser que sea infectado. Sin embargo, puede causar al dilatarse un agrandamiento del maxilar superior o una deformación del seno maxilar.

Las características radiográficas son muchas veces patognomónicas: el quiste se presenta como una zona radiotransparente invertida, y forma de pera, entre las raíces de los incisivos laterales y de los caninos, dando lugar a un desplazamiento moderado o intenso; la zona radiotransparente es homogéneamente oscura; la lámina dura de la cara distal de la raíz lateral y de la cara media de la raíz del canino suele faltar y el borde periférico del quiste no está tan bien delimitado.

A veces el quiste globulomaxilar es de tamaño enorme, en cuyo caso puede extenderse por encima de los ápices de los caninos y de los incisivos laterales y alcanzar el ápice del incisivo central o del primer premolar.

El diagnóstico se basa en la localización específica de una zona radiotransparente, en sugestiva forma de pera, y en que no se relaciona con dientes muertos.

Microscópicamente puede estar tapizado por epitelio cuboide escamoso estratificado o por epitelio cilíndrico ciliado.

QUISTE NASOALVEOLAR
(NASOLABIAL DE KLESTADT)

El quiste nasopalveolar (nasolabial) fue descrito -- por primera vez, Zuckerkandl. También se ha denominado quiste de Klestadt debido a la publicación de este investigador, donde se indica que probablemente deriva de los restos epiteliales localizados en la unión de los procesos globular, nasolaterales y maxilares, teoría aceptada actualmente por la mayoría de los investigadores.

El quiste está situado en el lugar de fijación del ala de la nariz (es decir, cerca de la base de la nariz). No está localizado dentro del hueso. El quiste nasopalveolar puede ocasionar bastante hinchazón facial para obliterar el pliegue nasolabial en el lado afectado.

Se han observado, casos bilaterales en aproximadamente el 10% de los pacientes. Generalmente este quiste abulta hacia el suelo del vestíbulo nasal, proyectándose debajo del extremo anterior del cornete inferior, y algunas veces -- causa obstrucción nasal.

Una tercera parte de los pacientes han experimentado dolor intermitente.

La disección roma del quiste ha sugerido que está - fijado a la mucosa nasal, se demuestra claramente mediante el

uso de un material radiopaco.

El quiste nasoalveolar ocurre principalmente en mujeres y, por lo menos en Estados Unidos, parece ocurrir con más frecuencia en individuos de raza negra.

Microscópicamente está tapizado por epitelio respiratorio o escamoso estratificado o, con más frecuencia, por epitelio cilíndrico seudo estratificado o por una combinación de estos epitelios.

QUISTE NASOPALATINO
MAXILAR ANTERIOR MEDIANO

Los quistes nasopalatinos (maxilares anteriores medianos) incluyen los quistes del conducto incisivo y los de la papila palatina.

El quiste del conducto incisivo es un saco intraóseo cerrado, tapizado por epitelio. Cuando está localizado por debajo del agujero incisivo se denomina quiste de la papila palatina.

Embriológicamente, el conducto incisivo que comunica las cavidades nasal y bucal, se forma cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar, dejando dos vías de comunicación, una a cada lado del tabique nasal. Dentro de cada conducto se encuentra un ductus nasopalatino o cordón o restos celulares epiteliales. Al aproximarse estos conductos a la superficie de la cavidad bucal, se dirigen hacia adelante y generalmente se unen antes de determinar como una apertura común en el hueso palatino inmediatamente por detrás de la papila palatina.

Los conductos incisivos también contienen raíces terminales de las arterias palatina descendente y esfenopalatina, el nervio nasopalatino y glándulas salivales menores.

Aunque los conductos nasopalatinos permanecen per--

meables en la mayoría de los mamíferos, generalmente no lo hacen con el hombre, sin embargo se han observado algunas excepciones.

La frecuencia de este quiste es muy dudosa en el adulto. Se han propuesto diversas teorías para explicar la formación de quistes en los conductos nasopalatinos, como el trauma, infección bacteriana, bloqueo inflamatorio o mucoso del conducto, etc.

No hay predilección sexual. Muchos casos pasan inadvertidos hasta que se diagnostican en radiografías habituales. Sin embargo, la mayoría de los pacientes en los cuales el quiste llega clínicamente evidente se encuentran en la cuarta y sexta década de la vida. Los quistes nasopalatinos son generalmente indoloros excepto cuando se infectan.

Clínicamente hay muchas veces un agrandamiento de la línea media anterior del paladar. Hay tumefacción en aproximadamente una mitad de los pacientes con quiste del conducto incisivo y en todos los que tienen quiste de papila palatina. El drenaje o la supuración es una secuela frecuente.

