

24/1/96

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

U. N. A. M.



TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS
QUISTES ODONTOGENICOS.

Rebeca González Escutia

Juan Iztacala

México 1980



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS.

I N D I C E .

I.- P R O L O G O .

II.- INTRODUCCION AL DIAGNOSTICO ORAL.

III.- ASPECTOS GENERALES DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS.

IV.- QUISTE ODONTOGENICOS

A) METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO DE LOS QUISTES
ODONTOGENICOS.

B) METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO DE LOS QUISTES
ODONTOGENICOS.

V.- CONCLUSIONES

VI.- BIBLIOGRAFIA.

P R O L O G O

Hasta hace poco, la odontología se limitaba al reconocimiento y reparación de los dientes.

Sin embargo, actualmente gracias al estudio de muchas generaciones y a la utilización y ayuda de otras ciencias como la Patología, la Histología, etc., que son de suma importancia para diagnosticar y tratar diferentes tipos de enfermedades humanas.

Los conocimientos fundamentales de la Patología son indispensables para el estudiante dental, el Odontólogo y el médico. De esta manera se hace más accesible entender los procesos patológicos que afectan los tejidos bucales. Como los quistes, que se caracterizan por una cavidad tapizada por un epitelio. Puede estar situado enteramente dentro de los tejidos blandos o profundamente en el hueso o localizarse sobre una superficie ósea y producir una superficie depresible. Dentro de los maxilares, el epitelio puede tener su origen en el epitelio odontogénico (es decir, los restos de la lámina dental o el órgano del esmalte de los dientes). La proliferación y degeneración quística de este epitelio da lugar a quistes odontogénicos. -- Están comprendidos dentro de esta categoría el quiste dentígero, quiste de la erupción, quiste gingival en recién nacidos, quiste periodontal y gingival laterales, quiste odontogénico queratinizante y calcificante, quiste radicular y queratoquiste odontogénico. Los quistes odontogénicos son lesiones benignas y no se ha observado ninguno que se convierta en maligno, pero puede recidivar sino se extirpa por completo.

Los tres aspectos principales que vamos a mencionar son: el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. De esta manera podemos solucionar cualquier tipo de quiste odontogénico que se nos presente en el consultorio.

Por medio de signos, síntomas y radiografías que se han obtenido del paciente y junto con los estudios de laboratorio obtenemos el diagnóstico, pues traduce las alteraciones estructurales y funcionales del padecimiento quístico.

El pronóstico, que es la predicción del desenlace probable de la enfermedad depende del conocimiento total de los quistes odontogénicos.

El tratamiento depende de integrar todo lo mencionado anteriormente, de esta manera nosotros podemos evaluar mas eficazmente el tipo de tratamiento por utilizar.

La finalidad principal que tiene por objeto este tema es para poder valorar, diagnosticar y tratar los quistes odontogénicos, pues son de suma importancia, así como cualquier lesión de la cavidad bucal. Ya que en la clínica y en el consultorio dental hemos podido observar que hay una gran incidencia de quistes odontogénicos y varias veces no podemos observar la diferencia correcta de un quiste a otro, nuestro objetivo principal, es el poder tener los conocimientos fundamentales sobre los quistes odontogénicos.

El impulso para desarrollar este tema se originó en las experiencias relacionadas con la presentación de los casos clínicos de quistes odontogénicos que hasta ahora se me han presentado.

INTRODUCCION AL DIAGNOSTICO ORAL

El diagnóstico es de suma importancia para poder identificar alguna enfermedad determinada, el diagnóstico al griego significa dia- a través de -gnosis-conocimiento o sea diferenciación a través del conocimiento, esto --etimológicamente. El diagnóstico lo definiremos como la identificación de - una enfermedad a través de los signos y de los síntomas.

El diagnóstico de las lesiones quísticas odontógenas no debe ser única mente basado en los procedimientos que nos proporciona la propedéutica.

Los datos obtenidos por estos métodos nos llevan a determinar el origen, la diferenciación y diversos aspectos a considerar de ahí que, los aumentos de volumen que ocasionan deformidad facial y alteraciones a la armonía del arco dentario, la movilidad de los dientes, la pérdida de la vitalidad pulpar, etc., no son contundentes de un diagnóstico definitivo. Se averiguará si la sintomatología fue rápida o incidiósa, antecedentes traumáticos en los maxilares o dientes, etc., estas lesiones suelen confundirse cuando hay infección agregada, complicando el diagnóstico al cirujano de poca experiencia, así pues tendremos que auxiliarnos de procedimientos que -- ayuden a establecer un diagnóstico diferencial.

Estas lesiones pasan desapercibidas al paciente si no alteran su cosmética facial o el funcionamiento masticatorio, el dolor puede presentarse -- concomitante a procesos infecciosos o bien por presión nerviosa a los sitios adyacentes, no es raro encontrar trayectos fistulosos, por el que pueden fluir un exudado persistente de ciertas características, sin embargo la fistulización es el último período del desarrollo quístico por consecuencia es un dato de aparición tardía.

Las pruebas de vitalidad pulpar, nos determinan el diagnóstico diferencial, pues los quistes de origen dentario en algunas de sus modalidades no responderán al estímulo aplicado, como posteriormente se anunciará; habrá -- que considerar su situación topográfica, aspecto clínico de los órganos dentarios y otros datos.

Radiográficamente no todas las radiotransparencias bien definidas son quistes, ya que varios tumores como (mixomas odontogénicos, hemangiomas, - granulomas, etc.), pueden producir imágenes semejantes o iguales; también pueden presentarse a confusión las estructuras anatómicas, como el seno maxilar, agujero mentoniano, agujero incisivo, el mismo trabeculado óseo principalmente si es irregular, por tal motivo son imprescindibles estudios radiográficos intra y extra orales con diferentes técnicas, para determinar, - dimensiones aproximadas, su posición y forma para establecer el diagnóstico diferencial, se buscarán áreas radiotransparentes bien delimitadas por un halo radiopaco constituyendo en sí frecuentemente el diagnóstico radiológico.

Si se encuentra en fase de exteriorización o fistulización podemos auxiliarnos de la punción aspiradora, en busca del contenido, prueba que es de gran valor y podemos decir patognomónico de estas entidades, el líquido es de aspecto variable que va desde claro amarillento, de consistencia filante con aspecto brillante atribuible al colesterol o a veces se presenta teñido de sangre o purulento sin embargo en ocasiones el contenido es caseoso o si el quiste es sólido, la aspiración resultará negativa; podemos aprovechar la evacuación con objeto de introducir materiales de contraste radiográfico, que nos dará una imagen más objetiva de la lesión, esta técnica es utilizada con mayor frecuencia fuera de nuestro medio, el procedimiento puede facilitarse con la presencia de fistulas en donde inyectaremos el material radiopaco.

El diagnóstico clínico y radiográfico y la biopsia son medios exactos para determinar el diagnóstico definitivo de la enfermedad, pero el diagnóstico por biopsia tiene indicadores precisos y deberá practicarse sistemáticamente, pero sin llegar a eliminar otro tipo de estudios.

ASPECTOS GENERALES DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS.

Los tumores derivados de los tejidos odontogénicos constituyen un grupo diversificado de lesiones. Ya que estos se originan en alguna aberración del patrón normal de la odontogénesis, estos quistes derivan del epitelio asociado con la formación del aparato dental. Como puede producirse diversos tipos de estos, según la fase de la odontogénesis durante de la cual se originan.

El quiste se define como una cavidad patológica tapizada por epitelio y que por lo general contiene material líquido o semisólido, todos los quistes odontogénicos satisfacen este criterio, con la posible excepción del quiste odontogénico queratinizante y calcificante, y además, con frecuencia pero no siempre, están encerrados dentro del hueso.

El epitelio correspondiente a cada uno de estos deriva de una de las siguientes fuentes:

- 1) Germen dental
- 2) Epitelio reducido del esmalte de una corona
- 3) Restos epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertwig.
- 4) Restos de la lámina dental.

CLASIFICACION DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS.

