



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Odontología

**QUISTES BUCALES Y SU
TRATAMIENTO**

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

México, D. F.

1983



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

T E M A R I O

INTRODUCCION

- I. DEFINICIONES Y GENERALIDADES DE LOS QUISTES
- II. CLASIFICACIONES
- III. CARACTERISTICAS DE LOS QUISTES
 - a) Clínicas
 - b) Microscópicas
 - c) Radiográficas
- IV. TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES
 - a) en Maxilar
 - b) en Mandíbula
- V. TECNICA DE PARTSCH
 - a) Partsch I
 - b) Partsch II
 - 1) con sutura
 - 2) sin sutura
- VI. CUIDADOS Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

BIBLIOGRAFIA

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

Desde los tiempos antiguos, la Cirugía ha sido parte primordial del quehacer intelectual del hombre. A partir del primer momento en que el ser humano tuvo necesidad de calmar sus dolores físicos, su mente, sus sentidos, su espíritu, no han descansado en la búsqueda de recursos que permitan la conservación de su especie. El instinto de su pervivencia es su más alto grado de expresión: el de la mente humana. Búsqueda incansable a través de la oscuridad, intensa lucha por la vida misma.

Así, la Medicina, la Cirugía moderna viven en nosotros como el fruto —el hermoso fruto— de una intensa labor de estudio, análisis, experimentación y razonamiento desarrollada durante siglos. Nuestra firme, grandiosa, incorruptible del carácter ascendente del espíritu del hombre, que antes de detenerse, avanza vertiginosamente día con día.

En el campo odontológico ésta situación de constante avance es una de las realidades más firmes en el mundo de la Medicina. Así, a través de la experiencia y de una constante investigación, se ha podido percibir y demostrar la preponderante importancia de la Cirugía Oral en la terapéutica de diversas afecciones bucales.

Específicamente hablando, su importancia es total en el tratamiento de los quistes de la cavidad bucal, tema en el que se centra ésta tesis.

El principal objetivo de éste trabajo es dar a conocer las técnicas y métodos requeridos para la extirpación quirúrgica de los diversos tipos de quistes que se puedan

encontrar en la cavidad bucal. Espero a través de éste — tratado, brindar al lector los puntos necesarios para el conocimiento y la comprensión de las técnicas quirúrgicas para la curación de ésta enfermedad. La ciencia, afortunadamente, ha llegado a niveles en los que el tratamiento de los quistes carece totalmente de dificultad.

Así pues, queda únicamente al Cirujano Dentista, a su interés y su aplicación en el paciente, la positiva — realización de éste importante logro científico.

CAPITULO I

DEFINICIONES Y GENERALIDADES DE LOS QUISTES

Existe gran cantidad de versiones para definir a un "Quiste", dichas definiciones han sido ordenadas de manera diferente por los distintos autores que se han ocupado del tema, las cuales al sintetizarlas podemos obtener una definición clara y objetiva de lo que es un quiste.

A continuación se dan algunas de las principales definiciones que se encontraron para describirlos:

"Quiste" es un saco encerrado, provisto de una membrana definida, que contiene material líquido o semilíquido que se desarrolla anormalmente en una de las cavidades naturales o en el parénquima de un órgano.

La American Academy of Oral Pathology da la siguiente definición Quiste es una lesión que consiste en un saco o espacio anormal (ya sea en los tejidos blandos o duros) que contiene una sustancia líquida o semisólida que está limitada por epitelio y encerrada en una cápsula de tejido conjuntivo.

"Quiste" es una formación patológica provista de una pared globosa y cerrada sobre si misma, que contiene una masa de consistencia fluida y hasta papilosa, y que está revestida por una túnica epitelial no exenta de importancia para su comportamiento.

"Quiste" es una cavidad que se presenta en los teji

dos blandos o duros con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso. Está rodeado por una pared de tejido conjuntivo o cápsula y suele tener revestimiento epitelial. El volumen del contenido es importante en relación con el tamaño de la masa total de tejido.

"Quiste" es una cavidad revestida de epitelio y que en su interior se puede encontrar una sustancia serosa o caseosa.

"Quiste" es una entidad nosológica particular, que se caracteriza por estar formada de una bolsa conjuntivo epitelial, con un contenido líquido o semilíquido en relación con un órgano dentario adulto o embrionario. En algunos ejemplares este epitelio de la bolsa no existe: son los quistes no epiteliales.

Los quistes crecen por expansión, ejerciendo una — presión ó aplastamiento sobre los tejidos vecinos y donde encuentran menor resistencia. Su evolución clínica se ha considerado en 4 períodos, que se pueden agrupar de — la siguiente forma:

- 1.- Período de Iniciación
- 2.- Período de Deformación
- 3.- Período de Exteriorización
- 4.- Período de Supuración ó Infección

PERIODO DE INICIACION

Acuí ningún síntoma revela su presencia. En ésta — período se origina el tumor el cual no presenta alguna — sintomatología, se descubre la mayoría de las veces por — exámenes radiográficos de rutina.

PERIODO DE DEFORMACION

Ya en formación el tumor aumenta su volúmen a expen — sas de donde está alojado, lo cual es característica de — un tumor benigno. Dicha marcha la realiza rechazando el — tejido vecino atrofiándolo por compresión, pero sin for — mar parte del mismo.

PERIODO DE EXTERIORIZACION

Acuí la resistencia de los tejidos no pueda ceder — más ante el avance o crecimiento del tumor y desaparecen — por atrofia, es cuando el tumor se exterioriza, se pone — en contacto con el medio bucal, separado de éste, sola — mente por el periostio y el tejido gingival o la mucosa — según el caso. Si el quiste se encuentra en hueso el tu —

mor adelgaza las tablas óseas. Cuando este síntoma desaparece frecuentemente se encuentra resistencia, fluctuación, dureza o bien se superponen estos síntomas.

PERICLO DE DEFURACION C INFECCION

Este no es más que una complicación que se presenta en la evolución del tumor, la cual se puede presentar en cualquiera de los períodos.

PRINCIPIOS GENERALES

DIAGNOSTICO CLINICO

El quiste puede crecer en forma tan marcada que produce asimetría de la cara. Esto ocurre más frecuentemente en los quistes foliculares, que se expanden afectando a grandes cantidades de hueso. La cortical del hueso se vuelve delgada y a veces, a la presión digital puede producir una sensación de blandura o crepitación.

Ciertos quistes odontogénicos, se pueden infectar agudamente y producir signos y síntomas de inflamación, hinchazón, elevación de la temperatura y leucocitosis.

Algunas veces, una fractura puede ser el inicio de la existencia de un quiste odontogénico. Sin embargo, a pesar de que algunos quistes foliculares pueden destruir una cantidad considerable del hueso, las fracturas patológicas rara vez se producen espontáneamente.

Los quistes maxilares pueden violar la integridad del antro. El quiste puede causar infección antral con sinusitis y viceversa, una infección del antro puede ser causa de que el quiste sufra un proceso inflamatorio agudo.

DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Las radiografías tienen un gran valor para el diagnóstico de los quistes. Los quistes se observan como una radiolucidez del hueso y suelen estar rodeados de una línea blanca (la lámina dura). También se pueden observar áreas dentro de la radiolucidez que aparecen incluso más oscuras e indican la existencia de una erosión en la su-

perficie cortical, tanto lingual como bucal o bien en anbas. La extensión de la destrucción se puede observar la afección de estructuras como: dientes, canal mandibular, seno máxilar y orificios nasales.

Las grandes destrucciones quísticas no indican que exista debilidad o tendencia a las fracturas patológicas puesto que el quiste se expande a expensas del hueso regular, dejando la fuerte cortical intacta. Hay también factores anatómicos que proporcionan cierta resistencia al hueso (sínfisis, el fuerte hueso retromolar, bordes milohioideos de la mandíbula y las eminencias caninas).

Frecuentemente un quiste puede destruir la cortical bucal y dejar intacta la cortical lingual.

La lámina dura alrededor del quiste se debe a la esclerosis del hueso, como respuesta a la presión por la expansión del quiste. No se presenta siempre en las radiografías de las lesiones periapicales, en las cuales puede haber gran dificultad para distinguir los quistes periapicales de los granulomas periapicales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los quistes de las arcadas han de distinguirse de un cierto número de lesiones que presentan un aspecto radiográfico similar. En el diagnóstico diferencial, hay que tener en cuenta los tumores centrales de células gigantes, angina central de hueso, lesiones malignas primarias, mieloma múltiple, lesiones metastásicas de las arcadas, quistes óseos traumáticos, mixoma y ciertas dis-

placias fibrosas poliquísticas de las arcadas.

En algunas lesiones habrá que practicar una biopsia para determinar la naturaleza de la lesión quística. Debe tenerse especial cuidado cuando se sospeche la existencia de lesiones vasculares, es preferible practicar una biopsia y esperar el resultado antes de la intervención quirúrgica.

Los tumores centrales benignos de las arcadas, tienen tendencia a erosionar ó destruir las raíces dentales. Los quistes normales, no hacen ésto sino que desplazan - o causan alguna resorción en las estructuras dentarias.

Los tumores malignos, tanto primarios como metastásicos no presentan en la radiografía la lisura y el aspecto redondeado de la lámina dura del quiste.

CAPITULO II

CLASIFICACIONES

Afortunadamente, en la boca y en los maxilares se presentan pocos tipos específicos de quistes. Sin embargo, aunque solo hay pocos tipos, se han utilizado en la literatura numerosas denominaciones para nombrarlos.

Algunas denominaciones se basan en la localización específica del quiste (periapical, radicular, sutural).

Otros nombres de los quistes se basan más en la causa que en la localización (infeccioso, traumático, retención).

La nomenclatura del quiste se complica más con las denominaciones que se basan en el origen del componente epitelial celular (desarrollo, embrionales, odontogénicos).

Otros nombres usados en relación a los quistes se basan en el contenido del quiste (dentado, mucoso, hemorrágico).

Mediante la acción coordinada de cirujanos, patólogos bucales y otros odontólogos y médicos interesados, se han realizado diversas clasificaciones de los quistes en los maxilares; a continuación se dan algunas clasificaciones de los principales autores especializados en el tema.

CLASIFICACION DE THOMA - ROBINSON - BEEMER

- A. QUISTES CONGENITAS
 - 1.- Tiroglose
 - 2.- Branchial
 - 3.- Dermoides
 - 4.- Epidermoides

- B. QUISTES DE DESARROLLO
 - 1.- DE ORIGEN NO DENTAL
 - A) Tipos de hendidura
 - 1.- Naso-alveolares
 - 2.- En la línea media
 - 3.- Del canal incisivo
 - 4.- Glóbulo maxilares

 - B) De retención
 - 1.- Mucosales
 - 2.- Ránula

 - 2.- DE ORIGEN DENTAL
 - 1.- Parodontales
 - a) Periapical
 - b) Lateral
 - c) Residual
 - 2.- Primordiales (folicular)
 - 3.- Dentífero

QUISTES ODONTOGENICOS

- 1.- Primordial
- 2.- Dentígero
- 3.- Multilocular

Surgen del órgano del -
esmalte ó folículo; por
eso reciben el nombre -
de quistes colectivos.

- 4.- Radical
- 5.- Residual

Surgen de Restos epite-
liales de Malassez.

QUISTES NO ODONTOGENICOS

- 1.- Palatino Mediano
- 2.- Alveolar Mediano
- 3.- Globulomaxilar
- 4.- Nasopalveolar
- 5.- Mandibular Mediano

Surgen en la zona de -
fusión de los procesos
faciales por eso reci-
ben el nombre de quis-
tes fisurales.