El diagnóstico radiográfico del quiste puede ser difícil y no es posible hacerlo con seguridad si el diámetro es menor de 0,6 cm, ya que la fosa incisiva normal puede ser grande.

El quiste se encuentra siempre en la línea media y-

es circular u oval.

A) Puede quedar simulada la forma de corazón si se superpone la espina nasal en la radiografía.

En las vistas oclusales, el quiste aparece detrás de los incisivos.

Se puede observar la formación de cartilago junto a los quistes de la papila palatina, pero sólo raras veces junto a los quistes del conducto incisivo.

Algunas veces se observan incluso algunos fragmentos musculares.

Microscopicamente, los quistes pueden ser tapizados por completo o en combinación por epitelio escamoso estratificado, transicional, cilíndrico, cilíndrico ciliado seudoestratificado, cilíndrico ciliado o cuboideo.

El revestimiento más común es el escamoso estratificado.

QUISTE MANDIBULAR MEDIANO

El quiste mandibular mediano es una entidad dudosa.

Es posible que represente un quiste de desarrollo - que resulta de la inclusión de epitelio atrapado en el canal-central del proceso mandibular del embrión de 10 mm hasta 14-mm. Por otra parte, puede tener su origen en una degeneración quística de un gérmen dental supernumerario.

El quiste está localizado dentro del maxilar infe--rior por debajo de los ápices de los incisivos centrales (en una posición a la de un quiste dental en la región de la sín-fisis).

Los quistes han sido avales, redondos, irregulares- e incluso multiloculares. Los dientes adyacentes son vitales.

Microscópicamente, los quistes han estado tapizados por epitelio escamoso estratificado o una combinación de epi-telio de este tipo y cilíndrico ciliado.

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE

El término de quiste dermoide, será aplicado para - denotar un quiste del desarrollo tapizado por epidermis.

Probablemente es debido al enclavamiento de ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias que ocurre - en la tercera y cuarta semanas in utero.

Alrededor de la boca, los quistes dermoides ocurren con más frecuencia en el suelo y se han clasificado en quis--tes dermoides medial (línea media) y lateral. Probablemente - tienen su origen siempre encima del músculo milohioideo aun--que pueden penetrarlo a través de un hiato de desarrollo.

En el quiste dermoide medial, el atrapamiento de --epitelio en la línea media probablemente ocurre durante la fusión de los arcos branquiales primero (maxilar) y segundo - - (hioideo), es decir, por la fusión de los procesos laterales- a cada lado del arco maxilar con el tubérculo impar, para formamar la lengua anterior y el suelo de la boca.

El quiste dermoide lateral es hallado entre la cara lateral de los músculos genianos y el milohioideo.

Clinicamente suele producir menos tumefacción que - el quiste dermoide medial.

Aparece situado profundamente en el canal muscular- formado por el geniogloso e hioigloso medialmente y el milo- -

hioideo lateralmente y se proyecta dentro de la boca por debajo de la glándula sublingual al nivel de la zona premolar-molar y dentro del cuello en la unión de las regiones submentonianas y submaxilar.

El quiste dermoide lateral probablemente deriva del extremo ventral de la primera bolsa faríngea o de la hendidura branquial.

No hay predilección de sexo. Los quistes dermoides son raras veces evidentes al nacer pero suelen aparecer clínicamente entre los 12 y 25 años de edad.

Si está localizado por encima del músculo genihoideo (quiste dermoide sublingual o geniogloso), el quiste ocasiona una elevación y desplazamiento de la lengua produciendo dificultad de hablar, comer e incluso respirar, debido a la presión ejercida sobre la epiglotis.

Si el quiste es más profundo (es decir, entre los músculos genihoideo y milohioideo), puede causar un abultamiento en la región submentoniana (quiste dermoide submentoniano o genihoideo). Este último quiste se advierte por una hinchazón lenta e indolora en la región submentoniana que se extiende desde el maxilar inferior hasta el hueso hioides, dando el aspecto de un mentón doble.

Al aumentar de tamaño, puede empujar a la laringe hacia abajo y su crecimiento hacia arriba provoca un abomba-

miento en el suelo de la boca.

Su tamaño es variable pero, puede llegar hasta varios centímetros. Generalmente una impresión pastosa es la que da a la palpación, pero puede ser fluctuante, según la composición de su contenido.

Microstópicamente, 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 sólo se encuentran pelos en raras ocasiones.

