

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



## QUISTES EN LA CAVIDAD BUCAL

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA  
POR E S E N T A  
**NORMA GLADYS RIVERA TOVAR**  
MEXICO, D. F. 1983



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## I N D I C E .

|   |    |
|---|----|
| I.- INTRODUCCION.                                   | 2  |
| II.- GENERALIDADES SOBRE QUISTES.                   | 3  |
| DEFINICION.   | 3  |
| ETIOLOGIA.  | 3  |
| HISTOLOGIA.   | 6  |
| CARACTERISTICAS CLINICAS.                           | 7  |
| ESTUDIO RADIOGRAFICO.                               | 9  |
| III.- CLASIFICACION DE LOS QUISTES SEGUN SU ORIGEN. | 11 |
| IV.- DESCRIPCION DE CADA UNO DE ELLOS.              | 14 |
| V.- DIAGNOSTICO.                                    | 41 |
| VI.- TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES.         | 42 |
| VII.- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.               | 62 |
| VIII.- CONCLUSION.                                  | 64 |
| IX.- BIBLIOGRAFIA.                                  | 65 |

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

El diagnóstico de las afecciones - de la cavidad bucal es muy importante; y esté depende de los miembros de la profesión de Odontología general más que de los especialistas, puesto que si una lesión no se descubre en el consultorio de la practica general, no se logra una pronta y adecuada terapéutica.

Por consiguiente el bien y el mejoramiento del paciente, no dependen sólo de la observación dental - sino del conocimiento de todas las regiones adyacentes dentro de - la cavidad bucal.

Por lo tanto al escribir esta tesis pretendo dar un enfoque general, para que tengamos una pequeña guia de como podemos reconocer y tratar las afecciones bucales; en esté caso los quistes.

## GENERALIDADES SOBRE QUISTES.

### DEFINICION.

El quiste es una bolsa conjuntivo-epitelial tapizada de epitelio en la cara que mira a la luz del quiste y con tejido conjuntivo circundando al epitelio, contiene por lo general líquido o una materia semisólida.

### ETIOLOGIA.

Al respecto hay diferentes opiniones de las cuales dare algunas.

El quiste se origina intraepitelialmente por de generación central de células dentro del epitelio, los epitelios como restos de Malassez en el paradencio presentan un aflojamiento adquiriendo el epitelio un carácter esencialmente reticular como lo conocemos de la pulpa de esmalte, la causa para estas alteraciones en el epitelio son procesos inflamatorios vecinos entonces se encuentra a menudo leucocitos en las mallas epiteliales.

Las células epiteliales muestran signos de degeneración y cristales de colestina son depositados fuera de las células, aun cuando sólo unas pocas células aisladas han sido destruidas y licuefactadas ya está dado el fundamento para un micro-quiste.

El quiste se origina por degeneración central - de epitelios que han crecido adentro del granuloma. Según Steinhardt y Strassburg si bien en las partes periféricas - del granuloma tienen una buena vascularización las partes centrales están mal irrigadas de modo que ahí fácilmente se llega a degenerar las células por mala alimentación; el epitelio depende para su alimentación de sus alrededores comúnmente de tejido conjuntivo circundante o en un granuloma del tejido de granulación vecino, el quiste se origina entonces así, que el tejido conjuntivo periférico forma la bolsa los epitelios centrales mal alimentados se deshacen y los periféricos mejor alimentados forman el tapizado interior.

El quiste se origina por degeneración central - de tejido de granulación.

El granuloma en su parte central, como es por lo general mal alimentada se originan focos de degeneración adiposa y líquida dado - que el epitelio tiene la propiedad de crecer sobre superficies, el epitelio crece activado por inflamaciones en la vecindad apuntando hacia los focos de degeneración.

El quiste se origina por crecimiento de epitelio alrededor de pequeñas cavidades de abscesos crónicos.

Meyer ha mostrado que el epitelio tiene tendencia a crecer encima de cemento marginal y apical en vía de reabsorción, delimitándolo y desprendiéndolo respectivamente del cuerpo. El epitelio no solamente crece encima del cemento, sino también sobre superficie ulcerada que se ha fijado en el foramen apical y que da su secreción

hacia el conducto radicular.

Si ocurre una congestión de la secreción entonses el epitelio puede crecer alrededor de todo el absceso de modo que tenemos un pequeño quiste transformandose el contenido del absceso por licuefacción en contenido quístico; en esta licuefacción se libera grasa y colestina que se encuentra en forma de escamas en el contenido quístico.

El quiste se origina por crecimiento de epitelio dentro de fístulas desde la cavidad bucal; si se cierra la fístula entonses el quiste se origina por los epitelios encerrados. Grawitz quien cree que el epitelio crece desde la cavidad bucal - adentro de las fístulas; considera que el conducto de la fístula y el absceso del cual sale la fístula son encerrados por el epitelio, cuando cesa la secreción como podría imaginarse despues de la desintegración completa de un sequestro óseo, por ejemplo en la osteomielitis el conducto de la fístula se cerrara y el epitelio encerrado podra desarrollarse entonses el quiste, del epitelio al crecer correspondientemente se origina el tapizado epitelial de este quiste.

El quiste tiene lugar en la época del desarrollo dental.

La alteración del folículo dental seria desencadenada por transtornos degenerativos en el desarrollo.

## HISTOLOGICAMENTE.

Según Brosch la bolsa del quiste - consta de capas de tejido conjuntivo circulares entre las cuales - se hallan infiltraciones inflamatorias crónicas, las fibras de la bolsa se insertan en el cemento del ápice de la raíz que está alojada en el quiste.

La capa epitelial en algunas partes especialmente en la región apical esta bien desarrollada presentando una estructura similar al - epitelio plano estratificado y se observa a menudo proliferaciones bien delimitadas en forma de lenguas, tal vez debido a irritaciones por inflamaciones; pero en general esa capa nunca es tan uniforme como en la piel o en las mucosas sino que es interrumpida por islotes infiltrados de tejido conjuntivo de modo que toma más bien la forma de cintas epiteliales delgadas guirnaldaiformes que solo - en algunos puntos se unen a placas más espesas, las capas que miran hacia la cavidad muchas veces son destruidas y pueden faltar - en algunas zonas de modo que se ven superficies ulcerosas con islotes epiteliales intercalados.

El contenido quístico puede ser de consistencia y colores diversos; muchas veces el líquido que se encuentra es más bien acuoso, transparente de color ambar otras veces se encuentra una papilla con numerosos cristales de colestestina de brillo metálico, estos cristales se originan por la descomposición de células desprendidas en el interior del quiste; en caso de infección del quiste el contenido puede tener color marrón o - ser directamente purulento, el pus quístico se diferencia del pus de un absceso por su contenido de cristales de colestestina.

Conforme al crecimiento eminente--  
mente crónico del quiste, el hueso contiguo muestra muy poco y re-  
lativamente leves signos de reabsorción.

En general se podrá aceptar que quistes grandes necesitan de dos a  
cinco años para su desarrollo; en esto jugarán un papel importante  
varios factores como calidad del hueso(esponjoso, compacto), edad  
del paciente, lugar del quiste, para nombrar sólo algunos.

#### CARACTERISTICAS CLINICAS.

Los quistes en la cavidad oral pue  
den desarrollarse en el maxilar superior hacia la nariz o el seno  
maxilar, muchas veces en caso de quistes grandes el seno maxilar -  
esta completamente desplazado o estrechado a una delgada grieta, -  
dado que estos quistes grandes se extienden tambien hacia abajo en  
contrandose ante todo un quiste folicular en que el foliculo denta  
rio está dentro del seno.