- 6.- Nasopalatino

Surge de restos del -
conducto nasopalatino.

QUISTES NO EPITELIALES (SEMIOQUISTES)

- 1.- Traumático
- 2.- Cavidad Ósea Ideopática
- 3.- Hueso Aneurismal

CLASIFICACION DE ZEGARELLI - KUTSCHER - HYMAN

A. Centrales ó Intraóseos

- a) Quiste Infeccioso (radicular, perio
dental, etc.)
- b) Quistes del desarrollo
 - 1.- de la línea media
 - 2.- Globulomaxilares
 - 3.- del canal incisivo
 - 4.- Nasopalatinos
- c) Quistes Neoplásicos
 - 1.- Primordiales (foliculares)
 - 2.- Dentados
 - 3.- Multiloculares

B. Periféricos

- a) Quistas de Estación
 - 1.- Ránula
 - 2.- Quistas Mucosos
- b) Quistas de Desarrollo
 - 1.- Dermoides
 - 2.- Epidermoides
 - 3.- Fisuras Branquiales
 - 4.- Tirogloso

C. Enfermedades Pseudocísticas

- a) Quiste Oseo Ideopático (hemorrágico, traumático solitario.)
- b) Quiste Oseo Aneurismático
- c) Quiste Oseo Latente (estáticos, - de la cavidad lingual).

ASPECTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES SEGUN
SU ORIGEN Y CLASIFICACION

A. ONTOGENICOS

1.- Foliculares

- a) Quiste Primordial
- b) Quiste Lentado
- c) Quiste Múltiple

2.- PERIODONTALES

- a) Quistes Radiculares
- b) Quistes Residuales
- c) Quistes Laterales
- d) Quistes Gingivales

3.- QUERATOCUISTES

B. NO ONTOGENICOS

1.- Fisurales

- a) Mediales
- b) Globulo-maxilares
- c) Naso-alveolares
- d) Naso-palatinos

2.- de Retención

- a) Mucoso
- b) Ránula

3.- CONGENITOS O DE DESARROLLO

- a) Dermoides
- b) Epidermoides
- c) Tirogloso
- d) Hendiduras Branquiales

C. PSEUDOQUISTES

- 1.- Quiste Oseo Aneurismático
- 2.- Quiste Traumático
- 3.- Cavidad Osea Ideopática
- 4.- Quiste Oseo Estático

CLASIFICACION DE IRVING MEYER

ODONTOGENICOS

(A partir del órgano del esmalte)

- | | | |
|-------------|---|--|
| Foliculares | } | <ul style="list-style-type: none"> a) Primordial b) Dentígero c) Multilobular |
|-------------|---|--|

(A partir de restos epiteliales de Malassez)

- | | | |
|-------------|---|---|
| Radiculares | } | <ul style="list-style-type: none"> a) Gingival b) Lateral c) Periapical d) Residual |
|-------------|---|---|

NO ODONTOGENICOS

- | | | |
|-----------|---|--|
| Fisurales | } | <ul style="list-style-type: none"> a) Nasoalveolar b) Nasopalatino c) Globulomaxilar d) Mediales |
|-----------|---|--|

(No tienen una membrana quística verdadera)

- | | |
|---|--|
| } | <ul style="list-style-type: none"> a) Oseo Traumático b) Cavidad Osea Ideopáti
ca. c) Aneurismático |
|---|--|

DISCRIMINATIVOS

- a) Dermoide
- b) Epidermoide
- c) Braquial
- d) Hiaroma Quístico
- e) Conducto Tirogloso

CAPITULO III

CARACTERISTICAS

- a) Clinicas
- b) Microscopicas
- c) Radiográficas

A través del tiempo, se han surtido numerosas clasificaciones para los quistes dentales, pero la mayoría de éstas agrupaciones son incompletas y poco prácticas - por lo cual se han ido desechando y modificando.

Es útil una clasificación de los quistes cuando contribuye a clarificar, o mejor, a comprender, o cuando ayuda a diferenciar los distintos tipos de quistes.

Es por eso que se ha escogido la clasificación de Irving Meyer, además de completa y práctica, se la considera muy comprensible para diferenciar cada quiste, la cual se maneja con mayor frecuencia en los cátedras de nuestra facultad.

QUISTE PRIMORDIAL

Proviene de un érmen dentario que en vez de formar un diente, desgenara convirtiéndose en un quiste. Se asocia siempre con un diente ausente. Se localiza en zona - de terceros molares y premolares, principalmente en mandíbula aunque también en otras zonas pero muy raramente. Habitualmente se presenta en la segunda o tercera década de la vida.

CLINICAMENTE

Puede producir abombamiento de la mandíbula sin pro- vocar alguna sintomatología y sin cambios en mucosa. Es indolora, pero puede crecer lo suficientemente grande co- mo para destruir la cortical y provocar migración de los dientes. Todos los dientes de la región poseen vitalidad.

MICROSCOPICAMENTE

Cavidad quística revestida de epitelio escamoso es- tratificado y una pared de tejido conectivo que habitual mente está libre de células inflamatorias y que puede — contener pequeños islotes de epitelio odontogénico o ame loblástico.

RADIOGRAFICAMENTE

Las radiografías ponen de manifiesto una zona radio- lúcida bien demarcada que no se asocia directamente con un diente erupcionado o no erupcionado y su hallazgo es accidental.

TRATAMIENTO

Enucleación quirúrgica.

PRONÓSTICO

Favorable.

QUISTE DENTIGERO

Se trata de un diente cuya corona está rodeada por una bolsa quística. Cuando el diente rodea completamente la corona, recibe el nombre de Quíste Dentífero Central, pero cuando se encuentra adherido a un costado de la corona, recibe el nombre de Quíste Dentífero Lateral. Es el más común de los quistes foliculares, suele presentarse en la segunda o tercera década de la vida y es más frecuente en los hombres. Aproximadamente el 70% de las lesiones aparecen en mandíbula y un 30% en maxilar. El 62% en zona molar, el 12% en la premolar, el 14% restante se distribuye sobre las demás zonas de los maxilares.

CLINICAMENTE

Puede producir abombamiento de las corticales sin provocar cambio de la mucosa, también produce agrandamiento del maxilar que en algunos casos es bastante acentuado. Proviene del órgano del esmalte después de la terminación parcial de la corona. El órgano del esmalte alrededor de una corona en desarrollo experimenta degeneración quística y el quíste resultante rodea completamente a la corona o está adherida a ella.

MICROSCOPICAMENTE

Lesión revestida de epitelio escamoso estratificado que se encuentra rodeando a la corona de un diente formada completamente o en vías de formación. Su pared de tejido conectivo consiste en haces de colágeno y suele mostrar una infiltración leve de linfocitos y plasmocitos. El 5% al 6% de éstos quistes, el revestimiento quístico o la pared del tejido conectivo, muestran proliferación ameloblástica. Esas lesiones son precursoras del ameloblastoma y requieren una extirpación cuidadosa y control posterior. En contados casos, el revestimiento epitelial del quiste Dentígero puede experimentar una transformación maligna (disqueratósica) y se ha demostrado que en esas lesiones puede originarse un carcinoma "in situ" y un carcinoma de células escamosas.

RADIOGRAFICAMENTE

Imagen perfectamente delimitada, radiolúcida, se encuentra asociada con la corona del diente. En quistes grandes de la zona del tercer molar mandibular, la radiolucencia puede extenderse lejos hacia el interior de la rama.

TRATAMIENTO

Enucleación quirúrgica. Si está destruida una pared cortical del hueso por la presión expansiva, el tejido perióstico se deja intacto y sirve como ayuda excelente para la regeneración de hueso. Cuando la expansión y asimetría intensas han ocurrido, el proceso de reparación -

restablece el contorno normal del hueso y la regeneración es completa, siempre que la operación sea adecuada y no haya recurrencia del quiste.

PRONOSTICO

Cada caso presenta su problema individual en diagnóstico y tratamiento, pero si ambos son correctos no hay razón por la cual el pronóstico no sea excelente y las complicaciones mínimas.

QUISTE MULTIOBULAR

En raras circunstancias, un férmen dentario puede originar quistes múltiples que, a diferencia de los dentígeros, no se asocian con un diente desarrollado. Se localiza con mayor frecuencia en mandíbula que en maxilar, lo podemos encontrar en ambos sexos y en edad adulta. Comprende menos del 1% de los quistes foliculares.

CLINICAMENTE

Esta lesión se presenta como un abombamiento de el hueso afectado. Pueden ser hereditarios y también asociarse con otros trastornos del desarrollo (quistes sebáceos múltiples de la piel, deformidad de las vértebras cervicales y exostosis múltiple). Es muy común que los dientes migren.

MICROSCÓPICAMENTE

Los cortes microscópicos muestran lo que parece ser una cantidad numerosa de quistes primordiales, adheridos unos a otros o comunicaciones entre sí. Revestidos de epitelio escamoso estratificado y a veces queratinizado; sus paredes de tejido conectivo pueden presentar un número mínimo de células inflamatorias. En algunos casos, el epitelio de revestimiento está queratinizado y los quistes contienen queratina.

RADIOGRÁFICAMENTE

Quiste extremadamente raro que presenta radiolucencias multicuísticas presentando un aspecto de pompas de jabón. Los quistes maxilares múltiples constituyen un hallazgo constante en una anomalía de desarrollo que se denomina "Síndrome del nevo basocelular".

TRATAMIENTO

Consiste en la enucleación quirúrgica del quiste.

PRONÓSTICO

Favorable quitando toda la lesión.

QUISTE PERIAPICAL

Se produce como resultado de una infección dental. Se origina en los granulomas que contienen restos epiteliales de Malassez. La inflamación hace que las células epiteliales formen cadenas de epitelio al cual engloba en tejido de granulación, desarrollándose un proceso de necrosis y licuefacción. Las células epiteliales continúan proliferando y secretan dentro del área de licuefacción de ésta manera se forma un cavidad. Se presenta a cualquier edad y en ambos sexos.

CLINICAMENTE

Ubicado en la región periapical de cualquier diente. Crece por expansión, produciendo una atrofia por presión del hueso adyacente o subyacente. Cursa asintomático o puede llegar a presentar dolor a la percusión, y en contados casos puede asociarse a una fístula.

MICROSCOPICAMENTE

Revestido de epitelio escamoso estratificado, que a su vez está rodeado por tejido conectivo de diversa densidad, éste a su vez presenta infiltración de plasmocitos, linfocitos y edema. También pueden verse hendiduras de colestearina circundadas por células gigantes, hemosiderina y grandes macrófagos pálidos.

RADIOGRAFICAMENTE

Presenta una radiolucencia delimitada, en forma más o menos clara en la zona apical del diente afectado. Suele ser más grande que un granuloma y puede extenderse a dos o más dientes.

TRATAMIENTO

Legrado periapical o apicectomía con tratamiento de conductos. Son más frecuentes en mandíbula.

PRONOSTICO

Favorable

QUISTE RESIDUAL

Conocido también con el nombre de Quiste Radicular. Cuando un quiste radicular afecta a un diente y éste último es extraído sin remover el quiste y permanece en su lugar éste quiste se llamará Quiste Residual, al igual que a los quistes de naturaleza inflamatoria en las regiones desdentadas. Puede ser también el resultado de la degeneración de un granuloma que no fué eliminado en su oportunidad.