QUISTES DEL CUELLO, SUELO BUCAL

Y GLANDULAS SALIVALES

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

El anclaje del lóbulo medio de la glándula tiroideas aparece en la base de la lengua aproximadamente al terminar - la tercera semana intrauterina.

Durante su descenso, sigue unido al punto de origen (señalado por el agujero ciego) mediante un tallo epitelial - conocido como conducto tirogloso. Este tallo desciende a la - zona ocupada por el hueso hioides, por delante del cartílago - tiroideas, para unirse a los lóbulos laterales que se hallan - en desarrollo.

En condiciones normales, la conexión con la faringe se ha perdido al llegar a la sexta semana. La falta total o - parcial de obliteración del tallo puede dar lugar a la forma - ción de un quiste o fistula del conducto tirogloso aparecen - después de la rotura del quiste, pero aproximadamente el 5% - parecen ser congénitas.

Clínicamente el quiste se manifiesta como una masa - cervical blanda, casi siempre movable, sensible a la presión, situada en la línea media, cuyo diámetro varía entre 1 cm y - 10 cm.

Suele levantarse al deglutir o al sacar la lengua. - Aparece en cualquier punto a lo largo del trayecto de descen - so del anclaje tiroideo (es decir desde el agujero ciego has -

ta la escotadura supraesternal).

Más del 70% ocurren a nivel del hueso hioides o del Istmo del tiroides. Más del 60% aparecen durante las dos primeras décadas de la vida.

No hay predilección sexual. Más del 50% de los pacientes tienen una anamnesis de infección recidivante del quiste. Si el quiste está localizado dentro de la lengua o en la región suprahioidea, puede producir molestias como disfagia, accesos de ligera asfixia, hay ronquera o dificultades de fonación.

El quiste es casi siempre de paredes delgadas y el contenido es acuoso, a no ser que esté infectado.

Microscópicamente, el conducto o fístula tiroglosa está tapizado por epitelio escamoso estratificado, cilíndrico ciliado o no ciliado y transicional intermedio.

Los quistes pueden estar conectados al agujero ciego por conductos únicos o múltiples o carecer de comunicación.

QUISTE LINFOEPITELIAL

(HENDIDURA BRANQUIAL)

El quiste linfoepitelial (hendidura branquial) es un quiste del desarrollo poco frecuente que se desarrolla en la región lateral del cuello.

Aunque se creía generalmente que procedía de los residuos epiteliales de los arcos branquiales.

El quiste se suele evidenciar durante la tercera década. No hay predilección sexual.

Las manifestaciones clínicas son las de una masa prominente, de crecimiento lento, no dolorosas en la región lateral superior del cuello, por delante del músculo esternocleidomastoideo.

La masa varía de tamaño, según su tiempo de evolución y la existencia o no de infección secundaria, pero generalmente es blanda y fluctuante a la palpación, su superficie es lisa, de bordes curvados bien limitados y está recubierta generalmente de una piel no adherente, de aspecto normal.

Su insidencia es mayor en los niños y en los adolescentes.

Microscópicamente, el quiste linfoepitelial tiene un revestimiento epitelial escamoso estratificado, generalmente no queratinizado rodeado por tejido linfoide con centros germinales.

QUISTES DEL CUELLO, SUELO BUCAL Y
GLANDULAS SALIVALES

QUISTE DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Los verdaderos quistes de las glándulas salivales - son raros si se eliminan los quistes branquiogénicos. Todos - los casos comunicados han aparecido en la glándula parótida.

Los quistes de las glándulas salivales están gene-- ralmente tapizados por epitelio escamoso estratificado.

Se ha sugerido que ocurren con mayor frecuencia en el lado izquierdo y que probablemente son más frecuentes en - mujeres. Parece ser que los quistes parotídeos representan -- aproximadamente el 1% de las masas quirúrgicas de las glándu- las salivales.

Los quistes de las glándulas salivales se clasifi-- can en tres categorías: quistes verdaderos, mucocelos o quis- tes por retención superficial y ránulas.

El quiste verdadero es habitualmente pequeño de 1 - cm. o menos de diámetro y se localiza en el interior del cuer- po de la glándula parótida o submaxilar.

MUCOCELE

Tipo de extravasación mucosa, es una cavidad delimitada por tejido de granulación.

Al parecer un traumatismo, 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 submucoso.

El mucocele de las glándulas próximas a la punta de la lengua se denomina quiste de Blandin-Nuhn. Más del 70% de estos quistes se dan en el labio inferior.

La mucosa bucal y con menor frecuencia el suelo de la boca, son localizaciones algo habituales.

