



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

So. Bo.
[Signature]
2/III/83.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS
LESIONES QUISTICAS DE LA CAVIDAD ORAL

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

MEXICO D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

- I.- PROLOGO.
- II.- INTRODUCCION.
- III.- HISTORIA CLINICA.
- IV.- QUISTE.
 - a).- Definición.
 - b).- Forma de crecimiento.
 - c).- Contenido del Quiste.
- V.- CLASIFICACION DE QUISTES.
- VI.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES QUISTICAS DE LA CAVIDAD ORAL.
- VII.- CONCLUSIONES.
- VIII.- BIBLIOGRAFIA.

I.-

P R O L O G O .

La Patología Buco Dental es una de las ramas más importante dentro de la Odontología ya que se encarga del estudio de las enfermedades que afectan a la cavidad oral y sus anexos, dentro de ellas tenemos lesiones de diferente incidencia que tienden a provocar complicaciones que evitan la salud bucal.

En éste trabajo no expongo nada nuevo, he recopilado datos de distintos autores, además de poner gran interés en el desarrollo del tema para lograr un mejor conocimiento de la presencia de quistes en la cavidad oral.

Las lesiones quísticas ocupan un lugar importante dentro de la Patología Maxilo-facial, ante la cuál el Odontólogo se debe enfrentar y lograr un buen diagnóstico, pronóstico y tratamiento logrando así una rehabilitación bucal adecuada y correcta.

II.- INTRODUCCION .

Para poder analizar, revisar, describir y presentar las lesiones quísticas que afectan la cavidad bucal y todas sus complicaciones patológicas de los tejidos constituyentes es necesario saber que la cavidad bucal se encuentra formada por órganos y accidentes anatómicos así como el aspecto histológico, embriológico, fisiológico etc., que directa o indirectamente tienen relación estrecha con el resto del organismo. Desde el punto de vista embriológico se muestran aspectos tan interesantes y complicados que por sí solos se explican la presencia de las lesiones quísticas de la cavidad oral.

No es raro encontrar que las lesiones quísticas sean tratadas inadecuadamente debido a que las manifestaciones clínicas tan disímolas que en ocasiones llegan a presentarse en forma alarmante, abarcando partes vecinas a ellos pudiendo además presentar infecciones secundarias que lleguen a invadir espacios anoneuróticos importantes, en otras ocasiones se encuentran asintomáticos durante años pudiendo confundir al Odontólogo.

Gracias al avance y estudio de la ciencia junto con las distintas ramas existentes dentro de la Odontología - podemos realizar un buen diagnóstico pues de esto depende el éxito del tratamiento, para lograr esto es necesario hacer una Historia Clínica, con un buen interrogatorio y una exploración minuciosa referente a la consistencia, cambios de color,

aspecto de la superficie, tiempo de evolución, sensibilidad y respuesta al tratamiento.

III.- HISTORIA CLINICA .

Es esencial conocer la naturaleza de las enfermedades para saber la reacción del organismo al medicamento y hacer un tratamiento odontológico adecuado.

La Historia Clínica, es en realidad, el relato fiel que puede hacer el Odontólogo respecto a la evolución clínica de su paciente. Comprende los antecedentes hereditarios, familiares, sociales, ambientales y personales, que se consideren de interés, más los datos que surgen del examen, de los análisis de laboratorio, radiográficos o cualquier otro tipo de información.

En la práctica Odontológica utilizamos el siguiente interrogatorio:

- FICHA DE IDENTIFICACION:

Fecha, nombre, edad, sexo, dirección, teléfono, estado civil, ocupación, lugar de origen.

- ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

Antecedentes luéticos, fímicos, diatésicos, neoplásicos, alérgicos.

- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Habitación, construcción, ventilación, servicios alimentación, escolaridad, hábitos, menarca, ritmo menstrual, gestas, abortos, menopausia.

- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Enfermedades propias de la infancia, enfermedades del adulto, antecedente luéticos, fímicos, diatésicos, neoplásicos, alérgicos.

Traumatismos, fracturas, transfusiones, antecedentes -- quirúrgicos.

- ESTADO ACTUAL:

Padecimiento actual, signos y síntomas que el paciente nos refiere en cuanto a su enfermedad.

Fecha de iniciación, síntomas actuales, cambio, resultado, si fué tratado terapéuticamente.

- APARATOS Y SISTEMAS:

Aparatos digestivo, respiratorio, circulatorio, genito-urinario, sistema nervioso, linfático, osteomusculoarticular, Órganos de los sentidos, piel y sus anexos.

Hincapié del padecimiento actual enfocado en los aparatos y sistemas.

- SINTOMAS GENERALES:

Peso, temperatura, astenia y adinamia.

- EXAMENES PREVIOS:

Rayos X, pruebas de laboratorio etc.

- TERAPEUTICA EMPLEADA:

- EXPLORACION FISICA:

Signos vitales, tensión arterial, pulso, respiración, - temperatura, peso, estatura.

- INSPECCION GENERAL:

Paciente femenino o masculino, edad aparente y cronológica, conformación, constitución, marcha, facies, movimientos normales, actitud, cooperador o no, habitus exterior, ubicado o no en sus tres esferas.

- CABEZA: (Cráneo y cara).

Normocéfala, implantación de pelo según la edad y la raza, alopecia, frente, cejas simétricas pobladas o no, ojos simétricos, reflejos motomor y reflexicoluminoso normal, pupilas: movimientos y respuesta, nariz: forma, tamaño y narinas permeables.

- EXPLORACION DE LA BOCA:

Debe realizarse de forma ordenada y total, comprendiendo un examen detallada de cada tejido y estructura.

Se procederá en el siguiente orden:

1.- Labios.- inspección, palpación, forma, contorno, -- color y configuración; la presencia o no de lesiones tanto -- con la boca cerrada como abierta; mucosas (forma, coloración y textura), frenillo presentes.

2.- Mucosa labial.- inspección girando el labio inferior hacia abajo y el superior hacia arriba, anotando el color y - cualquier irregularidad, la palpación determinará la configuración y la presencia de orificios de conductos anormales, - adhesiones al frenillo o lesiones.

3.- Mucosa bucal.- inspección y palpación para determinar el contorno, configuración, color, orificios de las glándulas parotídeas y la presencia o ausencia de lesiones en la mucosa bucal.

4.- Pliegues muco-bucales.- exploración de los pliegues muco-bucales superiores e inferiores.