CLINICAMENTE

Se localiza habitualmente en una zona edéntula a nivel apical como ya se dijo donde se tiene el antecedente de una extracción. Se puede localizar a cualquier edad y en ambos sexos. Cursa totalmente asintomático.

MICROSCOPICAMENTE

Revestido de epitelio escamoso estratificado. En su contenido tiene plasmocitos, linfocitos y edema.

RADIOGRAFICAMENTE

Es necesario llevar un control radiográfico de un diente. Se ve una imagen radiolúcida circunscrita por lo general solitaria y asintomática.

TRATAMIENTO

Enucleación quirúrgica del quiste y curetaje.

PRONOSTICO

Favorable

QUISTE LATERAL

Se ubica en la membrana parodontal ya sea bucal, -- lingual, mesial o distal, a lo largo de la pared lateral. Se presenta a cualquier edad y en ambos sexos.

CLINICAMENTE

Se origina por la inflamación crónica de la membrana parodontal y que contiene restos epiteliales de Malassez.

MICROSCOPICAMENTE

Quiste revestido de epitelio escamoso estratificado. Este quiste es semejante tanto clínica, microscópica y radiográficamente a el quiste residual.

RADIOGRAFICAMENTE

Lesión rara circunscrita localizada a el lado de la raíz de un diente, o sea que se puede localizar en la membrana parodontal. Puede haber o no movilidad.

TRATAMIENTO

Enucleación quirúrgica y curetaje.

PRONOSTICO

Favorable

QUISTE GINGIVAL

Se localiza en la encía libre o adherida. Su localización más frecuente es en la superficie bucal de la región entre el incisivo lateral mandibular hasta el segundo premolar. Se localiza a cualquier edad y en ambos sexos.

CLINICAMENTE

Crecen a partir de la lámina dental, del órgano del esmalte o de sus ramificaciones. Aparecen como una masa pequeña, de aproximadamente 1 cm. de diámetro, superficie lisa, suele ser duro y sintomático a la palpación; puede ser remitente.

MICROSCOPICAMENTE

Cavidad recubierta por epitelio escamoso estratificado o por una capa doble de epitelio cúbico.

RADIOGRAFICAMENTE

Se observa radiolucencia circunscrita de la zona afectada.

TRATAMIENTO

Enucleación quirúrgica del quiste y curetaje.

PRONOSTICO

Favorable

QUISTE NASOALVEOLAR

Es un quiste de los tejidos blandos, pero se le incluye aquí porque es de origen fisural y a veces produce resorción de hueso. Se forma en la unión de los procesos globular, lateral nasal y maxilar. Puede producir una hinchazón en el pliegue mucovestibular así como en el piso de la nariz. Se localiza en la base de la nariz y el labio superior. La edad más común en la que se encuentra es en la adulta. Aproximadamente el 75% de los casos estudiado se presenta en mujeres y en raza negra.

CLINICAMENTE

Se va a apreciar un aumento de volumen del ala de la nariz y del labio superior. Los dientes se encontrarán vitales y asintomáticos. Es capaz de producir una erosión leve de la superficie externa del maxilar, pero se debe dar énfasis que no son primariamente lesiones centrales y por ello pueden no ser visibles en las radiografías.

MICROSCÓPICAMENTE

Tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado, que a veces es ciliado, frecuentemente con células calciformes, o de epitelio escamoso estratificado.

RADIOGRÁFICAMENTE

Es un quiste raro que por lo general no produce radiolucencia, únicamente la produce cuando se ve afectada

la cortical externa por presión desde el lado del perio^ustio. Esta radiolucidez se localizaría a la altura de la raíz del lateral y del ala de la nariz.

TRATAMIENTO

Indicada la enucleación quirúrgica, teniendo cuidado de no perforar ni aplastar la lesión.

PRONÓSTICO

Favorable

QUISTE NASOPALATINO

Dependiendo de su ubicación lo vamos a clasificar -- en:

- a) Quiste del Conducto Incisivo
- b) Quiste de la Papila Palatina

a) Quiste del Conducto Incisivo

Se ubica por detrás de los centrales superiores; -- afectando a ambos sexos y es más frecuente en edad adulta. Se presenta en el centro del hueso.

CLINICAMENTE

Se observa tumefacción palatina, puede verse aumento de volúmen en el paladar. Los dientes se encuentran -- vitales pero puede haber desplazamiento de las raíces hacia los lados del quiste. Este quiste no da síntomas clí

nicos si no se infecta secundariamente. Cuando se infecta se puede notar una descarga persistente de pus que sale bajo presión. El sondeo o la perforación generalmente dejan que escape el líquido, pero la tumefacción reaparece si el quiste no se extirpa quirúrgicamente.

MICROSCOPICAMENTE

Se va revestido de epitelio escamoso respiratorio o estratificado, presencia de glándulas mucosas y nervios en la pared de tejido conectivo. El líquido contiene --- plasmocitos y linfocitos.

RADIOGRAFICAMENTE

Es una lesión radiolúcida circunscrita en la parte anterior del maxilar que por lo general la "sombra" de la espina nasal se superpone a la radiolucencia comunicando a ésta un contorno en forma de corazón. El quiste se sitúa por encima y detrás en relación con la localización habitual del quiste alveolar mediano.

TRATAMIENTO

Consiste en la enucleación quirúrgica del quiste.

PRONOSTICO

Favorable

b) Quieste de la Papila Palatina

Se ubica en la papila interincisiva, se localiza en edad adulta y en ambos sexos. Se forma un quiste de tejido blando en la papila palatina. No crece dentro del hueso no altera de una manera importante la mucosa sobrayacente.

CLINICAMENTE

Se aprecia un aumento de volumen y hay tumefacción en la papila. En las arcadas desdentadas, debido a la resorción, el quiste puede aparecer más cerca de la superficie.

MICROSCOPICAMENTE

Revestido de epitelio respiratorio y/o epitelio escamoso estratificado, hay presencia de glándulas mucosas y nervios en la pared de tejido conectivo (lo cual distingue éstas lesiones de otros quistes) e infiltración de plasmocitos y linfocitos en dicho tejido. En muchos hay intensa infiltración inflamatoria debido a la infección secundaria de la cavidad bucal.

RADIOGRAFICAMENTE

No siempre se aprecia una imagen radiográfica, solamente se apreciará cuando el hueso ha sido afectado. Hay vitalidad en los dientes de la zona.

TRATAMIENTO

El indicado es la enucleación quirúrgica.

PROGNOSTICO

Favorable

QUISTE GLOBULO-MAXILAR

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

Se encuentra dentro del hueso, en la unión de la porción globular de la apófisis nasal media y la apófisis maxilar, la fisura globo-maxilar; casi siempre entre el incisivo lateral y el canino superiores, donde pueden producir un agrandamiento así como también migración de los dientes adyacentes.

CLINICAMENTE

Raras veces de manifestaciones clínicas. Algunas veces, el quiste se infecta y el paciente se queja entonces de molestias locales y dolor en esa zona. Hay vitalidad aunque se pueden percibir zonas vecinas al quiste tu nefactas, esto puede ser hacia el paladar o hacia el labio. Casi todos se descubren por un examen radiográfico de rutina. Son asintomáticos.

MICROSCOPICAMENTE

Revestido de epitelio escamoso estratificado y columnar cilindrico. El resto de la pared se compone de tejido conectivo fibroso, que por lo general muestra infiltración de linfocitos y plasmocitos.

RADIOGRAFICAMENTE

Imágen solitaria radiolúcida y circunscrita, tiene imágen piriforme siempre con la parte más delgada entre las raíces de los dientes. Puede en ocasiones extenderse por encima de los ápices en las piezas contiguas. La forma de para invertida provoca la desviación del lateral y canino.

TRATAMIENTO

Indicada la enucleación quirúrgica preservando, si es posible los dientes adyacentes; pero se puede utilizar el método de Partsch.

Generalmente los dientes adyacentes no se toca si la operación se planifica y realiza correctamente. Se levanta un colgajo mucopariostico de la pared labial del hueso para lograr acceso adecuado a la región enucleando se cuidadosamente el quiste. La mayoría de éstos sanan por primera intención y la cicatrización primaria puede obtenerse sin usar apósito ni otras sustancias para obli-
terar la cavidad.

PRONOSTICO

Favorable

QUISTE MANDIBULAR

Se origina en la profundidad del interior del mesén quima y, por lo tanto, brinda poca oportunidad para la inclusión y consiguiente proliferación de los restos epiteliales de la profundidad del hueso. Así mismo, es concebible que ésta lesión sea un quiste periodontal lateral que se produzca en la línea media, aunque el origen de ésta también es oscuro.

Es una lesión extremadamente rara que se produce en la línea media de la mandíbula. Su origen es discutido, algunos cirujanos consideran que es una anomalía del desarrollo que se origina por la proliferación de los restos epiteliales atrapados en la fisura mandibular media, durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales.

Sin embargo, existe la posibilidad de que la lesión represente un quiste primordial originado de un órgano del esmalte supernumerario en el segmento anterior de la mandíbula, particularmente porque los huesos se unen en la sínfisis mandibular.

CLINICAMENTE

La mayoría de ellos son asintomáticos y se descubren casualmente; puede provocar dolor cuando es de gran tamaño y asociada a un proceso infeccioso. Pocas veces -

producen la expansión perceptible de las láminas óseas - corticales; los dientes de la zona son vitales. También produce abombamiento de las corticales, puede estar asociada con una tumefacción, y a veces producir desplazamiento de las raíces cuando continúa su crecimiento.

MICROSCOPICAMENTE

Recubierto por epitelio escamoso estratificado delgado, con pliegues y proyecciones, que tapiza una luz central; o epitelio respiratorio.

RADIOGRAFICAMENTE

El aspecto radiográfico que presenta es el de una imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada, aunque también puede ser multilocular.

TRATAMIENTO

Enucleación quirúrgica conservadora con preservación de los dientes cercanos, toda vez que ello sea posible, y curetaje.

PROGNOSTICO

Excelente

lulares, líquido o queratina. Como en otros quistes, puede haber espacios de cristales de colesterol rodeados en algunos casos por células de cuerpo extraño.

RADIOGRAFICAMENTE

Los datos radiográficos son desorientadores, por la superposición de la sombra de los senos paranasales, pero se observará una zona radiolúcida redonda, oval o acorazonada, por lo general simétrica y bilateral.

TRATAMIENTO

La esición quirúrgica de éstos quistes es el tratamiento de elección, pero se puede utilizar el método de Patsch. Frecuentemente éstos quistes tienen que alcanzarse haciendo un colgajo mucoperióstico desde la paredlabial del maxilar y del paladar.

PRONOSTICO

Bastante favorable.

QUISTES OSEO TRAUMÁTICO

Su causa es desconocida; sin embargo, se han propuesto numerosas teorías, pero el mecanismo más probable talvez consiste en el desarrollo de un tumor benigno, que experimenta una lisis espontánea y deja un espacio vacío.

También recibe el nombre de Quiste Oseo Solitario, - Quiste Hemorrágico, Quiste de Extravasación o Quiste Unicameral. Se ubica con mayor frecuencia entre el canino y la rama ascendente, y el segundo sitio de elección es en la sínfisis mentoniana. Se encuentra en jóvenes adultos y es más común en hombres que en mujeres.