Raramente se afecta el labio superior. El mucocele del labio inferior se observa con mayor frecuencia en individuos de menos de 40 años y se produce más a menudo en los varones que en las mujeres.

El mucocele es profundo o superficial y su tamaño varía entre unos pocos milímetros y 1 cm. o más de diámetro.

Los superficiales tienen un color azulado, son transparentes y se rompen fácilmente.

El mucocele más profundo puede durar meses e incluso años.

Es frecuente que se reproduzcan. Estos no se reconocen

cen tan fácilmente ya que, debido al engrosamiento de los tejidos que lo recubren se presenta como un tumor discreto, redondo, de superficie lisa y de color rosado normal.

La palpación nos muestra una masa dura móvil, por ello puede confundirse el quiste como una neoplasia benigna - como un fibroma.

Sin embargo, el diagnóstico más definitivo de quiste mucoso puede obtenerse mediante la punción aspirativa de la lesión y la obtención de un líquido espeso, de color rojizo.

Miscrópicamente, es variable, algunos quistes están recubiertos por un epitelio plano, mientras que otros están - recubiertos por tejido fibroso comprimido.

RANULA

La ránula que es un verdadero quiste por retención, se presenta de forma característica en el suelo de la boca y es unilateral.

Se desarrolla asociado a los conductos secretores de las glándulas submaxilar o sublingual y se debe generalmente a una obstrucción causada por un cálculo salival o por una sustancia orgánica blanda.

El aspecto clínico detallado depende muchas veces del tamaño y profundidad del quiste. Generalmente la ránula es superficial y de pequeño tamaño, de 1 a 3 cm de diámetro.

En estos casos es una masa blanda, redondeada, de superficie lisa, azulada o rojiza que hace protusión de un lado del suelo de la boca. A veces es más grande, en cuyo caso desplaza la lengua e interfiere la función bucal.

Por otra parte, la ránula puede ser muy profunda, de forma que el grosor de los tejidos situados por encima enmascaran su aspecto generalmente translúcido y le proporciona un color rosado normal. Lo más frecuente es que estas lesiones sean unas tumoraciones redondas, de superficie lisa y de consistencia semisólida.

Tiene importancia diagnóstica el hecho de que aumente de tamaño inmediatamente antes o durante las comidas y dis

minuya de tamaño después de las mismas.

No es frecuente obtener en la historia clínica una total desaparición de la lesión, debido a que el drenaje del líquido quístico, se sigue únicamente de una posterior recidiva.

Deben practicarse radiografías, tanto oclusivas como extraorales, para saber si hay o no cálculos salivales que a veces son los responsables de la obstrucción.

Sin embargo, en muchos casos, la obstrucción no se debe a cálculos sino a residuos orgánicos y entonces las radiografías no revelan nada importante.

TRATAMIENTO

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen dos métodos generales de tratamiento:

1. Enucleación de todo el quiste.
2. La operación de Partsch o marsupialización, por la cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.

En todo caso, el procedimiento quirúrgico debe basarse en sólidos principios fundamentales. Estos principios incluyen la preservación del aporte sanguíneo a la región, evitar el trauma excesivo a las fibras y troncos nerviosos de la región, control de la hemorragia, técnica aséptica, manejo atraumático de los tejidos blandos, colgajo adecuado para obtener relajación suficiente que brinde un buen acceso a la región del quiste, evitar llegar a inserciones musculares y grandes vasos, suturas correctas y readaptación de los tejidos blandos.

La incisión nítida, de manera que los tejidos blandos sean readaptados sobre una base ósea, siempre sana mejor y con menos dolor posoperatorio que cuando el tejido es desgarrado, lacerado o suturado directamente sobre un defecto del-

hueso.

La técnica quirúrgica siguiente comprende el tratamiento de quistes de hueso y de tejidos blandos.

TECNICA PARA QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS

Los quistes de tejidos blandos incluyen los de origen congénito, que ocurren principalmente en el cuello, y los quistes de retención, mucocelo y rónulos que se observan principalmente en la cavidad bucal.

QUISTES CONGENITOS

Los quistes congénitos se presentan generalmente en el cuello, en la región submaxilar y submentoniana. Son benignos pero necesitan disección y escisión completa para su curación.

QUISTE TIROGLOSO

Las anomalías del conducto tirogloso deben ser tratadas por escisión quirúrgica. Son inútiles las perforaciones repetidas del quiste, salvo para aliviar la inflamación aguda. También están contraindicados los agentes esclerosantes y la irradiación.

La escisión quirúrgica se efectúa con una incisión transversa sobre el quiste. Se separan cuidadosamente los tejidos suprayacentes y el trayecto fibroso se indica y luego se sigue disecando. Generalmente el trayecto fibroso puede ser seguido sin inyectar colorantes.