5.- Paladar.- inspección y palpación del paladar duro y blando, de la úvula y de los tejidos faríngeos anteriores, anotando su color, configuración, contorno, orificios y la presencia de anomalías o lesiones.

6.- Orofaringe.- Inspección en busca de señales de lesiones en la región tonsilar y en la garganta susceptibles de ser enviados al Cirujano de la cabeza y cuello o al Internista.

7.- Lengua.- Exploración de la lengua estando dentro de la boca, extendida y dirigida hacia afuera y luego hacia la -

derecha y a la izquierda; inspección y palpación para determinar el color, configuración, consistencia, movimientos funcionales, tamaño, la presencia o no de papilas, tejido linfóide y lesiones.

8.- Piso de boca.- exploración visual con la lengua en reposo y luego en una posición elevada por detrás, palpación con los dedos del piso de la boca, base de la lengua y superficie ventral de la lengua.

9.- Encía.- Determinación del color, forma y configuración de la encía buscando anomalías y lesiones como inflamaciones, hipertrofias, retracciones, y ulceraciones.

10.- Dientes.- exploración completa realizando una amplia serie de radiografías dentales (estados de los dientes, orificios alveolares, imagen trabecular, límites anatómicos de las coronas).

11.- Cierre.- Análisis del cierre de la boca tanto en reposo como en posiciones funcionales.

12.- Cuello.- Tráquea central o móvil, forma, consistencia, si se palpa la tiroides o no, región ganglionar y adenopatias.

13.- Abdomen.- peristaltismo visible, hepatomegalia, distensión generalizada, líquido en cavidad abdominal, muestras de cualquier anomalía.

14.- Columna vertebral.- curvatura, posición, dislocaciones etc.

15.- Extremidades.- deformaciones, tumefacciones, enrojecimientos y atrofas musculares.

IV.- Q U I S T E .

a).- D E F I N I C I O N :

El Quiste es una cavidad patológica revestida de epitelio que se puede encontrar tanto en tejidos blandos y duros; puede contener líquido, semi-líquido o gas, dependiendo de su etiología.

La palabra quiste se deriva del griego KISTIS "VEJIGA", definiéndose como: una lesión que consiste en un saco o espacio anormal, ya sea en tejidos blandos o duros que contiene una sustancia limitada por un epitelio y encerrada en cápsula de tejido conjuntivo.

Por otra parte los quistes de los maxilares son etiológicamente diferentes, refiriéndose que provienen de dientes o sus primordios, otros de la inflamación pulpar a nivel apical produciendo la proliferación de la vaina de Hertwig y además la inclusión de tejido embrionario, en relación con las lesiones de extravasación que son causadas por la obstrucción de sus conductos.

El crecimiento de los quistes se debe a la presión interna de la cavidad.

b).- F O R M A D E C R E C I M I E N T O .

Los quistes por regla general pasan por cuatro etapas durante su evolución, cada una con sus características propias y son:

1.- ETAPA DE INICIACION O LATENCIA.

Durante este período se localiza el proceso patológico, no hay presión intensa, el quiste crece hacia los lados y hay desplazamiento de tejido óseo; las lesiones son únicamente detectada por infección agregada o por mero accidente en un estudio radiográfico.

2.- ETAPA DE CRECIMIENTO, EXPANSION O DESARROLLO.

El quiste no tiene forma definida, se descubren cambios microscópicos; dependiendo de la expansión y del tejido que -

Lo rodea va a ser la forma del quiste, según la expansión que tenga y las estructuras adyacentes.

3.- ETAPA DE EXTERIORIZACION.

Durante esta etapa el quiste adelgaza la pared ósea llegando la membrana quística a poner en contacto con el perióstio o la mucosa.

4.- ETAPA DE FISTULIZACION.

El obvio que durante esta etapa exista una ruptura de la membrana de envoltura, que generalmente puede ser consecuencia de cualquier traumatismo por mínimo que sea.

El crecimiento de un quiste se logra por los elementos producidos por las células de descamación de la membrana de envoltura, aunándose a la presión osmótica efectuada, su crecimiento se efectúa en los sitios de menor resistencia, es por eso que llegan a adquirir formas por demás caprichosas que en ciertos casos no son signos muy importantes para llegar a un buen diagnóstico.

El crecimiento del quiste es lento, asintomático (en los primeros estadios), y es debido a una exoación.

Es un proceso de defensa del mismo organismo; para poderlo desalojar y llevarlo a la superficie.

Dentro de la etapa de fistulización encontramos a la de infección por tener una comunicación con el medio externo.

La sintomatología del quiste puede ser debida, a la presión que ejerce sobre una estructura adyacente.

c).- C O N T E N I D O D E L Q U I S T E .

Su contenido puede ser líquido, semi-líquido o gas; el cual aumenta a través de la capa de tejido conjuntivo epitelial.

Este líquido se encuentra formado por :

1.- suero fisiológico.

- 2.- hemociderina.
- 3.- cristales de colesterol.
- 4.- restos de ácidos grasos como la seroglobulina y la seroalbúmina.
- 5.- restos de células epiteliales.
- 6.- elementos figurados de la sangre.

El color de este líquido es blanco amarillento hasta un color ambar, dependiendo del tiempo de evolución.

V.- CLASIFICACION DE QUISTES.

A).- NO ODONTOGENICOS.

1.- FISURALES.

- Naso-palatino
- Globulo-maxilar.
- Naso-alveolar.
- Línea media.
- Paramedial.

2.- EMBRIOLOGICO.

- Epidermoide.
- Dermoide.
- Tirogloso.

B).- ODONTOGENICOS.

- Dentígero.
- Primordial.
- Erupción.
- Infeción.
- Periapical.
- Lateral.

C).- PSEDOQUISTES.

- Ránula.
- Mucocèle.

VI.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES QUISTICAS DE LA CAVIDAD ORAL.

A).- QUISTES NO ODONTOGENICOS.

Son aquellos que se encuentran dentro de las estructuras dentales pero que no se originan de ningún órgano dentario o de ninguna estructura dental.

1.- FISURALES:

Son los quistes que se van a originar por el atrapamiento epitelial en las fisuras del maxilar o mandíbula ya que no permiten la unión o fusión de los huesos.

- Naso-palatino:

Estos quistes se presentan en el maxilar, en la región anterior e inmediatamente por detrás de los ápices de los centrales.

Es un quiste intraóseo, su etiología se debe a la proliferación de restos epiteliales del conducto palatino anterior, los cuales son estimulados por algún traumatismo, irritación o por la masticación.

