



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**QUISTES MAXILOMANDIBULARES
Y DE REGIONES CIRCUNVECINAS**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
GABRIELA OLIVA SANCHEZ

1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.
I GENERALIDADES DE QUISTES	2
II CLASIFICACION.	6
III ETIOLOGIA	53
IV HISTOPATOLOGIA QUISTICA	55
V DIAGNOSTICO, INTERPRETACION RADIOGRAFICA Y DIFERENCIACION CON OTRAS ALTERACIONES PATOLOGICAS	57
VI PRONOSTICO Y TRATAMIENTO	77
VII CASUISTICA	106
CONCLUSIONES	141
BIBLIOGRAFIA	143

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

En este trabajo se trata el tema de quistes maxiloman dibulares, en el cual se establecerá en forma concreta los conceptos en relación a éstos.

De esta manera estableceremos una clasificación que permita abarcar diferentes tipos de quistes (los más frecuentes en los huesos maxilomandibulares), a través de éste se dará la descripción y características clínicas para poder diagnosticar rápida y correctamente y a la vez diferenciarlos de otras múltiples alteraciones patológicas.

Además, será necesario ayudarnos de un buen diagnóstico radiológico que sea capaz de diferenciar las múltiples alteraciones patológicas que llegan a provocar destrucción del hueso.

Se ha de tener presente que con la ayuda de una correcta punción y biopsia exploradora se puede establecer la histopatología del quiste, así como, la etiología de la lesión.

Por otra parte, se describe, el diagnóstico, pronóstico y tratamiento quirúrgico de cada uno de los diferentes tipos de quistes maxilomandibulares.

Por lo que, mencionamos una serie casuística de los mismos para su mayor comprensión científica.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE QUISTES

Dentro de la odontología en práctica general y a nivel hospitalario, se llegan a encontrar con gran frecuencia lesiones quísticas, que en la gran mayoría de los casos, son lesiones benignas.

Su localización puede ser diversa, encontrándose en el maxilar, en la mandíbula, en el cuello y en los tejidos blandos de la cavidad bucal.

Este tipo de lesiones afecta, tanto en forma funcional como en forma estética al paciente, ya que, los quistes producen aumento de volumen y en ocasiones gran deformación facial.

Primeramente, para conocer a este tipo de lesión, la definiremos como: Todo quiste "es un saco cerrado, provisto de una membrana bien definida, que contiene material líquido, semilíquido o gaseoso, que se desarrolla anormalmente en una de las cavidades naturales o en el parenquima de un órgano". (1 - 13)

Tenemos que, el contenido líquido del quiste es de un color amarillento, semejante al del plasma sanguíneo, éste puede permanecer estéril siempre y cuando no exista ruptura de la bolsa conjuntivo epitelial, pero puede estar asociado a infección por la ruptura de la misma. (2-14)

Dentro de la evolución del quiste, tenemos que éste pasa por dos períodos, el primero denominado "período si--

lencioso", en el cual no existe sintomatología alguna, ni aumento de volumen perceptible en la región afectada, así que, si la lesión no se descubre a través de un examen --odontológico de rutina, el quiste llega a un segundo período denominado "período de expteriorización", en el cual éste presenta características semiológicas particulares y diferenciales, si la lesión afecta hueso, éste se ha reabsor**u**bido generalmente se reabsorbe primero la tabla externa - (la más delgada). (3)

Por la pérdida del hueso, la lesión se considera a la palpación como crepitación apergaminada y bien delimitada, en tanto que, si la lesión está localizada en tejidos blanudos, la palpación se considera blanda y el aumento de voluumen bien delimitado. (1-3)

Los síntomas de los quistes son: generalmente indolouros, aunque pueden alcanzar grandes proporciones y provo--car presión sobre un nervio y producir dolor, o del mismo modo puede causar parestesia de la región. Además de la -deformación facial que es un factor psicológico muy importante en el paciente. (7)

Los defectos óseos que producen los quistes y que -ocasionan dicha deformidad facial, son producidos por la -gran fuerza de expansión y potencialidad de crecimiento -que posee el contenido quístico, así como también la poca-resistencia ósea (la tabla externa se destruye con mayor -facilidad provocando la asimetría facial).

Dentro de la región maxilofacial no solo existen le-siones de tipo quístico sino que, existen otras muy diverusas alteraciones de tipo neoplásico, que pueden llegarse a confundir clínica y radiográficamente con un quiste, ya -que éste puede crecer en todas direcciones por la presión-del líquido quístico, pero a diferencia de la neoplasia, -

el quiste respetará (al desarrollarse) estructuras anatómicas como nervios, vasos sanguíneos, senos paranasales, que solamente son desplazados por este tipo de lesión, en tanto que una neoplasia invade y destruye todas las estructuras anatómicas de la región que esté afectando. (14-15)

Para evitar un diagnóstico erróneo ya que sabemos que este tipo de lesiones benignas se pueden llegar a confundir con lesiones malignas, es indispensable en cada caso individual un buen diagnóstico a través de una serie de combinación de hallazgos por medio de una historia clínica, datos físicos y subjetivos, evaluación radiográfica, biopsia de los tejidos y con ella realizar un examen histopatológico.

La evaluación radiográfica de un quiste el cual está afectando hueso, se observa con un contorno liso y lobular más o menos bien definido, rodeado de un halo de mayor consistencia ósea. La lesión puede ser de aspecto unilocular o multilocular y si existe infección asociada a la lesión los márgenes pueden ser irregulares. (15)

La biopsia de la lesión se llevará a cabo a través de una punción aspiradora y con ella se podrá establecer la histopatología de la lesión. (3)

Al quiste se le puede introducir material radiopaco, y obtener una radiografía de contraste, con la que podremos establecer el tamaño real de la lesión, y su relación con otras partes anatómicas de importancia que se deben de tomar en cuenta cuando se realice el tratamiento quirúrgico.

A través de un estudio completo y de un diagnóstico positivo, al quiste se le podrá colocar dentro de una clasificación ya establecida por diferentes patólogos, cirujanos maxilofaciales en combinación con la O.M.S. (3)

Esta clasificación está establecida de acuerdo al origen de la lesión.

Se divide en 3 grandes grupos:

- Quistes congénitos.
- Quistes del desarrollo de origen no dentario.
- Quiste de origen dentario. (3-22-26-28)

Para llegar a esto tenemos que realizar un diagnóstico diferencial, ya que existen tumores benignos de los tejidos blandos de la cavidad bucal que pueden tener el aspecto clínico de un quiste los que incluyen, a los fibromas, lipomas, miomas, hemangiomas, linfangiomas y papilomas. (7)

Existen también disfunciones metabólicas que se tienen que tener en mente porque pueden dar como resultado lesiones con aspecto radiográfico de un quiste, dentro de estas disfunciones está la osteitis fibrosa quística (hiperparatiroidismo) y las enfermedades del sistema retículo endotelial como la de Schuller Christian y el granuloma eosinófilo. (7)

Así también existen alteraciones genéticas que se caracterizan por quistes múltiples de origen odontogénico. Entre éstos los síndromes más importantes son la disostosis cleidocraneal y el síndrome del nevo basocelular y costilla bífida.

El tratamiento de las lesiones quísticas se establecerá con ayuda de todo lo anterior, ya que es favorable para la vida, función y estética del paciente.

El pronóstico en la mayoría de los quistes es favorable, si se realiza un tratamiento quirúrgico adecuado, para cada tipo de lesión.

CAPITULO II

CLASIFICACION

QUISTES CONGENITOS

1. Tirogloso
2. Branquial
3. Dermoide
4. Epidermoide

QUISTES DEL DESARROLLO

I. DE ORIGEN NO DENTARIO

a) TIPOS FISURALES

1. Quiste nasopalatino
2. Quiste Palatino medio
3. Quiste Globulomaxilar
4. Quiste Mediomandibular
5. Quiste Nasoalveolar

b) TIPOS DE RETENCION

1. Mucocele
2. Ránula

II. DE ORIGEN DENTARIO

1. Quiste Primordial
2. Quiste Dentífero
 - a) Quiste del brote
3. Quiste Periodontal
 - a) Apical
 - b) Lateral
4. Quiste Gingival
 - a) Del recién nacido
 - b) Del adulto
5. Queratoquiste
6. Quiste odontogeno queratinizante y calcificante.
7. Síndrome del nevo basocelular y costilla bífida (22)

QUISTE TIROGLOSO

Este quiste se origina dentro del desarrollo embrionario cuando la base de la lengua primitiva y de la glándula tiroides se comunican directamente entre sí por un tallo - epitelial llamado conducto tirogloso, éste se atrofia normalmente durante la vida intrauterina quedando ocupado por el foramen ciego.

La falta total o parcial de la obliteración del tallo o conducto tirogloso, puede dar lugar a la formación de un quiste. (9-17-22)

Este quiste se encuentra entre el foramen ciego y el piso de boca, a lo largo de la tiroides en el cartílago tiroideo al nivel del cartílago cricoides o en la escotadura supraesternal. (16-17)

La etiología exacta es desconocida, pero puede originarse después de una infección del tejido linfoide en la zona de restos del conducto tirogloso o por la infección de las vías respiratorias superiores. (22-26)

Características Clínicas:

Dentro de sus características clínicas, el quiste generalmente se presenta en personas jóvenes, pero también puede presentarse en personas adultas. (9) Es una masa cervical blanda, movable y casi siempre sensible a la palpación. Situado en la línea media o a un lado de ella, puede aparecer en el agujero ciego, en el piso de boca, o cerca del cartílago cricoides o tiroides. (9)

Suele levantarse al deglutir, o al realizar movimiento de protrusión de la lengua.

Cuando se encuentra entre la lengua o en región suprahioides puede causar disfagia o accesos de asfixia ligera, ronquera, o dificultades en la fonación. (22)

Se caracteriza por estar formado de paredes delgadas con contenido seroso u acuoso, siempre y cuando no se infecte. Cuando está asociada la infección puede originar una fístula del conducto tirogloso y drenar espontáneamente a mucosa o a piel. (9-22)

Generalmente es de color obscuro debido a que suele estar muy vascularizado, el síntoma importante es la hemorragia en boca por la ruptura de las venas y vasos.

Microscópicamente el quiste está revestido por epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o de tipo intermedio de transición, la pared del tejido conjuntivo puede contener pequeñas zonas de tejido linfático tiroideo y glándulas mucosas. (9-22)

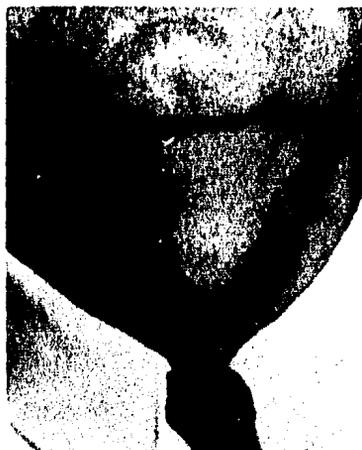
Puede estar o no conectado con el agujero ciego a través de uno o múltiples conductos.

El tratamiento es la excisión quirúrgica radical completa, esto si se desea que no recidive. (9)

Si no se realiza un buen tratamiento quirúrgico suele recidivar, y puede originar un carcinoma originado por restos epiteliales en el conducto tirogloso. (9)

Se debe realizar un diagnóstico diferencial, ya que se puede confundir con lipomas, hemangiomas profundos, quistes dermoides y nódulos tiroideos. (7-22)

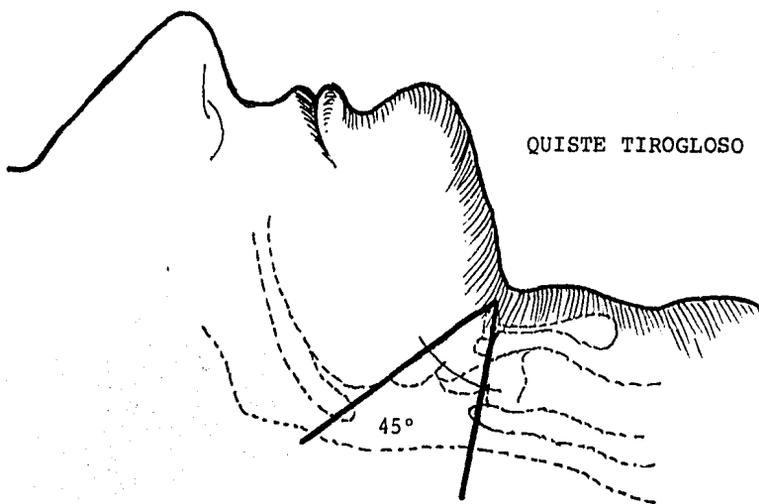
ASPECTO CLINICO DEL QUISTE TIROGLOSO



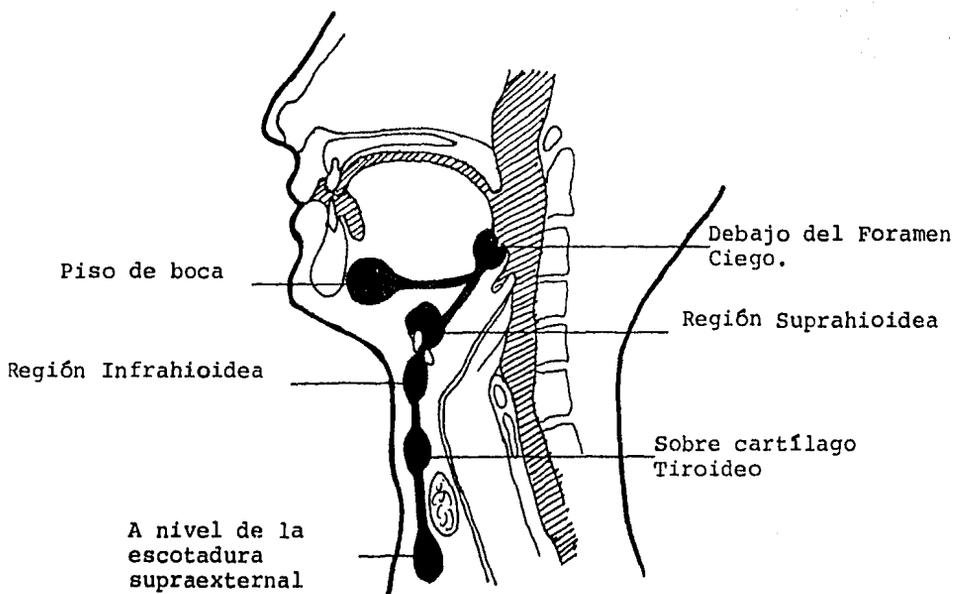
VISTA
FRONTAL



VISTA
LATERAL



LOCALIZACIONES MAS FRECUENTES DEL QUISTE



QUISTE LINFOEPITELIAL BRANQUIAL.

También llamado quiste Cervical lateral o Nódulo linfático quístico benigno. Este quiste se encuentra en el mediastino inmediatamente abajo del diafragma y posterior a la carina. (16)

Este quiste no se comunica con el lumen de la tráquea o gruesos bronquios. (16-19)

No está muy claro el origen de este quiste los autores de cirugía bucal y maxilofacial refieren que se origina de hendiduras branquiales en tanto que los autores de patología oral están de acuerdo con las investigaciones hechas por Bhaskar y Bernier, los cuales dicen que el quiste se origina de restos del seno cervical pero la fuente del epitelio es desconocida y se cree provenga de glándulas salivales, de aquí los nombres "nódulos linfáticos quísticos-benignos" o "quistes linfoepiteliales benignos". (2-22)

Características Clínicas:

Dentro de sus características clínicas este quiste aparece generalmente en adultos jóvenes durante la tercera década de la vida sin embargo puede aparecer en la niñez. No existe predilección sexual. Su crecimiento puede ser lento durante su desarrollo, la lesión puede crecer lentamente por años pero también puede hacerse evidente en semanas. (22)

A la palpación es una lesión fluctuante, movable, asintomática y circunscrita. (16)

Se localiza generalmente en la zona lateral del cue--

llo, aunque puede encontrarse también en el ángulo de la -
mandíbula, la zona submaxilar y parotídea. (26)

Histológicamente contiene un material fluido o mucoso,
siendo éste acuoso claro o mucoide gelatinoso espeso. El
quiste está constituido por epitelio columnar ciliado o -
puede contener también epitelio escamoso estratificado. La
pared contiene tejido linfoide, cartílago hialino, fibras
musculares y raramente fibras nerviosas. (16)

Esta lesión es pequeña generalmente, aunque puede al-
canzar un gran tamaño llegando a ser transparente la piel.

Debe de realizarse un diagnóstico diferencial que inclu-
ye el higroma quístico, linfadenitis, linfoma y tumor del
cuerpo carotídeo. (22)

Los síntomas clínicos son determinados por el tamaño
del quiste y el sitio del mismo, existiendo tos, disfagia-
o afectación respiratoria. (16)

Tratamiento. Extirpación total de la lesión. (16)



QUISTE DE LA
FISURA BRANQUIAL

QUISTES DERMOIDE, EPIDERMOIDE, TERATOIDE.

La gran mayoría de estos quistes se localizan en el piso de boca y se originan por restos epiteliales enclavados durante el cierre de la línea media de los arcos branquiales mandibular e hioideo. Pueden estar originados también por restos del tubérculo impar His que forma el piso de boca y el cuerpo de la lengua en conjunción con las superficies internas de las arcadas mandibulares. Pueden aparecer también en cara y cuello. (16-19)

Para conocer la diferencia que existe entre un quiste dermoide, epidermoide y un teratoma estableceremos la siguiente clasificación histopatológica y la hipótesis de la capa germinal. Sugerida por Ewing, Boyd, Cold, Mayer.

Quiste epidermoide: Cavidad revestida por inclusiones epidérmicas y una capa de célula granular. El lumen del quiste está relleno por queratina y puede desarrollar calcificaciones.

La cavidad se encuentra rodeada por una cápsula que no contiene anexos cutáneos. (3-12)

Quiste dermoide. Contiene verdadera epidermis y piel anexa (folículos de pelo, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas), etc., en el tejido conectivo subyacente. (3-21)

Quiste teratoide. Cavidad revestida de epitelio con elemento en el interior de su cápsula como anexos cutáneos, glándulas sebáceas, sudoríparas, folículos pilosos, queratina, derivados de tejido conectivo como fibras, hueso, músculo, vasos sanguíneos y tejidos del tracto respiratorio y gastrointestinal. Este se trata de un quiste complejo. (3-21)

La mayoría se originan en adultos jóvenes y no muestran predilección por el sexo. (31)

Clínicamente su aspecto intrabucal es que producen un abultamiento en el piso de la boca, causando elevación de la lengua, desplazando ésta hacia arriba produciendo dificultades en el acto de comer, hablar y aún respirar. (3-31)

Esta lesión se localiza entre el músculo geniohioideo y mucosa bucal, también se puede encontrar a mayor profundidad entre el geniohioideo y milohioideo ocasionando abultamiento en la región submentoniana. (21)

A la palpación pueden sentirse como masa, o fluctuante dependiendo del contenido de la lesión quística. (3)

Algunos quistes pueden llegar a contener pus a causa de una infección aguda. (31)

Varían de peso y de tamaño. (3)

Pueden desarrollarse tractos fistulosos que se abren en la boca o en la piel.

Pueden sufrir degeneración maligna y metastatizarse a través de ganglios linfáticos. (22)

El diagnóstico diferencial incluye ránula, bloqueo lingual bilateral o unilateral del conducto de Wharton, Quiste del conducto tirogloso, higroma quístico, quiste de la hendidura branquial, infección o celulitis aguda de piso de boca, infección de glándulas submaxilares y sublinguales, tumores benignos o malignos de piso de boca y glándulas salivales adyacentes. (7)

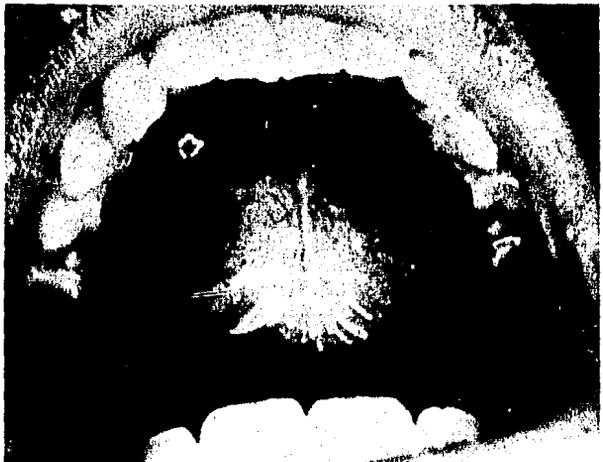
Tratamiento.- Enucleación quirúrgica siendo éste intrabucal o extrabucal dependiendo de la posición de la lesión.

El que se encuentra entre el geniohioideo y la mucosa su extirpación será por vía intraoral, el que se encuentra entre el geniohioideo y milohioideo la vía será extraoral- con una incisión transversal a través de la piel. (22)



Quiste Dermoide local-
izado debajo de piso de
boca.

Quiste Dermoide
localizado encima
de piso de -
boca.



QUISTE NASOPALATINO

Es un quiste maxilar anterior medio localizado en el conducto incisivo, es el quiste más comunmente encontrado dentro de los quistes de tipo fisural. (26)

Se origina por la proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino, este conducto se forma cuando los procesos palatinos se fusionan con la premaxila dando lugar a dos conductos que llegan a cada tabique nasal, es tos conductos conforme se van acercando a la cavidad oral se fusionan y salen en el agujero palatino anterior inmediatamente por detrás de la papila palatina. Así tenemos que este conducto se comunica a la cavidad nasal y a la ca vidad bucal. (17)

Características Clínicas:

Puede aparecer a cualquier edad siendo más frecuen-- te entre la cuarta y quinta década de la vida. (26)

Generalmente es asintomático, se observa una hincha-- zón a nivel de la papila palatina, a la presión puede lle-- gar a salir una pequeña gota de líquido acuoso o pus.

La mucosa es de color normal pero cuando fistuliza - por un proceso infeccioso se inflama y se torna rojiza en la periferia de la lesión, por lo que se vuelve dolorosa.- (22-31)

Características Radiográficas. En ocasiones no es vi sible radiográficamente porque se encuentra localizado só-- lo en la mucosa (papila palatina), de allí que algunos -

autores denominan a la lesión "quiste de la papila palatina". (22-26)

Cuando involucra hueso suele ser descubierto en un examen radiográfico de rutina observando una zona radiolúcida, oval o acorazonada, simétrica y bien delimitada, situada entre las raíces de los centrales superiores o sobre ellas, llegando en ocasiones a producir divergencias de éstas. (30)

Características Histológicas: El quiste está tapizado por epitelio escamoso estratificado o columnar ciliado pseudoestratificado o cuboide, su variabilidad de epitelio es porque el conducto nasopalatino se encuentra formado por todos estos tipos de epitelio, respiratorio en la porción nasal y escamoso en la porción bucal. (26-31)

La pared quística generalmente presenta células inflamatorias, suelen encontrarse acúmulo de glándulas mucosas, así como vasos y nervios grandes. (31)

Se debe hacer un buen diagnóstico diferencial, ya que se puede fácilmente confundir con un quiste periapical y a veces, llegar a desvitalizar o extraer una pieza dental como parte del tratamiento de un diagnóstico erróneo. (22)

Debemos de tener presente que los dientes adyacentes a la lesión quística son vitales, siempre y cuando no esté aunado a ellos un proceso carioso avanzado.