Para facilitar la exposición se separa el hueso hioides para examinar arriba de este punto y permitir la escisión del agujero ciego que es el punto de terminación del conducto-tirogloso.

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

QUISTES Y FISTULAS BRANQUIALES

Al extirpar las fístulas branquiogénicas se utiliza una sustancia radiopaca, como aceite yodado (Lipiodol), y yofendilato (Pantopaque) para precisar la extensión y localización de la fístula. Se puede introducir una sonda en el conducto fistuloso para facilitar su identificación mientras se avanza en la disección.

La técnica de escalera de Bailey es útil para seguir el conducto fistuloso hasta su terminación en la pared faríngea.

Este procedimiento de dos fases hace mínima la cicatriz. El conducto se liga con seda fina o catgut en la entrada a la faringe y las heridas se cierran como de costumbre dejando un drenaje. El drenaje suele quitarse a los dos o tres días.

El mejor acceso al quiste branquiogénico es a través de una incisión centrada en la parte más saliente del quiste y paralela al borde anterior del músculo esternomastoideo. El quiste puede tener adherencias en importantes troncos nerviosos y vasos, y por lo tanto es necesario lograr exposición adecuada al examinar el quiste.

Se debe tener mucho cuidado para evitar la rotura del quiste durante la disección. Cualquier epitelio que se de

je originará la recurrencia. La herida se cierra en capas y -
la piel se sutura de modo que se logre el mejor resultado es-
tético.

Se deja un pequeño drenaje durante uno o dos días.

QUISTES DERMOIDES

Los quistes dermoides son por regla general, más su perficiales que los de la hendidura branquial y no están insertados a la pared lateral faríngea. Frecuentemente es difícil hacer una distinción cuidadosa entre estos quistes antes de la operación, pero la remoción quirúrgica es el tratamiento de elección en todos los casos.

QUISTES DE RETENCION

Los quistes de retención generalmente se localizan en la cavidad bucal y son tratados por escisión simple o marsupialización, según su tamaño y localización.

MUCOCELE

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa.

Se hace una incisión cuidadosa a través del epitelio delgado suprayacente, que suele estar tenso sobre el quiste mucoso. Una incisión de alternativa que preserva la membrana mucosa suprayacente, para ayudar a asir el tejido durante la enucleación del mucocele, frecuentemente facilita la disección. Generalmente el quiste mucósico tenderá a sobresalir de su lecho de tejido blando, y puede liberarse cuidadosamente usando disección roma con pinzas de hemostasia curvas, cureta, o elevador de periostio pequeños. Deberá tenerse gran cuidado de no romper el saco, puesto que entonces la disección será más difícil y no se podrá tener la certeza de haber eliminado el quiste en su totalidad.

En este tipo de lesiones las recidivas son comunes.

Ya hecha la eliminación del mucocele se controla la hemorragia y se procede a suturar la incisión.

RANULA

La simple incisión y drenaje de la ránula va siempre seguida de recurrencias. La enucleación de una ránula sin romper la pared delgada es prácticamente imposible y trae muchas complicaciones importantes. Una vez que el quiste se ha roto es muy difícil distinguir la continuación de la cubierta y si no se remueve en su totalidad la ránula es fácil que recidive.

La operación de Partsch o marsupialización de una ránula se considera el mejor procedimiento quirúrgico. Consiste en la escisión de la pared superior de la ránula suturando la cubierta del quiste a la mucosa del piso de la boca y haciéndola continua con la cavidad bucal.

Se utiliza la siguiente técnica: se coloca una serie de suturas alrededor de los márgenes del quiste; las suturas atraviesan la mucosa normal del piso de la boca y la pared del quiste.

Cuando el quiste está bien delineado con las suturas se hace la escisión de la pared superior inmediatamente por dentro de las suturas.

El fondo del quiste se eleva a su posición normal al salir el contenido líquido y se hace continuo con el piso de la boca. La membrana quística se transforma y sume las ca-

racterísticas de los tejidos adyacentes.

Algunos operadores quitan una pequeña porción de la pared superior, aspiran el contenido del quiste y lo limitan llenándolo con gasa estéril.

Se termina la disección de la pared superior del quiste y se colocan las suturas periféricas. Este procedimiento se hace mejor con anestesia local con bloqueo del nervio lingual. La infiltración local complementaria no suele ser necesaria. Si la tumefacción atraviesa la línea media entonces es necesario el bloqueo bilateral.

