

14 862

**Universidad Nacional Autónoma
de México**

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**PROCESOS QUISTICOS EN
EN LOS MAXILARES**

T E S I S

Que para Obtener el Título de:

CIRUJANO DENTISTA

Presenta:

Marta Guadalupe Rivas Fonseca



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PROCESOS QUISTICOS EN LOS MAXILARES

INTRODUCCION

CAPITULO PRIMERO

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CIRUGIA ORAL

CAPITULO SEGUNDO

EVOLUCION DE LOS PROCESOS QUISTICOS

- I.- Definición**
- II.- Clasificación**
- III.- Descripción**

CAPITULO TERCERO

DIAGNOSTICO CLINICO, RADIOGRAFICO Y PRONOSTICO

- I.- Diagnóstico Clínico**
- II.- Diagnóstico Radiográfico**
- III.- Diagnóstico Diferencial**
- IV.- Indicaciones Pre y Post Operatorias**
- V.- La Anestesia y sus Aplicaciones**

CAPITULO CUARTO

TECNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROCESOS QUISTICOS

- I.- Técnica de Partsh I**
- II.- Técnica de Partsh II**
- III.- Técnica de Enucleación asociada a un Caldwell - Luc**
- IV.- Técnica de Wassmund**
- V.- Técnica para la Enucleación de Pseudoquistes Oseos**

**VI.- Técnica para la Enucleación
de Quistes de Retención**

**VII.- Técnicas para la Enucleación.
de Quistes Disontogénicos.**

**CAPITULO QUINTO
EXPOSICION DE UN CASO CLINICO**

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

El problema provocado por los diversos padecimientos bucales que hasta fines del siglo XIX resultaban imposibles de atender adecuadamente, hizo apremiante la necesidad de encontrar sistemas y adecuar técnicas que tuvieran como finalidad preservar el dolor y aliviar las enfermedades bucales que -- tanto pueden incidir en el estado general de la salud.

Esta realidad y la premura por encontrar la solución al problema planteado, se vieron favorecidos por el nacimiento de la Cirugía Oral cuyo ejercicio requiere no sólo de un amplio conocimiento de los métodos mecánicos y procedimientos-quirúrgicos a emplear sino también de los conocimientos adquiridos en otras disciplinas que le son auxiliares como la biología y la medicina a la que está tan estrechamente vinculada.

En el desarrollo de este trabajo, ha sido nuestro empeño mostrar y resaltar los procedimientos más señalados empleados en el tratamiento de las enfermedades bucales y en particular sobre los procesos quísticos cuya intervención es posible hoy en día gracias a la evolución de la técnica y al descubrimiento de nuevos componentes químicos como la anestesia.

Al poner a vuestra consideración esta modesta monografía me propongo continuar el interés de quienes con mayor acuciosidad se han preocupado por dar a la Cirugía Oral perfiles propios dentro del amplio estudio de la Odontología.

No pretendo ni con mucho, iluminar el campo odontológico con nuevas aportaciones técnicas sino por el contrario, demostrar mi inclinación y renovado propósito para que esta -- ciencia y sus procedimientos y técnicas lleguen cada vez más

y con mayor efectividad a quienes más lo necesitan.

Quisiera también que el contenido de este trabajo aspira rá más que a buscar soluciones a despertar la inquietud de aquellos mejor dotados para avocarse decididamente al estudio y perfeccionamiento de nuevas y variadas técnicas que hagan posible el que la Cirugía Oral pueda llenar la importante función social a que está comprometida.

Si lograra lo anterior, mi esfuerzo se verá satisfecho; si no lo lograra, me daría por complacida al ver que mi empeño ha sido acogido con benevolencia y comprensión y que, por lo demás las fallas cometidas son producto de la inexperiencia en el espacioso y arduo campo de la investigación.

Al H. Jurado que habrá de calificar la sencillez de este trabajo, mi agradecimiento anticipado.

C A P I T U L O P R I M E R O

A N T E C E D E N T E S H I S T O R I C O S D E L A C I R U G I A O R A L

CAPITULO PRIMERO

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA CIRUGIA ORAL

Nuestro tema que es un pequeño capítulo del amplio campo de la cirugía oral pretende hacer resaltar los hechos y acontecimientos quirúrgicos más sobresalientes que han contribuido a aliviar los padecimientos quísticos desarrollados en -- los maxilares y tejidos blandos contiguos.

Un acontecimiento destacado en el ejercicio de la cirugía oral es el que se origina de su concepto de especialidad definida cuya idea de singularidad ya era posible advertir -- en los textos dentarios del siglo XVI en los cuales comienza a hacerse sensible su separación de la cirugía general merced a la fundación de escuelas dentarias, al descubrimiento de la anestesia y al teñón de quienes hicieron posible dar -- a ésta disciplina perfiles característicos. En el breve recorrido histórico que iniciamos sobre los orígenes de ésta -- ciencia habremos de conocer cada una de las etapas por las -- que atravesó hasta llegar a su moderna concepción.

Uno de los más interesantes testimonios odontológicos es sin duda alguna el Papyrus Quirúrgico de Edwin Smith, manuscrito que data del Egipto de 1600 a 1700 a.J.C. en el cual -- se describen 22 lesiones de la cabeza que incluyen la des --

cripción de fracturas y dislocaciones mandibulares, lesiones de los labios y la barbilla, así como una referencia al diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Los griegos, de quienes se dice fueron los iniciadores de la medicina científica, desarrollaron entre el siglo VI a.J.C. y hasta la segunda centuria de la Era Cristiana, un sistema de medicinas que ha sido base para la terapéutica en Europa hasta finales del siglo XV.

A Hipócrates, nacido en el año 460 a.J.C. se le atribuye diversos trabajos en los que aconsejaba la extracción de los dientes destruidos en caso de movilidad y la desecación con cauterio cuando hubiera destrucción del diente pero no movilidad. En lo referente a las fracturas de maxilares aconsejaba ligar los dientes a ambos lados de la fractura.

Galeno (131-201 a.J.C.) considerando el más grande de los escritores médicos de la antigüedad explicó los hechos bajo la más pura teoría y substituyó un sistema de filosofía médica por una interpretación clara y llana según el pensamiento hipocrático. Describió la anatomía y fusión de los incisivos, caninos y molares e hizo observaciones sobre la odontología diferenciando el dolor producido por pulpitis del producido por periodontitis.

Celso Cornelio, un patricio romano del siglo I de nuestra Era escribió varios tratados De Medicina en los cuales describió las úlceras de la boca, pequeños tumores de las encías, un método para la extracción de los dientes, tratamientos para el dolor de muelas, incisiones y drenaje en los abscesos y la reducción de las fracturas en las arcadas.

La Era del Renacimiento que vio el auge de las universidades y el perfeccionamiento de los métodos de imprenta, propició el intercambio cultural con los pueblos de Oriente dando margen a que la cultura occidental se enriqueciera con -

nuevos conocimientos.

En 1478 se publica la obra *Chirurgia Magna*, producto de las observaciones de Guy de Chauliac de quien se dice fué el primero que ejerció la odontología como especialidad.

Giovanni Arcolani (1484) profesor y cirujano de las Universidades de Bolonia y de Padua, escribió un tratado de cirugía bucal en el que describe el relleno de las caries con oro y el uso del instrumental adecuado para la extracción de raíces.

Vesalio (1520-1574) uno de los más distinguidos del Renacimiento, describió el diente y la cámara pulpar y discrepó del concepto aristotélico de que la mujer tenía menos dientes que el hombre .

Falopio (1523-1562) adoptó los términos de paladar duro; y paladar blando e hizo una descripción minuciosa del quinto séptimo y noveno par craneal.

Eustaquio (1520-1574) publicó el primer artículo sobre anatomía dental y en él describe ya la membrana periodontal a la que asemeja a ligamentos muy fuertes, unidos principalmente por las raíces del diente a través de los cuales quedan firmemente adheridos al alveolo.

Contemporáneo de los anteriores fué el francés Ambrosio Paré (1510-1590) uno de los cirujanos más notables no sólo por lo que escribió, sino por el descubrimiento de los métodos para el reimplante de los dientes, obturadores para paladares hendidos, extracción de dientes, drenado de abscesos y consolidación de fracturas.

Pionero de la cirugía oral en el siglo XVII fué el francés Pierre Fauchard (1678-1761) que comprendió la importancia de las enfermedades de la boca en relación con la salud corporal. Su obra *Le Chirurgien Dentiste*, fué el compendio -

más completo de su época sobre ortodondia, cirugía, implantes, gingivitis, dolores dentarios reflejos, anatomía dental patología y procedimientos de prótesis.

La tradición inglesa está representada por John Hunter - autor de la Natural History of the Human Teeth publicada en el año de 1771. Contribuyó notablemente a la odontología, la anatomía y la fisiología y empleó por primera vez los términos de cúspide para el canino y bicúspide para los premolares. Practicó la extracción de los dientes sólo cuando estaban profundamente careados y no era posible practicar una obturación, esterilizándolos por ebullición y volviéndolos a reimplantar. Para corregir la protusión de la arcada superior recomendaba la extracción de un bicúspide por cada lado.

En el siglo XVII comienzan a aparecer en Norteamérica -- destacados profesionales de la cirugía oral entre ellos Simón Hüllihen (1810-1857) considerado el primer especialista en cirugía maxilofacial, a quien se debe el perfeccionamiento de nuevos instrumentos dentales así como una gran cantidad de trabajos sobre prognatismo, paladar hendido y la descripción de múltiples operaciones.

Corresponde a James Garretson (1829-1895) a quien se le conoce como "el padre de la cirugía oral" , haber dado nombre a la especialidad y lograr introducirla en el Dental College de Philadelphia. Su System of oral Surgery aparecido en 1869 instó en practicar las intervenciones por vía intraoral gracias a lo cual muchos pacientes pudieron salvarse de las mutilaciones tan frecuentes en esa época.

El avance de la cirugía oral lo mismo que otras ramas de la ciencia médica a lo largo de los siglos XIX y XX propiciaron el desarrollo de la tecnología y el descubrimiento de --

nuevos elementos como la anestesia, la asepsia, los rayos X-
ets, sin los cuales no es posible concebir modernamente la -
práctica clínica.

El descubrimiento más destacado de éstos siglos es la --
aplicación del óxido nítrico que, Horacio Wells (1815-1848)-
y posteriormente William T.G. Morton (1819-1868) utilizaron-
para la supresión del dolor, hecho éste que constituye la ma
yor aportación odontológica puesta al servicio de la humani-
dad.

Modernamente podemos señalar que, la introducción de la-
procaína como anestésico local y el perfeccionamiento del mi
croscopio han hecho posible el conocimiento cada vez más es-
pecializado de todos aquellos elementos que conforman la es-
tructura dentaria. Las técnicas asépticas aplicadas rigurosa
mente por Lister en la última mitad del siglo XIX y continua
das por Ernesto von Bergman son otras de las nuevas y valio-
sas aportaciones a la actividad odontológica colocada hoy en
día en uno de los más prominentes peldaños de la escala cien-
tífica.

CAPITULO SEGUNDO

EVOLUCION DE LOS PROCESOS QUISTICOS

- I.- Definición
- II.- Clasificación
- III.- Descripción

C A P I T U L O S E G U N D O

DEFINICION Y CLASIFICACION DE LOS PROCESOS QUISTICOS.

I.- DEFINICION

En el interior de la médula del maxilar y la mandíbula en contramos la presencia de tejido epitelial que constituye una de las diferencias entre los maxilares y otros huesos del esqueleto.

El epitelio puede ser odontogénico cuando está representado por restos de órganos del esmalte, lámina dental o bien - simples restos epiteliales (restos de Malassez). Puede suceder que sea no odontogénico cuando se refiere a los restos epiteliales embrionarios de los procesos originadores. Estos - en particular se localizan en el maxilar superior en la línea de cierre de esos procesos. La línea media del paladar, la zona entre incisivos y caninos, la región de la base de la narina, son regiones que respectivamente representan la unión de procesos globular y maxilar y cierre de procesos nasales medio y lateral con el proceso maxilar. El conducto nasopalatino puede ser otra fuente de epitelio no odontogénico .

De acuerdo con lo anterior, en los maxilares se forman - dos tipos de quistes; los reales o verdaderos que poseen re - vestimiento epitelial, denominados también Quistes Odontogéni

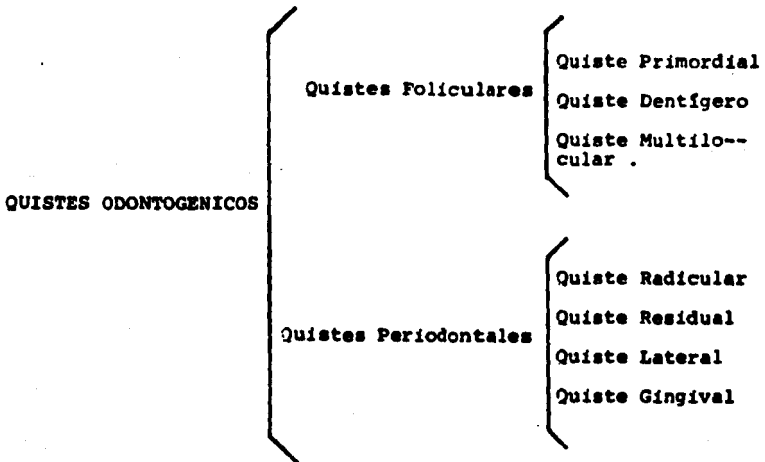
cos y los Quistes No Odontogénicos. Existe un tercer grupo de quistes a los cuales se les denomina Pseudoquistes, por no estar revestidos de epitelio.

Las opiniones más autorizadas convienen en señalar que:

"Un quiste es una bolsa o receptáculo sin abertura - provista de una membrana definida y que contiene un material líquido o semilíquido, desarrollado anormalmente en una de las cavidades naturales o en el interior de un órgano."

II.- CLASIFICACION

La siguiente clasificación propuesta por Walter C. Guralnick es la que a mi juicio muestra una forma didáctica y definida de conjuntar los diversos quistes y sus variedades.



**QUISTE NO
ODONTOGENICOS**

**Quistes
Fisurales**

**Quiste Medial
Quiste Globulomaxilar
Quiste Nasalveolar
Quiste Nasopalatino**

**Pseudoquistes
Oseos**

**Quiste por Extravasación
Traumática.
Cavidad Osea Idiopática**

**Quistes de
Retención**

Ránula

Mucocele

**Quistes
Disontogénicos**

**Quiste Dermoide
Quiste de la Hendidura
Branquial
Higroma Quístico
Quiste del Conducto
Tirogloso**

III.- DESCRIPCION

QUISTES ODONTOGENICOS

Tienen su origen en los tejidos formadores del diente y son quistes de desarrollo. Pueden presentarse a cualquier edad, incluso desde la infancia y en su crecimiento destruyendo al hueso, siendo más frecuentemente su evolución a expensas de la porción medular del hueso ó sea la esponjosa. La cortical que es la que más resistencia ofrece, puede atrofiarse por la presión y volverse tan delgada que puede quedar erosionada dando lugar a una franca ulceración. El tejido óseo al crecer y adelgazarse toma consistencia de pergamino y se vuelve característicamente crepitante pudiendo llegar al punto de distorcionar la cara. En general tiene paredes gruesas.

QUISTES FOLICULARES

Son quistes benignos de origen congénito debidos a proliferación y degeneración de las células del órgano del esmalte. Se desarrollan en alguna pieza incluida ó supernumeraria sobre todo en permanentes, siendo muy raro en dientes temporales. Los incisivos, caninos y terceros molares se afectan con más frecuencia y suelen localizarse en la rama ascendente, senos maxilares, huesos palatinos fosas y órbita. Clínicamente es asintomático y generalmente asociado a una tumefacción en cualquiera de los maxilares.

La radiografía muestra el área destruida con márgenes bien definidos conteniendo al diente. La adenitis se observa solo en casos en que sobrevenga infección secundaria.

Histopatológicamente al hacer la punción obtenemos un líquido amarillento sanguinolento de consistencia seroso-mucoide contenido en una cápsula fibrosa de epitelio escamoso, dentro de la cual existe además un diente rudimental que aparece en ocasiones con pus ó una materia espesa y caseosa que contiene cristales de colesterol.

QUISTE PRIMORDIAL

Forma parte de los quistes foliculares y provienen de - un gérmen dentario que degenera convirtiéndose en quiste en vez de formar al diente. La mandíbula se afecta más que el maxilar a nivel del tercer molar hasta la rama ascendente. Se presentan en adultos jóvenes y como todo quiste es indoloro, pudiendo provocar migración de dientes.

El exámen de radiografía muestra una zona radiolúcida - bien delimitada asociada o no a un diente retenido. Su epitelio es escamoso estratificado con una pared de tejido conectivo que en ocasiones presenta células inflamatorias con tejido odontogénico o ameloblástico en forma de islotes.

QUISTE DENTIGERO

Es el más común de los quistes foliculares. Se origina por degeneración de los sacos foliculares que rodean las coronas de los dientes en desarrollo. Afectan más comunmente los terceros molares y caninos y con mayor frecuencia se dan en mandíbula.

Las radiografías muestran un diente que no ha erupcionado con su corona rodeada por una zona radiolúcida nítidamente demarcada. Los dientes pueden estar desplazados.

El quiste que rodea a la corona está revestido de epitelio escamoso estratificado y el líquido se localiza entre el epitelio que lo rodea y el diente. La pared de tejido conectivo consiste en haces de colágeno y muestra infiltración inflamatoria, así como restos de epitelio odontogénico. Aunque no tiene significación clínica, pocos casos pueden mostrar proliferación ameloblástica, siendo precursores de ameloblastomas.

QUISTE MULTILOCULAR

Son quistes que no se asocian a un diente en desarrollo y cuya característica principal la constituyen las varias cavidades quísticas unidas que proceden de varios gérmenes-

dentarios que desarrollan simultáneamente una degeneración quística o bien pueden derivar de la lámina dentaria que forma folículos adyacentes, cada uno de los cuales se convierte en un quiste. Un quiste unilocular puede convertirse en multilocular desarrollando quistes hijos o "murales" derivados de sus paredes.