Los órganos dentales conservan su vitalidad ya que el quiste no se involucra con estos. Se puede presentar en hombre y mujeres y por lo general entre los cuarenta y sesenta años.

Características Clínicas:

El quiste del conducto palatino por lo general se presenta asintomático, sobre todo cuando son pequeños y su hallazgo es accidental dentro de un estudio radiográfico. Se puede localizar en zonas muy profundas o superficiales, estos se ven en pacientes edéntulos debido a la reabsorción ósea que existe.

Al presentar una infección secundaria su sintomatología cambia presentando el paciente dolor a la palpación o a la masticación, además se observa salida de material purulento con sólo hacer un poco de presión.

Clínicamente se observa como un aumento de volumen de la línea media del paladar en su porción anterior.

Este aumento de volumen se presenta en todos los pacientes que presenten el quiste de la papila palatina, en caso de ser un quiste del conducto palatino en muy pocos casos se observará este volumen.

El quiste de la papila palatina debido a su localización en tejidos blandos y su vulnerabilidad a los traumas se puede romper fácilmente dando salida a un líquido acuoso y de sabor salado.

Características Radiográficas:

Radiograficamente no se observa nada importante en caso de que se trate de un quiste de la papila palatina. En cambio el quiste del conducto palatino presenta una zona radiolúcida que puede ser redonda y presentarse aun lado de la línea media que puede ser de lado derecho o izquierdo.

Se observan como dos lesiones redonda simétricas y a ambos lados de la línea media. Otra forma en que se presenta esta lesión es una zona radiolúcida en forma de corazón, forma característica que por sí sola no puede confirmar el diagnóstico.

Histopatología:

Estos quistes están compuestos por una cápsula de conjuntiva fibrosa y una cavidad tapizada por epitelio escamoso - transicional, columnar, ciliado no estratificado y cuboidal.

El quiste del conducto suele contener ambos tipos de epitelio modificado con respecto a su aspecto en la cavidad nasal o bucal, en los situados más superiormente el epitelio será del tipo respiratorio y el cercano a la cavidad bucal será una variedad de epitelio escamoso.

Tratamiento:

El tratamiento es quirúrgico. Bajo anestesia local se practica una incisión a lo largo del margen gingival de premolares a premolares, se separa el paladar con la ayuda de una

legra dejando a la vista el conducto palatino y se extirpa el quiste.

A veces es necesario ligar o cortar el paquete neurovascular en el punto en que abandonan al conducto, lo cual nos puede producir una hemorragia que podemos controlar con presión mecánica. Se sutura interdentariamente una vez que se coloque el colgajo en su sitio.

- Globulo-maxilar:

Es un quiste del grupo de los fisurales, que siempre se va a localizar en el proceso globular de los huesos propios de la nariz y la apófisis palatina del maxilar. Esta sutura forma un ángulo desde un punto inmediatamente por detrás de los incisivos centrales superiores para emerger entre el lateral y canino. La fisura que se presenta en el paladar pasa por esta línea de unión cuando a sido defectuosa.

Este quiste tiene un índice de frecuencia muy bajo y no tiene predilección de sexo; se ha notado que se presenta antes de los treina y nueve años de vida del paciente.

Manifestaciones Clínica:

Este quiste durante su iniciación se presenta asintomático por un período muy prolongado, a no ser que presente una infección secundaria y sufra alteraciones inflamatorias agudas, de no presentarse la infección continúa su desarrollo como una lesión no fluctuante provocando una separación a nivel apical de las raíces del canino y el incisivo lateral con forme aumenta de tamaño.

Al aumentar de tamaño se observa como una tumoración en el vestíbulo o en el paladar de color rosa, de superficie lisa, de consistencia ósea y al aumentar de volumen se adelgaza la cortical externa con lo cual se presenta crepitación al tacto, por lo general al alcanzar este tamaño es más fácil que se infecte. Al presentarse la infección se puede presentar dolor observando una fístula que nos conduzca a la cavidad quística.

Como todos los quistes, este también se extiende a las zonas de menor resistencia, las cuales en este caso, había arriba pudiendo invadir al seno maxilar, presionando además por un lado a la espina nasal anterior y al piso de las fosas nasales. La presión que ocasiona la divergencia de las raíces del canino y el lateral se produce sólo cuando alcanzó el máximo de expansión en otras direcciones.

Esta divergencia de las raíces es un signo inicial y puede constituir el primer factor que indique la presencia del quiste, además como se dijo anteriormente, la expansión de las corticales va a producir un adelgazamiento y es más fácil que se presente una fístula que provoque la infección secundaria.

Características Radiográficas:

Este quiste se descubre de pequeño por medio de un estudio radiográfico, pudiéndose confundir con un quiste radicular, diferenciándose que en el caso de que sea el quiste -- globulomaxilar, va a responder a los estímulos en las pruebas de vitalidad, pues sus raíces no están involucradas dentro del quiste.

Viendo su imagen en una radiografía periapical, nos da una imagen radiolucida muy parecida a una pera con el pedúnculo hacia el cuello de los dientes, además de presentar la divergencia apical de las raíces del canino y el lateral, casi podemos dar el diagnóstico.

La zona radiolucida es oscura y sus bordes periféricos no están tan bien delimitados como otros quistes óseos.

En una radiografía oclusal, se aprecia por delante y a un lado del canal incisivo.

Histología:

Su recubrimiento epitelial proviene en mayor frecuencia de la mucosa nasal, siendo por consiguiente cilíndrico -- pseudoestratificado ciliado o con alguna modificación. El contenido del quiste puede ser fluido y puede o no encontrarse -- cristales de colesterol.

Tratamiento:

Su tratamiento va a ser la extirpación total del quiste, si se presenta una fistula por su lado vestibular lo más seguro es que la cortical externa ya no exista o este muy débil por lo que se aconseja practicar una incisión de Newman - que abarque desde el incisivo central hasta el segundo premolar, se levanta el colgajo mucoperióstico y si es necesario - se descubre la cavidad quística con la ayuda de fresas quirúrgicas, una vez que esté completamente descubierta la pared quística, con la ayuda de una cureta o una legra se separa al quiste de su cavidad procurando no dejar restos, se lava la cavidad quística y se sutura. Aunque los órganos dentales - están vitales, en algunas ocasiones pierden su vitalidad, en cuyo caso será necesario hacer el tratamiento de conducto o - la extracción del órgano dental afectado. Se toma radiografía del pos-operatorio para control.

