

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



"Q U I S T E S"

T E S I S

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a

JOSE LUIS RICO GOTT

Revisado

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Revisado" with a stylized flourish at the end.



México, 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

INTRODUCCION

1. DEFINICION Y CLASIFICACION
2. DIAGNOSTICO Y ASPECTOS GENERALES
3. ASPECTOS CLINICOS
4. QUISTES DE ORIGEN DENTAL
 - a) *Paradontales*
 - Periapical*
 - Radicular*
 - Lateral*
 - Residual*
 - b) *Primordial (Follicular)*
 - c) *Dentígero*
5. QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL
 - a) *De Retención*
 - Mucocele*
 - Ránula*
 - b) *Típos de Hendidura*
 - Globulomaxilares*
 - Quistes del Canal Incisivo*
 - Quiste Medial*
 - Quistes Nasoalveolares*
6. QUISTES CONGENITOS
 - a) *Quiste Tirogloso*

b) *Quiste Brancial*

c) *Quiste Dermoide*

7. TRATAMIENTO Y TECNICAS QUIRURGICAS

8. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

9. CONCLUSIONES

10. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Dentro del campo de la odontología, la cirugía bucal ocupa un lugar preponderante, la cual tiene estrecha relación con otras ramas que son principios básicos para la realización y éxito de la misma.

Uno de los padecimientos que tienen gran importancia por su agresividad y expansión son los "QUISTES" y que actualmente gracias al estudio e investigación de un gran número de autores hace posible un diagnóstico certero, ya que en épocas anteriores fácilmente eran confundidos con otras enfermedades.

El propósito de esta tesis es presentar a grandes rasgos los signos clínicos que presentan las distintas variedades de quistes, así como su tratamiento e incorporarlos a la práctica del Cirujano Dentista.

Como la odontología está alcanzando un papel primordial en la profesión médica, necesitamos fundamentos y conocimientos científicos suficientemente sólidos que nos permitan valorar los diversos hallazgos bucales, extraer una conclusión diagnóstica y emprender el tratamiento adecuado.

Tal propósito tiene como objetivo fundamental la prevención de las enfermedades bucales así como resolver problemas quirúrgicos.

En síntesis se toman en cuenta los siguientes objetivos:

La aplicación de los principios básicos de la cirugía para la presunción, diagnóstico y tratamiento de éstas enfermedades que pueden ser ejecutadas según la capacidad que tenga cada Cirujano Dentista.

DEFINICION Y CLASIFICACION

DEFINICION

El quiste es una cavidad que se presenta en tejidos blandos ó duros con un contenido líquido, semilíquido ó -- gaseoso. Está rodeado por una pared de tejido conjuntivo - ó capsula y suele tener revestimiento epitelial. El volu-- men del contenido es importante en relación con el tamaño - de la masa total de tejido.

C L A S I F I C A C I O N

Los tipos de quistes que pueden presentarse en la cavidad bucal, en la cara y en el cuello son: Congénitos. -- de desarrollo y de retención. Los quistes de origen dental son los más comunes.

1. QUISTES CONGENITOS

Quiste Tirogloso

Quiste Branquial

Quiste Dermoide

2. QUISTES DE ORIGEN DENTAL

Paradontales

Periapical

Radicular

Lateral

Residual

Primordial (Folicular)

Dentígero

3. QUISTES DE DESARROLLO DE ORIGEN NO DENTAL

De Retención

Mucocele

Ránula

Tipos de Hendidura

Globulomaxilares

Quiestes del canal Incisivo

Quiestes medial (En la linea media)

Quiestes Nasoalveolares

4. **NEOPLASMAS QUISTICOS**

Adamantoma Quistico

Quiestes de las glandulas salivales

Quiestes de la papila palatina

DIAGNOSTICOS Y ASPECTOS GENERALES

DIAGNOSTICOS Y ASPECTOS GENERALES

Aquí trataremos los problemas de diagnóstico, examen radiográfico.

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

El examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto, pero también son necesarios otros estudios clínicos de laboratorio.

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

Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial. El dolor puede ser causado por la presión del quiste sobre un nervio y así mismo puede haber parestesia. Los quistes pueden ser múltiples, cada uno de un rudimento embrionario diferente, pero los quistes múltiples pueden indicar una enfermedad general.

Debido a que los quistes de los tejidos blandos del cuello se presentan muchas veces tensos, la diferenciación entre el quiste y los tumores sólidos puede ser difícil.

La presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un signo de quiste más que de tumor, debido a -- que los quistes frecuentemente se infectan secundariamente. Sin embargo, la dureza del quiste y la movilidad de los --

tejidos del cuello frecuentemente hacen que la fluctuación no sea un signo seguro de la presencia de líquido.

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

En los quistes grandes de hueso que producen asimetría facial, la extensión se verifica generalmente a lo largo de la línea de menor resistencia en el hueso y en una -- sola dirección.

El neoplasma verdadero suele crecer en el hueso y a través de él en todas direcciones. Los nervios, vasos sanguíneos, y senos paranasales generalmente son desplazados - por la presión ejercida por el contenido líquido del quiste en contraste con el neoplasma que invade y rodea estos tejidos.

DATOS RADIOGRAFICOS

El examen radiográfico nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes. Las sombras superpuestas pueden causar confusión cuando parecen estar atacados varios dientes en la región de un quiste.

Se debe hacer un exámen clínico completo, incluyendo las pruebas de vitalidad. La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso en el 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. El diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiográficos, ya que muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quistes.

Debido a la complejidad de las lesiones patológicas que se presentan en los maxilares y en la mandíbula estos problemas son difíciles de diagnosticar. Los quistes generalmente tienen un contorno liso, redondo y lobular y pueden ser multiloculares. Sin embargo, cuando hay infección secundaria los bordes pueden ser irregulares. Los quistes de los maxilares.

Superiores son muy difíciles de ver en la radiografía debido a que se superponen las sombras de los senos paranasales. El lipiodol, una sustancia radiopaca, puede

inyectarse en la cavidad quística. El material radiopaco -- se inyecta en la cavidad después de aspirar el contenido -- del quiste. Se utiliza una aguja grande de calibre 19 ó 20 en una jeringa Luer de tres a cinco centímetros cúbicos. -- Después que se ha aspirado el líquido en la jeringa, se quita la aguja que se deja en su lugar y entonces se inserta -- otra jeringa. Luer con Lipiodol. La abertura que se ha -- hecho en la cavidad debe obturarse inmediatamente con un -- hemostático ó torunda y la radiografía debe hacerse tan --- pronto como sea posible para evitar la salida del líquido. Esta técnica también puede utilizarse para visualizar quistes de tejido blando y conductos venosos que de otra manera no podrían verse en la radiografía. Los quistes dermoides pueden contener material radiopaco.

Algunas veces se confunde una región radiolúcida -- pequeña e irregular con la recurrencia de un quiste. Esta -- apariencia radiográfica puede deberse a que ambas paredes -- corticales del hueso están atacadas por el quiste, ó que -- se han quitado durante escisión quirúrgica de la lesión la -- regeneración completa de estas paredes corticales es diffl-- cile y el defecto siempre aparecerá en la placa radiográfica.

Aquí la historia es importante y es bueno informar -- al paciente de este dato para que lo dé a conocer cuando -- sea examinado por otro dentista, evitando así operaciones -- innecesarias en estas regiones.

ASPECTOS CLINICOS

ASPECTOS CLINICOS

PRIMORDIAL

El quiste primordial no alcanza el volumen del quiste dentígero pero se han reportado casos en los cuales ha provocado migraciones por la presión ejercida. Puede ocasionalmente estar relacionado con un diente temporal no exfoliado por lo general no es doloroso a menos que sufra una infección secundaria, no presenta manifestaciones clínicas-obvias.

DENTIGERO

Estos quistes producen sobre los dientes vecinos al proceso desviaciones. Puede haber agrandamiento del maxilar y migración de dientes, lo cual llama la atención del paciente.

MULTILOCULAR

Esta lesión se presenta como un agrandamiento del hueso afectado la zona molar mandibular constituye la localización más frecuente. También se han señalado defectos oculares y anomalías endócrinas. Es común que los dientes migren.

QUISTE PERIAPICAL

El diente asociado con el quiste no es vital y casi siempre presenta caries dental, sin embargo, en algunos casos el paciente refiere trauma en la región correspondiente; también es raro que el diente esté sensible a la percusión. Su tamaño oscila entre 5 mm. y muy pocas veces ---

alcanza el tamaño necesario para destruir hueso y es raro -- que produzca un proceso inflamatorio crónico y se genera -- sólo a lo largo de un prolongado período.

QUISTE LATERAL

Cuando el quiste es muy grande ó su localización és más bucal, puede encontrarse un bulto de color normal y de superficie lisa. La infección de un quiste generalmente -- estéril, puede dar lugar a una tumefacción dolorosa de la -- zona a la formación de un conducto fistuloso con un drenaje purulento ó ambos.