:

QUISTES OSEOS

El acceso al quiste óseo tiene que lograrse cortando y levantando el mucoperiostio. La naturaleza del método quirúrgico depende de la localización y extensión del quiste. Si el quiste óseo es completamente enucleado o se trata con el método de Partsch o sus modificaciones depende más de su tamaño y localización que del diagnóstico real del mismo. Cuando la enucleación es el método de elección, el hueso su-
prayacente tiene que quitarse con cinceles, alveolótomos o fresas para hueso.

Muchas veces el hueso es sumamente delgado y puede quitarse fácilmente con una pinza hemostática. Frecuentemente existe erosión a través de todo el hueso y la membrana quística se inserta al periostio o cubierta de tejido blando y tiene que ser separada de éstos. Ello se complica a veces con infección secundaria y formación de un conducto fistuloso con gran cantidad de tejido cicatrizal.

El saco quístico tiene que ser expuesto para levantarlo cuidadosamente de su lecho óseo.

Moose ha aconsejado hacer un colgajo osteoperiostico al operar tumores y quistes de la mandíbula con cubierta ósea delgada. Esta técnica consiste esencialmente en hacer a la vez una incisión a través del mucoperiostio y de la capa

cortical ósea. Esto puede hacerse con un bisturí si el hueso es delgado o colocando un cincel afilado en la incisión del colgajo dándole unos golpes ligeros para que penetre en el hueso. Entonces se levanta el hueso adherente al mucoperiostio para exponer la lesión quística.

Este procedimiento se hace en las paredes labial y bucal de los maxilares superiores y de la mandíbula. Después de la remoción del quiste regresa el colgajo a su posición original y se sutura. La conservación del hueso insertado al periostio aumenta las superficies osteogénicas de los tejidos alrededor del coágulo sanguíneo que llena la cavidad quística. Esto aumenta la posibilidad de cicatrización por primera intención y también forma un mejor núcleo para la regeneración del hueso. Las fracturas que ocurren en este hueso delgado cuando se levanta el colgajo no son importantes siempre que los fragmentos de hueso no se separen totalmente del periostio.

La cureta de hoja delgada es un instrumento adecuado para despegar la pared quística del hueso. Se debe utilizar la cureta más grande que se pueda introducir más fácilmente en el quiste. El lado cóncavo de la cureta se coloca contra el hueso y se introduce con cuidado entre la pared del quiste y el hueso. Se debe tener cuidado de no romper el saco quístico y permitir que salga su contenido líquido.

Son esenciales una buena iluminación y la visión directa para poder determinar si se ha quitado todo el quiste. - Frecuentemente en los quistes grandes se puede utilizar la -- punta de un aparato de aspiración para separarlos de su lecho óseo. En los quistes grandes los nervios y vasos generalmente están empujados hacia un lado y no se deben traumatizar.

Los bordes óseos del quiste deben rasparse antes de suturar los tejidos blandos y de cerrar la herida. Esto puede hacerse con un alveolótomo, una fresa para antro o una lima - para hueso. La terapéutica antibiótica local con sulfonamida- en polvo puede ayudar a la cicatrización de la herida. La me- dicación antibiótica general es aconsejable cuando hay infla- mación o infección. El uso local de un antibiótico debe refor- zarse con la terapéutica general.

La aplicación de empaques de gasa, Gelfoam o asti-- llas de hueso depende del tamaño y localización del quiste. - Estos apósitos tienden a evitar el sangrado y la formación de hematomas con la disolución resultante del coágulo sanguíneo- y el drenaje séptico, y también ayudan a la cicatrización.

El quiste más pequeño, de 15 a 22 mm, generalmente- sana por primera intención sin provocarse complicaciones. En- la cavidad, se forma un coágulo sanguíneo organizado, que lle- va a la proliferación de tejido conectivo joven y finalmente- a la formación de hueso nuevo. En la cavidad más grande la he

rida sana por segunda intención, con oposición gradual de tejido que va obliterando el defecto. Si el método elegido es el cierre primario, deberán controlarse bien hemorragia y escurrimiento, y la herida deberá estar libre de infecciones. Los bordes óseos deberán estar bien ahuecados para permitir que los colgajos mucoperiósticos se colapsen dentro de la cavidad.

Generalmente en quistes grandes, se ha utilizado un apósito en forma de gasa, productos resorvibles de celulosa como Gelfoam y Surgicel, astillas de hueso, yeso de París.