Clinicamente presentan agrandamiento del hueso y pueden ser hereditarios ó hallarse asociados a otros trastornos de desarrollo como quistes sebáceos múltiples de la piel ó de deformidad de vértebras cervicales. Se presentan en la zona molar mandibular con más frecuencia.

Radiográficamente dan aspecto multiquístico que puede observarse en la intervención como un quiste único de gran extensión con varios tabiques óseo dando aspecto de quistes múltiples separados.

Histoiógicamente están revestidos de epitelio escamoso - estratificado presentado sus paredes tejido conectivo y un número mínimo de células inflamatorias. En algunos casos el epitelio está revestido de queratina .

QUISTES PERIODONTALES

Son bolsas epiteliales formadas en periodonto y zonas -- adyacentes generalmente en el periápice de un diente o en su superficie lateral. El epitelio de éstas probablemente deriva de los restos de la vaina de Hertwig esto es, por la ---- proliferación de los restos epiteliales de Malassez que son estimulados por los factores iniciadores de la inflamación .

Clinicamente su tamaño puede variar, desde uno hasta --- varios milímetros de diámetro. Se localizan con más frecuencia en el maxilar que en la mandíbula y en la parte anterior más que en la posterior. Tiene algunas variedades y suelen ser asintomáticos como es característico .

Radiográficamente muestran zonas radiolúcidas bien delimitadas en el periápice o en la zona lateral de la raíz asociadas a una pieza o bien sin asociación dentaria y con localización en la región de una pieza faltante .

Histológicamente, la cavidad está revestida de epitelio-escamoso estratificado conteniendo en su interior fluidos, - células vivas y restos necróticos, leucocitos y colesterol.- El epitelio está rodeado de tejido conectivo de diversa densidad con infiltración inflamatoria. Alrededor de este tejido pueden encontrarse trabéculas óseas .

QUISTE RADICULAR

Es una cavidad en el maxilar o la mandíbula producida como resultado de una infección dental cuya formación va precedida de tejido de granulación o granulomas que contienen restos epiteliales de Malassez y están en relación con el foramen apical de un diente. La inflamación, que suele deberse - a causas mecánicas, químicas o bacterianas, hace que las -- células epiteliales proliferen y formen cadenas de epitelio. Estas cadenas englobadas por el tejido de granulación, desarrollan un proceso de necrosis y licuefacción dando margen - a que las células epiteliales continúen su proceso proliferante dentro del área de licuefacción y se forma una cavidad. El quiste crece por expansión produciendo una atrofia del -- hueso subyacente que responde formando una franja de hueso - condensado alrededor del quiste (lámina dura) .

QUISTE RESIDUAL

Es iatrogénico cien por ciento. Se debe a la degeneración quística de un granuloma que no ha sido removido en el momento de la extracción .

Posee las mismas características clínicas y microscópicas que el quiste radicular .

Radiográficamente se encuentra en el maxilar y en la mandíbula, en zona desdentadas o asociadas a dientes faltantes.- Es más frecuente en la mandíbula .

QUISTE LATERAL

Es solo una variante del quiste radicular anteriormente -

citado. Cuando éste se desarrolla a lo largo de una de las caras radiculares, recibe el nombre de quiste lateral.

Se origina de la inflamación crónica de la membrana periodontal, que contiene restos epiteliales de Malassez y se presenta como secuela de un absceso lateral. Por su localización también puede ser originado por la presencia de un conducto radicular accesorio. Su forma de evolución es la misma de los quistes radiculares.

QUISTE GINGIVAL

Es una lesión circunscrita, elevada y móvil, que se observa en la encía bucal y más comunmente entre la zona incisiva y premolar.

El quiste aparece en tejidos blandos pero involucra, no raramente la cortical que se va erosionando desde el lado del periostio. Los dientes de la zona son vitales en la radiografía se muestra una zona radiolúcida circunscrita.

Histológicamente puede verse revestido por un epitelio cúbico escamoso ó escamoso estratificado ó bien, por una doble capa de cúbico. En el tejido conectivo no se observan células inflamatorias.

QUISTES NO ODONTOGENICOS

El epitelio de los quistes no odontogénicos se presenta casi exclusivamente en el maxilar y representa los restos de epitelio que cubría los procesos embrionarios que generan el maxilar y la mandíbula. Estos se encuentran a lo largo de la línea media del paladar y raramente en la mitad de la mandíbula, en la zona entre los caninos e incisivos laterales del maxilar y en la región de la base de la nariz.

Otra fuente de epitelio no odontogénico en el maxilar son los restos del conducto nasopalatino vestigial que en las primeras etapas de la vida fetal del hombre está revestido de tal epitelio. Los restos de ese conducto se observan -

en el canal palatino y en la papila incisiva.

Los quistes no odontogénicos fisurales se producen cuando falla la función ósea en la época del desarrollo embrionario. Los restos quedan englobados durante la fusión y más tarde comienzan a proliferar para dar lugar a la presencia de un quiste fisural.

QUISTES FISURALES

Acabamos de mencionar el origen de un quiste de tipo fisural mismo que por consecuencia localizamos en la zona de fusión de las prolongaciones ó mamelones faciales embrionarios. A continuación menciono las siguientes variedades.

QUISTES MEDIALES

Los quistes mediales como su nombre lo indica se localizan en la línea media del paladar, en la zona alveolar y en el paladar duro donde también pueden desarrollarse.

Clinicamente se presentan como una tumefacción sólida. La mucosa puede ser pálida o blanqueada pero intacta. No hay ulceración. Son indoloras aunque no raramente causan molestias durante la masticación y la fonación.

Radiográficamente se observan zonas radiolúcidas circunscritas.

Histológicamente, los cortes muestran epitelio columnar ciliado (respiratorio), escamoso estratificado ó pseudoestratificado ó bien ambos. La cavidad quística contiene restos celulares, líquido ó queratina. El tejido conectivo puede mostrar infiltración inflamatoria.

Los Quistes Mediales de la Mandíbula, son muy raros. Se presentan en la sínfisis mentoniana y son el resultado del englobamiento epitelial durante la fusión de las dos mitades.

Estos causan divergencia de los incisivos centrales y su-

perposición de los ángulos mesioincisales de las coronas.
Los dientes son vitales.

QUISTES GLOBULOMAXILARES

Se originan a partir de restos epiteliales en la línea de fusión de los procesos globular del proceso nasal medio y maxilar del proceso embrionario. Por ello se observan entre el camino y el lateral del maxilar.

Clinicamente hay tumefacción en la cara externa del hueso. Si se extiende al paladar entonces la tumefacción está en el techo de la bóveda. Hay migración de los dientes adyacentes que son vitales. Es por demás asintomático.

Radiográficamente, revelan una imagen piriforme entre el canino y el lateral. El cuello de la pera se halla entre las partes coronarias de los dientes.

Histológicamente, según el tipo de epitelio englobado en el período de fusión, la membrana quística puede estar constituida por epitelio escamoso estratificado (oral) o epitelio pseudoestratificado columnar (respiratorio). Existe infiltración inflamatoria en ocasiones.

QUISTE NASOALVEOLAR

Son quistes extraorales y se presentan en la parte más alta del fondo del pliegue mucobucal del maxilar por encima de la zona comprendida entre el lateral y canino.

Clinicamente ocasiona una tumefacción observable y palpable debajo del labio superior y por el piso de la fosa nasal. Producen asimetría de la nariz y de la cara por su abultamiento. El quiste no invade el hueso en éste caso.

Radiográficamente no se muestra alteración ósea alguna, -- sin embargo si produce resorción ósea aparecerá la radiolucencia característica.

Histológicamente muestra las mismas características de los quistes medianos y globulomaxilares.

QUISTE NASOPALATINO

Se divide en dos grupos: Quiste del conducto incisivo y Quiste de la papila incisiva según su localización.

El primero se forma en el espesor del paladar duro y dilata el conducto incisivo. Ocasiona algunas veces dolor por la presión sobre los nervios nasopalatinos que pasan por el conducto, dolor urente existe en la parte anterior del maxilar. Los dientes son vitales.

El segundo produce una tumefacción redondeada que aumenta de tamaño, es blando y fluctuante. La mucosa que lo cubre suele ser normal aunque se enrojece por acción traumática. No presenta dolor.

Se forman a partir de los remanentes persistentes de los dos conductos nasopalatinos situados a los lados de la línea media anterior del paladar. El desarrollo de éstos depende de estímulos extrínsecos ó intrínsecos.

Histologicamente muestran restos epiteliales según pertenezcan al conducto nasal o al extremo oral del conducto nasopalatino, (respiratorio) y/o escamoso estratificado, con presencia de glándulas mucosas y nervios en la pared de tejido conectivo, e infiltración linfocitaria.

Radiográficamente, el primero revela una imagen quística con leve condensación periférica en forma de corazón. El segundo por lo común no produce imagen.

PSEUDOQUISTES OSEOS

Son quistes que no están revestidos de epitelio pero por formar cavidades en el hueso podemos incluirlos en esta clasificación. Se les llama por ello pseudoquistes.

Encontramos dos: Quiste traumático, hemorrágico ó quiste

de extravasación y Cuidad Osea Idiopática.

QUISTE TRAUMATICO

Se considera como el resultado de una hemorragia intramedular que no ha podido repararse adecuadamente. Existe una historia previa de traumatismo.

Clinicamente pocas veces es doloroso y frecuente en sínfisis mentoniana. Los dientes son vitales, pero puede producir agrandamiento del maxilar con aumento gradual del volúmen -- del hueso.

Radiográficamente hay una zona radiolúcida amplia en la parte anterior de la mandíbula que puede expandir las tablas. La radiolucencia posee un contorno festoneado entre los dientes.

Histológicamente están revestidos por tejido conectivo -- formado a partir de los espacios medulares contiguos y comparable a la membrana piógena de los abscesos. El residuo de la hemorragia forma el contenido del quiste con el exudado -- seroso que se acumula (focos de hemosiderina, remansos de -- sangre y pequeños vasos sanguíneos).

CAVIDAD OSEA IDIOPATICA

No constituye un quiste en realidad. Se presenta en la mandíbula y habitualmente debajo del conducto dentario inferior entre el ángulo mandibular y el primer molar.

Clinicamente es asintomático y presenta a la exploración un defecto en la tabla cortical y una cavidad en la mandíbula.

Histológicamente suele ocuparse por una porción de la -- glándula submaxilar ó sublingual o bien tejido linfoide. El contenido de la cavidad está en comunicación a través del defecto cortical lingual, con los tejidos blandos del piso de la boca.

Puede evidenciarse hasta la edad adulta pues se origina durante el desarrollo de la mandíbula. Una parte de la glándula queda incluida en la mandíbula y ella se rodea de tejido óseo, excepto una zona.

Radiográficamente se muestra una zona radiolúcida bien demarcada como situada por debajo del conducto dentario inferior, sin dilatar la tabla cortical.

QUISTES DE RETENCION

Son quistes que se limitan a los tejidos blandos y que se presentan exclusivamente en las glándulas salivales existentes en la cavidad oral.

RANULA

Es un quiste de retención mucosa del suelo de la boca relativamente frecuente. La retención del líquido se da en la glándula sublingual y más raramente en la glándula submaxilar.

Parece deberse a un traumatismo que da lugar a la obstrucción del conducto de una glándula.

Clínicamente está situado debajo de la membrana mucosa y los tejidos submucosos. Tiene tendencia a perforar los tejidos profundos. Es unilateral ocupando algunas veces ambos lados del frenillo y está compuesto de dos ó más lóbulos. Puede ser superficial y aumentar su tamaño, extendiéndose por el interior de los espacios sublinguales, resultando difícil determinar su tamaño por el aspecto externo.

A medida que se expande los tejidos que la circundan adquieren la delgadez de un papel y toma un color azulado ó bien gris rojizo debido a los vasos sanguíneos que lo cubren.

Es tenso y fluctuante. La tumefacción es molesta pero indolora. La ránula acostumbra recidivar.

Radiográficamente, no presenta evidencia radiográfica ---

pues no involucra estructuras ósea, sino únicamente tejidos blandos.

La rínula dos variedades; una sublingual y otra suprahiodea. La rínula sublingual es superficial, por debajo de la lengua se evidencia. La rínula suprahiodea es más profunda y presenta aspecto de reloj de arena con uno de sus extremos incluido en planos profundos y el otro hacia la superficie sublingual .

Histológicamente son quistes con cápsulas epitelial o tejido de granulación. La glándula salival cercana a la lesión así como el tejido conectivo muestran infiltrado inflamatorio. Contiene además mucus que es un material homogéneo derivado de las glándulas salivales secretoras.

MUCOCELE

Es un quiste de retención de una pequeña glándula salival sobre los labios, mejillas o lengua. Es producido por la oclusión de los conductos o por la retención de las secreciones normales debida a estados inflamatorios. La irritación y el traumatismo son dos factores etiológicos .

Clinicamente es una lesión pequeña y circunscrita de color azulado, generalmente elevada y de forma esférica. Su crecimiento es lento e indoloro. Son generalmente superficiales y cuando son profundos se desplazan con facilidad. Se localizan en toda la cavidad oral .

Tienen una secuencia cíclica de ruptura, descarga y recurrencia que puede durar meses .

Las lesiones superficiales se abren frecuentemente, descargan una sustancia mucóide viscosa y se colapsan. Después de sufrir el colapso vuelven a cargarse de mucus.

Radiográficamente presenta las mismas características que la rínula.

Histológicamente son similares a la rínula raramente revestidos de epitelio y generalmente por tejido de granulación. Existe infiltrado de neutrófilos, linfocitos y plasmocitos en el tejido conectivo y en la glándula salival. La cavidad está ocupada por mucus que la llena en su totalidad dándole ese aspecto de turgencia.

QUISTES DISONTOGENICOS

Son quistes embrionarios originados en tejidos embriológicos desplazados. Existen cuatro tipos de ellos: el dermoide, de la hendidura branquial, higroma quístico y quiste del conducto tirogloso.

QUISTE DERMOIDE

El quiste dermoide de la cavidad oral es un quiste que se presenta en la línea media.

Es de origen congénito aunque pueden pasar varios años -- sin pasar advertido. Derivan de inclusiones de epidermis y con más frecuencia se presentan en la región submental a diferencia de los del piso de la boca (más superficiales ó --- supramilohioideos). Existen dos variedades de quistes dermoides que son: Sublinguales o Supramilohioideos y Submentonianos ó Inframilohioideos.

Decimos que es sublingual cuando está por encima de los músculos milohioideo y geniogloso y se localiza en la parte anterior del piso de la boca, por debajo de la lengua. Si -- por el contrario se halla por debajo de los músculos citados y aparece en el área submental como tumefacción subcutánea que se denomina doble barba, recibe el nombre de supramilohioideo.

Pueden ser pequeños o grandes, de 5 a 10 cm., de diámetro de color amarillento con vasos sanguíneos delineados inmediatamente debajo de la mucosa adelgazada apreciándose a la palpación una consistencia de masilla ó de goma.

Radiográficamente no presenta característica alguna por-

ser un quiste de tejidos blandos .

Histológicamente son paredes gruesas y revestidas de epitelio escamoso estratificado .

Contiene dientes, glándulas sudoríparas, sebáceas o sudoríparas, material caseoso y queratina así como derivaciones de cada una de las hojas blastodérmicas.

Cabe mencionar que su desarrollo puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo; ovarios , base del cerebro, cuello - órbita. etc.

QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL

Los quistes branquiales son tumefacciones circunscritas y movibles que generalmente aparecen en el costado del cuello o en las regiones postauriculares. Respecto a su origen, en un tiempo se creyó que este quiste derivaba de los vestigios del arco branquial, sin embargo, se originan a partir de --- inclusiones epiteliales en el interior de los ganglios ---- cervicales según demostraciones. Su frecuencia de presentación durante la madurez sexual, se debe a que el epitelio -- glandular encerrado en los ganglios linfáticos empieza probablemente a proliferar después de la pubertad .

A menudo éstos quistes se rompen por la parte externa y dan lugar a fistulas de drenaje .

Radiográficamente no hay manifestaciones, .

Histológicamente están tapizados por epitelio respiratorio o por epitelio escamoso rodeados de tejido linfóide de las mismas características de un ganglio linfático .

HIGROMA QUISTICO

Es una malformación congénita en la cual grandes espacios quísticos, llenos de linfa, se desarrollan en cuello y cabeza .

Aparecen en niños recién nacidos y son unilaterales o bilaterales, pudiéndose extender hacia la glándula parótida,-

piso de la roca, mejillas y lengua.

Radiográficamente no presenta características.

Histológicamente están tapizados por endotelio y son quistes numerosos llenos de líquido linfático que pueden alcanzar tamaños de cierta consideración. Es una lesión no encapsulada.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

El quiste tirogloso es una lesión de la línea media que se origina en el conducto embriológico tirogloso uno de cuyos extremos termina por la parte superior en el agujero ciego de la lengua y su otro extremo termina en el punto medio del cuello en la zona del hueso hioides de donde desciende hasta la futura glándula tiroidea.

Sabemos que después del descenso y la diferenciación de la tiroidea, las células de ese conducto primario degeneran dejando una estela de numerosos restos epiteliales.

Estos restos experimentan una degeneración quística y originan un quiste tirogloso.

Clinicamente puede localizarse en la línea media del cuello. La primera manifestación suele ser la apertura de una fistula en esa región ó ligeramente desviada de la línea media.

Radiográficamente no hay manifestación alguna.

Histológicamente muestra un revestimiento en su parte superior por epitelio escamoso estratificado y en su parte inferior muestra epitelio columnar pseudoestratificado ó cilindrico.

Las ilustraciones siguientes corresponden a cada uno de los procesos quísticos que han quedado descritos en páginas anteriores.