QUISTE GLOBULOMAXILAR

Quiste con ausencia de síntoma en su iniciación y -- por un período prolongado, posteriormente se desarrolla -- como una lesión no fluctuante y provocando una separación -- notoria. En las raíces de los dientes conforme aumenta su volumen. Esta divergencia de las raíces dentarias es un -- síntoma inicial y puede constituir el primer factor que indique la presencia de una lesión quística.

Por su expansión progresiva puede provocar un adelgazamiento de las paredes óseas y fistulizar por su parte -- vestibular ó progresar hacia el seno maxilar y llegar a invadirlo.

En los casos en que los dientes se encuentren completamente sanos, el diagnóstico más sencillo, no viendo -- así cuando éstos se encuentran afectados por caries, ó aún más si están desvitalizados.

QUISTE NASO-ALVEOLAR

Se aprecia como un abultamiento del surco nasogenia no llegando a extenderse a la narina correspondiente, labio, piso de fosas nasales, pudiendo drenar por este sitio.

Provoca por consiguiente una asimetría de las facies del individuo afectado. Tenemos que tomar en cuenta, que esta área puede ser afectada iniciándose en procesos alveolares (absesos) fosas nasales, piel y tejidos subcutaneos.

MUCOCELE

Se presenta como una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente elevada, trasclúcida 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 crece de las glándulas salivales) puede producirse en cualquier lugar de la cavidad oral. Las lesiones superficiales se abren frecuentemente y luego de descargar una --- substancia mucóide viscosa, se colapsan. A penas parecen haber curado recídivan. Esta secuencia clínica puede continuar durante meses.

RANULA

Produce abultamiento en el piso de la boca, puede levantar la lengua y dificultar el habla, la masticación, - deglución etc.

QUISTE DERMÓIDES

Quiste suave, fluctuante, móvil, se observan ----

generalmente sobre el piso de la boca, de volumen variable, y de acuerdo con el puede provocar la elevación de la lengua y llegar a dificultar la deglución, masticación y fonación.

Puede manifestarse a nivel del musculo milohioideo, pudiendo encontrarse por encima, por debajo ó intrabucalmente. Otras fistulas son el resultado de la infección secundaria establecida por otro medio.

Existen lesiones muy semejantes clínicamente a este quiste de las cuales hay que diferenciarlo: Ránula, Quiste-Tirogloso, etc.

QUISTE BRANQUIAL

Se encuentra asociado íntimamente con las fistulas -- branquiales, drenando a través de ellas. Si el material de la fistula no drena, habrá un momento de líquido en su interior. Es interesante tomar en cuenta que en algunos casos la comunicación al exterior de la fistula se observa -- por delante del tragus. A pesar de su volumen muy variable no dificulta la deglución. Se diferencian de los tiroglosos en que aquellos se localizan en la línea media.

TIROGLOSO

En la mayoría de los casos se presenta en pacientes jóvenes, pero pueden ocurrir en cualquier edad y sin predilección de sexo. Su tamaño varía de unos cuantos mm, a varios cm, su movilidad está en relación con su tamaño. Los pequeños pueden ser desplazados fácilmente, mientras que los de mayor tamaño sólo se mueven ligeramente por la resisten-

cia de tejidos vecinos. El quiste del tracto tirogloso es redondeado, y sin lobulaciones la aspiración de su contenido nos dará como resultado células epiteliales y cristales de colesterol

QUISTES DE ORIGEN DENTAL

QUISTES DE ORIGEN DENTAL

PARODONTALES

Hay mucha divergencia de opiniones acerca de la clasificación de los quistes de los tejidos duros del maxilar y la mandíbula, y se han publicado clasificaciones por la Comisión para el estudio de Odontomas de la Asociación Dental Británica, por Bland Sutton, Wohl, Churchill, Ivy y -- Churchill, Geschicter, Bernier, Robinson y Koch, Thomas, -- Waldron, Etc. La mayor parte de estas no consideran la causa fundamental de dichas lesiones.

Algunos autores clasifican los quistes periodonta--les como quistes inflamatorios, porque comúnmente son precedidados de inflamación crónica, pero en realidad el epitelio que experimenta proliferación es un remanente amelógeno senil. Si se considera como folículo dental al tejido conjuntivo blando circunda al diente nonato, el término quiste folicular es inadecuado, puesto que no es el folículo, sino -- su contenido epitelial, el que tiene participación en el -- proceso morboso. Por tal motivo, se emplea aquí la denomi--nación quiste dentífero. El revestimiento de los quistes -- tanto primordiales como dentíferos es epitelio escamoso estratificado.

El adamantoma quístico pasa rápidamente de su esta--do sólido, con diferenciación en lámina dental y en tejidos semejantes al órgano del esmalte, al estado multiquístico. Si bien el adamantoma quístico se origina del mismo primor--

dio que los quistes periodontal, dentígero y primordial, se desarrolla en forma de neoplasma que se vuelve quístico, -- pero no es primariamente un quiste, y por esta razón se estudia por separado.

Las porciones de los huesos maxilar y mandibular -- que se unen en la línea proceden de centros de osificación -- situados profundamente en el mesénquima; por consiguiente, -- no hay oportunidad para que se efectúe la proliferación -- epitelial entre dichos segmentos óseos y no se pueden formar verdaderos quistes fusurales en esas regiones, donde -- los quistes que se presentan de cuando en cuando son probablemente primordiales. Los del maxilar se pueden originar del primordio o rudimento de dientes supernumerarios.

Robinson, tratando de facilitar el diagnóstico, después de efectuar intensos estudios con la cooperación de muchas autoridades en la materia, propuso una clasificación -- fundada en el estudio del desenvolvimiento, de la estructura y del aspecto roentgenográfico de las lesiones. Para simplificar las cosas, el autor de este libro ha aceptado esta clasificación.

New incluye cierto quiste entre los "No Clasificados". Yo he tenido oportunidad de ver cuatro lesiones de esta clase, que se presentaron en la mandíbula, sin ningún revestimiento epitelial, cuyas causas fueron dudosas; uno -- de ellos, situado en la rama mandibular, contenía una sustancia parecida a la harina de avena, y los otros eran secos.

La clasificación de Robinson divide los quistes de los maxilares en quistes del desarrollo procedentes de tejido odontógeno (quistes periodontal, dentígero y primordial), quistes del desarrollo que no se originan de tejido odontógeno (quistes medial, glóbulomaxilar y del canal incisivo y ameloblastoma).

Causas. Aunque hay todavía diversidad de opiniones respecto del origen del epitelio que hay en los quistes radiculares, los tratadistas en general concuerdan en cuanto al origen del quiste folicular y del adamantoma quístico. La situación y el tiempo del desarrollo de estos dos últimos parecen indicar que son ocasionados por restos embrionarios dentales, deformes o desviados. La estructura microscópica de los quistes radiculares tienen también notable semejanza entre su epitelio de revestimiento y el primordio dental.

Malassez propuso la teoría de que todos los quistes dentales se originan de un grupo de células que él denominó restos epiteliales, que proceden del primordio dental y se pueden hallar cerca del diente o en las profundidades del hueso. Se supone que tales restos permanecen en estado de equilibrio fisiológico mientras no viene a interrumpir su quietud alguna infección o traumatismo que estimule su proliferación, la que es seguida de degeneración quística central. Esta es la teoría comúnmente aceptada. Otra teoría supone que estos quistes dimanen de irritación o estímulo ocasionados por la erupción de un diente o por inflamación-

periodontal. Bland-Sutton y otros creen que se forman de mucosa bucal.

Sólo cuatro variedades se forman de tejido dental y son los quistes periodontales, dentígeros, primordiales y los adamantomas quísticos. Todos tienen por origen el desarrollo, aunque acaso desempeñen papel importante el traumatismo, la infección u otros estímulos, por cuanto fomentan la proliferación del epitelio.

Tocante a los quistes periodontales, que suelen ser precedidos de reacción inflamatoria crónica, la irritación es particularmente importante como agente estimulante.

Aspecto. Los quistes pueden ser uniloculares o multiloculares. Los primeros constan de una sola cavidad; los quistes multiloculares están formados de varias cavidades, esto es, son conglomerados de quistes pequeños. El adamantoma quístico multilocular tiene relación íntima con los tumores en su contenido líquido o semisólido y en su benignidad. Los quistes coexisten a menudo con los neoplasmas, y el tiempo puede modificar su contenido.

Los quistes del desarrollo que no se originan de tejidos dentales se pueden confundir con los quistes dentales cuando se hallan situados cerca de raíces de dientes. El revestimiento epitelial interno de los quistes palatinos mediales suele ser de la variedad escamosa, pero es posible que, en parte, estén tapizados de epitelio cilíndrico ciliado proveniente del lado nasal. No son raros los quistes en la línea media de la maxila.

Diagnóstico Diferencial. Aunque las siguientes lesiones no se consideran como quistes, conviene pensar en ellas, ya que pueden tener aspecto quístico, sobre todo en la radiografía.

Quistes por extravasación (los llamados quistes hemorrágicos, traumáticos y no traumáticos).