En el maxilar inferior los quistes tanto radiculares como folicula  
res suelen crecer distal del último diente hacia adentro de la ra-  
ma ascendente.

Los signos clinicos principales -  
son:

Una tumefacción visible de la cara o de los -  
maxilares se encuentra relativamente raras veces en los quistes -  
grandes, sin embargo ya los quistes pequeños del antro nasal o los

quistes de la parotis pueden alterar los contornos faciales.

Prominencias palpables en el maxilar o reborde alveolar se encuentran ocasionalmente cuando el quiste ha crecido más hacia la superficie.

A menudo se encuentra una hinchazón indolora, - que también puede ser borrosa. Sólo el quiste infectado puede presentar un cuadro clínico similar al absceso.

Frecuentemente se encuentra una clara delimitación de la tumefacción, lo que por lo general no se encuentra en - el absceso.

La presión del quiste desplaza la raíz dentaria la divergencia de las raíces eventualmente puede ser palpada, la - convergencia de las coronas muchas veces es visible.

El crecimiento del quiste es lento y sin dolores, lo cual se observa por medio de las radiografías.

En la mayoría de los quistes se encuentra una - eminencia que puede ser palpable o no según haya crecido dentro - del hueso esponjoso como en el cuerpo de la mandíbula o en su rama ascendente.

En el quiste infectado no es fácil de diagnosti- car ya que presenta rubor, calor, dolor, al igual que el absceso - sólo que esté se encuentra causando sencibilidad a la percusión -

mientras que el diente desvitalizado que es la causa del quiste no reacciona a la percusión.

En el quiste infectado la fluctuación se halla en la cima de la tu mefacción, y hacia los margenes se podrá palpar el hueso engrosado en el quiste se encuentra un líquido seroso, en el cual brillan - cristales de colesteterina mezclados con pus y líquido seroso turbio.

En todo quiste se puede observar - dos etapas, la etapa endóstica o endoósea y la etapa de exteriorización la cual en algunas veces se infecta llamando la atención - del paciente y del odontólogo con la presencia de la cavidad quística, en ocasiones produce asimetría facial por su crecimiento al expandir las corticales tanto vestibulares como palatinas ocasionando deformidades en la cara.

#### ESTUDIO RADIOGRAFICO.

El examen radiográfico nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes.

La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso en la cual está contenido el saco del quiste, esta lámina densa se ve en la radiografía - como una línea blanca delgada delineando la región que contiene el quiste radiolúcido; los quistes generalmente tienen un contorno li so, redondo y lobular y pueden ser multiloculares, sin embargo - cuando hay infección secundaria los bordes pueden ser irregulares, los quistes de los maxilares son muy difíciles de ver en la radio-

gráfia debido a que se sobreponen las sombras de los senos paranasales.

Algunas veces se confunde una región radiolúcida pequeña e irregular con la recurrencia de un quiste esta apariencia puede deberse a que ambas paredes corticales están atacadas por el quiste.

El quiste típico tiene forma de - una pompa de jabón, la transparencia quística está nítidamente delimitada, a menudo es característico el desplazamiento de raíces - dentarias por el quiste.

CLASIFICACION DE LOS QUISTES SEGUN SU ORIGEN.

A) QUISTES ODONTOGENICOS:

Surgen del organo del esmalte o folículo por eso reciben el nombre colectivo de quistes Foliculares.

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

Surgen de restos epiteliales de - Malassez.

- 1.- Quiste Radicular
- 2.- Quiste Residual
- 3.- Quiste Lateral
- 4.- Quiste Gingival

B) QUISTES NO ODONTOGENICOS:

Surgen en la zona de fusión de los procesos faciales por eso reciben el nombre colectivo de quistes - Fisurales.

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

Surge de restos del conducto nasopalatino.

- 1.- Nasopalatino

I.- QUISTE DE RETENCION.

- 1.- Ranula
- 2.- Mucocele
- 3.- Mucoso

II.- QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE.

III.- QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL.

IV.- QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

V.- QUISTE LINFOEPITELIAL.

C) QUISTES NO EPITELIALES (SEUDOQUISTES).

1.- Traumático

2.- Cavidad ósea idiopática

3.- Oseo Aneurismático

## DESCRIPCION DE CADA UNO DE ELLOS.

### QUISTES ODONTOGENICOS.

Los quistes odontogénicos son quistes del desarrollo que se originan en los tejidos formados del diente.

Estos quistes se pueden presentar desde la infancia hasta cualquier edad y en su crecimiento destruyen el hueso, la esponjosa ofrece menor resistencia que el hueso cortical; el hueso cortical se puede atrofiar debido a la presión y luego volverse muy delgado, puede quedar tan erosionado que a veces dé lugar a una franca ulceración.

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

En general los quistes odontogénicos tienen paredes gruesas y pueden degenerar y formar un muro tumoral.

El epitelio odontogénico que representa los vestigios de los órganos del esmalte o de la lámina dental, puede existir en los maxilares en forma de órganos de esmalte no desarrollados o como restos epiteliales (restos de Malassez).

## PRIMORDIAL.

El quiste primordial proviene de - un germen dentario que en vez de formar un diente degenera convirtiéndose en un quiste.

Clinicamente esta lesión se asocia siempre con un diente ausente a menos que se origine a partir de un germen supernumerario.

La mandíbula se ve afectada con mayor frecuencia que el maxilar y la lesión habitualmente se presenta en la segunda o tercera déca da de la vida; puede producir un agrandamiento del maxilar o ser - asintomática.

La lesión es indolora pero si es grande puede provocar migración - de los dientes , todos los dientes de la región poseen vitalidad.

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida bien demarcada que no se asocia directamente con un diente erupcionado o no erupcionado.

Los cortes microscópicos revelan - una cavidad quística revestida de epitelio escamoso estratificado y una pared de tejido conectivo que habitualmente, aunque no siempre está libre de células inflamatorias y que puede contener peque ños islotes de epitelio odontogénico o ameloblástico.

## DENTIGERO.

Es el más común de los quistes foliculares.

El quiste dentígero proviene del órgano del esmalte, después de la terminación parcial de la corona o está adherido a ella.

La lesión produce agrandamiento del maxilar que en algunos casos es bastante acentuado.

Es algo más frecuente en los hombres que en las mujeres y suele presentarse en la segunda o tercera década de la vida; más o menos un 70% de las lesiones aparece en la mandíbula y un 30% en el maxilar, casi el 62% en la zona molar, el 12% en la región canina y un 12% en la premolar y el 14% restante se distribuye sobre las demás zonas de los maxilares. El tercer molar inferior y el canino superior constituyen los dientes individuales afectados con mayor frecuencia.

Las radiografías muestran un diente que no ha erupcionado cuya corona está rodeada por una zona radiolúcida nítidamente demarcada.

En quistes grandes de la zona del tercer molar mandibular la radiolucencia puede extenderse lejos hacia el interior de la rama.

Los dientes relacionados con quistes dentígeros pueden resultar desplazados.

En términos generales se trata de un diente cuya corona está rodeada por una bolsa quística, cuando el quiste rodea completamente a la corona se llama quiste dentígero central, cuando está adherido a un costado de la corona se denomina quiste dentígero lateral.

Los cortes microscópicos obtenidos a partir de la lesión revelan que la corona del diente está completamente formada o que se halla en vías de formación.

El quiste que rodea completamente a la corona o que se adhiere a ella está revestido de epitelio escamoso estratificado, su pared de tejido conectivo consiste en haces de colágeno y suele mostrar una infiltración leve de linfocitos y plasmocitos.

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.

En los niños se desarrollan a menudo en asociación con dientes en erupción y poco antes de entrar en la cavidad bucal, se presentan como abultamientos en la cresta alveolar de color azulado renitentes y llenos de líquido llamándose quistes de erupción.