- Naso-alveolar:

Es una entidad relativamente muy rara que se presenta en el piso de la nariz o cerca del ala de la nariz.

Este quiste se forma en la unión de los procesos globular, lateral, nasal y maxilar. Se encuentra recubierto por epitelio que al efectuarse la fusión no es eliminado quedando incluido como restos atrofiados, estos restos epiteliales con una estimulación proliferan y conducen a la formación del quiste. Aunque es un quiste fisural, se incluye entre los quistes de tejidos blandos ya que pocas veces afecta al tejido óseo.

Características Clínicas:

El quiste va a producir una tumoración en el ala de la nariz y que al ir creciendo puede obliterar el pliegue nasolabial e invadir la narina del lado afectado, con lo que va a provocar una asimetría de la nariz o la facie del paciente.

Esta prominencia es de superficie lisa, de consistenu

cia semidura, bien delimitada y de una sintomatología muy variable que va desde dolor a la palpación a un dolor intermitente y espontáneo. Si el quiste se puede ver por la nariz se observa que tiene una superficie lisa, que puede alcanzar a obstruir la fosa nasal, algunas veces se observa como una hipertrofia de la mucosa bucal a la altura del incisivo lateral y el canino. Este quiste se presenta en la mayoría de los casos reportados en las mujeres.

Características Radiográficas:

Radiológicamente no se ve nada debido a que es una lesión de tejidos blandos, el único modo que hay para verlo es con la ayuda de materiales de contraste como el Liniolol, sin embargo en algunos casos, el quiste produce una reabsorción ósea provocada por la presión que hace sobre el hueso y es posible que nos de una imagen radiográfica.

Histología:

El quiste está recubierto por tejido epitelial con mayor frecuencia de origen nasal, de tipo pseudoestratificado, escamoso, cilíndrico y ciliado, con infiltraciones de células plasmáticas, linfocitos y pocas macrófagos.

Tratamiento:

Desde luego, quirúrgico por enucleación completa, procurando la eliminación completa de la bolsa quística, su vía de acceso es por el fondo de saco del lado infectado.

- Quiste Paramedial.

Son del grupo de quistes de desarrollo que tiene por característica presentarse en la línea media del paladar, esto es debido a persistencia de restos embrionarios que quedaron atrapados.

Si el quiste se presenta entre los incisivos centrales superiores o ligeramente atrás sin rebasar el conducto --

palatino anterior se llamará quiste Alveolar medio, pero si rebasa al conducto se debe de llamar quiste Palatino.

Este quiste se forma a partir de los restos epiteliales de la línea de sutura, entre las apófisis palatinas de los maxilares.

La inflamación y los traumatismos juegan un papel importante en la formación de estos quistes, esto es posible, ya que las fuerzas estimulantes pueden transmitirse a la línea de sutura como resultado de la presión masticatoria, esto puede ocurrir en personas de reducidas dimensiones esqueléticas.

Características Clínica:

Este tipo de quistes por lo general son asintomáticos a menos de que se presente una infección secundaria muy notable que altere la sintomatología. Se observa en cualquier lugar a lo largo de la línea media como una tumefacción redondeada, de superficie lisa, ligeramente más palida que el paladar restante, puede ser de consistencia semisólida y algunas veces se escucha crepitación a la palpación.

Características Radiológicas:

La localización con radiografías se dificulta por la superposición de las sombras de los senos, pero con la ayuda de materiales de contraste se puede perfectamente delimitar el área.

El diagnóstico de la presencia de estos quistes, nos lo sugiere su localización en la línea media del maxilar, sus características radiológicas y la vitalidad normal de los dientes contiguos.

Las imágenes obtenidas con radiografías oclusales pueden ser de forma redonda, ovalada o elíptica. Si se localiza un quiste alveolar medio se puede apreciar un desplazamiento, en algunos casos, de los incisivos centrales debido a la fuerza de expansión del quiste. Los bordes de estos quistes están bien delimitados y muestran una zona radiolúcida uniforma.

Histopatología:

Se observa un revestimiento de epitelio escamoso es tratificado acompañado o en combinación con epitelio pseudoes tratificado ciliado del tipo columnar. Como en otros quistes de esta región, el carácter del tejido conjuntivo varía con el tiempo de la lesión y la infección secundaria. Las lesiones más antiguas presentan un extenso depósito de colagena casi cicatricial.

Tratamiento:

Su tratamiento, quirúrgico. Bajo anestesia local o vía asepsia de la región se practica una incisión contorneante al borde de los incisivos por su cara palatina, se levanta el colgajo y se retira el quiste incluyendo a la membrana epitelial de revestimiento, se alisan los bordes óseos con una lima para hueso y se colocan los tejidos blandos en su posición y se cierra la herida quirúrgica con sutura interdental:

- Quiste de la Línea Media de la Mandíbula.

Este es un quiste que en muy pocos pacientes se presenta y es una réplica del quiste medio del maxilar con la diferencia de que se presenta en la sínfisis mentoniana y se cree que es el resultado de la inclusión de epitelio atrapado en el canal central de las dos mitades de la arcada en el embrión.

Manifestaciones Clínicas:

Estos quistes se presentan dentro de la mandíbula -- por debajo de los ápices de los incisivos centrales inferiores. Estos quistes van a provocar una divergencia de las raíces de los incisivos centrales pero muy raramente van a afectar a su vitalidad. Por lo general, estos quistes se presentan asintomáticos.

Características radiográficas:

Estos quistes se observan como una zona radiolucida, con sus bordes bien delimitados y su forma se puede presentar oval, redonda, irregular o multilocular y como característica principal es que se encuentra ligeramente por debajo y entre las raíces de los incisivos centrales inferiores.

Tratamiento:

Bajo anestesia regional, previa asepsia de la zona se practica incisión de Newman que abarca a los incisivos anteriores inferiores, se separa el colgajo mucoperiostico, se visualiza al quiste al cual se extirpará cuidadosamente para no lesionar a los ápices de los incisivos. Si por algún motivo algún órgano dental queda desvitalizado, se debe de efectuar su tratamiento endodóntico o su extracción.

2.- EMBRIOLOGICOS:

Los quistes embriológicos son aquellos que se desarrollan a partir de los residuos epiteliales del feto, o de las estructuras epiteliales.

- Epidermoide:

El quiste de desarrollo epidermoide se parece al dermoide, en que se forma, también, a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blandos durante el desarrollo fetal. Su localización, patogenia y aspecto clínico se parece y no se puede diferenciar de los del quiste dermoide, excepto en que cuando el quiste epidermoide es más superficial carece del carácter "pastoso" del dermoide.