- A) Quiste Dentigero.
- B) Quiste Primordial.
- C) Quiste de la Erupción.
- D) Quiste Gingival del Recién Nacido.
- E) Quiste Periodontal.
- F) Quiste Paradentario (Radicular)
- G) Quiste Odontógeno Queratinizante y Calcificante.
- H) Quiste Gingival del Adulto.
- I) Queratoquiste Odontógeno.

QUISTE DENTIGERO

Sinonimia. Quistes foliculares, quiste dentígeros, quiste coronodentario, quistes embrionarios, quistes de origen gubernacular.

Definición. Los quistes dentígeros están constituidos por una bolsa -- conjuntivoepitelial en cuyo interior se encuentra la corona de un diente -- retenido en distinto período de su calcificación, o bien, una tumoración -- de tejidos dentarios rudimentarios o degenerados.

Los llamados quistes erupcionales, que pueden encontrarse en el gonion, en la parte anteronasal o en el piso de la órbita, reciben ese nombre si su formación ocurre, si son originados en la época tardía, en el que el diente está ya cerca de la superficie y el quiste se encuentra inmediatamente por debajo de la encía que se inflama y cuya mayor incidencia se observa durante su evolución del desarrollo de los terceros molares, cuya erupción se -- dificulta o sea se impide.

La aplicación del nombre de quistes foliculares, que se ha dado a estos, puede originar confusión, por lo que se debe de conservarse la denominación general de los quistes dentígeros para las formaciones de tejido -- conectivo, delimitadas por tejido epitelial escamoso estratificado y que -- contienen coronas o anomalías dentarias y líquido.

Nunca en ellos se ha notado interferencia con la formación del esmalte.

Los quistes dentígeros se encuentran en ambos maxilares, pero se observa con mayor frecuencia en la mandíbula.

Los quistes dentígeros son mucho más raros que los radiculares. Se han observado con más frecuencia en los dientes normales que en los supernumerarios, teniendo preferencia para formarse en el lugar de los caninos y en -- los terceros molares.

Su crecimiento es más frecuente hacia la cara externa de los maxilares cuya tabla adelgazan considerablemente.

Etiología. Numerosas teorías han tratado de explicar el origen de los quistes odontogénicos, entre los autores se encuentran Broca, Malassez, - Bloch-Juergensen, Nerich y Cotee, Lartschneider, etc., pero en resumen, la teoría más aceptada presume que los quistes son causados por dificultades mecánicas que durante la erupción actúan sobre el saco pericoronar en el cual no desaparece sino persiste y se llena de líquido entre el mismo y la corona del diente; el aumento de este líquido y el exudado de las células del epitelio externo del órgano del esmalte, rigen su crecimiento.

Debido a la presión intradsea el hueso se adelgaza y toma la consistencia de un cascarón de huevo.

Como en la totalidad de los casos se observan los quistes ya formados no se puede asegurar si se originan en el mismo germen dentario o en el epitelio del saco dentario, pues así como hay quistes con el diente totalmente desarrollado más o menos desplazado de su posición; en otros casos, el quiste impide el desarrollo más o menos completo del germen dentario y en su interior únicamente aparecen vestigios o carencia absoluta del germen.

Pueden encontrarse quistes dentígeros múltiples, más raros originados de varias cavidades cuyas paredes se van adelgazando hasta formar una sola cavidad más o menos tabicada; algunos autores piensan que se originan a partir de restos epiteliales múltiples, probablemente del epitelio externo del esmalte o de la lámina dental.

En otros casos una yema dentaria se desprende de la lámina dental o de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del 2o. y 3er. molar, se ramifica y se forman varios folículos de cada uno de los cuales se puede formar un quiste, o se supone la presencia de varios quistes aberrantes.

Anatomía Patológica. Como los quistes paradentarios están formados por una bolsa conjuntivo epitelial. Los dentígeros contienen una corona normal o de un diente supernumerario, que conserva sus caracteres anatómicos.

Los grandes quistes dentígeros a veces trasladan al diente hacia la periferia del maxilar; la presión del líquido quístico empuja al diente en dirección apical y con frecuencia las raíces quedan detenidas en su desarrollo porque tropiezan con el hueso cortical.

Su volumen varía, desde un pequeño quiste pericoronario del tamaño de una haba hasta sobrepasar la media arcada, pero su tamaño medio se encuentra entre el volumen de una nuez y del huevo de una gallina.

Se han señalado sitios no usuales para el desarrollo de estos quistes: piso de la órbita, proceso cigomático, hueso malar, apófisis coronoides del maxilar inferior, seno maxilar.

Sintomatología. No presentan ninguna sintomatología durante el primer periodo intrabóseo y parte del segundo. En ocasiones se manifiestan por fenómenos dolorosos de intensidad semejante a la de los dientes retenidos.

A veces llama la atención la separación en abanico de los dientes y la deformación de los hogos faciales que pueden alcanzar proporciones alarmantes, la asimetría facial es manifiesta; en algunos casos pueden observarse exoftalmia. La bóveda palatina puede estar descendida y pueden presentarse perturbaciones serias en el fonación y deglución.

La sintomatología se activa bruscamente si el quiste se infecta, los dolores se hacen intensos y se irradian en distintas direcciones; el estado general se perturba, hay fiebre, disnea, halitosis, taquicardia y, en general la sintomatología de un proceso infeccioso agudo.

La supuración se abre camino por medio de trayectos fistulosos en número variable, intra o extraorales, por los que escurre un líquido purulento, fétido y característico. La sonda introducida a través de estas fistulas -- encuentran el tejido blando y aterciopelado de la bolsa quística y la dureza característica del diente retenido. Algunas veces puede encontrarse caries de diferentes grados en el diente retenido.

En el maxilar superior los quistes pueden crecer hacia el interior del antro de Highmore, hacia el suelo de la nariz o formar prominencias hacia la bóveda palatina.

No existe participación de los ganglios linfáticos mientras no se -- agregue el proceso infeccioso.

A la palpación el adelgazamiento del hueso puede producir crepitación. Pueden producirse fracturas del maxilar con un leve traumatismo, aún en el momento de la operación y para corregir la debilidad del hueso se aconseja un injerto óseo.

Se pueden presentar parestesias o cefaleas según el grado de compresión nerviosa.

Evolución.- El proceso se inicia siempre en el centro de los maxilares, su evolución es sumamente lenta, absorbiendo hueso, el tejido óseo no interviene en el proceso; el tejido esponjoso va desapareciendo lentamente mientras que las paredes compactas internas y externas se desplazan dando lugar a un abultamiento perceptible en la región vestibular y, si se deja abandonados a sí mismos, producen la deformación del carrillo.

Crece en relación con la obstrucción que se encuentra, siempre en sentido de la menor resistencia, tendiendo a ser más largo en el sentido longitudinal de los maxilares, observándose sus límites redondeados.

Edad.- Los quistes dentígeros son de preferencia de la niñez y de la juventud, sin embargo se llegan a observar en adultos y en ancianos, entre los 8 y 70 años de edad.

METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO DEL QUISTE DENTIGERO.

Vamos a ver que existen dos métodos principales para el diagnóstico -- del quiste dentigero.

- a) Examen clínico
- b) Examen radiológico

El diagnóstico por el examen clínico se hace por los síntomas clínicos anotados de crepitación apergamada, fluctuación, deformación facial o -- local, ausencia del diente de la arcada, si la arcada está completa, el -- quiste puede ser originado por un diente supernumerario, separación de dientes en forma de abanico.

El diagnóstico por el examen radiográfico es indispensable para conocer el volumen del proceso, la relación con los órganos y la colocación del diente retenido. Es también gula necesaria para la intervención.

Para obtener un resultado más completo del diagnóstico es preferible -- hacer también el estudio con radiografías extraorales, oclusales e intraorales. Estas nos dan exactamente los contornos del quiste y la presencia del diente con su corona dentro de la bolsa quística, la cual está rodeada por una condensación ósea característica.

Puede la radiografía verse atravesada por líneas verticales y oblicuas que hacen pensar en un dentigero o en un maxilar tabicado, pero al hacer la intervención se observó que la cavidad presentaba varias columnas de tejido compacto, como si el maxilar intentara construirse una defensa o consolidar su arquitectura.

QUISTE PRIMORDIAL

El término de "Quiste Primordial" se ha utilizado para designar un - - quiste derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales. Este es uno de los tipos menos comunes de los quistes odontogénicos.