CLINICAMENTE

En la operación el C.D. encuentra que la lesión está vacía o que contiene escasa cantidad de líquido claro o sanguinolento, y que el "quiste" en realidad es una gran cavidad en el hueso cuyas paredes están revestidas por una cantidad muy pequeña de tejido. En ocasiones se observa que el nervio alveolar inferior y vasos sanguíneos yacen libremente en la cavidad. Los dientes de la zona son vitales. Tienen un antecedente traumático, curso totalmente asintomático, puede producir un agrandamiento del maxilar. La lesión es pocas veces dolorosa. - La corteza de la mandíbula se encuentra intacta.

RADIOGRÁFICAMENTE

Zona radiolúcida amplia, que puede expandir las ta-

blas del maxilar. La radiolucencia se extiende por entre los dientes y posee un contorno festoneado. Esta última característica es casi exclusiva de éste quiste.

MICROSCÓPICAMENTE

Los cortes microscópicos preparados con tejido de la pared del quiste Traumático muestran solo hueso cubierto de una capa extremadamente delgada, de tejido conectivo. Hay ausencia de revestimiento epitelial y es difícil obtener una muestra para su estudio histológico.

TRATAMIENTO

Es relativamente sencillo. Consiste en abrir la lesión, raspaje del hueso y cierre con sutura. El coágulo sanguíneo resultante pronto se organiza y el defecto óseo cura rápidamente.

PRONOSTICO

Excelente

CAVIDAD OSEA IEROPATICA

Conocida también como Defecto Oseo Embrionario o Cuidad Osea Mandíbulo-Lingual. Se presenta en mandíbula y se localiza habitualmente debajo del conducto dentario inferior, entre el ángulo mandibular y el primer molar.

Afecta por igual a ambos sexos.

CLINICAMENTE

La lesión es asintomática y su descubrimiento es casual. Durante la exploración se comprueba un defecto en la tabla cortical lingual y una cavidad en la mandíbula. La cavidad suele estar ocupada por una porción de la glándula submaxilar o sublingual o puede contener tejido linfóide o conectivo. El contenido de la cavidad está en comunicación, a través del defecto cortical lingual, con los tejidos blandos del piso de la boca. Representa un tejido de inclusión acaecido durante el desarrollo de la mandíbula, pero desde el punto de vista clínico puede no resultar evidente hasta la edad adulta.

MICROSCOPICAMENTE

Constituida de tejido fibroso, tejido de glándula salival y graso.

RADIOGRAFICAMENTE

Zona radiolúcida bien demarcada, por lo general situada debajo del conducto dentario inferior y que no delata la tabla cortical.

TRATAMIENTO

No requiere tratamiento.

PRONOSTICO

Excelente

QUISTE GREG ANEURISMÁTICO

No se trata de un quiste verdadero. Se presenta en personas menores de 20 años y suele haber antecedentes de traumatismos. Las lesiones tienen una duración de 1 a 6 meses y por lo general se desarrollan en la mandíbula.

CLINICAMENTE

En el lado afectado se encuentra un agrandamiento sólido e insensible. Puede haber maloclusión como consecuencia de la deformidad. La vitalidad de los dientes no está comprometida y a la exploración revela una cavidad llena de tejido hemorrágico esponjoso. Puede haber tumefacción y hay migración de dientes con alguna sensibilidad.

MICROSCÓPICAMENTE

Se encuentran numerosos espacios llenos de sangre, células gigantes, fibroblastos y vasos.

RADIOGRÁFICAMENTE

Lesión quística bien delimitada y solitaria o con aspecto de pompas de jabón. Las corticales pueden encontrarse abombadas pero no destruidas.

TRATAMIENTO

Curstaje

PRONOSTICO

Excelente

RANULA

Quiste de retención que se localiza en la línea media mandibular en piso de boca, siempre está asociada a algún defecto o lesión en el conducto de Wharton (glándula submaxilar) o conducto de Bartolini (glándula sublingual mayor).

CLINICAMENTE

Se aprecia un aumento de volumen translúcido de color azulado o rojizo. Es asintomática pero la lengua puede ser levantada, lo que dificulta la masticación y la fonación. Puede perforarse cuando se traumatiza, escurrendo un líquido mucoso que se acumula de nuevo cuando sana la lesión. Su tamaño no puede calcularse por su aspecto dentro de la boca.

MICROSCOPICAMENTE

No es un quiste verdadero, está revestido de tejido de granulación; en su interior se encuentra gran cantidad de saliva.

TRATAMIENTO

1.- Marsupialización

2.- Hacerle pasar un hilo de dos ceros (seda o nylon) se amarra por arriba, se mantiene en continuo movimiento de un lado hacia el otro de manera que no se peguen los bordes de la ránula.

PRONOSTICO

Favorable

MUCOSILE

Es un quiste que contiene mucus; aparece en la región de las glándulas salivales de la mucosa bucal. Se forma como consecuencia de una ruptura traumática del conducto excretor de una glándula salival y la posterior acumulación de saliva en los tejidos.

CLINICAMENTE

Se presenta como una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente elevada, translúcida y azulada. Si se localiza profundamente, a la palpación se manifiesta una formación circunscrita, que se desplaza con excepción de la mitad anterior del paladar duro. Las lesiones superficiales se abren frecuentemente y, luego de descargar una sustancia mucóide viscosa, se colapsan. — Apenas parecen haber curado, recidivan. Esta secuencia cíclica de ruptura, descarga y recurrencia puede continuar durante meses.

MICROSCÓPICAMENTE

Cavidad quística llena de un material homogéneo levemente basófilo, que es mucus. Dispersas por ésta sustancia pueden observarse células redondas, tumefactas, al parecer en degeneración. Revestido por tejido de granulación y, raramente por epitelio. La glándula salival, así como el tejido conectivo en la vecindad del mucosela muestran infiltración de neutrófilos, linfocitos y plasmocitos.

TRATAMIENTO

Incisión simple en forma de ojal, y de preferencia extirpación de la glándula accesoria, porque si no puede recidivar.

PRONOSTICO

Bastante favorable.

QUISTE DERMOCIDE

Es un quiste de desarrollo, tapizado de apéndices cutáneas y de epidermis y ésto probablemente se debe a un atrapamiento del ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias que ocurre en la tercera y cuarta semana intrauterina. Aparece con más frecuencia en el piso de la boca; éstos quistes pueden ser lateral o medial y probablemente tienen su origen por arriba del músculo--milohioideo aunque pueden atravesarlo por medio de un hiato de desarrollo por lo que se puede clasificar en:

- a) Supramilohioideo
- b) Inframilohioideo

CLINICAMENTE

Aparece entre los 15 y 25 años y puede atacar a am--bos sexos. Su aspecto depende de su profundidad. Cuando está por encima de los músculos geniohioideo y milohioi--deo presenta una tumoración bastante variable redonda de--superficie lisa bien delimitada, color rosado. Puede al--canzar un volúmen considerable, como para desplazar la --lengua e impedir la función bucal. Cuando se encuentra debajo del músculo geniohioideo y milohioideo se ve fuera --de la boca como una tumefacción o tumoración de la línsa--media, de superficie lisa inmediatamente debajo del men--tón.

El Supramilohioideo produce elevación de la lengua,--disfagia, dificultad en la fonación, todo ésto es produci--do por la presión que ejerce sobre la lengua y parte de --

la epiglottis.

El Inframilohioideo nos da un abultamiento de la zona submentoniana que se extiende desde la mandíbula hasta el hueso hioides, ésto nos va a provocar la impresión de un mentón doble. A la palpación se va a encontrar pastoso como si fuera plastilina.

MICROSCÓPICAMENTE

Contiene queratina y epitelio escamoso estratificado que también va a estar queratinizado. La pared del quiste puede tener apéndices cutáneos, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos.

TRATAMIENTO

Para el Supramilohioideo la vía de acceso va a ser intraoral y es una incisión simple.

Para el Inframilohioideo va a ser extraoral.

PRONÓSTICO

Favorable

QUINTE EPIERMOIDE

Se forma al igual que el Dermoides a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blandos durante el desarrollo fetal. Se parece y no se puede diferenciar del Dermoides excepto en que cuando el Epidermoides es más superficial carece de carácter pastoso de Dermoides. También puede formarse a partir de las masas epiteliales que se han separado, puede ocurrir durante el desarrollo o por un traumatismo en el que el epitelio haya sido desplazado en forma anormal.

CLINICAMENTE

Puede localizarse en piso de boca; en la zona de los repliegues mucobucuales, en mejillas y otros.

MICROSCOPICAMENTE

Formado de un revestimiento de epitelio escamoso es tratificado, generalmente bien queratinizado y una pared de tejido fibroso; pero a diferencia del Dermoides faltan los anexos cutáneos (glándulas sebáceas, folículos pilosos, glándulas sudoríparas).

TRATAMIENTO

Basado en las mismas indicaciones dadas para el Dermoides.

PRONOSTICO

Excelente

QUISTE BRANQUIAL

Generalmente se ubica en un costado del cuello, pero también se ha observado en el ángulo de la mandíbula, y raras veces en piso de boca; se presenta entre los 20 y 40 años. Respecto a su origen, antes se creía que derivaba de los vestigios del arco branquial, sin embargo, se ha demostrado que se origina a partir de enucleaciones epiteliales en el interior de los ganglios linfáticos cervicales. La gran frecuencia con que aparecen después de que han alcanzado la madurez sexual se debe a que el epitelio glandular encerrado en los ganglios linfáticos probablemente empieza a proliferar después de la pubertad.

CLINICAMENTE

Masa prominente de crecimiento lento, no dolorosa, localizada por delante del músculo esternocleidomastoideo. Es fluctuante y blanda a la palpación, superficie lisa, de bordes curvos y bien delimitados, está recubierta de una piel no adherente.

MICROSCÓPICAMENTE

Constituido de epitelio escamoso estratificado y --

rodeado de tejido linfóide (linfa) el cual posee todas las características de un ganglio linfático.

TRATAMIENTO

Resección quirúrgica.

PRONOSTICO

Bueno

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Es un quiste del desarrollo, que se forma en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso embrionario entre el agujero ciego y la glándula tiroidea. Se origina de los remanentes no obliterados de éstos conductos. Su formación es desconocida por la infección del tejido pero puede ser desencadenada por la infección del tejido linfóide en la zona de los restos del conducto tirogloso por el drenaje proveniente de una infección de los órganos respiratorios superiores.

CLINICAMENTE

Suele darse en personas jóvenes. Es una masa quística, firme, de la línea media, cuyo tamaño varía de algunos cms. a mms. El quiste puede encontrarse en el agujero ciego, en el piso de la boca, o más abajo, cerca del cartílago cricoides o tiroidea. A veces se forma una fístula

tula que nace en el quiste y se abre en la superficie cutánea o mucosa. El quiste puede ser asintomático o puede causar síntomas como resultado de la presión sobre otras partes. Un síntoma importante y frecuente es la hemorragia en la boca por ruptura de las venas sobreyacentes.

MICROSCÓPICAMENTE

Formado de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o tipo intermedio de transición por que en realidad deriva de células que se originan en el piso faríngeo embrionario.

TRATAMIENTO

Debido al conducto tiroideo el quiste puede infectarse. En tal caso puede drenar espontáneamente, pero también puede hacerse la incisión. Debe hacerse antes que ocurra la infección o después que los síntomas agudos hayan disminuido. La escisión completa del trayecto fistuloso hasta la base de la lengua, incluyendo una porción del hueso hioides, es indispensable para la curación.

PRONÓSTICO

Favorable

HIGROMA QUÍSTICO

Consiste en el desarrollo de una anomalía del -- Sistema Linfático que casi siempre aparece al nacer o durante el período neonatal.