#### MULTILOCLAR.

Los quistes multiloculares pueden ser hereditarios y también pueden asociarse con otros trastornos del desarrollo tales como quistes sebáceos múltiples de la piel.

Clinicamente se presenta como un agrandamiento del hueso afectado, la zona molar mandibular consti-

tuye la localización más frecuente.

Radiográficamente observamos una - zona con aspecto multiquístico semejante a pompas de jabón. Es muy común que los dientes migren.

Los cortes microscópicos muestran lo que parece ser una cantidad numerosa de quistes primordiales - adheridos unos a otros o comunicados entre sí; están revestidos de epitelio escamoso estratificado y 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.

#### RADICULAR.

El quiste radicular suele ser asintomático sin embargo a veces el diente afectado es sensible a la - percusión; en contados casos la lesión puede asociarse con una fístula.

El diente está desvitalizado y puede presentar un proceso de necrosis pulpar o una restauración.

El quiste es mucho más frecuente - en el maxilar que en la mandíbula y se presenta por lo general en la tercera década de la vida.

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

En las radiografías no es posible distinguir entre un quiste radicular, un granuloma dentario y otras lesiones quísticas de la zona. No obstante la presencia de un diente desvitalizado asociado con una radiolucencia periapical indica que se trata de un quiste radicular, un granuloma dentario, o un absceso apical.

Microscópicamente la cavidad del quiste contiene restos necróticos carentes de estructura o sustancia eosinofila homogénea, además algunas células vivas y cristales de colesteroína.

El quiste está revestido de epitelio escamoso estratificado que a su vez está rodeado por tejido conectivo de diversa densidad; el tejido conectivo casi siempre presenta infiltración de plasmocitos y linfocitos y edema, también puede verse hendiduras de colesteroína circundadas por células gigantes, hemosiderina y grandes macrofagos pálidos, observamos también trabéculas óseas al derredor.

Cuando un quiste radicular se desarrolla a lo largo de una de las caras radiculares se lo llama quiste periodóntico lateral, la distinción entre ambos se basa en la presencia o ausencia de vitalidad en el diente asociado.

## RESIDUAL.

Si un diente afectado por un quiste radicular se extrae sin que se remueva el quiste este puede permanecer en el maxilar, la lesión se denomina quiste residual.

Posee las mismas características microscópicas que el quiste radicular y representa aproximadamente todas las lesiones periapicales; es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula y la mayoría de los pacientes se encuentran en la cuarta década de la vida.

Los quistes primordial, dentígero y multiloculares potencialmente son capaces de convertirse en ameloblastomas mientras que los quistes radiculares y residuales por otra parte no tienen esa capacidad.

## LATERAL.

Se presenta por lo general en la región de los caninos y premolares de la mandíbula.

Su patogénesis no está muy clara, algunos investigadores creen que es un verdadero quiste primordial, a partir de un brote supernumerario abortado y otros opinan que crecen a partir de los residuos epiteliales de la membrana periodontal.

Muchas veces no hay signos clínicos, la mayor parte de estos quistes se descubren en el curso de una exploración radiográfica habitual.

Sin embargo cuando el quiste es muy grande o cuando su localización es más bucal puede encontrarse un bulto de color normal y de superficie lisa.

Los rayos X son lo suficientemente específicos como para permitir establecer un diagnóstico seguro. La zona radiotransparente que puede ser de forma redondeada pero que más a menudo es ovalada o elíptica, generalmente es de tamaño pequeño, con brotes bien delimitados y a veces rodeadas de una zona elíptica.

#### GINGIVAL.

Se localiza en la encía libre o adherida, puede considerarse como un quiste del desarrollo. Algunos de estos quistes crecen a partir del epitelio de la lámina dental del órgano del esmalte o de sus ramificaciones.

Su aspecto clínico es de una masa prominente, pequeña (rara vez de un centímetro de diámetro), de su superficie lisa, en forma de cúpula redonda, tiene un color de tejido normal y a veces parece un quiste mucoso más profundo, suele ser duro y no doloroso a la palpación aunque se localiza general-

mente en la encía fija, puede presentarse en la región gingival li  
bre o incluso en los tejidos próximos.

Los quistes gingivales observados  
en los niños se conocen también con el nombre de perlas de Epstein  
o módulos de Bohn.

Histología. El quiste gingival es  
un quiste verdadero, es decir, consiste en una cavidad recubierta  
por epitelio escamoso estratificado.  
Las células suelen ser delgadas y planas y a veces puede haber que  
ratina.

## QUISTES NO ODONTOGENICOS.

El epitelio no odontogénico se - observa únicamente en el maxilar superior y representa los restos del epitelio que cubría los procesos embrionarios que generan el - maxilar; estos residuos se encuentran a lo largo de la línea de - cierre de los procesos embrionarios, es decir a lo largo de la línea media del paladar (línea de fusión de los procesos palatinos), en la zona entre los caninos e incisivos laterales del maxilar - (línea de fusión de los procesos globular y maxilar) y en la región de la base de la nariz (línea de cierre de los procesos nasales - medio y lateral con el proceso maxilar).

Los quistes fisurales se producen cuando falla una fusión ósea en la época del desarrollo embrionario.

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

## QUISTES PALATINO MEDIANO Y ALVEOLAR MEDIANO.

Son quistes de la línea media del maxilar superior.

El termino quiste palatino mediano se aplica a una lesión que se presenta en la línea media del

paladar, mientras que se emplea la denominación de quiste alveolar mediano para referirse a una lesión cerca del proceso alveolar inmediatamente por detras de los incisivos centrales.

Ambas lesiones se originan a partir de las células epiteliales que quedan aprisionadas en la línea media del maxilar durante su desarrollo.

Clínicamente las dos lesiones se presentan como una tumefacción sólida en la línea media del paladar, la túnica mucosa puede ser pálida o blanqueada pero siempre está intacta; no hay ulceración.

Las lesiones son indoloras pero pueden causar molestias durante la masticación y fonación.

Radiográficamente observamos zonas radiolúcidas circunscritas, dada su posición anterior se puede confundir con nasopalatino pero se distingue de él por su situación más baja ya anterior.

Los cortes microscópicos preparados muestran un quiste revestido de epitelio columnar ciliado escamoso estratificada o pseudoestratificado, en algunos casos se pueden observar ambos epitelios.

La cavidad quística contiene restos celulares, líquido o queratina; el tejido conectivo peri-epitelial puede mostrar una leve infiltración linfocítica y plasmocítica.

## GLOBULOMAXILAR.

Se origina a partir de restos epiteliales que quedaron en la línea de fusión de los procesos globular y maxilar del proceso facial embrionario, por lo tanto se observa entre el canino y el incisivo lateral del maxilar superior donde puede producir un agrandamiento así como migración de los dientes adyacentes.

Es asintomático y todos los dientes de la región son vitales.

En la radiografía se observa una zona radiolúcida piriforme entre el canino y el incisivo lateral, el cuello de la pera se halla entre las partes coronarias de los dientes; las raíces del canino e incisivo lateral suelen estar separadas por la imagen radiolúcida.

Los cortes microscópicos presentan al quiste revestido de epitelio columnar ciliado escamoso estratificado o pseudoestratificado o ambos.

La cavidad quística contiene retos celulares líquido o queratina, el tejido conectivo peri-epitelial puede mostrar una leve infiltración linfocítica y plasmocítica.

## NASOALVEOLAR.

Se trata en realidad de un quiste de los tejidos blandos de origen fisural y a veces produce resorción de hueso.

El quiste nasopalveolar suele observarse en la raza negra y se localiza en la base de una de las narinas.