Sin embargo, histológicamente, el quiste epidermoide se diferencia del dermoide, ya que consiste únicamente en un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, generalmente bien queratinizado, y una pared de tejido fibroso; faltan los anexos cutáneos (glándulas sebáceas, folículos pilosos, glándulas sudoríparas), que es lo que le diferencia del quiste dermoide.

El quiste epidermoide puede considerarse también como un quiste de inclusión. Además de desarrollarse a partir de los atrapamientos suturales o fisurales de epitelio puede formarse también a partir de las masas epiteliales que se ha separado de la superficie epitelial.

Estas inclusiones puede ocurrir durante el desarrollo o pueden resultar de un traumatismo en el que el epitelio haya sido desplazado de manera anormal.

Los quistes epidermoides de inclusión pueden localizarse en diversos tejidos blandos, por ejemplo, en el suelo de la boca, en las zonas de los replieques mucobucales, en las mejillas, etc., y, raras veces, dentro de los maxilares, donde se cree que se deben a epitelio gingival desplazado o incluso a una causa odontogénica. En la variedad por inclusión los datos histológicos son los mismo que los del quiste de desarro--

llo, la diferencia entre los dos se basa en la localización, - el quiste epidermoide de desarrollo se localiza en línea de sutura del desarrollo.

- Quiste Dermoide:

Es una variedad de los quistes congénitos, son la resultante de la inclusión de componentes ectodérmicos dentro - del mesodermo al sobrevenir la fusión de los arcos branquia--les. Estos quistes son muy raros en la boca pero se pueden - presentar en el paradar duro y blando, en el ángulo de la mandíbula, en las glándulas salivales, además se presentan con - cierta frecuencia en los ovarios y muy raramente en los testí-culos. En donde mayor frecuencia se observa en la boca, es - en la línea media del piso de la boca, donde causa una defor-mación muy parecida a la ránula o quiste de retención.

Características Clínicas:

El quiste dermoide se puede localizar por arriba o -- por abajo del músculo milohioideo, o encontrarse en las fibras de este músculo; el quiste suave fluctuante, móvil y puede -- provocar en algunos casos la elevación de la lengua, con lo - cual va a provocar dificultad para la fonación, deglución y -- masticación. Otra característica es que se presenta principal-mente en la línea media, pero durante su desarrollo se puede - lateralizar con lo cual se puede confundir con una ránula, -- pero no presentan el aspecto de una vesícula como los quistes de retención.

Si el quiste dermoide está por abajo del músculo ge-nihioideo, se observa como una tumoración de la línea media - por abajo del menton; se extiende desde la sínfisis mentoniana hasta el hueso hioides dando el aspecto de un menton doble.

El signo quizás más importante para identificar al -- quiste dermoide es practicar la punción aspiratoria, la ránula siempre va a presentar un contenido de saliva en tanto que el dermoide tiene un líquido amarillento. Estos quistes son dif

cules de descubrir a menos de que se presente una tumoración en el piso de la boca o en el menton, algunos casos pueden fistulizar en piel o intrabucalmente lo que va a permitir una infección secundaria.

Histopatología:

En el estudio histopatológico de estos quistes se observa una capa de tejido escamoso estratificado, además de la presencia de queratina en la luz del quiste, puede contener uno o todos los apéndices cutáneos como folículos pilosos, -- glándulas sudoríparas y hasta órganos dentales.

La cavidad quística contiene algunas veces material sebaceo y queratina. Como dato complementario estos quistes pueden presentarse en ovarios y raramente en testículos y se desarrollan a partir de células germinales primordiales que son aún indiferenciadas y se pueden encontrar tejidos como dentarios, muscular y cerebral.

Si no se encuentran apéndices cutáneos, no se pueden diagnosticar como un quiste dermoide y en este caso se llamará quiste epidermoide.

Tratamiento:

Su tratamiento va a ser la extirpación total, variando su procedimiento de acuerdo a su localización con respecto al músculo milohioideo. Los que se encuentren por encima del músculo se extirparan oralmente, por medio de una incisión media que se origina desde la cara ventral de la lengua hasta la cara lingua de la mandíbula pasando entre las carúnculas de Warthon, a continuación y con mucho cuidado se hará disección roma hasta descubrir la membrana del quiste, se separa el quiste de los músculos adyacentes y se extirpa. Cuando el quiste es de gran tamaño es necesario eliminar gran parte de su contenido para poderlo extraer. Algunos quistes están insertados a las anósis geni por lo cual es recomendado que se corten o se lijén estas anósis para evitar residivas, se su

tura por planos con Cat-gut 000.

Cuando el quiste dermoide se encuentre por debajo del quiste milohioideo su extirpación va a ser extraoral, la cual se efectúa por medio de una incisión media que va desde la sínfisis mentoniana hasta el hueso hioides, se practica una incisión penetrante a través de la piel, tejido graso subcutáneo, masa muscular y facial hasta que se alcanza la pared del quiste, la disección cuidadosa permitirá la extirpación completa del quiste. Se sutura por planos, con Cat-gut 000 y la piel con Dermalon 000.

- Tirogloso:

Quiste del grupo de los congénitos que provienen de vestigios del conducto tirogloso, que une al tiroides primitivo con su punto de origen de la pared ventral de la faringe, este conducto es una estructura embrionaria que se extiende desde el agujero ciego en la base de la lengua, hacia abajo a través del hueso hioides para terminar en la fascia profunda en la proximidad del istmo de la tiroides.

Se desconoce la causa de la aparición de estos quistes, debido a que las células epiteliales que lo provocan con su proliferación han estado presentes por muchos años en adultos sin provocar patología alguna, se cree ser atribuidos a una infección.

Características Clínicas:

Son generalmente de color obscuro y algunas veces pueden estar vascularizados y se pueden confundir con alguna hemorragia.

Aunque que se trata de una lesión típicamente de la línea media suelen encontrarse en la porción lateral, ser desde pocos milímetros hasta proxímadamente 10 centímetros de diámetro, no son dolorosos excepto algunos a la palpación y tienen la forma típica de una esfera. Su movilidad suele estar de acuerdo a su tamaño, los pequeños pueden ser desplazados

más fácilmente que los de mayor tamaño, estos sólo se mueven ligeramente por la resistencia que oponen los tejidos vecinos y la distensión de los mismos.