Se cree que los quistes proceden de sequestraciones de tejido linfático embrionario.

La prolongación dentro del velo bucal o tórax puede ser progresiva e intermitente dando dificultad para la -- deglución. La enfermedad respiratoria superior acompañada por fiebre se asocia con frecuencia al agrandamiento de la masa tumoral.

TRATAMIENTO

Resección

PRONOSTICO

Desfavorable. Desde el uso de antibióticos la mortalidad de éstos pacientes ha disminuido.

C A P I T U L O I V

n

TRATAMIENTO CIRURGICO
DE LOS QUISTES

ANESTESIA PARA LOS QUISTES DEL MAXILAR

Región anterior; incisivos y caninos. - La anestesia para los quistes ubicados en ésta región, debe ser la anfraorbitaria, completada siempre por el lado palatino, - siguiendo las técnicas en uso. En algunas ocasiones se - puede complementar, colocando una gasa mojada en una solución de cocaína al 10% en el piso de las fosas nasales.

Región media y posterior; premolares y molares. - Los quistes pequeños que clínica y radiográficamente, no tienen relaciones con el seno maxilar, pueden ser enucleados con anestesia local.

Los grandes quistes, con invasión de los órganos vecinos, necesitan para su intervención, la anestesia regional realizada a la altura de los nervios dentarios posteriores o la anestesia del nervio maxilar superior a la salida del agujero redondo mayor, en plena fosa pterigo-maxilar, anestesia que puede realizarse según las diferentes técnicas y por vía intrabucal o extraoral, completada con anestesia local (vestibular y palatina).

En los quistes a invasión sinusal, siempre hacer -- una amplia anestesia, por si hubiera que intervenir en dicho órgano. Como en toda intervención, en éstos procesos se aconseja hacer una anestesia más extensa que los límites del tumor quístico, para evitar sorpresas operatorias (Maurel).

Los tiempos quirúrgicos para el tratamiento de los Quistes del Maxilar son:

- 1er. Tiempo. Incisión
- 2do. Tiempo. Desprendimiento de la fibromucosa y confección de colgajos.
- 3er. Tiempo. Trepanación ósea
- 4o. Tiempo. Enucleación de la bolsa quística
- 5o. Tiempo. Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos
- 6o. Tiempo. Tratamiento del diente causante
- 7o. Tiempo. Tratamiento de la cavidad ósea
- 8o. Tiempo. Sutura
- 9o. Tiempo. Postoperatorio

Con un buen exámen radiográfico, el cual nos da la ubicación y extensión del proceso, se inicia la operación.

Como ejemplo se situará a el quiste tipo, por supuesto, en el maxilar, en el segundo período de su desarrollo clínico: el período de exteriorización.

1er. Tiempo. Incisión

En la región vestibular, aproximadamente a la altura de los ápices dentarios, se efectúa la incisión con el bisturí. Esta debe abarcar una extensión mayor que los límites del proceso, y en profundidad debe llegar hasta el tejido óseo tomando las debidas precauciones ya

ra que el histurí no lesione en éste tiempo operatorio, - la bolsa cuística, en caso de encontrarse tejido óseo -- muy adelgazado y visjo.

Después de secar el campo con gasa, se toman los -- bordes de la herida con pinzas de Kocher, pasando a el -- segundo tiempo operatorio.

También se puede utilizar la incisión de Newman, con la cual se obtiene un colgajo que da mayor campo operatorio y permite la apicectomía en caso de necesidad. La cicatriz es perfecta y no se han visto trastornos en la inserción del colgajo al cuello de los dientes. La indicación especial, usando la incisión de Partsch, es que la -- herida de la mucosa, debe descansar sobre tejido sano.

2do. Tiempo. Desprendimiento de la fibromucosa y confec ción de los colgajos.

Con una legra o espátula de Freer, se separa con especial cuidado el tejido gingival de su inserción en el hueso. Este despegamiento del tejido gingival, debe realizarse abarcando un límite mayor que la extensión del -- proceso. Esto es necesario, pero solamente así se tendrá un acceso fácil a la bolsa cuística.

En caso, de que el tejido óseo que cubre el proceso se encuentre destruido por la invasión del quiste, el despegamiento del tejido gingival debe realizarse hasta en--contrar hueso sano y perfectamente sólido. En éste caso, la inserción de la encía a la bolsa cuística, es íntima y profunda.

Cuando el quiste es supurado, éstas adherencias son mayores; en algunas ocasiones se realizan verdaderas soldaduras entre encía y membrana quística, siendo necesario en éstas situaciones, para desprender el tejido gingival, utilizar la punta y el borde romo del bisturí o con tijeras, realizando una maniobra que permite seccionar las adherencias e inserciones.

Después se procede a retirar las pinzas de Kocher y sostener los colgajos obtenidos, usando los separadores de Farabeuf.

3er. Tiempo. Trepanación Osea

Al llegar a éste tiempo, se pueden encontrar dos situaciones distintas:

1o. o bien el tejido óseo está sano, con o sin modificaciones de sus límites (abombamiento de la tabla externa)

2o. o se encuentra destruido y en éste caso, la fibromucosa está directamente en contacto con la vaina conjuntiva del quiste.

De acuerdo con ésto, serán dos las maneras de actuar

En el primer caso, para llegar al tumor quístico, será necesario trepanar el tejido óseo. Esta osteotomía se realiza por medio de martillos, escoplos (de 1/2 caña, — los de Simal y mastoideos son los que se usan en ésta — práctica) se fabrica una ventana en la tabla externa.

Después, con pinzas subias o las de Lombard, se au-

mentan los diámetros de la abertura ósea, cuya extensión debe ser igual o mayor que los límites del quiste.

En el segundo caso, cuando la tabla externa ha desaparecido será suficiente arrendar, con pinzas gubias, la abertura patológica. Con ésto se tiene buena visión del contenido óseo.

Después de la ostetomía, se observará la bolsa quística, de un color azulado rojizo, de brillo nacarado y variable consistencia, de acuerdo a la presión del líquido que se encuentra dentro del quiste.

4o. Tiempo. Enucleación de la bolsa quística

Se procede después a vaciar la bolsa quística antes de hacer su enucleación.

El objetivo es, disminuir el volumen del tumor, reduciéndolo a su menor expresión, e impedir que el contenido de la bolsa quística caiga en la boca del paciente. Esto se realiza, punzando la bolsa quística con una aguja de calibre mediano y haciendo la succión con una jeringa de vidrio.

Ya vaciado el quiste se secciona su pared, con bisturí o tijeras y se realiza la limpieza del contenido quístico, por medio de trozos de gasa, o con el aspirador. Hecho ésto se procede a realizar la enucleación de la bolsa quística.

Se tomarán los bordes de la incisión de la bolsa quística con pinzas de Kocher, para poder tener un perfecto dominio de la tumoración.

Se esgrime una espátula de bordes romos y con ella, se realiza el desprendimiento de la bolsa quística, de su alojamiento óseo.

Esto no es tan simple en los quistes supurados, pues en éstos, existen profundas adherencias de la membrana - quística, con su alojamiento óseo. Estas adherencias son tan íntimas, que es necesario resacarlas con cucharillas.

Para la enucleación de la bolsa quística primeramente se realizará siguiendo los límites superiores, para -- posteriormente seguir con la porción inferior. Así se conseguirá desprender en su totalidad la membrana quística - de la cavidad y del diente.

Después de extraído el diente, se raspa la porción - periapical (para eliminar los restos de membrana, que pu dieran ser causa de una recidiva del quiste).

Extraída en su totalidad la bolsa quística, se reali za la hemostasia de la cavidad ósea, con gasa.

Con los quistes supurados, es necesario el raspado - de la cavidad ósea, prolijamente realizado en todos los - ángulos y divertículos óseos, con el objeto de eliminar - hasta la partícula más pequeña de membrana, la cual sue - de ser punto de una nueva recidiva.

Pincelando en seguida la cavidad ósea con agua oxi - genada y efectuando toques con una solución de cloruro - de zinc al 10%, con el fin de eliminar en su totalidad - los restos quísticos.

5o. Tiempo. Tratamiento de las cavidades vecinas

Cuando los quistes invaden las cavidades vecinas, - seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina, se tiene - que realizar el tratamiento de ellas, modificadas en su estructura y relaciones por el avance del proceso.

Tratamiento de los dientes vecinos

Estos dientes se dejarán en su lugar, sin extraerlos, ni siquiera los más desviados. Cuando estén irremediablemente perdidos para la estética, varice meses después de la intervención sobre el quiste, se efectúa su extracción.

De ésta manera, se respeta en un todo la arquitectura alveolar, tan debilitada por la invasión de éstos procesos.

6o. Tiempo. Tratamiento del diente causante

Dos son las situaciones a seguir con respecto a éste diente, teniendo ambas, la misma finalidad "la supresión del foco séptico", éstas situaciones son:

1o. la extracción del diente causante, la - cual se efectuará inmediatamente después de la enucleación de la bolsa quística.

2o. la resección quirúrgica de su ápice, lo cual se logra, con un simple golpe de escoplo y martillo o la apicectomía con fresa; por medio de éste procedimiento se han salvado.

Los dientes anteriores se tratarán de conservar por el procedimiento de su resección apical.

7o. Tiempo. Tratamiento de la cavidad ósea

Terminada la enucleación de la bolsa quística, el tratamiento de las cavidades vecinas y el factor causal de la afección, se revisa perfectamente la cavidad que alojaba el quiste. Si no hay sangre, se provoca una hemorragia ligera de las partes blandas y duras vecinas con una cucharilla o cualquier instrumento, para que de ésta manera se llene de sangre.

Para desinfectar la cavidad, se están usando últimamente los polvos de sulfamidas, los cuales se depositan en el interior del hueso. Este material se mezcla con la sangre; y no hay inconveniente en dejarlo.

Otros autores recomiendan distintos materiales de relleno:

Mayrhofer	-----	recomienda la obturación con yodoformo.
Witzel y Neumann	-----	usan el relleno de parafina.
Hauterriser	-----	rellena las cavidades (pero sutura), con plasma sanguíneo de animales (Vivocoll).
Schön	-----	partidario del método universal, para el tratamiento de los grandes quistes del-



Fig. 1 Intervención de un quiste en maxilar, originado por el incisivo lateral superior derecho.

(continuación)

(continuación)

- 1.- Incisión de Neumann
- 2.- Desprendimiento del colgajo con una legra pe--
queña
- 3.- Osteotomía con escoplo
- 4.- Regularización del borde óseo con pinza gubia
- 5.- Prehensión de la bolsa cuística con una pinza -
de Kocher
- 6.- Enucleación de la bolsa cuística con una espá--
tula
- 7.- Extracción del diente causante
- 8.- Descenso del colgajo
- 9.- Sutura

----- maxilar la cual consiste en rellenar las cavidades óseas con gasa, fundándose en que Lartschneider a hoga, por la cura de heri das en animales, con fra sa de cerdo, Lartschneider llena la brecha ósea con - vaselina.

80. Tiempo. Futura

Se recomienda terminar la operación bajo sutura, ya que éste método está indicado en los quistes chicos y me dianos (no mayores de un diámetro de 3 cms).

Este método exige rigurosa asepsia de la operación- que el coágulo y cavidad ósea no se contaminen con la sa liva y medio ambiente, de ésta manera se realizan las — condiciones favorables para la esterilidad del coágulo.