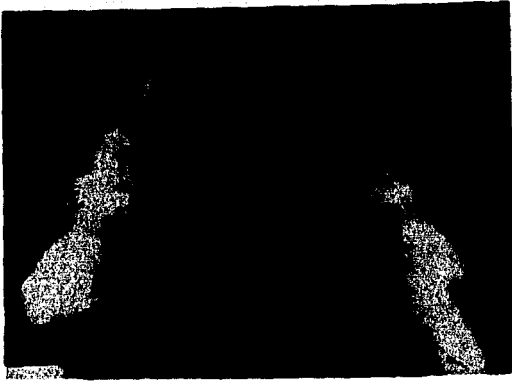
QUISTE DENTIGERO ORIGINADO EN UN TER
CER MOLAR INVERTIDO.



QUISTE NASOALVEOLAR O ALVEOLAR ME-
DIANO.



QUISTES RADICULARES EN MANDIBULA. NO
TESE LA DESVIACION DEL CONDUCTO DEN-
TARIO (FOTO SUPERIOR) Y LA REACCION
OSEA A LA INFECCION (FOTO INFERIOR).



QUISTE MEDIAL O MEDIANO DE LA MANDIBU-
LA.



PSEUDOQUISTE OSEO POR EXTRAVASACION -
TRAUMATICA.

C A P I T U L O T E R C E R O

DIAGNOSTICO CLINICO, RADIOGRAFICO Y PRONOSTICO

- I.- Diagnóstico Clínico**
- II.- Diagnóstico Radiográfico y pronóstico**
- III.- Diagnóstico Diferencial**
- IV.- Indicaciones Pre y Postoperatorias**
- V.- La Anestesia y sus Aplicaciones**

CAPITULO TERCERO

DIAGNOSTICO CLINICO, RADIOGRAFICO Y PRONOSTICO

I.- DIAGNOSTICO CLINICO

Es de todos sabido y conocido que en la actualidad, tanto el médico general como el cirujano dentista o bien todo profesionalista dedicado a la salud, cuentan con una amplia gama de facilidades para emitir ó suponer un diagnóstico adecuado. No obstante, el resultado del mismo depende no solo de la preparación del que lo realiza, sino de una agudeza intuitiva. Es por ello que los mayores beneficios serán recibidos por los pacientes en la medida que el diagnóstico sea cuidadosamente estudiado y ejecutado .

Es oportuno destacar lo engañoso que resulta la evolución de los diversos procesos quísticos cuyas particularidades suelen variar desde el momento de su aparición ó bien, hacerse visibles cuando la enfermedad ya ha provocado el abombamiento de la tabla externa del hueso con desplazamiento de los dientes .

Entendemos por Historia Clínica todo compendio de elementos indispensables para determinar y precisar el tratamiento a seguir sea cual fuere la naturaleza del mismo .

Ella nos revelará el estado de salud que guarda el pacien

te y nos auxiliará a valorar justamente el padecimiento .

Empezaremos por la Ficha de Identificación y enseguida - procederemos el interrogatorio por aparatos y sistemas. Algunas de las respuestas obtenidas pueden denotar ciertas anomalías, de las cuales las más importantes para nuestra valoración serán las siguientes :

1.- Ciertos estados generales como son el embarazo, la - obesidad y la edad. En éstos casos determinaremos el tipo de anestésico y variaciones al tratamiento de acuerdo a las indicaciones del especialista encargado de dichos casos .

Cabe señalar que la edad, aún cuando no es un estado patológico, trae implícitos ciertos factores importantes tales como el metabolismo basal que disminuye con la edad, algún - estado de desnutrición por carencia proteica, etc.

2.- Estados patológicos específicos por aparatos .

Aparato Cardiovascular.- Angina de Pecho ó bien Infarto - al Miocardio, Enfermedades Cardíacas Reumáticas, Anomalías - Cardiovasculares Congénitas, -- Insuficiencia Cardíaca Congesti - va, Enfermedades Hipertensivas.

Aparato Respiratorio .- Asma. Bronquitis Crónica, Enfise - ma y pequeñas infecciones de --- vías respiratorias superiores.

Aparato Gastrointestinal.- Enfermedades Hepáticas y Ulce - ra Péptica.

Enfermedades Metabólicas y Endócrinas.- Entre éstas está la Diabetes Mellitus y la insu - ficiencia Suprarrenal, Hiperti - riodismo, Hipotiroidismo, por - citar algunas .

Sistema Nervioso.- Encontramos con mayor frecuencia la Epilepsia, Miastenia Grave, - Apoplejía .

Alteraciones Hemáticas.- Las de mayor consideración serán an las Anemias, Policitemia, -- Agranulocitosis, Leucemia, Hemofilia .

3.- Estados específicos de hipersensibilidad a medicamentos que contienen antibióticos, analgésicos y barbitúricos -- que son producto de algún tipo de alimentación ó bien si el paciente ha sufrido alguna intervención que le produzca una reacción alérgica a anestésicos tanto de orden local como -- general .

Completa nuestra Historia Clínica, llenamos la Ficha Dental que constará del análisis siguiente :

- 1.- Exámen general de tejidos orales .
 - a) Labios
 - b) Paredes bucales
 - c) Lengua y espacio sublingual
 - d) Paladar
 - e) Faringe
 - f) Glándulas salivales
 - g) Articulación temporomandibular

Con la observación simple y armada y la palpación como-auxiliares será suficiente .

- 2.- Estudio Clínico de tejidos gingivales .
 - a) Crecientes traumatismos
 - b) Congestión de borde gingival
 - c) Recesión gingival
 - d) Destrucción o recesión de papilas interproximales .
 - e) Rodetes de McCall
 - f) Fisuras de Stillman
 - g) Cambios de color ó consistencia
 - h) Exudado sanguíneo ó purulento
- 3.- Sondeo de bolsas y registro de profundidad-

y contorno .

- 4.- Pruebas de vitalidad y condición de la pulpa dentaria.
- 5.- Pruebas de movilidad de los dientes (0, 1, 2, 3) .
- 6.- Exámen radiográfico de los dientes .
- 7.- Estudio de la oclusión de los dientes, posterior, en modelos de estudio .
- 8.- Exploración en busca de cavidades.
- 9.- Hallazgo de hábitos perniciosos.
- 10.- Consistencia de la saliva .
- 11.- Estado de higiene de la cavidad oral .

La fotografía clínica es de valor inestimable para establecer y tener presentes las condiciones halladas en la revisión inicial, permitiéndonos además reconocer las mejoras y cambios mientras vayan sucediéndose .

Generalizando, en base a las características normales, - podemos considerar sospechosas de un quiste las siguientes :

Tabla Externa.- El adelgazamiento de la tabla externa -- como consecuencia de una presión constante ejercida sobre la misma. Puede llegar incluso a atrofiarse y ulcerarse. Clínicamente podemos diagnosticar observando dicho abultamiento - localizado en una zona específica como ápices radiculares, - zona desdentada raramente ó bien de fosa nasal. A la palpación, el hueso está debilitando pero ofrece una regular resistencia . A la percusión suelte crepitar .

Será indicativo para el diagnóstico una ligera distorsión facial, raramente presente .

Mucosa.- Podrá existir variación en su coloración siendo ligeramente más pálida ó enrojecida en relación al resto de la mucosa. Bien puede estar intacta .

Sintomatología.- Son por lo general asintomáticos. Por su localización da molestias a la masticación y fonación --- por su extensión .

Piezas Dentarias.- El quiste posee la capacidad de desplazar las piezas dentarias debido a su crecimiento expansivo . En rarísimas ocasiones muestran pérdida de su vitalidad .

Una poca sensibilidad a la percusión pudiera ser el síntoma más grave, aunque es raro que se presente .

Con éstos datos clínicos acompañados de la cooperación del paciente en un interrogatorio específico, tendremos un antecedente de la posible etiología del problema .

Ahora bien, un diagnóstico de éste tipo estará incompleto sin la valiosísima cooperación de la radiografía. Será -- preciso pues, pedir a nuestro paciente se someta a tomarse -- unas radiografías .

II.- DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Tal y como indicamos en el inciso anterior la ayuda de -- la radiografía es invaluable en éstos casos, Sin duda el -- hallazgo radiográfico constituye la prueba definitiva de la existencia de un quiste .

En aquellos casos en que la clínica no nos proporciona -- ninguna evidencia, la radiografía es definitiva. Por ello -- un examen clínico debe complementarse con un examen radio-- gráfico .

Para un diagnóstico radiográfico completo será menes--- ter un mínimo de 16 placas, esto es, las 14 de una serie -- radiográfica y 2 oclusales, superior e inferior respectiva-- mente . (periapicales) .

Particularmente y en los casos a considerar la radiografía panorámica (ortopantomografía) y dos radiografías ----

oclusales son todavía de mayor utilidad. Esta muestra con -- gran claridad todas las estructuras óseas y sus mismas relaciones en la cavidad de una forma uniforme e íntegra. Demuestra las alteraciones en densidad del hueso esponjoso, alveolar, crestas interproximales, lámina dura, piezas dentarias--senos maxilares, canal dentario inferior, ramas ascendentes--etc., Cualquier alteración a éste nivel puede observarse .

Para los quistes que se localizan en el seno maxilar, se agregan a las mencionadas radiografías, una tomografía del --seno maxilar en forma lateral del lado afectado .

Si los quistes se localizan en la mandíbula y se requiere de una visibilidad mayor, pueden solicitarse radiografías de mandíbula lateral, oblicua y AP (anteroposterior) .

Como datos diagnósticos radiográficos tenemos los mencionados a continuación :

Hueso .- El hueso muestra una radiolucidez completa de -- tamaño variable. Alrededor de la zona quística muestra una línea radiopaca que lo circunscribe y autolimita .

Es unilateral y se presenta en cualquiera de los maxilares .

Los dientes pueden incluirse total o parcialmente en la zona radiolúcida . Igualmente pueden estar parcial o totalmente formados. Los dientes adyacentes y subyacentes están -- desplazados hacia los lados .

Puede suceder que las piezas dentarias permanentes o --- temporales mantengan su número y posición correctos, más --- si el área radiolúcida contiene otra estructura dentaria --- ésta será un supernumerario .

Puede también existir un número indefinido de quistes -- en un mismo maxilar, En el caso de zonas desdentadas o bien--carentes de estructuras dentarias (rama ascendente) la -- radiolucidez será más clara y definida .

No obstante lo anterior es posible que un quiste llegue a confundirse con la presencia del seno maxilar. Recordemos que la pared de la cavidad nasal y la pared media del seno maxilar son una sola y que el tabique que pasa anteroposteriormente separa la nariz del seno por lo general. La pared media del seno viene hacia adelante en la región de los premolares gira hacia afuera lateralmente en una curva que es la que forma la pared anterior del seno maxilar y continúa la curva posteriormente para formar la pared externa o lateral del seno .

Donde la pared media del seno dobla para formar la pared anterior, se describe una figura en forma de " Y " en cuya horqueta se hallan los caninos y premolares .

PRONOSTICO .- De ordinario podemos señalar que el pronóstico es satisfactorio . Si bien en la antigüedad el problema de una infección posterior o secundaria era un riesgo latente, actualmente con la introducción de sulfamidas y antibióticos la situación ha cambiado. Cabe mencionar que los progresos de la técnica quirúrgica han sido también decisivos .

El pronóstico es benigno, dado que las condiciones en que se realizan éstas intervenciones (anestesia local) en su mayoría, no implican peligro para el paciente .

Cuando por diversos factores la elección fué la anestesia general, las precauciones naturales para llevar a efecto dicha intervención nos ayudarán a verificar el éxito de la misma .

El pronóstico de los quistes pequeños se comprueba con el postoperatorio. Existe edema en el área intervenida y en las zonas vecinas. La mucosa se encuentra enrojecida y dolorida. El edema, aunque a veces de gran tamaño, disminuye

a los pocos días por evolución natural .

Los quistes infectados requieren de un cuidado especial.

Las infecciones crónicas pueden constituir un foco que en un período de tiempo más o menos corto ocasionan daños -- en el organismo. Los problemas de tipo agudo son notorios -- al contrario de los crónicos que pasan inadvertidos .

Las extensas áreas de hueso descubierto de la cavidad -- bucal, por lo general no presentan complicaciones frecuentes lo cual es atribuible a que la pared ósea del quiste es contigüa y por ello no se infecta con la misma facilidad que -- la esponjosa abierta. La rica vascularización del maxilar -- y aunque menor también la de la mandíbula, es un factor de -- protección. Por lo común no hay peligro de fractura espontánea porque el desarrollo del quiste es lento y la naturaleza -- refuerza al hueso en una zona cuando se debilita en otra.

Los quistes que involucran tejidos blandos evolucionan -- en unos días, aún con mayor rapidéz que aquellos que involucran tejido óseo .

Aquellos que por su localización y características requieren de un tratamiento más especializado poseen pronóstico reservado. Este es el caso del llamado Higroma Quístico.

III.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Han de distinguirse los quistes de las arcadas de ciertas lesiones que dan un aspecto semejante radiográficamente hablando. Sobre todo, los quistes uni y multiloculares ---- serán diferenciados del ameloblastoma que tiene aspecto -- festoneado a diferencia de los quistes desnudos o erosionan las raíces envolviendo a los dientes adyacentes .

En el diagnóstico diferencial se tendrán en cuenta los --

tumores centrales de células gigantes, el neurofibroma, el mixoma o mixofibroma, el mieloma múltiple, las lesiones metastásicas de las arcadas, y ciertas displasias fibrosas-poliquisticas .

Para determinar la naturaleza de la lesión quística, --- bastará practicar ocasionalmente una biopsia y esperar su -- resultado antes de entrar en la intervención quirúrgica .

Los tumores centrales benignos tienen tendencia a erosionar o destruir las raíces dentarias, cosa que los quistes -- normalmente no hacen sino más bien, propenden a desplazar -- o causar alguna muy leve resorción radicular .

Los tumores malignos tanto primarios como metastásicos - no presentan en la radiografía la tersura y el aspecto redon deado de la lámina dura del quiste .

IV.- INDICACIONES PRE OPERATORIAS .

Debemos recordar que en el ejercicio de la cirugía oral- como para todo procedimiento que trate un padecimiento es -- indispensable allegarnos a los conocimientos de los proce--- sos patológicos y su tratamiento .

El recurso más útil es la Historia Clínica que irá encau zada de acuerdo a los datos que se nos vayan proporcionando .

Una vez llenos éstos requisitos, programaremos la inter vención y daremos ciertas instrucciones al paciente .

Cuando vaya a someterse a una intervención de cirugía ya sea por anestesia local o general deberá observar las siguien tes recomendaciones :

- 1.- No comer ni beber nada 6 horas antes de su cita .
- 2.- Usar vestidos holgados para cuello y abdomen .
- 3'- Terminada la intervención deberá ser conducido en -- vehículo hasta su domicilio .

4.- Si sufre constipado, dolor de garganta ó tos avisará a la consulta.

Estas indicaciones se le entregarán al paciente por escrito junto con la lista de medicamentos que le permitan iniciar de inmediato el tratamiento prescrito.

En el caso de anestesia general, el paciente quedará hospitalizado hasta que se considere oportuno darle de alta.

Las indicaciones postoperatorias se entregarán en tarjeta adicional con las indicaciones de la ingestión de los medicamentos y de la dieta alimenticia.

El día de la intervención, se medicará al paciente con algún sedante, el de elección, para obtener del mismo una relajación óptima durante la intervención.

Esto nos proporciona la reducción de ciertos estados --aprehensivos.

En todo tipo de intervención el problema de la infección y la hemorragia son siempre un riesgo latente. La infección se evitará con una correcta medicación de antibióticos acompañada de analgésicos para la supresión del dolor. La hemorragia por su parte será prevenible en cierto grado, desde la intervención misma con unas sencillas normas:

- Eliminar todos los fragmentos dentarios y espículas óseas que pudieran actuar como cuerpos extraños.

- Aproximar los bordes de la herida de manera que se reduzcan los orificios alveolares ó cualquier otro orificio facilitando así la formación del coágulo sanguíneo.

- Si se ha trabajado con colgajos mucoperiosticos amplios aproximar mediante suturas en forma de X de modo que así se facilita una especie de matriz sobre la cual se forme el coágulo.

En casos de pacientes que ingieren anticoagulantes es importante tener en cuenta ciertas variantes que es preciso hacer de su conocimiento junto con las indicaciones preoperatorias. Podremos intervenir con cierta tranquilidad siempre -- que el tiempo de protrombina sea mayor que el 25% de lo normal. En muchos casos, el paciente continuará el empleo de anticoagulantes ejerciendo un estricto control en la hemostasia. En todos los casos quedará muy limitada la extensión de los actos quirúrgicos.

Sólo cuando el peligro de la tromboembolia sea mínimo entonces podremos suspender la administración de anticoagulantes, con una prueba previa de determinación de protrombina.

Se podrá suspender la terapéutica anticoagulante 48 a 76 hrs. antes de la intervención y reanudar la misma 48 a 76 horas después de la intervención para que el efecto de la restaurada vuelva a su normalidad.

Cuando el paciente padezca de Diabetes Mellitus, tendremos que proceder de una manera diferente y valorar muy cuidadosamente.

La Diabetes Mellitus que nos sujeta a actuar con ciertas precauciones es una anomalía del metabolismo de los hidratos de carbono que sabemos, se caracteriza por la hiperglucemia y glucosuria. Los enfermos que la padecen son más susceptibles a sufrir infecciones. En estas condiciones de infección la necesidad de insulina aumenta enormemente y crea mayores complicaciones.

La cicatrización no se ve afectada.

Si la Diabetes está controlada, la cirugía puede emprenderse. Si existe duda deberá aplazarse hasta consultar con el médico especialista el momento oportuno para realizarla.