Cuando se utiliza un apósito de gasa es bastante satisfactoria la gasa yodoformada de 1.5 a 2.5 cm o gasa simple humedecida en bálsamo del Perú. La gasa se empaca en la cavidad para que haga presión contra cualquier punto que muestre tendencia al sangrado y generalmente se quita, ya sea parcial o totalmente, al quinto o séptimo día después de la operación. Si se presenta hemorragia considerable durante la operación, generalmente es mejor aflojar el apósito gradualmente y quitarlo en secciones en un período de 10 a 12 días.

La cavidad puede ser irrigada cuidadosamente cuando se quite el apósito y éste se pone de nuevo dos veces por semana hasta que se ha efectuado la cicatrización de las paredes óseas donde existía el quiste, el tiempo de curación generalmente es de 15 a 20 días.

La técnica de marsupialización descrita para el tratamiento quirúrgico de la ránula, también se puede utilizar en los quistes.

El quiste es destechado y se sutura al mucoperiostio adyacente a los márgenes de la pared quística o se mantiene en su lugar con apósitos.

Esto hace que la pared quística se haga continua con la cavidad bucal.

Después de levantar el colgajo mucoperiostico el hueso que está sobre el quiste se quita cuidadosamente para no penetrar en el quiste. Cuando se llega a la periferia de la cavidad se puede utilizar unas tijeras afiladas para cortar la membrana expuesta. Después que se evacua el contenido del quiste, se permite que el mucoperiostio entre en la cavidad y se sutura a la cubierta del quiste. La aposición se mantiene por presión con apósitos de gasa.

Si se utilizan apósitos de gasa pueden quitarse a los 7 o 10 días, pero puede ser necesario cambiarlo varias veces. Si se ha hecho una gran abertura durante la marsupialización del quiste, generalmente no hay necesidad de otra cosa mientras progresa la cicatrización. Si solamente se ha hecho una pequeña ventana para obtener acceso a la cavidad quística algunas veces es necesario construir un tapón de acrílico que puede perforarse haciéndolo hueco para mantener el drenaje y-

también para mantener abierta la herida mientras progresa la cicatrización.

Al quitar la presión líquida en el hueso, ocurre la regeneración y la pared epitelial del quiste se transforma en una mucosa normal por evaginación de las regiones adyacentes.

La técnica de drenaje por tubo para el tratamiento de quistes grandes es también una modificación del método de Partsch. Se hace una pequeña abertura al quiste y se inserta una sonda blanda de polietileno o metal sujeta por ligaduras a los dientes adyacentes para mantener el drenaje. Cualquiera de las sondas se adapta fácilmente a la abertura del quiste.

Esto alivia la presión dentro del quiste y se hace la obliteración gradual de la cavidad por aposición de tejido blando y hueso que cierra la abertura. Se lleva a cabo la irrigación periódica a través del tubo, que puede ser acortado mientras se produce la cicatrización.

Las indicaciones para la marsupialización de un quiste incluyen los estados en los que los tejidos vitales adyacentes, como los dientes, pueden ser atacados si el contenido del quiste es completamente enucleado o si hay peligro de llegar a los senos paranasales adyacentes o si se quiere evitar un gran defecto óseo. También se elimina la posible aparición de parestesia por el traumatismo quirúrgico o la sección

de un nervio.

Esta técnica es aplicable a gran número de quistes - de la cavidad bucal. Sin embargo, tiene que ser utilizada con cautela en las lesiones quísticas capaces de originar un tumor. En estas circunstancias, se debe hacer una exposición -- adecuada para que la pared del quiste pueda ser examinada clínicamente y en muchos casos tiene que hacerse biopsia de cualquier porción sospechosa. Este tipo de lesión tiene que ser - examinado frecuente y cuidadosamente después de la operación- por examen clínico y radiográfico.

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

Las posibles complicaciones de enucleación o marsupialización de quistes congénitos y embriológicos incluyen tumefacción, infección, formación de hematomas, traumatismo de nervios motores y sensitivos, hemorragia primaria o secundaria, fístula bucal, fractura de huesos y obstrucción de vías respiratorias. El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías respiratorias ocurre principalmente al extirpar lesiones que exigen disección en cuello y región submandibular.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenirlas por un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica correcta. Sin embargo, las complicaciones ocurren y conviene conocerlas para tratarlas.

El edema es normal y fisiológico después de procedimientos quirúrgicos en maxilares y mandíbula. La mayor parte de estas operaciones son traumáticas y la retracción prolongada de los tejidos contribuye a obstaculizar el drenaje linfático normal de la región. Esto aunado con la reacción inflamatoria, produce edema y tumefacción.

Debe advertirse esto al paciente, y que espera el máximo de hinchazón alrededor del segundo día posoperatorio; desaparecerá gradualmente si no hay infección secundaria ni -

formación de hematomas.