Tratamiento: El tratamiento adecuado es la enucleación quirúrgica y cureteado minucioso de la cavidad.

La vía de acceso es por palatino, realizando una inci

sión a lo largo de los márgenes gingivales palatinos, se levanta el colgajo, se retira la lesión, primero de tejido blando y posteriormente del hueso.

Es frecuente que se tenga que cortar el paquete vascular y nervioso del conducto, pero esto no llega a provocar ningún tipo de alteración posoperatoria, y sí nos ayuda a que se tenga un mejor acceso a la lesión. (3-22)



QUISTE DEL CONDUCTO INCISIVO

QUISTE PALATINO MEDIO

Se origina por epitelio atrapado en el momento de fusión de las apófisis palatinas del maxilar.

Características Clínicas

Se presenta como una tumefacción sólida localizándose en cualquier sitio de la línea media del paladar. La mucosa puede encontrarse pálida pero casi siempre intacta.

Generalmente es indoloro pero cuando alcanza un gran tamaño llega a causar molestias durante la masticación.(22)

Características Radiográficas: Se observa una zona radiolúcida localizada en una radiografía periapical frente a los premolares y molares, rodeada de hueso esclerótico.

Frecuentemente los datos radiográficos en esta lesión son desorientadores por la superposición de imágenes, se debe de utilizar una radiografía de contraste inyectando material radiopaco para poder delimitar bien la lesión.-(22-30)

Características Histológicas: Es un quiste revestido de epitelio escamoso estratificado cubierto por tejido conectivo fibroso, llegan a estar asociadas células inflamatorias y a existir espacios de cristales de colesterol. (22)

Tratamiento: La excisión quirúrgica es el tratamien-

to de elección, pudiéndose utilizar el método de marsupialización si la lesión es de gran tamaño. (1-3)

Se realiza un colgajo mucoperióstico tanto en la pared labial del maxilar como en el paladar. Este tipo de quiste se localiza en el piso de la nariz y llega a invadir la cavidad nasal. (3-22)



Vista clínica
del quiste palatino medio.

Vista radiográfica
del quiste palatino medio.



QUISTE GLOBULOMAXILAR

Se origina a partir de restos epiteliales que quedaron atrapados en la línea de fusión de los procesos globular y maxilar del proceso facial embrionario. (31)

Características Clínicas: Raras veces produce agrandamiento entre la zona del incisivo lateral superior y el canino. Es indoloro pero cuando llega a infectarse produce dolor en la región.

Características Radiográficas: Se observa una zona translúcida de forma piriforme "forma de pera", encontrándose entre las raíces del lateral y canino superiores provocando divergencias de dichas raíces. (1-22)

Este quiste puede ser diagnosticado erróneamente como quiste periodontal. Pero la localización característica de la lesión y la vitalidad de las piezas dentarias adyacentes nos ayudan a determinar un buen diagnóstico.

Características Histológicas: El quiste consiste de una membrana de tejido conjuntivo forrado por epitelio escamoso estratificado o respiratorio, la pared quística -- muestra infiltración de plasmocitos y linfocitos. (22-26)

Tratamiento: Debe ser enucleado quirúrgicamente preservando en lo posible los dientes adyacentes al quiste.

Se levanta un colgajo mucoperióstico de la pared labial del hueso para lograr un acceso adecuado a la región, extirpándose cuidadosamente. (14)

Si se realiza un buen tratamiento quirúrgico es raro que recidive. (22)

QUISTE MEDIOMANDIBULAR

Es una lesión sumamente rara, se produce en la línea-media de la mandíbula.

Su origen es discutido algunos autores afirman que resulta de la inclusión de epitelio atrapado en la fisura-mandibular media durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales. Otros autores sugieren que puede tener su origen en una degeneración quística de un germen dental supernumerario, lo cual es bastante menos posible. (22)

Características Clínicas: Es asintomático y se descubre durante un examen radiográfico de rutina, raramente producen la expansión perceptible de las láminas óseas corticales, los dientes adyacentes generalmente responden a las pruebas de vitalidad pulpar a no ser que a estos esté unido un proceso carioso avanzado.

Características Radiográficas: Se observa una imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada, en ocasiones se llega a presentar multiloculada.

Características Histológicas: El quiste revela una pared tapizada por epitelio escamoso estratificado o una combinación de este tipo de epitelio y cilíndrico ciliado.

Tratamiento: Excisión quirúrgica conservadora con la preservación de los dientes adyacentes a la lesión, siempre y cuando esto sea posible. (22)

QUISTE GLOBULOMAXILAR



QUISTE MEDIOMANDIBULAR



QUISTE NASOALVEOLAR

También se le ha denominado: "Quiste Nasolabial" o -
"Quiste de Klestadt". (2)

Tenemos que se forma en la unión de la apófisis meso-
nasal, lateronasal y maxilar ósea, en la base del ala na--
sal.

No se encuentra involucrado el hueso sino sólo en te-
jidos blandos, aunque a veces por su tamaño puede encon--
trarse afectado el hueso pero ya en forma secundaria. (31)

Características Clínicas: Produce una hinchazón en -
el pliegue mucovestibular así como en el piso de la nariz,
localizándose cerca de la inserción del ala de la nariz en
el maxilar.

Se ha llegado a observar bilateralmente, generalmente
levanta el suelo del vestíbulo nasal proyectándose debajo-
del extremo anterior del cornete inferior, y en ocasiones
causa obstrucción nasal. (26)

Produce en ocasiones dolor intermitente. Ocurre prin-
cipalmente en mujeres dentro de la 4a. década de la vida.-
(22)

Características Radiográficas: No suele ser visible-
en la radiografía ya que no es una lesión central de hueso.

Características Histológicas: La lesión está tapiza-
da de epitelio columnar pseudoestratificado que en ocasio--
nes es ciliado, frecuentemente con células caliciformes o

de epitelio escamoso estratificado o por la combinación de todos estos epitelios. (22)

Tratamiento: Debe ser eliminado quirúrgicamente teniendo cuidado de no perforar el saco de la lesión, la disección roma ha sugerido que se encuentra fijo a la mucosa nasal, esto puede demostrarse claramente mediante una radiografía con medio de contraste. (1-3)



Gran quiste nesoalveolar. Que puede ser observado claramente en la radiografía, aunque no es un quiste central de hueso, pero por su tamaño y -- tiempo de evolución existe gran reabsorción ósea del maxilar.

QUISTES DE RETENCION

MUCOCELE:

Se le atribuye un origen traumático, es una lesión - que afecta a glándulas y conductos salivales accesorios. - (22)

Es una cavidad rellena de una sustancia homogénea que contiene mucina, éste es productor de las glándulas salivales.

Generalmente aparece en la mucosa del labio inferior aunque puede aparecer en carrillo, en mucosa del labio superior, en lengua y paladar, así como también en piso de boca.

Características Clínicas: La mayoría de las veces, - es una lesión pequeña, redonda y translúcida, la cual puede tener un color azulado, por lo que puede llegar a con--fundirse con un pequeño hemangioma. (22)

La lesión puede ser profunda o superficial y dar ca--racterísticas clínicas diferentes. La lesión superficial, es una vesícula elevada y circunscrita con un color azulado y translúcida. La lesión profunda se manifiesta como - una hinchazón, y debido al grosor del tejido que lo recu--bre, el color y aspecto clínico es el de una mucosa normal.

Se forma en pocos días, es movable y puede persistir--durante meses.

Características Radiográficas: Radiográficamente no--se observa, ya que se encuentra exclusivamente en tejidos - blandos. .

Características Histológicas: El líquido es un material espeso y mucinoso.

La cavidad se compone de un revestimiento de tejido conectivo fibroso, presenta infiltración de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos, plasmocitos y fagocitos mononucleares. (22-31)

No es raro que la pared de la lesión sólo sea de tejido de granulación. A veces se presenta revestimiento epitelial aplanado e intacto.

En ocasiones se llega a perforar accidentalmente, pero se vuelve a formar.

Tratamiento: El tratamiento de elección es la excisión completa si no se realiza este, tiene un alto porcentaje de recidiva. (22)

RANULA

Es un quiste de retención y aparece en el piso de boca relacionándose con los conductos de las glándulas submaxilares y sublinguales.

Algunos autores afirman que se origina por la obstrucción de los conductos salivales o por la formación de un aneurisma en el conducto. (31)

Características Clínicas: Se observa de un tamaño mayor al mucocelo cuando llega a alcanzar gran tamaño, la mucosa se adelgaza y el quiste se observa de un color azulado.

Es una lesión no dolorosa, pero la lengua puede llegar a elevarse por el tamaño de la lesión, lo que dificul-

ta la fonación y masticación. (22)

Es una lesión tensa y fluctuante se deprime a la presión y rara vez se infecta.

Cuando llega a perforarse accidentalmente la mucosacicatriz y vuelve a formarse. (22)

Debe de saberse diferenciar con otro tipo de lesiones: con un angioma que es menos firme, con un quiste epidermoide que da a la palpación una sensación de masa, con un lipoma que es más firme, con el quiste del conducto de War--ton que crece más rápidamente y es exclusivo de las glándulas submaxilares, da síntomas de dolor e inflamación. (28)

Características Radiográficas: Así como el mucocele no se llega a observar radiográficamente porque es una lesión de tejidos blandos.

Características Histológicas: Es parecido al mucocele y en ocasiones existe un bien definido revestimiento epitelial.

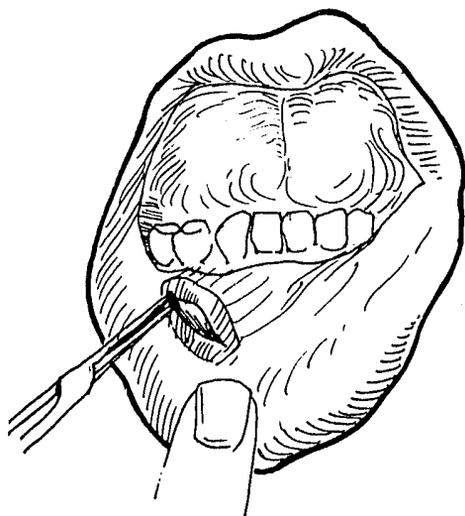
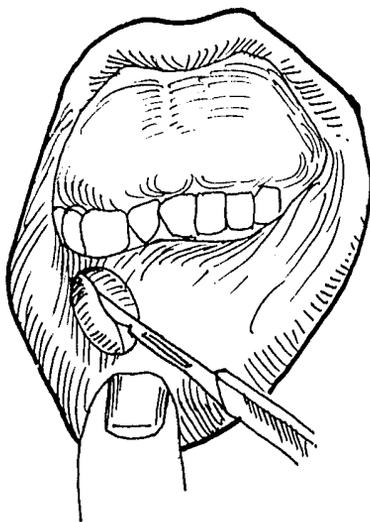
Tratamiento: Algunos autores consideran la enucleación completa, pero otros consideran la marsupialización como un mejor tratamiento. (1-3)

Esta lesión en ocasiones recidiva.

MUCOCELE



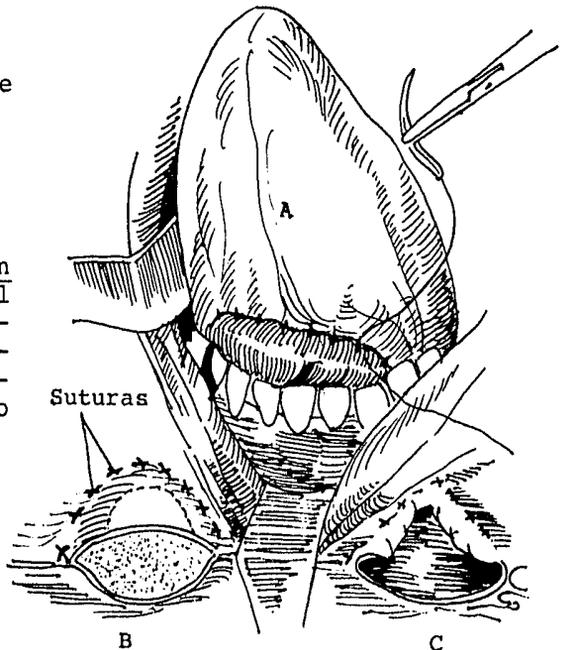
Extirpación de un mucocele a través de una incisión mucosa.



RANULA



- A. Marsupialización de una rânula.
- B. Corte transversal
- C. Se practicó una ventana, se aspiró el contenido del quiste. El piso del quiste se transforma en parte de piso de boca.



QUISTES DE ORIGEN DENTARIO

QUISTE PRIMORDIAL:

Es aquel que se forma durante los estadios precoces - del desarrollo dentario por lo que el término primordial- se ha designado para establecer una estructura más sencilla y menos desarrollada.

Esta lesión es poco común, se origina por la degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte antes de que se formen esmalte o dentina calcificados. (1)

Así el quiste toma el lugar de un diente sin estar - asociado con ningún órgano dentario. Puede originarse a - partir de un órgano dentario supernumerario, de manera que pueden existir todos los dientes en la cavidad oral y poder realizar un diagnóstico de quiste primordial. (1)

Es difícil su diagnóstico ya que microscópicamente - no se puede distinguir de un quiste dentífero o de un quiste residual de tipo periodontal. (1-3)

Características Clínicas: Es una lesión que varía de tamaño, posee gran potencialidad para expandir hueso y desplazar dientes por la presión del líquido quístico.

Todos los dientes de la región poseen vitalidad. La lesión no es dolorosa, aunque puede estar asociada a infección en forma secundaria y producir dolor.

Se forma en épocas tempranas de la vida pero se manifiesta entre la 2a. y 3a. décadas de la vida en igual porcentaje de hombres y mujeres. (22-26-31)

Características Radiográficas: Se observa como una zona radiolúcida, redonda u oval, con un reborde bien delimitado de tipo esclerótico o reaccional. Puede observarse unilocular o multilocular, designando este último término como aspecto de "pompas de jabón". (3)

Se localiza por debajo de las raíces dentarias o en el lugar de un diente ausente.

La mandíbula se afecta con mayor frecuencia que el maxilar en la región del tercer molar o por detrás, en el borde anterior de la rama. (1-3)

Características Histológicas: Es una cavidad revestida de epitelio escamoso estratificado, que puede presentar paraqueratina, o a veces ortoqueratina.

Suele presentar células inflamatorias crónicas, linfocitos y plasmocitos mezclados con leucocitos polimorfonucleares en la zona adyacente al tejido conectivo. (22-26)

Tratamiento: Su tratamiento es la enucleación completa con cureteado del hueso. (13-14)

Su pronóstico de recidiva es elevado. (26)

Quiste primordial multilocular que se forma de un folículo dentario de un tercer molar que nunca se desarrolló..



QUISTE DENTIGERO.

Es una lesión que se forma alrededor de la corona de un diente o alrededor de anomalías dentales como son los odontomas. (1-6)

Es un saco cerrado revestido de epitelio que se forma en períodos más tardíos del desarrollo dentario.

Según investigaciones patológicas la lesión se origina por la proliferación y transformación quística de las islas del epitelio, alojadas en la pared de tejido conectivo del folículo dental o hasta fuera de ella, y que este epitelio se une después con el epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística única alrededor de la corona del diente. (6-11)

Tenemos que Thoma clasificó los quistes dentígeros en: Tipo central.- cuando el quiste rodea la corona en forma simétrica. Tipo lateral.- cuando el quiste se desarrolla en el lado mesial o distal del diente, envolviendo sólo una porción de la corona. Y Tipo Circunferencial.- Cuando el quiste se desarrolla alrededor del cuello del diente ya formado, permitiendo la erupción del diente y produciendo una imagen similar a la de un quiste radicular. (26)

Suele ser solitario, cuando son múltiples pueden estar asociados con el Síndrome del carcinoma basocelular nevoide múltiple o también con la Disostosis Cleidocraneal y un tipo raro de amelogénesis imperfecta en la cual existen muchos dientes retenidos. (3-6)

Características Clínicas: Sus localizaciones más fre

cuentas son las zonas de los terceros molares inferiores y caninos superiores debido a que estos órganos dentarios se encuentran con mayor frecuencia retenidos.

La potencialidad del quiste puede ser muy agresiva y producir expansión del hueso con la resultante asimetría facial.

A la palpación existe una crepitación apergaminada - generalmente es asintomático, aunque puede presentar dolor cuando llega a existir reabsorción de las raíces adyacentes o estar asociada la infección. (15-24)

El crecimiento exagerado de un quiste en la región - del tercer molar puede producir un ahuecamiento de toda la rama ascendente, apófisis coronoides y cóndilo. (22)

En el caso de un canino superior puede haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente - puede parecer una sinusitis o una celulitis.

Se asocia generalmente con dientes permanentes. Es - un poco más frecuente en hombres que en mujeres y suele - presentarse en la 2a. ó 3a. década de la vida, aunque puede aparecer en la 1a. década de la vida causando ya manifestaciones clínicas. (6)

Características Radiográficas: Revela una zona radiolúcida con la corona de un diente no erupcionado, la zona radiolúcida puede estar rodeando a la corona simétricamente o estar en una zona lateral de allí la clasificación - de Thoma antes mencionada. (11-24)

En ocasiones la zona radiolúcida está rodeada por - una línea esclerótica la cual representa una reacción ósea.

El quiste se observa generalmente sobre un solo diente, pero en ocasiones llega a incluir las coronas de varios

dientes adyacentes y desplazarlos en posiciones alejadas - de sus lugares normales, esto ocurre especialmente en el - maxilar y porque el quiste tiene un gran potencial de crecimiento. (11-15)

Características Histológicas: Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de epitelio es camoso estratificado, que es continuo en el epitelio reducido del esmalte que cubre la corona. (22)

No es rara la infección secundaria y puede haber acan^utosis de las clavijas de la rete asociada con un infiltrado subasilar de células inflamatorias.

Puede haber hendiduras de colesterol y células gigantes de cuerpos extraños.

Algunas veces está revestido de un epitelio respiratorio o contiene células que producen moco. Generalmente se encuentran restos de células odontogénicas. (26)

Se dice que "el quiste dentífero es una ameloblastoma potencial". (22)

Tratamiento: El tratamiento de esta lesión va a estar determinado por el tamaño del quiste, un quiste pequeño puede ser enucleado quirúrgicamente en su totalidad - con poca dificultad.

Los de mayor tamaño deberán ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización, debido a que existe una pérdida importante de hueso. Este - procedimiento alivia la presión y se contrae gradualmente la cavidad quística por aposición periférica de hueso nuevo. (1)

Si se intentara la enucleación quirúrgica con una lesión de gran tamaño se corre el riesgo de fracturar el -- maxilar o la mandíbula, lesionar algún paquete nervioso - etc. (22-28)

El pronóstico de recidiva es raro salvo que haya habido fragmentación del revestimiento quístico o hayan quedado restos.

Pueden existir complicaciones potenciales derivadas de este quiste como son: recidiva por una remoción incompleta, formación de un carcinoma mucoepidermoide, básicamente un tumor maligno de glándulas salivales a partir del epitelio de revestimiento del quiste dentífero que contiene células secretorias de moco, se ve con mayor frecuencia en quistes dentíferos con terceros molares retenidos. (22)

QUISTE DE LA ERUPCIÓN O DEL BROTE.

Se trata de una dilatación del espacio folicular normal sobre la corona de un diente, causado por la acumulación de líquido quístico o sangre. (22)

Clínicamente es una lesión circunscrita y fluctuante del reborde alveolar en la zona del diente en brote.

Se presenta en niños pequeños durante la primera dentición o con la erupción de los dientes permanentes.

No requiere tratamiento, el diente brota sin un retraso significativo. (22)



Quiste dentígero
que afecta un ca
nino superior.

Quiste de erupción
asociado a un pri-
mer molar permanente.



QUISTE PERIODONTAL.

También se le ha denominado quiste paradentario y -- quiste radicular. (3)

Es una lesión inflamatoria con una evolución crónica que se puede encontrar en el maxilar y en la mandíbula, es ta lesión está formada por una bolsa conjuntivoepitelial - de contenido líquido o semilíquido, originado por un granu - loma que es una complicación de caries con muerte pulpar - o de un diente con traumatismo sin existir caries.

Tenemos que al propagarse el proceso inflamatorio de la pulpa a la zona periapical del diente se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamado granuloma apical, (no todos estos granulomas degeneran en un quiste) dentro de esta masa proliferan restos epiteliales de Malassez, - presentes normalmente en el tejido periodontal, estas is-- las epiteliales se fusionan y sufren una transformación - quística dando lugar a la lesión. (3-27)

Características clínicas: Se localiza generalmente - en el ápice del diente afectado, por lo que se le denomina quiste periodontal apical. También se puede formar a lo - largo de la pared lateral y se le denomina quiste periodon - tal lateral. (3)

Se puede desarrollar a cualquier edad pero preferente - mente se forman entre los 20 y 50 años. No hay predilec-- ción de sexo.

Se encuentran más lesiones en el maxilar que en la - mandíbula debido a que: -El número de raíces es mayor 30 ó 32 en comparación con el número de raíces que se encuen-

tran en la mandíbula 22. -La presencia de cavidades anatómicas tales como el seno maxilar y las fosas nasales que son campos propicios para la invasión de estos procesos.(3)

El diente en cuyo ápice existe este tipo de lesión es generalmente asintomático debido a la necrosis pulpar, no obstante puede haber sensación dolorosa a la percusión vertical y el diente tiene una ligera tendencia a introducirse en el alveolo.

El color de la mucosa gingival toma un color rojo vinoso. (27)

El quiste generalmente es pequeño pero en ocasiones, llegan a existir 2 tiempos clínicos:

1er. tiempo clínico: Es un período intramaxilar con una escasa sintomatología señalada.