Ocasiona una tumefacción que puede verse y palparse debajo del labio superior así como en el piso nasal; todos los dientes de la región poseen vitalidad.

Las radiografías no muestran alteración ósea, sin embargo puede aparecer una radiolúcencia si el quiste produce una resorción ósea, por presión desde el lado del periostio.

Las características microscópicas en una cavidad quística revestida de epitelio escamoso estratificado o respiratorio; la pared del quiste muestra infiltración de plasmocitos y linfocitos al igual que los quistes medianos y globulomaxilares.

## MANDIBULAR MEDIANO.

En raras ocasiones se observan - quistes a nivel de la línea media mandibular, que a veces reciben el nombre de quistes mandibulares medianos.

Como no se comprueba epitelio fisural en esta zona, tales lesiones se denominan erróneamente fisurales.

En realidad representan quistes primordiales que se originan a partir de un germen dentario accesorio.

Se presentan en la sínfisis y son el resultado de un englobamiento epitelial de las dos mitades de la arcada; estos quistes causan una divergencia de las raíces de los incisivos centrales y una superposición de los ángulos mesioincisales de las coronas, los dientes son vitales.

## NASOPALATINO.

Son los más comunes y se dividen en dos tipos:

El quiste del conducto incisivo y el quiste de la papila palatina según el quiste, se localice en la papila incisiva o en el conducto nasopalatino.

El quiste nasopalatino se encuentra en la región anterior del maxilar e inmediatamente detrás de

los ápices de los incisivos centrales; crece a partir de los residuos epiteliales de los vestigios del conducto o conductos nasopalatinos.

Pueden ser asintomáticos o producir una elevación en la parte anterior del paladar, la túnica mucosa es normal y los dientes de la zona son vitales.

Las radiografías muestran una zona radiolúcida circunscrita en la parte anterior del maxilar, por lo general la sombra de la espina nasal se superpone a la radiolucencia comunicando a esta un contorno en forma de corazón.

El quiste de la papila palatina no produce por lo común ninguna imagen radiolúcida, sin embargo si erosiona el hueso desde la superficie palatina podrá verse la zona radiolúcida correspondiente.

Microscópicamente los quistes nasopalatinos muestran un revestimiento de epitelio respiratorio o escamoso estratificado; se observan también glándulas mucosas y nervios en la pared del tejido conectivo e infiltración de linfocitos y plasmocitos en dicho tejido.

QUISTES DE RETENCION.

RANULA.

Es una tumoración grande en el piso de la boca de consistencia blanda y llena de mucus, revestido de tejido de granulación.

Se puede originar dentro de las glándulas mayores donde producen un agrandamiento poco definido que puede levantar la lengua y dificultar el habla.

Se relaciona con las glándulas submaxilar y sublingual.

Microscópicamente en su formación la ránula es idéntica al mucocelo, salvo que está asociada con glándulas de mayor tamaño razón por la cual su dimensión es mayor.

Se produce como consecuencia de un defecto en el conducto de Wharton (glándula submaxilar) o en el de Bartholin (glándula sublingual mayor).

## MUCOCELE.

Es un quiste que contiene mucus, - aparece en las regiones de las glándulas salivales de la mucosa bucal.

Clinicamente se presenta como una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente elevada - traslúcida y azulada; si se localiza profundamente la palpación pone de manifiesto una formación circunscrita que se desplaza con facilidad.

Con excepción de la mitad anterior del paladar duro (que carece de glándulas salivales) puede producirse en cualquier lugar de la cavidad bucal, los labios y la lengua constituyen los sitios preferidos.

Las lesiones superficiales se abren frecuentemente y luego de descargar una sustancia mucoides viscosa se colapsan, apenas parecen haber curado recidivan, esta secuencia de ruptura descarga y recurrencia pueden durar meses.

Microscópicamente la lesión plenamente desarrollada consiste en una cavidad quística llena de un material homogéneo levemente basófilo que es mucus, dispersas por estas sustancias pueden observarse células redondas tumefactas al parecer en degeneración.

El revestimiento del quiste habitualmente está formado únicamente por tejido de granulación y en circunstancias extremadamente raras por epitelio.

Las glándulas salivales así como el tejido conectivo en la vecin-

dad del mucocele muestran infiltración de neutrófilos, linfocitos y plasmocitos.

En un estadio temprano del mucocele como en uno que se ha abierto y descargado no resulta posible reconocer ninguna cavidad quística nitidamente delimitada y la lesión consiste en una infiltración difusa de la zona afectada con mucus.

Los mucocelos se forman como consecuencia de una ruptura traumática del conducto excretor de una glándula salival y la posterior acumulación de saliva en los tejidos.

#### MUCOSO.

El quiste mucoso es una lesión quística de la cavidad bucal que suele aparecer en los labios, mejillas o lengua; se trata de un pequeño crecimiento renitente cuyo tamaño pocas veces excede de unos pocos milímetros.

Microscópicamente se caracteriza por una cavidad quística llena de mucus revestida por un epitelio cúbico o cilíndrico que consiste en células mucosas.

Esta lesión se diferencia del mucocele en que su causa no radica en la ruptura de un conducto, en que está revestida de epitelio y en que no se asocia por lo general con glándulas mucosas.

## QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE.

El quiste dermoide es un quiste - del desarrollo constituido por una pared fibrosa revestida por epitelio estratificado que contiene anejos dérmicos como folículos pilosos, glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas y dientes.

Los quistes dermoides son bastante raros en la cavidad bucal.

El suelo de la boca es la localización más frecuente del quiste; - en esta localización se puede clasificar en dos variedades, central y lateral, a su vez cada una de estas variedades se subdividen en otras dos según este por encima o por debajo del músculo - milohioideo.

La fluctuación del quiste y su color blanquecino hacen que sea bastante fácil diferenciarlo de una ránula.

El examen histológico reveló un - quiste queratinizado con algunos folículos pilosos y glándulas doríparas en su interior.

El quiste epidermoide se origina - cuando al cerrarse fisuras embrionarias quedan incluidas partes ectodermiales en el mesénquima.

El quiste se presenta como una masa bien circunscrita, libremente móvil; habitualmente en el piso -

de la boca o en la mejilla, cuando se localiza en el piso de la boca puede elevar la lengua y dificultar el habla y la masticación.

Es pastoso al tacto pero puede ser fluctuante; los cortes revelan un material caseoso o líquido.

Microscópicamente el quiste muestra un revestimiento de epitelio escamoso estratificado y queratinizado y su cavidad contiene habitualmente queratina.

En la pared de tejido conectivo del quiste es posible encontrar glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos.

## QUISTES DE LA HENDIDURA BRANQUIAL.

Son tumefacciones circunscritas y móviles que generalmente aparecen en el costado del cuello no obstante se llegan a observar en el ángulo de la mandíbula y en raras ocasiones se encuentra uno en el piso de la boca.

Esta tumefacción se presenta habitualmente entre los 20 y 40 años.

Se origina a partir de inclusiones epiteliales en el interior de los ganglios linfáticos cervicales. Frecuentemente aparecen después de haberse alcanzado la madurez sexual, por el hecho de que el epitelio glandular encerrado en los ganglios linfáticos probablemente empieza a proliferar después de la pubertad.

Su aspecto clínico es de una masa prominente de crecimiento lento, no dolorosa en la región lateral superior del cuello, por delante del músculo esternocleidomastoideo la masa varía de tamaño según su tiempo de evolución pero generalmente es blanda y fluctuante a la palpación su superficie es lisa de bordes curvados bien limitados y está recubierta generalmente de una piel no adherente de aspecto normal.