Aparecen lo mismo en hombre que en mujeres y por lo general se presentan antes de los veinte años, suelen levantar se al deglutir o al sacar la lengua, además los pacientes suelen tener disfagia cuando el quiste se encuentra en la lengua o región suprahioides.

Por ser estos quistes tan ricamente vascularizados, - un signo muy importante son las hemorragias por vía oral que presentan estos pacientes, esto es debido a la posible ruptura de venas sobre yacente, o la formación muy a menudo de fistulas que permiten el escape del contenido quístico, estas aberturas aparecen en la porción anterior del cuello o ligeramente a un lado.

Histología:

Estos quistes suelen estar tapizados por epitelio-pavimentoso estratificado y que al infectarse secundariamente contienen linfocitos. Los quistes que se forman en la porción inferior del conducto, están tapizados por un tipo de epitelio respiratorio y además pueden contener trozos de tejido tiroideo aberrante y elementos angiomatosos.

Tratamiento:

Su tratamiento siempre va a ser quirúrgico y una de las técnicas para su extirpación puede ser la siguiente: bajo anestesia general, previa asensia a la región se practica una incisión trasversal al quiste de aproximadamente ocho centímetros, a continuación se levantan los colgajos de piel y músculo cutáneo hasta descubrir al quiste, que en algunos casos puede estar por encima o por debajo de la capa superficial de la aponeurosis cervical profunda, se liberan las caras laterales e inferior del quiste, teniendo mucho cuidado con la disección por arriba para poder identificar el trayecto del

quiste que va a la lengua, algunos Cirujanos marcan el trayecto con tinta china o cualquier colorante que contraste para poderlo identificar, a continuación se hace la disección en la porción central del hueso hioides, donde se debe de practicar una ostectomía en la porción que se encuentra unida al hueso hioides al quiste o su trayecto, el ayudante del Cirujano introduce por vía oral el dedo índice para hacer presión por debajo de la línea media de la base de la lengua, al hacer esto la lengua se impulsa hacia el campo operatorio en donde el Cirujano extirpa una masa de tejido muscular de la lengua en la línea media, que se extiende desde el hueso hioides hasta la base de la lengua, se extirpará la nieza formada por el quiste y la porción central del hueso hioides a un núcleo de músculo del centro de la lengua, se sutura por planos y se dá -- por terminada la operación al colocar un Pen-rose, en la parte inferior de la herida.

B).- QUISTES ODONTOGENICOS.

Los quistes odontogénicos son aquellos que se desarrollan a partir de estructuras dentígeras.

- Quiste Dentífero:

También conocido como quiste folicular central. El quiste rodea a la corona de algún órgano dental que no ha hecho erupción, la membrana epitelial que rodea a la corona se encuentra como el epitelio bucal de un órgano dental ya erupcionado alrededor de su cuello.

Se han visto en casos verdaderamente raros en que se encuentra involucrado un supernumerario. En otros los causantes son odontomas, el cual recibe el nombre de odontoma quístico.

Sobre su origen existen varias teorías, considerando se las más importantes las de origen intrafolicular y extrafolicular.

La teoría intrafolicular es la que dice que el quiste proviene del crecimiento directo del folículo dentario que envuelve a la corona de un órgano dental no erupcionado.

La extrafolicular dice que en un principio el quiste se desarrolla a partir de residuos epiteliales extrafoliculares que posteriormente se unen al folículo de un órgano dental en erupción.

Manifestaciones Clínicas:

Este quiste se presenta principalmente en la zona de los terceros molares inferiores, caninos y órganos dentales - incluidos. Se presenta a cualquier edad, siendo los jóvenes los más afectados. Su tamaño puede ser pequeño o alcanzar un tamaño descomunal, siendo en la mandíbula tal su crecimiento que abarca gran parte del cuerpo y la rama ascendente, desplazando al órgano dental y a las corticales produciendo una notable asimetría en la facie del paciente. En el maxilar, quizás por su anatomía no alcanza a desarrollarse tan ampliamente.

te, pero puede desplazar a órganos dentales que se encuentren distantes.

Se han observado quistes dentígeros en nacientes que presentan aplasia ecodérmica, esto es debido a que la fuerza eruptiva de los órganos dentales es nula, lo cual favorece a la formación de quiste. También se presenta en la amelogénesis imperfecta hipoplásica en el cual se presentan varios órganos dentales sin hacer erupción.

Características Radiológicas:

Se observa como una zona radiolúcida unilocular, bien delimitada redonda u ovalada, en cuyo interior se encuentra la corona de algún órgano dental que no ha hecho erupción, también puede estar involucrada alguna parte de la raíz o las raíces del órgano afectado. Algunas el órgano dental suele estar desplazado. Cuando alcanza un tamaño considerable, por medio de radiografías extraorales se observa el quiste multilocular.

Histonatología:

A parte de encontrar la corona de un órgano dental, - se observa al microscopio una delgada pared de tejido conjuntivo tapizado por epitelio escamoso estratificado que se continúa con el epitelio reducido del esmalte que cubre a la corona.

Es muy importante hacer un estudio histológico de el quiste dentígero por que se puede malignizar en un ameloblastoma.

Tratamiento:

Su tratamiento va a ser quirúrgico, consiste en la enucleación completa del quiste junto con el órgano dental afectado. Hay que curetear perfectamente la cavidad quística hasta estar seguros de que no quedan rastros del quiste, esto se hace con el fin de prevenir un ameloblastoma.

- Primordial:

Se trata de quiste de origen dental que se deriva del folículo dental por lo que algunos autores le llaman también quiste folicular simple. Es un quiste dental de lo más raro de encontrar. Este quiste se desarrolla en un lugar en donde falte un órgano dental.

Este es un signo muy importante sin embargo también se puede encontrar en una zona donde no falte ningún órgano dental por lo que se piensa que se formó a partir de la yema de un diente supernumerario; o también puede ser provocado por un órgano dental temporal que quede retenido al hacer erupción el diente permanente.

Este quiste por lo general se encuentra en la zona del tercer molar inferior.

En algunos casos se ha encontrado en la rama ascendente y el molar se piensa que su origen se debe al germen dental supernumerario de un cuarto molar. Estos quistes además se pueden encontrar en cualquier otro diente o en el maxilar, aunque esto es más raro.

Manifestaciones Clínicas:

Estos quistes alcanzan por lo general un tamaño de aproximadamente dos centímetros de diámetro por lo cual raramente provocan una asimetría de las corticales o un desplazamiento de los órganos dentales contiguos. Otra característica de estos quistes es que nunca está en contacto con alguna corona o en el ápice de un órgano dental.