2do. tiempo clínico: Es un período de exteriorización perceptible a la inspección clínica con adelgazamiento de la tabla externa y a la palpación sensación de crepitación apergaminada con la resultante asimetría facial. (3)

Características Radiográficas: El quiste radicular no se puede diferenciar radiográficamente de un granuloma, por lo que el verdadero diagnóstico se establece con un examen histopatológico. (3)

La lesión se observa generalmente como una zona radiolúcida y una línea delgada radiopaca, que indica una reacción del hueso a la masa que se expande lentamente. (30)

Características Histológicas: Está revestido por epitelio de tipo escamoso estratificado. Los quistes que --

llegan a localizarse en el seno maxilar suelen estar reves tidos por epitelio cilíndrico ciliado, pseudoestratificado o de tipo respiratorio. (22)

También existen cantidades variables de fibroblastos y pequeños vasos sanguíneos, generalmente existe infiltrado inflamatorio, el cual se compone de linfocitos, plasmocitos, algunos leucocitos polimorfonucleares. (31)

En algunos casos en la pared de la lesión existen grupos de espacios correspondientes al colesterol, asociados con células gigantes multinucleares. La masa de coleste--rol suele erosionar el epitelio de revestimiento y extruir se hacia la luz del quiste.

Tratamiento: Se extrae el diente afectado y se cure tea minuciosamente el tejido periapical.

En ciertas condiciones se puede efectuar el tratamiento endodóntico con apicectomía de la raíz del diente afectado.

El quiste no recidiva si la enucleación es adecuada, si se hiciera una remoción incompleta y quedaran restos -epiteliales es posible que aparezca un quiste residual al cabo de meses o años. (3)

QUISTE PERIDONTAL LATERAL

Se origina directamente en el ligamento peridontal la teral de un diente erupcionado, se dice que esta lesión se forma en el ligamento periodontal de los restos de Mala---ssez.

Su localización es regularmente en la zona de cani--nos y premolares inferiores. (22)

Algunos autores dicen que la lesión surge de brotes supernumerarios de la lámina dental sin que necesariamente se diferencien primero en órgano del esmalte.

Características Clínicas: Cuando se localiza vestibularmente a nivel de la raíz hay una pequeña masa perceptible siendo la mucosa normal. Si el diente no tiene otra lesión éste es vital. Cuando llega a infectarse semeja un absceso periodontal.

Características Radiográficas: Se descubre mediante un examen radiográfico de rutina, se observa una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de la raíz, los bordes son definidos y está rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico. (22-30)

Características Histológicas: Es un saco con una pared de tejido conectivo revestido en la superficie interna de una capa de epitelio escamoso estratificado. Existen invaginaciones papilares de la pared quística y puede haber células inflamatorias. (31)

Tratamiento: El tratamiento indicado es la enucleación quirúrgica sin extraer el diente afectado, no recidiva después de la enucleación completa. (22)

QUISTE GINGIVAL DEL RECIEN NACIDO.

Perlas de Epstein, Nódulos De Bohn. Son nódulos múltiples o solitarios que se localizan en el reborde alveolar del recién nacido. Se originan de los restos de la lámina dental.

Características Clínicas: Se observan como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas, del reborde alveolar, parecen a veces isquémicas por la presión interna. Son - asintomáticas. (22)

Características Histológicas: Están compuestos por - un revestimiento epitelial delgado y una luz ocupada por - queratina descamada y con frecuencia se encuentran células inflamatorias.

No requieren tratamiento desaparecen con la ruptura de la superficie mucosa o por los dientes en el momento - del brote. (22-26)

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

Es una lesión que aparece en tejidos blandos en la - encía libre o insertada y en raras ocasiones también en la papila.

Es probable que se origine por degeneración quística de la lámina dental o en las glándulas o restos de Serres - y que se origine por la implantación traumática de epite - lio superficial. (22)

Características Clínicas: Se presenta generalmente - en adultos durante la 4a. y 5a. década de la vida.

Aparece como una hinchazón pequeña, circunscrita e indolora sin cambios de coloración de la mucosa.

Características Radiográficas: Como se trata de una lesión de la mucosa no existen manifestaciones radiográficas, sólo si adquiere mayor tamaño y llegue a causar ero--sión en la lámina ósea cortical, pero esto también es muy poco visible en la radiografía. (22)

Debe de realizarse un buen diagnóstico diferencial - del quiste parodontal lateral, ya que éste sí se observa radio--gráficamente.

Características Histológicas: Es una cavidad tapiza--da de epitelio escamoso aplanado y muy delgado, puede --existir cierta formación de queratina. Puede presentar o no células inflamatorias. (22)

Tratamiento: Es la extirpación quirúrgica local de - la lesión, no tiende a recidivar. (22)



Quiste periapical
(radicular)



Quiste periodontal
lateral.

QUERATOQUISTE ODONTOGENO

Este quiste tiene orígenes diversos y se separa como una entidad debido a que tiene un índice de recidiva muy-alto. (14-22)

Se origina a cualquier edad desde la infancia hasta la ancianidad, se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente.

Características Clínicas: No hay manifestaciones clínicas importantes, entre los rasgos más comunes se halla dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

Se asocia con todos los quistes que contengan queratina en especial con el quiste primordial, quiste dentífero y más aun con el síndrome nevo basocelular y costilla bífida, ya que los quistes en esta enfermedad presentan franca queratinización. (4)

Características Radiográficas: La lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida, unilocular o multilocular, con un delgado borde esclerótico reaccional óseo.

Puede encontrarse reabsorción de raíces dentarias si la lesión se encuentra cerca de éstas. (22)

Características Histológicas: La pared quística es delgada, revestida por epitelio escamoso estratificado con paraqueratosis u ortoqueratosis. (4-18)

Puede haber displasia epitelial y hasta carcinoma --

epidermoide pero es poco común. (22)

Es muy común encontrar el revestimiento plegado, la luz está ocupada por un líquido de color pajizo poco espeso o cremoso, a veces la luz contiene queratina. Puede haber también colesterol y cuarpas hialinos.

Tratamiento: Enucleación quirúrgica total es lo ideal pero como está constituido por una delgada pared quística y friable se puede romper con facilidad. (22)

Se puede marsupializar o bien enuclear y cerrar o enuclear y mantener abierta la cavidad. (4)

En realidad cualquier técnica a emplear es buena, siempre que la lesión reúna determinadas características para que pueda emplearse el tratamiento ideal.

Hay que tener en cuenta un factor muy importante que esta lesión tiene un alto grado de recidiva, por lo que debe ser controlado radiográficamente por los siguientes 5 ó 6 meses después de la intervención quirúrgica. (18)

QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.

Esta lesión fue descrita por Gorlín denominándole -- "quiste odontógeno epitelial calcificante". (20)

Características Clínicas: Se presenta con más frecuencia en pacientes adultos, no hay predilección por sexo. Su localización es más frecuente en la mandíbula. Esta lesión aparece en el 75% de los casos en zonas centrales del hueso, y el 25% se produce en la periferia de hueso como una proliferación gingival. (22)

Características Radiográficas: Aparece como una imagen radiolúcida bien circunscrita. En la imagen se observan cantidades variables de material radiopaco calcificado disperso como puntos pequeños y masas. (20)

Tiene la suficiente potencialidad para transformarse en una lesión muy grande que en ocasiones puede abarcar gran parte de la mandíbula o el maxilar, sin embargo la lesión más común es pequeña. (22)

Características Histológicas: Presenta un revestimiento epitelial con una capa de células columnares o cuboideas. Existe una colección irregular de células y tejidos que incluye capas de retículo estrellado y de células eosinófilas pálidas, que se llegan a unir en grandes masas que se queratinizan y calcifican. En algunas lesiones se ha llegado a encontrar melanina dentro del epitelio odontógeno. (26)

Este quiste puede transformarse en una lesión carcinomatosa.

Tratamiento y Pronóstico: Extirpación quirúrgica, es frecuente que este tipo de quiste recidive si no se realiza una completa enucleación. (20)

SINDROME DE QUISTE Y NEVO BASOCELULAR DEL MAXILAR Y
COSTILLA BIFIDA.

Gorlín y Goltz fueron los primeros en describir esta enfermedad como un verdadero síndrome. (5)

Esta enfermedad es de principal interés para el odontólogo, debido a que una de sus principales características es la presencia de múltiples quistes que se pueden presentar tanto en el maxilar como en la mandíbula, pueden encontrarse además otras múltiples alteraciones. La enfermedad es hereditaria y se transmite con un carácter autosómico dominante. (22)

Características Clínicas: A medida que se han ido realizando más investigaciones de la enfermedad, se ha descubierto que es un síndrome muy complejo y que abarca gran variedad de posibles anomalías. a) Múltiples carcinomas-cutáneos nevoides de células basales sobre todo en la cara y en el tronco, que aparecen generalmente en la infancia o en la adolescencia; b) múltiples quistes de los maxilares diseminados por todo el maxilar y la mandíbula, variando desde un tamaño muy pequeño hasta varios centímetros de diámetro (radiológica e histológicamente no se pueden diferenciar de los quistes primordiales); c) la cara se caracteriza muchas veces por unas prominencias frontales y temporoparietales, también puede encontrarse una prominencia de los surcos periorbitales y un ligero prognatismo; d) anomalías esqueléticas son frecuentes, y entre ellas se encuentran bifurcación de las costillas, agenesia parcial, costillas rudimentarias, cifocoliosis y muchas otras;

e) también se han señalado meduloblastomas, defectos oculares, y anomalías endocrinas; f) anomalías neurológicas, incluidos retardo mental, calcificación dural, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia congénita y meduloblastoma con frecuencia mayor que la normal, y g) anormalidades sexuales, incluidos hipogonadismo en varones y tumores ováricos en mujeres. (5-26)

Manifestaciones bucales: Los quistes suelen formarse en épocas tempranas de la vida, pueden presentar deformación y desplazamiento de los dientes en desarrollo. En ocasiones se llegan a formar hasta la adolescencia, pero alteraciones cutáneas desde la infancia. (5-22-26)

Pronóstico y Tratamiento: El índice de recidiva de esta lesión es muy elevado, existen casos de ameloblastomas que se han originado en quistes de este síndrome, lo cual es importante, el tratamiento quirúrgico adecuado de la lesión, es la enucleación y su examen histológico. (22-26)

e) también se han señalado meduloblastomas, defectos oculares, y anomalías endocrinas; f) anomalías neurológicas, incluidos retardo mental, calcificación dural, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia congénita y meduloblastoma con frecuencia mayor que la normal, y g) anormalidades sexuales, incluidos hipogonadismo en varones y tumores ováricos en mujeres. (5-26)

Manifestaciones bucales: Los quistes suelen formarse en épocas tempranas de la vida, pueden presentar deformación y desplazamiento de los dientes en desarrollo. En ocasiones se llegan a formar hasta la adolescencia, pero alteraciones cutáneas desde la infancia. (5-22-26)

Pronóstico y Tratamiento: El índice de recidiva de esta lesión es muy elevado, existen casos de ameloblastomas que se han originado en quistes de este síndrome, lo cual es importante, el tratamiento quirúrgico adecuado de la lesión, es la enucleación y su examen histológico. (22-26)

CAPITULO III

ETIOLOGIA

Para conocer las causas de los diferentes tipos de quistes se realizó una clasificación general que puede describir ampliamente el origen de las lesiones quísticas.

Primeramente tenemos que todo quiste recibe su nombre particular dependiendo de las diversas partes o zonas anatómicas de donde deriva. Y de las diferentes estructuras embrionarias que los originan.

Así tenemos que existen quistes de tipo congénito, de origen no dentario entre los que se encuentran las lesiones quísticas de tipo fisurales, todas estas lesiones generalmente se originan de restos epiteliales en las diferentes líneas de fusión de los procesos faciales y bucales o vestigios de los conductos de donde derivan como: vestigios en el conducto tirogloso, restos en las bolsas branquiales, otros como el dermoide, epidermoide se originan de epitelio germinal embrionario asociado a otras diferentes estructuras de capas germinales como son restos de pelos, uñas, etc. Otros se originan por la obstrucción de uno o varios conductos de las glándulas salivales, éstos son llamados quistes de retención.

Dentro de los de origen dentario: éstos derivan del epitelio asociados con la formación del aparato dental.

e) también se han señalado meduloblastomas, defectos oculares, y anomalías endocrinas; f) anomalías neurológicas, incluidos retardo mental, calcificación dural, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia congénita y meduloblastoma con frecuencia mayor que la normal, y g) anormalidades sexuales, incluidos hipogonadismo en varones y tumores ováricos en mujeres. (5-26)

Manifestaciones bucales: Los quistes suelen formarse en épocas tempranas de la vida, pueden presentar deformación y desplazamiento de los dientes en desarrollo. En ocasiones se llegan a formar hasta la adolescencia, pero alteraciones cutáneas desde la infancia. (5-22-26)

Pronóstico y Tratamiento: El índice de recidiva de esta lesión es muy elevado, existen casos de ameloblastomas que se han originado en quistes de este síndrome, lo cual es importante, el tratamiento quirúrgico adecuado de la lesión, es la enucleación y su examen histológico. (22-26)

CAPITULO III

ETIOLOGIA

Para conocer las causas de los diferentes tipos de quistes se realizó una clasificación general que puede describir ampliamente el origen de las lesiones quísticas.

Primeramente tenemos que todo quiste recibe su nombre particular dependiendo de las diversas partes o zonas anatómicas de donde deriva. Y de las diferentes estructuras embrionarias que los originan.

Así tenemos que existen quistes de tipo congénito, de origen no dentario entre los que se encuentran las lesiones quísticas de tipo fisurales, todas estas lesiones generalmente se originan de restos epiteliales en las diferentes líneas de fusión de los procesos faciales y bucales o vestigios de los conductos de donde derivan como: vestigios en el conducto tirogloso, restos en las bolsas branquiales, otros como el dermoide, epidermoide se originan de epitelio germinal embrionario asociado a otras diferentes estructuras de capas germinales como son restos de pelos, uñas, etc. Otros se originan por la obstrucción de uno o varios conductos de las glándulas salivales, éstos son llamados quistes de retención.

Dentro de los de origen dentario: éstos derivan del epitelio asociados con la formación del aparato dental.

Pueden producirse diversos tipos de lesiones quísticas según la fase de odontogénesis durante la cual se originan.

Por lo que puede derivarse: 1) del germen dental, - 2) epitelio reducido, 3) del esmalte de una corona dental, 4) de restos epeteliales de Malassez, 5) de restos de la vaina de Hertwig, o 6) de restos de la lámina dental. (22)

CAPITULO IV

HISTOPATOLOGIA QUISTICA

Para describir la histopatología de las diferentes lesiones quísticas tenemos que saber que estas derivan de diferentes entidades anatómicas y estadios embionarios de la odontogénesis, así como de los diferentes procesos bucales y faciales. (17)

Por lo que será necesario describirlos histopatológicamente en una forma general.

Primeramente para que se designe como una verdadera lesión quística tenemos que considerar el contenido de la lesión que es un líquido o semilíquido semejante al del plasma sanguíneo, en el cual se encuentran dentritus, restos celulares, polinucleares y cristales de colessterina que pueden o no estar asociados a infección. (22)

Analizando las diversas estructuras histológicas tenemos que generalmente las lesiones quísticas están compuestas o formadas de un revestimiento tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio culumnar ciliado, en otros casos particulares como en el quiste nasopalatino y el odontógeno queratinizante se componen además de células columnares o cuboideas. (26)

Dentro de los quistes en los cuales intervienen los diferentes estadios embionarios de la odontogénesis se encuentran formados por una pared de tejido conectivo, epitelio del esmalte que cubre la corona, y en algunos de estos

tipos de quistes pueden presentarse también fibras de colágeno, así como paraqueratina u ortoqueratina.

A todo tipo de lesión quística pueden o no estar agregadas células inflamatorias como reacción secundaria.

NOTA: Este estudio histopatológico se realizó de acuerdo a las estructuras más comunmente encontradas en la mayoría de las lesiones quísticas.

CAPITULO V

DIAGNOSTICO, INTERPRETACION RADIOGRAFICA Y DIFERENCIACION CON OTRAS ALTERACIONES PATOLOGICAS.

Para poder establecer un correcto diagnóstico, deben de sumarse una serie de datos particulares acerca del tipo de lesión que se está estudiando, para esto tenemos que conocer los signos clínicos principales de los quistes.

1. Llega a existir una tumefacción visible de la cara o de los maxilares, este síntoma clínico se encuentra - relativamente raras veces en los quistes pequeños, - sin embargo, estos quistes cuando se localizan en el antro nasal llegan a alterar los contornos faciales. (8)
2. Existen prominencias palpables en el maxilar o reborde alveolar cuando el quiste ha crecido más hacia la superficie. (8)
3. A menudo se encuentra una hinchazón indolora, pero - cuando el quiste se encuentra asociado con infección - puede presentar un cuadro clínico de dolor semejante al absceso. Cuando la lesión se desarrolla en una zona anatómica donde existe un paquete vasculonervioso - importante logra ocasionar dolor o puede también llegar a producir parestesia de la región afectada. (8)
4. Se encuentra frecuentemente una clara delimitación de la tumefacción, lo que no se puede encontrar en un -

absceso. (8)

5. La presión del contenido líquido del quiste desplaza a las raíces dentarias. La divergencia de las raíces eventualmente puede ser palpada y la convergencia de las coronas muchas veces es visible. (8)
6. El crecimiento del quiste es lento y sin dolores. El descubrimiento del quiste por el odontólogo ocurre muchas veces como hallazgo accesorio al realizar un estudio radiográfico de rutina o en extracciones. (8)

En la mayoría de los quistes se encuentra una eminencia palpable que, de acuerdo con el tamaño de la lesión y la localización de ésta, el aumento de volumen se puede percibir a la palpación de 3 formas posibles.

1. El quiste ha abombado el hueso, pero la tumefacción es dura y no comprimible, porque ha sido reabsorbido - muy poco hueso. (3-8)
2. La reabsorción del hueso ha progresado tanto, que sólo ha quedado una capa ósea delgada como papel, el hueso es comprimible y se origina el típico ruido de crepitación apergaminada, el cual se describe en la literatura como signo frecuente en quistes. (3)
3. Al hacer la palpación se siente fluctuación, el hueso ha desaparecido a tal grado que en la cima de la tumefacción sólo se palpa la bolsa quística. En las zonas marginales de la tumefacción se encontrarán bordes óseos engrosados, pero también hueso depresible. - (3)

Si se encuentra fluctuación a la palpación hay que pensar en el diagnóstico diferencial de quiste infectado o

absceso. El absceso por regla general presentará manifestaciones agudas. La lesión es muy dolorosa a la palpación y se encuentra enrojecida, los gánglios linfáticos están aumentados de volumen y dolorosos, hay temperatura aumentada. En los quistes no infectados estos signos de inflamación aguda (rubor, calor, dolor) no se encuentran.

En caso de absceso el diente causante será la mayoría de las veces sensible a la percusión, en tanto que el diente desvitalizado que es el causante de haber originado un quiste no reacciona a la percusión, al igual que un diente infectado. (7-8)

Es difícil en ocasiones hacer el diagnóstico de un quiste infectado, ya que al hacer una incisión o punción sale pus y líquido seroso. La palpación es importante para determinar el diagnóstico, pues en un absceso la fluctuación se extiende sobre toda la superficie y no se encuentra espesamiento del hueso. (8)

En el quiste infectado la fluctuación se halla en la cima de la tumefacción, y hacia los márgenes se podrá palpar el hueso engrosado. El diente desvitalizado que puede encontrarse en el quiste infectado y en el absceso, puede presentar hallazgos diferentes al trepanarlo. En caso de absceso se logra en ocasiones, dar salida al pus por la trepanación del diente, este pus es amarillo y tiene una consistencia cremosa. En el quiste se encuentra un líquido seroso en el cual brillan cristales de coles^{te}sterina. En el quiste infectado se encuentra mezclado con líquido seroso turbio. (3)

Muchas veces la historia clínica ayuda al diagnóstico ya que el absceso se desarrolla en pocos días, o en ocasiones en pocas horas. Las lesiones quísticas se desarrollan

durante meses, pero por la ausencia de dolor, no son detectadas rápidamente por el paciente, si de acuerdo con el anamnesis se ha asociado inflamación a la tumefacción quística crecida lentamente, existe la probabilidad de un quiste infectado como diagnóstico. (8)

Como otro medio de ayuda diagnóstica tenemos la punción del quiste.

En casos donde ya no existe cubierta ósea o que esta cubierta está muy delgada puede asegurarse el diagnóstico de quiste por la punción.

La punción no llega a causar ningún daño, y tampoco a interferir con una eventual operación a realizarse poco tiempo después.

Se hace la punción, previa anestesia local con "xilocaína" en la zona más prominente de la lesión, con una aguja no muy fina y con el bisel corto, para que sea más fácil la aspiración y no exista vacío en el saco quístico se puede colocar otra aguja para que permita la entrada de aire y así la fácil evacuación del contenido de la lesión. (8)

Si encontramos al aspirar líquido seroso o un contenido espeso, entonces estamos ante un quiste típico. (8)

Al esparcir la secreción sobre un cristal, se ven los cristales de colesterina brillantes.

Si se encuentra un líquido mal oliente y pus de color oscuro, tenemos un quiste infectado. (8)

Si la punción se logra con mayor esfuerzo, y solo se obtiene una secreción hemorrágica, estamos entonces ante un tumor. (7)

Existen quistes que se desarrollan en la región de los dientes posteriores del maxilar, estos a veces ofrecen

dificultad diagnóstica, porque el quiste a menudo no puede ser diferenciado nítidamente de la cavidad del seno, y la representación de la lesión por medios de contraste es difícil y no siempre da resultados seguros.

En tales casos dudosos, la abertura de prueba del seno maxilar resulta ser un medio de diagnóstico sencillo.

Wassmud ya lo había practicado y lo menciona: "En los quistes dentales, en la región del seno maxilar no debemos confiar demasiado en la radiografía. Las condiciones anatómicas cambiantes muchas veces pueden engañar y en caso de duda, conviene hacer una abertura de prueba para aclarar el caso". (3)

El procedimiento de la abertura de prueba se realiza bajo anestesia local, se hace una incisión de 1.5 cm. de largo horizontal a la altura del surco vestibular, en la zona del quiste. Se legra, se desplaza la mucosa y el periostio. Se perfora la pared ósea del seno maxilar con fresa, cuidando de no tocar las raíces dentarias. Si encontramos aire en la cavidad, entonces está claro que estamos en el seno maxilar. Si existe líquido o secreción espesa estamos ante un quiste. (8)

En el momento que encontramos el quiste, se puede explorar su tamaño y su extensión con la ayuda de una sonda delgada. Penetrando la sonda por la trepanación hecha, se pueden tocar cuidadosamente las paredes de la bolsa del quiste y tener una idea del tamaño de la lesión. (8)

Antes de cerrar la mucosa se inyecta penicilina en el seno maxilar (400 000)U. y se procede a la sutura. Esto con el fin de evitar una infección posterior. (8)

Este procedimiento es sencillo, rápido y puede ser realizado sin dolor, y da resultados seguros.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO DE LOS QUISTES

Existen signos típicos dentro de una evaluación radiográfica para saber diagnosticar un quiste.