En los cortes al microscopio muestran que el quiste está revestido de epitelio escamoso estratificado y rodeado de tejido linfático el cual posee todas las características de un ganglio linfático.

Si el quiste es grande puede comprimir la estructura linfática y en ese caso el tejido linfático se ve como una zona de células densamente apretadas.

## QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO .

El conducto epitelial ciego que -  
desciende desde la lengua hasta la localización de la futura glán-  
dula tiroides se denomina conducto tirogloso.

Después del descenso y la diferenciación de la tiroides el conduc-  
to degenera pero deja una estela de numerosos restos epiteliales,  
estos restos pueden experimentar una degeneración quística y origi-  
nar un quiste tirogloso.

Clínicamente este quiste puede lo-  
calizarse en cualquier punto de la línea media desde el agujero -  
ciego hasta la glándula tiroides.

Son generalmente de color obscuro y parecidos al hemangioma cuando  
están muy vascularizados; un sintoma importante y frecuente es la  
hemorragia de la boca por ruptura de las venas subyacentes.

Puede ser asintomático o puede causar síntomas como resultado de -  
la presión sobre otras partes, la deglución hace que el quiste se  
mueva hacia arriba.

Los cortes al microscópio revelan  
un quiste revestido de epitelio cilíndrico ciliado.

## QUISTE LINFOEPITELIAL.

Es una lesión relativamente rara - que se presenta en la glándula parotida y produce un agrandamiento clínicamente discernible.

La lesión se desplaza con facilidad es indolora y asintomática.

Se desarrolla como consecuencia de un cambio quístico en las inclusiones epiteliales que se observan invariablemente en los ganglios linfáticos parotídeos por consiguiente es idéntico al quiste branquial y similar al quiste linfoepitelial de los tejidos bucales blandos.

Sus características microscópicas son las de una cavidad quística revestida de epitelio y rodeada de tejido linfoide.

## QUISTES NO EPITELIALES .

Se les denomina así por no estar -  
revestidos de epitelio.

## QUISTE TRAUMÁTICO.

También llamado quiste óseo solita-  
rio, quiste hemorrágico, quiste de extravasación o quiste unicameral.

Suele observarse en personas meno-  
res de 20 años, es más común en los hombres que en las mujeres.  
La lesión pocas veces es dolorosa, la zona afectada con mayor fre-  
cuencia se encuentra en el canino inferior y la rama, el segundo -  
sitio es la sínfisis mandibular; puede producir un agrandamiento  
del maxilar.

Los quistes pueden persistir durante mucho tiempo, los dientes de  
la región son vitales; habitualmente existen antecedentes de trau-  
matismo.

El quiste es una gran cavidad en -  
el hueso cuyas paredes están revestidas por una cantidad muy peque-  
ña de tejido, está puede estar vacía o contener poca cantidad de  
líquido claro o sanguinolento; en ocasiones se observa que el ner-  
vio alveolar inferior y vasos sanguíneos pascen libremente en la ca-  
vidad.

En la radiografía el quiste se presenta como una zona radiolúcida amplia que puede expandir las tablas del maxilar.

La radiolucencia se extiende por entre los dientes y posee un contorno festoneado.

Los cortes al microscópio muestran sólo hueso cubierto por una capa microscópica extremadamente delgada de tejido conectivo.

La causa del quiste traumático es desconocida sin embargo se han propuesto numerosas teorías como - hemorragia en el hueso, seguida de lisis del coágulo, metabolismo cálcico deficiente, alteraciones en la resorción y aposición del - hueso y necrosis osquémica de la médula, y desarrollo de un tumor benigno, que experimenta una lisis espontánea y deja un espacio - vacío.

#### CAVIDAD OSEA IDIOPATICA.

No es en realidad un quiste del - maxilar pero presenta una similitud clínica y radiográfica con las lesiones quísticas.

También se denomina defecto óseo embrionario o cavidad ósea mandibulolingual.

Se presenta en la mandíbula y se - localiza habitualmente debajo del conducto dentario inferior entre

el ángulo mandibular y el primer molar, afecta por igual a ambos - sexos.

La lesión es asintomática y se la descubre en oportunidad de un examen de rutina.

Las radiografías muestran una zona radiolúcida bien demarcada por lo general situada debajo del conducto dentario inferior y que no dilata la tabla cortical.

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 sublingual o submaxilar 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.

#### OSEO ANEURISMÁTICO.

Se presenta en personas menores de 20 años y suele haber antecedentes de traumatismo.

La lesión tiene una duración de uno a seis meses y por lo general se desarrolla en la mandíbula.

En el lado afectado se encuentra - un agrandamiento sólido e insensible; el revestimiento mucoso es - normal.

Durante la exploración se encuentra una cavidad ósea llena de un tejido pardo-rojizo similar al tejido hepático, pletórico de sangre.

En la radiografía la radiolucencia puede ser unilocular pero por lo general presenta un aspecto multilocular o semejante a pompas de jabón. La mandíbula suele estar dilatada pero las tablas no se destruyen.

Las características microscópicas muestran numerosos remansos de sangre, están revestidos de células fusiformes de tejido conectivo y el tejido está compuesto de fibroblastos, numerosas células gigantes, focos de hemosiderina y pequenos vasos sanguíneos.

## DIAGNOSTICO.

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de datos físicos, valoración radiográfica y biopsia; el examen histológico muchas veces es esencial para establecer un diagnóstico correcto.

No se debe hacer una biopsia inmediatamente para eliminar otros estudios, la biopsia debe hacerse cuando sus indicaciones sean bastante claras.

El diagnóstico se hace por los signos clínicos anotados de crepitación apergaminado o fluctuación y resistencia al presionar sobre la tumefacción.

Se tomara en cuenta la deformación facial o local.

El examen radiográfico es indispensable para conocer el volumen del proceso, la relación con órganos vecinos, el estado de estos órganos.

También la radiografía nos da exactamente los contornos del quiste y la zona de condensación ósea que se origina por aposición y resorción ósea central.

## TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES.

Establecido clínicamente y radio--  
gráficamente el diagnóstico del quiste, cualquiera sea su variedad  
clínica es necesario considerar el tratamiento que debe aplicarse  
a estos procesos.

El tratamiento consiste esencialme  
nte en suprimir el tumor quístico.

La técnica del tratamiento quirúrgico fue concebida por Dupuytren,  
Heath y Partsch quienes dieron principios y fundamentos incommovi-  
bles.

El metodo de Partsch tiene varian-  
tes e indicaciones y estos son:

Método de Partsch I .

Método de Partsch II .

Método conservador de Partsch .

Método radical de Partsch.

### ANESTESIA.

La anestesia es la base de toda -  
buena intervención quirúrgica, logrando los tiempos operatorios -  
con el máximo de comodidad para el paciente y cirujano.

Anestesia para los quistes del -  
maxilar superior.

Región anterior.- Incisivos y caninos.

La anestesia para los quistes ubicados en esta región debe ser la infraorbitaria, completada siempre por el lado palatino, siguiendo las técnicas en uso.

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 quistes grandes, 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 tronco del nervio maxilar superior, a la salida del agujero redondo mayor, en plena fosa ptérigomaxilar, - anestesia que puede realizarse según las diferentes técnicas y por vía intrabucal o extraoral, completada con anestesia local (vestibular y palatina).

Anestesia para los quistes del -  
maxilar inferior.

En las intervenciones de los quistes

tes del maxilar inferior, se emplea la anestesia regional (solución de novocaína, realizada a la altura de la espina de Spix), completada por vía intraoral bloqueando el nervio bucal y en algunos casos extraoral, anestesiando el plexo cervical superficial, nos permite intervenir aun en los grandes quistes del maxilar inferior.