Clínicamente en pocos casos se ha observado que pueden adquirir un gran tamaño que es capaz de desplazar a las corticales y a los órganos dentales y seguir desplazándose hacia la rama ascendente o hacia el cuerpo de la mandíbula dependiendo del que ponga menos resistencia.

Características Radiológicas:

Estos quistes se observan como una zona radiolúcida

unilocular, algunos autores señalan que pueden ser multiloculares aunque este caso es raro de observar, su forma puede ser redonda, ovalada o elíptica, también se observa como una sombra con sus bordes bien redondeados y bien delimitados por una zona hiperotósica.

Histopatología:

El saco quístico se encuentra revestido por epitelio escamoso estratificado y una capa de tejido conjuntivo, en algunos casos se han encontrado células inflamatorias entre el tejido conjuntivo y la capa epitelial.

Tratamiento:

Siempre va a ser quirúrgico, en caso de que rompa la pared quística, hay que efectuar un raspado minucioso de la pared ósea para que no queden restos que puedan dar una recidiva.

- Erupción:

Es un quiste de contenido sanguinolento; tiene una zona azulada en su superficie, en su etapa de crecimiento se hace laxo y rompe vasos sanguíneos, a esto se debe la presencia sanguinolenta.

Tratamiento:

Quitar la capa epitelial para permitir la erupción del diente y para que drene y no tenga mal posición.

- Infección:

Es una de las etapas de crecimiento del quiste, específicamente en la etapa de fistulización.

- Quistes periapicales y laterales:

Son las lesiones quísticas más frecuentes que abarcan al maxilar y a la mandíbula. Cuando el quiste se presente al final de la raíz se llama quiste periapical, pero cuando se presente a un lado de la raíz se llama quiste lateral, esto

es por la presencia de algún conducto accesorio.

Generalmente su origen es inflamatorio y se presenta en órganos dentales que tengan una caries de cuarto grado en la que se presenta una contaminación radicular por microorganismos, las que van a emanar toxinas al final del conducto del órgano dental afectado. Estas toxinas pueden provocar una estimulación para que se agregen fibroblastos y osteoblastos que van a demarcar una zona compacta dando origen a un granuloma. Dentro de esta masa proliferan restos epiteliales de malassez y si estos son estimulados darán formación a un quiste.

Características Clínicas:

Estos quistes en algunos casos son de un tamaño pequeño de aproximadamente de un centímetro otros son de pocos milímetros, en estos casos se presentan asintomáticos y son difíciles de apreciarlos clínicamente por no presentar ningún signo de importancia y su descubrimiento va a ser casual. Pero en otros casos su tamaño puede ser de varios centímetros, y en este caso sí se pueden detectar clínicamente, pues al presentar este volumen por lo general ya se presentan con una infección secundaria, la encía presenta un color púrpura de consistencia blanda y superficie lisa, un aumento de volumen en las corticales y a la palpación se escucha crepitación, además de presentar una fístula por donde drena exudado purulento, en estos casos el paciente se queja de dolor y presenta hipersensibilidad.

Características radiográficas:

Se observa como una zona radiolúcida única, por lo general su forma es redonda pero no es raro verlos ovalados o elípticos. Con los datos clínicos y las radiografías podemos hacer el diagnóstico, sin embargo es fácil que se confunda uno con un absceso o un granuloma pues sus imágenes son muy parecidas a la del quiste. En si el diagnóstico final nos lo dará el histopatólogo.

Histopatología:

Al microscopio los quistes apicales, laterales o residuos presentan una capa limitante formada por tejido conjuntivo denso, cubierto por epitelio escamoso que proliferan en ocasiones como el carcinoma escamoso, mas sin embargo, nunca se comporta como un tumor maligno, el contenido del saco quístico puede contener grandes cantidades de cristales de colesterol.

Tratamiento:

El tratamiento va a ser quirúrgico y es el mismo para el quiste apical, el lateral y el residual.

Previo estudio clínico completo del paciente y con las radiografías que sean necesarias, se practica la asepsia de la región por intervenir, se anestesia localmente al paciente y se practica incisión que puede ser la de Parch o la de Newman, a continuación se levanta el colgajo mucoperióstico y con fresa quirúrgica o con un cincel fino y la ayuda de un martillo se hace la osteotomía, una vez hecha la osteotomía queda al descubierto el quiste el cual lo vamos a retirar con la ayuda de una cureta o una cucharilla. Si se piensa hacer un tratamiento conservador, en el caso de que sea un quiste apical aquí se puede tratar de hacer el tratamiento del conducto radicular de los dientes involucrados. De no poderse hacer la endodoncia se extrae el órgano dental involucrado. Se limpia la cavidad quística muy bien con suero fisiológico o con agua bidestilada, a continuación se sutura y se aconseja tomar radiografía del posoperatorio para tener un control.

C).- PSEUDOQUISTES.

No son verdaderas entidades quísticas sino solamente un acúmulo de secreción mucosa en el tejido conjuntivo, careciendo el espacio líquido de un revestimiento epitelial, (a esto se les debe su nombre).

Su etiología es debido a un acúmulo de sustancia salival, obstrucción de un conducto de una glándula dado por sialolitos o cálculos salivales o por una estenosis del conducto post-traumático que no permite la salida de saliva a la cavidad oral.

- Ránula:

Es una lesión que invariablemente se presenta en el piso de la boca, se desarrolla asociada 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.

Este quiste tiene un aspecto típico, cuando alcanza una gran tamaño se adelgaza y presenta el aspecto de la nariz de una rana, de aquí su nombre.

Manifestaciones Clínica.

Este quiste se puede presentar a cualquier edad, - aun en recién nacidos. Aparece como una tumefacción translúcida, redondeada u ovalada, deslizable, fluctuante, se presenta unilateralmente pero puede crecer lo bastante como para rebasar la línea media, es una lesión que se presenta asintomática pero al aumentar de tamaño levanta la lengua produciendo dificultad para la masticación y la fonación, algunas veces durante la masticación es posible que se rompa dando salida a un líquido viscoso, grueso y mucoso que se acumula de nuevo cuando cicatriza la lesión.

En algunos casos, la localización de la ránula es posible que sea más profunda, de tal forma que los tejidos que se encuentran por encima van a enmascarar su aspecto, el cual

se observa como una tumoración redonda, de superficie lisa y de consistencia semisólida, en este caso la punción aspiratoria es de gran utilidad para conocer su contenido. Este quiste aumenta de tamaño antes o durante la comida y disminuye -- después.