Se forma por la degeneración quística y licuefacción del retículo es - trellado del órgano del esmalte antes de que se forme esmalte o dentina cal - cificados. Así, el quiste primordial se encuentra en lugar de un diente y - no directamente asociado con él, también puede originarse en un órgano den - tal supernumerario, de manera que en algunos casos están todos los dientes. En pacientes que se hayan realizado la extracción de varios dientes, se po - dría ver un quiste maxilar que no se halle en relación directa con diente - alguno. Podría asemejarse a un quiste primordial, pero ser en realidad un - quiste residual de tipo periodontal o aún del dentígeno, y el examen micros - cópico no permite distinguir uno de otro.

Esta circunstancia ejemplifica la dificultad que a veces existe para - establecer el diagnóstico de un quiste primordial.

Estudios que se han hecho recientemente afirmaron que además de las -- fuentes mencionadas donde se originan los quistes odontogénicos, también -- puede originarse el quiste primordial directamente en la lámina dental.

Encontraron que todos presentaban formación de queratina o paraquerati - na en el epitelio de revestimiento y que por lo tanto, eran todos querato - quistes odontogénicos.

El quiste primordial se encuentra con más frecuencia en el lugar del - tercer molar del maxilar inferior o por detrás del mismo en el borde ante - rior de la rama ascendente del maxilar.

METODOLOGIA DEL DIAGNOSTICO DEL QUISTE PRIMORDIAL.

Para poder llegar al diagnóstico definitivo del quiste primordial, se puede utilizar tres métodos:

1. DIAGNOSTICO CLINICO
2. DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO
3. DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

En el diagnóstico clínico se tiene que observar detalladamente las - - características clínicas de la lesión.

En el quiste primordial vamos a encontrar ciertas características clínicas, varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión. A veces, está asociado con un diente primario persistente, y el examen radiográfico revelará una zona radiolúcida en lugar del diente permanente normal subyacente. La lesión no es dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria, y es raro que se presenten manifestaciones clínicas obvias.

Es indudable que este quiste se forme en épocas tempranas de la vida, pero puede no ser descubierto hasta mucho más tarde. En la serie de Soskolne y Shear las lesiones aparecen con mayor frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida, y por igual distribución por sexo.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

Características radiográficas. El quiste primordial aparece como una - lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser unilocular o multilocular. Se localiza debajo de las raíces dentales, entre las raíces de los dientes adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de un tercer molar superior o inferior. - No hay una explicación satisfactoria de la propensión por el tercer molar. - Soskolne y Shear han comunicado casos en la zona de premolares superiores - e inferiores así como en la de canino superior.

DIAGNOSTICO DE LABORATORIO

Características clínicas. El aspecto microscópico del quiste primordial es similar al de algunos otros quistes odontógenos. La pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas, cuya densidad es variable. En la superficie interna que mira hacia la luz, está revestido de una capa intacta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado, que suele presentar paraqueratina, o a veces, ortoqueratina. Esta queratina tiene, con frecuencia, una superficie acanalada. El epitelio, aunque de grosor variable, por lo general consta solo de cuatro a ocho células de espesor, sin brotes epiteliales bien definidos. Tampoco es frecuente que muestre una tendencia marcada por proliferar hacia la pared de tejido conectivo, también se ha observado que el epitelio presenta una capa de células basales columnares con núcleos picnóticos o vesiculares. La presencia de células inflamatorias crónicas, en su mayor parte linfocitos y plasmacitos, mezcladas con leucocitos polimorfonucleares en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo es un hallazgo variable.

METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO DEL QUISTE PRIMORDIAL

Tratamiento. El tratamiento de este quiste consiste en su enucleación-quirúrgica con un curetado a fondo del hueso, en particular si se produce la fragmentación del revestimiento, para asegurar la eliminación completa del epitelio.

El índice de recidiva es elevado.

QUISTE DE LA ERUPCIÓN

El quiste de la erupción es un tipo poco frecuente de quiste dentígero asociado con dientes desiguales en erupción o, raras veces, permanentes.

Representa una acumulación de líquido histico o sangre en un espacio folicular dilatado alrededor de una corona de un diente en erupción. Puede ser unilateral o bilateral único o múltiple e existir al nacer. Es raro -- que el quiste desplace al diente debido a la tensión interna del quiste. -- Raju indicó que los quistes de erupción ocurren con más frecuencia en mujeres.

Como su nombre lo dice, aparece en la superficie de la encla sobre un diente que está por erupcionar.

ETIOLOGIA. El quiste de erupción, se produce sobre un diente primario o un molar permanente que no ha tenido predecesor primario, el quiste puede derivarse del órgano del esmalte después que se ha completado la formación de ese tejido. Otra teoría sostiene que se derivan de uno de los grupos de células remanentes de la lámina dental.

Si el quiste está sobre un diente permanente que ha tenido un predecesor primario, el origen está probablemente en los restos epiteliales presentes en la membrana periodontal del diente primario que previamente estaba sobre de él. Si el quiste se extendiera hacia los lados del diente, y, por lo tanto, lo envolviera, podría transformarse en un quiste dentígero.

Fish (1948) sugiere que este tipo de quiste puede ser producido por un trauma durante la masticación, lo que origina un pequeño hematoma entre la superficie oclusal de un diente en erupción y la almohada de encla que lo cubre.

Dice que el líquido que contiene el quiste deriva probablemente de las --
glándulas mucosas de la encía que se han abierto en el hematoma por trauma.

PATOGENIA. La pared quística está compuesta de tejido fibroso forrado por --
una delgada capa de epitelio de tipo embrionario, pueden existir células --
inflamatorias en la pared.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS. La lesión tiene el aspecto de una tumefacción de --
superficie lisa, de color rosado o azulado, fluctuante localizada en el --
surco de un alveolo por encima de la corona de un molar deciduo o definitivo --
en erupción. El intenso color azul, que muchas veces es característico, --
se debe a la acumulación de sangre; por ello, la tumefacción puede confun --
dirse con un hemangioma.

QUISTE GINGIVAL PALATINO Y DEL RECIEN NACIDO.

Sinonimia. Quiste de la lámina dental del recién nacido, perlas de -- Epstein, nódulos de Bohn.

Casi todos los embriones humanos después del cuarto mes de vida fetal y por lo menos el 80% de los recién nacidos tienen pequeños nódulos o quistes (perlas de Epstein, nódulos de Bohn). Estos quistes son nódulos múltiples, a veces solitarios, del reborde alveolar del recién nacido o criatur ras muy pequeñas, que se originan en los restos de la lámina dental.

Según la descripción original, las perlas de Epstein son nódulos quísticos llenos de queratina que se encuentran a lo largo de la hendidura palatina media o en la unión del paladar blando con el duro, probablemente -- relacionados con el desarrollo de los conductos de las glándulas salivales o de acinos.

METODOLOGIA DEL DIAGNÓSTICO DEL QUISTE GINGIVAL DEL RECIEÑ NACIDO.

El diagnóstico del quiste gingival del recién nacido se va a efectuar básicamente por dos métodos:

- a) Diagnóstico clínico.
- b) Diagnóstico de laboratorio.

a) En el diagnóstico clínico vamos a encontrar las siguientes características clínicas.

Algunas veces estos quistes se agrandan lo suficiente como para apreciarse clínicamente, como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna.

El quiste gingival del recién nacido es una lesión asintomática y no parecen producir molestias a los infantes. Suelen tener un diámetro de 1-2 mm. o menos y pueden presentarse tanto en encía libre como en la insertada.

b) Diagnóstico de laboratorio. Las características histológicas de los quistes gingivales del recién nacido son los siguientes:

Estos son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz por lo común ocupada por queratina descamada, y, a menudo células inflamatorias. Es interesante que la calcificación distrófica y los cuerpos hialinos de Rushton comunes en los quistes dentígeros, serán hallazgos frecuentes de esta lesión.

METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO DEL QUISTE GINGIVAL DEL
RECIENTE NACIDO.

No existe ningún método, pues este tipo de quiste no requiere tratamiento alguno por cuanto casi invariablemente las lesiones desaparecen por apertura de la superficie mucosa o al ser deshechadas por los dientes en erupción.