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

Ante el temor de fracaso ante anestesia infiltrativa que pudiera resultar insuficientes, no dudamos en indicar la anestesia general.

Pacientes temerosos o pusilánimes, o simplemente hipersensibles, constituyen problemas en la cirugía de los quistes de ambos maxilares por lo cual se recomienda la anestesia general.

#### VIAS DE ACCESO.

La intervención de los quistes cualquiera sea su tamaño y situación debe ser siempre realizada por vía vestibular.

La región vestibular es la que nos dará mayores éxitos operatorios.

Todas las demás vías de acceso son insuficientes, peligrosas y antiquirúrgicas.

Los quistes del maxilar superior - que invadan los órganos vecinos ya sea senos, fosas nasales, bóveda palatina serán intervenidos por vía vestibular.

Para los quistes del maxilar inferior se puede emplear además de la vía vestibular la vía alveolar agrandada.

#### METODO DE PARTSCH.

El concepto del método de Partsch consiste esencialmente en transformar el quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal, conservando parte de la membrana quística que por su condición epitelial adquiere en poco tiempo todas las características del epitelio bucal.

Oh en la completa enucleación de - la bolsa quística.

#### INDICACIONES PARA PARTSCH I Y II .

El quiste es muy grande y no puede esperarse la curación vía el cóngulo después de la extirpación de la bolsa quística, aún cuando se introduce en la cavidad quística sangre propia más gelatina esponjosa.

Quistes extremadamente grandes se encuentran ante todo en la rama

ascendente de la mandíbula. Cuando hay una secreción serosa en ese espacio angosto existe el peligro de una comunicación con la cavidad bucal y de la infección del coágulo con todas sus consecuencias desfavorables; por lo cual hay que preferir la operación Partsch I en los quistes grandes.

Si el quiste es grande y ha destruido mucho hueso, para evitar complicaciones sólo se hace una fenestración en una primera operación y en una segunda se hace la enucleación según Partsch II.

Al extirpar la bolsa quística peli gran dientes vecinos vivos o tienen que ser devitalizados.

Muchas veces el quiste radicular llega muy cerca al ápice del diente vecino de modo que existe el peligro al remover la bolsa que se lesione el paquete neurovascular de estos dientes, lo cual causaría la necrosis de la pulpa.

En casos raros no podrá evitarse que durante la operación ya sea por mal acceso al quiste o por su desfavorable extensión debe ser sacrificada la pulpa de un diente; pero debe siempre esforzarse por cuidar los dientes vitales ya que la devitalización del diente disminuye el valor del diente, en este caso se hace la operación de Partsch I.

Cuando existe el peligro de abrir la cavidad nasal o el seno maxilar.

Si ya no queda una capa ósea hacia espacios vecinos (seno maxilar nariz) entonces existe el peligro que al desprender la membrana - quística se abran estas cavidades; esto en el caso del antro puede conducir a graves y permanentes trastornos.

Penetrar con una sonda el seno maxilar no hace daño, pequeñas rasgaduras en la mucosa del seno maxilar sanan generalmente debajo del coágulo, cuando la cavidad quística es cerrada con una cuidadosa - sutura hacia la cavidad bucal; perforaciones mayores hacia el seno o la nariz pueden producir fistulas y supuraciones.

En caso de quistes supurados existe el peligro de infección del coágulo al realizar la operación de Partsch II.

Se logra también curar quistes infectados por la operación Partsch II, pero el peligro de una infección del coágulo es grande.

En pacientes desdentados el quiste con su cavidad puede servir por lo menos pasajeramente para sostener una prótesis; se agrega, un obturador a la prótesis.

En un quiste en el maxilar inferior, al enuclear el quiste puede dañarse el nervio alveolar o el contenido del conducto mandibular.

Está indicado en quistes dentíge--

ros y radicales de un diámetro no mayor de 3 centímetros la operación de Partsch II.

#### TECNICA DE PARTSCH I.

La técnica consiste en resumen en - practicar una incisión que nos permita abordarlo, la osteotomía de la porción ósea que lo cubre y apertura y vaciamiento del quiste - conservando su hemisferio interno.

Por este procedimiento el quiste se aplanza y en un tiempo variable desaparece.

Los tiempos quirúrgicos son:

Incisión.- Se traza siguiendo los límites de - la proyección del quiste sobre la cara vestibular siendo una incisión circular; se debe hacer está en un lugar equidistante entre - el surco gingival y el borde libre de la encía.

La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso cortando encía y periostio, en casos en que el quiste se ha exteriorizado por desaparición de la tabla externa y la bolsa quística está por lo - tanto en íntimo contacto con el periostio, hay que tener la precaución de no abrir extemporáneamente el quiste porque después la maniobra de desprendimiento y separación de la bolsa y del periostio no es muy simple por la dificultad de individualizar la pared quística.

Desprendimiento del colgajo.- Esta maniobra se

realiza con una legra pequeña o con una espátula roma.

Se toma el labio superior de la fibromucosa incidida con una pinza de disección a dientes de ratón o con una pinza de Kocher para facilitar la separación del colgajo de su base ósea o de la bolsa quística según el caso; se inicia la maniobra desde el centro del arco, se separa el colgajo con movimientos suaves a expensas de la fibromucosa tratando de no herir la bolsa quística, el labio del paciente debe ser mantenido levantado con un separador de Farabeuf u otro similar.

El colgajo debe levantarse hasta los límites superiores del quiste límites que son prefiados por la radiografía; en el caso de desaparición del tejido óseo el colgajo debe ser separado hasta encontrar hueso sano, algunas veces más lejos de los límites radiográficos del quiste. El hueso muy papiráceo o dehisciente puede fracturarse y al actuar como cuerpo extraño engendra supuraciones que duran mucho tiempo y que exigen una nueva operación con el objeto de eliminar el secuestro .

Osteotomía.- La extracción del hueso que cubre al quiste puede hacerse con diversos instrumentos aplicables según el grado de destrucción de la osiestructura.

En caso de que el hueso esté muy delgado puede ser seccionado con un bisturí para hueso, y si es firme y solido debe practicarse la osteotomía con escoplo o fresa.

Se practicaron orificios coincidentes con el diámetro del quiste, la tapa ósea se extrae con pinza gubia, ya en presencia de la bolsa quística se toma ésta con una pinza de Kocher y con el bisturí se abre ampliamente en toda la extensión del quiste; extraída así la tapa del quiste se vacía su contenido y se lava su interior con suero fisiológico, para no producir lesiones en el epitelio quístico.

Si el epitelio se ha despegado de su inserción ósea se lo vuelve a adosar con una torunda de gasa, pues no es muy exigente en sus condiciones de vida; algunos autores acostumbran suturar el tejido gingival a la periferia de la bolsa quística. La adherencia de ambas entidades se produce con facilidad.

Tratamiento de la bolsa quística.- En caso de preferirse el taponamiento de la cavidad (para evitar que la bolsa quística se desprenda) se usa la gasa yodoformada vaselinada. La cantidad de gasa que se necesite para obturar la cavidad debe estar en proporción con el volumen de la cavidad, hay que evitar el taponeamiento 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 horas, si se infecta y da mal olor se debe retirar con más frecuencia. Cada cambio de gasa exige un lavado cuidadoso de la cavidad con suero fisiológico, se seca con gasa común y se vuelve a obturar con cantidades cada vez menores.

Tratamiento del diente causante.- El diente causante portador de una gangrena pulpar no puede ser conservado sin el peligro de una nueva infección del quiste. Dos son los caminos a seguir; el tratamiento radicular y la apicectomía, o su extracción.

Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos. Con el método conservador de Fartach no hay que tener por la integridad del seno maxilar ni de las fosas nasales. La membrana quística actúa como un telón de seguridad que defiende estos órganos. Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivo del quiste han de ser conservados durante un tiempo prudencial con el ob-

jeto de no fracturar la porción alveolar y no crear golfos quirúrgicos en el borde alveolar, que resultan molestos estética y funcionalmente.

Tratamiento postoperatorio.- El tratamiento consiste en los sucesivos cambios de gasa yodoformada y lavajes de la cavidad quística con suero fisiológico o con solución alcohólica - de fenol alcanforado.

Después de una vigilancia de 20 a 30 días, se deja la cavidad abierta sin nueva mecha de gasa; el paciente debe encargarse del cuidado de su cavidad practicándose él mismo lavajes con jeringa apropiada o con el vaporizador de De Bilbis.

#### VENTAJAS DEL METODO DE PARTSCH I.

Sencillez de su ejecución.

Buena visualización de la cavidad.

La superficie ósea queda cubierta en toda su extensión por el epitelio.

Se evita la infección ósea y lesión de los dientes vecinos, por que se conserva la bolsa quística.

## DESVENTAJAS DEL METODO DE PARTSCH I.

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; por otra parte la integridad histológica de la membrana quística no es siempre absoluta.

En muchos casos el quiste esta infectado y la membrana degenerada; siendo así, su conservación es problemática.

La cavidad artificial creada permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales y su putrefacción.

## RESULTADOS DEL METODO DE PARTSCH I.

Detención inmediata del crecimiento del quiste por supresión de la presión endoquística.

Gradual adquisición por parte del epitelio quístico de los caracteres del epitelio de la mucosa bucal.

Aplanamiento progresivo de la pared del quiste hasta su desaparición.

## TECNICA DE PARTSCH II.

El mecanismo de su relleno se hace de dos maneras.

Técnica de Partsch II con sutura.

Técnica de Partsch II sin sutura, obturando la cavidad ósea, con distintos materiales.

En el primero, la cavidad ósea se llena de sangre y de la organización del coágulo depende la osificación.

En el segundo 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.

La técnica de Partsch II con sutura consta de los siguientes tiempos:

Incisión.

Desprendimiento del tejido gingival y confección de los colgajos.

Trepanación ósea.

Enucleación de la bolsa quística.

Tratamiento de las cavidades vecinas.

Tratamiento del diente causante.

Tratamiento de la cavidad ósea.

Sutura.

Tratamiento postoperatorio.

Técnica de Partsch II con sutura -  
en quistes del maxilar superior.

Incisión.- En la región vestibular poco más o -  
menos a la altura de los ápices dentarios, se efectua la incisión  
con bisturí, ésta debe abarcar una extensión mayor que los límites  
del proceso y en profundidad debe llegar hasta el tejido óseo, to-  
mando las precauciones debidas para que el bisturí no lesione la -  
bolsa quística, en caso de encontrarse el tejido óseo muy adelgaza-  
do y papiráceo.

Si se quiere terminar la operación con sutura la herida de la mucosa debe descansar sobre tejido óseo sano.

Desprendimiento del tejido gingival y confocci-  
ón de los colgajos.- Con una espátula de bordes romos, con legra o  
espátula de Freer, o con un periostótomo; se separa con especial -  
cuidado el tejido gingival de su inserción en el hueso. Este des-  
prendimiento del colgajo debe realizarse abarcando un límite mayor  
que la extensión del proceso para obtener un acceso fácil a la bol-  
sa quística.

En el caso de que el tejido óseo que cubre el proceso se encuentre  
destruido por la invasión del quiste, el desprendimiento del teji-  
do gingival debe realizarse hasta encontrar hueso sano y sólido.  
Cuando el quiste es supurado (en su período crónico) estas adheren-  
cias son mayores en algunas ocasiones se realizan verdaderas solda-  
duras entre encía y membrana quística, siendo necesario en estas -  
situaciones para desprender el tejido gingival, utilizar la punta  
y borde romo del bisturí o con tijera realizando una maniobra de -  
disección que nos permite seccionar las adherencias e inserciones,  
lo mismo sucede con las fístulas.

Trepación ósea.- En este tiempo nos encan-

tramos con dos situaciones distintas; o bien el tejido óseo está sano con o sin modificación de sus límites (abombamiento de la tabla externa) o se encuentra destruido y en este caso la fibromucosa está directamente en contacto con la vaina conjuntiva del quiste. De acuerdo con estas disposiciones serán dos las maneras de actuar. En el primer caso para llegar al quiste será necesario trepanar el tejido óseo; esta osteotomía se realiza por medio de escoyos, martillos y pinzas gubias, para fabricar una ventana en la tabla externa.

En la segunda forma de presentación será suficiente agrandar con pinzas gubias, la abertura patológica creada por el proceso; con esto tendremos una amplia visión del contenido óseo.

Enucleación de la bolsa quística.- Se procede a vaciar la bolsa quística antes de hacer su enucleación, sobre todo en los quistes grandes.

Tiene por objeto esta maniobra disminuir el volumen del quiste, reduciéndolo a su menor expresión e impedir el vacio del contenido quístico en la boca del paciente. Se realiza esta operación punzando la bolsa quística con una aguja de calibre mediano y haciendo la succión del contenido quístico, con una jeringa de viario.

Después de vaciado el quiste seccionamos su pared a bisturí o tijera y practicamos la limpieza del contenido quístico por medio de trozos de gasa o con el aspirador, estando todo listo para practicar el tiempo más importante de la intervención que es la enucleación de la bolsa quística.

Tomamos los bordes de la anclación de la bolsa quística con pinzas de Kocher, de esta manera es posible tener un perfecto dominio de la tumoración. La enucleación de la bolsa quística se realiza siguiendo los límites superiores en primer término para dedicarnos en so

guida a la porción inferior; de esta manera conseguiremos desprender en su totalidad la membrana quística, no quedando adherencia - más que por su inserción al cuello del diente productor del quiste. Esta "golilla quística" debe ser enucleada con prolijidad, para - ello se usa el raspado de la misma por vía alveolar después de ex-- traído el diente causante o por la misma brecha operatoria.

Extraída en su totalidad la bolsa quística se practica la hemosta-- sis de la cavidad ósea con gasa.

En 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 las partículas más pequeñas de mem-- brana, la cual puede ser semilla de una nueva recidiva; se pincela luego la cavidad ósea con agua oxigenada y se efectúan toques con - una solución de cloruro de zinc al 10% con el objeto de eliminar to dos los restos quísticos.

Tratamiento de las cavidades vecinas.- Se debe - realizar un tratamiento relacionado con la estructura de la cavidad y relaciones por el avance del proceso.

Tratamiento del diente causante.- Hay dos conductas que debemos seguir, teniendo ambas la misma finalidad, la supresión del foco séptico.

Estas dos conductas son : la extracción del diente causante, la cual efectuaremos de inmediato a la enucleación de la bolsa quística o - la resección quirúrgica de su ápice que se logra con un simple golpe de escople y martillo, o la apicectomía con fresas.

Tratamiento de la cavidad ósea.- Revisamos detenidamente la cavidad que alojaba el quiste, si está exangüe provocamos

una hemorragia ligera de las partes blandas vecinas raspando con una cucharilla o un instrumento cualquiera, así se llenará de sangre.

Otro material de relleno es el yodoformo así como gasa.

Sutura.- Este método exige rigurosa asepsia de la operación, que el coágulo y cavidad ósea no se contaminen con la saliva y el medio ambiente para mantener la esterilidad del coágulo sanguíneo. Si este coágulo se infecta dando síntomas claros tales como 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 incisión y se trata como cavidad abierta; lavajes con suero fisiológico y taponamiento con gasa yodoformada.