Podremos programar la intervención tomando en cuenta las siguientes precauciones:

- No interferir con la administración de la insulina del enfermo
- No interferir tampoco con las comidas del mismo
- No deberá prolongarse el tiempo de la intervención
- Se administrarán antibióticos para el control de la infección ó para prevenirla
- El tiempo de control será el que se considere pertinente para que el peligro desaparezca

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

El paciente después de haber sido intervenido pondrá en práctica las siguientes indicaciones:

1.- Iniciará el tratamiento medicamentoso de inmediato - siendo lo más preciso posible .

2.- Aplicará compresas de hielo en la región intervenida intervalos regulares 3 ó 4 veces al día. Esto evitará la presencia excesiva del edema .

3.- A partir del siguiente día se aplicarán compresas calientes en la misma región y a intervalos regulares de tiempo 3 ó 4 veces al día. Esto iniciará un proceso para reducir el edema que se hubiese presentado .

4.- El régimen alimenticio será el que se juzgue pertinente o bien el que la intervención permita. Suele recomendarse Dieta Blanda o Dieta Líquida los 2 ó 3 primeros días.

5.- No se introducirán objetos extraños o bien la lengua en la herida .

6.- No se efectuarán colutorios de ninguna especie. El coágulo de otra manera puede desprenderse y causar hemorragia o sangrado .

7.- No se expondrá los primeros días a ejercicios violentos y rayos solares.

8.- Aclararemos, existirá hemorragia que puede durar de 5 a 20 minutos, ser intermitente y durar incluso 24 horas.

En caso de que la hemorragia sea persistente, se morderá una gasa comprimida durante 20 minutos con cierta intensidad y se retirará al término. Si aún continuara, deberá comunicarse o ponerse en contacto con el profesional para recibir las indicaciones que crea menester aplicar.

9.- El aseo corporal dependerá del tipo de intervención, Si es anestesia general podrá posponerse. Si es anestesia local, podrá efectuarse sin inconvenientes. El aseo bucal se practicará en la forma habitual .

10.- Se retirarán los apósitos colocados al terminar la operación, después de 30 ó 45 minutos de abandonar el consultorio. Si el escurrimiento continúa, se colocarán un nuevo apósitos húmedos durante otro intervalo igual de tiempo .

11.- Dormirá sobre dos almohadas cubiertas con una toalla formando un ángulo de 30° .

12.- Podrá aparecer cierto estado febril que no excederá de los 37.5 °. No será de mayor cuidado si en un máximo de 48 horas ha desaparecido por completo. De no ser así, acudirá a consulta para determinar la causa y el tratamiento a seguir.

13.- Acudirá a consulta los días señalados para retirar apósitos o suturas colocadas .

V.- LA ANESTESIA Y SUS APLICACIONES

Hablar de anestesia es referirse a la acción producida por agentes químicos que provocan la pérdida de la sensibilidad o la conciencia . Por anestésico local entendemos un agente químico que tiene la propiedad de bloquear temporalmente la conducción de un estímulo doloroso sin afectar la conciencia.

Por otro lado, un anestésico general es "el agente químico que produce un estado de inconciencia (hipnosis) , con pérdida de la sensibilidad (analgesia), por aumento del um-

bral del dolor y de los reflejos; retardo de la conducción nerviosa, depresión de la excitabilidad del sistema nervioso central y descenso del consumo de oxígeno del organismo".

Podemos determinar el tipo de anestésico a utilizar si consideramos la naturaleza de la intervención y la extensión de la misma. Sin embargo, puede decirse que la mayoría de los procedimientos de la cirugía oral se realiza tanto con anestesia general como con anestesia local.

Su elección es facultativa. Para ello se valorarán suficientemente los riesgos que puedan presentarse durante el empleo de uno y otro método.

APLICACIONES

1.- Local

La anestesia local es por lo común el agente químico ide al considerando base en todo tipo de procedimiento quirúrgico.

Existen varios tipos de anestésicos cuyo efecto depende en gran parte del grado de vascularización de la región donde es infiltrado. Este efecto se determina por la concentración del producto en los tejidos que rodean al nervio.

La reabsorción en el canal medular es lenta en cambio en la mandíbula la rapidez de absorción es tal que se hace necesario combinar con un vasoconstrictor para poder asegurar el período de latencia y duración lo suficientemente largos. -- Así mismo, la velocidad de reabsorción en una misma región es diferente para cada sustancia en particular debido a que éstas alteran las condiciones circulatorias locales en grado diverso.

La concentración del anestésico en los tejidos inmediata a la infiltración es alta. Su capacidad de penetración puede fa

ilitarse aumentando la concentración de la solución inyectada y en tejidos vascularizados, manteniendo dicha concentración alta con la ayuda de un vasoconstrictor.

He aquí pues el valor relativo que tienen los diversos factores que determinan el efecto de un anestésico local en diferentes tipos de bloqueo. Por ello será necesario conocer el campo de aplicación y el grado de concentración de cada anestésico.

Existen muchas sustancias utilizadas en Odontología y Cirugía Oral de las cuales consideramos a las siguientes como las más importantes.

La procaína (Novocaína) es uno de los anestésicos menos tóxicos y utilizado a bajas concentraciones es destruido rápidamente por el plasma y el hígado. Sus propiedades vasoconstrictoras facilitan una rápida absorción. Tiene sin embargo, capacidad limitada de penetración en los tejidos en comparación con otros anestésicos. Como anestésico de profundidad relativa es eficiente.

La Lidocaína (Xilocaína) es uno de los agentes que con mayor frecuencia se utiliza en Odontología. Su toxicidad es de poca consideración junto a la que presenta la procaína. Para que se presentase un problema de toxicidad sería necesario infiltrar un poco más de once cartuchos en unos cuantos minutos. La adrenalina es el vasoconstrictor que acompaña a estas soluciones y la concentración de ésta en un cartucho, administrada en mucosa no ejerce ningún efecto demostrable en corazón ni en la circulación.

La lidocaína tiene un potencial anestésico equivalente al doble del de la procaína, produce mayor profundidad anestésica en una zona más amplia y da más duración a un volumen y concentración igual de procaína. Se hidroliza un plasma y es

detoxificada en el hígado.

La Mivocaina (Carbocaina) es un anestésico más potente - que la procaína y semejante a la lidocaína en cuanto a potencia, período de latencia y duración de acción. Su reabsorción es más lenta y no se metaboliza tan rápidamente como la prilocaína.

Por último, La Prilocaína (Citanest) que es reabsorbida con gran lentitud y por ello no se le adicionan vasoconstrictores. Tiene una potencia ligeramente menor comparada con la lidocaína sin embargo, su toxicidad es considerablemente menor. Es degradada en el hígado con una rapidez que excede a las anteriores.

2.- General

La anestesia general por el contrario implica casi siempre cierto riesgo para los enfermos.

Un estudio del estado físico del paciente será el que determine la aplicación de la misma.

Las indicaciones para la anestesia general son:

- Operaciones extensas (En los casos en que es preciso - efectuar extracciones múltiples, ó en aquellos pacientes con brotes de bacteremias)
- Dientes con infecciones agudas (Debido a la resistencia local ante el agente anestésico)
- Estado psicológico del paciente (En casos de corta -- edad ó con estados emocionales muy lábiles)

El estado del paciente deberá ser inmejorable y dado el caso de no serlo se procurará mejorarlo hasta el máximo posible.

El grado de mortalidad por anestesia general es consecuencia de un alto nivel de anestesia y un tiempo prolongado.

En cirugía oral, la anestesia que se precisa se restringe a planos ligeros del Estado III y a menudo solamente al Estado I .

Desde el punto de vista del estado general, se clasifica a las pacientes dentro de tres categorías:

- 1.- Aquellos en buen estado de salud que requieren anestesia. Se les administra ampliamente en forma ambulatoria.
- 2.- Aquellos casos con salud deficiente. Se les administra anestesia con precauciones y bajo régimen hospitalario.
- 3.- Aquellos casos cuyo estado es precario. Se considerará peligrosa la anestesia y sólo se aplicará en casos de vida o muerte.

Al paciente hospitalizado deberá practicársele una exploración e investigación exhaustiva para conocer el tipo de riesgo existente. Las pruebas de laboratorio incluirán como mínimo una valoración de hemoglobina y análisis de orina, -- pruebas radiológicas, electrocardiogramas, glucosa en sangre, electrolitos, pruebas funcionales hepáticas, renales y de pulmón.

Los pacientes hospitalizados se verán sujetos a la restricción de la terapéutica sustitutiva de fluidos, solamente para el reemplazo adecuado de las pérdidas sanguíneas.

La vía venosa de entrada se mantendrá abierta mediante un goteo lento de 1000 a 1500 cm³ de H₂O con dextrosa al 5% más 500 cm³ de solución salina con un 5% de dextrosa. Además agregaremos una ampollita de cloruro potásico para restablecer el equilibrio electrolítico y reemplazar la pérdida sufrida.

3.- Toxicidad

Sabemos que en Odontología todos los anestésicos son productos sintéticos. Estos desde el punto de vista químico se clasifican en dos grupos:

- a) Los anestésicos que contienen un enlace éster
- b) Los anestésicos que contienen un enlace amida

Esta diferencia en la estructura química produce importantes discrepancias farmacológicas entre ambos en lo que a metabolismo se refiere, duración de acción y efectos secundarios. En lo particular únicamente nos referimos a estas últimas por ser el punto de mayor importancia para nuestro estudio.

Las reacciones de toxicidad pueden clasificarse en reacciones de tipo local y reacciones de tipo general.

Reacciones de tipo local.

Las reacciones locales al uso de soluciones tópicas o inyectadas suelen manifestarse por una descamación epitelial consecutiva a la aplicación de anestésicos locales. Generalmente este tipo de descamación es el resultado de una aplicación demasiado prolongada del anestésico tópico, aunque a veces puede deberse a una hipersensibilidad de los tejidos. Todos los anestésicos locales pueden ser tóxicos y sus efectos son casi siempre tardíos y transitorios.

Pueden presentarse signos alérgicos locales como vesículas en la mucosa bucal ó en los labios. Estas manifestaciones deben considerarse como un indicio de alarma y el uso ulterior del agente causante se hará tomando ciertas precauciones ó utilizando un anestésico de composición química diferente. La necrosis y la isquemia pueden presentarse debido a que los volúmenes de vasopresores se encuentran en altas dosis y son aplicadas en zonas de poca irrigación. Cuando --

aparecen los hematomas y existe daño nervioso, cabe adivinar que éstos son causados por una técnica deficiente.

Reacciones de tipo general

Las reacciones tóxicas generales se manifiestan con más frecuencia debido a que boca, faringe y vías aéreas son regiones donde la absorción es más rápida.

Raramente ponen en peligro la vida pero debe guardarse estrecha vigilancia para prevenir estados patológicos de grandes consecuencias. Pueden deberse a sobredosificación ó absorción rápida de la droga y éstas mismas a su vez suelen deberse a que la inyección se aplicó intravascularmente, a que las zonas poseen gran irrigación o bien a la velocidad con que se administró la inyección.

Las reacciones de hipersensibilidad, idiosincrasia y alergia son las de mayor importancia.

Estas van desde la reacción cutánea de tipo eccematoso ó urticaria hasta el ataque de asma y el choque anafiláctico.

La anafilaxia es sumamente grave pero se presenta raramente. Esta puede manifestarse después de la aplicación tópicamente hecha durante cierto tiempo, aunque puede manifestarse después de una sola inyección.

Las reacciones alérgicas leves como las cutáneas suelen ceder a un tratamiento con antihistamínicos. Las más graves generalmente con los broncodilatadores como la aminofilina ó la epinefrina alivian rápidamente el ataque de asma y el choque anafiláctico responde positivamente a medicamentos vasoconstrictores administrados por vía intravenosa.

La toxicidad es variable. En la mayoría de los casos se observa un efecto de estimulación sobre el sistema nervioso central que se manifiesta por síntomas de inquietud, apreensión, temblores y en los casos más graves por convulsiones.

Por lo general son transitorios y no ameritan tratamiento especial, sólo se recomienda tener todo preparado en pre-

visión de una posible depresión respiratoria.

El procedimiento de premedicación por vía intravenosa es eficaz para dominar la estimulación producida por la toxicidad del anestésico local. Esto sin embargo, no está exento de riesgos puesto que el barbitúrico-depresor respiratorio puede aumentar todavía más la depresión respiratoria provocada por cualquier anestésico local. Por ello se utilizan -- barbitúricos de corta acción para controlar los síntomas de excitación cuando éstos aparecen .

Los efectos tóxicos que afectan también al corazón suelen ser resultado de dosis excesivas o dosis normales en --- pacientes muy sensibles. El efecto cardiovascular global se traduce por una baja de la presión arterial que puede provocar un desmayo y en los casos graves hasta un estado de choque .

La presencia de los vasodilatadores asociados a los anestésicos puede contribuir también a que la presión arterial disminuya pero con la administración de oxígeno y medicamentos vasoconstrictores se ayuda a vencer las formas leves de toxicidad cardiovascular .

De los vasopresores ensayados sólo la adrenalina o epinefrina y la noradrenalina o norepinefrina han demostrado -- utilidad.

Los efectos característicos de la adrenalina son debidos a estimulaciones de los mecanismos receptores del Sistema Nervioso Simpático. El efecto general más notable es la elevación de la presión sanguínea debido sobre todo al aumento de gasto cardíaco por mayor eyección sistólica o aumento de la frecuencia .

Las principales diferencias son :

a).- El efecto de la adrenalina es doblemente potente -- que el de la noradrenalina .

b).- La adrenalina tiene efecto estimulante sobre el corazón aumentado la actividad cardíaca mientras la segunda lo

HOJAS MAL

GUILLOTINADAS

retarda. La adrenalina aumenta la sensibilidad del músculo ventricular haciendo que se desarrollen extrasístoles y fibrilación ventricular.

c) .- La insulina y la adrenalina son antagonistas. Esta libera glucosa del hígado provocado hiperglucemia y glucosuria. La noradrenalina actúa menos sobre el metabolismo de -- los hidratos de carbono y por ello se prefiere su uso en pacientes diabéticos.

Será recomendable que el uso de éstas soluciones se adapte a la situación orgánica de cada paciente. Sin embargo, -- la cantidad de vasconstrictor contenida en los cartuchos -- puede ser inocua dada la pequeñísima dosis que incluye. Puede decir que la aprehensión y el dolor que no llegan a suprimirse pueden en un momento dado liberar mayor cantidad de adrenalina que la contenida en un cartucho, cantidad que sí constituirá un mayor peligro.

Ambas anestésicas son de inapreciable utilidad y sus efectos secundarios aquí considerados, no han sido demostrados -- con la intención de desprestigiar la anestesiología médica. -- sino por el contrario hacer su exposición a fin de que no -- pasen desapercibidos por quienes practican los procedimientos quirúrgicos u odontológicos.

CAPITULO CUARTO

TECNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROCESOS QUISTICOS

- I.- Técnica de Partsch I
- II.- Técnica de Partsch II
- III.- Técnica de Enucleación asociada a un Caldwell - Luc
- IV.- Técnica de Wassmund
- V.- Técnica para la Enucleación de Pseudo quistes Oseos
- VI.- Técnica para la Enucleación de Quistes de Retención
- VII.- Técnica para la Enucleación de Quistes Disontogénicos

CAPITULO CUARTO

TECNICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PROCESOS QUISTICOS

La técnica en el tratamiento de los procesos quísticos--radica en el empleo de los métodos higiénicos, terapéuticos--y quirúrgicos puestos en práctica para la curación de las enfermedades. El tratamiento a su vez puede ser causal, paliativo, profiláctico, sintomático, según el fin al que se encamine. Relacionado con los procesos quísticos, es el tratamiento causal el que más se apega a sus cualidades curativas.

Desde hace tiempo el tratamiento de los quistes se asocia al procedimiento llamado "Marsupialización". Su objeto es eliminar mucoperiostio de recubrimiento del hueso y de la pared quística adyacente en cantidad considerable, lo mismo -- que evacuar mediante aspiración y legrado suave el contenido del mismo.

La mucosa en su reborde se sutura al borde de la pared quística en forma circunferencial y se coloca un drene que se cambia a intervalos de 3 ó 4 días.

Con el tiempo el quiste se oblitera y el hueso se remodela. Esto requiere de un control estricto para evitar acumu-

laciones alimenticias y de otros detritus pero sobre todo,--
tiende a controlar el peligro de una nueva formación de quistes a partir de la membrana que permanece.

En 1892 Partsch introduce la técnica que más tarde, en -
1910 habría de sufrir diversas modificaciones. En ese año se publica el procedimiento de enucleación total que tiempo después sería conocido bajo la denominación de intervención --- Partsch I para la enucleación total del quiste y Partsch II, para la marsupialización propiamente dicha. La enucleación - total fue señalada por Partsch para quistes pequeños, aunque las condiciones anatómicas obligan a proceder de otra mane--
ra.

En la actualidad, ya no se distingue con tanto rigor entre quistes pequeños y grandes ó entre técnica Partsch I ó - Partsch II sino que las condiciones mismas y el aspecto operatorio del campo se deciden después de descubierto el quiste.

Las técnicas operatorias son las siguientes:

- I.- Técnica de Partsch I - Eucleación Total
- II.- Técnica de Partsch II - Formación de una cavidad Secundaria
- III.- Intervención Quística asociada a un Caldwell- Luc
- IV.- Técnica de Wassmund - Eucleación quística debajo de piso de fosas nasales.
- V.- Técnica para la Eucleación de Pseudoquistes Oseos
- VI.- Técnica para la Eucleación de Quistes de Retención
- VII.- Técnica para la Eucleación de Quistes Disontogénicos.

I.- TECNICA DE PARTSCH I - ENUCLEACION TOTAL

Pasos a seguir durante la intervención:

- 1.- La anestesia será troncular a nivel del agujero oval

ó redondo mayor complementada con puntos locales para nemostasia.

2.- Se determinará la extracción de la pieza ó la conservación de la misma, mediante apicectomía retrógrada ó tratamiento radicular previo.