Se aconseja tomar radiografías para saber si hay o no algún cálculo salival, que algunas veces son los responsables de la lesión, si no se observa la presencia de algún cálculo salival, lo más probable es que se debe a residuos orgánicos y en la radiografía no se vea nada de importancia.

Histopatología:

Se reporta la existencia de tejido conjuntivo recubierto por epitelio de tipo escamoso aplanado, el estroma contiene glándulas mucosas y restos celulares como linfocitos, células plasmáticas y macrófagos.

Tratamiento:

Su tratamiento de elección es el quirúrgico, estando indicado en este caso la marsupialización con alginato o con gasa, pero considero que con el alginato es más fácil y a continuación voy a describir la técnica.

Previo a la anestesia de la región, se anestesia al diente inferior y localmente alrededor de la lesión, se introduce una jeringa hipodérmica en la lesión y se retira el líquido que se encuentre en el interior, se retira la jeringa manteniendo la aguja en el sitio de la punción, a continuación se coloca otra jeringa con alginato muy aguado, el cual se va a introducir en la lesión para que esta tome de nuevo su tamaño original, se espera a que fraque y procedemos a disecar la mucosa siguiendo los contornos de la rínula, se retira la capa mucosa con todo y el alginato quedando una superficie cruenta la cual se sutura en forma de surgenete continuo sin afrontar los bordes. A los pocos días se observa una perfecta cicatrización y es muy difícil que se presenten recidivas.

- Mucocelos:

Esta lesión se presenta en la cavidad oral en donde se encuentren glándulas serosas como resultado de la obstrucción de su conducto excretor. Estas lesiones se presentan en la mayoría de los casos en el labio inferior, pero se pueden encontrar en mucosa vaginal, piso de boca, en la región ventral de la lengua y en el labio superior.

Se pueden producir por la acción de agentes traumáticos como son las mordeduras de labio o por irritación provocada por la mal posición dentaria, fracturas coronarias o protesis mal ajustadas.

Algunos autores lo consideran como un quiste de retención por que en su interior se ha encontrado epitelio. Pero otros autores lo consideran como un quiste falso por no encontrarse en el epitelio de revestimiento.

Bhaskard, para conocer el mecanismo de la formación de los quistes de extravasación, liqó los conductos salivales encontrando que no se formo ningún mucocelo o ránula. En otro estudio encontró que al seccionar los conductos, se acumuló saliva en los tejidos vecinos, la cual al no ser secretada al medio bucal, fue rodeado como cuerno extraño produciendose así su localización.

Manifestaciones Clínicas:

Estas lesiones son unas tumefacciones pequeñas, redondas o de forma oval, son generalmente de color azulado casi gris, estan bien delimitadas, son de consistencia blanda, su contenido mucoso y espeso de color pajizo o incoloro, su tamaño varía desde unos pocos milímetros, hasta un poco más de un centímetro de diámetro, por lo general son quistes únicos, pero en algunos casos se pueden presentar dos, tres o más.

Estas lesiones se presentan por lo común en la superficie, pero en muy pocas ocasiones se pueden presentar un poco más profundo, estos no se reconocen facilmente pues su coloración es muy similar a la mucosa vecina y a la palpación es

semadura y se puede desplazar, la evolución de estos quistes puede ser de días o semanas y su persistencia puede ser indefinida si no se trata. Las características del mucocele son muy similares a un hemangioma, pero estos con la punción aspiratoria nos puede dar el diagnóstico.

Histología.

Las lesiones se caracterizan por observar un espacio lleno de un líquido mucoso, contenido por tejido de granulación, sus paredes son generalmente muy delgadas, las células tapizantes son fibroblastos y los conductos contribuyentes más pequeños están dilatados en diversos grados.

Tratamiento:

Su tratamiento de elección es el quirúrgico, se puede hacer una incisión sobre el mucocele para dar salida al contenido, pero al cicatrizar se vuelve a formar. Lo ideal es la marsupialización con alginato.

VII.- C O N C L U S I O N E S .

Es de vital importancia hacer un buen diagnóstico, para poder instituir un plan de tratamiento adecuado.

Asegurarnos que las condiciones en que se encuentran la cavidad bucal y el estado general del paciente sean óptimas.

Es de vital importancia el hecho de descubrir a tiempo cualquier lesión quística, para que una vez establecido el diagnóstico, pueda realizarse un tratamiento temprano -- que conduzca rápida y eficazmente al establecimiento de la salud bucal.

Para poder intervenir con éxito ante la presencia de las lesiones quísticas, debemos de tener un conocimiento exacto de la región por intervenir.

Se debe de seguir observando periódicamente al paciente, ya que algunas veces se presentan recidivas. Es necesario contar con el material quirúrgico adecuado y en buenas condiciones de uso, para asegurar el éxito de la intervención.

En algunos casos se requieren tratamientos combinados (endodóntico y quirúrgico).

Debemos de asegurarnos que la vía de acceso que se piense usar, nos permita una buena visibilidad de la cavidad quística.

La eliminación de las lesiones quísticas son muy importantes, pues son terrenos propicios para una infección secundaria, además de producir deformaciones faciales muy notables.

La Cirugía Bucal depende de los Cirujanos Dentistas, por lo cuál el triunfo del tratamiento, nos llevará a una rehabilitación bucal completa y adecuada.

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

- a).- KRUGER O. GUSTAV.
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Interamericana 1959.
- b).- RIES CENTENO GUILLERMO
Cirugía Bucal
Editorial El Ateneo, 1973.
- c).- THOMA KURT H.
Patología Bucal
Editorial Salvat, 1975.
- d).- ZEGARELLI EDWARD V.
Diagnóstico en Patología Oral
Editorial Salvat, 1972.
- e).- QUIROZ FERNANDO
Anatomía Humana
Editorial Purrua, 1973
- f).- ARCHER HARRY
Cirugía Bucal
Editorial Mundi, 1968.
- g).- GURAL NICK WALTER
Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Salvat, 1971.
- h).- WUERHRMANN ARTHUR H.
Radiología Dental
Editorial Salvat, 1975.
- i).- PINDBORG J.J.
Atlas de Enfermedades de la Mucosa Oral
Editorial Salvat, 1974.
- j).- GLICKMAN Y IRVING,
Periodontología Clínica
Editorial Interamericana, 1974.
- k).- BHASKAR S.N.
Patología Bucal.
Editorial el Ateneo, 1971.