QUISTE PERIODONTAL.

" quiste paradontal "

Los quistes paradontales son bolsas epiteliales (delimitando por epitelio escamoso estratificado), con una capsula de tejido conjuntivo, formadas en el periodonto y zonas adyacentes. Generalmente contienen un liquido estéril, que a veces puede estar infectado y purulento, seropurulento o sanguinopurulento, con restos semisólidos o aún materiales sólidos. En casos raros, el epitelio es de tipo columnar derivado del sinusal o nasal por invasión.

El quiste paradontal es muy raro, se localiza en la cara lateral de la raíz, cerca de la unión dentino-esmalte-cemento.

También recibe el nombre de quiste odontógeno.

No existe acuerdo unánime respecto a su origen; se cree que proviene bien del epitelio bucal traumatizado e implantado, bien a partir de restos del desarrollo dental o, por último, de la degeneración de las proyecciones interpapilares del epitelio superficial.

Algunos autores consideran que el epitelio de estos quistes deriva de los restos de la vaina de Hertwig o de la lámina dental no son estimulados por un proceso inflamatorio, interno o externo generalmente como secuela de un absceso laterala.

Pueden formarse de gérmenes de dientes supernumerarios. También se forman como quistes dentígeros, salvo que la alteración se produce en la zona cervical en este caso y no en la parte oclusal del órgano del esmalte. - Por lo tanto, el desarrollo de los quistes paradontales puede ocurrir en un período más avanzado que los quistes periocoronales, porque en la superficie lateral del diente, el epitelio estrellado persiste aún cuando el resto del órgano del esmalte se haya atrofiado.

La frecuencia elevada de los quistes en las encías y en los maxilares de los niños, hace pensar que pueden erosionar el hueso y ponerse en contacto con las raíces de varios dientes; casi siempre están adheridos a la membrana parodontal de un solo diente.

En general, los quiste que se forman lateralmente a las raíces de los dientes permanentes, anteriores al primer molar y que contienen cemento y dentina, son variantes de quistes parodontales en raíces retenidas de dientes temporales.

Se forman frecuentemente en el lado distal de los terceros molares que no han podido completar su erupción, extendiéndose a la rama donde encuentran menor resistencia.

Varían de tamaño, desde 1 a 2 mm. hasta 8 mm. de diámetro.

Staffne y Nilhon los encontraron más comúnmente en los maxilares superiores (63%) que en la mandíbula (37%), y con más frecuencia en la porción anterior que en la posterior. Así mismo, se encontró dos y media veces más a menudo en dientes despulpados y con pulpas no tratadas, que en dientes con sus conductos obturados y tratados.

Los enfermos con quistes parodontales radiculares asisten a la consulta por la molestia de una bola en la boca o porque el borde alveolar ha crecido tanto que no pueden usar sus prótesis totales.

En algunos enfermos se forma deformidad franca de la cara, y en otros, aparece un sabor desagradable en la boca. Pocos pacientes se quejan de dolor y tumefacción al principio de la lesión, y ya se sabe que existe considerable variación en la tolerancia al dolor.

A veces se descubren estos quistes en la radiografía rutinaria, previa al tratamiento parodontal.

QUISTE PARENTARIO O RADICULAR

Sinonimia. Quiste uniloculares, epiteliales uniloculares, alveolodentarios, odontopáticos, radiculares, radiculodentarios, apendiculares, apicales, granuloma quístico, periodontal.

Es el más frecuente de todos los quistes maxilares.

Los quistes radiculares son procesos que se originan en la raíz de un diente permanente afectado por caries de cuarto grado.

Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente, se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamado granuloma apical. Dentro de esta masa proliferan extensamente restos epiteliales de Malassez, normalmente presentes en el ligamento periodontal. -- Estas islas epiteliales se fusionan y sufren una transformación quística, dando lugar al quiste radicular.

La región más susceptible a la aparición de los quistes radiculares es el tejido contiguo a los incisivos superiores, dado a que están rodeados en su totalidad de tejido esponjoso y en su sitio equidistante de las láminas interna y externa. Un absceso en dichos dientes, por lo tanto, no tiene fácil canalización ya que siempre la infección es periapical. Como reacción defensiva del organismo a la infección se produce en el ápice un granuloma, como secuela especial de la inflamación crónica del periostio de la raíz. - El quiste se forma en el granuloma dental cuando los restos epiteliales de la lámina de Hertwig (restos de Malassez) son incluidos en este y reaccionan proliferando, originando así el quiste. Si no hay proliferación epitelial únicamente se forma el granuloma dental.

Puede también sufrir una transformación ulterior, cuando al comenzar su propio crecimiento se convierte en un quiste.

En un diente multirradicular pueden encontrarse granulomas con contenido epitelial y otras sin epitelio.

El desarrollo ulterior depende esencialmente de la aparición de los procesos degenerativos dentro del granuloma. Afectan principalmente, el tejido de granulación que además de células plasmáticas y macrófagos contienen leucocitos. Cada una de estas formas celulares puede experimentar modificaciones que conducen a una hinchazón especial con formación de vacuolas. Como generalmente se han observado en la parodontitis crónica, la degeneración adiposa desempeña un papel de no escasa importancia. En el granuloma de contenido epitelial cuanto más avanzada es la degeneración sufrida por el tejido de granulación subyacente a los cordones epiteliales que aparecen en forma de globo hidropino o mixoide, lipóide, tanto más se hincha el globo epitelial hasta llegar a estallar, vertiendo su contenido hacia afuera, en el intersticio entre el diente y el granuloma, con lo que comienza el desarrollo del quiste de la raíz.

La producción de un quiste de este tipo en un diente temporario es excepcional debido a dos factores fundamentales: la actividad destructora de los gérmenes que afectan el saco dentario y los restos epiteliales de los dientes temporarios y segundo, la infección se transmite a través de los conductos radiculares del diente temporario, que son más amplios y permeables que de los dientes permanentes, sin dar tiempo a una irritación crónica, sino que todo el proceso es agudo, rápido y necrosante.

El quiste radicular no solo puede estar relacionado con la raíz de un diente infectado, sino también en los ápices de raíces que no fueron extraídas.

ANATOMIA PATOLÓGICA: Un quiste radicular o paradentario, está formado esencialmente por una bolsa conjuntivo-epitelial con un contenido líquido apendiculado a un diente portador de una caries de cuarto grado.

Hay que considerar las modificaciones en los tejidos que forman las capas del quiste según su tiempo de evolución. Los quistes jóvenes son en general de pequeño tamaño, cuya bolsa conjuntivo-epitelial que posee alrede --dor de la cavidad, está formada por un epitelio y fuera de éste por una capsula; el espesor de tejido de granulación y de la cápsula, varían con la --edad del quiste, disminuyendo poco a poco pero sin llegar a desaparecer.

Los quistes viejos se encuentran formados por una cápsula o membrana --rodeada de tejido conjuntivo organizado y por dentro un recubrimiento epiteliat.

El líquido quístico puede presentar un aspecto variable, predominando --el líquido de color cetrino filamentosos y refringente debido a los cristales de colesterolina que en forma de plaquetas aplanadas y brillantes que dan en conjunto un aspecto tornasolado.

En algunos quistes se forman concreciones de colesterolina que pueden --confluir en grandes masas blanco amarillento de aspecto escamoso y otras --veces cálculos redondeados que necesitan eliminarse de la cavidad por medio de cucharillas.

En otros quistes el contenido puede ser hemático, amarillento-verdoso --o cremoso.

Normalmente el contenido es aséptico ya que no se ha podido demostrar --la existencia de bacterias en el líquido, excepto cuando se complica con un proceso infeccioso, que cambia todos los caracteres quísticos.

Los elementos celulares del líquido, además de leucocitos aislados, --comprenden células de mayor tamaño llenas de gotas de grasa y células esféricas granulosas.

Tamaño. El tamaño del quiste varía desde menos de un centímetro de diámetro hasta varios centímetros de longitud.

Edad. Se encuentran frecuentemente entre los 20 y 50 años, suelen presentarse casos fuera de estos extremos, considerándose como excepcionales los descubiertos durante la primera dentición.