Neoplasmas semejantes a quistes a causa de destrucción ósea.

Perturbaciones del metabolismo que producen zonas de aspecto quístico a causa de destrucción ósea.

- Osteitis fibrosa quística.
- Osteitis deformante (período de fibrosis).
- Xantomatosis.
- Granuloma eosinófilo.
- Mieloma múltiple.
- Inflamaciones que se asemejan a quistes a causa de la destrucción ósea.
- Infecciones específicas.

Los quistes por extravasación (hemorrágicos, traumáticos) no están revestidos interiormente de epitelio, sino de una membrana fibrinosa. Se pueden formar de resultas de golpes en las quijadas, que ocasionan hemorragia y son más comunes en sujetos jóvenes, cuyos huesos son más flexibles. Las más de las veces se presentan cerca del ángulo mandibular.

Son muchos los neoplasmas que en la radiografía pueden semejar un quiste unilocular o multilocular, entre otros: El tumor central de células gigantes, el fibroma, -

el fibroma mixomatoso, el epiteloma que se origina del epitelio gingival o de restos embrionarios de dientes, el adenocarcinoma, el carcinoma metastásico, el tumor de Ewing, el fibro-osteoma u osteítis fibrosa localizada, el sarcoma, -- así como los tumores mixtos.

La osteítis deformante (período de fibrosis), el mieloma múltiple y la osteítis fibrosa quística, que resultan de perturbaciones del metabolismo, también pueden dar el aspecto de quistes por destrucción de tejido óseo.

La osteomielitis, la actinomicosis y la sífilis -- originan lesiones inflamatorias de aspecto quístico.

La Ránula y los quistes de las glándulas mucosas -- rara vez ó nunca invaden el hueso y pocas veces se confunden con los quistes de los tejidos duros de la boca.

QUISTES PERIODONTALES

Sinonimia. Quiste radicular, quiste dental, quiste paradontal, quiste dentoalveolar, quiste dentoperiostico, -- etc.

Los quistes periodontales son cavidades cerradas, - tapizadas de epitelio, que se forman en la membrana perio- - dontal y tejidos contiguos.

Causas. Se ha discutido mucho el origen del epite- - lio de los quistes radiculares. Muchos autores aceptan la- - teoría de Malassez acerca de la proliferación de residuos - - epiteliales procedentes del germen dental.

Los quistes radiculares algunas veces tienen su ori- - gen en un estado inflamatorio crónico del pericemento. Las- - alteraciones inflamatorias iniciales del tejido conectivo - - pueden derivar de causas mecánicas, químicas o bacterianas. La infección parece ser la causa más constante de dichos es- - tados, pues la mayor parte de ellos son el resultado de -- - trastornos periapicales coincidentes con la infección de -- - dientes sin pulpa.

. La región más propensa a padecer quistes radricula- - res es el tejido contiguo a los incisivos laterales superio- - res, dado que dichos dientes están casi siempre rodeados en su totalidad de tejido esponjoso, en un sitio equidistante- - de las láminas externa e interna.

En ciertas infecciones de dientes sin pulpa y en in- - fecciones periodontales, se forma tejido de granulación --

(los llamados granulomas radiculares). Es muy probable que la infección determine la proliferación de los residuos epiteliales de Malassez, con la subsecuente degeneración quística central.

Black y otros autores se han opuesto a esta teoría, y opinan que el epitelio interior del quiste se deriva directamente de la membrana pericemental.

No todos los tejidos de granulación (granulomas) -- originan quistes. Una de las características de los quistes radiculares es el hallazgo de células epiteliales que forman su pared interna, y muchos granulomas no contienen las células esenciales para que se forme la cavidad quística.

Los quistes periodontales se suelen formar en los ápices radiculares (la variedad radicular), y son precedidos de tejido granulomatoso dental que contiene una raíz dental o que hace contacto con ella.

Es de advertir que estos quistes se pueden clasificar en laterales y residuales.

Estructura Microscópica. El contenido de los quistes radiculares es líquido o semilíquido, y aunque puede ser estéril, generalmente está infectado. El líquido de los infectados varía de color, del amarillo al verde; otras veces se asemeja al pus cremoso blanquecino o es de consistencia gaseosa. La pared quística es fibrosa y puede ser muy celular o estar formada de tejido fibroso, laxo o compacto, con células aisladas.

El tamaño de los quistes periodontales varía entre el de un grano de trigo y el de los que ocupan todo el espacio esponjoso; coinciden con dientes infectados, y persisten y crecen después de la extracción del diente o los dientes enfermos; sólo son invadidas pocas piezas dentales o -- una sola, y la cavidad quística suele ocupar nada más que -- un lado de la boca, pero a veces pasa al lado opuesto. Las regiones de los incisivos laterales superiores y de los premolares superiores e inferiores son los sitios predilectos de estos quistes, pero pueden formarse en cualquier parte de la boca, y aun extenderse al seno maxilar y obliterarlo. La cavidad quística es unilocular o multilocular.

La radiografía suele ser prueba concluyente del quiste: muestra una cavidad circunscrita por contorno claramente recortado, rodeada por una línea blanca y densa, que corresponde a la membrana quística envolvente.

Diagnóstico. Los quistes periodontales son invariablemente crónicos, de curso lento y progresivo; suelen ser indolentes, pero a veces causan dolor agudo, y es entonces cuando el enfermo se entera del mal, que tal vez ha producido ya extensa resorción ósea. Por fuera acaso no haya nada que lo denuncie, pero generalmente se nota un leve abultamiento o convexidad externa de la lámina alveolar, fluctuante, y que bajo la presión del dedo, cruje como el pergamino. No hay linfadenitis.

Diagnóstico Diferencial. Hay que pensar en los quistes folliculares, el ademantoma, el fibroma central, los

mixomas, los tumores de células gigantes y las necrosis causadas por sustancias químicas.

Pronóstico. Es favorable cuando se hace la extirpación oportuna.

Tratamiento. Cada paciente de quiste periodontal debe ser estudiado minuciosamente con los diversos medios de diagnóstico. Casi siempre es necesario extraer los dientes que tengan infección pericoronar, pericemental o periapical. Cuando el diente es invadido por el quiste, está indicada - algunas veces la apicectomía.

Hemos de hacer la observación que aún los dientes sanos tienen que ser extraídos si el quiste se ha extendido alrededor de las raíces y ha destruido tejido óseo o causado la resorción del cemento, y también cuando exista una -- bolsa oculta infectada, la cual impide la cicatrización.

Si no se tiene la certeza de que se debe hacer la extracción se puede decidir ésta en el momento de ejecutar la operación quirúrgica, pero se explicará al paciente la probabilidad de que pierda uno o más dientes.

Después de extirpar el quiste, se emparejan los bordes óseos de la cavidad, para evitar la irritación de los tejidos blandos suprayacentes.

La herida se cierra o se tapona con gasa, y se aplica inmediatamente una bolsa de hielo a la cara. El tratamiento postoperatorio es el mismo que se emplea en otras operaciones semejantes.

A continuación se describen dos técnicas quirúrgicas para -

la extirpación de quistes radicales: la enucleación total y la operación de Partsch.

ENUCLEACION TOTAL DEL QUISTE

Se hace la incisión, o las incisiones adecuadas, se despegan y se separan bien los tejidos blandos hasta descubrir el hueso. Muchas veces sólo se encuentra una lámina muy delgada, de consistencia de pergamino, que cubre el quiste. Se procede luego a extirpar el tejido óseo, para descubrir la pared quística. Si el hueso es compacto y duro, se corta con el cincel, haciendo primero una abertura que se agranda con algún instrumento cortante para hueso. La mayor parte de las veces se puede hacer toda esta maniobra con unas pinzas gubias, a causa de la delgadez o la destrucción del tejido óseo. Se corta el hueso en cantidad suficiente para extirpar fácilmente el quiste, teniendo cuidado de no perforarlo. Cuando es de gran tamaño y contiene líquido, sin ser muy gruesa la pared, es a veces necesario hacer una incisión y aspirar su contenido. Se procede luego al despegamiento cuidadoso, hasta enuclearlo por completo y levantarlo de su lecho. Si no se perforó la pared, se puede hacer la disección con algún instrumento sin filo, que se pasa por debajo del quiste. Si se hizo perforación, se coge la pared con pinzas gubias ó con pinzas humostáticas y se despega de los tejidos contiguos. Cuando hay inflamación infecciosa, aguda, con cavidades ---

quisticas, es conveniente esperar que pase el período agudo, para lo cual se hace la incisión de la pared, se aspira el contenido y se deja una abertura para la canalización hasta que pase el estado agudo. Más adelante se hace la extirpación quirúrgica.