Si el coágulo se infecta, dando síntomas (dolores, - tumefacción, enrojecimiento local, repercusión sobre el - estado general) se cortan los puntos de sutura, se abre- ampliamente la cavidad, despegando los labios de la inci sión y se trata como cavidad abierta. Se procede a lavar con suero fisiológico y taponamiento con gasa yodoforma- da.

Si se teme por la integridad del coágulo, se puede- colocar una mecha de gasa entre dos puntos de sutura, co mo drenaje del hematoma. Se retira a las 24 o 48 horas -

pero no se vuelve a repetir.

El hilo común de lino o la seda es la sutura de elección. Los puntos deben distar entre sí, de 1/2 cm. a 1 cm; detalle fundamental, en éstas operaciones: la sutura debe descansar sobre base ósea firme. Por ésta razón la incisión, debe preveer, en lo posible ésta ubicación. Los puntos se retiran entre el sexto u octavo día.

9o. Tiempo. Postoperatorio

(Ver capítulo correspondiente)

ANESTESIA PARA LOS QUISTES DE LA MANDIBULA

En las intervenciones de los quistes de la mandíbula, se emplea sistemáticamente la anestesia regional. Esta anestesia regional completada por vía intraoral, bloqueando el nervio bucal y, en algunos casos extraoral, - anestesiando el plexo cervical superficial, nos permite intervenir, aún en los grandes quistes de la mandíbula. Las partes blandas, que cubren a la mandíbula, son sensibles cuando se operan los quistes, si no se tiene la precaución de anestesiarse este plexo.

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

La anestesia general, solo tiene contadas aplicaciones.

VÍAS DE ACCESO

La intervención de los quistes, cualquiera que sea su tamaño y situación, debe ser siempre realizada por la vía vestibular. La localización del tumor, hace que ésta vía de acceso, sufra las variantes topográficas correspondientes. Pero generalizando, la vía de acceso debe ser siempre la región vestibular. Esta región es la que nos dará mayores éxitos operatorios. Todas las demás vías de acceso, son insuficientes, peligrosas y anticuadas.

Los quistes del maxilar, invadiendo los órganos ve-

cinco (senos, fosas nasales, bóveda palatina) serán siempre intervenidos por ésta vía.

Para los quistes correspondientes a la mandíbula, - puede emplearse la vía vestibular, y en algunos casos la vía alveolar agrandada.

Las vías alveolar o palatina, ensayadas en el maxilar, además de los inconvenientes que presentan para la intervención, dan posteriormente, retracciones, cicatrices y verdaderos golfos en la arcada alveolar, para reparar los cuales la prótesis resulta insuficiente.

Desde el punto de vista topográfico se puede dividir a los quistes de la mandíbula, en tres regiones:

- 1.- Región anterior
- 2.- Región de los molares y premolares
- 3.- Región del tercer molar y región de la

rama ascendente.

El tratamiento de los quistes en mandíbula, sigue - con ligeras variantes, el plan expuesto para el tratamiento de los quistes del maxilar.

La vía de acceso a éstos tumores, puede ser la vestibular y la vestibular combinada con la vía alveolar agrandada. Debido a los escasos límites de la mandíbula, hay que emplear como complemento, la vía alveolar.

Los tiempos quirúrgicos para el tratamiento de los quistes de la mandíbula son:

1er. Tiempo. Incisión

2do. Tiempo. Desprendimiento de la fibro
mucosa y confección de los colgajos.

3er. Tiempo. Trepanación ósea

4o. Tiempo. Enucleación de la bolsa quist
tica.

5o. Tiempo. Tratamiento de los dientes-
vecinos.

6o. Tiempo. Tratamiento de la cavidad -
ósea.

7o. Tiempo. Sutura

8o. Tiempo. Postoperatorio

1er. Tiempo. Incisión

De acuerdo con la ubicación del quista, al igual --
que para los del maxilar, los límites, dirección y tama-
ño de la incisión variarán.

2do. Tiempo. Desprendimiento de la fibromucosa y confec- ción de los colgajos.

Con idéntica técnica que para el maxilar, se prepa-
ran los colgajos. En los cuales se coloca un separador y
se pasa a el siguiente tiempo.

3er. Tiempo. Trepanación ósea

Las dos situaciones ya previstas para el maxilar, se
pueden presentar en la mandíbula también:

1o. integridad o

2o. ausencia de la tabla externa

Se procede de idéntica manera a la enucleada para el maxilar. Si es necesario usar la vía alveolar, ésta se agranda, efectuando en primer lugar, la extracción del diente causante y las de los dientes vecinos necesarios— y se procede a la eliminación de la tabla externa a esco- plo y martillo o fresado.

4o. Tiempo. Enuclación de la bolsa quística

Se procederá también, en éste tiempo, de acuerdo — con la técnica enucleada para el maxilar: vaciamiento del contenido quístico con jarunga y despegamiento y extrac- ción de la membrana.

Sin embargo existe una variante y está en la rela- ción que tiene el proceso con el paquete vasculonervioso.

En caso de íntima fusión de éste paquete con la mem- brana, es necesario efectuar una disección bastante ex- tensa, con objeto de separar.

Cuando hay adherencias íntimas de la bolsa quística con el paquete vasculonervioso, la resección indica, la resección.

Lo más indicado en éstos casos, es separar lo más — posible la membrana quística del paquete: la disección — es dificultosa, pero no imposible. Actuando de éste mane- ra se evitan las complicaciones que se presentan a la — sección de los nervios (transtornos tróficos) y la falta

con el galvanocauterio o el bisturí eléctrico.

La sección de los mismos ya sea con bisturí o tijeras da una abundante hemorragia muy molesta, porque la base del colgajo por donde se lo secciona, está bien irrigado por vasos que, a pesar de su calibre, resulta im posible o muy difícil ligarlos.

8o. Tiempo. Postoperatorio

(Ver capítulo correspondiente)

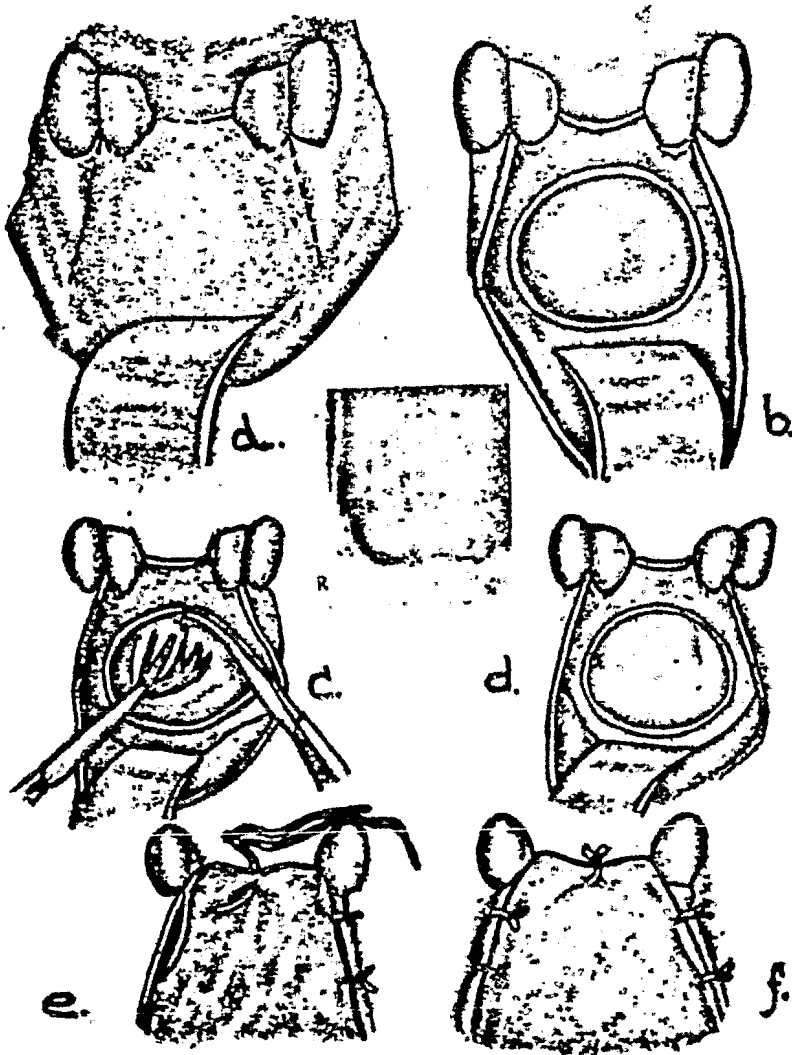


FIG. 2 Operación de un quiste de la mandíbula
(quiste residual). (continuación)

(continuación)

- a) Trazado de la incisión
- b) La osteotomía ha sido realizada y aparece el quiste*
- c) Prehensión y enucleación de la bolsa quística
- d) La cavidad ósea vacía; se extraen los incisivos laterales
- e) Se adapta el colgajo y se sutura
- f) Aspecto final de la intervención

* La osteotomía a escoplo, es una maniobra difícil; requiere, además del escoplo, pinzas subias poderosas y en circunstancias especiales fresas redondas No. 8 de carburo.

CAPITULO VI

*

TECNICA
DE
PARTSCH

MARSUPIALIZACIÓN O TÉCNICA DE PARTSCH

Consiste en la eliminación de una considerable cantidad de mucoperiostio del hueso y de la pared cística adyacente y en la evacuación del quiste mediante aspiración y legrado suave. El borde de la mucosa se sutura al borde incidiendo la pared cística en toda su circunferencia. Posteriormente se coloca una gasa en el interior de la herida la cual se cambia cada cuatro horas para que de ésta manera el quiste disminuya y posteriormente quede obliterado y el hueso remodelado.

El empleo de esta técnica resulta un poco discutible. Su aplicación en los casos de exposición y conservación de dientes permanentes, cuando existen pequeños quistes dentígeros foliculares o quistes de erupción, en los jóvenes es donde puede tener algún valor. Aquí es donde solamente está indicada esta técnica.

La marsupialización requiere un control continuo, - para evitar la acumulación de partículas de alimentos degradados; se teme al igual la formación de nuevos quistes a partir de la membrana cística que ha quedado.

Generalmente debe evitarse la marsupialización. Es mucho más segura la enucleación completa del quiste. En su defecto, si el quiste es demasiado extenso para enuclearlo inmediatamente, se realiza un drenaje y taponamiento con yodoformo para que de ésta manera disminuya lo suficiente para permitir su eliminación completa.

El método de Partsch se divide en dos grupos:

- I.- Método de Partsch I
- 2.- Método de Partsch II
 - a) con sutura
 - b) sin sutura, obturando la cavidad ósea con distintos materiales.

Método de Partsch I (Fig. 3)

Indicado en aquellos quistes de gran tamaño, en los cuales, la enucleación de la bolsa, traería trastornos — por parte del hueso (hemorragias, fracturas, apertura del seno maxilar) y por parte de los dientes. Las ventajas de éste método son:

- 1.- Sencillez de su ejecución
- 2.- Buena visibilidad de la cavidad
- 3.- La superficie ósea queda cubierta en * toda su extensión, por epitelio
- 4.- Se evita la infección ósea y lesión — de los dientes vecinos, porque se conserva la bolsa quística.