Evolución. Se inicia el quiste entre el tejido esponjoso de los maxilares, a nivel del ápice radicular. Su evolución es lenta, absorbiendo el hueso sin invadirlo pues el tejido óseo no interviene en el proceso. Las tablas interna, especialmente la externa son desplazadas a consecuencia de la presión ejercida por el quiste.

Durante el primer período evolutivo, al cual Haurel llama intramaxilar no existen síntomas clínicos, no se observa nada que llame la atención ni a la observación ni a la palpación; la mucosa aparece normal. La evolución es totalmente indolora por lo que el proceso pasa inadvertido y únicamente, a veces solo es descubierto por una radiografía accidental. Su tamaño durante este período puede variar desde un frijol a una nuez.

Como durante el crecimiento van adelgazándose y desplazándose las tablas óseas, el quiste empieza a hacerse visible de preferencia hacia la región vestibular y posteriormente a la palpación puede dar una sensación seca y al estarla frotando produce chisporroteo o sea ruido al rozar.

Al llegar a desaparecer la tabla ósea, la membrana quística, en relación con los tejidos da a la palpación sensación de retención o fluctuación, según a la presión en que se encuentra el líquido; la mucosa, distendida, aparece adelgazada y brillante. Si está situado en el maxilar superior, puede entonces invadir la cavidad del seno maxilar o nasal, desviando entonces la nariz y haciendo desaparecer los surcos anteriores de la cara.

EL QUISTE PUEDE EVOLUCIONAR:

a) Hacia el vestibulo bucal. Se absorbe primero el tejido esponjoso -- intramaxilar, rechaza y desgasta a veces, las raíces de los dientes que se oponen a su expansión. Al llegar a la capa compacta la absorbe primero y la rechaza más tarde deformando el surco vestibular, si la tabla desaparece, se produce deformación facial por la elasticidad y poca resistencia de los tejidos blandos que no son absorbidos.

b) Hacia la bóveda palatina. Con menor frecuencia evoluciona hacia -- la bóveda palatina, resorbiendo la espesa constitución de ella; rechaza - posteriormente la mucosa palatina sin desgastarla ni perforarla, tomando la apariencia de un quiste palatino. Cuando ha invadido la región de la bóveda es que ya tiene grandes dimensiones hacia la región vestibular.

c) Hacia el seno maxilar. Son más frecuentes cuando han tenido su origen en un premolar o en un molar que produce resorción y rechazo de la lámina ósea deforma el piso del antro y al destruirla, se pone en relación de - continuidad con la mucosa que tapiza el antro sin lesionarla ni adherir su capsula de ella, a menos que se complique con una infección. Puede llegar a llevar el antro de Highmore y lo que antes se consideraba como hidropesía - del antro, no es más que un quiste radicular.

d) Hacia fosas nasales. Los quistes que se desarrollan en incisivos -- y caninos superiores, pueden extenderse a las fosas nasales a las que pueden destruir invadiéndolas a semejanza de lo que ocurre con el seno maxilar ocasionando desviación de la nariz.

En el maxilar inferior los quistes afectan la periferia, hacia la tabla externa, (hacia adelante y lateralmente), pudiendo hacer desaparecer el vestibulo de la boca, debiéndose hacer entonces la diferenciación con la parodontitis crónica, lo que pudiera aclararse con la punción.

En relación con las raíces de los dientes próximos, primero los empuja y luego los absorbe, desviando las direcciones de las coronas.

En algunos casos, el quiste de los terceros molares pueden extenderse por la rama ascendente del maxilar hasta el cóndilo y apófisis coronoides.

METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO DEL QUISTE RADICULAR

Para poder obtener el diagnóstico del quiste radicular, se efectúa por medio de tres métodos:

- a) Examen clínico
- b) Examen radiológico
- c) Examen de laboratorio

En los primeros tiempos de evolución, los quistes radiculares o paradentarios, o pasan desapercibidos o se confunden con los granulomas por lo que es difícil diagnosticarlos clínicamente. El diente que los produce, puede estar obturado o no, pero siempre tiene su pulpa muerta. No es raro de que se presente una ligera sensibilidad del parodonto del diente, ya sea la presión ejercida siguiendo el eje mayor del diente, o realizada sobre los apices a través de las tablas del maxilar. Tarda años para evolucionar, sin producir reacción ganglionar, excepto cuando existe infección secundaria, hay cambio de coloración en las encías del ápice.

No se aconseja la punción como elemento del diagnóstico ni terapéutico, por el peligro de introducir una infección.

En el maxilar inferior, los quistes son más redondeados que en el superior, debido a la resistencia más o menos uniforme que en el maxilar superior, las cavidades próximas son sitios de menos resistencia.

El crecimiento del quiste empujará las raíces de los dientes próximos en el sentido de su evolución, y, por lo tanto las coronas dentarias se desalojarán en dirección opuesta, lo que puede ayudar al diagnóstico.

Sobre los dientes vecinos, el quiste puede provocar rarefacciones radiculares por presión, cuando no puede disociar los dientes ocasionando sobre el cemento, y algunas veces sobre la dentina, algunas de tamaño variable; cuando la presión que efectúa a la altura del ápice puede producir mortificación pulpar secundaria, por lo que se aconseja siempre tratar de investigar la vitalidad de los dientes vecinos.

La presión puede ser tan fuerte que el alvéolo desaparece por completo y el diente contiguo con su raíz venga a situarse en el territorio de la cavidad, lo que puede originar confusión con el diente original que puede haberse ya perdido.

El abultamiento de la mucosa del maxilar es muy importante pero debe diferenciarse de la parodontitis crónica, pues, en el primer caso los contornos del hueso se reconocen con absoluta precisión, mientras en el segundo, la inflamación del periostio cubre la superficie del hueso y hace difusos sus contornos.

En caso de invasión quística vestibular y palatina se detecta por medio de palpación, consiste en colocar un dedo por vía vestibular sobre el proceso y otro sobre la bóveda palatina puede percibirse una sensación de ola, así como la percusión al lado palatino por el contenido quístico, percibiendo el choque claramente el dedo que está en el lado vestibular.

Introduciendo el dedo meñique en la nariz se percibe la crepitación ósea ruido óseo y visualmente se observa un pequeño relieve en el piso nasal que se conoce como protuberancia de Gerber.

El abombamiento simultáneo del hueso en varios sitios por ejemplo, fosas nasales y bóveda palatina, cuando los quistes son muy grandes, coadyuvará al diagnóstico, que se podrá comprobar con una punción aséptica, que al mismo tiempo evidenciará la naturaleza del contenido.

QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE
Y CALCIFICANTE

Sinonimia. Quiste odontogeno epitelial calcificante, quiste de Gorlin, tumor queratinizante quístico.

Esta lesión odontogena fue descrita por primera vez en 1962 por Gorlin y colaboradores bajo la denominación de quiste odontogeno epitelial calcificante.

Características clínicas. No hay predilección evidente por la edad o sexo en la aparición de esta lesión, aunque en la mayor parte de los casos se presentan en los adultos.

Alrededor de 70 % se localizan en la mandíbula, y el 75 % de los casos han aparecido en zonas centrales del hueso, mientras el 25 % restantes se producen en la periferia, como una proliferación gingival sin lesión del hueso subyacente o solamente una erosión superficial.

La lesión es rara en el sentido que tiene ciertas características de un quiste pero también posee muchas de una neoplasia sólida.

METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO DEL QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.

Escencialmente para poder llegar a un diagnóstico definitivo del quiste odontogéno queratinizante y calcificante, se efectúa principalmente por medio de dos métodos.