1. El espacio periodontal se ensancha en el foramen apical formando la cavidad quística.
2. Se observa un desplazamiento de las raíces o de las paredes de cavidades neumáticas contiguas como pueden ser la cavidad nasal o el seno maxilar.
3. La mayoría de las veces se encuentra una transparencia homogénea.
4. Su forma es redonda y muchas veces similar a una pompa de jabón. (8-30)

Las lesiones en la radiografía pueden observarse también con transparencias de intensidades diferentes, entonces se puede hablar de una lesión homogénea, no homogénea o manchada.

Generalmente se presenta una transparencia totalmente homogénea cuando los quistes están ubicados en medio del hueso maxilar, mientras que los quistes que se han desarrollado más adentro de tejidos blandos y han reabsorbido poco hueso muestran una transparencia no homogénea.

Así también si existe una cavidad, hablamos de lesión monoquística o monolocular, si hay varias cavidades reconocibles se utiliza el término poliquístico o polilocular. Si se unen formaciones quísticas contiguas se habla de una lesión multilocular. En este último caso además de una lesión quística puede tratarse también de un adamantinoma. (8)

Los quistes se presentan en la radiografía, como for-

maciones huecas con una o varias cavidades. La intensidad de la transparencia es variable y generalmente decrece del centro hacia la periferia.

La forma del quiste muchas veces es redonda u ovalada, esto depende de las circunstancias anatómicas debido a - que la lesión crece en dirección de la menor resistencia.- (generalmente hacia la tabla externa).

La delimitación casi siempre lineal del quiste muestra líneas de condensación ósea.

Las formaciones benignas generalmente muestran en la radiografía delimitaciones nítidas, mientras que carcinomas o sarcomas malignos presentan delimitaciones difusas o dentelladas. (28)

En el carcinoma se ve generalmente cerca de los bordes pequeños islotes óseos.

La radiografía sola sin embargo no nos puede informar si una lesión es benigna o maligna, esto lo decide en última instancia el examen histológico.

Los carcinomas centrales del maxilar pueden ser confundidos con quistes, perdiéndose muchas veces tiempo valioso para la terapéutica. En caso de duda debe intervenir lo antes posible para que pueda aclararse el cuadro por controles detenidos de la bolsa quística y del contenido del quiste para asegurarse el diagnóstico histológico.

Por otra parte cuando los quistes se desarrollan hacia la nariz o en el seno maxilar, se observa a menudo un desplazamiento de las cavidades vecinas, en la radiografía muchas veces se llegan a encontrar superposición de imágenes, esto va a depender de la ubicación del quiste.

Existen diferentes técnicas de tomas radiográficas, estas técnicas se utilizan en cada caso específico, dependiendo de la ubicación de la lesión.

En el maxilar inferior en la región anterior se obtendrán indicios importantes con una radiografía oclusal, respecto a la ubicación del quiste si se encuentra hacia bucal o hacia lingual, la dirección mesial o distal y la relación del quiste con los dientes. (8)

En la rama ascendente hay que tomar una radiografía aislada y una anteroposterior, la cual nos muestra la ubicación del quiste en dirección mesio-lateral se puede reconocer además, su relación con los dientes, a las apófisis articulares y al conducto mandibular. También es reproducido el grosor de la cortical mandibular basal. (8)

Las radiografías panorámicas pueden ayudarnos a observar tanto el maxilar como la mandíbula, el tamaño del quiste, su relación con los dientes y con el seno maxilar. (8)

Los quistes localizados en la región de los dientes anteriores del maxilar, molares y premolares se utilizan las radiografías periapicales. (8)

El diagnóstico diferencial entre pólipo del seno maxilar y edemas por alteraciones inflamatorias muchas veces es difícil. (2)

En caso de pólipo se toman 2 radiografías en intervalo de 20 minutos y en el intervalo el paciente es acostado horizontalmente. Si el pólipo es visible en la segunda toma, en el mismo lugar y del mismo tamaño el diagnóstico está asegurado. (2-8)

Si es un edema en la segunda toma aparecerá en otro lugar o presentará otra forma, porque el edema no es una formación estable como un pólipo o un quiste. (2-8)

TOMAS POR CONTRASTE DE QUISTES O DEL SENO MAXILAR.

Como hemos dicho anteriormente los quistes en el seno maxilar muchas veces son difíciles de diagnosticar, para este fin está indicado el procedimiento de las tomas de contraste.

En dicho procedimiento se puede llenar el seno maxilar con un material contrastante, entonces se ve en la radiografía el quiste como un nicho ahuecado. La lesión se observa mejor en una radiografía lateral de cráneo y éstos nos indica la posición del quiste. (3)

En este procedimiento el material de contraste es - inyectado con una aguja, haciendo la punción en el seno - maxilar, la punción se realiza previa anestesia de la mucosa, a través del meato nasal inferior en el seno maxilar.- (3)

El otro procedimiento consiste en el llenado del quiste con un material de contraste previo aspirado del contenido quístico, o si existe una fístula en la lesión se puede llenar a través de ésta con el material contrastante. (8)

En quistes ya abiertos pueden ser hechos visibles mediante una gasa embebida con solución de contraste que se introduce en el quiste. (8)

Todas estas técnicas en ocasiones no resultan fáciles pero dan buenos resultados.

DIAGNOSTICO POR ULTRASONIDO

Spranger ha intentado la representación de quistes mediante ondas ultrasónicas, dado que los quistes están for-

mados de membrana, líquido y hueso circundante, cree posible su diagnóstico por eco de impulsos ultrasónicos, demostrando que la localización de la lesión y su extensión son exactamente medibles. (8)

Esto ayuda para el diagnóstico de procesos dentro de los senos maxilares.

Tenemos que saber diferenciar otras alteraciones patológicas que pueden semejar radiográficamente un quiste.

Por ejemplo la diferenciación entre un granuloma y un quiste es difícil de realizar, algunos autores mencionan que es posible saber diferenciar una lesión de otra - pero en realidad la diferenciación segura es posible sólo por el examen histológico.

Desde luego que el diagnóstico correcto es de gran importancia porque en caso de granuloma, el tratamiento correcto es la obturación radicular y si es un quiste será conveniente hacer después de la obturación radicular, la apicectomía del diente causal.

En el momento del acto quirúrgico el cirujano experto puede determinar el diagnóstico correcto ya que el quiste se retira fácilmente con una cucharilla filosa y tiene generalmente una forma redonda, al momento de la enucleación el hueso circundante queda con una superficie lisa, en tanto que un granuloma resulta relativamente difícil de eliminar porque el tejido que lo constituye queda en ocasiones en el hueso y sobre el ápice, teniéndolo que retirar con fresa. (3-8-27)

Lalonde demostró en diversas investigaciones que el tamaño de la lesión nos puede ayudar al diagnóstico. Una lesión de 0-100 mm² es igual al 70% de granulomas, 35% de quistes, 100-200 mm² es igual al 40% de granulomas, 60% de quistes y más de 200 mm² es igual al 100% de quistes. Esto

significa que cuando más pequeñas son las alteraciones en la radiografía, tanto más justificado es el diagnóstico de granuloma y únicamente en alteraciones de más de 200 mm² - el diagnóstico de quiste es claro. (8)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE FORAMEN INCISIVO - GRANULOMA Y QUISTE DEL CONDUCTO NASOPALATINO.

El foramen incisivo se observa como una semitransparencia, se observan las trabéculas óseas.

- Su ubicación está entre los centrales superiores.
- Su forma es de pera o cono.
- No existe una línea de condensación marginal. El quiste por regla general tiene en toda su circunferencia una línea de condensación ósea.

En el granuloma o en una reacción apical después de la necrosis pulpar se observa:

- Un ensanchamiento del espacio periodontal.
- Se encuentra un diente desvitalizado.
- Se encuentran sus límites borrosos de la zona de transparencia. (8)

En el quiste del conducto nasopalatino:

- Hay una transparencia clara.
- Su forma es redonda o piriforme.
- No tiene relación con los dientes, los incisivos vecinos son vitales.
- Existe una condensación marginal. El quiste se destaca nítidamente del hueso circundante. (8)

Debemos también saber diferenciar una lesión quística ubicada en el maxilar, de un seno maxilar sano.

Un seno maxilar grande que pueda extenderse eventualmente hasta el canino o incisivo lateral puede ser tomado-

por un quiste. (14)

A continuación realizaremos un diagnóstico diferencial entre un quiste y el seno maxilar:

QUISTE.

A) Clínicamente:

- El quiste posee un aumento de volumen palpable tanto por bucal como por palatino.
- Existe crepitación apergamada; depresibilidad o fluctuación al presionar sobre la tumefacción.
- Al trepanar el diente la secreción se observa amarillenta.
- Existe flujo del líquido quístico después de la extracción del diente.
- En la secreción desde el conducto o de la herida de extracción hay cristales de colesterina brillantes. (8)

SENO MAXILAR.

- No existe ninguna tumefacción al comparar por palpación los dos lados.
- Las paredes del seno maxilar son firmes, generalmente no depresibles.

B) Punción aspiradora:

QUISTE.

- Al aspirar viene secreción fluida o espesa (cristales de colesterina).

SENO MAXILAR

- Puede aspirarse únicamente aire con la jeringa. (8)

C) A la Abertura de Prueba:

QUISTE.

- La cavidad está llena de líquido (cristales de co-lesterina)

SENO MAXILAR.

- La cavidad contiene aire. (8)

D) Radiográficamente:

QUISTE.

- Existe un diente desvitalizado, cuyo espacio periodontal se pierde en el quiste.
- Existe desplazamiento de los dientes vecinos.
- La radiolucidez es a menudo circular.
- La radiolucidez es convexa hacia arriba.
- Desplazamiento total o parcial de las paredes del-antro. La línea del piso del antro está interrumpida o empujada hacia arriba.
- El borde del quiste reabsorbe igual o menos canti-dad de rayos que la vecindad ósea en dirección hacia el proceso alveolar, quiere decir como límite del quiste generalmente no se encuentra una zona -de densificación ósea. (8)

SENO MAXILAR.

- Los dientes son vitales y el periodonto no se en-cuentra alterado.
- Comparando ambos senos maxilares los dos se encuentran del mismo tamaño.
- El espacio desdentado puede simular un quiste.

- La radiolucidez es cóncava hacia arriba.
- El borde del nicho del seno maxilar reabsorbe más rayos que la vecindad ósea del seno maxilar quiere decir, se presenta como delimitación hacia el proceso alveolar una delgada zona de condensación ósea. (8)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON OTRAS ALTERACIONES PATOLOGICAS

Hasta aquí hemos hablado de los verdaderos quistes, - pero debemos considerar también otros cuadros clínicos que semejan una lesión quística y que tienen su localización - en el maxilar y la mandíbula, como ciertas formaciones tumorales y algunas enfermedades generalizadas cuya localización maxilar constituye un síntoma importante dentro de su cuadro clínico general.

A) TUMORES

Los hemos agrupado en tres grupos según su grado de - malignidad. I) Tumores benignos, II) Tumores localmente agresivos y III) Tumores malignos. (7)

I) Tumores benignos:

Fibroma central de los maxilares.- Es un tumor encapsulado que se localiza preferentemente en la rama horizontal de la mandíbula, caracterizándose tan sólo por un aumento de volumen del hueso. Radiológicamente presenta una imagen tremendamente parecida a la de un quiste. (7)

Osteoblastoma.- Es un tumor óseo cuya consistencia puede variar denominándose "ebúrneo el más duro y esponjoso, el más poroso". (7) Topográficamente se clasifican en exóstosis y enóstosis. Como matriz del tumor tenemos la - capa osteogénica del periostio y del endostio provistas de potencia osteoblástica. Clínica y radiológicamente se diferencian de los quistes por su consistencia y opacidad radiológica.

Condroma.- Es un tumor del tejido cartilaginoso que rara vez se presenta en los maxilares pero cuando lo hace toma el aspecto de una tumoración redondeada, de consistencia dura o elástica. Se denomina condroma periférico si se desarrolla hacia afuera y condroma central si penetra en el interior del hueso destruyéndolo. Son de crecimiento lento y propenden a infecciones y ulceraciones.

Granuloma de células gigantes.- Este tumor puede ser periférico o central intraóseo, pudiéndosele confundir en este caso con un quiste puesto que comprime el hueso desde el interior adelgazando la cortical y dando una imagen radiológica uni o multilocular de bordes lobulados e irregulares. Su crecimiento es relativamente rápido y suele ser doloroso. (7)

II) Tumores localmente agresivos:

Clasificamos en este grupo los tumores que por su potencial de expansión son claramente lesivos para los tejidos sobre los cuales se desarrollan, requiriendo por su poder infiltrante y por lo tanto de recidiva, resecciones quirúrgicas amplias. (7)

Aneloblastoma.- También llamado adamantinoma, es un tumor que proviene del epitelio del órgano del esmalte, - siendo por lo tanto un tumor odontogénico. Puede desarrollarse en cualquier parte tanto en el maxilar como en la - mandíbula, aunque preferentemente lo hace en el ángulo de la mandíbula. Es de crecimiento lento y pueden pasar años antes de hacerse ostensible. En el maxilar rechaza el seno, deforma la bóveda palatina y el suelo de las fosas nasales. En la mandíbula, una vez vencidas las líneas de resistencia, se expande hacia ambas tablas interna y externa. Es tan invasivo que puede llegar a la cavidad craneal, -- bien a partir del cóndilo mandibular, o del maxilar a través de los agujeros naturales de la base del cráneo. La - imagen radiológica puede ser uni o multilocular, pero aunque esta última forma es muy frecuente en el ameloblastoma, no constituye un signo patognomónico. En la forma poli--- quística aparecen trabéculas óseas rígidas que crean cel-- das de diversos tamaños, tomando el aspecto de un panal de abeja. Tampoco es patognomónico la lisis radicular de las piezas dentarias en contacto con la lesión, pero ante esta imagen radiológica se debe sospechar la presencia de un - ameloblastoma y no de una lesión quística. A pesar del ta-- ño que puede alcanzar el tumor, la mucosa oral siempre - permanece normal. Por regla general no hay manifestacio-- nes dolorosas y su crecimiento tiene períodos estaciona--- rios y otros de brusca expansión. (7)

Mixoma.- Puede ser central o periférico. En su forma central el diagnóstico no es sencillo porque se asemeja bastante a los quistes y a los ameloblastomas. Algunos au-- tores opinan que puede constituir la etapa evolutiva final de un fibroma. No produce metástasis pero es muy recidi-- vante. Su consistencia es blanda, su forma suele ser re-

dondeada y su coloración gris-rojiza. Histológicamente está constituido por células estrelladas incluidas en un abundante estroma de tejido mucoide. (8)

Hemangioma.- Es un tumor que se caracteriza por la formación exuberante en el calibre y número de los vasos sanguíneos. Cuando se localiza en los maxilares se denomina osteohemangioma, produce reabsorciones radiculares y movilización de las piezas dentarias con gran peligro de que se produzcan hemorragias copiosas. Su aspecto es variable y su delimitación imprecisa, por lo que su extirpación debe ser bastante más amplia de los límites macroscópicos del tumor, además de tener que efectuarse la ligadura de la carótida correspondiente al lado afectado. Radiológicamente se aprecia una osteolisis sin contorno neto y con un aspecto reticulado. La cortical puede estar adelgazada, pero sin ruptura. Son raros y se localizan casi siempre en la mandíbula, dándose más frecuente en individuos jóvenes. (7-26)

III) Tumores malignos:

Este último grupo incluimos aquellos tumores que producen metástasis.

Sarcoma osteogénico.- Asienta en los huesos largos y en los maxilares, con gran tendencia a la expansión y destrucción del tejido óseo que justifica el dolor y la movilidad dentaria. Produce metástasis sobre todo en pulmón, aunque no suele afectar los ganglios linfáticos del cuello. (28)

Carcinoma adenoideo quístico (cilindroma).- Es un tumor epitelial de las glándulas excretoras, localizándose -

principalmente en las glándulas menores palatinas. Está constituido por nódulos poco delimitados, su consistencia es blanda y crecen lentamente aunque al cabo de cierto tiempo aceleran su crecimiento mostrándose muy agresivos, afectando el hueso y partes blandas vecinas. Produce metastasis en los ganglios linfáticos regionales y órganos internos, sobre todo en pulmón y cavidad craneal. (7)

B) ENFERMEDADES GENERALIZADAS.

En este grupo colocaremos tan sólo aquellos procesos que pueden dar lugar en el maxilar y en la mandíbula a formaciones quísticas dentro de su cuadro clínico general.

Histocitosis X.- Ya sea en su forma más localizada de granuloma eosinófilo o en la más generalizada de enfermedad de Hand-Schüller-Christjan, produce una descalcificación ósea de bordes irregulares y con erosión de la cortical. Su evolución es crónica y propia de individuos jóvenes. (7-8)

Osteítis fibrosa quística.- (Enfermedad de Recklinghausen). Es la forma más conocida de hiperparatiroidismo debida generalmente a un adenoma activo de la glándula. - Cursa con una descalcificación ósea generalizada con formación de cavidades quísticas que posteriormente se llenan de tejido fibroso. Se manifiesta preferentemente en la mujer y en la edad juvenil. (7-28)

Nevus de células basales.- Es un síndrome que presenta como uno de sus principales síntomas la existencia de quistes aislados ó múltiples, de diferentes tamaños, localizados en los maxilares y que pueden aparecer precozmente y con anterioridad a sus manifestaciones cutáneas y esqueléticas que constituyen la base de dicho síndrome. Se --

observan también anomalías en la dentición y posición de los dientes. (7)

Querubismo.- Es un proceso benigno, de crecimiento limitado, que aparece en la infancia y con tendencia familiar, afectando preferentemente a los varones y cuya evolución se define en la pubertad. La deformación de la cara constituye el signo principal pudiendo estar acompañado de hipertelorismo y adenopatías submaxilares. Su localización es preferentemente el ángulo mandibular, manifestándose también trastornos en la erupción dentaria. La radiografía muestra zonas claras multiloculares, a menudo muy extensas y que afectan a la cortical. (7)

Como hemos visto, existen múltiples alteraciones patológicas que pueden semejar radiológicamente a un quiste, por ello debemos realizar un diagnóstico correcto, descartando una por una todas las alteraciones posibles que aparentan una lesión quística, ya que de este diagnóstico va a determinarse el tratamiento quirúrgico a realizar, por lo tanto la salud del paciente que es al fin ideal al que todo cirujano quiere llegar.



Aspecto radiográfico característico de un quiste.

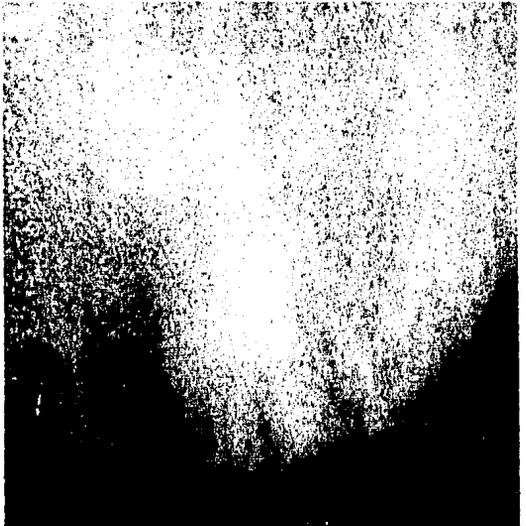
Con transparencia homogénea, unilocular, redondo y bien circunscrito.

Quiste radicular muy grande asociado a un primer molar. Existe divergencia de las raíces del segundo premolar y primer molar. Su aspecto radiográfico semeja a una "pompa de jabón".





Aspecto radiográfico de un quiste de desarrollo de la línea media. (vista oclusal)



Pequeño quiste residual en un maxilar desdentado.

CAPITULO VI

PRONOSTICO Y TRATAMIENTO

Sin tener en cuenta la etiología, la naturaleza o la ubicación del quiste. El tratamiento de elección de toda lesión quística, debe ser quirúrgica mediante las técnicas que describiremos a continuación.

En primer lugar efectuaremos un estudio radiológico lo más completo posible como ya se ha indicado, para conocer los límites del quiste y el grado de afectación de las piezas dentarias implicadas en el proceso, al mismo tiempo que nos orientará para establecer un primer diagnóstico diferencial.

Una vez observadas las relaciones de las piezas dentarias con el quiste, decidiremos cuales son las tributarias de un tratamiento conservador y cuales son las que deben ser extraídas.

En principio aquellas que se encuentren en buen estado y con una aceptable conservación de su alveolo, deben ser tratadas endodónticamente. Este tratamiento puede realizarse en días anteriores a la intervención o formando parte de la misma. En ambos casos es importante lograr un buen ensanchamiento del canal radicular teniendo en cuenta que la punta de plata o gutapercha utilizada para su relleno traspase el ápice radicular de 2 a 3 milímetros aproximadamente.

Una vez realizados estos tratamientos endodónticos - si hubieran sido precisos, comenzaremos con el tratamiento quirúrgico ideal para el tipo de lesión quística.

El tratamiento quirúrgico de los quistes maxilomandibulares está basado en lo fundamental por Partsch. Estableciendo dos tipos de intervenciones quirúrgicas.

En 1892 Partsch propuso conectar ampliamente el quiste con la cavidad bucal mediante una fenestración grande. - (8) El había comprobado que el epitelio del quiste consta de epitelio bucal, y sabía que al abrir el quiste y mantener abierta la fenestración, el crecimiento del quiste se detiene porque no hay más presión de expansión. Los procesos curativos llevan al achicamiento de la cavidad ósea, regenerándose el hueso rabsorbido por el quiste y quedando el epitelio quístico como cubierta epitelial bucal.

En 1910 Partsch indicó que para ciertos casos es - conveniente la extirpación de la bolsa quística, con sutura inmediata. (8)

De acuerdo con estos consejos de Partsch, estos procedimientos quirúrgicos fueron denominados: Partsch I y -- Partsch II también denominados posteriormente y para que - no se prestaran a confusiones: Partsch I o quistostomía o marsupialización y Partsch II o quistectomía o enucleación radical.

Existe también otro procedimiento llamado antroquistectomía o tratamiento rinológico, éste se realiza únicamente en grandes quistes que se han desarrollado hacia el seno maxilar. En éste el espacio quístico es conectado ampliamente con el seno maxilar, siguiendo los principios de Partsch I, el epitelio quístico se une con la mucosa del - seno maxilar o sea que la cavidad quística es conectada - con una cavidad fisiológica vecina, de modo que el quiste-

puede vaciar su contenido hacia esta cavidad vecina, drenando su contenido a través de una trepanación en el meato nasal inferior. (8)

La incisión intrabucal para abrir el seno maxilar se sutura al terminar la operación, asegurando el drenaje por la cavidad artificial.

La bolsa del quiste desde luego también puede ser removida en la antroquistectomía por ejemplo si presenta alteraciones sospechosas de neoplasma.