Si se temiera por la integridad del coágulo sobre todo en quistes grandes, se puede colocar una mecha de gasa entre dos puntos de sutura como drenaje, se retirara a las 24 ó 48 horas y no se vuelve a repetir.

El material de sutura que usamos es el hilo común de lino, la seda o nylon.

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

La sutura debe descansar sobre base ósea firme; los puntos se retiran al sexto u octavo día.

Tratamiento postoperatorio.- El día de la operación el paciente debe guardar cama, permanecer semisentado, descansando con varias almohadas colocadas detrás de la cabeza.

Técnica de Partsch II con sutura -  
en quistes de la mandíbula.

Incisión.- Los límites, dirección y tamaño de -  
la incisión variarán naturalmente de acuerdo con la ubicación del  
quiste.

Desprendimiento de la fibromucosa.- Al igual que  
en el maxilar superior se preparan los colgajos.

Trepanación.- Se presentan dos situaciones; la  
integridad de la tabla externa o la ausencia de la misma, prosigui  
endo la técnica usada para el maxilar superior.

Enucleación de la bolsa quística.- Se procede-  
ra al vaciamiento del contenido quístico con jeringa, y desprendi-  
miento y extracción de la membrana. Teniendo en cuenta las relaciones  
que tenga el proceso con el paquete vásculonerveico; en caso -  
de íntima fusión de este paquete con la membrana es necesario efec  
tuar una prolija disección, con el objeto de separar ambos elemen-  
tos.

Tratamiento de los dientes vecinos.- Este tiem-  
po operatorio tiene idénticas indicaciones que las del maxilar su-  
perior.

Tratamiento de la cavidad.- Se procedera de la  
misma manera que en el maxilar superior.

Sutura.- Usaremos el mismo procedimiento que se  
emplea para el maxilar superior.

En los casos de quistes grandes, en los cuales ha sido necesario para abordarlos, efectuar una incisión muy extendida es conveniente disminuir los límites de esta incisión colocando en los extremos de la misma algunos puntos de sutura. De esta manera el colgajo no quedará flameando dentro de la cavidad bucal; en algunas ocasiones y con el objeto de que estos colgajos no se esfacelen vamos preferido seccionarlos, lo cual se hace con bisturí o tijera. La sección de los colgajos da una abundante hemorragia muy molesta como consecuencia.

El postoperatorio.- Está sujeto a las indicaciones que se han dado para el maxilar superior.

#### Técnica de Bartsch II sin sutura.

La operación sigue en todo las normas señaladas para la técnica con sutura. Los tiempos son los mismos con la única variación residiendo en los tiempos de tratamiento de la cavidad y del postoperatorio.

Tratamiento de la cavidad.- Terminada la emulsión de la bolsa quística y alineados los bordes óseos se lava la cavidad con suero fisiológico y agua oxigenada, se seca con gasa simple; se aconseja el tocamiento de las paredes óseas con cloruro de zinc al 10% con el objeto de eliminar todos los restos quísticos.

El labio superior del colgajo (el labio inferior en el maxilar inferior) se introduce dentro de la cavidad ósea y sobre él y rellena

nando la cavidad se aplica la gasa de obturación. El relleno con gasa tiene varias ventajas, como la prevención de introducción de una hemorragia ósea, que si no es grave en todos los casos sí es alarmante; se evita la infección de la cavidad ósea impidiendo con esta barrera la introducción de los microorganismos bucales.

Se emplea para este fin la gasa yodoformada en tiras con bordes orillados, con el objeto de que no queden hilachas en la cavidad. La gasa se retira después de un tiempo variable 24 a 96 horas, en relación con el estado de conservación de este material. En las cavidades grandes, en las cuales el cambio de gasa es doloroso y condiciona una nueva hemorragia retiramos el material por pequeños trozos, proporcionales a su longitud; así en 8 ó 10 días la cavidad queda libre, no hay hemorragia y la maniobra se hace con escaso dolor.

El estado del hueso y la hemorragia indicarán la necesidad de una nueva obturación.

El postoperatorio.- A las 48 horas revisamos al paciente, si creemos necesario cambiar la gasa yodoformada hay que tener la precaución de impregnarla perfectamente en agua oxigenada caliente, con el objeto de despegarla de la cavidad ósea evitando dolores y hemorragias; el retiro de la gasa debe hacerse muy lentamente.

Una vez retirada la gasa se efectúan lavajes con suero fisiológico tibio, en abundancia; se pincela la cavidad con cloruro de zinc al 10% y se la vuelve a obturar con gasa yodoformada que se dejara otras 48 horas.

Esto se repetera durante 5 ó 6 semanas hasta que comprobemos que la cavidad no sangra más.

Lentamente y por espacio de varios días la cavidad se va cubriendo

de una membrana color verde-rojizo, que indica la tentativa de epitelización; a los 20 ó 30 días la cavidad ósea está cubierta de -epitelio y con toda lentitud y durante largo tiempo tiene lugar su proceso de reducción.

## COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

Las posibles complicaciones de la enucleación o marsupialización de los quistes incluyen; tumefacción, infección, traumatismo de nervios motores y sensitivos, hemorragia primaria y secundaria, fístula bucal, y ocasionalmente - obstrucción de vías respiratorias cuando el quiste se encuentra - en la región submandibular o en el cuello.

El edema es normal y fisiológico después del procedimiento quirúrgico. Estas operaciones son traumáticas y la retracción prolongada de - los tejidos contribuye a obstaculizar el drenaje linfático normal de la región; esto aunado con la reacción inflamatoria produce - edema y tumefacción.

La probabilidad de infección puede ser mínima usando antibióticos y una buena técnica quirúrgica, así como tener una buena asepsia.

La hemorragia primaria debe cohibirse durante la operación, la secundaria generalmente ocurre cuando se ha traumatizado un vaso de grueso calibre al operar; también puede ocurrir por trauma inesperado de vasos neoformados, al quitar los apósitos quirúrgicos. Esta complicación suele cohibirse por la presión. Deben extirparse los grandes coágulos y se buscará el origen de la hemorragia antes de aplicar la presión de una manera adecuada.

Las fístulas buconasales o bucoantrales a veces resultan de haber elegido mal los procedimientos quirúrgicos, o de error en la técnica.

Ello puede evitarse por una disección cuidadosa; la pared quística frecuentemente puede despegarse de otras membranas sin penetrar en la cavidad nasal o antral; y a la vez evitar una fístula permanente que necesitara cierre secundario.

## C O N C L U S I O N .

Al término de esta tesis, podemos decir que es indispensable el estudio, anatómico, fisiológico, -- histológico y radiográfico de la cavidad bucal.

Para que el cirujano dentista pueda localizar y distinguir las -- diferentes anomalías y alteraciones que podamos encontrar en la - cavidad bucal.

Y así lograr una ética y conciencia profesional como cirujanos dentistas para bien de la humanidad.

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

CLINICA Y TERAPEUTICA DE LOS QUISTES MAXILARES.

HERBERT HARNISCH.

QUIENTESSENCE BOOKS.

PATOLOGIA BUCAL.

S.N. BHASKAR.

B.D.S., D.D.S., M.S., Ph.O.

SEGUNDA EDICION.            EDIT. "EL ATENEO".

CIRUGIA BUCAL CON PATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA. \*

GUILLERMO A. RIES CENTENO.

SEPTIMA EDICION.            EDIT. "EL ATENEO".

ATLAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL.

J. J. PINOBORG.

SEGUNDA EDICION            EDIT. SALVAT.

PATOLOGIA ORAL.

DR. THOMAS.

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL.

DR. KRUGER GUSTAVO.