3.- La incisión mucoperióstica se realizará en forma de arco hacia la cresta alveolar. Será amplia y deberá estar soportada por tejido sano (hueso).

4.- Movilización del colgajo con legra hacia el ápice para obtener la exposición del quiste.

5.- La osteotomía requerida se efectuará con fresa redonda ó cilíndrica, osteotómo ó un escoplo hueco.

Todas éstas maniobras se efectuarán por el lado bucal ó vestibular las más de las veces. En el caso del piso de la boca el cuidado será mayor y se utilizará éste tipo de abordaje para evitar el edema de esa región.

6.- Eliminación del contenido quístico por aspiración.

7.- Enucleación de la membrana quística con cucharilla filosa tratando de eliminarla en su totalidad.

8.- La limpieza de la cavidad será imprescindible para extraer cuerpos extraños y esquiras.

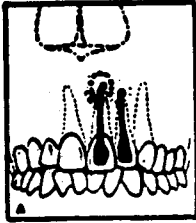
9.- Colocación de taponamiento de gasa con fenol alcanforado dentro de la cavidad para derivar la secreción.

10.- Sutura de la herida con puntos separados y catgut-00 ó 000.

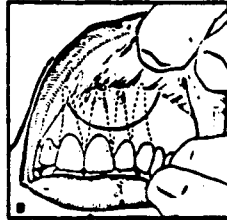
El taponamiento se extrae al cabo de 2 ó 3 días y la herida se lava varias veces durante los siguientes a través del alvéolo hueco.

TECNICA DE PARTSCH II - FORMACION DE UNA CAVIDAD SECUNDARIA.

Los pasos son los siguientes:



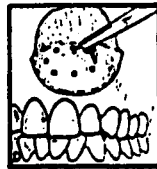
A. QUISTE RADICULAR Y DIENTES CON -
SUS CONDUCTOS OBTURADOS.



B. DELINEAMIENTO DEL COLGAJO.



C. LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO Y OSTEOTOMIA EN LA PERIFERIA DEL QUISTE.



D. REMOSION DE LA PARED OSEA.



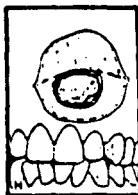
E. SEPARACION DE LA MEMBRANA QUISTICA CON CURETA.

ENUCLEACION DE UN QUISTE RADICULAR Y SU APICECTOMIA.



F. 1 y 2 POSICIONES DE LA CURETA AL COMENZAR Y PROSEGUIR CON LA ENUCLEACION.

G. APICECTOMIA DE LAS PIEZAS AFECTADAS.



H. COLOCACION DE GELFOAM DENTRO DE LA CAVIDAD.

I. SUTURA DEL COLGAJO



1.- Anestesiarse troncularmente en el agujero oval ó redondo mayor y puntos locales hemostáticos .

2.- Extracción de la pieza. Un quiste originado en la zona molar mandibular destruye demasiado hueso . Ello es motivo suficiente para que generalmente se extraiga la pieza .

3.- La incisión se hará en forma de arco y a un centímetro de distancia del borde óseo del quiste .

4.- Se legra la mucosa y se descubre ampliamente la pared bucal del quiste y el hueso adyacente .

A nivel de la zona del agujero mentoniano, es preciso un cuidado especial en el punto de salida del nervio y de los mismos vasos, ó de otro modo se expondrá bien ese punto para evitar lesiones involuntarias.

5.- La lámina ósea oclusiva se extirpará con una fresa ó un osteótomo, la apertura tendrá forma cuadrangular de preferencia y se alisarán los bordes óseos perfectamente .

6.- Aspiración del contenido serosopulento, con torundas y lavado .

7.- Replegar la mucosa de la cavidad quística dentro de la misma .

8.- La cavidad quística se tapona con gasa yodoformada sin hacer demasiada presión para no destruir el epitelio del quiste y dañar los elementos vecinos .

9.- Se sutura con catgut 00 ó 000 en el borde inferior de la herida con perióstio sano .

Se cambia el tapón cada 3 a 8 días según el grado de destrucción .

El crecimiento expansivo del quiste desplaza los órganos contiguos y así como rechaza las raíces con inclinación de las coronas de algunos dientes, así mismo el conducto dentario sufre desviación hacia abajo, hacia la lengua ó la boca .

En ocasiones la cápsula quística se halla encima del ner

vio dental sin capa ósea alguna .

Si se descubre el conducto dentario por accidente ó ---- bien por la extensión del quiste, es necesario abrir el conducto enucleando en su totalidad la cápsula quística. Si se dispone de mucosa suficiente para cubrir el conducto y suturar por el lado lingual no se presentan complicaciones especiales .

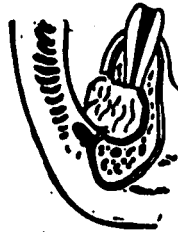
Cuando se abre el conducto dentario no es aconsejable taponear la cavidad convirtiéndola en cavidad secundaria, porque pueden ocasionarse molestas neuralgias innecesarias. Basta con derivar la secreción mediante una tira estrecha de -- gasa durante los primeros días. La gasa se sutura con un punto debajo de la mucosa y se levanta pasados cuatro ó cinco días.

Cuando los quistes proceden de un diente enfermo y se desarrollan debajo de los dientes contiguos, suelen originarse complicaciones en lo que se refiere a la integridad de las pulpas que pueden herirse en su orificio apical cuando la -- cápsula quística sana .

Por eso se preservará la pulpa durante la intervención -- más en el caso de resultar lesionada, se extirpará como medida profiláctica ó bien se practicará la apicectomía del -- diente lesionado ya que de otro modo puede recidivar el quiste a partir de la pulpa herida e infectada .

Tratándose de quistes que se han propagado en la rama -- horizontal de la mandíbula se procede en forma similar. Se elige entre la extracción de las piezas involucradas ó bien se tratan previamente las raíces y se produce a la apicectomía .

Cuando un quiste se ha iniciado en pieza de la región anterior como son los incisivos y premolares y está en condiciones de subsistir se elige un tratamiento conservador por razones cosméticas principalmente. Estas técnicas son aplica



OPERACION DE UN QUISTE CON APICECTOMIA DEL PREMOLAR EN QUE SE ORIGINA

bles a quistes con mayor frecuencia de la mandíbula. Sin embargo, pueden aplicarse a ambas arcadas. Enseguida se describe la intervención para quistes situados en la rama ascendente de la mandíbula e inmediatamente pasaremos a describir la técnica empleada en el maxilar .

QUISTES EN RAMA ASCENDENTE

La intervención es relativamente sencilla ;

Se elimina la pared bucal y si es posible las porciones óseas laterales de espesor casi de papel. El conducto dentario casi siempre se encuentra desviado en dirección distal - por la extensión del quiste sin sufrir daño alguno cuando se deja la cápsula quística, puesto que en éste caso el conducto descansa sobre lo que queda de la cápsula. Las recidivas se evitan haciendo una exposición amplia de la porción distal .

Si no se hace un taponamiento prolongado los tejidos blandos se cierran rápidamente y la reproducción del quiste se vé favorecida. Solo la amplia exposición del quiste previene la recidiva cuando es necesario dejar partes de la cápsula dentro de la cavidad de éste por estar en contacto con relaciones anatómicas importantes. Ejemplo de lo anterior es el conducto dentario inferior .

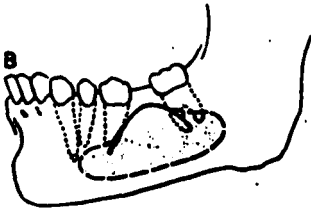
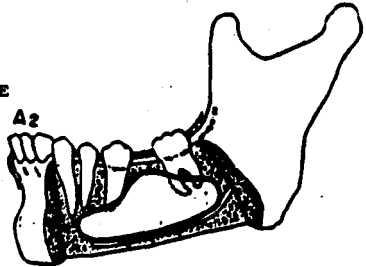
Si ésto no es posible y en particular el quiste se extiende hacia atrás se deberá operar intentando el método de Partsch I. A menudo suele ser inevitable exponer el conducto dentario. Cuando esto sucede no debe ponerse en comunicación la cavidad quística con la bucal. Debe eliminarse la cápsula y suturarse solamente la herida, dejando un drene pequeño derivativo de la secreción y preservarse la integridad del paquete vasculonervioso .

Con anterioridad, el método de Partsch I se rehuía para-



A. 1. CORTE MOSTRANDO LA SEPARACION ENTRE EL TEJIDO BLANDO Y LA CORTICAL, ADEMAS DE LAS RELACIONES DEL QUISTE CON EL CONDUCTO DENTARIO INFERIOR QUE HA SIDO -- DESPLAZADO HACIA ABAJO.

A. 2. EXTENSION DEL QUISTE. NOTESE QUE LA RELACION DEL QUISTE CON EL CONDUCTO DENTARIO ES TAL QUE SU MEMBRANA ESTA EN CONTACTO INTIMO CON LA VAINA POR LO QUE SI SE ENUCLEA LA PARED QUISTICA EXISTIRA LA POSIBILIDAD DE DAÑAR AL NERVIO. DADA ESTA SITUACION ES PREFERIBLE LA MARSUPIALIZACION.



B. INCISION SEMICIRCULAR A LO LARGO DEL BORDE SUPERIOR DE LA CORTICAL OSEA.

B. 1. OSTEOTOMIA DE LA CORTICAL OSEA POR MEDIO DE PERFORACIONES.



TECNICA PARA LA MARSUPIALIZACION DE UN QUISTE RESIDUAL MULTILOCULAR.



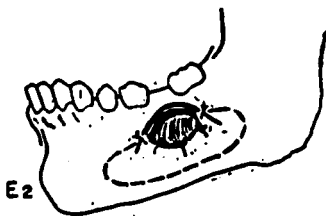
C. LEVANTAMIENTO DEL COLGAJO Y ELIMINACION DE LA PARED AFECTADA.

D. APERTURA DE LAS PAREDES QUISTICAS Y ASPIRACION DEL CONTENIDO.



E. 1 SECCION DEL COLGAJO AL NIVEL DEL BORDE INFERIOR DE LA CAVIDAD QUISTICA.

E. 2 SUTURA DE LA MUCOSA AL LIMITE DEL QUISTE.



quistes grandes de la mandíbula, dado que se pensaba que el coágulo sanguíneo acumulado en la cavidad corría el peligro de infección que en la actualidad es posible evitar gracias a la acción de los antibióticos. Estos quistes grandes de la mandíbula a menudo comprometen la continuidad del hueso .

No debemos descartar el peligro de una fractura espontánea en cuyo caso se intervendrá en dos tiempos iniciando con una apertura de dos centímetros en la pared del quiste e irrigándolo a diario durante un mes aproximadamente y enucleando por último el quiste. Con la apertura de la cavidad cesa la presión centrífuga del fluido y se evita la fractura espontánea. La recuperación del hueso tenue que rodea al quiste forma una capa ósea nueva y hace que la recuperación sea menos peligrosa .

III.- TECNICA DE ENUCLEACION ASOCIADA A UN CALDWELL-LUC

De acuerdo con la situación anatómica del quiste en ocasiones tenemos que desviarnos de la operación habitual ó sea el método de Partsch I ó II .

Cuando un quiste invade el antro Highmore ó el tabique entre el quiste y el antro, puede suponerse que el tejido conectivo de éste se encuentra infectado .

Entonces la intervención será radical .

Será necesario reunir el quiste y el antro y la cavidad resultante se pondrá en comunicación con la fosa nasal, aproximadamente de uno por dos centímetros en el meato inferior para dar salida a las secreciones .

La denominación que utilizamos para la intervención no es exactamente la adecuada. Ella implica la eliminación de toda la mucosa enferma. mientras que en la operación radical de quistes maxilares solamente se raspan los epitelios quis--

tico y antral por estar contaminados tanto el quiste como el seno maxilar.

Sin embargo, jamás existe la seguridad de que el resto del antro esté sano y que posiblemente el orificio del meato medio no se encuentre ocluido por la pared quística de manera que siempre es preferible eliminar ampliamente la pared del quiste que mira al antro.

La técnica empleada es la siguiente:

1.- Anestesia troncular desde fuera hacia el agujero redondo mayor y fosa pترigomaxilar, para insensibilizar la rama segunda del Trígémino complementada con anestesia infiltrativa por el agujero palatino posterior e inyección circular de la tuberosidad.

La mucosa nasal se anestesia introduciendo una tira de gasa con solución tópica.

2.- La incisión mucoperióstica de unos tres a cuatro centímetros de distancia del borde de la encía, va desde la tuberosidad hasta la región del canino. Puede utilizarse también la incisión marginal gingival ó una incisión a nivel de la apófisis alveolar cuando es un maxilar anodóntico.

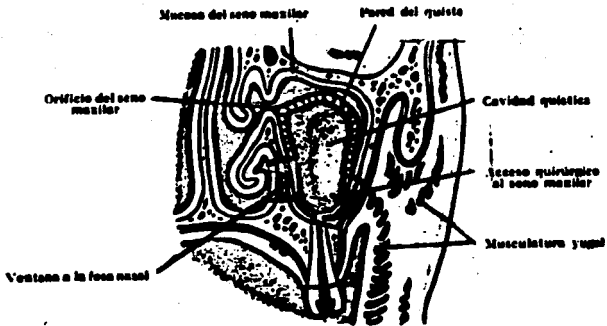
3.- Socavar con legra para formar el colgajo.

4.- Excindir con osteotómo ó fresa la lámina ósea.

5.- Para determinar si la operación es radical ó no bastará observar si los restos del antro supuran ó bien contienen pólipos. En éstos casos, se raspa la mucosa socavando -- con la legra ó con pinzas de Pean la totalidad de la cápsula.

Aún cuando los restos no presenten características infecciosas será preferible realizar la remoción completa de la membrana del antro.

6.- Abrir el meato inferior para dar salida a las secreciones de la herida y más tarde desalojar el aire del antro-



OPERACION DE UN QUISTE QUE HA INVADIDO EL SENO MAXILAR

nuevo. Invariablemente se practicará la apertura ya que no se sabe de cierto si las secreciones pueden evacuarse por el orificio natural del meato medio. Este, por la situación patológica puede cubrirse de mucosa ó tejido cicatrizal. Tendrá una longitud de uno por dos centímetros y se practicará con escoplo hueco sobre la lámina ósea y la mucosa ensanchándola con punzón de huesos hasta el tamaño necesario. La mucosa nasal se coge con pinza introduciéndola en el seno maxilar ó por la cavidad del quiste procurando no dejar esquiras en los bordes óseos.

7.- Se obturan las cavidades con un tapón de unos dos centímetros de ancho y largo en su extensión. Conducimos un extremo al meato inferior y la abertura nasal donde se sujeta con esparadrapo. El otro extremo queda incluido dentro de la cavidad del seno maxilar.

8.- Se sutura la mucosa bucal con catgut o seda 00 ó 000. Se administran antibióticos y se aplican inyecciones diarias para mantener la temperatura constante por debajo de 37° C.

Si sobreviene fiebre 2 ó 3 días después de la intervención se retira el tapón. De otro modo, se debe dejar de 6 a 8 días. Se irriga el antro una ó dos veces semanales con solución antibiótica a través del meato inferior.

IV.- TECNICA DE WASSMUND

Si un quiste se desarrolla a partir de los incisivos, forzosamente repelerá la fosa nasal y abombará la mucosa de la nariz. Estos quistes de la región incisivonasal se operan de tres maneras:

1.- Operación de Partsch I

Esta técnica es recomendable por lo general dada la rápida recuperación de la zona afectada. Es pertinente agregar -

que la posibilidad de una comunicación con la fosa nasal -- siempre existe y en tal caso la mucosa se regenera con facilidad. Algunos autores recomiendan efectuarla solo en aquellos casos en que el tabique óseo que divide al quiste de la fosa nasal se halle indemne ó bien en contraposición; otros autores la realizan aún cuando éste tabique esté lesionado -- pues existe la seguridad de que la reparación mucosa será -- satisfactoria.

2.- Operación de Wassmund.

Es un método especial cuya técnica expondremos a continuación.

3.- Método radical a partir del Antro.

Es el preferido por los rínólogos. La técnica consiste -- en la comunicación de la fosa nasal con la cavidad del quiste y la enucleación del mismo por esa vía.

OPERACION DE WASSMUND.

Los pasos a seguir son los siguientes:

1.- La anestesia de elección se aplicará a nivel del agujero redondo mayor ó a nivel del agujero palatino posterior -- por ambos lados infiltrando la pared bucal del quiste y el -- conducto palatino anterior ó papila incisiva.

2.- La incisión se practica por el borde gingival ó bien tres a cuatro centímetros por encima del borde de la encía. -- En procesos desdentados y en alveólos recientemente desocupados, la incisión se realizará por arriba de la cresta alveolar.

3.- El legrado se hará como de costumbre replegando el -- mucoperiostio.

4.- La osteotomía se realiza con fresa cilíndrica ó redonda -- por la pared bucal del quiste.

5.- Retiro del fluido quístico por medio de torundas ó -- por aspiración.

6.- Determinación de la técnica a realizar. Para ello -- con la yema del dedo meñique ó con sonda se palpa la super-- ficie entre el quiste y el suelo de la nariz. Si ésta es del gada y flexible esto es, exenta de hueso se procederá según Wassmund y en caso contrario, según Partsch I .

7.- El colgajo de la mucosa bucal se inserta en la cavi-- dad del quiste de modo que refuerce el piso de la fosa nasal.

Este colgajo que suele no ser largo se prolongará llevan-- do las partes blandas hacia la cavidad de tal manera que al-- estirarlas aparezca el borde óseo del orificio anterior de-- la fosa nasal. El perióstio se secciona ligeramente por de-- bajo del colgajo de la mucosa bucal junto a su inserción en-- el orificio nasal teniendo cuidado de no lesionar la mucosa-- nasal. Obtenemos así, mayor movilidad.