Después de la enucleación, se puede hacer muchas veces la sutura inmediata de la herida, particularmente si el quiste es pequeño, o cuando, siendo de gran tamaño, hubo hemorragia abundante que facilita la formación de un coágulo que llene la cavidad. Otras veces, cuando hay supuración, y en algunos quistes muy grandes se taponan la cavidad con suficiente gasa y se saca un extremo de ésta por una abertura que se deja en la boca. Aún cuando se cosan los labios de la herida, es conveniente algunas veces dejar una mecha de gasa ó algodón para desagüe. Esto se hace siempre que haya duda sobre si debe coserse o dejarse abierta la herida. Cuando el quiste es muy grande y se deja la herida sin coser, se emplea gasa con vaselina para el primer taponamiento, de modo que se pueda quitar con facilidad. Por regla general, el primer tapón se deja cuarenta y ocho horas. Con esto se evita la hemorragia postoperatoria y es más fácil sacar la gasa. Transcurrido este tiempo, se cambia la gasa cada veinticuatro horas. Cuando empieza a formarse el tejido de granulación, se puede ya dejar sin gasa la cavidad, pero se hará la irrigación diaria de ella. Algunas veces, en lugar de la gasa, se aplica alguna pasta para hueso.

Cuando el quiste se extiende hasta el suelo del seno maxilar, es a veces necesaria la operación exploradora en el antro. Después de la enucleación del quiste y de limpiar el seno por la herida bucal. se cierra ésta completamente y se deja una abertura debajo del cornete inferior -- para el lavado diario del seno por vía intranasal. Esta -- abertura debe hacerla el rindlogo. En la mayoría de los casos en que el quiste linda con el seno, no es necesaria esta intervención por la nariz.

Cuando en la extirpación del quiste pudiera perforarse el antro, se pensará en la conveniencia de ejecutar -- la siguiente operación.

OPERACION DE PARTSCH

Se hace en la mucosa una incisión semicircular en -- la región donde está situado el quiste, con la convexidad -- hacia abajo. Se separa el colgajo de tejido gingival hacia arriba, dejando descubierta la pared anterior del quiste. -- Se perfora ésta y se evacuo ó se aspira el contenido. Se -- extirpa entonces toda la porción de la cara anterior del -- hueso, la mucosa que está sobre el quiste y la porción descubierta de la pared quística, con lo que se deja a la vista la cavidad. Con las pinzas gubias se emparejan muy bien -- los bordes del hueso para no causar irritación a la mucosa. El revestimiento epitelial del quiste no debe quitarse. Si hay hemorragia, se tapena la cavidad provisionalmente con -- gasa impregnada de adrenalina. Se vuelve hacia abajo el --

colgaje de tejido blando de modo que cubra la porción superior de la pared quística, y si es necesario se sutura en esta posición; ahora se tapona con gasa la cavidad. El primer tapón no se quita hasta después de transcurridas las primeras 48 horas, y se cambia después cada veinticuatro horas. En vez de gasa yodoformica, se puede emplear una tira de gasa impregnada con pasta de óxido de zing y eugenol.

El buen éxito de la operación depende de que se haga una abertura amplia de toda la porción anterior del quiste. Los dientes dañados por el quiste deben ser extraídos, o bien se hará la resección de sus raíces.

Como se verá, esta operación tiene por objeto hacer que la pared posterior del quiste se convierta en una prolongación del epitelio de la mucosa bucal. Luego, la pared quística asume los caracteres de esta mucosa, y disminuyen el tamaño y la profundidad de la cavidad ósea, quedando tan sólo una pequeña depresión en la cara externa del maxilar.

QUISTE PRIMORDIAL (FOLICULARES)

Los quistes primordiales se diferencian de los -- quistes periodontales y dentígeros en que no contienen elementos calcificados. El término folicular se ha aplicado a éste tipo de lesión y puede utilizarse como sinónimo. En los quistes primordiales el retroceso del retículo estrellado en el órgano del esmalte se verificó antes de la calcificación del diente.

La palabra primordial implica una estructura más -- sencilla y menos desarrollada.

El quiste está formado por un epitelio escamoso estratificado y puede ser locular, multilocular ó múltiple.

Los quistes odontógenos, como los primordiales, se forman del epitelio bucal primitivo y por lo tanto están relacionados con el analoblastoma, un neoplasma dental verdadero. En éstos quistes las células epiteliales tienen capacidad neta de desarrollar neoplasmas.

Con excepción de la ausencia de las estructuras dentales en el período de desarrollo, cuando los cambios quisticos pueden verificarse, éstos quistes primordiales y dentígeros son idénticos en todo en lo que respecta al tratamiento quirúrgico y su diagnóstico hasta cierto punto es enteramente académico.

QUISTE DENTIGERO

El quiste dentígero contiene la corona de un diente que no ha hecho erupción ó una anomalía dental como el odontoma. Estos quistes se desarrollan después del depósito de esmalte y probablemente son resultado de cambios degenerativos en el epitelio reducido que forma el esmalte. El hecho de que el epitelio de un quiste dentígero se inserta en el cuello de un diente es prueba de que en la mayoría de los casos el quiste está formado por el órgano del esmalte y no independiente de él.

Si se forma un quiste cuando un diente ha hecho ---erupción, se llama quiste de erupción. Estos quistes interfieren con la erupción normal de los dientes y suelen estar relacionados con los terceros molares superiores.

Los quistes dentígeros agrandados pueden causar --gran desplazamiento del diente. La presión del líquido acumulado generalmente desplaza el diente en dirección apical y con frecuencia la formación de la raíz no es completa. --Los quistes dentígeros pueden encontrarse en cualquier parte de la mandíbula o de los maxilares superiores, pero se --localizan más frecuentemente en el ángulo de la mandíbula, --región de los caninos, terceros molares superiores, cavidad antral y también en el piso de la órbita.

Los quistes pueden ser formados por varios gérmenes dentales actuando en conjunto y su formación da una apariencia folicular múltiple. El germen del diente que nace de -

la lámina dental ó de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del diente, puede dividirse y formar un número de folículos. Cada folículo puede formar un quiste causando la formación de los llamados quistes hijos que necesitan una exploración cuidadosa al hacer la operación. Debe recordarse que el quiste primordial ó dentigero es un ameloblastoma en potencia. La formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la luz de la lesión pueden ser el principio del tumor dental.

Estos quistes de desarrollo tienen mucho a reaparecer. Frecuentemente los quistes con revestimiento epitelial grueso tienden más a la recidiva que los quistes con epitelio delgado, especialmente si son múltiples.

Está indicada la enucleación completa del quiste en este tipo de quistes de desarrollo dental. La escisión parcial es peligrosa y cualquier parte pequeña que se deje puede formar un tumor dental verdadero. Cuando se usan las técnicas de enucleación o la combinada de Partsch por consideraciones anatómicas se deben hacer biopsias múltiples y seguir el curso postoperatorio por exámenes radiográficos cada seis meses. Cualquier tejido patológico que se quite no debe descartarse; se pone en un frasco con solución de formol a 10 por 100, y se prepara para un examen microscópico completo.

Muchos de estos quistes no dan síntomas clínicos hasta que se nota la asimetría de la cara. Estos quistes pueden llegar a ser de gran tamaño abarcando todo el cuerpo o

la rama ascendente de la mandíbula y una gran porción del maxilar superior, desplazando los senos orbitales y paranasales sin invadirlos. Muchas veces las radiografías muestran una expansión marcada de hueso de manera que las capas corticales suprayacentes son sumamente delgadas.

El tratamiento de elección, aún en las lesiones quísticas extremadamente grandes, es su enucleación cuidadosa. Si está destruida una pared cortical de hueso por la presión expansiva, el tejido perióstico se deja intacto y sirve como una 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.

Cada caso presenta su problema individual en diagnóstico y en tratamiento, pero si ambos son correctos no hay razón por la cual el pronóstico no sea excelente y las complicaciones mínimas. El paciente debe recibir toda consideración y comprender los problemas del cirujano del mismo modo que éste debe comprender la preocupación del paciente por un pronóstico favorable.

QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL

QUISTES MUCOSOS (MUCOCELE)

Los quistes mucosos son dilatación de las glándulas mucosas ó de sus conductos, causadas por la oclusión de éstos, ó por la retención de las secreciones normales, de resultados de inflamación. Por regla general son solitarios, pero pueden ser múltiples y se presentan en cualquier región de la boca donde haya tejido glandular mucoso; son más frecuentes en los labios, en la lengua y en el suelo bucal. Forman pequeñas protuberancias en la mucosa, que suelen tener color azulado: En ellas se presenta a veces la infección secundaria. La irritación y el traumatismo son dos de los agentes casuales de éstos quistes. Su tamaño varía desde tres hasta 15mm. de diametro; su forma es casi siempre esférica y su crecimiento lento e indolente.

PRONOSTICO.- Favorable

Tratamiento. Extirpación quirúrgica por medio de una incisión que se hace en el centro del quiste y con la que se divide tan sólo la mucosa, sin cortar la cápsula y abarcando todo el diametro del quiste, se despega entonces la mucosa, con mucho cuidado para no perforar la cápsula, que es muy delicada. Se levantan los tejidos suprayacentes en ambos lados y se introduce entonces un instrumento curvo fibroso subyacente, hasta levantarlo por completo. Con este método se puede hacer el despegamiento hasta de quistes de gran tamaño, sin perforar la cápsula. Es muy importante efectuar la enucleación total del quiste sin dejar restos

de la pared, pues de lo contrario se puede regenerar. Cuando se deja una porción de la cápsula, se cauteriza con fenol líquido y se neutraliza luego con alcohol. Una vez -- enucleado el quiste, se sutura la herida con catgut fino.