VIAS DE ACCESO

La intervención de los quistes maxilomandibulares -- cualquiera que sea su situación debe ser siempre realizada por vía vestibular. Todas las demás vías de acceso son insuficientes, peligrosas y antiquirúrgicas. Pero existen algunos casos que pueden ser intervenidos por vía palatina como el quiste del conducto palatino anterior. (3-8-14)

TECNICA DEL METODO PARTSCH I

INDICACIONES:

Estas están dadas por las siguientes razones:

1. Cuando el quiste es muy grande y no puede esperarse la curación con cuágulc después de la extirpación de la bolsa quística. (8)

Como en quistes extremadamente grandes de la rama ascendente de la mandíbula, la retracción posoperatoria del cuáguulo en la cavidad quística, después de la operación Partsch II causaría un desprendimiento del cuá

- gulo de la pared ósea o la infección de este cuáguulo.
2. Cuando el quiste es grande y ha destruido mucho hueso. (8) Cuando la capa compacta está ampliamente destruida, entonces conviene hacer Fijación Maxilomandibular, ésta estabiliza el hueso y se puede llevar a cabo la intervención de Partsch I.
 3. Cuando al extirpar la bolsa quística peligran los dientes vecinos vitales. Muchas veces el quiste radicular llega muy cerca del ápice del diente vecino, de modo que existe el peligro, que al remover la bolsa quística se lesione el paquete neurovascular de estos dientes, lo cual causaría la necrosis de la pulpa.
 4. Cuando existe el peligro de abrir la cavidad nasal o el seno maxilar. (8) Si ya no queda una capa ósea hacia espacios vecinos (seno maxilar o nariz) entonces existe el peligro, que al desprender la membrana quística se abran estas cavidades. En perforaciones mayores hacia el seno o la nariz pueden producir fístulas y supuraciones. En caso de que se perfore el seno maxilar se tendrá que realizar una operación según Caldwell Luc. Pero si se llega a perforar la cavidad nasal se deberá cerrar a través de una cirugía plástica.
 5. En caso de quistes supurados existe el peligro de infección del cuáguulo al realizar la operación Partsch II, si esto ocurre pueden secuestrarse las partes óseas expuestas de la cavidad quística. (8)
 6. En un quiste mandibular, al enuclear este puede dañarse el nervio alveolar o el contenido del conducto mandibular. (8) Estas partes sensibles deben ser cubiertas con colgajos mucosos al terminar la operación, si no pueden resultar parestesias, parálisis o transtor-

nos neuroalgiformes. (7-8)

La técnica de Partsch I. sigue todos los tiempos quirúrgicos necesarios para una intervención intramaxilar.

Son los siguientes:

- 1) Incisión
- 2) Desprendimiento del colgajo
- 3) Osteotomía
- 4) Tratamiento de la bolsa quística
- 5) Tratamiento del diente causante
- 6) Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos
- 7) Tratamiento postoperatorio

INCISION. Esta se traza siguiendo los límites de la proyección del quiste sobre la cara vestibular, esta incisión es circular, en un lugar equidistante entre el surcogingival y el borde libre de la encía y debe ser mayor que el diámetro horizontal del quiste.

Pueden también emplearse las incisiones de Partsch - (en forma de arco) o de Neumann, siendo necesario en estos casos seccionar posteriormente el colgajo. De una incisión correcta y amplia depende la curación del quiste, si no se realiza ésta de acuerdo a las características de la lesión es posible la recidiva del proceso.

La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso, cortando encía y periostio. En casos en los que ha desaparecido la tabla externa y la bolsa quística está en íntimo contacto con el periostio, hay que tener precaución para no abrir extemporáneamente el quiste. (3)

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Este se realiza con una legra pequeña o con un periostótomo. Se inicia la manio--bra sosteniendo una pinza de disección en la mano izquier--da y la legra en la mano derecha, se separa el colgajo con movimientos suaves de insinuación a expensas de la fibromu cosa para no dañar la bolsa quística.

El labio lo deberá mantener elevado el ayudante con - un separador de Farabeuf, para que éste no impida las ma--niobras del cirujano.

El colgajo debe levantarse hasta los límites superio--res del quiste, o hasta encontrar hueso sano.

Cuando se realiza la incisión de Partsch o Neumann se retira el separador que mantenía levantado el labio para - que sostenga también el colgajo con el fin de evitar lasti--mar éste y de que el campo operatorio quede visible. (3)

OSTEOTOMIA. Esta se realiza de diferentes formas y - utilizando diferentes instrumentos, dependiendo del grado--de destrucción ósea que haya generado la lesión.

Si el hueso está muy adelgazado puede ser seccionado--con un bisturí para hueso. (8)

Cuando el hueso es firme y sólido debe de practicarse la osteotomía con escoplo o fresa, siendo esta última me--nos traumática. (8) Se usa generalmente fresa redonda y - se practican orificios coincidentes con el diámetro del - quiste, se unen estas trepanaciones equidistantes con la - fresa y la tapa ósea se extrae con pinzas gubias o escoplo. Ya en presencia de la bolsa quística, se toma ésta con una pinza de disección, y con el bisturí se abre ampliamente - en toda la extensión del quiste. Extraída así la capa -- quística, se vacía su contenido y se lava su interior con--

suero fisiológico. Es importante el empleo de una solución isotónica, para no producir lesiones en el epitelio quístico.

Algunos autores suturan el tejido gingival a la periferia de la bolsa quística con buenos resultados, utilizan puntos equidistantes o sutura continua. Otros autores lo juzgan innecesario porque la adherencia de ambas entidades se produce con facilidad siempre y cuando no se haya dejado tejido óseo entre la bolsa quística y el tejido fibromucoso.

TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA. En caso de que la cavidad quística sea muy grande se prefiere realizar el taponamiento de ésta, usando una gasa yodoformada y vaselinada para que no se adhiera a los tejidos y sea fácilmente removida.

El colgajo gingival está aún mantenido con el separador, se retira el instrumento y el colgajo se introduce dentro de la cavidad, donde quedará mantenido por la gasa, ambos tejidos llegan a adherirse íntimamente.

La cantidad de gasa que se necesita para obturar la cavidad debe estar en proporción con el volumen de la cavidad.

Hay que evitar el taponamiento a presión para que no se produzcan esfacelos por compresión excesiva del colgajo gingival o de la bolsa quística. Esta gasa se renueva cada 24 hrs.

Si se infecta y da mal olor se debe retirar con más frecuencia.

Cada cambio exige un lavado cuidadoso de la cavidad quística con suero fisiológico.

Cuando el defecto es muy grande y los bordes de la herida están ya epitelizados, puede confeccionarse un obturador para mantener la comunicación entre la cavidad bucal y la cavidad quística. Este obturador debe ser sucesivamente desgastado, debido a que la cavidad quística va decreciendo. En ocasiones se requiere la elaboración de varios obturadores, teniéndose que usar éstos algunos meses o años. (18) Roy E. Olson en un caso de quiste odontogénico queratinizante requirió del uso de estos obturadores por 2 años sin tener con ellos ninguna complicación. (18)

El paciente puede retirar el obturador cada día y hacer un lavado de la cavidad con una pequeña jeringa aséptica. (3)

TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE. El diente causante-transportador de la lesión, no puede ser conservado en ocasiones. Dos son los tratamientos a seguir: El tratamiento radical y la apicectomía o su extracción.

Algunas piezas dentarias pueden ser conservadas con el tratamiento de conductos, ensanchando el conducto y obturándolo con el material de relleno adecuado (gutapercha o resina). (3) Realizándose esto en sesiones previas a la operación. La apicectomía se realiza dentro del acto quirúrgico con suma destreza del cirujano porque debe de realizar la amputación del ápice dentro de un campo operatorio sumamente reducido sin lacerar la bolsa quística, para evitar dañar a la bolsa se separa con ayuda de una gasa. (3)

Si se ha llegado a la conclusión de la extracción del diente, es preferible realizarla algunos días antes de la operación, teniendo especial cuidado de no fracturar el -

hueso alveolar. La extracción precoz, sin embargo, puede causar la apertura intempestiva del quiste. Por lo tanto, la extracción estará condicionada por el estado del hueso observable en la radiografía y al criterio del cirujano.

TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y DIENTES VECINOS. Con este método conservador se disminuyen las posibilidades de exponer el seno del maxilar y las fosas nasales. La membrana quística actúa como una capa de seguridad que defiende de estos órganos.

Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivo del quiste han de ser conservados durante un tiempo prudencial, con el objeto de no fracturar la porción alveolar y no crear cavidades quirúrgicas en el borde alveolar que resultan molestos estética y funcionalmente hablando.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO El tratamiento postoperatorio consiste en sucesivos cambios de gasa yodoformada y lavados de la cavidad quística cada 24 horas, con suero fisiológico. Después de uno o dos meses, se deja la cavidad sin gasa. El paciente debe encargarse del cuidado de su cavidad practicándose él mismo lavajes con una jeringa --ascepto.

RESULTADOS DE ESTA TECNICA.

Los resultados terapéuticos de este método se resumen así:

- 1) Detención inmediata del crecimiento del quiste, por supresión de la presión endoquística. (3)

- 2) Gradual adquisición por parte del epitelio quístico, - de los caracteres del epitelio de la mucosa bucal. (3)
- 3) Aplanamiento progresivo de la pared del quiste hasta su desaparición. (3)

A pesar de todo lo anteriormente mencionado, solo es aplicable en los casos ya indicados.

"El factor que más nos detiene es el posible peligro de la degeneración de la membrana quística." (26)

TECNICA DEL METODO PARTSCH II

Este método consiste en la completa enucleación de la bolsa quística. La cavidad ósea que la aloja queda por tanto vacía, y el mecanismo de su relleno se hace de dos maneras denominadas:

- a) Método de Partsch II, con sutura en el cual la cavidad ósea se rellena de sangre y de la organización del cuáguilo depende la osificación. (3)
- b) Método de Partsch II, sin sutura, en este método, la cavidad ósea se obtura con distintos materiales, y ésta se tapiza lentamente de epitelio y por un mecanismo análogo por el cual se aplanan los quistes en el método conservador, tiene lugar la regeneración de las cavidades patológicamente creadas por el proceso.

INDICACIONES:

- 1) Cuando los quistes no tienen un diámetro mayor de 3 centímetros. (3)

2) Sólo puede intervenirse en quistes estériles. (3)

Existe una desventaja de este método, el cuáguulo puede infectarse y supurar, dando todos los síntomas de una infección, por ello se debe tener todas las seguridades de asepsia que exige una intervención.

TECNICA: La operación propiamente dicha, consta de los siguientes tiempos.

- 1) Incisión
- 2) Desprendimiento del tejido gingival
- 3) Osteotomía
- 4) Enucleación de la bolsa quística
- 5) Tratamiento de las cavidades vecinas
- 6) Tratamiento del diente causante
- 7) Tratamiento de la cavidad ósea
- 8) Sutura
- 9) Tratamiento postoperatorio

Este método se puede emplear tanto en quistes localizados en el maxilar como en la mandíbula.

INCISION. La incisión va a variar de acuerdo con la ubicación y tamaño del quiste. Si es de mediano tamaño puede utilizarse la incisión de Partsch que consiste en un corte semicircular a la altura de los ápices dentarios con sus extremos en el repliegue vestibular y con una extensión ligeramente mayor que los límites del quiste, sin llegar al reborde gingivo dentario, es en esta última circunscritura donde radica la diferencia con la incisión Neumann-

que es la que debe emplearse en los quistes de gran tamaño y consiste en 2 incisiones verticales, ligeramente convergentes hacia el reborde gingivo dentario, unidas por otra incisión que sigue este reborde.

Con esta incisión se puede tener mayor amplitud del campo operatorio, respetando al mismo tiempo toda la vascularización de la zona.

La profundidad de la incisión debe llegar hasta tejido óseo teniendo cuidado de no lesionar la bolsa quística.

Se toman los bordes de la herida con pinzas de disección pasando al segundo tiempo quirúrgico.

DESPRENDIMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL. Se separa cuidadosamente el tejido gingival, el desprendimiento debe realizarse abarcando un límite mayor que la extensión del proceso, para tener un fácil acceso a la bolsa quística.

Si el tejido óseo se encuentra destruido por la invasión del quiste, el desprendimiento del colgajo se realiza hasta encontrar hueso sano y sólido. En este caso, la inserción de la encía y la bolsa quística es íntima y profunda, por lo que resulta una maniobra delicada la separación de estos tejidos. (2 3)

Cuando el quiste es supurado estas adherencias son mayores siendo necesarios para desprender el tejido gingival el borde romo del bisturí y la punta, o con tijera, realizando una maniobra de disección. (3)

El colgajo obtenido se sostiene con separador de Farabeuf.

OSTEOTOMIA. En este tiempo quirúrgico existen 2 situaciones distintas:

- Cuando el tejido óseo está sano con o sin modificaciones de sus límites.
- Cuando se encuentra destruido (osteólisis) y en este caso la fibromucosa está directamente en contacto con la vaina conjuntiva del quiste.

De acuerdo con estas dos disposiciones serán dos maneras de actuar en este tiempo.

En el primer caso para llegar al tumor quístico será necesario trepanar el tejido óseo, esto se puede realizar con escoplo, martillo, fresas y pinzas gubias. (3) Es más rápido y menos traumática la utilización de la fresa, realizando los cortes necesarios de tal manera que el diámetro de la abertura ósea sea igual o mayor de los límites del quiste.

Se retira la tabla ósea luego con pinzas gubias, se puede aumentar el diámetro si así se requiere.

En el segundo caso cuando la tabla ósea externa ha desaparecido, será suficiente agrandar, con pinzas gubias la abertura patológica creada por el proceso, así tendremos una amplia visión de la bolsa quística con su color azulado rojizo característico, de brillo nacarado y consistencia variable según la presión del líquido del quiste.(3)

ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA. Primeramente se procede a vaciar el contenido de la bolsa quística para disminuir el volumen del tumor e impedir el vaciamiento del contenido en la boca del paciente. Esta operación se realiza punzando la bolsa quística con aguja de calibre mediano y haciendo la succión del contenido quístico con una jeringa de vidrio. (8)

Después se secciona su pared con bisturí o tijera y -

se practica la limpieza del contenido quístico con gases o con el aspirador quirúrgico.

Estando todo listo para la enucleación de la bolsa quística se toman los bordes de la incisión de la bolsa con pinzas de disección y con una espátula o periostótomo se realiza el desprendimiento de la bolsa quística de su alojamiento óseo.

Esta maniobra es relativamente sencilla en los quistes puros, porque se siguen fácilmente los límites del tumor buscando planos de clivaje. Esto no es tan simple en los quistes supurados, porque en estos existen profundas adherencias de la membrana quística, con su alojamiento óseo, estas adherencias se tienen que reseca en ocasiones con cucharillas.

La enucleación de la bolsa se realiza siguiendo los límites superiores en primer término, luego la porción inferior (para los quistes localizados en la mandíbula se invierten los papeles). Así se conseguirá desprender la membrana quística en su totalidad sin quedar adherencias, nada más que por su inserción al cuello del diente productor del quiste (en caso de quiste radicular). (3)

Posteriormente se le practica hemostasia a la cavidad ósea.

En los quistes supurados es necesario el raspado de la cavidad para eliminar hasta las partículas más pequeñas de membrana quística, la cual puede ser semilla de una nueva recidiva.

Se realiza un lavaje para eliminar todos los restos quísticos. (8)

TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS. En caso de que estos procesos invadan las cavidades vecinas, seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina hay que realizar el tratamiento de ellas, modificadas en su estructura y relaciones por el avance del proceso. (De esto hablaremos posteriormente).

Dientes Vecinos. ¿Qué conducta debemos seguir con los dientes vecinos desviados? Los dejamos en el lugar donde se localicen, posteriormente se valorarán ortodónticamente, si los dientes pueden volverse a su lugar, se efectuará el tratamiento correspondiente, quedando a cargo del especialista, si no tendrán que ser irremediablemente perdidos, pudiéndose realizar su extracción varios meses después de la intervención.

TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE. El tratamiento del diente causante del proceso si se trata de un quiste radicular. Tenemos dos conductas a seguir:

- La extracción del diente, la cual se puede realizar al momento de la enucleación, o
- La resección quirúrgica de su ápice.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. Una vez realizado el lavado de la cavidad y el curetaje si así se requiere, procedemos a revisar detenidamente la cavidad que alojaba el quiste.

Provocaremos hemorragia ligera raspando con una cucharilla para llenar la cavidad de sangre, éste es el mejor material de relleno de la cavidad. (3) Pero algunos autores han empleado yodoformo espolvoreado en la cavidad o polvos de sulfamida. (8) Los cuales se depositan en la

cavidad se mezclan con la sangre y se dejan convirtiéndose éstos en parte de la osificación.

Actualmente se utilizan como material de relleno oxycel o gelfoam, los cuales ayudan a la formación más rápida del cuágulo.

SUTURA. Esta se practica en quistes chicos y medianos, el cierre inmediato exige rigurosa asepsia de la operación, que el cuágulo y cavidad ósea no se contaminen con la saliva y el medio ambiente.

El material de sutura es hilo de seda o nylon siendo éstos materiales no reabsorbibles. También se pueden emplear suturas como el catgut y dermalón que son material absorbible evitando así el retiro de los puntos.

Los puntos deben distar entre sí de medio a un centímetro. (7)

La sutura debe descansar sobre base ósea firme. Los puntos se retiran a los 6 u 8 días posteriores a la operación. (3)

Si el cuágulo se llega a infectar dando síntomas claros tales como dolores, tumefacción, enrojecimiento local, repercusión sobre el estado general del paciente, se cortan los puntos de sutura, se abre ampliamente la cavidad, se realizan lavajes con suero fisiológico y se trata como cavidad abierta taponando con gasa yodoformada. (8)

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO El paciente el día de la intervención permanecerá en cama en posición semisentada, descansando con varias almohadas colocadas detrás de la cabeza. Se administrará un correcto tratamiento con antibióticos. (3)

LOS QUISTES EN RELACION CON LAS CAVIDADES VECINAS

Los quistes en relación con las fosas nasales y el se no maxilar. Como ya vimos, algunos quistes se desarrollan simultáneamente hacia estas dos cavidades. Para realizar un buen diagnóstico se requiere de un examen radiográfico con o sin sustancias de contraste, el cual deberá fijar - las relaciones aproximadas del proceso hacia estas cavidades pues de estas relaciones depende el tratamiento. (3)

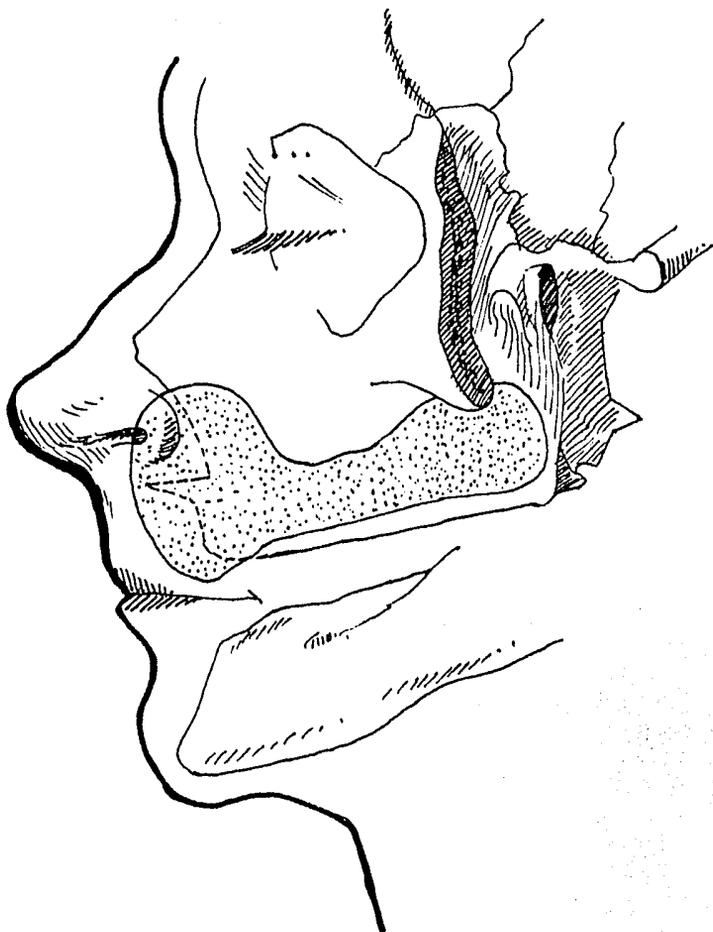
Si la invasión hacia estas cavidades no es muy amplia se opera con el método de Partsch II.

Si el quiste ha invadido y destruido el piso del seno y de las fosas nasales se empleará la operación radical, - (antroquistectomía) comunicando la cavidad quística con - el seno y suturando por vía bucal la incisión realizada - para evitar la comunicación con el medio externo y con el medio bucal. Se realiza el drenaje artificial del quiste por vía nasal. (3)

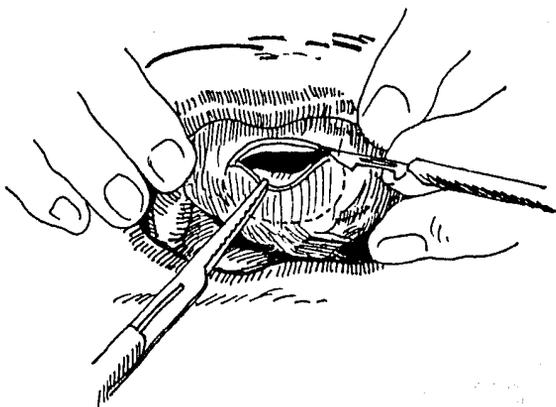
Existen también los grandes quistes del maxilar que - pueden relacionarse con el seno maxilar, las fosas nasales y la bóveda palatina a la vez. La vía quirúrgica debe ser siempre la vestibular y se unirá el quiste al seno maxilar, (siguiendo el método rinológico anteriormente explicado). (3)

Los quistes en relación con la fosa pterigomaxilar. - En quistes del 3er. molar superior pueden abombar la pared de la fosa pterigomaxilar y, en ocasiones hacerla desapare cer.

El quiste llega a ponerse de este modo en contacto - con los importantes órganos que habitan la región. La enu cleación del quiste no está por lo tanto, exenta de peli-- gros. (3)

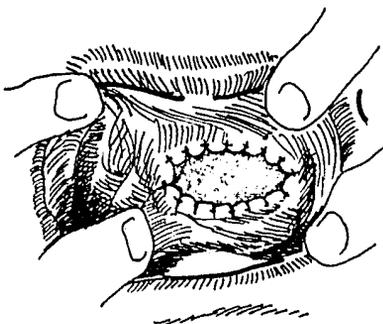


Vista lateral en la que se observa la extensión anteroposterior de un quiste y la obliteración-completa del seno maxilar.