- a) Diagnóstico radiográfico.
- b) Diagnóstico de laboratorio.

a) En el diagnóstico radiográfico, las características radiográficas van hacer, lesiones intrabóseas centrales aparecen como una imagen radiolúcida, por lo común bastante bien circunscrita, aunque esto no es invariable. En la imagen radiolúcida hay cantidades variables de material radiopaco calcificado disperso, entre minúsculos puntos y grandes masas. Como esta lesión a veces se da ocasión con un odontoma, esta puede aparecer radiográficamente como parte integrante de la totalidad del quiste. Pueden transformarse en lesiones muy grandes, de muchos centímetros de diámetro, y abarcar gran parte del maxilar, aunque las lesiones pequeñas son las más comunes.

b) En el diagnóstico de laboratorio, se observan las siguientes características. En la lesión presenta un revestimiento epitelial, como todos los quistes verdaderos, compuesto de una capa bien definida de células columnares o cuboideas. Dentro de esto hay una colección irregular de células y tejidos que incluye capas de retículo estrellado y de células eosinófilas pálidas que llegan a unirse en grande masas de las células epiteliales "fantasmas" características que se han queratinizado y hasta calcificado.

En la lesión también es posible hayar cantidades irregulares de dentina u osteodentina.

Algunos casos están asociados con un odontoma compuesto complejo de --
manera que el quiste puede estar entremezclado con el tejido adamantino, --
dental y pulpar de la lesión.

Además hay una variante rara del quiste odontógeno calcificante en la-
cual hay melanina dentro del epitelio odontógeno. Por lo último, se sabe-
que puede ocurrir transformación carcinomatosa de esta lesión.

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

Este quiste posee tejido blando gingival, aparece en la encla libre o insertada. No tiene relación con el quiste periodontal lateral.

Etiología. Ritchey y Orban han revisado la etiología de esta lesión -- y sugirieron que las posibles fuentes de la formación quística eran:

- 1) Tejido glandular heterotópico.
- 2) Alteraciones degenerativas en un brote epitelial proliferante.
- 3) Restos de la lámina dental, del órgano del esmalte o islas -- epiteliales del ligamento periodontal.
- 4) Implantación traumática del epitelio.

Solo las dos últimas serían válidas, y sobre esta base, habría dos -- formas reconocidas de quiste gingival.

- 1) El que se origina por la degeneración quística de la lámina -- dental o en las glándulas o en los restos de Serres, y
- 2) El que se origina por la implantación traumática de epitelio -- superficial (y que por lo tanto no sería un quiste odontógeno verdadero).

Características radiográficas. Este quiste es una lesión de tejido blando, - y por lo general, no se manifiesta en la radiografía. Si adquiere el tamaño suficiente, llega a producir una erosión superficial de la lámina ósea cortical, pero aún así no suele ser visible en la radiografía. Si hay una -- lesión quística circunscrita y radiolúcida del hueso alveolar, con cierta - tumefacción del tejido blando, es probable que corresponda a un quiste pe- riodontal lateral y no a uno gingival.

METODOLOGIA DE DIAGNOSTICO DEL QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO

Existen dos métodos para diagnosticar definitivamente al quiste gingival del adulto.

- a) Diagnóstico clínico.
- b) Diagnóstico de laboratorio.

Diagnóstico clínico. Las características clínicas, que se presentan en este tipo de diagnóstico. Es que puede presentarse el quiste gingival a cualquier edad, pero es más común en adultos. En la revisión de la literatura realizada por Reeve y Levy, la mayoría de los pacientes eran mayores de los 40 años. Esta lesión aparece, por lo general, como una hinchazón pequeña, bien circunscrita e indolora de la encla, a veces muy semejante a un mucocelo superficial. Tiene el mismo color que la mucosa normal adyacente y es raro que mida más de 1 cm. de diámetro, y por lo general es mucho menor. Aunque este tipo de quiste se localiza en la encla libre o en la insertada, algunos aparecen en la papila propiamente dicha.

Diagnóstico de laboratorio. Las características histológicas que encontramos en este tipo de diagnóstico. Es un tipo de quiste verdadero, puesto que es una cavidad tapizada de epitelio que suele contener un líquido. El epitelio de revestimiento es, por lo general, escamoso aplanado y muy delgado, aunque el quiste gingival por implantación el epitelio es considerablemente más escamoso y más grueso.

En cualquiera de las formas quísticas gingivales puede haber cierta formación de queratina. La lesión está libre de tejido conectivo de la encla y puede no presentar infiltración celular inflamatoria.

QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

El término de queratoquiste odontogénico, propuesto por Philipsen, se refiere a un tipo específico de alteración que puede ocurrir en los quistes dentígero, radicular, residual, y, muy raras veces, el fisural. El epitelio es uniforme (es decir, sin aristas de la red). La capa basal está bien demarcada por células cilíndricas o cuboideas. Una capa muy delgada de ortoqueratina o paraqueratina cubre el epitelio. Cuando posee esta capa, el queratoquiste parece comportarse de forma diferente al quiste normal. Además estos quistes pueden ser múltiples y asociados con el síndrome de carcinoma basocelular nevoide múltiple.

Estos quistes han recibido numerosas denominaciones: quistes epidermoides, colesteatomas y disembrionoplasias epidérmicas.

La frecuencia de este cambio en diversos tipos de quistes, como el primordia es el queratinizado con mayor frecuencia, y lo sigue el quiste dentígero. Algunos estudios indican que entre 3 y 6 % de todos los quistes presentan queratinización. Mientras que el 20 % de todos los quistes primordiales son queratinizados. En realidad, algunos investigadores han sugerido que estos siempre tienen un revestimiento de epitelio queratinizante. Así, la queratinización es relativamente común en algunos tipos de quiste odontogénico pero rara en otros.

El queratoquiste odontogénico se origina a cualquier edad, desde la infancia hasta la ancianidad. La edad promedio de la aparición es de 35 años y son más frecuentes en la mandíbula que en el maxilar, en tanto que el 50% se localizan en el tercer molar inferior y rama ascendente. Con cierta frecuencia, se producen quistes múltiples, en particular en pacientes con síndrome de nevo basocelular y costilla bífida.

Los queratoquistes odontogénicos están caracterizados por la presencia de un material espeso, caseoso que llena la cavidad. Al abrirlos, se observan cristales brillantes. Estos quistes suelen ser mayores y con más frecuencia multiloculares que los quistes no queratinizados. Los revestimientos epiteliales son bastantes delgados, teniendo la mayoría un espesor de 2 mm.

No hay manifestaciones clínicas características del queratoquiste. Entre los rasgos más comunes se halla dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

Las características radiográficas de la lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, con frecuencia con un delgado borde esclerótico reaccionar óseo. Este borde puede ser liso u ondulado.

El rasgo más importante del queratoquiste odontógeno es su extraordinario índice de recidiva, por eso mismo, todos los casos han de ser controlados mediante radiografías anuales, por lo menos durante los primeros cinco años que siguen a la cirugía.

**METODOLOGIA DEL TRATAMIENTO DE
LOS QUISTES ODONTOGENICOS.**

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

- 39 -

METODOLOGÍA DEL TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DENTIGERO Y RADICULAR O PARADENTARIO.

Esencialmente el tratamiento consiste en la extirpación total de la membrana quística, pues si queda algún pequeño resto de ella puede haber recidiva o degeneración tumoral a sus expensas. La operación se efectúa por vía oral, pudiendo utilizarse la vía nasal únicamente para canalizar o irrigar en caso necesario.

La intervención deberá realizarse después de efectuado un estudio radiológico completo que informe sobre la extensión, forma, relaciones anatómicas, situación del diente original y estado de los dientes vecinos.

Dupuytren, Heath, Partsch son los que han dado fundamentos y principios inconvencibles a la técnica, pero es Peartsch, ilustre cirujano alemán quien indiscutiblemente ha dado las mayores adquisiciones en los procedimientos y técnicas quirúrgicas. El método de Peartsch pueden partir ciertas modificaciones o alteraciones parciales, pero el método en sí persiste sin variaciones apreciables.

Partsch preconiza dos métodos que tienen variantes o indicaciones.

Estos métodos se conocen con los nombres de:

- a) Método de Partsch I (1892)
- b) Método de Partsch II (1910)

METODO DE PARTSCH I
(Marsupialización)

Consiste fundamentalmente en transformar el quiste en una cavidad accesorias a la cavidad bucal, conservando parte de la membrana quística que por su condición epitelial adquiere en poco tiempo todas las características -- del epitelio bucal. En resumen se hace una incisión para abarcar el quiste; la osteotomía de la porción ósea que lo cubre, y la apertura y variamiento del quiste conservando el hemisferio interno.