En los quistes de labio o de la cara se debe hacer la unión perfecta de los labios de la incisión, para no dejar cicatriz visible. Las heridas de la piel se suturan -- con Dermal, cerda de caballo o seda fina, que se quita tercer o cuarto día.

RANULA

Definición. Es un quiste benigno situado debajo de la mucosa ó del tejido submucoso, que se caracteriza por su tendencia a perforar los tejidos profundos. La designación Ránula se aplica incorrectamente a todos los quistes del suelo bucal, originados por la obstrucción y la dilatación de uno de los conductos de las glándulas salivales ó mucosa.

Debe su nombre a la semejanza con el vientre de una rana.

Causas. Hay gran divergencia de opiniones respecto del origen de la ránula.

Según Blair, se origina de los conductos de Bartholino ó de Rivino ó de los conductos de las glándulas mucosas de Suzanne y de Merkel, pero no de la obstrucción del conducto de las glándulas submandibulares, como suele creerse. La oclusión total de éste conducto formaría un quiste en el suelo de la boca, pero sería afectada toda la glándula y los síntomas serían distintos de los de la ránula.

El quiste de la glándula submandibular causa tumefacción en dirección al cuello.

Blair acepta la teoría de Thompson de que la ránula se origina de porciones enigradas del seno cervical, porque suministra una base lógica para el tratamiento quirúrgico - adecuado. En efecto, Blair ha encontrado en varios de sus pacientes que la ránula bucal se extiende hasta la base del creneo, como un quiste parafaucial en los pocos casos que -

yo he observado, no hallé causa mecánica ni de ninguna otra índole.

Síntomas. Tumefacciones en el suelo de la boca por debajo de la mucosa y del tejido submucoso. El vértice de la lengua se ve levantado, lo mismo que la mucosa del suelo bucal, pero la mayor parte del tumor está encajada en los tejidos profundos y de ahí que no se pueda determinar su tamaño por el abultamiento visible.

Algunas veces el tumor ocupa ambos lados del frenillo lingual y está compuesto de dos ó más lóbulos. La mucosa no está inflamada, pero cuando el tumor adquiere tamaño considerable, los tejidos se destienden y la mucosa tensa toma un color gris azulado, a veces gris rojizo por las venas que cubren el tumor. Este adquiere tamaño considerable, es tenso y fluctuante, pero la presión del dedo no deja huella persistente. La tumefacción es molesta, pero indolente; a veces se rompe espontáneamente, pero vuelve a formarse -- luego. Contiene una sustancia viscosa. Son contadas las veces que hace prominencia bajo la barbilla, y no se suele infectar.

Diagnóstico Diferencial. Se distingue la ránula de los angiomas del suelo de la boca en que el tumor de vasos sanguíneos se deprime por la presión; en cambio la ránula tiene consistencia más firme.

Los dermoides dan al tacto sensación pastosa, se hunden a la presión y están situados en la línea media. -- Los lipomas son duros; los quistes del conducto de Wharton

causan tumefacción de la glándula submandibular, se desarro-
llan más rápidamente que la rânula verdadera y son doloro-
sos.

Pronóstico. Favorable, aunque tiene la tendencia a regenerarse después de la ruptura espontanea.

Tratamiento. La rânula pequeña se puede extirpar -
totalmente, pero si es voluminosa, es preferible la opera-
ción de Partsch ú otro método de ablación parcial.

En ésta operación, se quitan la pared superior y la mucosa que la cubre; luego, se suturan los bordes de la mucosa y la pared quística y así la cavidad forma parte del -
suelo de la boca.

QUISTES GLOBULOMAXILARES

Según Thomas, los quistes globulomaxilares se forman en la unión de las apófisis globular y maxilar, y -- son bilaterales y unilaterales, sólo se presentan entre el incisivo lateral y el canino, donde el premaxilar se une -- con el hueso maxilar.

A veces la primera manifestación es el trastorno de las relaciones entre aquellos dientes, y luego se advierte el abultamiento de la lámina alveolar en la cara labial.

Es posible que el quiste se extienda al interior del hueso, se dilate y abarque varios dientes.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica.

QUISTES DEL CANAL INCISIVO

Los quistes que se presentan en el centro del hueso son llamados quistes del canal incisivo. A veces se forman quiste de tejido blando en la papila palatina. Estos -- quistes no crecen dentro del hueso ni alteran de una manera importante la mucosa subyacente. Se les llama quistes de la papila palatina y se diferencian de un quiste óseo por medio de la radiografía y por examen quirúrgico la imagen radiográfica es de gran valor al hacer el diagnóstico de -- los quistes del canal incisivo. Sin embargo, el tamaño del canal incisivo no es constante y un canal y agujero grandes pueden dar la apariencia de un quiste grande. En las arcadas desdentadas, debido a la resorción, el quiste puede aparecer más cerca de la superficie. El diagnóstico de los -- quistes radiculares es necesario para evitar la desvitalización ó extracción de estos dientes.

Generalmente estos quistes no dan síntomas clínicos sino se infectan secundariamente. Cuando se infectan 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 quita quirúrgicamente.

Para la vía de acceso quirúrgico se hace un colgajo palatino después de una incisión a lo largo de los margenes gingivales linguales. Elevando cuidadosamente el colgajo -

se pueden conservar los nervios y vasos que esten en el agujero y que salen en la papila.

Frecuentemente los nervios y los vasos deben ser -- cortados para mejor acceso al tejido quístico. Esto no -- trae como consecuencia secuelas indeseables, generalmente el quiste puede ser quitado cuidadosamente del tejido blando ó del hueso según el caso. Los quistes nosopalatinos generalmente contienen una membrana gruesa de tejido conjuntivo. La cubierta varia desde el epitelio estratificado al epitelio de transición ó al cilindrico ciliado. En muchos casos hay intensa infiltración inflamatoria debido a la infección secundaria de la cavidad bucal.

QUISTE MEDIAL

El quiste de la línea media es un quiste de hueso - que se forma en la hendidura media del paladar por restos - embrionarios.

Se han descrito quistes de la línea media alveola- res. Robinson afirma que éstos no son quistes de la línea- media verdaderos, ya que los huesos que se unen en estas re- giones se originan de tejidos mesenquimatosos profundos sin oportunidad de inclusión de restos epiteliales. Robinson - creé que son quistes primordiales de gérmenes de dientes -- supernumerarios.

Los quistes de la línea media se diferencian de los quistes del canal incisivo debido principalmente a su loca- lización, ya que éstos ocurren más atrás en el paladar.

Los datos radiográficos son desorientadores, por la superposición de las sombras de los senos paranasales. La- inyección de un material radiopaco delinearán al quiste.

La escisión quirúrgica de estos quistes es el trata- miento de elección, pero se puede utilizar el método de -- Partsch. Frecuentemente estos quistes tienen que alcanzarse haciendo un colgajo mucoperiostico desde la pared labial del maxilar superior y del paladar. Estos quistes están -- cerca del piso de la nariz e invaden la cavidad nasal. Tienen un saco de tejido conjuntivo cubierto por epitelio - estratificado. Como en otros quistes, puede haber espacios de cristales de colesterol rodeados en algunos casos por --

células de cuerpo extraño.

QUISTE NASOALVEOLAR

El quiste nasopalveolar se forma en la unión de los procesos globular, lateral, nasal y maxilar superior. Produce una tumefacción en la inserción del ala de la nariz y al crecer invade la cavidad nasal.

Los datos radiográficos son negativos debido a que éstos quistes no son lesiones centrales del hueso. Los quistes están cubiertos con epitelio de tipo nasal. En la observación clínica pueden confundirse con quistes de origen dental ó abscesos alveolodentales de los dientes anteriores superiores.

El Tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa. El quiste nasopalveolar generalmente se quita intrabucalmente por una incisión cuidadosa de la membrana subyacente enucleado el quiste.

6. QUISTES CONGENITOS

QUISTE TIROGLOSO

Los quistes tirogloso pueden aparecer en cualquier porción del conducto tirogloso, por lo tanto, están en la línea media, contienen una substancia mucosa ó dermoide y generalmente son de color obscuro.

Por regla general, el quiste no ocasiona síntomas hasta pasados muchos años, está cubierto por grandes venas y es a veces tan vascular que se asemeja a un quiste hemático.

Un síntoma importante y frecuente es la hemorragia en la boca por ruptura de las venas sobreyacentes.