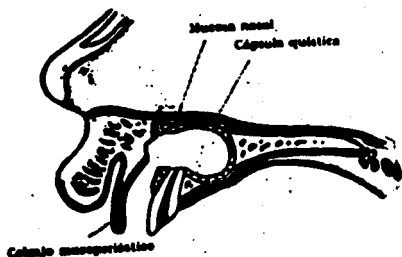
En caso de resultar insuficiente se socava el labio su-- perior hasta la mitad aproximadamente para obtener así mate-- rial suficiente para cubrir el suelo de la nariz.

Al insertar el colgajo mucoperiústico labial en la cavi-- dad del quiste, el borde superior no deberá presentar aris-- tas óseas cortantes pues ello puede poner en peligro la inte-- gridad del colgajo debiendo asegurarse también que la super-- ficie cruenta descansa sobre el epitelio del quiste.

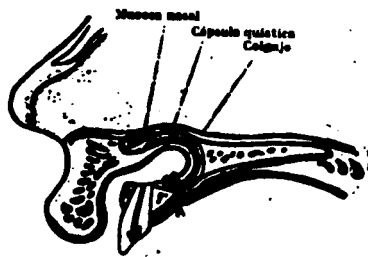
8.- Se tapona la cavidad para afrontar sin demasiada --- fuerza y se coloca encima un apósito para cubrir el trecho -- del hueso descubierto. Este quedará en unos días cubierto -- por tejido de granulación. Cuando ésto sucede se retira el - apósito.

9.- Se sutura el colgajo mucoperiústico inserto en la ca-- vidad quística con dos ó tres puntos fijando el borde del -- mismo en el fondo del quiste. Se pasan los puntos por la bó-- veda palatina y se anudan sobre la mucosa del paladar.

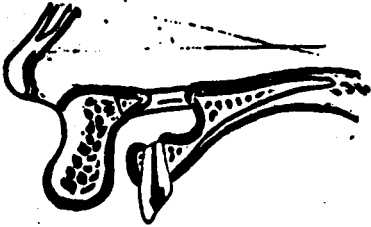
La técnica de la sutura es la siguiente:



OPERACION DE UN QUISTE JUNTO AL SUELO DE LA FOSA NASAL, EN UN MAXILAR DENTADO. (SEGUN WASSMUND)



OPERACION DE UN QUISTE JUNTO AL SUELO DE LA FOSA NASAL, - CON FORMACION DE UN LARGO COLGAJO DE MUCOSA GINGIVOLABIAL Y APICECTOMIA DEL INCISIVO LATERAL. (SEGUN WASSMUND) (VISTA LATERAL)



PERFORACION NASAL DESPUES
DE UNA OPERACION DE QUIS-
TE CON RESECCION APICAL.
(SEGUN WASSMUND)

COBERTURA DE LA PERFORACION
CON LA CAPSULA QUISTICA DES-
PRENDIDA (SEGUN WASSMUND)



MUCOSA LABIAL DESPRENDIDA
QUE SIRVE PARA REFORZAR -
LA PERFORACION HACIA LA -
FOSA NASAL (SEGUN WASSMUND).

Se introducen los hilos a través del borde del colgajo de la mucosa sin anudarlos. Se pasan éstos por el paladar -- óseo y por los tejidos blandos del mismo y se anudan. Si el paladar es recio se fresa para introducir la sutura. Si el labio superior se retrae en poco, ello no es problema de considerar pues al cabo de dos ó tres semanas el inconveniente desaparece.

El taponamiento se retirará al tercer ó cuarto día. Se procederá con cuidado y suavidad y se humedecerá la gasa a medida que se va retirando para desprender así con mayor facilidad los tejidos con los que tenía contacto a fin de reducir al mínimo el dolor y las posibilidades de hemorragias secundarias.

Puede suceder que algunos quistes sufran expansión hacia el paladar presentando abombamiento. En éstos casos precisaremos del diagnóstico diferencial para distinguir entre quiste, tumor y abseso. Para ello nos valdremos de la punción exploratoria, la radiografía y el interrogatorio. En pocas ocasiones se opera un quiste por el paladar pues presenta dificultades para su intervención entre ellas la que se refiere a la visibilidad.

Las variedades de quistes palatinos más frecuentes son - las siguientes:

- 1.- Quistes pequeños que obligan a extraer el diente enfermo.
- 2.- Quistes pequeños que permiten la conservación del -- diente por medio de apicectomía.
- 3.- Quistes palatinos grandes que hacen necesaria la extracción.
- 4.- Quistes palatinos grandes que permiten conservar el diente por medio de apicectomía.

5.- Quistes foliculares con diente ectópico que no puede ocupar su sitio regular en la arcada con medidas ortopédicas ni por efecto de su propio crecimiento .

Su tratamiento es el siguiente :

Caso 1.- Se procederá a la extracción del diente si no se cree útil. Se replegará la mucosa bucal con legra previa--incisión en arco. Con osteotómo se retiran los restos de cresta alveolar para facilitar la visibilidad, el acceso y regularizar el proceso. Con cucharilla cortante se raspa la cápsula quística. se inserta un drene y se sutura la herida. Esto es Partsch I .

Caso 2.- El diente tiene vitalidad se conservará con apicectomía por vía bucal preferentemente y haciendo la resección con incisión de la mucosa bucal. Se expone el ápice para dejar visible el quiste realizando previamente el tratamiento--radicular .

Si la resección no se logra por vía bucal la incisión se hará en el paladar en forma de arco próxima a los dientes. Se seccionan la mucosa y el perióstio y se legran para dejar ---al descubierto el quiste desde el paladar. Se raspa la cápsula quística. Se obtura el conducto radicular del diente tratado y se sutura la mucosa bucal y la palatina. Es aconsejable dejar un drene para las secreciones y se levanta el mismo al cabo de tres ó cuatro días.

Caso 3.- La intervención contemplada en éste aparato requiere de la extracción seguida de una incisión palatina mucosa a través del alveolo del diente extirpado. Se legra ésta y se efectúa la osteotomía convencional para dejar visible --el quiste palatino. El epitelio quístico se retira en toda --su extensión exceptuando aquel cercano al seno maxilar y --fosa nasal para evitar perforaciones. Puede optarse también -

por la remoción total en cuyo caso se tendrá un cuidado postoperatorio mayor.

A continuación se inserta el colgajo dentro de la cavidad quística en la que no deben quedar huecos. Como el colgajo palatino es poco elástico se sujeta por encima con ayuda de una torunda suturada. Mediante ligaduras anudadas en cruz sobre la torunda, se sujeta el colgajo en su sitio.

Se ponen de un diente a otro por el paladar o se suturan a través de los bordes de la mucosa quística y luego se anudan.

Caso 4.- Si el quiste es grande y conviene conservarse la pieza, procederemos como en el caso anterior efectuando la apicectomía correspondiente y la obturación respectiva -- del conducto radicular durante la operación .

Caso 5.- Por cuestiones de visibilidad, en éstos procesos se prefiere la vía palatina.

La incisión se traza por un solo lado junto a la arcada y en la línea media desprendiéndolo la mucosa por vía palatina. Se hará a una distancia de dos a tres centímetros del -- borde gingival y abarcando perióstio. La mucosa se legra íntegra para preservar la arteria palatina. Al desgarrarse la pared quística se eliminará el líquido por aspiración y se alisarán las aristas. El diente causante involucrado en el quiste será extraído separándolo del hueso con fresa ancha de fisura y seccionando desde su corona hasta la raíz.

Debemos evitar comunicaciones entre cavidad oral, seno maxilar y fosa nasal. Se evitará desgarrar la mucosa y el -- colgajo palatino se embute en la cavidad quística. Siendo poco elástico el colgajo palatino se procederá como en el caso 3 para suturar.

No obstante que es más sencillo enucleair un quiste por vía bucal de no ser posible esto se realizará la operación -- por el paladar .

V.- TECNICA PARA LA ENUCLEACION DE PSEUDOQUISTES OSEOS.

- a) Quiste por Extravasación Traumática.
- b) Cavidad Osea Idiopática.

a) Quiste por Extravasación Traumática.

Estos quistes se caracterizan por carecer de membrana lo cual les merece la denominación de Pseudoquistes. En su interior encontramos contenido hemorrágico junto con exudado seroso acumulado en la cavidad .

Su tratamiento es quirúrgico para evacuar el infarto y - permitir la repleción gradual de ésta cavidad ósea .

Pueden operarse por vía intrabucal si el quiste es accesible, si no existe la necesidad de extraer dientes sanos. La vía extrabucal se recomienda para aquellos quistes situados en la zona apical profunda y con difícil acceso .

1.- La anestesia será troncular en el agujero oval o redondo mayor, o bien regional en el agujero palatino anterior o posterior o regional del dentario inferior.

2.- En la mucosa bucal o en la piel se hace la incisión - necesaria para descubrir la zona afectada en una extensión - suficiente. Si existiesen raíces de dientes cariados en la - zona afectada, se extraerán para ampliar el campo operato- - rio .

3.- La apertura de la cavidad del quiste se hará con --- pinzas gubias, osteótomo y/o fresa de fisura.

4.- Se evacúa el contenido por aspiración o enjugándolo con gasa. La hemorragia se cohibe con solución de adrenalina.

5.- Se limpia repetidamente la cavidad con suero fisiológico a presión para retirar cuerpos extraños. Inspeccionamos la cavidad en su totalidad. Si dentro de ella aparecen las -

raíces de algunas piezas en mal estado, se tratarán con apí
nectomía o bien con extracción .

6.- La herida puede tratarse de 2 maneras. Se puede ta--
ponar con gasa y dejarse abierta o bien rellenarse con gel--
foam y cerrarse. El gelfoam puede empaparse con solución de
penicilina y trombina .

7.- Se sutura con catgut 00 ó 000 tomando el colgajo y -
afrontándolo al hueso. Se sutura a nivel de enfa marginal .

El taponamiento de existir, se cambia paulatinamente y -
se lava la superficie cruenta con solución salina. El tapón--
disminuye con el tiempo de tamaño para permitir el llenado -
de la herida por tejido de granulación .

La sutura se retira a los 10 días de la intervención .

b).- Cavidad Ósea Idiopática

La cavidad ósea idiopática no es un quiste propiamente--
dicho sino un defecto de formación en el que se presenta in-
clusión de tejido glandular dentro de la mandíbula, durante
el desarrollo de la misma .

La lesión es inofensiva y no requiere tratamiento alguno.

VI.- TECNICA PARA LA ENUCLACION DE QUISTES DE RETENCION .

a).- Ránula

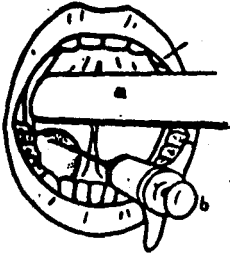
b).- Mucocèle

Ránula .

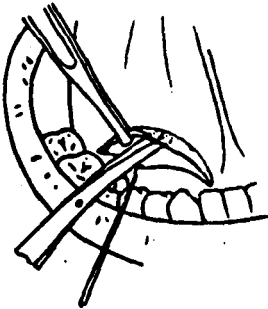
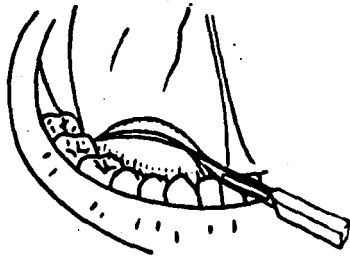
La ránula se presenta en la zona del suelo de la boca --
de localización lateral. Su tratamiento es la escisión am--
plia de la pared superior para comunicarla con la boca y evi
tar recidivas, pudiendo pasar inadvertida.

La técnica para la enucleación de la ránula sublingual -
es la siguiente :

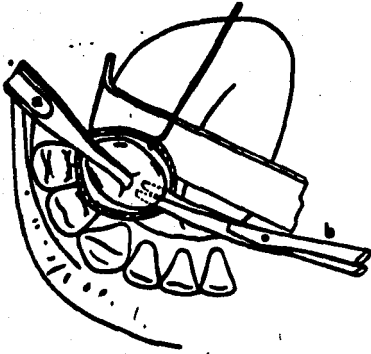
1.- La anestesia será local infiltrando desde la parte -
posterior en el espesor de la pared de ser posible. Los teji
dos vecinos también se infiltran.



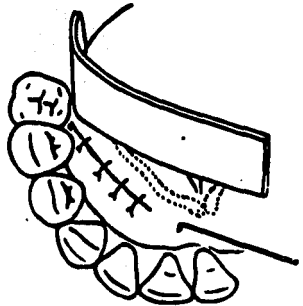
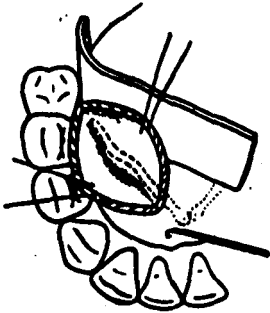
- a) Separador Plano
- b) Jeringa para Infiltrar



PROCEDIMIENTO PARA LA EXERESIS DE UNA RANULA SUBLINGUAL.



- a) Pinza de Disección
- b) Tijeras Curvas Finas



2.- La incisión deberá efectuarse siguiendo el eje mayor del tumor. Se descubrirá el mismo exponiendo su envoltura y extirpándolo, dada la fragilidad de sus paredes y sus adherencias a la intervención resulta laboriosa .

3.- Por disección roma se separará la mucosa de la pared quística lo más ampliamente posible. Se toma cuidadosamente - con pinzas de disección para elevar la masa y se separa la -- pared interna por disección roma con tijeras finas, curvas .

Solo continúa este procedimiento hasta que sólo un pedículo la sostenga .

4.- Se liga el pedículo y se secciona .

5.- Se sutura con catgut 00 .

Esta técnica es raramente practicable dado que la bolsa se desgarrá apenas se le toma. Por ello el procedimiento más común es la Marsupialización o Técnicas de Partsch para quistes mucosos .

TECNICA DE MARSUPIALIZACION

1.- Se anestesia localmente la pared de la bolsa y los tejidos vecinos .

2.- La incisión se efectúa en sentido anteroposterior -- con respecto al tumor, Deberá abarcar mucosa y la pared quística.

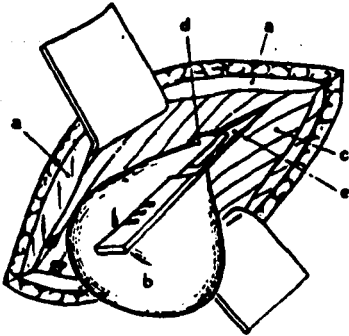
3.- Se aspira el contenido para obtener el completo vaciado de la bolsa .

4.- Se sutura enseguida la pared quística con el trazo mucoso para marsupializar la bolsa. Se deja la membrana durante unos días para dar lugar a la transformación metaplásica del epitelio quístico por epitelio oral escamoso. Si por el contrario la ránula presenta un desarrollo en forma de reloj de arena. el tratamiento será más complejo. La vía cutánea suprahióidea será preferible para la enucleación ----- (ránula Suprahióidea) .

La técnica para su tratamiento es la siguiente :

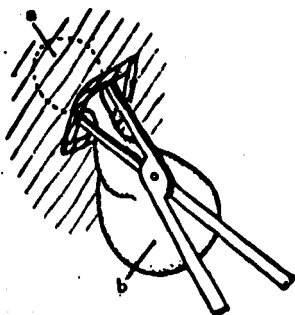


- a) Región Sublingual
- b) Región Suprahioidea
- c) Punción Exploratoria

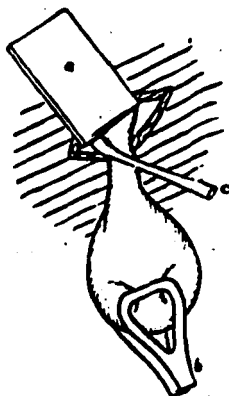


- a) Músculo cutáneo y aponeurosis superficial.
- b) Masa Tumoral.
- c) Músculo Milohioideo.
- d) Istmo de la masa tumoral.
- e) Ensanchamiento de la abertura.

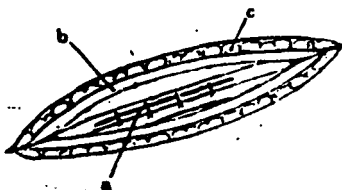
PROCEDIMIENTO PARA LA ENUCLEACION DE UNA RANULA SUPRAHIOIDEA



- a) Saco superior
- b) Saco inferior



- a) Separador Plano
- b) Pinza de corazón
- c) Legra Roma



- a) Músculo milohioideo
- b) Plano Músculo Aponeurótico - Superficial
- c) Piel

1.- La anestesia será general por intubación con reforzamiento local intra y extrabucal .

2.-La incisión será submaxilar centrada en la tumefacción paralela al borde basilar y un dedo por debajo del mismo. Se incide piel y tejido celular subcutáneo, músculo cutáneo y aponeurosis superficial .

3.- Se separan los bordes con disección roma. La masa tumoral hace aparición sobre el músculo milohiideo que se hace visible por medio de fascículos .

4.- Se hace liberación roma hacia afuera del milohiideo-hasta descubrir el istmo que une las dos porciones del tumor y se continúa disecando hasta evidenciar la porción superior.

5.- Se debrida de un lado a otro de las fibras del músculo para ensanchar la brecha que permita el paso del saco superior utilizando la pinza de Kocher .

6.- Se separan al máximo los bordes de la incisión del músculo y se atrae la bolsa superior suavemente hacia abajo .

Las adherencias con el piso de la boca se desprenden con un separador roma. Se repite la maniobra hasta que se consigue el total desprendimiento .