La posibilidad de infección puede ser mínima usando antibióticos y una buena técnica quirúrgica, y siguiendo estrictamente las reglas de asepsia. Cualquier infección aguda que se presente en estas lesiones debe dominarse perfectamente antes de hacer cualquier intervención quirúrgica.

El hematoma puede evitarse cohibiendo la hemorragia inicial y por el uso adicional de apósitos y presión. Los vasos de grueso calibre deben ser ligados, pero la hemorragia - suele prevenir de regiones inaccesibles a la ligadura y se -- cohibe por la presión.

Los colgajos de tejido blando deben suturarse bien y se aplicará presión externa adecuada en la herida durante - las primeras horas de posoperatorio.

Los troncos nerviosos sensitivos generalmente están desplazados por las lesiones quísticas, y muchas veces puede separarse la pared del quiste del nervio, por disección cuidada. Cuando se descubre un nervio sensitivo en una cavidad, - suele ocurrir parestesia. La duración del trastorno no puede predecirse porque la velocidad de regeneración del nervio varía considerablemente. Sin embargo, los troncos nerviosos - - grandes no se cortan durante procedimientos quirúrgicos cuida dosos, y suele recuperarse la sensibilidad.

El hueso se debilita por la presencia de un quiste;

la magnitud del debilitamiento depende del tamaño y la extensión de la lesión. La posibilidad de fractura durante la cirugía suele ser remota, a menos que se produzca un traumatismo-excesivo sobre el hueso o que ambas tablas corticales sean -- muy delgadas. El traumatismo al hacer un movimiento de tor-- sión es más capaz de fracturar el hueso que la presión directa.

Por la naturaleza del quiste, que se expande primariamente en una sola dirección, es probable que esté intacta una tabla cortical que preserva la continuidad del hueso.

La profilaxia es la mejor terapéutica; debe utilizarse una técnica quirúrgica cuidadosa, particularmente en -- los quistes que contienen dientes que no han hecho erupción, -- y que son difíciles de extraer. Si ocurre fractura, debe continuarse la enucleación del quiste, y después se empaqueta bien la cavidad con apósitos de gasa, para mantener la posición de los fragmentos y evitar su desplazamiento. Cuando hay quistes maxilares voluminosos debe aconsejarse al paciente que evite los traumatismos, tanto antes de la operación como después de ella, ya que un golpe puede causar más fácilmente fractura en un hueso debilitado que en uno normal.

La obstrucción posoperatoria de vías aéreas puede -- ser consecuencia de intervenciones quirúrgicas en maxilares, -- lengua y cuello. Los factores contribuyentes son edema nasi--

vo, formación de hematoma e infección.

Si existen signos de respiración difícil y de inter
cambio respiratorio inadecuado, debe hacerse traqueotomía. Es
ta debe ser, en la medida de lo posible, un procedimiento de-
elección y no de urgencia.

La asistencia posoperatoria adecuada es tan impor--
tante para el bienestar del paciente como el diagnóstico y el
tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

Un cirujano capaz es aquel cuya habilidad manual se basa en conocimientos fundamentales de anatomía, fisiología y de las patologías más frecuentes. Siempre es esencial el diagnóstico correcto, ya que existe solamente uno pero a la vez - existen distintos métodos de tratamiento y cada uno con resultados buenos.

Debe elegirse cuidadosamente los antibióticos y se administrarán en dosis terapéuticas y con un conocimiento completo de sus posibles efectos y contraindicaciones.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ANATOMIA HUMANA DESCRIPTIVA Y TOPOGRAFICA.
DR. H. ROUVIERE.
TOMO I CABEZA Y CUELLO.
EDITORIA NACIONAL.

- 2.- ANATOMIA DENTAL Y DE CABEZA Y CUELLO
DR. MORTIN J. DUNN
DRA. CINDY ZION SHAPIRO.
EDITORIAL INTERAMERICANA

- 3.- ANATOMIA HUMANA
DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
TOMO I
EDITORIAL PORRUA S.A. MEXICO.

- 4.- HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA ODONTOLOGICOS
DR. VICENT PROVENZA.
EDITORIAL INTERAMERICANA.

- 5.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
DR. GUSTAVO. KRUGER
CUARTA EDICION.
EDITORIAL INTERAMERICANA

- 6.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
DR. WILLIAM G. SHAFER.
TERCERA EDICION
EDITORIAL INTERAMERICANA

- 7.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
DR. EDWUAR V. ZEGARELLI
SALVAT EDITORES S.A. 1972.