El conducto tirogloso está en la línea que une la glándula tiroides y el agujero ciego de la lengua. El quiste ó la fístula que nacen de este conducto se localizan en la línea media, en cualquier punto entre el istmo de la glándula tiroides y la base de la lengua. La fístula generalmente se inserta ó está en íntima relación con el hueso hioides. El quiste puede ser asintomático ó puede causar síntomas como resultado de la presión sobre otras partes. La deglución hace que el quiste se mueva hacia arriba.

Debido al conducto tirogloso el quiste puede infectarse. En tal caso puede drenar espontáneamente, pero también puede hacerse la incisión. Debe quitarse antes que ocurra la infección ó después que los síntomas agudos han disminuido.

La escisión completa del trayecto fistuloso hasta la

base de la lengua, frecuentemente incluyendo una porción -- del hueso hoides, es indispensable para la curación.

Tratamiento.- El mejor tratamiento cuando se hace necesario es la incisión. Si el quiste ha persistido por algún tiempo sin crecer ni causar signos subjetivos ni hemorragias, no es necesario ningún tratamiento y, cuando lo es, lo mejor es la enucleación.

QUISTE BRANQUIAL

Existen varias teorías en lo que respecta al origen de los quistes branquiales, pero las pruebas demuestran que nacen de la persistencia de la segunda hendidura branquial.

Se localizan característicamente a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en cualquier parte del cuello.

Puede haber un conducto fistuloso que se extiende - hasta el músculo digástrico terminando en la fosa amigdalina. Estos quistes o conductos están cubiertos por epitelio escamoso estratificado y ciliado y contiene un líquido mucoso o lechoso. Puede haber una fístula externa. El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa.

QUISTE DERMOIDE

El quiste dermoide es una cavidad rodeada de una cápsula fibrosa y revestida interiormente de epitelio estratificado que contiene tejidos dermoides característicos, tales como pelo, dientes, glándulas sebáceas y sudoríparas. Tienen tamaño muy variable y se desarrollan en diversas partes del cuerpo.

Son relativamente raros en la boca, pueden presentarse en el paladar duro, blando, en el dorso de la lengua y más comunmente en el piso de la boca. Causan una tumefacción en el mismo sitio que los quistes sublinguales de retención y deben ser diferenciados de ellos. No tienen el aspecto vesicular de la ránula.

El quiste dermoide puede estar localizado arriba o abajo del músculo geniohideo. Ocurren generalmente en la línea media, pero pueden ser desplazados lateralmente durante el desarrollo y como tales deben ser diferenciados de los quistes de origen branquial.

Los quistes dermoides no son fáciles de descubrir si no existe una tumefacción debajo del mentón o en el piso de la boca.

A la palpación estos quistes dan una sensación similar a la del caucho; generalmente contienen una secreción amarilla parecida al queso. El color ayuda a diferenciar los quistes dermoides de la ránula, que tiene color azulado.

El examen radiográfico puede ayudar a distinguir un-

quiste dermoide de otras lesiones similares debido a su contenido frecuentemente con sustancias radiopacas.

El tratamiento es la remoción quirúrgica de todo el tumor.

NEOPLASMAS QUISTICOS

(ADAMANTOMA QUISTICO)

Sinonimios.- Ameloblastoma, Adamantoma, Odontoma, - Epitelial Quiste Multilocular, Odontoma Quístico, Epitelio-
ma Adamantino.

Definición.- El adamantoma quístico es una neoforma-
ción benigna, rara, que se origina del epitelio dental; --
consta de un estroma fibrilar que rodea conglomerados irre-
gulares de células epiteliales y tienen tendencia a formar-
múltiples cavidades quísticas.

Se distinguen dos variedades: la sólida y la quísti-
ca. El adamantoma sólido tiene color rosado y aspecto gra-
nular. Ambas variedades no son sino diversos estados pro-
gresivos de una misma neoformación, cuya terminación es --
siempre la degeneración quística del tumor.

Causa.- La teoría aceptada del origen del Adamanto-
ma es la de Malassez, que supone la proliferación de restos
epiteliales. Bland-Sutton y otros opinan que la neoforma-
ción se origina en la membrana mucosa bucal ó en la membra-
na periodontal.

Estos tumores se observan con más frecuencia en la-
mandíbula y en la región de los terceros molares y los pre-
molares y raras veces en la porción anterior de la boca.
Estas neoformaciones pueden ocurrir en cualquier edad y te-
ner su origen en el borde alveolar ó en la porción central-
del hueso, sin que haya siempre inclusión dental ni dientes
necrotos.

No tienen ninguna relación con las lesiones traumáticas ni con los estados inflamatorios ni las demás causas de la irritación se observan con más frecuencia en la mujer que en el hombre.

En algunos casos raros, se observa una prolifera---ción muy rápida, de gran tamaño al neoplasma en un periodo muy corto, pero generalmente su crecimiento es lento y puede durar hasta veinte ó treinta años.

Diagnóstico.— El tumor está incluido en una cápsula dentro de la cual se ven los quistes diminutos y múltiples de diversos tamaños y formas, que contienen una substancia semisólida ó sólida, aunque por regla general hay un líquido mucoso amarillento ó de color café. Puede haber ó no antecedentes de diente no brotado. El paciente se queja de la hinchazón generalmente en la región molar inferior, que crece lentamente y no provoca linfadenitis. El adamantoma se presenta en cualquier edad. El sitio más frecuente es el ángulo de la mandíbula, y el tumor se extiende hacia arriba en la rama y hacia adelante en el cuerpo de la mandíbula algunas veces se nota a la palpación un sonido crepitante ó sensación de elasticidad. El quiste es generalmente indolente, a no ser que haga presión sobre algún tronco nervioso. Es un quiste muy raro en comparación con otros quistes de la boca.

Crece lentamente en el curso de muchos años. El tamaño es variable, entre el de una nuez y el de una naranja ó mayor. Las áreas sólidas tienen tinte rosado y aspecto granular.

La porción enferma del hueso aparece destendida y - se nota el tumor lobulado ó nodular que sobresale del borde del alvéolo. Cuando el quiste está situado en la maxila, - casi siempre invade el seno maxilar, la radiografía confirma casi siempre el diagnóstico.

Diagnóstico Diferencial. En el período incipiente - de adamantoma quístico, es con frecuencia muy difícil diferenciarlo de otras variedades de quistes y neoplasmas.

El diagnóstico diferencial debe excluir los quistes - radiculares y foliculares, los neoplasmas de células gigantes, el mixoma, el sarcoma, y la osteítis fibrosa quística.

Al hacer la diferenciación se tendrá presente que - no todos los quistes multiloculares son adamantomas.

Pronóstico.- El quiste no invade los tejidos adya- centes, como los neoplasmas malignos, pero su extensión y - su expansión progresiva ocasional la resorción del tejido - óseo contiguo, por lo cual se hace casi siempre necesaria - la operación quirúrgica extensa.

Son tumores benignos bien encapsulados y no forman - metástasis. Es frecuente la regeneración del neoplasma, -- por ser difícil su extirpación incompleta.

Se tiene conocimiento de adamantomas quísticos inve- terados, en los que hubo degeneración maligna, con metásta- sis a las glándulas cervicales y órganos distantes.

Tratamiento.- Lo usual es la extirpación y la caute- rización.

Dice Quick: "Para tratar convenientemente el adaman

toma por medio de la sola operación quirúrgica, es preciso -
extirpar una gran porción de la mandíbula, lo cual desfigu-
ra el rostro precisamente en la infancia ó en la juventud --
que es la época en que se forma casi invariablemente el tu-
mor, ya que es originado por una anomalía de desarrollo.

La experiencia enseña que puede ser tratado eficaz-
mente por irradiación externa, intensa y prolongada, seguida
de una operación bucal conservadora y, finalmente, de la ---
aplicación superficial, por dentro, de emanaciones de radio-
bien filtradas".

QUISTES DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Los quistes de las glándulas salivales, con excep---
ción de la verdadera rânula, se observan casi siempre en las
glándulas submandibulares y parótidas.

Tratamiento. Por regla general requieren la extirpa---
ción quirúrgica, según los métodos descritos para el trata-
miento de los quistes mucosos y de la rânula. Cuando el ---
quiste está situado en la glándula submandibular y abarca --
todo el tejido glandular, es preciso extirpar toda la glân-
dula por medio de una incisión externa. Se hace una inci---
sión elíptica encima de la tumefacción, y se despegan los --
tejidos hasta llegar a la pared del quiste. Con un instru-
mento sin filo se disecciona con cuidado el quiste hasta despren-
derlo totalmente de la cápsula fibrosa. Al levantarlo y des-
prenderlo de su lecho, se haya generalmente una arteria (ra-
ma de la maxilar externa ó de la lingual), que se coge con -
unas pinzas hemostáticas y se liga; hecho esto, se extrae --
el quiste íntegro. En lugar de coser los bordes de la heri-
da, se taponan la cavidad con gasa para evitar la hemorragia;
el tapón se cambia a las cuarenta y ocho horas y después to-
dos los días, hasta que cicatrice la herida.