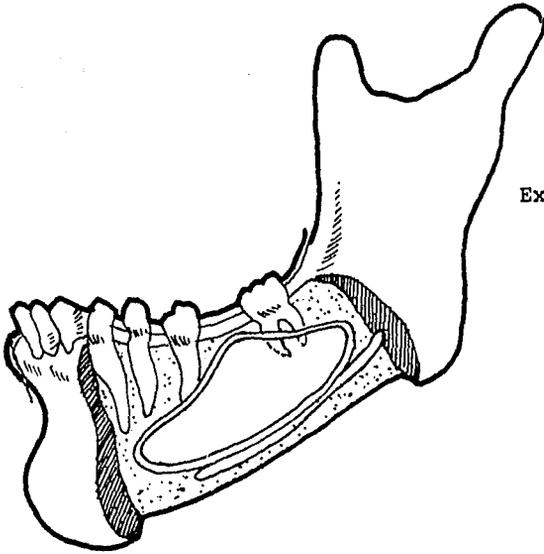


Se realiza una excisión
de tejido blando compues
to de membranas bucal y
quística.

Mediante sutura
se juntan la mem
brana bucal y -
la membrana --
quística.

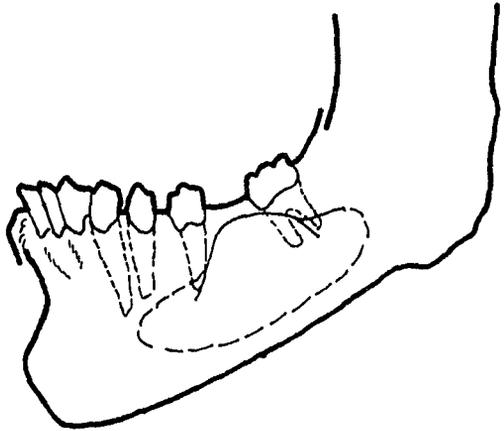


QUISTE RESIDUAL

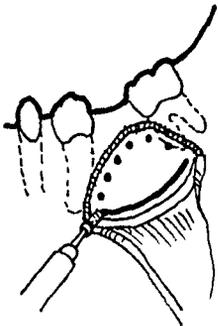


Extensión del quiste.

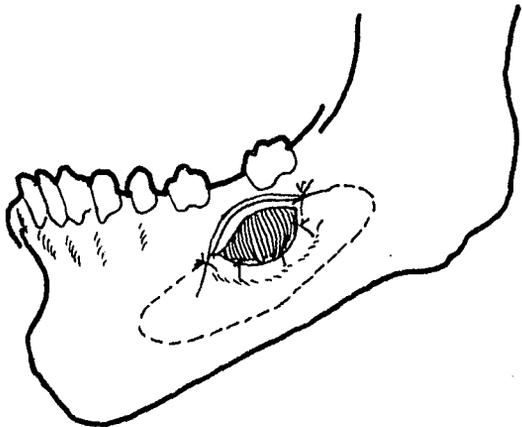
Incisión semilunar a lo largo del borde superior de la tabla cortical.



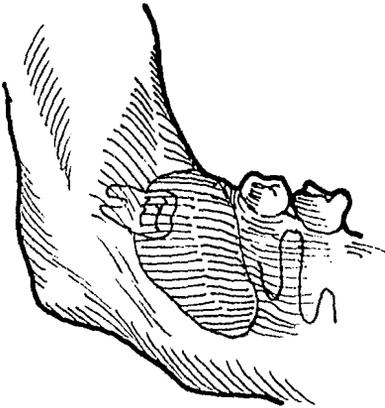
Trepanación de la cortical.



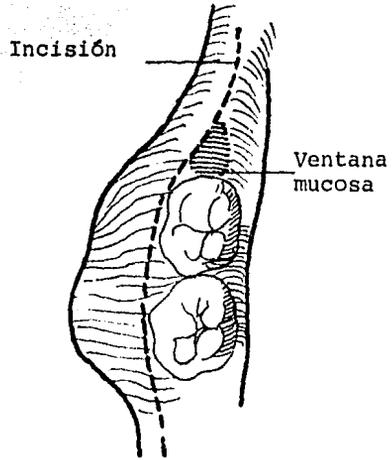
Colgajo bucal suturado al revestimiento quístico. (Marsupialización)



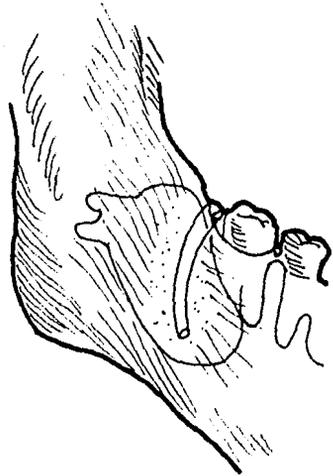
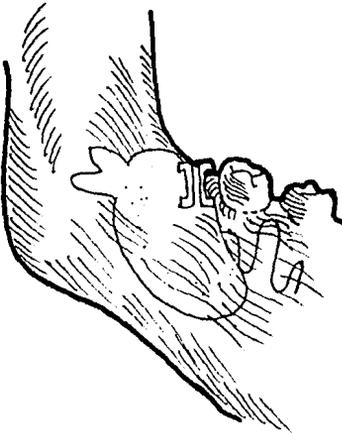
TECNICA MODIFICADA DE MARSUPIALIZACION



Quiste dentígero de un tercer molar.

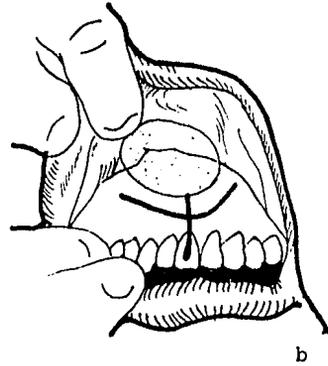
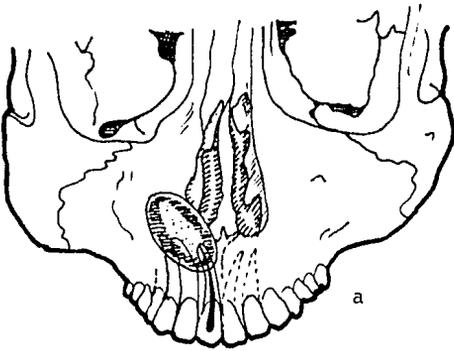


Se hace una ventana mucosa.



Se coloca un botón acrílico o tubo de metal para lograr el drenaje, permitir la irrigación de la cavidad y limpiar la herida.

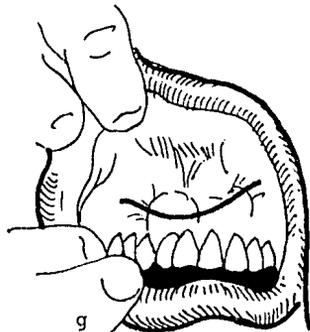
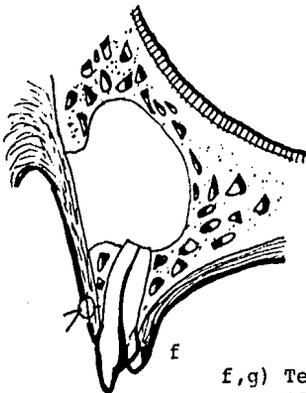
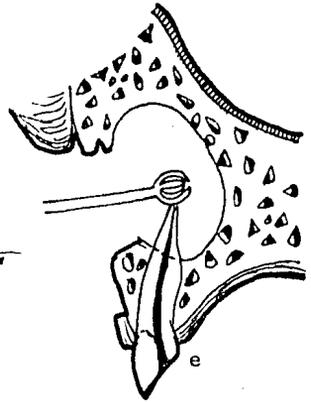
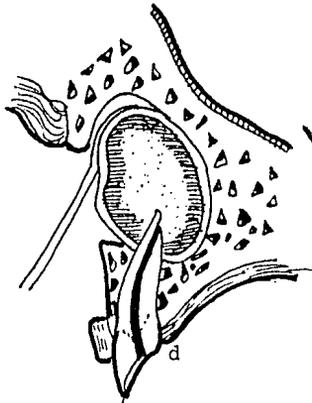
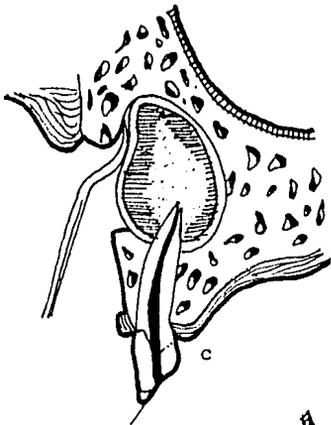
OPERACION PARTSCH II



a) La extensión del quiste radicular en el maxilar.

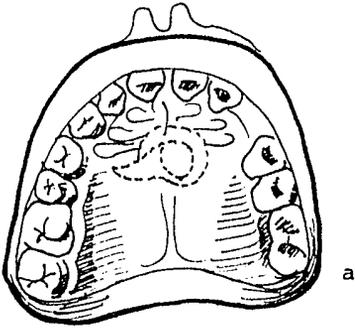
b) Incisión para el colgajo

c, d, e) Enucleación del quiste y apicectomía.

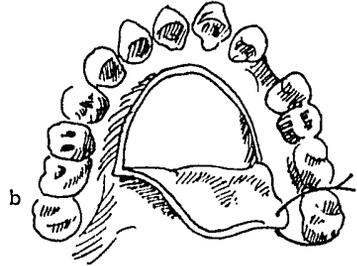


f,g) Terminación de la intervención con la sutura de la mucosa.

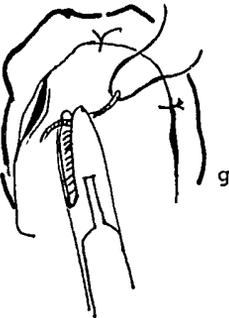
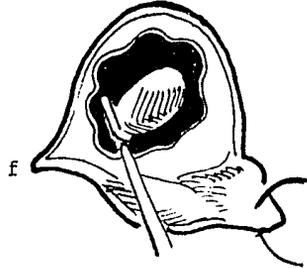
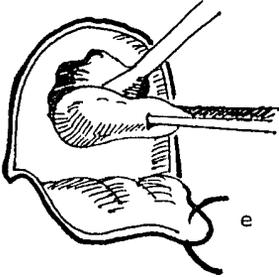
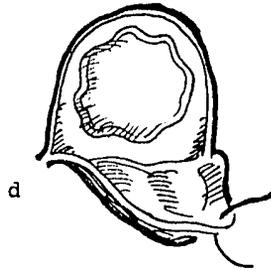
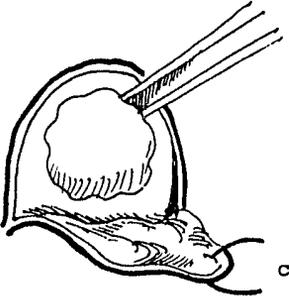
ENUCLEACION DE UN QUISTE DENTIGERO



a) Localización del canino y del quiste.



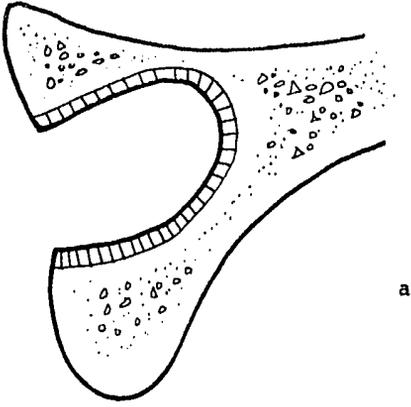
b) Incisión palatina y levantamiento del colgajo mucoperiostico.



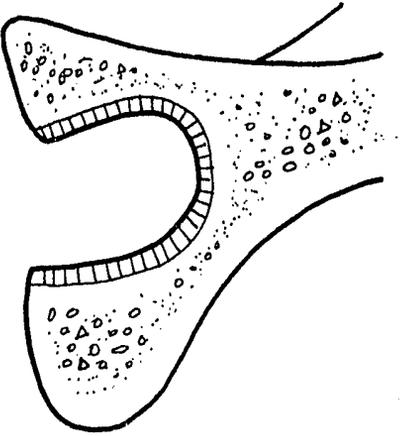
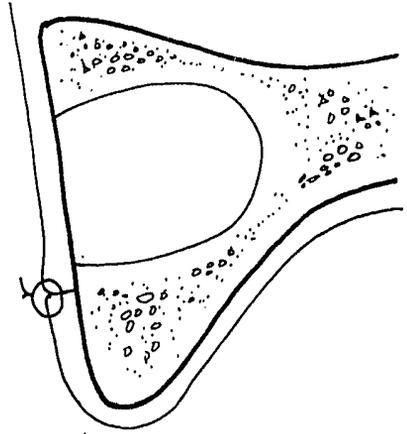
c, d) Extirpación de la tabla ósea.
e, f) Enucleación del quiste
g) Sutura de la mucosa.

DIFERENTES METODOS PARA TRATAR
A UNA LESION QUISTICA

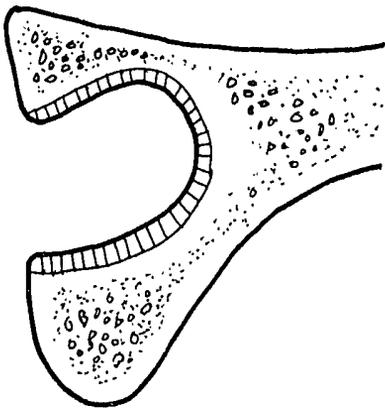
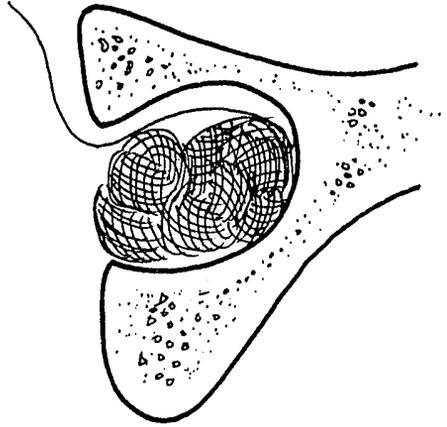
- a) El epitelio y la bolsa son extirpados por completo.
- b) El epitelio y la bolsa son extirpados por completo, - el colgajo mucoso es replegado y el resto del hueso - expuesto formará granulaciones debajo del taponamiento.
- c) Epitelio y bolsa son enucleados parcialmente para un examen histológico. El hueso expuesto es cubierto - por el colgajo replegado.
- d) Se deja la bolsa quística, se repliega el colgajo. - El colgajo puede reforzar el piso del seno maxilar o de la nariz. El quiste se transforma en cavidad accesoria de la boca.
- e) El colgajo mucoperióstico es cortado en el borde superior del quiste, luego se sutura la bolsa quística - con la mucosa bucal.
- f) La bolsa quística expuesta recibe cortes en forma de H, de modo que pueda ser suturada en todos lados con la mucosa circundante.



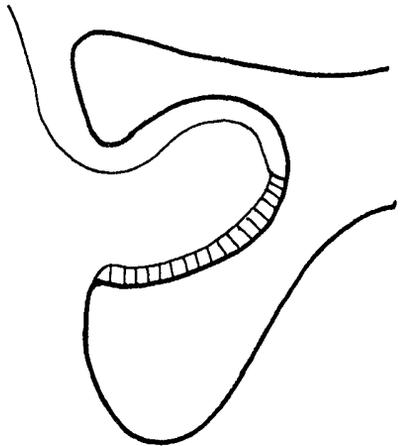
a

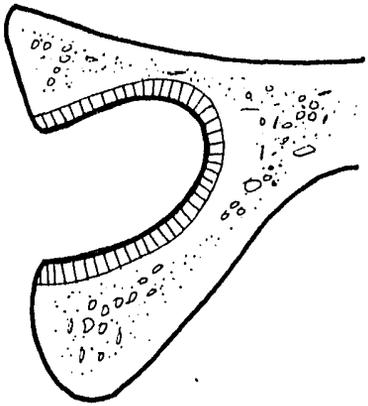


b

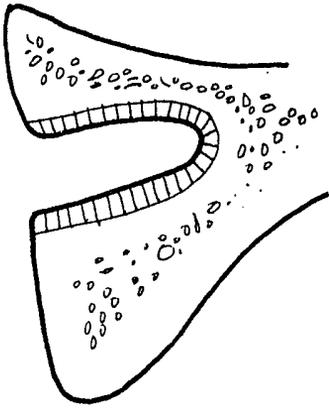
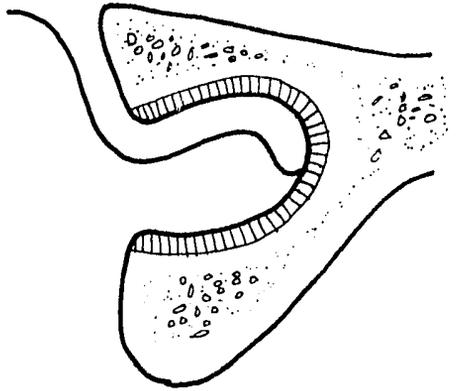


c

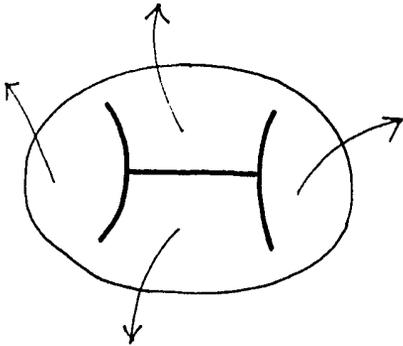
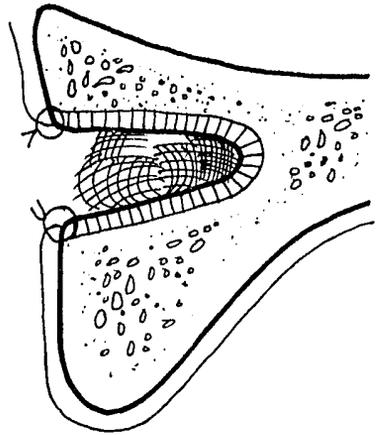




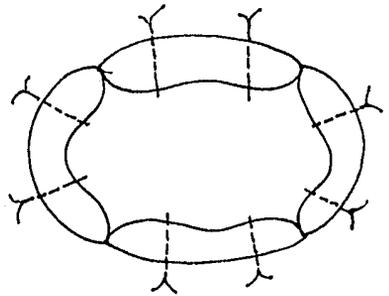
d



e



f



COMPLICACIONES

Como complicaciones que pueden surgir en los postoperatorios de los métodos anteriormente explicados se citarán los principales:

- La formación de un hematoma intracavitario que, con la tensión que pueda ejercer sobre la mucosa, produzca dehiscencia de la sutura.
- El establecimiento en el maxilar de una comunicación-orosinusal en los grandes quistes que invaden el seno.
- La infección que es la secuela generalmente obligada que se sobreañade a las dos anteriores, y si no se le trata adecuadamente causará la instauración de una fístula permanente.
- En la mandíbula las fracturas, que pueden darse espontáneamente a consecuencia del acto masticatorio, un movimiento violento o un golpe recibido, cuando el quiste ha sido muy invasivo y el hueso ha quedado extremadamente adelgazado.
- La lesión del nervio dentario inferior afecta a la sensibilidad de las piezas dentarias inervadas por él y parestesias en las mejillas y labio inferior si se lesiona su rama mentoniana. La afección del nervio lingual compromete el trofismo y la sensibilidad de la mitad correspondiente de la lengua.
- Y por último las recidivas, de las cuales siempre debemos de tener en cuenta.

PRONOSTICO

El pronóstico de recurrencia de los diferentes tipos de quistes es relativamente bajo, siempre y cuando el tratamiento quirúrgico de elección se efectúe adecuadamente.

Como hemos mencionado las bases de todo tratamiento quirúrgico para las lesiones quísticas se describen básicamente en dos técnicas, las cuales han sido aplicadas por muchos años con resultados satisfactorios.

Pero pueden existir errores transoperatorios que nos lleven a la recurrencia de la lesión.

Uno de estos errores y el más común, es cuando la membrana quística se rompe al momento de su extirpación y no se retira completamente quedando alojado dentro de la cavidad un pequeño fragmento de tejido potencialmente activo para la formación de una nueva lesión quística.

Otra causa de recurrencia, es cuando en el método de la marsupialización no se realiza una comunicación amplia del quiste con la cavidad oral, cerrando esta cavidad antes del aplanamiento del quiste encapsulándose nuevamente el proceso patológico y formando así un nuevo quiste.

Existe otro factor que puede dar una recidiva de la lesión, y es cuando existe un manejo inadecuado del contenido quístico, dejándolo exparsido en la cavidad quística sin lavados posteriores al derrame accidental de este líquido, ocasionando la mayoría de las veces otra lesión quística.

También se tiene que tener en cuenta que existen recurrencias de las lesiones cuando el tratamiento ha sido el adecuado. Se han realizado diversos estudios, pero no se

sabe con exactitud la verdadera razón que lleva a la forma ción de una nueva tumoración quística. Como ejemplo tenemos al queratoquiste odontogénico que tiene una propensión de recurrencia muy alta en relación a los otros quistes de 12 a 62%. Esta recidiva ocurre dentro de los primeros 5 años después de realizado el tratamiento quirúrgico.

CAPITULO VII

CASUISTICA

QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO

CASOS CLINICOS

Donald B. Hawkins.

Peporta 53 casos de quistes del conducto tirogloso, - los cuales fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

Como ya hablamos, el quiste del conducto tirogloso es una anomalía embriológica ocasionada por remanencias epite_liales del conducto por el descenso y el desarrollo de la glándula tiroides.

Este estudio fue realizado en Los Angeles -University of Suthern California Medical Center.

Distribución y Sexo.- El estudio comprendía de 53 pa_cientes, de los cuales 36 pacientes, el 68% estaban dentro de los 10 años, 14 pacientes tenían de 10 a 19 años y 3 se encontraban dentro de los veite años. La edad más común - en la que apareció el quiste fue entre los 4 y 7 años y se encontraron afectados 32 hombres y 21 mujeres.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Todos los quistes estaban localizados en cuello, 41-estaban situados en la línea media, 8 en el lado izquierdo de la línea y 4 estaban colocados a la derecha de ésta.

37 el 70% estaban a la altura del hueso hioides, algunos otros estaban abajo y arriba de este hueso.

14 estaban localizados en la parte anterior del cartílagu tiroides y 2 al nivel del cartílago cricoides.

La mayoría de estos quistes estaban conectados al lóbulo piramidal de la glándula tiroides.

Los quistes variaban de diámetro, estaban dentro de 1-5 cm. siendo los diámetros más comunes 2-3 cm.