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

En general este procedimiento se recomienda para tratamientos de grandes quistes, de los quistes infectados, de aquellos que puedan extenderse a las cavidades próximas a la boca o en los que exista peligro de fractura -- operatoria.

Ventajas del método de Partsch I (Marsupialización)

1. Está indicado en los quiste medianos y grandes en los que la enucleación de la bolsa ocasionaría trastornos como fracturas, hemorragias o -- comunicación al seno maxilar o fosas nasales, y, en los dientes habría lesiones pulpares de los dientes próximos.

2. Los dientes que permanecen con vitalidad, aunque radiológicamente -- se observen incluidos en la cavidad quística, no necesitan ser extraídos o, si están infectados se podrá efectuar la pulpectomía o la apicectomía.

3. La forma de la arcada dentaria se mantiene prácticamente intacta.

4. Las hemorragias secundarias son raras pues no hay manipulación de -- los grandes vasos.

5. No se producen problemas al colocar la prótesis.
6. Como la membrana quística forma parte de la membrana bucal no hay peligro de recurrencia, a menos que se trate de quistes multiculares.
7. Es ideal en el caso de quistes infectados en que exista la dificultad de cicatrización.
8. El postoperatorio inmediato es más fácil pues no hay heridas óseas que puedan infectarse.
9. No hay peligro de la producción de fistulas a la nariz o al seno -- maxilar.

DESVENTAJAS DE LA MARSUPIALIZACION

1. Larga persistencia de una cavidad accesoria.
2. Necesidad de constante limpieza de la cavidad.
3. En los quistes profundos en sentido bucolingual y estrechos en mesio distal, el acceso a ellos es insuficiente.
4. Posibilidad de infección de la cavidad.

Marsupialización (Técnica de operación)

Sus tiempos quirúrgicos son los siguientes:

- I. Incisión.
- II. Desprendimiento del colgajo.
- III. Osteotomía (siempre y cuando esté indicada)
- IV. Tratamiento de bolsa quística
- V. Tratamiento del diente causante.
- VI. Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos.
- VII. Tratamiento postoperatorio.

I. INCISION. Se practica siguiendo los límites de la proyección del quiste, sobre la cara vestibular, es, por lo tanto una incisión circular, en un sitio equidistante entre el surco gingival y el borde de la encla, con una dimensión mayor que el diámetro horizontal del quiste.

Pueden emplearse otro tipo de incisiones como; el de Partsch o Newman.

Si el quiste se ha exteriorizado por desaparición de la tabla externa y la bolsa está en íntimo contacto con el periostio, hay que tener la precaución de no abrir extemporáneamente el quiste porque después la maniobra de desprendimiento y separación de la bolsa del periostio se dificulta al tratar de individualizar la pared quística.

II. DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Se realiza con una legra pequeña o con una espátula pequeña.

Se toma el labio superior de la intervención de disección con dientes de ratón o pinzas de Kocher, para facilitar su separación, y se va despegando por medio de la legra roma que se maneja con movimientos suaves de la mano derecha, de preferencia a expensas de la fibromucosa para no herir la bolsa quística. El labio del paciente debe tenerse levantado por un ayudante por medio de un separador.

El colgajo se levanta hasta los límites superiores del quiste, de acuerdo con la imagen radiográfica, o más allá.

En caso de desaparición del tejido óseo, el colgajo deberá separarse hasta encontrar hueso sano. Hay que tener cuidado con el hueso destruido para eliminarlo totalmente porque puede fracturarse o necrosarse, actuando entonces como cuerpo extraño que produce supuración por largo tiempo hasta eliminarse o necesitar nueva operación para extraer el secuestro.

III. OSTEOTOMIA. La eliminación de la capa ósea que cubre el quiste -- puede hacerse con diferentes instrumentos aplicables según el grado de destrucción de la oseoestructura. En caso que el hueso esté muy adelgazado -- puede ser seccionado con un bisturi para hueso, cuando está parcialmente -- destruido se usará pinza gubia. Si el hueso es firme y sólido se practicará la osteotomía con escoplo o fresa, sabiendo de que la fresa da buenos resultados y es menos traumatizante que el escoplo.

Se utiliza una fresa redondeada No. 4 ó 6 y se practican orificios -- coincidentes con el diámetro del quiste y después la capa ósea termina de -- extraerse, uniendo esos orificios luego con la pinza gubia o escoplo se -- retira esa capa ósea.

IV. TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA. Descubierta la bolsa quística se toma con pinzas de Kocher y se incide ampliamente en toda su longitud, vaciando el contenido y lavando su interior con suero fisiológico para no -- producir lesiones en el epitelio quístico, como podría suceder utilizando -- algunos otros antisépticos.

Si el epitelio se ha despegado de su inserción ósea, se vuelve a adosar con una torunda de gasa (Wassmund).

No es necesaria la sutura gingival a la periferia de la bolsa quística como aconsejan algunos autores, pues la adherencia de ambas es fácil si no se ha dejado entre ellas tejido óseo.

V. TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE. El diente con gangrena pulpar debe ser eliminado o tratado para evitar un nuevo foco de infección, según el -- caso se hará:

- 1.- Tratamiento radicular (endodoncia)
- 2.- La apicectomía,
- 3.- La extracción.

La esterilización y relleno del conducto al efectuarse la endodoncia, debe ser anterior a la operación del quiste y a la apicectomía o sea primero se debe hacer el tratamiento de conducto (s).

En el método de Patsch la amputación del ápice exige cierta destreza porque debe hacerse con conservación de la bolsa quística y por la brecha operatoria ya creada. La bolsa se separa del ápice por medio de una torunda de gasa. Se amputa el ápice, se bruñe el cuerpo obturador del conducto, se eliminan los restos de dentina que pudieran quedar, se retira la torunda y se vuelve la bolsa quística a su sitio.

Si se ha optado por la extracción del diente, por ser conveniente, es preferible realizarla unos días antes, teniendo especial cuidado de no fracturar el hueso alveolar por las condiciones funcionales y estéticas que puedan ocurrir. Hay menos posibilidad de fractura si aún están conservadas las partes blandas y el hueso que cubre el quiste y que es parte del tabique bucal del alvéolo. La extracción precoz del diente puede acarrear la apertura intempestiva del quiste, riesgo menor, que el primero. Por lo tanto la extracción estará condicionada al estado del maxilar, observable radiológicamente y al criterio del cirujano.

VI. TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y DIENTES VECINOS. Si el tabique óseo es suficientemente resistente, la membrana quística actuará como barrera de seguridad entre el hueso y las cavidades próximas. Si hubiera destrucción ósea entre las cavidades y la membrana quística en una abertura mayor de 1 cm. la operación tendrá que hacer una comunicación amplia con el órgano comunicado, de esta manera se hace el método de Patsch I con ciertas modificaciones.

Los dientes vecinos, desviados, por el crecimiento del quiste, han de ser conservados durante un tiempo prudencial para no fracturar la porción alveolar y no crear golfos quirúrgicos en el borde alveolar que resultan molestos, anti funcionales y antiestéticos.

VII. TRATAMIENTO POST-OPERATORIO. Consiste en los sucesivos cambios de la gasa yodoformada y en los lavados de la cavidad con suero fisiológico o con solución alcohólica de fenol alcanforado. Acompañado por algún tipo de analgésico pues su evolución es larga y molesta, y, después de 20 a 30 - - días se deja la cavidad abierta sin nueva mecha de gasa.

Posteriormente el paciente continuará sus lavados utilizando una jerín ga.

RESULTADOS DEL METODO DE PARTSCH
(Marsupialización)

- 1) Detención inmediata del crecimiento del quiste por supresión seu-quistíca.
2. Gradual adquisición por parte del epitelio quístico de los caracteres -- del epitelio de la mucosa bucal.
3. Aplanamiento progresivo de la pared del quiste hasta su desaparición.
4. La estadística señala un 95% de éxito.
5. El hueso, que bajo la presión se ha destruido, una vez desaparecida -- aquella tiende a recobrar su antigua forma en la cavidad quística ampliamente abierta, se experimenta una presión succional negativa que ayuda a su -- obliteración por proliferación, en un tiempo más o menos largo.
6. Cuando se efectúa la apicectomía es aconsejable practicarla a nivel en -- que la raíz penetra en el quiste, excepto si el quiste es de gran tamaño, -- que la apicectomía comprometa posteriormente la estabilidad del diente, -- entonces, la raíz se limpia y se deja.
7. En caso de cavidad quística amplia y pasado el momento postoperatorio es aconsejable elaborar el llamado obturador quístico de caucho que ocluye en la entrada de la cavidad sin llegar al fondo ni hacer presión sobre los extremos radiculares de los dientes ni sobre el colgajo mucoso.
8. Para hacer el obturador, se cubre con algodón y gasa el piso de la cavidad quística y las regiones socavadas de manera que queden libres el acceso y el centro de la cavidad, permitiendo libremente su involución.