QUISTE DE LA PAPILA PALATINA

Aunque los quistes mucosos se pueden formar en cualquier parte de la boca, son más frecuentes en el suelo, en los labios y en la lengua. Se ven algunos en la bóveda palatina. Son raros los de la papila palatina, que están formados de tejido blando, y no se han de confundir con los quistes óseos, como los del canal incisivo, los de la hendidura facial, los radicales y los foliculares.

Causa. La causa determinante del padecimiento es la infección ó el traumatismo de la papila palatina, que ocasiona oclusión del orificio palatino.

Aspecto macroscópico. Suelen ser pequeños (del tamaño de un guisante), y de índole aguda ó crónica; cuando se desaguan parcialmente, se vuelven un tanto crónicos, pero cuando se forma pus que no tiene salida, se vuelven agudos. Los tejidos están tumefactos y duros, no crepitan, como los de los quistes de otra clase, y el comprimirlos sale materia semilíquida ó mucofibrinosa, aunque sólo sean unas cuantas gotas.

Aspecto radiográfico. Este carece de importancia respecto del diagnóstico, salvo para excluir los quistes del canal incisivo, los óseos y los maxilares mediales anteriores.

Tratamiento. La incisión y el desague sólo sirven para mitigar los síntomas del período agudo, y por lo común es preciso extirpar el quiste por el mismo procedimiento que para otros quistes mucosos.

TRATAMIENTO Y TECNICAS QUIRURGICAS

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Aunque hay una variedad muy grande de incapacidades, tanto por su tipo como por su naturaleza, existen algunos principios fundamentales de medicina física y rehabilitación aplicables al tema. Las actividades del paciente encaminadas a cuidar de sí mismo, además del auxilio adicional, del tratamiento ocupacional y educativo, son parte importantísima como base del programa de rehabilitación sobre la cual se edificará una existencia útil.

Motivar al paciente a un tratamiento quirúrgico consiste, no solamente en eliminar la lesión previniéndolo de muchas otras complicaciones, sino crear en el enfermo una sensación de bienestar facilitando su reintegración a una actividad normal.

Antes de emprender el tratamiento debe llevarse a cabo un examen completo para la valoración médica del paciente y planearse cuidadosamente para alcanzar su objetivo.

TECNICA DE PARTSCH O MARSUPIALIZACIÓN.- Con este método se persigue transformar el quiste en una cavidad accesoría de la cavidad bucal, continúa en ella, conservando parte de la membrana quística, la cual en poco tiempo adquiere todas las características del epitelio bucal por su condición epitelial.

Consiste la técnica en hacer una incisión que nos permita el quiste, si hay porción ósea que lo cubra se deberá hacer la osteotomía, así como apertura y vaciamiento de su contenido, conservando su hemisferio interno.

Ventajas. Sencillez de ejecución, buena visualización de cavidad, la superficie ósea queda cubierta en toda su extensión por el epitelio, evitando así la infección ósea y lesión de los dientes adyacentes, debido a que se conserva la bolsa quística.

Desventajas. La integridad histológica de la membrana quística no siempre es absoluta, el epitelio quístico es un elemento patológico que debe ser eliminado debido a que puede sufrir transformaciones o recidivas. En muchas ocasiones, está infectado el quiste y degenerada la membrana, siendo un problema su conservación. La cavidad artificial creada permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales, que con su putrefacción crean los inconvenientes de sanidad bucal. Mientras una nueva formación ósea bajo lo que queda del epitelio del quiste eliminará algo de este efecto, el proceso es largo y alguna deformación residual es frecuentemente permanente.

A pesar de estas desventajas, el método de Partsch tiene sus indicaciones, sobre todo en el maxilar superior, en los quistes vecinos al antro ó fosas nasales; y son los siguientes:

- 1.- En quistes medianos ó muy grandes, en los que el método de enucleación traería como consecuencia trastornos por

parte del hueso como: apertura del seno maxilar, hemorragias, fracturas, penetración a fosas nasales, y -- donde se pudiera lesionar el paquete vasculonervioso de las piezas dentales adyacentes.

- 2.- En los quistes de tejidos blandos: rínula y mucocele.
- 3.- Cuando no parece factible la extirpación completa de partes encerradas de la pared del quiste.
- 4.- Cuando el cierre hermético operatorio no es seguro.
- 5.- Para efecto de drenaje.

Tiempos Quirúrgicos:

Incisión.- Se hace en la porción más superior de la lesión quística, la cual debe hacerse en un lugar -- equidistante del surco gingival y borde libre de la encía. La incisión será en sentido horizontal y de -- mayor diámetro que el proceso quístico siendo la profundidad hasta hueso.

Despegamiento del colgajo.- Se hará con una legra -- pequeña o una espátula roma con movimientos suaves, a expensas de fibromucosa, procurando no lastimar la le sión quística.

El colgajo se despega hasta los límites superiores -- del quiste; si desapareció el tejido óseo, lo cual -- veremos por medio de la radiografía, entonces el colgajo lo despegaremos hasta hueso sano.

Osteotomía.- Esta se hará de acuerdo con el grueso de tejido óseo, si éste es muy delgado lo haremos con bisturí para hueso; si se encuentra parcialmente destruido completaremos la osteotomía con pinzas gubias. Pero si el hueso es grueso, y consistente entonces la haremos con escoplo o fresas quirúrgicas irrigando por goteo con suero fisiológico. Hecho lo anterior y en presencia del quiste, lo tomamos con una pinza de Kocher y con un bisturí se abre ampliamente, se vacía el contenido de la cavidad quística y se lava a presión con suero fisiológico el interior de la misma.

Tratamiento de la bolsa quística.- (Sutura), después de haber limitado el quiste rellenándolo con gasa estéril, se termina la disección de la pared superior del quiste. Se colocan las suturas periféricas adosando la pared del quiste a la mucosa de la cavidad oral por medio de puntos aislados, dejando expuesta la región quística al medio bucal para proliferación de tejido en el sitio de la lesión.

Tratamiento del diente causante de la lesión.- Podrá ser tratamiento de conductos y apicectomía o bien la extracción. Deberá hacerse en sesiones previas a la intervención quirúrgica cualquiera que sea el tratamiento de elección.

Tratamiento de piezas dentarias adyacentes.- Durante algún tiempo será necesario conservar los dientes vecinos, con el fin de no producir fractura en la porción alveolar.

METODO DE ENUCLEACION Y SUTURA.- Esencialmente con--

siste en la enucleación completa de la bolsa quística, quedando la cavidad ósea vacía, la cual será llenada por la -- sangre dependiendo la osificación de la organización del -- coágulo.

INDICACIONES:

- 1.- Será llevada a cabo en aquellos quistes de un diámetro no mayor de 3 cms.
- 2.- En quistes estériles; los que se encuentran infectados deben tratarse con el método abierto ya que existe el peligro de que el coágulo puede infectarse y supurar - dejando secuelas que pueden hacer posible su recidiva.
- 3.- Cuando no se corre el riesgo de lesionar las partes -- blandas adyacentes al extirpar la pared quística por - despegamiento.
- 4.- En aquellos quistes en los cuales tienen una cápsula - bien definida pudiéndose liberar sin riesgo de dejar - restos.

TIEMPOS QUIRURGICOS:

Incisión.- Para maxilar superior; se hace en la región vestibular a la altura de los ápices de las piezas denta--- rias, la cual deberá ser mayor que los límites del proceso - y llegar hasta hueso sin lesionar la bolsa quística.

Procuraremos que la herida de la mucosa descansa en tejido- óseo sano.

Confección del colgajo.- El colgajo se despegá del hue- so con mucha precaución, ya sea con una legra o bien con una

espátula de bordes romos, también se puede hacer con un periostomo, el área será mayor a la del proceso, para poder tener buen acceso a la bolsa quística.

Si se da el caso en que el hueso se encuentra ya -- destruido el despegamiento se tendrá que hacer hasta encontrar tejido óseo sano y sólido. Cuando se presenta este -- caso resulta un poco difícil despegar la bolsa quística de la encía ya que se encuentra íntimamente unidas y se tendrá que hacer con mucho cuidado.

Cuando el quiste es supurado se encuentra en su período crónico, las adherencias serán mayores así como sus inserciones, será necesario realizar una maniobra de disección que nos permita seccionar adecuadamente.

Preparación ósea.— En el caso en que nos encontramos con hueso sano, la osteotomía se tendrá que realizar -- por medio de escoplo y martillo y terminar con pinzas gubias. De preferencia se utilizarán escoplos finos de media caña para hacer una ventana en la tabla externa; aumentando después el tamaño de la abertura ósea con pinzas gubias, debiendo ser como en todos los casos la extensión mayor a la del proceso.

Si la tabla ósea externa ha desaparecido, será suficiente agrandar también con pinzas gubias la abertura patológica que ha sido creada por el proceso y así tendremos una amplia y clara visión del contenido óseo.

Después de la osteotomía se presenta la bolsa quística con su color característico azulado rojizo, de brillo nacarado y variable en su consistencia según el líquido quístico.