Su localización. 39 quistes se encontraban en la profundidad del tejido subcutáneo del cuello. 14 quistes-estaban envueltos por la piel y algunos con una zona isquémica alrededor de ésta.

En algunos pacientes la hinchazón fue notada por ellos mismos o por sus familiares.

31 pacientes tuvieron uno o más episodios de infección y la mayoría de ellos drenó espontáneamente.

Indicaciones quirúrgicas. Las indicaciones para la cirugía son: Que el quiste de 2 o más meses sin una disminución significativa de tamaño y previa infección del quiste, se intervenga.

Un estudio radionucleotido fue realizado en todos los casos confirmando el funcionamiento normal del tejido tiroideo. En cada uno de los 53 pacientes la glándula tiroides estaba en una posición normal.

El tratamiento quirúrgico indicado es la excisión del quiste, cuerpo del hueso hioides, la parte proximal del conducto generalmente del hioides al foramen ciego.

Patología: 36 demostraron contenido epitelial, 21 - pseudoestratificado, epitelio columnar ciliado y 15 epitelio escamoso.

Resultados. En 4 pacientes la lesión recidivó. Las características de los quistes que recidivaron fueron: Las edades de los pacientes se encontraban entre el año y medio, 4, 5 y 6 años. 3 eran hombres y 1 mujer. La recidiva fue detectada dentro de 4 semanas en 2 pacientes y al 3° y 4° meses después de la cirugía en los otros dos.

En 3 de los casos el quiste era superficial, mientras que en el otro se localizaba más profundo a tejido subcutáneo.

En 3 casos, los quistes fueron perforados durante la cirugía.

Las características comparativas de los 4 casos con todos los demás quistes, es que sólo 8 de los 53 sufrieron ruptura de la bolsa durante la excisión. En 3 de los 8 recidivó. Sólo uno recidivó en 45 operaciones, en las cuales ningún quiste sufrió ruptura de la bolsa.

Los mejores resultados en la cirugía del quiste tirogloso se obtienen: Retirando el quiste intacto en continuación con el cuerpo y el hueso hioides, una parte de tejido debe ser retirado de 45° de ángulo Sistrunk dentro del músculo de la lengua generalmente hasta el foramen ciego.

Si el quiste se rompe en el momento de la cirugía tiene que ser disecado cuidadosamente, porque si queda una porción de la pared quística puede ocasionar una recidiva.

QUISTE DERMOIDE DE PISO DE BOCA

Dr. Samuel Sentíes L.

REPORTE DE UN CASO.

Paciente femenino de 25 años de edad admitido al Servicio de Cirugía Bucodentomaxilar del Hospital General del C.M.N. del I.M.S.S. en Septiembre de 1975.

Historia Clínica.- Inicia su padecimiento un mes antes de ingresar al hospital con aumento de volumen en región sublingual y piso de boca sobre la línea media, asintomático, con crecimiento más aparente en el curso de los últimos 15 días.

Examen Clínico.- A la exploración bucal se descubre una masa tumoral situada en piso de boca, sobre base de implantación de lengua en línea media, de coloración rosa amarillento lisa, no ulcerada, con diámetros de 4X4X3 cms. de consistencia semidura, renitente, no dolorosa a la palpación y sin fijación a planos subyacentes.

No se presentaba limitación en los movimientos de lengua; la masa tumoral resaltaba plenamente con los movimientos de elevación de lengua y con la mandíbula en reposo resaltaba a nivel submentoniano y se manifestaba a este mismo nivel a voluntad de la paciente.

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.

Se programa para escisión quirúrgica, bajo anestesia general, por intubación nasotraqueal. Se precede al acto quirúrgico. Por vía intraoral se practica incisión transversa a la masa tumoral a nivel de premolares y mediante -

disección roma se procede a separar la masa quística, logrando hacer esto completamente. Previa hemostasis se retira de su lecho, se respetan íntegramente los elementos anatómicos que se presentaban rechazados reintegrándolos a su lugar.

Se termina la operación suturando por planos y colocando una canalización de Pen Rose.

El curso hospitalario postoperatorio fue satisfactorio. Al segundo día se retira la canalización de Pen Rose y se da de alta para su control en consulta externa.

REPORTE DE ANATOMIA PATOLOGICA: Se recibió una formación quística que midió 5X3X3 cm., de superficie lisa, bien circunscrita, rosa pálido de consistencia renitente y que al corte contiene un material de aspecto sebáceo y color amarillento, la cara interna de la pared es lisa opaca de color rosa pálido con áreas violáceas.

Microscopía: Los cortes estudiados de la lesión quística indican: la pared está constituida en su superficie interna por un epitelio escamoso estratificado con mitosis aisladas normales y una capa delgada de queratina a su vez, en algunas zonas glándulas sebáceas y esbozos de folículos pilosos, además de áreas desprovistas del revestimiento epitelial y substituidas por un infiltrado inflamatorio crónico discreto y células gigantes de cuerpo extraño (queratina). El estroma está constituido por tejido fibroso moderado, sin cambios histológicos de malignidad. (21)

QUISTE EPITELIAL EN REGION SUPRAORBITARIA TEMPORAL.

(Descripción de Investigación Clínica)

Dr. Takao Kimura Fujikami.

Caso clínico que se llevó a cabo en 1978 en la Clínica Estomatológica (L.D.C.) Tepepan de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Paciente masculino de 26 años de edad sin antecedentes heredo-familiares, personales no patológicos y patológicos no importantes para el padecimiento actual.

Padecimiento Actual. Al interrogatorio, refirió haberlo iniciado desde el nacimiento, cuando se le notó una tumoración sin motivo aparente "del tamaño de una canica - pequeña en la parte final de la ceja derecha", la cual fue creciendo de forma asintomática, lenta y progresivamente, - causando por compresión la resorción de la pared externa de la órbita, sin haber producido alteración ocular.

Exploración física: A la inspección, se observó una tumoración localizada en la región supraorbitaria-temporal derecha, limitándose hacia la línea media de la cara con el ángulo externo del ojo y la porción final de la región ciliar, abajo, con la apófisis cigomática del hueso temporal y hacia arriba con la pared externa del techo de la órbita. La lesión se mostraba como un aumento de volumen de forma oval cuyo diámetro mayor medía aproximadamente 4 cm. La piel que lo recubría presentaba textura y coloración normal.

A la palpación, se sentía una tumoración de consistencia blanda con aparente movilidad de su base.

Por medio de una punción aspirativa, se obtuvo un lí-

quido grasiento amarillo-naranja, de consistencia espesa.

Se envió la biopsia aspirativa a análisis microscópico, encontrando cuadro negativo al carcinoma y a proceso infeccioso. Se indicaron estudios radiográficos Waters, P/A de cráneo y lateral de cráneo observando resorción ósea a nivel de la pared externa de la órbita.

Eliminación quirúrgica de la lesión.

Sin encontrar datos de la historia clínica que contra indicaran la intervención quirúrgica, se procedió a ésta.

El procedimiento quirúrgico se llevó a cabo con las normas de asepsia y antisepsia necesarias.

El primer paso fue la anestesia de la zona bloqueando los nervios cigomático, temporal y supraorbitario.

La incisión se realizó en sentido horizontal ubicando la en la porción media del quiste y dándole una longitud aproximada de 3 cm.

Se incidió sobre epidermis y dermis hasta encontrar la cápsula del quiste. Entonces se procedió a hacer disección por planos retirando con tijeras los tejidos adyacentes a la cápsula: músculos superciliar, temporal y orbicular de los párpados. Se abordó hasta tejido óseo respetando la cortical y encontrando resorción de la pared externa de la órbita. No se encontró tejido celular subcutáneo, ni tejido adiposo.

El resultado final fue la eliminación total de un quiste con su cápsula completa. El diámetro mayor midió 3.7 cm.

Se procedió a suturar con Dexon reabsorbible los tejidos subcutáneos cuidando de no dejar espacios muertos.

Se suturó la incisión cubriéndola con un apósito de gasa.

Dos días después se colocó curación nueva observando buena respuesta de cicatrización en la herida, inflamación de la zona, especialmente del músculo orbicular de los párpados y derrame conjuntival a nivel de la esclerótica con equimosis de la región orbitaria. Ocho días después se retiraron puntos de sutura alternados dejando ya sin curación. Dos días después se retiraron los puntos restantes observando proceso de cicatrización normal. Se controló al paciente hasta darlo de alta a los 37 días, recomendando su control cada seis meses para detectar oportunamente cualquier cambio.

Al control de dos años (mayo-80) no se aprecian cambios clínicos.

Análisis de la lesión: Descripción macroscópica. Se observó un quiste de forma oval, cuyo diámetro mayor midió 3.7 cm. La cápsula presentaba un color blanquecino-grisáceo.

Se incluyó el total del espécimen para su proceso histopatológico.

Descripción microscópica.- El reporte histopatológico obtenido fue el siguiente: "El estudio de la pieza muestra una pared quística recubierta en zonas aisladas por células de aspecto epitelial de citoplasma eosinófilo. Algunas de ellas con vacuolas. Su núcleo es de cara abierta con nucleolos prominentes, en estas células existen pequeños focos que forman una o dos capas y el resto de la superficie se encuentra desprovista de revestimiento. Por debajo de las células antes descritas se observa una banda

eosinófila de material colágeno, y por debajo del tejido - fibroso laxo con hemorragia reciente y linfocitos aislados."

Diagnóstico.- Quiste de origen epitelial inespecífico. (12)

QUISTE GIGANTE DE RETENCION PAROTIDEA

P.N.C. Wong.

REPORTE DE UN CASO

Los quistes de la glándula parótida son raros, aquí se reporta un caso de retención quística parotidea en una proporción gigante 10cm. de diámetro. Esta es la retención quística más grande de la glándula parótida que se ha ya reportado.

Un hombre de Nueva Guinea de 40 años de edad fue tratado en 1981 por una hinchazón indolora en el área parótida derecha. El paciente reportó que la lesión había existido por años, pero la duración exacta fue desconocida.

A la exploración extraoral reveló una lesión poco móvil, existiendo una masa fluctuante del área superior de la glándula parótida al área submandibular. La presión de un dedo sobre la lesión dejaba dibujada una huella. La piel alrededor de la lesión apareció normal y no inflamada.

Los resultados de la exploración intraoral no fueron claros. El flujo salival del conducto de Stenon de la glándula involucrada era normal.

Se estableció un diagnóstico clínico previo de un quiste epidermoide o posible quiste de retención de la glándula parótida.

Tratamiento quirúrgico. El paciente fue sometido a anestesia general para ser retirada la lesión. Una aleta preauricular-cervical fue hecha y la cápsula del quiste fue fácilmente separada del rededor de la piel. Este fue de un color blanco amarillento. La rama marginal mandibu-

lar y otras pequeñas fibras de nervios de la rama facial - fueron observadas situadas sobre la cápsula, las ramas del nervio facial fueron cuidadosamente separadas de la cápsula por disección roma. En la disección de la lesión macroscópicamente los tejidos de la glándula no fueron observados anormales. La base de la lesión estaba adherida a la glándula parótida por un pedículo de tejido fibroso. La masa fue finalmente disecada libre de la glándula por excisión del único pedículo con un pequeño tejido glandular pegado. Cuando la hemostasia fue realizada, la aleta fue re colocada y un pen rose plegado fue insertado. La recuperación posoperatoria fue normal, y el paciente fue dado de alta una semana después de la cirugía.

El espécimen midió 10 cm. en su más grande diámetro y aproximadamente 70 ml. de fluido quístico fue drenado del espécimen. El fluido fue de color "blanco café". El interior del quiste consistió de una cavidad grande única.

La examinación histológica reveló una composición de revestimiento quístico de epitelio pseudoestratificado columnar a epitelio cuboidal soportado por tejido conectivo-fibroso. Una célula inflamatoria crónica difusa fue encontrada adyacente al epitelio. La cápsula fibrosa contenía algunos conductos excretores dilatados, histocitos, fagocitos, P.A.S. positivo de material mucoso fue visto sin el espacio quístico. Las secciones histológicas del espécimen fueron diagnosticadas como había consistido con un quiste de retención de la glándula parótida. (29)

QUISTES DENTÍGEROS EN NIÑOS

Otto R. Menéndez C. D.

REPORTE DE UN CASO

Los informes referentes a la ocurrencia de quistes - dentígeros en niños son escasos. En este trabajo se informan dos quistes dentígeros simultáneamente (múltiples) y - un diente retenido.

Datos generales.- Niño de 10 años, escolar, originario del interior de Guatemala.

Motivo de la consulta.- "Abultamiento" sobre el pómulo derecho y producción de "materia".

Historia del padecimiento actual.- La madre refiere que desde hace aproximadamente cuatro años observó "abultamiento" en la región del maxilar superior derecho, el cual ha ido aumentando lentamente sin producir molestias significativas, salvo la producción de "materia" que experimenta actualmente.

Examen Clínico.- Al examen clínico se encontró elevación dura y poco dolorosa sobre el área del maxilar superior derecho, la cual se extiende desde inmediatamente por debajo del borde sub-orbital, hasta el proceso alveolar y desde una línea que pasa aproximadamente a lado de la nariz, a otra vertical sobre la superficie distal del segundo molar primario. No se encontró cambio en el paladar. - El canino primario superior derecho presentaba movilidad y secretaba un material viscoso de color ambar por el surco gingival hacia bucal.

El resto de la boca se encontró sin cambios patológi-

cos aparentes y significativos en hueso y mucosas, salvo lesiones cariosas en los dientes existentes.

Diagnóstico clínico.- Se estableció la hipótesis -- diagnóstica de "quiste dentífero" asociado al canino permanente superior derecho y debido a la ausencia de los caninos permanentes del lado opuesto en el maxilar y ambos de la mandíbula, se planteó también la hipótesis de dientes retenidos en esos sitios (estimándose que entre los 10-11 años deberían estar erupcionados en la cavidad oral).

Exámenes complementarios.- Se le ordenaron radiografías de boca y cara, análisis de laboratorio y radiografía de tórax.

Como hallazgos significativos se observaron: en el lado superior derecho: un área radiolúcida que se extiende desde las vecindades del piso de la órbita de ese lado al reborde alveolar y de la superficie distal de la raíz del lateral permanente del lado derecho, acercándose en lo apical a la raíz del central, hasta aproximadamente la región mesial del primer molar permanente de ese lado. Se observa la imagen del canino permanente y desviados hacia distal la raíz del primer premolar y el germen intraóseo del segundo premolar estando involucrados dentro de esta área radiolúcida y corroborándolo a través de una radiografía periapical. En el lado superior izquierdo: se encontró una pequeña área radiolúcida alrededor de la corona del canino permanente. Se observó el germen del primer premolar desviado hacia distal, en posición similar al del lado opuesto. En la mandíbula del lado derecho e izquierdo: se observa un área radiolúcida que se extiende desde la cara mesial del primer molar permanente del lado derecho involucrado en ese sitio la corona de un diente que se

identificó como el canino permanente de ese lado, el cual está en posición horizontal con su raíz hacia distal. La radiolucidez pasa la línea media hasta llegar a lo que se considera la superficie mesial del canino permanente izquierdo, extendiéndose desde aproximadamente los ápices de los dientes hasta el principio del reborde mandibular inferior.

Diagnóstico clínico final. "Múltiples quistes dentígeros". (superior derecho e inferior derecho-izquierdo y la posibilidad de quiste dentígero iniciándose en superior izquierdo).

Tratamiento.- Se decidió intervenir al paciente para la remoción inicial de las lesiones superior derecha y la inferior, optando por dejar bajo observación la encontrada en el maxilar izquierdo. La intervención se hizo bajo -- anestesia general y los hallazgos quirúrgicos fueron congruentes con el diagnóstico, se encontró en el maxilar derecho una extensa cavidad forrada por cápsula de consistencia fibrosa, la cual tenía adheridos a ella en su parte superior, la corona del canino permanente. La cavidad se encontró llena de un material de consistencia pastosa y de olor desagradable. En la mandíbula, igualmente, se encontró una cavidad que se extendía de lado a lado, también forrada de cápsula de consistencia fibrosa, la cual se desprendió fácilmente, removiéndose simultáneamente el canino inferior derecho.

El postoperatorio inmediato ocurrió sin complicaciones, pero diez días después y mes y medio más tarde, el paciente desarrolló infección en la mandíbula, las cuales fueron controladas con antibióticos. El paciente no ha vuelto a presentar sintomatología, esperándose reexaminar-

lo periódicamente, a fin de evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico y para tomar una decisión sobre el problema en el maxilar superior izquierdo.

Examen histomorfológico. Masas de tejido que forman una aparente cavidad, la cual está forrada por epitelio escamoso estratificado, presentando este último algunas áreas erosionadas. En la submucosa hay infiltrado linfocitario. No se observó evidencia de malignidad. Características - congruentes con las de "quiste dentífero". (15)

QUISTE DENTIGERO CON AMELOBLASTOMA MURAL

Stuart D. Josell DMD

REPORTE DE UN CASO

Niña negra de 14 años de edad, fue referida a la clínica pediátrica para tratamiento, 3 semanas antes llegó de emergencia con un dolor en la región anterior del maxilar y en la región posterior izquierda de la mandíbula.

El examen oral demostró que sus dientes anteriores es taban bajo tratamiento endodóntico, no estaba presente el tercer molar inferior izquierdo, presentaba una inflama---ción gingival generalizada, lesiones cariosas y mal oclu---sión.

Hallazgos radiográficos mostraron una lesión radiolúcida cerca del 3er. molar en desarrollo, ésta se extendía hasta la rama, apófisis coronoide y ángulo gonial. Se encontraba una línea blanca en la periferia que separaba la diferencia entre el hueso y la lesión radiolúcida.

La lesión era de aproximadamente 4 cm. de largo y 7 - de ancho.

El diagnóstico diferencial incluía un quiste primor--dial o folicular, queratoquiste o quiste traumático. La - posibilidad de ameloblastoma, fibrosis, angiomatosis u -- otros cambios.

Cirugía.- Se realizó bajo anestesia general, el contenido del quiste y el 3er. molar fueron retirados, el espécimen era de color gris y medía aproximadamente 3X2.5X1 cm. La mucosa del rededor y el tejido conectivo también - fue removido.

Histopatología.- El espécimen fue diagnosticado como quiste dentífero con ameloblasoma mural y dos fragmentos - mucosos que estaban compuestos por ameloblastoma. El ameloblastoma se formó en la pared del quiste dentífero localizado superiormente en la mucosa periférica de la lesión.

(24)

GRANULOMA EN LA PARED DE UN QUISTE DENTIGERO

Fumio Ide DDS

REPORTE DE UN CASO

Una mujer de 21 años que fue referida por su dentista a la Clínica de Cirugía Oral Nihon University Dental Hospital en Julio de 1981. A causa de una hinchazón en el lado izquierdo de la mandíbula de 10 años de duración. El paciente refirió que en algunas ocasiones la lesión se rompía espontáneamente drenando un fluido pero que nunca había sido tratada.

La examinación intraoral demostró una fluctuación, en la región retromolar, no se encontraba el 3er. molar, el segundo a la percusión estaba móvil, la mucosa alrededor de la lesión era normal excepto por un canal abierto en el vestíbulo de la lesión. Los estudios radiográficos demostraron una zona radiolúcida extendiéndose desde la raíz distal del segundo molar hasta el borde posterior de la rama y desde abajo del borde de la mandíbula a la escotadura sigmoidea. La corona del 3er. molar se observaba en el borde lateral de la lesión. El diagnóstico clínico fue un quiste dentígero infectado.

Al paciente le fue dada anestesia local, el 2do. y 3er. molar fueron extraídos y un espécimen de 3X3 cm. de la pared de un quiste fue extraído por marsupialización. La corona del 3er. molar no estaba involucrada en la cavidad quística. Durante el procedimiento existió gran cantidad de líquido purulento el espécimen fue examinado histológicamente.

El espécimen consistió de una pieza de tejido conectivo, epitelio escamoso estratificado, dentro del tejido subepitelial se encontró un granuloma. Por lo que el diagnóstico fue quiste dentífero con granuloma. (11)

QUISTE GRANDE DE LA MANDIBULA REVESTIDO PARCIALMENTE POR
EPITELIO CILIADO.

Karl J. Hettwer, DDS

REPORTE DE UN CASO

La histología encontrada de tipo respiratorio de un revestimiento de epitelio en quistes no desarrollados de las mandíbulas han sido declaradas raramente. En 1957 Gorlin, describió un caso semejante de quiste dentífero asociado a un molar inferior, en su estudio de 200 quistes dentíferos de la mandíbula. Shear prosigue en 1960 con su reporte de 4 quistes mandibulares, pero estos fueron aparentemente no identificados como de origen dentífero. -- Marsland and Browne, Small, and Friedlander anexaron reportes de 3 casos con revestimiento de epitelio respiratorio para la literatura.

El siguiente caso es reportado porque éste representa otro ejemplo de prosoplasia de revestimiento epitelial en un quiste mandibular, como el postulado por Bhaska. (2)

Reporte de un caso: Un marinero comerciante, blanco de 49 años de edad reportado por la U.S. Public Health Service Hospital. Staten Island, N. Y. El paciente declaró que la primera noticia fue dolor en su mandíbula desde que abordó el barco un mes antes a la admisión. Arribo en Texas, buscó tratamiento de un cirujano oral, el cual notó una gran radiolucidez en el lado derecho de la mandíbula, diagnosticándolo como un quiste y realizando un procedimiento de descompresión colocando un drenaje dentro de la cavidad quística desde el borde de la cresta alveolar.

El cirujano remitió al paciente al hospital.

La exploración física demostró una mandíbula edentula en la parte posterior. Existía un drenaje por el cual salía material purulento. Los bordes superior e inferior de la mandíbula aparecieron como intactos. El paciente estuvo sin dolor hasta el momento de admisión. A la palpación no se notó crepitación de la corteza bucal.

El estado general del paciente era de un hombre bien-alimentado, bien desarrollado y sin dolor. La exploración física estaba dentro de límites normales.

La radiografía de los huesos faciales demostró un borde plano, defecto lítico del cuerpo mandibular derecho de densidad uniforme, extendiéndose desde el ángulo incisoral y desde el borde superior al inferior. No aparecen fracturas aparentes.

Dos días seguidos a la admisión el paciente fue llevado a cirugía oral, fue dada sedación intravenosa y anestesia local, se realizó la enucleación de la gran lesión -- quística de la mandíbula. El paquete vasculonervioso fue cuidadosamente disecado de la pared del quiste y recolocado en el defecto de hueso, que fue cuidadosamente irrigado y empacado con gelfoam. Los tejidos blandos fueron primariamente cerrados, no se colocó drenaje. Se le administró penicilina por vía parenteral por 14 días. El curso pos--operatorio fue normal excepto por un edema moderado, dolor y parestesia. Dos semanas posteriores el paciente fue dado de alta.