Sus desventajas son:

- 1.- El epitelio quístico, es un elemento — patológico, que debe ser eliminado porque puede sufrir — transformaciones adamantinas o tumorales, o recidivar bajo la forma de un nuevo quiste.
- 2.- La integridad de la membrana quística — no es siempre absoluta. Muchas veces el quiste está infec

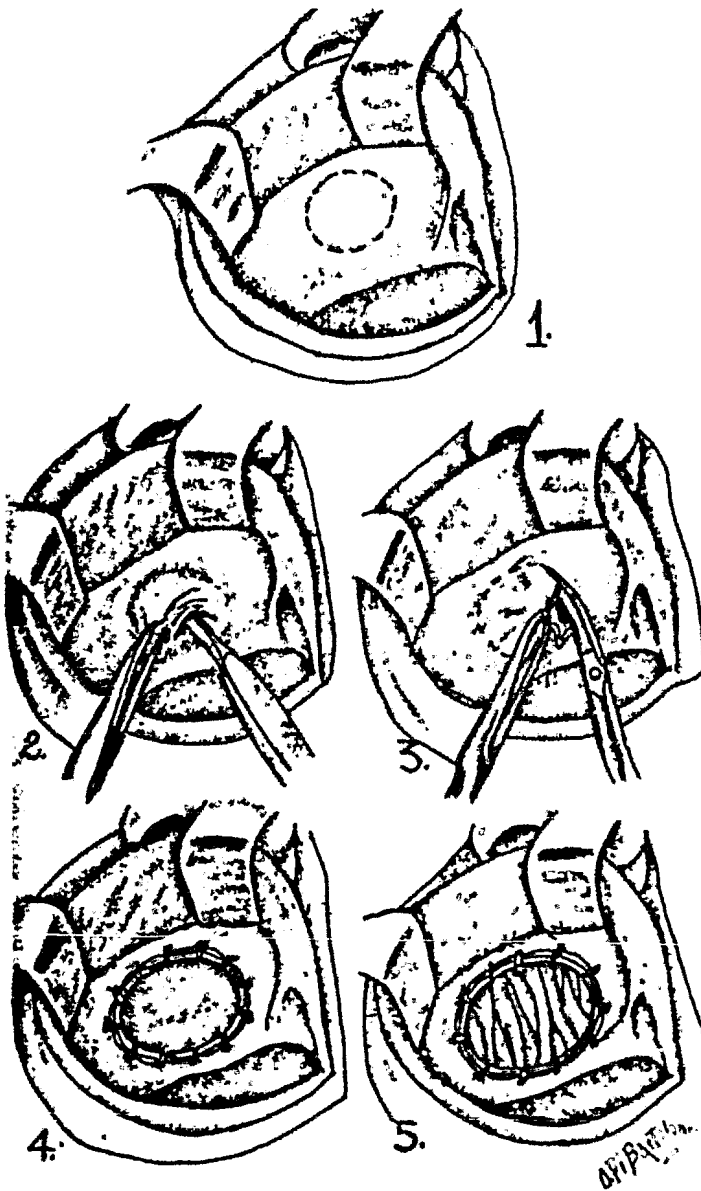


Fig. 3 Operación de un quiste del maxilar por el método de Partsch I. (continuación)

(continuación)

- 1.- Línea de la incisión
- 2.- Toma de la encía con pinza y sección con bisturí
- 3.- Sección a tijeras de la "tapa del quiste"
- 4.- Sutura de la bolsa quística y del tejido gingival
- 5.- Relleno de la cavidad con gasa

tado y la membrana degenera; siendo así, su conservación es problemática.

3 - La cavidad artificial creada, permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales y su putrefacción, con los inconvenientes comprensibles.

Método de Partsch II (Fig. 4)

Consiste en la completa enucleación de la bolsa quística. La cavidad ósea que la aloja, queda por lo tanto vacía, y el mecanismo de su relleno, se hace de dos maneras según las derivaciones que se den al método en cuestión. Estas derivaciones de las cuales depende la regeneración ósea, son las siguientes:

a) Método de Partsch II , con sutura (Fig.4)

Aquí la cavidad ósea se llena de sangre y de la organización del coágulo depende la osificación.

b) método de Partsch II , sin sutura (Fig.5)

La cavidad se tapiza lentamente de epitelio y por un mecanismo análogo, por el cual se aplana el quiste en el método de Partsch I, tiene lugar la regeneración de las cavidades patológicamente creadas por el proceso.

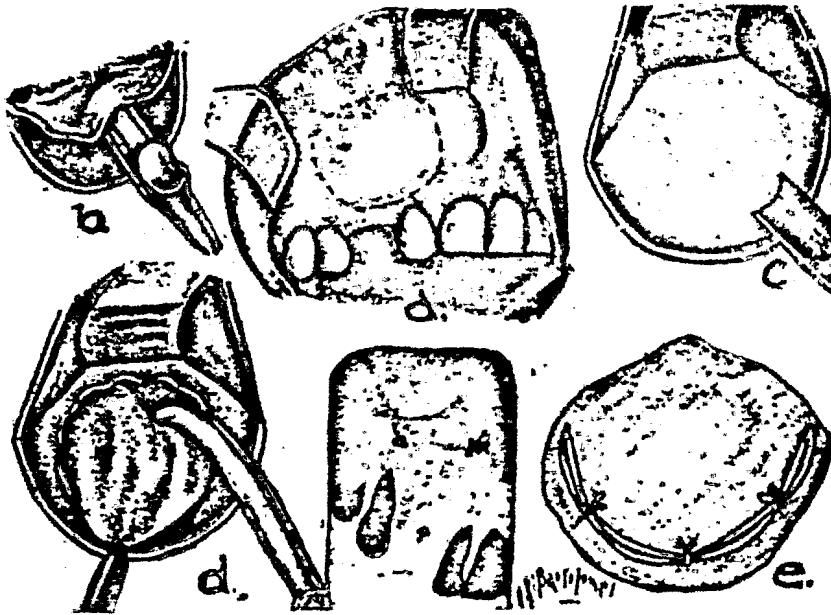


Fig. 4 Operación de un quiste del maxilar por el método de Partsch II (con sutura).

- a) Línea del trazado de la incisión en arco
 - b) Desprendimiento del colgajo
 - c) Osteotomía con escoplo
 - d) Toma de la bolsa quística y su enucleación
 - e) Sutura
- (continuación)

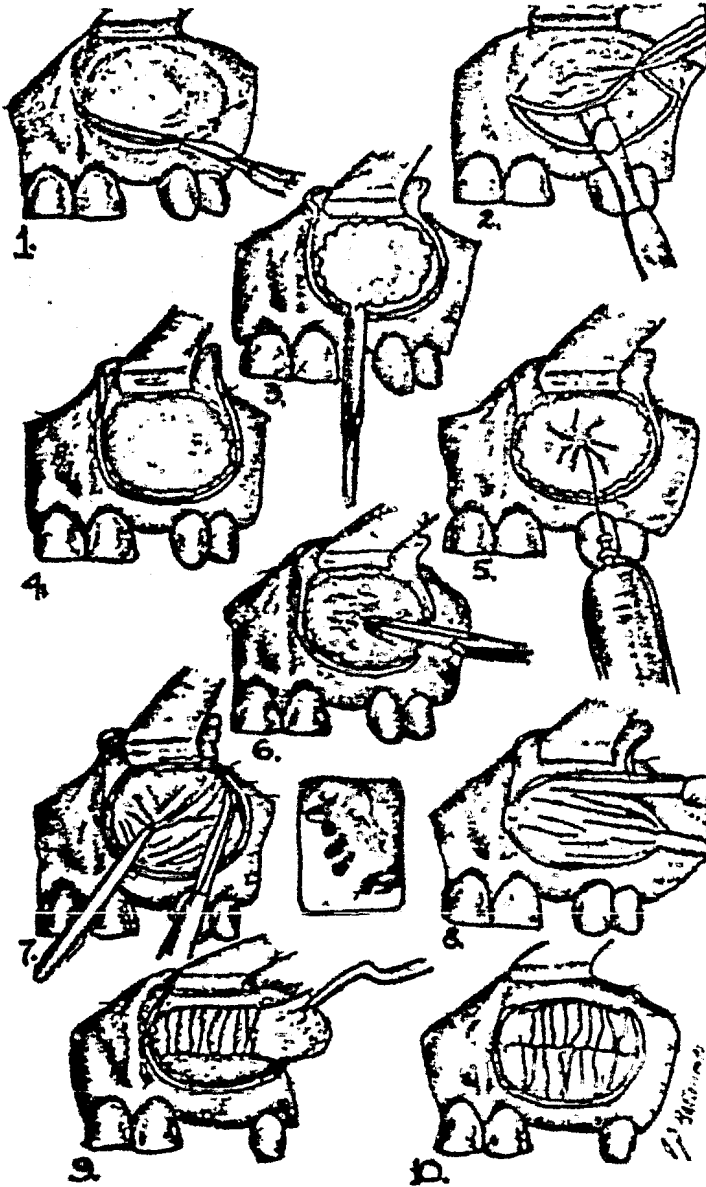


Fig. 5 Operación de implante del maxilar por el método de Partsch II sin sutura (con casa).

(continuación)

(continuación)

- 1.- Trazado de la incisión
- 2.- Desprendimiento del colgajo
- 3.- Osteotomía con escorlo
- 4.- Extraído el hueso, aparece la bolsa quística
- 5.- Punción y absorción del líquido quístico
- 6.- Corte de la bolsa quística
- 7.- Iniciación de la enucleación de la bolsa quística
- 8.- Tiempo final de la enucleación
- 9.- El colgajo se introduce en la cavidad ósea y se obtura con gasa yodoformada; el canino ha sido extraído
- 10.- Aspecto final de la operación

C A P I T U L O V I I

OBSTACULOS Y COMPLICACIONES
POSTOPERATORIAS

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

El postoperatorio es la fase más importante de todo el trabajo quirúrgico. Tal es eso, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, puede modificar y aún mejorará los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Los cuidados postoperatorios deben referirse a la herida misma (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) y al estado general del paciente.

TRATAMIENTO LOCAL POSTOPERATORIO

Higiene de la cavidad bucal.— Hecha la operación, el ayudante lava prolijamente la sanare que puede se haya depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua bicestilada. La cavidad bucal es irrigada con una solución tibia del mismo medicamento y proyectada con un atomizador, de ésta manera limpiará y eliminará la sanare saliva, o restos que pueden depositarse en los surcos vestibulares, bajo la lengua, en bóveda palatina y en espacios interdentarios. Dichos elementos entran en putrefacción y colaboran en el aumento de la flora microbiana bucal.

Ya realizada la formación del coágulo, el paciente -

en su casa se lavará suavemente la boca cuatro horas después de la operación, con una solución antiséptica cualquiera.

Fisioterapia Postoperatoria

Se ha celebrado el empleo de agentes físicos, como elementos postoperatorios para mejorar y modificar las condiciones de las heridas de la cavidad bucal.

FRIO.— Se emplea con gran frecuencia, su uso se aconseja bajo la forma de bolsas de hielo o toallas mojadas en agua helada, que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la intervención. El papel del frío es variado:

- a) evita la congestión y el dolor postoperatorio
- b) previene los hematomas y las hemorragias
- c) disminuye y concreta los edemas postoperatorios

Se usa por un período de dos horas, seguido de un período de descanso de treinta minutos. Esta terapéutica se lo se aplica en los tres primeros días a la operación.

CAJOR.— Se emplea con el objeto de madurar los procesos flogísticos y ayuda a la formación de pus; después de el tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores postoperatorios.

La terapéutica consistente en buchas calientes y compresas frías.

LAMPARAS SOLIX.— (Rayos infrarrojos) Se emplean después de las apicectomías, o de extracciones laboriosas, -

también en las alveolitis.