Enucleación de la bolsa quística. - Para poder elaborar la enucleación, primeramente se tendrá que vaciar su contenido con el fin de disminuir de volumen, sobre todo si el quiste es muy grande. Esto lo haremos punzando la bolsa quística con una aguja de mediano calibre y succionando con una jeringa; una vez realizado lo anterior, se secciona la bolsa quística y se termina de secar con gasa y aspirador para dejar de esta manera todo listo para el procedimiento de enucleación de dicha bolsa.

Después de haber hecho la eliminación, se hará un raspado de la porción ósea periférica con la finalidad de eliminar todo resto que trajera como consecuencia su recidiva. La hemostasia se hará por medio de gasa, se coloca en la cavidad pincelando agua oxigenada, y toques con una solución de cloruro de zinc al 10% a manera de eliminar todos los restos quísticos.

Tratamiento de cavidad y dientes vecinos. - Si los tumores llegaran a invadir cavidades vecinas como: seno maxilar, bóveda palatina, fosas nasales; estarán modificadas en sus relaciones y estructuras por el avance del proceso.

Si eso sucediera habrá que realizar el tratamiento de ellas. En lo que respecta a piezas dentarias vecinas, --

Éstas no serán tocadas por desviadas que se encuentren; a --
menos que sean antiestéticas completamente o que estén muy --
desviadas de su articulación, en caso de que éstas requieran
la extracción, se hará después de varios meses de la opera--
ción.

Tratamiento de la pieza dentaria causante de la le--
sión.- Se podrá hacer mediante la extracción de la pieza --
dentaria inmediatamente después de la enucleación del quiste,
ó bien hacer la apicectomía por medio de escoplo, martillo, --
ó fresa previo tratamiento de conductos antes de la interven--
ción quirúrgica.

Tratamiento de la cavidad ósea.- Se realiza raspando
las partes blandas con la finalidad de provocar hemorragia y
llenar la cavidad ósea de sangre; se puede colocar yodo, for--
mo ó polvo de sulfamida en el interior, los cuales se mezcla--
rán con la sangre, sin ningún inconveniente en dejar lo den--
tro de la cavidad.

Sutura.- Utilizaremos nylon seda ó hilo común de --
lino; los puntos deberán distar de medio a un centímetro, --
debiendo quedar sobre hueso firme, los cuales serán retira--
dos entre el sexto y octavo días. Se puede dejar entre uno
y otro punto una gasa como drenaje del hematoma, la cual se--
retira a las 24 ó 48 horas; sin volverla a colocar.

Para la mandíbula; seguiremos el mismo método que en
el maxilar superior con las siguientes variantes:

En la enucleación de la bolsa quística, será necesari--
o tomar en cuenta la relación que tenga el quiste con el --

paquete vasculonervioso, supuesto que en ocasiones están --
íntimamente relacionados, teniendo que hacer cuidadosa disecci
ción para poder separar estos dos elementos. Como vía de --
acceso haremos la vestibular combinada con la alveolar.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Las posibles complicaciones de enucleación o marsu-
pialización de quistes congénitos y embriológicos incluyen -
tumefacción, infección, formación de hematomas, traumatismo-
de nervios motores y sensitivos, hemorragia primaria ó secun-
daria, fístula bucal, fractura de huesos y obstrucción de --
vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar lesio-
nes que exigen disección en cuello y región submandibular.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenir
las por un diagnóstico completo un buen juicio quirúrgico y
una técnica quirúrgica correcta.

Sin embargo, las complicaciones ocurren y conviene -
conocerlas para tratarlas cuando se presenten.

El edema es normal y fisiológico después de procedi-
mientos quirúrgicos en maxilares y mandíbula. La mayor par-
te de éstas operaciones son traumáticas y la retracción pro-
longada de los tejidos contribuye a obstaculizar el drenaje
linfático normal de la región. Esto, aunado con la reacción
inflamatoria, produce edema y tumefacción. Debe evitarse --
ésto al paciente, y que espere el máximo de hinchazón alre-
dedor del segundo día postoperatorio; desaparecerá gradual-
mente si no hay infección secundaria ni formación de hemato-
mas.

La aplicación inmediata de frío es de poco benefi-
cio, pero puede utilizarse en las primeras ocho a diez horas
del postoperatorio.

Un hematoma persistente fácilmente accesible, debe ser aspirado y drenado. De otra manera, ocurrirán disgregación del coágulo y drenaje séptico. En período incipiente de la formación de hematoma, puede ser útil la terapéutica enzimática, con hialuronidasa, por ejemplo, pero debe evitarse si hay peligro de infección secundaria. Las enzimas inyectadas en los tejidos abren los espacios intersticiales y facilitan la absorción y difusión rápidas de líquidos desde la región enferma.

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

Los pequeños nervios que se sacrifican en estas regiones quirúrgicas de ordinario tienen inervación cruzada de manera que el efecto inmediato no es notado por el paciente.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Las fístulas buconasales ó bucoantrales a veces resultan de haber elegido mal los procedimientos quirúrgicos, ó de error en la técnica. Ello puede evitarse por una disección cuidadosa; la pared quística frecuentemente puede despegarse de otras membranas sin penetrar en cavidades nasal ó antral. El método de Paritsch, cuando se puede aplicar evitará esta complicación. El cuidado postoperatorio es de gran importancia en muchos casos para evitar la formación de una fístula permanente que necesita cierre secundario. Debe evitarse la infección secundaria, se aconsejará al paciente mantener la boca abierta al estornudar ó toser, para igualar la presión en los senos paranasales y evitar la fuerza excesiva en la región donde la herida comunica con la cavidad bucal.

El hueso se debilita por la presencia de un quiste; la magnitud del debilitamiento depende del tamaño y la extensión de la lesión. La posibilidad de fractura durante la cirugía suele ser remota, a menos que se produzca traumatismo excesivo sobre el hueso ó que ambas tablas corticales sean muy delgadas. Si ocurre fractura, debe continuarse la enucleación del quiste y después se empaqueta bien la cavidad con apósitos de gasa ó partículas de hueso, para mantener la posición de los fragmentos y evitar su desplazamiento. La mandíbula también debe inmovilizarse.

La obstrucción postoperatoria de vías aéreas puede ser consecuencia de intervenciones quirúrgicas en los maxila

nes, lengua y cuello. Los factores contribuyentes son además masivo, formación de hematoma e infección. Si existen signos de respiración difícil y de intercambio respiratorio inadecuado, debe hacerse traqueotomía. Esta debe ser, en la medida de lo posible, 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.

C O N C L U S I O N E S

Existen numerosas nomenglaturas y clasificaciones -- de quistes, pero no se ha logrado un acuerdo para hacer una clasificación universal.

Los quistes podrían ser considerados como tumores -- desde el sentido más amplio de la palabra.

Son lesiones que se observan frecuentemente y los -- más comunes son los de origen radicular.

Los quistes son siempre estériles no importando que -- no estén fistulizados.

Hay una serie de precauciones que debemos tomar en -- cuenta para el éxito de todo procedimiento quirúrgico que -- depende en gran parte de la preparación del paciente, teniendo especial cuidado con aquellos pacientes que son muy exitables ó neuróticos de los cuales necesitamos su colaboración -- y plena confianza.

No debemos omitir una buena historia clínica que pueda revelar algún padecimiento cardiorrespiratorio importante y antecedentes de estados alérgicos ó anafilácticos, así -- como interrogar sobre todo tipo de medicamentos que esté tomando para valorar el riesgo y poder conocer alguna probable reacción particular.

Al hacer el diagnóstico auxiliado por radiografías, -

manifestaciones clínicas y biopsias, debemos tener especial-cuidado, lo cual nos encaminará a un tratamiento de elección y por consiguiente a un pronóstico favorable para nuestro --paciente.

Aunque existe una variedad de estas lesiones y algunas de ellas son muy complejas, nuestro deber es saber motivar al paciente para ser intervenido quirúrgicamente, así --como conocer ampliamente las técnicas para la resolución de--las mismas.

BIBLIOGRAFIA

CIRUGIA BUCAL
STERLING V. MEAD TOMO II
EDITORIAL HISPANO AMERICANA

TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
GUSTAVO O. KRUGER
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. 1960

PATOLOGIA BUCAL
K.H. THOMA

PATOLOGIA BUCAL
SHAFFER, W.G. HINE M.K. LERY B.M.
EDITORIAL INTERAMERICANA 1981

PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL
STANLEY L. ROBBINS
EDITORIAL INTERAMERICANA 1975

SEMILOGIA MEDICA Y TECNICA EXPLORATORIA
JUAN SURÒS FORNS
EDITORIAL SALVAT EDITORES, S.A. 1980

TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO
ALBERTO PALACIOS GOMEZ
EDITORIAL INTERAMERICANA, S.A. 1967

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
EDWARD V. ZEGARELLI

INTRUDUCCION A LA TECNICA Y EDUCACION QUIRURGICAS.
DR. ALFONSO SANCHEZ SILVA
EDITORIAL MENDEZ CERVANTES 1978