Seis meses más tarde se observó una cicatrización normal del defecto de hueso. El dentario inferior recuperó -- su sensibilidad.

Reporte Patológico.- El espécimen consistía de un quiste con medidas 5.5X1.5X1 cm. El relleno del quiste no era fuera de lo común.

Microscópicamente la pared del quiste fibroso es infiltrado por células plasmáticas, linfocitos, algunos neutrofilos y células gigantes de hueso secundaria a los depósitos de colesterol. El epitelio está siendo revestido por epitelio escamoso y pseudoestratificado, epitelio columnar ciliado.

Diagnóstico.- Quiste revestido parcialmente por epitelio columnar ciliado pseudoestratificado. (10)

QUERATOQUISTE ODONTOGENICO TRATADO POR METODO PARTSCH I Y
POSTERIOR ENUCLEACION

Roy El Olson DDS NS Quincy III

REPORTE DE UN CASO

Hombre blanco de 24 años de edad, reveló una hinchazón asintomática en el lado derecho de la mandíbula, el paciente obtuvo varias opiniones de cirujanos, entre una de ellas la recomendación de una resección mandibular.

Este hombre joven, bien desarrollado y nutrido llegó a la clínica en Agosto de 1968. A la exploración clínica se observaba una gran hinchazón en la superficie bucal del lado derecho a la altura de los molares. El primer molar estaba ausente, el segundo se encontraba parcialmente sumergido y el tercero se encontraba en posición normal. Del lado contrario la cavidad oral era normal. Una gran área radiolúcida de 3X8 cm., se extendía desde la sínfisis hasta el ángulo mandibular derecho, con un borde esclerótico.

Se efectuó una biopsia de la lesión a través de una incisión realizada a la altura del segundo molar. Microscópicamente la pared del quiste consistía de queratosis bien diferenciada, epitelio escamoso estratificado. El diagnóstico clínico fue un queratoquiste odontogénico de mandíbula.

En septiembre de 1968, se realizó el método conservador de Partsch, bajo anestesia local. En el defecto óseo se empacaron gasas medicadas por 6 meses, realizando lavados de ésta tres veces al día, en este tiempo la paroste-

sia del nervio mandibular sedió, recuperando su sensibili
dad. Después de los 6 meses se construyeron varios obtura
dores de acrílicos, conforme se iba reduciendo la cavidad,
estos obturadores eran removibles y el paciente podía rea
lizarse lavajes con una jeringa de vidrio. Este procedi--
miento se mantuvo por 2 años, al cabo de este tiempo, hue
so sano llenó la cavidad. Pero existía abundante forma---
ción de queratina y en 1973 la mucosa residual de querati
na fue enucleada y el tercer molar fue extraído.

Con este tratamiento se evitó la parestesia del ner--
vio dentario inferior. (18)

EL QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

Ronert Chuong DMD

REVISION DE QUISTES, 1972 - 1980

Desde 1972 a 1980, 23 pacientes con 28 queratoquistes fueron tratados en el Hospital de Massachusetts, de todos solo uno fue enucleado. Un queratoquiste recurrente, inicialmente tratado en otra institución por enucleación y - ahora involucraba completamente la rama mandibular derecha, fue tratada por resección y desarticulación con inmediata-reconstrucción. Desde 1972 a 1980, 107 pacientes con 112-quistes de la mandíbula fueron tratados. Nueve quistes - traumáticos fueron excluidos. Veintiocho de 112 quistes - fueron queratoquistes. En la serie reportada aquí, 21 de 75 quistes del grupo de los dentígeros primordiales eran - queratoquistes, correspondiendo al 28% del total. Entre - las características del queratoquiste reportados tenemos - que, 85% ocurrieron en la mandíbula. La abrumadora mayo--ría de los queratoquistes ocurrieron en la parte posterior de las mandíbulas (96.4%).

En 1982 fueron reportados 23 quistes, la recurrencia fue notada en 4 casos (19.3%) todos ocurrieron dentro de - los 5 años del tratamiento. Todos los quistes excepto uno fue tratado con enucleación, algunos eran muy extensos pe- ro no sucedieron fracturas. En ninguna de las recurrencias se reportaron ameloblastomas o carcinomas.

Conclusiones.- El queratoquiste se caracteriza - por una alta propensión a la recurrencia en relación con - los otros quistes. La recurrencia está reportada desde un

12 a un 62%. Aunque la recurrencia puede ocurrir en 10 o más años después del tratamiento inicial, la mayoría de éstos los hacen dentro de los primeros 5 años. En cuanto al tratamiento, los autores creen que la enucleación agresiva y el cierre es el abordaje más apropiado en estas lesiones. El valor de uso de cauterizantes necesita de estudios adicionales, para que llegue a una completa aprobación. Demasiado manejo conservador debido a miedo de fracturas es usualmente innecesario.

El queratoquiste recurre a queratoquiste, aunque la transformación carcinomatosa o ameloblástica pueden raramente ocurrir. En sí, se piensa que el abordaje de los contornos del quiste es muy apropiado. (4)

QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZADO.

Dr. Elías Romero de León.

REPORTE DE UN CASO

Paciente femenino de 54 años de edad que fue remitida en Noviembre de 1978 al Departamento de Cirugía de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L., en Monterrey, N.L., - para tratamiento de una tumoración localizada en el reborde alveolar región de molares del maxilar derecho.

La paciente relata que un año antes de la fecha de admisión al departamento de cirugía, se le practicó la extracción de un molar y a partir de entonces notó la presencia de la tumoración que ha ido aumentando lentamente de volumen. Asimismo, en algunas ocasiones ha notado la presencia de un líquido amarillento, que emana a nivel de la tumoración. Ningún otro síntoma está presente y la paciente aparentemente se encuentra bien de salud.

Examen Clínico. El examen extraoral revela una asimetría facial con aumento de volumen a nivel de la región geniana derecha.

Por el examen intraoral observamos la ausencia de los molares primero, segundo y tercero superiores del lado derecho, encontrándose a este nivel una tumoración ovoidea, de base amplia, no dolorosa, que expande las corticales vestibular y palatina. A la palpación se detectaba crepitación y renitencia.

Examen radiográfico. Una radiografía oclusal oblicua mostró un área radiolúcida circunscrita y bien limitada -

del hueso normal adyacente. Dicha área radiolúcida mostró pequeñas y numerosas zonas radiopacas.

Plan de Tratamiento. Por punción se extrajo un líquido de aspecto mucoso y color amarillento. Se practicó una biopsia, siendo el diagnóstico histopatológico: quiste odontogénico queratinizado y calcificado.

Se programó la paciente para la enucleación de la lesión quística bajo anestesia local.

Previa asepsia de la región, se practicó incisión tipo Newman desde el primer premolar hasta la tuberosidad del maxilar superior derecho. A continuación se levantó el colgajo mucoperióstico encontrándose resistencia en el sitio de exteriorización, debido a la adherencia de la tumoración. (20)

Se encontró muy delgada la cortical externa retirándose con una pinza gubia y procediéndose después a la enucleación de la masa quística. No se halló comunicación con el seno maxilar. Después de la regularización de los bordes óseos, se empacó el defecto óseo con Gelfoam, colocándose también un dren de gasa yodoformada lubricada con hipoglos. La herida quirúrgica de tejidos blandos es reparada colocando puntos alternos, utilizando la seda como material de sutura. La evolución post-operatoria fue satisfactoria. (20)

QUISTE ODONTOGENICO CALCIFICANTE CON ODONTOMA COMPLEJO

Tetsu Nagao DDS

REPORTE DE UN CASO

Este tipo de quistes se desarrollan en los huesos mandibulares en la mayoría de los casos, no es raro que éste envuelva los tejidos blandos de la cavidad oral y casi -- siempre ocurre en conjunción con una variedad de tumores odontogénicos. En adición la presencia de células desconocidas (fantasmas) que es aceptada como una de las más prominentes lesiones de fracturas es también reportado en craneoangiograma y odontoma. Se describe un caso de lesión asociada con un odontoma complejo.

Una niña de 13 años de edad, que se presentó por una hinchazón en la mandíbula que se había notado desde hacia 5 meses previamente cuando estaba examinándose con un dentista. La examinación clínica demostró relativamente una hinchazón bien definida de la encía oral en la región desde el incisivo central derecho al segundo premolar derecho extendiéndose al borde inferior de la mandíbula. La mucosa del rededor de la lesión estaba de color y textura normales. A la palpación la hinchazón no estaba blanda y tampoco existía dolor. El canino inferior derecho no estaba presente. Radiográficamente, la lesión estaba bien delimitada extendiéndose una radiolucidez unilocular desde el incisivo central inferior al segundo premolar derecho, éste contenía un odontoma como masa radiopaca entre las raíces del incisivo lateral y el primer premolar. Las raíces del canino deciduo y otros dientes involucrados en la lesión -

estaban parcialmente reabsorbidos. En adición estaban muchas pequeñas débiles irregularidades radiopacas salientes a través del área de radiolucidez. El canino no erupcionado fue localizado solo debajo del borde inferior de la mandíbula. El diagnóstico clínico fue un odontoma quístico.

El paciente fue admitido y la enucleación de la lesión fue realizada con el paciente bajo anestesia general. La lesión fue fácilmente desadherida, el hueso que rodeaba al canino fue removido al igual que éste. El espécimen excisional consistió de un saco quístico aproximadamente de 2 cm de diámetro con el canino no erupcionado adherido a la superficie de afuera. El probable odontoma estaba adherido fuertemente al tejido sobre una parte de la pared del quiste. El quiste fue unilocular con una pared lisa, de uno a tres mm. de gruesa y el contenido fluído era un color paja con sedimento de objetos calcificados. Microscópicamente la pared quística consistió de un grosor moderado de tejido conectivo cubierto por un epitelio escamoso - estratificado con un retículo estrellado apareciendo en porciones. La capa basal estaba compuesta por células cuboideas y columnares, con núcleo localizado afuera de la membrana basal. Células fantasmas fueron vistas en abundancia dentro del epitelio de revestimiento y la cavidad quística fue llenada parcialmente con masas de células desconocidas realizando la queratinización y calcificación - ocasional. Depósitos de melanina fueron encontrados alrededor de las células epiteliales. En una de las secciones un pequeño aumento de dentina fue visto en el tejido conectivo de la pared del quiste. En una orilla del quiste fue desarrollado un odontoma, consistiendo de una capa interior de esmalte y una capa cubierta de dentina. La super-

ficie del esmalte estaba revestida con epitelio de esmalte reducido que demostró proliferación extensiva acompañado - por transformación abundante dentro de células fantasma y producción de dentina y esmalte en el estroma de tejido conectivo. En algunas áreas el odontoma estaba continuado - con el revestimiento epitelial del quiste. Tejido parecido a pulpa con células semejantes a odontoblastos fueron - vistos fuera de la capa de dentina. El diagnóstico odontológico fue quiste odontogénico calcificante con odontoma complejo. La morfología del revestimiento conectivo epitelial del quiste con epitelio del esmalte, indica que el - origen posible del quiste es el epitelio del esmalte del - odontoma. (25)

QUISTES BILATERALES DE MANDIBULA EN RELACION CON LESIONES MULTIPLES DE PIEL.

Ralph W. Correl DDS

Se presentó un paciente de 20 años de edad, para revisión oral, con dolor e hinchazón en el lado posterior izquierdo de la mandíbula.

Una radiografía panorámica demostró una radiolucidez bilateral bien definida y unas lesiones que sugerían quistes odontológicos.

La examinación clínica del paciente demostró numerosos nódulos maculares pequeños en la mitad de la cara, algunos de éstos estaban pigmentados y ulcerados. También fueron observados en las palmas, estas lesiones habían aparecido cuando el paciente tenía 14 años. El paciente notificó que su padre había sufrido varias operaciones por cáncer en piel.

Diagnóstico. Con queratoquistes odontogénicos bilaterales de la parte posterior de la mandíbula, múltiples carcinomas de células basales localizadas en la mitad de la cara y en las palmas de las manos, el diagnóstico fue síndrome del nevo basocelular.

En este síndrome es frecuente encontrar quistes, y puede ser detectado tempranamente por el odontólogo y se debe de tener presente para realizar un diagnóstico diferencial de cualquier otro tipo de quistes. (5)

QUISTE HIDATICO EN LA REGION MAXILOFACIAL

Sabri Shuker BDS

REPORTE DE DOS CASOS

Los quistes hidaticos son causados por el parásito - granulosus equinococcus, que es encontrado en todo el mundo, pero es más evidente en la oveja y ciudades de ganado-vacuno, como en Australia, Nueva Selanda, Sud América, Europa Central y el Medio Este. En Irán, hay casos de 1% de admisión quirúrgica.

La hidatidosis es una enfermedad no muy conocida por - el cirujano oral y maxilofacial porque sólo algunos casos- han sido reportados en la región de cabeza y cuello.

CASO I.

Un hombre de 35 años de edad, llegó a la Unidad Maxi- lofacial, paciente ambulante y reportó una hinchazón sin - dolor en el lado izquierdo de la mandíbula, el paciente ha bía notado la hinchazón por 8 meses, y éste fue incremen- tándose en tamaño, causando deformidad sobre el cuerpo man- dibular izquierdo y el borde anterior del músculo masetero.

La examinación clínica reveló una firme, redonda, hin- chazón en forma de cúpula que no interfería con los movi- mientos mandibulares, la masa era móvil y la cubría una - piel sana.

La examinación intraoral reveló una buena higiene bu- cal dientes sanos y tejido gingival sano. Una radiografía lateral oblicua izquierda de mandíbula demostró, una peque- ña bien demarcada área de radiolucidez de 1 cm. de diáme-

tro. Esto no tenía relación con la región periapical de los dientes. El diagnóstico fue difícil porque el tamaño del área afectada en la radiografía se observó muy pequeña comparada con la hinchazón externa.

El paciente fue intervenido bajo anestesia general, una incisión de 8 cm. de largo fue hecha 2 dedos por debajo del borde inferior de la mandíbula. La masa apareció expuesta, siendo una lesión quística con pared blanca. Un quiste hidático fue diagnosticado. El líquido quístico fue aspirado. Se colocó una gasa empapada con Formalín al 2% alrededor del quiste. El quiste se enucleó fácilmente y 15 quistes hermanos fueron encontrados dentro de la cápsula gruesa.

Una depresión de 2mm. de profundidad y 2 cm. de ancho fue encontrada en el cuerpo mandibular con un defecto de 1 cm. en la mitad de la depresión. Esto indicó que probablemente el quiste se clavó en el hueso e incrementó el tamaño bucalmente.

La herida fue cerrada y el paciente se recobró sin alteraciones.

CASO II.

Un niño de 10 años de edad, era un ovejero, tenía una hinchazón fija sobre el lado izquierdo de la cara, colocado lateralmente debajo del arco cigomático.

Examinación clínica: demostró una firme e inmóvil masa, sin parálisis facial y sin agrandamiento de ganglios linfáticos. La examinación intraoral reveló una masa pegada a los molares superiores y ocupando toda la región retromolar y el espacio infratemporal.

La radiografía lateral oblicua de mandíbula reveló, -

un largo y redondo espacio radiolúcido de 7X7 cm. de diámetro. La apófisis coronoides y parte de la rama habían sido destruidos por presión. Una Waters reveló el seno maxilar derecho obliterado, y el arco cigomático elevado incrementado de tamaño. Este espacio que ocupaba la lesión fue de larga duración, sin dolor y en un paciente sano.

Análisis de sangre rutinarios demostraron 11% de eosinófilos y uno por ciento de eritrocitos sedimentados, esto favoreció al diagnóstico de quiste hidático.

El paciente fue sometido bajo anestesia general, una incisión de Weber Fergus fue realizada, se levantó una aleta y la pared blanca del quiste fue expuesta, una gasa humedecida con Formalín al 2% fue empacada alrededor del quiste expuesto, el líquido de la cavidad fue aspirado y 10% de formalín fue inyectado dentro de la cavidad por 10 minutos, una incisión fue hecha a través de la línea adventicia, la membrana laminar fue apretada con forceps y separada de la adventicia y ésta fue entonces extirpada, sacando el gran quiste. La herida cerró y el paciente se recobró sin complicaciones.

Una revisión de hígado demostró una distribución irregular de actividad hepática con una pequeña área fría en el aspecto posterior del lóbulo derecho, que indicó un quiste hidático en el hígado. (23)

CONCLUSIONES

Consideramos que la clasificación establecida en este trabajo es una de las más completas y aceptadas por muchos autores, ya que está basada de acuerdo con el origen de cada tipo de quiste.

Pensamos que la base esencial para un correcto diagnóstico es la exploración radiológica que debe ser lo más completa posible con el fin de obtener todos los datos necesarios que nos lleven al planteamiento quirúrgico adecuado.

Indicamos en este estudio las bases esenciales del tratamiento, como son las técnicas enunciadas por Partsch, así como también los tiempos quirúrgicos y dentro de éstos la forma correcta de proceder con respecto a la conservación de las piezas dentarias involucradas en el quiste.

Tenemos en cuenta que existen diversas variantes de las técnicas de Partsch, descritas por diferentes autores sin embargo, consideramos que todo tratamiento quirúrgico gira alrededor de los métodos básicos que son la enucleación y marsupialización.

La referencia casuística en el tratamiento de los quistes maxilofaciales nos reafirma en la idea de que debe ser siempre quirúrgico para lograr la total extirpación de la membrana quística.

Mencionamos de igual forma las distintas técnicas qui-

rúrgicas cuando el quiste invade cavidades vecinas y las -
precauciones que deben seguirse para no dañar formaciones-
vasculonerviosas.

Señalamos las indicaciones y forma de efectuar los -
drenajes y se establece la conveniencia de realizar la in-
movilización maxilomandibular cuando existe la posibilidad
de una fractura.

Este tipo de lesiones es muy frecuente en la práctica
odontológica, por lo que el cirujano dentista debe estar -
plenamente informado y saber qué hacer en este tipo de si-
tuaciones.

BIBLIOGRAFIA

1. ARCHER W. Harry "Cirugía Bucal" Tomo I Editorial Mun
di 2a. Edición, México, 1975.
2. BHASKAR "Patología Bucal". 1a. Edición, Editorial Bue
nos Aires, México, 1977.
3. CENTENO R. Guillermo "Cirugía Bucal". 7a. Edición, -
Editorial El Ateneo, 1979.
4. CHUONG Robert "The Odontogenic Keratocyst" Journal of
Oral and Maxillofacial Surgery. Vol. 40 pps. 802-978
December 1980.
5. CORREL Ralph W. "Bilateral Cyst of The Jaw Occurring -
with Multiple Skin Lesions" JADA. Vol. 101, pps. 978
-979. December, 1980.
6. DICIO Juan "Quiste Dentífero y Odontoma a Denticulos-
múltiples" Revista Española de Estomatología, Tomo -
XXVII/4, pps. 271-278, 1979.
7. GARCIA Fajardo C. "Quistes de los maxilares. Su tra-
tamiento quirúrgico" Revista Española de Estomato-
logía, Tomo XXX/2, pps. 87-100, 1982.
8. HARNISKH Herbert "Quistes Maxilares", Editorial Quin-
tessenz, Berlin, 1973.
9. HAWKINS Donald B. "Cysts of The Thyroglossal Duct" -
Laryngoscope, Vol. 92, pps. 1254-1258, November, 1982.
10. HETTWER Karl J. "Large Cyst of The Mandible Partially
Lined by Ciliated Epitelium" Journal of Oral and Maxi-
llofacial Surgery, Vol.40, pps. 185-187, March, 1982.

11. IDE Fumio "Pulse Granuloma in The Wall of a Dentigerous Cyst" Journal Oral and Maxillofacial Surgery. - Vol. 40, pps. 559-662, October, 1982.
12. KIMURA Fujikami Takao "Quiste Epitelial en Región Supraorbitaria Temporal (Descripción de Investigación Clínica)" Revista ADM Vol. XXXVIII/4 pps. 237-241, - Ago.-Sept. 1981.
13. KRUGER Gustavo "Cirugía Bucomaxilofacial" 5a. Edición Editorial Panamericana, México, 1983.
14. KRUGER G. Gustavo "Tratado de Cirugía Bucal" 1a. Edición, Editorial Interamericana, México, 1960.
15. MENENDEZ Otto R. "Quistes Dentígeros en Niños: Reporte de un caso y revisión de la literatura" Acta de Odontología pediátrica, Vol. 1(1) pps. 31-36, Junio - 1980.
16. NOLTEMIUS Harold W. "Manual of Oncology" Vol. 1 y 2, 1a. Edición Urban and Schwarzenberg Baltimore-Munich, 1981.
17. ORBAN "Histología y Embriología Bucales" 1a. Edición, Editorial Prensa Médica Mexicana, México, 1980.
18. OLSON Roy E. "Odontogenic Keratocyst by the Partsch Operation and delayed Enuclation: report of case" - JADA, Vol. 94, pps. 321-324. February, 1977.
19. PATTEN Bradley M. "Embriología Humana" 5a. Edición - Editorial El Ateneo, México, 1976.
20. ROMERO De León Elías "Quiste Odontogénico Queratinizado y Calcificado (Quiste de Gorlin)" Revista ADM, Vol. XXXVI/1, pps. 49-52, Ene.-Feb., 1979.
21. SENTIES L. Samuel "Quiste Dermoide de Piso de Boca" - Revista ADM, Vol. XXXIII/5, Sep.-Oct. 1976, pps. 39-43.

22. SHAFER William G. "Tratado de Patología Bucal" 3a. - Edición, Editorial Interamericana, México, 1977.
23. SHUKER Sabri "Hydatid Cyst in The Maxillofacial Region" Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Vol. 40, - pps. 171-174, March, 1982.
24. STUART D. Josell "Dentigerous Cyst with Mural Ameloblastoma" JADA, Vol. 99, pps. 634-636, October, 1979.
25. TETSU Nagao "Calcifying Odontogenic Cyst with Complex Odontoma" Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, - Vol. 40, pps. 810-813, December 1982.
26. THOMA Gorlin Robert J. "Patología Oral" 1a. Edición - Editorial Salvat México, 1981.
27. TORABINEJAD Mahmoud "The role of immunological reactions in apical cyst formation and the fate of epithelial cells after root canal therapy: "A Theory" International Journal of Oral Surgery, Vol. 12, pps. 14-22 1983.
28. TRESSERRA Bassas Vila-Biosca "Quistes de los Maxilares Clasificación y Clínica" Revista Española de Estomatología, Tomo XXV/1.
29. WONG P.N.C. "Gigantic Parotid Retention Cyst" Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Vol. 42. pps. 618-620. September, 1984.
30. WUEHRMANN Arthur "Radiología Dental" 2a. Edición, Editorial Salvat, México, 1978.
31. ZEGARELLI Edward "Diagnóstico en Patología Oral" 1a.- Edición, Editorial Salvat, México, 1981.