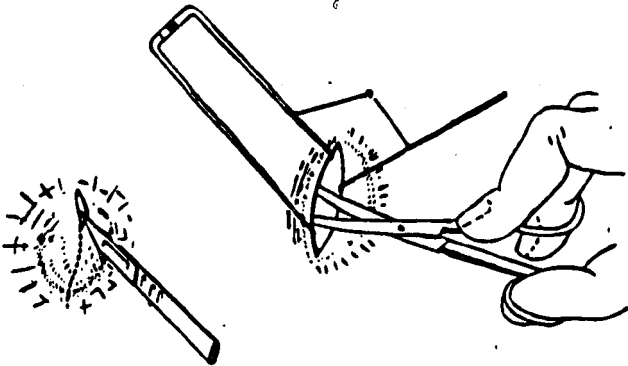
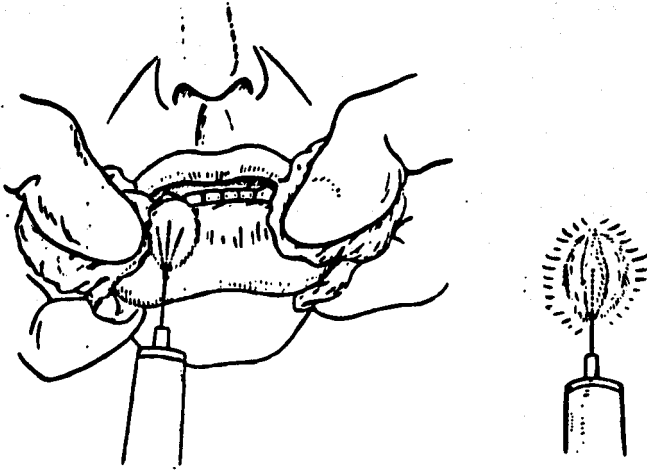
7.- Se sutura el milohiideo con catgut, lo mismo los bordes del plano músculo aponeurótico superficial y la piel por último, se sutura con dermalón 000 000 .

B.- Mucocoele

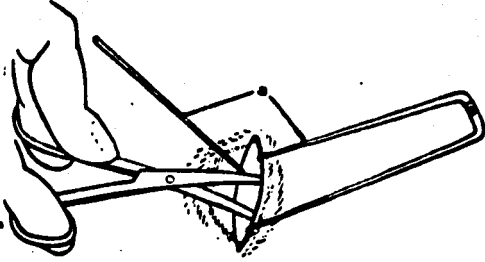
El mucocoele, quiste mucoide de glándula salival accesoria requiere del siguiente tratamiento :

1.- Se presenta el campo con los dedos índices y pulgar para voltear y hacer hemostasia de las arterias del labio inferior afectado .

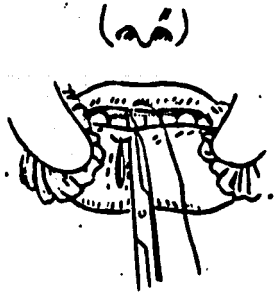
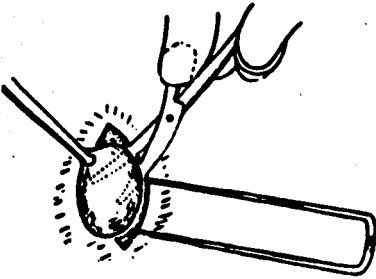
2.- Se infiltran uno ó dos cartuchos de anestesia local-profunda sobre la base de los tejidos de la masa tumoral . Se complementa con anestesia superficial paralela al eje mayor -



PROCEDIMIENTO PARA LA EXERESIS DE UN MUCOCELE.



a) Ganchos Finos



ENUCLEACION DE LA MASA TUMORAL Y SUTURA DE LA MUCOSA.

del tumor.

3.- La incisión será lineal con respecto al eje mayor del tumor y sobrepasando los extremos.

4.- Se debridan y liberan los bordes con disección roma de ambos lados, se separan los mismos con ganchos finos hacia afuera y se toma al tumor con una pinza de mordientes.

5.- Con tijera y disección roma en la parte profunda se libera la masa tumoral. Se conservará intacta la pared quística para evitar la evacuación del quiste.

6.- Se sutura con catgut el plano profundo y con seda 00 el plano superficial.

VII.- TECNICA PARA LA ENUCLEACION DE QUISTES DISONTOGENICOS.

- a) Dermoide
- b) De la Hendidura Branquial
- c) Higroma Quístico
- d) Del conducto Tirogloso

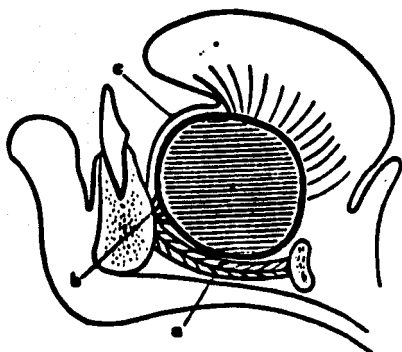
a) Quiste Dermoide

Sabemos que son similares a las rínulas por su localización en el piso de la boca y por su división anatómica. Se subdividen en dos grupos a saber:

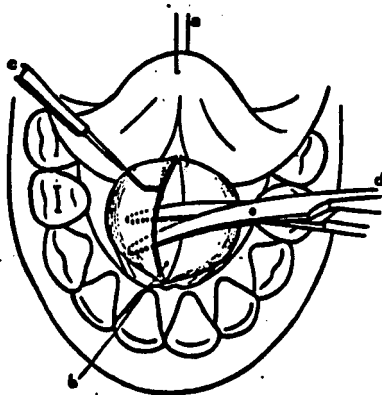
1.- Una primera variedad que evoluciona por encima del milohioideo y que se encuentra adherida a las apófisis genivas que levanta la lengua. (Quistes Adgenianos).

2.- La segunda variedad localizada por debajo del milohioideo, adherida al hueso hioides levantando la lengua y que con frecuencia se hace visible en la región suprahioides. (Quistes Adhioides).

La técnica para el tratamiento de éste tipo de quistes es la siguiente:

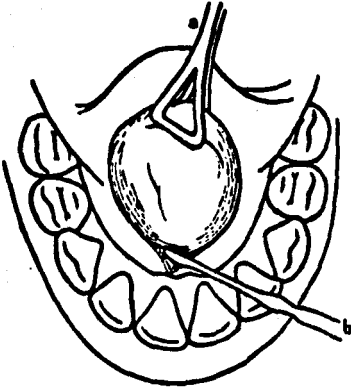


- a) Músculo Milohioideo
- b) Adherencia a Apófisis Geni
- c) Mucosa Sublingual



- a) Lengua
- b) Pared de la Masa Tumoral
- c) Gancho Fino
- d) Tijeras Romas

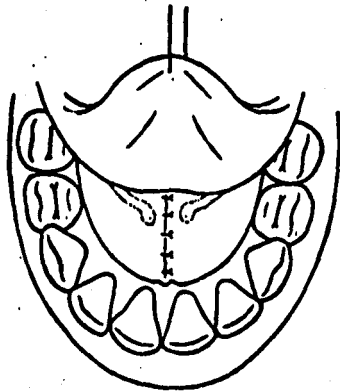
PROCEDIMIENTO PARA LA ENUCLEACION DE UN QUISTE DERMOIDE
ADGENIANO



a) Pinza de corazón

b) Legra Fina

SUTURA EN EL PISO DE LA BOCA



1.- La anestesia es general por intubación nasal. Se complementa con anestesia local intrabucal y extrabucal. Se lisa la lengua con hilo para levantarla.

2.- La incisión se hará de atrás-adelante en la línea media del piso de la boca.

3.- Se separan los bordes y se disecciona con tijeras finas y curvas el tejido mucoso de la envoltura de la masa tumoral. Se continúa el despegamiento de la masa con la ayuda de una pinza de corazón para sostenerla.

4.- Las adherencias se liberan y se procede a extirparlas con pinza de mordientes.

5.- Se sutura la cavidad con puntos separados y catgut - de 00 para el plano superficial.

Para este segundo grupo la técnica es la siguiente:

1.- Anestesia general y local en profundidad y superficie.

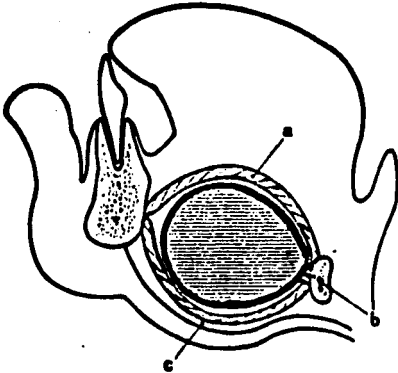
2.- La incisión se localiza a media distancia del hioides y del maxilar. Será curva y de concavidad posterior en la parte más prominente del tumor incidiendo piel y tejido celular subcutáneo.

3.- Se disecan los bordes separando con fuerza hacia arriba y abajo.

4.- Se incide aponeurosis superficial, verticalmente en la línea media de unos cuatro centímetros. Se separa el campo operatorio y aparecen los haces milohioideos en la línea media.

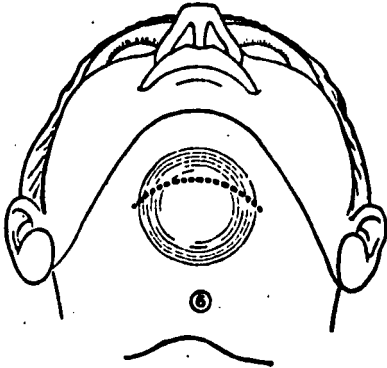
5.- Se incide al milohioideo verticalmente en unos dos centímetros y con pinza de Kocher se agranda la abertura. Se separan los fascículos musculares para evidenciar el tumor. Es imprescindible mantener los diferentes planos separados para que la pared del quiste se muestre en toda su extensión.

6.- Se libera la masa por disección roma al máximo de su

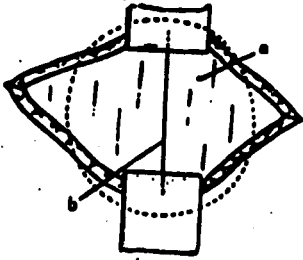


- a) Músculo Milohioideo
- b) Adherencia al Hioides
- c) Región Suprahioidea

INCISION DE CONCAVIDAD
POSTERIOR EN LA PARTE-
MEDIA DEL QUISTE

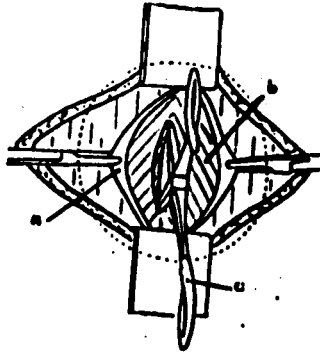


PROCEDIMIENTO PARA LA ENUCLEACION DE UN QUISTE
ADHIOIDEO

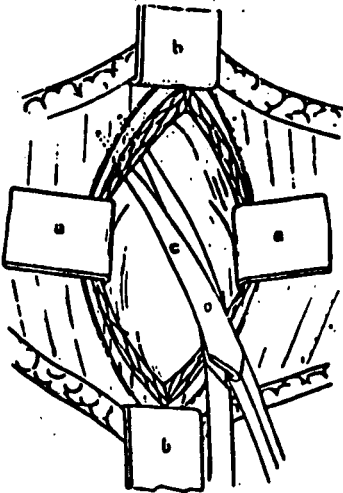


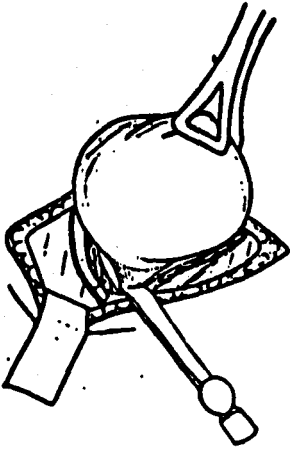
a) Aponeurosis Superficial
b) Incisión vertical

a) Aponeurosis Superficial
b) Músculo Milonioideo
c) Pinza de Kocher



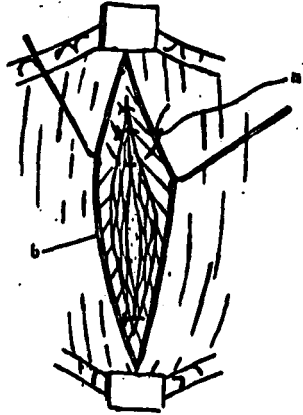
a) y b) Separadores Planos
c) Tijeras Romas





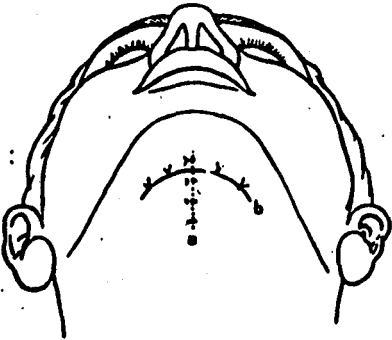
a) Sutura del Milohioideo

b) Sutura de Aponeurosis Superficial



a) Sutura de Planos Superficial y Profundo

b) Sutura Cutánea



superficie. Se toma la pared resistente con pinza de corazón y se desprenden gradualmente las adherencias según vayan apareciendo desprendiéndose con una legra larga y con tijeras finas elevando el tumor .

7.- Se sutura con puntos separados de catgut en planos profundos. Todo ello en el sentido en que se incidió. La piel se sutura con dermalón 000 000 en el sentido correspondiente .

B.- Quiste de la Hendidura Branquial .

El tratamiento de los quistes de la hendidura branquial-corresponde al campo del cirujano general. Los quistes recidivan después de la aspiración ó drenaje. Son quistes rebeldes y recidivan por ello repetidamente a pesar de la intervención y del cuidado observado. Su tratamiento es la total-escisión .

C.- Higroma Quístico .

Pertenece también al campo de la cirugía general. Dado que es una lesión no encapsulada y sus paredes son de extrema delgadez su extracción adquiere marcada dificultad. Sin embargo, la escisión quirúrgica es el único tratamiento .

D.- Quiste del Conducto Tirogloso .

El tratamiento quirúrgico y la excéresis completa son el resultado definitivo y correcto. Las fases de su tratamiento son :

1.- Anestesia general por intubación nasal .

2.- La incisión es horizontal sobrepasando la fistula y abarcando piel y tejido celulo-adiposo subcutáneo en la parte media del cuello y por debajo del hioides.

3.- Se introduce el estilete guiándolo con la punta del dedo para controlar el trabajo. Se desprende la aponeurosis con tijeras finas disecando romamente y trabajando en sentido ascendente en dirección al hioides .

4.- Se disecciona el tracto fistuloso de los fascículos musculares subhioides hasta terminar por completo de diseccionar y desprender el tracto hasta la altura del hioides.

5.- Se inciden verticalmente los planos aponeuróticos y musculares en un centímetro por encima y por debajo del hioides.

6.- Se deja éste al descubierto y se secciona con cizalla a ambos lados del trayecto fistuloso. Se liberan las adherencias al hueso. El conducto queda así liberado con el estilete lo más alto posible en la base de la lengua.

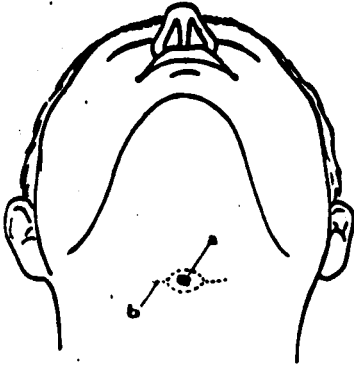
7.- Los fragmentos óseos y los tejidos aponeuróticos y musculares se separan deprimiéndose el vértice de la V lingual en la cavidad bucal.

8.- Cuando el trayecto ha sido diseccionado en su totalidad, se coloca hilo seda en la base y se secciona el pedículo eliminándolo de inmediato.

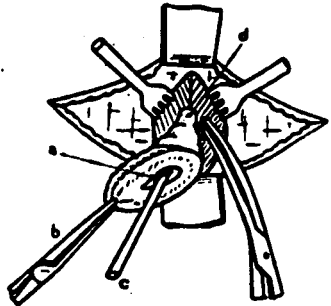
9.- Afrontamos los trozos del hioides mediante dos asas de catgut de manera que abarque en masa a las dos partes musculares.

10.- Se coloca un pequeño drene en un tunel vacío del tracto tirogloso.

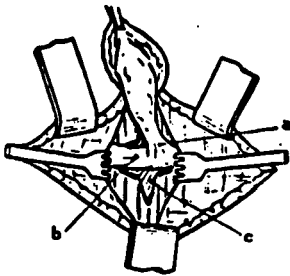
11.- Se sutura verticalmente con catgut la aponeurosis y en forma horizontal con seda 00 el plano superficial.



- a) Fistula
- b) Incisión sobrepasando la fistula de piel y tejido Célulo - Adiposo

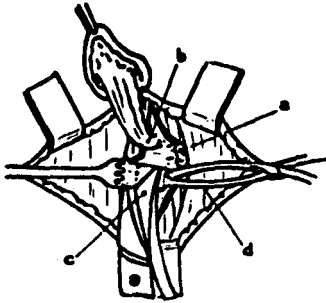


- a) Tracto Fistuloso
- b) Pinza de Mosquito
- c) Estilete dentro del Tracto Fistuloso
- d) Musculos Subnioideos

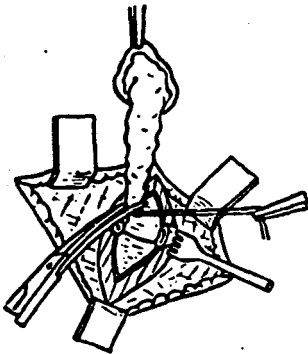
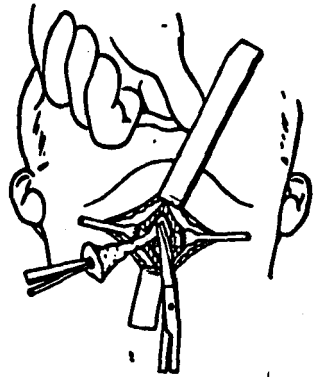


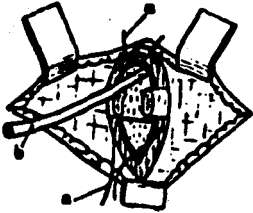
- a) Tracto Fistuloso
- b) Hueso Hioides
- c) Músculos Seprahioides

PROCEDIMIENTO PARA LA ENUCLEACION DE UN QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

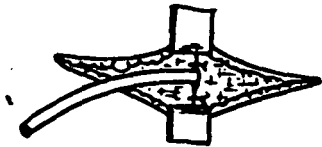


- a) Hueso Hioides Seccionado
- b) Tracto Fistuloso
- c) Tijeras Romas
- d) Pinza de Sujeción



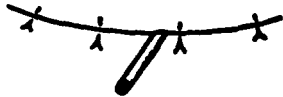


- a) Afrontamiento de las asas del Hioides con sutura
- b) Dren colocado en el Tunnel del Tracto Tirogloso



SUTURA VERTICAL DE LA APONEUROSIS

SUTURA CUTANEA HORIZONTAL



C A P I T U L O Q U I N T O

EXPLICACION DE UN CASO CLINICO

C A P I T U L O Q U I N T O

EXPLICACION DE UN CASO CLINICO PARTICULAR

FICHA DE IDENTIFICACION.- G.G.G. de 24 años de edad dedicada al hogar y con domicilio en la Ciudad de Morelia, Michoacán. Estado Civil, Soltera.