RAYOS ULTRAVIOLETAS.— No se tiene experiencia sobre ésta terapéutica, pero algunos autores los utilizan para el tratamiento de los dolores postoperatorios.

CURA DE LA HERIDA

Cuando las heridas evolucionan normalmente, no se necesita terapéutica. La naturaleza provee las condiciones suficientes para la formación del coágulo y la protección de la herida operatoria. Hablando en términos generales, un alveolo que sangra y se llena con un coágulo tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

Después del segundo día, la herida será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio. Si hay que retirar los puntos de sutura, ésto se hará al cuarto o quinto día (con excepción de las suturas sobre el alveolo del tercer molar o aún más posteriores; en estos sitios, después del segundo día esta sutura actúa como cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones; por lo tanto, se retirarán los puntos a las 24 o 48 horas después de la operación.

EXTRACCION DE LOS PUNTOS DE SUTURA

Al cuarto o quinto día se extraen los puntos de sutura, con la siguiente técnica:

Se pasa sobre el hilo a extraerse, un algodón mojado en tintura de yodo, con el objeto de esterilizar la parte

del hilo que estando en la cavidad bucal se encuentra infectado. Se toma con una pinza de disección (la cual se maneja con la mano izquierda) un extremo del nudo que emerge de los lados de la herida, y se tracciona el hilo, como para permitir obtener un trozo de éste por debajo del nudo para poder cortarlo a éste nivel.

Con una tijera en la mano derecha, se corta el hilo. La mano izquierda sigue traccionando el hilo y lo vuelve a tomar próximo al punto que emerge por el extremo opuesto al de la sección y lo tracciona para extraerlo del interior de los tejidos; las razones son obvias.

Siendo así se eliminan todos los puntos de sutura — procurando no lastimar la encía, ni entreabrir los labios de la herida. En algunas ocasiones, el nudo, por hipertrofia de las paredes vecinas, se encuentra alojado en el fondo de un embudo, del cual es difícil desalojarlo. En éstas ocasiones conviene extirparlo cuanto antes; demorar su extracción significa mantener la causa irritativa de la hipertrofia (que es el hilo) y las dificultades de la extirpación aumentan con el tiempo. Con mucho cuidado y delicadeza puede eliminarse el punto. Si no es posible ubicar una tijera para seccionarlo, éste objeto se logra con una aplicación del galvanocauterio.

Las suturas festoneadas o continuas, se eliminan cortando, por separado cada vuelta de espira, y extrayéndolas con precaución de no pasar el hilo infectado por el interior de los tejidos.

TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE

Alimentación del recién operado

Se refiere a la alimentación que no esté restringida por la administración de la anestesia general; es decir, el tipo de alimentación que necesita y que puede tomar el paciente, por las circunstancias de una operación en la boca. La primera comida la hará 6 horas después de operado; la cual consistirá solamente en líquidos (jucos, líquidos, agua, etc.).

Al día siguiente, puede ingerir alimentos blandos — solamente, con excepción de grasas, irritantes y picantes.

COMPLICACIONES RESULTANTES DE LA OPERACION

Toda operación puede ser seguida de complicaciones locales de distinta índole. En la precisión de las técnicas, en la asepsia de la operación, encuentran escudo — los accidentes postoperatorios.

A continuación se dan líneas generales, sobre las complicaciones postoperatorias.

HEMORRAGIA.— La salida de sangre en el curso de una operación es un caso lógico, dicha sangre puede hallarse disminuida por la acción de la anestesia local (vasoconstrictores). Cuando se cesa la sangre en el acto operatorio se está hablando de Hemostasis, pero a la que se está refiriendo ahora es a la hemorragia postoperatoria, la — cual aparece intempestiva e inmediatamente a la operación "Hemorragia Primaria" o un tiempo después "Hemorragia Se-

com. corda".

HEMORRAGIA TRAUMÁTICA.— el tratamiento de ésta hemorra-
gia se realiza por dos procedimientos:

1.— instrumental, que tiene su aplicación en la ligadura o en el anclamiento del vaso que sangra; la li-
gadura solo tiene escasas aplicaciones, el anclamiento
solo se practica comprimiendo bruscamente y traumáticamente el
vaso óseo sangrante con un instrumento roma.

2.— mecánicamente, que se logra por el taponamiento y la compresión, que se realiza con un trozo de gasa; volviendo el colgajo a su sitio y suturando, la hemorra-
rragia cesa, por compresión de la cavidad ósea por la san-
gre que al coagularse obtura los vasos sanguíneos sangran-
tes. A expensas de éste coágulo se realiza el proceso de
osificación.

Cuando la hemorragia no cede y continúa brotando san-
gre entre los labios de la herida, en un tiempo y canti-
dad desusados, la cavidad se tiende que rellenar la cavi-
dad quirúrgica con una mecha de gasa, que tiene el objeti-
vo de:

aumentar su acción hemostática, la gasa va impregna-
da de: agua oxigenada, eurenolina, percloruro de hierro;—
para evitar que la gasa se adhiera a la cavidad ósea la -
cual puede ser impregnada previamente con vecolina.

El taponamiento que se realiza después de las opera-
ciones, tiene por objeto, evitar la hemorragia.

EMBRUJAMIENTO DE LA ANA.— Aparece algunos horas o días después de la operación. Se puede deber a la caída del coágulo después de un esfuerzo del paciente o por haber cesado la acción vasoconstrictora de la anestesia, — puede presentarse también una causa general que favorezca dicha hemorragia.

Estas hemorragias adquieren características e intensidad variables.

El tratamiento de éste accidente se trata por métodos locales y generales:

Métodos locales

Se lava la región que sangra con un chorro de agua caliente, con el objeto de retirar los restos del coágulo y la sangre.

Habiendo localizado el sitio por donde fluye la sangre, la hemostasia se realiza por taponamiento a la presión con gasa. Encima de la herida y cubriéndola sus bordes, se deposita un trozo grande de gasa la cual se mantiene con los dedos o por medio de la presión mastictoria. Dicha presión se debe mantener durante media hora después de la cual se retira con suma precaución la gasa que hace compresión. Cuando persista, se insiste con la compresión o se recurre a los tratamientos generales.

Métodos generales

Las hemorragias en cirugía bucal no son mortales, — pero se conocen algunas alarmantes.

Se mejorará el estado general (pulso, tensión, funcionamiento cardíaco) administrando tónicos cardíacos (aceite alcanforado, cardiazol) y se tratará de reemplazar la sangre perdida por la inyección de suero glucosado, transfusión sanguínea y medicamentos coagulantes (ergotina, coaguleno).

HEMATOMA.— Consiste en la entrada y depósito de sangre en los tejidos vecinos al sitio de la operación. El "tumor sanguíneo" puede adquirir un tamaño considerable, seguido por el cambio de coloración del lugar de la operación, la piel y sus vecindades.

Este cambio de coloración sigue todas las alternativas de las transformaciones de la hemoglobina: dura de 8 a 10 días.

La encía se pone turgente y dolorosa, las regiones vecinas acompañan la tumefacción sanguínea y el todo adquiere un aspecto inflamatorio.

El hematoma puede llegar a supurar, dando repercusión ganglionar, escalofríos y fiebre. El tratamiento será el siguiente:

Después de un tiempo variable y con suma lentitud el hematoma se reabsorbe cuando supura, se trata como un absceso, incidiéndolo a bisturí o galvanocauterio. Algunas veces se puede llegar a disminuir la tensión absorbiendo con una jeringa la sangre, aún líquida del hematoma.

INFECCIÓN.— A pesar de las condiciones sépticas del campo operatorio, puede darse la infección, la cual puede

ser mínima usando antibióticos y una buena técnica quirúrgica, siguiendo las reglas de asepsia. Cualquier infección aguda debe dominarse antes de hacer cualquier intervención quirúrgica.

Cuando un quiste tiene infección aguda, se trata en dos etapas:

- 1.- control de la infección aguda
- 2.- intervención quirúrgica definitiva para erradicar el quiste.

Para controlar la fase aguda, hay que establecer un drenaje e instaurar un tratamiento con antibiótico, hecho esto se enuclea dejando un drenaje, si hay pus residual. El antibiótico se administra de 5 a 7 días.

En la fase crónica, el quiste puede eliminarse sin el drenaje inicial. Se indica la cobertura antibiótica.

Las infecciones postoperatorias se controlan localmente, con irrigaciones y taponamiento de la cavidad ósea y antibióticos. Las cavidades óseas que quedaron abiertas deben irrigarse frecuentemente para evitar que se acumule una parte de restos alimenticios.

La mejor forma de evitar complicaciones es prevenirlas con un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica correcta.

DOLOR.- El dolor postoperatorio se presenta por el tratamiento operatorio, debe ser tratado con medicamentos preconizados para tal objeto. El frío sobre la región operada, calma en las primeras horas éste dolor.

FISTULAS.- Las fístulas buconasales a veces resultan de haber elegido mal las técnicas quirúrgicas. Esto puede evitarse con una disección cuidadosa. El cuidado postoperatorio es de gran importancia para evitar la formación de las fístulas que necesitan cierre secundario. Debe evitarse la infección secundaria. Se recomendará al paciente mantener la boca abierta al toser o estornudar con el objeto de igualar la presión de los senos paranasales y evitar la fuerza excesiva donde la herida comunica con la cavidad bucal.

FRACTURAS.- El hueso se debilita cuando hay un quiste, dicho debilitamiento depende del tamaño y la lesión. La posibilidad de fractura suele ser remota durante la cirugía, a menos que se produzca un traumatismo excesivo sobre el hueso o ambas tablas corticales sean bastante delgadas. La profilaxis es la mejor terapéutica; debe tratarse cuidadosamente. Si ocurre fractura, debe continuarse la enucleación del quiste, y después se empaca bien la cavidad en apósitos de gasa o partículas de hueso, con el fin de mantener la posición de los fragmentos y evitar su desplazamiento. La mandíbula también debe inmovilizarse.

OBSTRUCCION DE VIAS AEREAS.- Esta obstrucción postoperatoria puede ser consecuencia de intervenciones quirúrgicas en maxilares, lengua y cuello. Los factores contribuyentes son: edema masivo, formación de hematoma e infección. Si existen signos de respiración difícil y de intercambio respiratorio inadecuado, se indica la tra---

neumectomía; la cual es un procedimiento de elección y no de urgencia.

La asistencia postoperatoria adecuada es tan importante para el bienestar del paciente como el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

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

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Archer, W Harry
Cirugía Bucal, Atlas paso a paso de técnicas -
quirúrgicas.
Reimpresión de la 2a. edición.
Edit. Mundi, S.A.C.I. y F.
- 2.- Birn, H. y Winther, J. B.
Atlas de Cirugía Oral
Edit. Salvat.
- 3.- Bhaskar, S. N.
Tratado de Cirugía Oral.
Segunda edición.
Edit. El Ateneo.
- 4.- Escuela Odontológica Alemana
Enfermedades Quirúrgicas de la Boca, Dientes
y Maxilares.
Edit. Labor, S. A. 1936.
- 5.- Guralnick, Walter C, D. M. D.
Tratado de Cirugía Bucal
Edit. Salvat, S. A. 1971.

- 6.- Kruger, Gustavo C.
Tratado de Cirugía Bucal.
Cuarta edición.
Edit. Interamericana.
- 7.- Ries Centeno, Guillermo A.
Cirugía Bucal
Octava edición.
Tomo II
Edit. El Ateneo, 1979.
- 8.- Thoma, Kurt H.
Patología Bucal
Tomo II
Edit. Hispano-Americana.