ANTECEDENTES FAMILIARES.- No recuerda con exactitud. Sus abuelos viven y están sanos .

ANTECEDENTES NO PATOLOGICOS PERSONALES.- No presenta -- hábitos de alcoholismo, ni tabaquismo. Tiene prácticas de -- higiene satisfactorias .

ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES.- Cuando era pequeña padeció Sarampeón y Parotiditis. Fue inmunizada contra la Poliomielitis y se le aplicó la vacuna DTP.

Sufre desde entonces cuadros frecuentes de amigdalitis - que van asociados con disfagia y tos .

PADECIMIENTO ACTUAL.- Se presenta a consulta por sufrirdolor agudo en la región del segundo molar inferior izquierdo con evolución de 4 meses y presenta aumento de volúmen -- en la región vestibular del mismo lado .

ESTUDIO CLINICO POR APARATOS Y SISTEMAS.-

APARATO DIGESTIVO - S.D.P.

APARATO RESPIRATORIO - S.D.P.

APARATO CARVIOVASCULAR - S.D.P.

APARATO GENITOURINARIO - La menarca ocurre a los 12 años

tiene un ritmo de 30 días con una duración de 4 días .

SISTEMA NERVIOSO - Presenta cefaleas frecuentes localizadas en las regiones temporales convergiendo hacia la región frontal. Ceden con analgésicos. Es aprehensiva y tiene 21 años .

SISTEMA ENDOCRINO - S.D.P.

ESTADOS DE HIPERSENSIBILIDAD - Ninguno .

FICHA DENTAL -

TEJIDOS ORALES - La mucosa oral, la faringe, el paladar-duro y blando, la lengua y las glándulas salivales poseen - apariencia de normalidad y buena coloración .

Al nivel del fondo del saco vestibular inferior izquierdo se observa enrojecimiento de la mucosa asociado a la -- localización del segundo molar. Existe exudado de la región y agrandamiento de la tabla externa que produce asimetría - facial .

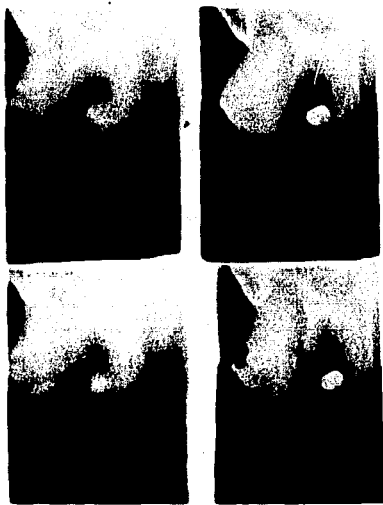
La pieza dentaria inmediata a la lesión presenta caries extensa al nivel del piso pulpar. Existe caries de consideración también en 2º premolar s.d. y / 1º molar s. i .

Los tejidos gingivales muestran normalidad en la consistencia y coloración .

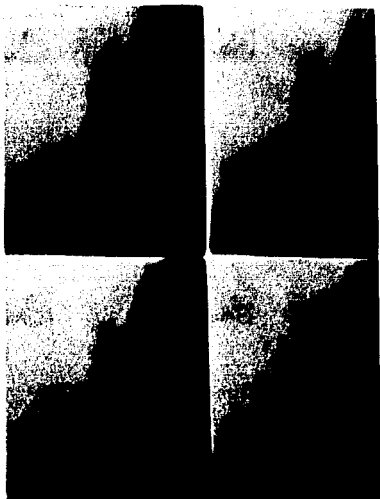
El estado de higiene bucal es satisfactorio .

FICHA RADIOGRAFICA - La radiografía periapical muestra un proceso radiolúcido no bien delimitado dada la extensión de la misma. No existe el germen del tercer molar y el segundo molar se ve asociado a la radiolucencia. Los ápices - del mismo padecen destrucción .

La ortopantomografía del maxilar superior y mandíbula - revelan una zona ovoidea radiolúcida de bordes bien definidos que ocupa los dos tercios inferiores de la rama ascendente izquierda de la mandíbula y el tercio posterior del - cuerpo de la misma en el lado mencionado. En su interior se encuentra el germen del tercer molar inferior izquierdo .



TOMOGRAFIA LATERAL DE MANDI-
BULA QUE MUESTRA LA EXTEN- -
SION DEL QUISTE.



TOMOGRAFIA ANTEROPOSTERIOR QUE
MUESTRA EL VOLUMEN DEL QUISTE_
Y LA DEFORMACION DE LA TABLA -
OSEA EXTERNA.

Existe inclusión de las raíces del mismo con caries y --- reabsorciones parciales de las regiones apicales con pérdida del espacio paradontal en ellas.

Las tomografías muestran por su parte que, dentro de la zona radiolúcida existe destrucción total del tejido esponjoso, notándose adelgazamiento y deformación de las tablas óseas externas en todas sus regiones. En los cortes anteroposteriores se señala deformación de la mandíbula principalmente de su cara externa que en la actualidad se encuentra convexa y se ve asociada a la presencia del germen dentario del tercer molar.

EXAMENES DE LABORATORIO.- Se practican las siguientes -- pruebas clínicas:

Biometría Hemática, Exámen General de Orina, Grupo Sanguíneo y factor Rh, pruebas de tiempo de protrombina y trombo -- plastina y antibiograma para determinar la sensibilidad de -- la cepa.

Los resultados estuvieron dentro de límites normales establecidos. El antibiograma reportó que la cepa aislada fué --- ESCHERICHIA INTEMEDIUM y que es sensible a los siguientes antibióticos: Cefalosporinas, Furadantina, Garanicina, Keflex, Keflin, Keflodin, Ac. Nalidíxico, Kanamicina, Neomicina, Polymixina B, Tetraciclina, Triple-Sulfa y Estreptomycinina.

Es sabido por nosotros que los antibióticos son eficaces contra varios grupos bacterianos. Sin embargo, en la actualidad la eficiencia específica ya no es regla general, por el contrario las cepas y especies muestran gran variación a la susceptibilidad al mismo antibiótico. Para hacer el tratamiento más complejo está el hecho de que la susceptibilidad inicial de una bacteria para un antibiótico específico puede cambiar durante el tratamiento.

Esto ha sido motivo para que algunos investigadores opinen - que las bacterias sufren cambios suficientes como para considerarlos mutantes espontáneas.

Unos de los métodos más efectivos para determinar la -- susceptibilidad a los antibióticos de un microorganismo es - el ensayarlo en el laboratorio. El procedimiento a seguir es el siguiente:

Obtener primeramente un poco de pus ó del exudado a examinar que será fácil de obtener dada la indicación para el - drenaje en los períodos incipientes de absesos. Con el material obtenido inoculamos una placa con agar, que colocamos - sobre pequeños discos cada uno de los cuales tiene una dosis conocida de antibiótico. Si el microorganismo es sensible al antibiótico no proliferará alrededor del disco. Los gérmenes resistentes sí proliferarán en su derredor. Puede haber gra- dos de sensibilidad y resistencia que deben ser estimados - por un observador experto. Si el grado de susceptibilidad es importante o si es posible la infección mixta entonces habrá que recurrir a otras pruebas de laboratorio.

Es preciso subrayar que aún cuando los procedimientos de laboratorio son importantes, la terapéutica de antibióticos- no debe posponerse hasta tener los resultados de la prueba.

Deberán utilizarse y la terapéutica antibiótica será mo- dificada si así lo indican los resultados.

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION - Quiste mandibular

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL - Ameloblastoma, Mixoma

TRATAMIENTO.- Se prescribió antibioterapia el día en que se presentó a la consulta. Inmediatamente que se obtuvieron- los resultados de las pruebas clínicas se intervino a la pa- ciente bajo anestesia general por intubación nasotraqueal. - Se anestesió también localmente para hemostasia. La incisión

se realizó siguiendo el contorno del primer molar prolongándo hasta el área retromolar. Se realizó el legrado del colgajo vestibular y se puso al descubierto la tabla ósea afectada. La osteotomía tuvo lugar distalmente al molar realizando exodoncia del segundo molar.

Se evacuó el contenido quístico y purulento mediante aspiración y se procedió a legar la membrana del quiste minuciosamente. Se procedió a la exodoncia del gérmen del tercer molar con el auxilio de la osteotomía.

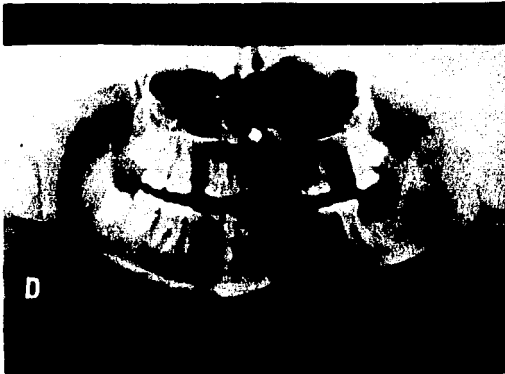
Al momento de la enucleación la membrana presentaba fragmentos polipoides impregnados de material purulento. Se efectuó la revisión y el lavado de la cavidad taponando a continuación la misma con gasa impregnada de unguento de Terrocortril para derivar la secreción. Se suturó con puntos separados con catgut tres ceros.

Se prescribió Anapenil 1000 cada 24 horas y Compensal 200 cada 4 horas.

La terapéutica sustitutiva de fluidos se restringe a 1500 cm³ de dextrosa al 5% con 500 cm³ de solución salina al 5% - de dextrosa con una ampollita de cloruro potásico.

Dos días después de la intervención existía edema, sangrado y dolor. A los ocho días se retiró el apósito con Terracortil, aún cuando existía edema y la secreción era considerablemente menor. Al mes se retiró completamente el apósito ulterior y se programó una revisión al mes.

EXAMEN HISTOPATOLOGICO - El laboratorio reporta que se -- observan fragmentos revestidos de epitelio estratificado, ulcerado en algunos sitios y en los cuales hay tejido de granulación y reacción inflamatoria crónica con infiltrado de macrófagos, polimorfonucleares, linfocitos y células plásmáticas. Por fuera de la zona de tejido de granulación hay fibrosis con proliferación de fibroblastos y discreto infiltrado-



ORTOPANTOMOGRAFIA MOSTRANDO LOS ASPECTOS ANTERIOR (FOTO SUPERIOR) Y POSTERIOR A LA ENUCLEACION (FOTO INFERIOR).

linfocitario perivascular.

DIAGNOSTICO - Quiste Radicular de mandíbula.

CONCLUSIONES - A los tres meses de la intervención se -- practicó una Ortopantomografía de maxilar y mandíbula para -- determinar el grado de evolución de la cavidad quística que -- arrojó los siguientes resultados:

La zona de reparación muestra en comparación con el estudio practicado con anterioridad, que el germen del tercer molar inferior está ausente y la zona quística muestra en la actualidad una reacción osteoblástica con inicio de formación de la esponja. Las tablas externas de la rama ascendente mandibular asimismo muestran características de normalidad.

La evolución de un quiste de considerable dimensión hasta la reparación ósea, es aproximadamente de 10 meses. El examen deberá realizarse periódicamente con una minuciosa observación clínica y radiográfica para controlar una posible recidiva.

CONCLUSIONES

Los puntos de mayor consideración son los siguientes:

1.- Los procesos quísticos tienen una naturaleza tal, que aún presentes no revisten gravedad.

Su evolución es lenta y no ponen en peligro la vida del enfermo. Los síntomas que causan son relativamente molestos provocando inconvenientes en la fisiología de la masticación, fonación y deglución. Ocasionalmente cuando se encuentran en una fase avanzada, producen asimetría facial.

2.- Su Etiología no está determinada completamente y es frecuente que a éstos procesos quísticos se les asocia una previa historia traumática como factor desencadenante.

3.- Deberán correlacionarse para el Diagnóstico, los estudios clínicos y radiográficos.

Ellos son los que nos demostrarán los distintos estados de salud en que se encuentra el paciente.

4.- El exámen Oral es fundamental, sin embargo, sin el exámen radiográfico resultaría en no pocos casos de escasa validez diagnóstica dadas las características que presentan éstos. Será fundamental la radiografía.

5.- El Pronóstico es considerado benigno. Las actividades del paciente no se ven alteradas después de los primeros días de la intervención. Haciendo excepción del Higroma Quístico cuyo pronóstico es reservado, los demás tienen buenas perspectivas.

6.- Las condiciones del paciente darán la pauta a seguir para decidir el tipo de tratamiento y las variantes que precise.

7.- Los procedimientos quirúrgicos orales podrán efectuarse con anestesia facultativa. La valoración deberá ser adecuada y si es necesario recurriremos a la opinión de otros - profesionistas para precisar el plan de tratamiento con mayor certeza.

8.- La anestesia local es inocua correctamente administrada. Los anestésicos locales con su gran variedad poseen las características necesarias para que su administración sea -- inofensiva en diferentes personas. Su eliminación no causa - problemas.

9.- La anestesia General implica más riesgo y cuidados. - Es igualmente buena en personas sanas y su aplicación será - valorada por exámenes especiales. La recuperación del pacien- te es más lenta pero con buenos resultados. Produce efectos- colaterales molestos, pasajeros e inofensivos.

10.- Las técnicas a utilizar deberán proporcionar el máxi- mo de seguridad para el enfermo y serán aquellos que nos o-- frezcan un procedimiento claro y un objetivo definido.

11.- Los métodos expuestos son recomendables para la enu- cleación de los quiste. Estos no muestran demasiados incon- venientes postoperatorios para el paciente cuya recuperación se logra en unas cuantas semanas. La resolución ósea que im- plica unos meses, no interfiere con las actividades del en-fermo.

12.- El control será periódico y dependerá exclusivamente del Cirujano Dentista ó Maxilofacial tratante. Se verificará con el examen oral y el definitivo de la radiografía.

13.- La conducta en última instancia, estará normada por el criterio y los conocimientos propios de la persona encar- gada de realizar el tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ascher, Harry. Cirugía Bucodental y Atlas Detallado de Técnica Quirúrgica. Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, - 1958, tomo 1,901 p.
- 2.- Avellanal, Durante. Cirugía Odontomaxilar. Buenos Aires, Argentina. Ediar Soc. Anon. Editores, 1949, tomo XL, 516 p.
- 3.- Bhaskar, S.N. Patología Bucal 2a ed. Buenos Aires, Argentina. Editorial "El Ateneo" , 1974,458 p.
- 4.- Birn., Winther. Atlas de Cirugía Oral. España. Salvat -- Editores, 1977, 125 p.
- 5.- Costich., White. Cirugía Bucal. 2a ed. México,D.F. Interamericana, 224 p.
- 6.- Eriksson, Ejnar. Manual Ilustrado de Anestesia Local. Copenhague, Dinamarca. Astra Chemicals, 1969, 160 p.
- 7.- Finochietto, Enrique., Finochietto, Ricardo. Técnica Quirúrgica. Operaciones y Aparatos. Anestesia Local. Buenos Aires, Argentina. Compañía Argentina de Editores, 1944, tomo - II primera parte, 480 p.
- 8.- Gaillard, Nogue. Tratado de Estomatología. Enfermedades Quirúrgicas de la Boca y de los Maxilares. Valencia, España. Manuel Pubul Editor, 1919, tomo VIII, 492 p.
- 9.- Ginestet, G. Cirugía Estomatológica y Maxilo- Facial. -- Buenos Aires, Argentina. Editorial Mundi, 1967,557 p.
- 10.- Guralnick, Walter C. Tratado de Cirugía Oral. Barcelona, España. Salvat Editores, 1971,574 p.
- 11.- Jorgensen, Bjorn Niels., Hayden, Jess. Anestesia Odontológica. México,D.F. Interamericana, 1970,142 p.
- 12.- Kruger, Gustav O. Tratado de Cirugía Bucal. México,D.F.

Interamericana, 1960, 558 p.

13.- Kirchner, Martin., Guleke, N., Zeuker, R. Tratado de -
Técnica Operatoria. Segunda Edición. Barcelona, España. Edi-
torial Labor, 1961, tomo IV, 838 p.

14.- Mead, S.V. Cirugía Bucal. México, D.F. UTEHA, 1948, 1195 p.

15.- Miller, Samuel Charles. Diagnóstico y Tratamiento Bucal
Rosario, Argentina. Editorial "La Médica", 1957, 936 p.

16.- Nava Rivera, Armando. "Introducción para una discusión-
sobre aspectos farmacológicos y quirúrgicos en la anestesia.
" Revista A.D.M. col. XIX, num. 4 (México, D.F., Julio - Ago-
sto, 1962) pp. 206-208 "

17.- Thoma, K.H. Cirugía Bucal. México, D.F. UTEHA, 1955, to-
mo II, 1576 p.

18.- Vasconcelos P., Guillermo. " Problemas en relación con-
los anestésicos locales". Revista A.D.M. col. XXII, núm. 6 -
(México, D.F., Noviembre - Diciembre, 1965) pp. 545-553.