En caso de que se operara por vía piratina, se toma un modelo antes de la operación, se corrige el abombamiento patológico y se elabora un obturador que es tan tolerable como una prótesis palatina que, además, mantendrá en su sitio el taponamiento de gasa.

9. Como las heridas grandes de los huesos y de las partes blandas están más expuestas a la infección grave, a una osteomielitis o a un flemón difuso en gran escala, es preferible no efectuar la enucleación total.

10. No es absolutamente necesario suturar la membrana quística y la membrana paratinal, pues ambas permanecen en su sitio, aún en casos en que la incisión comprenda entre ellas simultáneamente al hueso.

11. La marsupialización se recomienda también en los momentos de gran poder de erupción dentaria y cuando los dientes están en posición favorable para erupcionar, en caso de quistes dentígeros.

12. Según los casos, puede hacerse necesario utilizar esponja de febrina -- para rellenar la cavidad, la cual primero se exprime de aire y después se remoja ya sea en suero fisiológico o en solución de penicilina, en trombina o en la mezcla de ambas.

METODO DE PARTSCH II
(ENUCLEACIÓN O MÉTODO RADICAL)

Consiste en la completa enucleación de la cavidad quística dejando la cavidad ósea vacía.

En este método de Patsch II existen dos maneras o derivaciones según el relleno que se utilice:

- a) Método Patsch II con sutura.
- b) Método Patsch II sin sutura.

a) Método Patsch II con sutura. Está indicado en todos los quistes -- dentígeros y radiculares de un diámetro no mayor de 3 cm. y con contenido -- estéril. La evolución es mucho más rápida pero existe el peligro relativo -- de la infección del coágulo que pueda complicar la evolución.

En este método la cavidad ósea se llena de sangre y de la organización del coágulo depende la regeneración.

b) Método Patsch II sin sutura. La cavidad se tapiza lentamente de epitelio por un mecanismo análogo al que se produce un aplastamiento del quiste en el método de Patsch I, se produce el cierre de la cavidad.

Para poder realizar la técnica, ya sea con sutura o sin sutura, vamos a decidir en el momento operatorio al observarse las condiciones de la bolsa y su contenido.

Técnica de la operación.

- I. Incisión.
- II. Desprendimiento del tejido gingival y confección de los colgajos.
- III. Trepanación ósea.
- IV. Enucleación de la bolsa quística.

- V. Tratamiento de las cavidades vecinas.
- VI. Tratamiento del diente causante.
- VII. Tratamiento de la cavidad ósea.
- VIII. Sutura.
- IX. Tratamiento postoperatorio.

QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR
(Enucleación o Método Radical)

Previamente se hace el estudio radiológico y clínico que nos indique - la ubicación y extensión y después de la previa preparación del enfermo como es la infección de la cavidad bucal con tintura de zefirán por ejemplo se - inicia la operación.

La técnica propiamente dicha.

I. INCISION.

En la región vestibular, a la altura de los ápices dentarios y en la longitud mayor a los límites del proceso, se efectúa la incisión con bisturí que debe penetrar en profundidad hasta el tejido óseo, procurando no lesionar - la bolsa quística cuando ésta se encuentra superficial.

Puede la incisión de Neuman, que da mayor amplitud al campo operatorio y permite la apicectomía en caso necesario; su cicatriz es perfecta sin - trastornos en la adhesión del colgajo al cuello de los dientes.

En caso de utilizarse la incisión de Partsch se debe tener en cuenta - que la herida de la mucosa debe descansar sobre tejido óseo sano.

Los bordes de la incisión se toman y se separan con pinzas de Kocher.

II. DESPRENDIMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL Y FORMACION DE LOS COLGAJOS.

Se levanta el colgajo gingival con espátula de bordes romos, con legras o periosteotomo, separándolo del hueso en una longitud mayor a la extensión del proceso para obtener un acceso.

En caso de que el hueso se encuentre destruido por el quiste se continuara el despegamiento hasta encontrar tejido sano.

La inserción de la bolsa y enca puede ser íntima y profunda especialmente si hay supuración pues se forman múltiples adherencias que hay que romper ya sea con la punta y borde romo del bisturí o con tijeras.

El ayudante separará los colgajos con separadores de Farabœui.

III. TREPANACION OSEA. Si el tejido óseo está sano se abrirá con escoplo fino de media caña una ventana que se ampliará posteriormente usando la pinza gubia hasta sobrepasar los límites del quiste. Si la tabla ósea ha desaparecido en algún punto se ampliará la abertura hasta completarla con pinzas gubia.

Una vez hecha la abertura necesaria aparece la bolsa quística de color azulado rojizo con brillo nacarado.

IV. ENUCLEACION DE LA BOLSA.

Se vacía la bolsa, sobre todo en los quistes grandes, punzándola con una aguja de mediano calibre y una jeringa.

Se secciona la pared con bisturí o tijeras y se practica la limpieza del contenido quístico con gasa o con aspirador.

Para obtener una mayor visibilidad, se toman los bordes con pinzas de Kocher o Chaput, utilizando dos para cada borde.

En los quistes supurados es necesario legar la cavidad ósea con objeto de eliminar hasta las partículas más pequeñas de la membrana quística. Posteriormente se pincela la cavidad ósea con agua oxigenada y se dan toques con solución de cloruro de zinc para eliminar todos los restos quísticos.

El desprendimiento de la cápsula en su alojamiento óseo, es maniobra casi siempre sencilla en los quistes no infectados, con la cápsula se siguen los límites del tumor buscando los planos de despegamiento.

Las adherencias que se forman entre la membrana del quiste supurado y el alojamiento óseo se hacen tan fuertes a veces que para romperlas se necesita hacerlo con cucharilla. Se desprende primero la parte superior, después la inferior dejando para el final la parte próxima a la inserción del diente productor del quiste, de donde se eliminará raspando ya sea por vía alveolar o por la brecha operatoria procurando no dejar restos para evitar recidivas.

Extraída en su totalidad la bolsa se practicará la hemostasia.

V. TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS.

En caso que el quiste este invadiendo las cavidades vecinas como son: (Seno fosas y bóvedas) hay que realizar el tratamiento de ellas en las modificaciones que hallan sufrido por el avance del proceso.

Los dientes próximos se dejan en su lugar, aún los más desviados, y hasta varios meses después se tratarán según lo requiera el caso.

Cuando el quiste invade cavidades vecinas se complica más el tratamiento, lo cual se requiere destreza del cirujano.

VI. TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.

Con el fin de eliminar el foco séptico podemos seguir dos diferentes líneas de conducta:

a) Extracción del diente causante inmediatamente después de la enucleación del quiste.

b) Resección quirúrgica de su ápice con escoplo o fresas, de la raíz - cuyo conducto radicular ha sido tratado con anterioridad o sea primero se hace la endodoncia y después procedemos con la apicectomía.

El empaquetamiento de las grandes cavidades que quedan después de la extirpación del quiste, pueden hacerse con restos óseos que ayudan a acelerar el postoperatorio. Un trozo de hueso congelado se tritura con pinzas y se introduce mezclado con polvo de sulfá hasta empaquetar la cavidad ósea, antes de colocar el colgajo en su sitio y proceder a su sutura. Aunque algunos trozos de hueso se desintegran, la mayoría persiste y aún los productos de desintegración son útiles para el proceso regenerativo.

VIII.- SUTURA.

Está indicada en los quistes no mayores de 3 cm. de diámetro no infectados. Exige una rigurosa asepsia del campo evitando la contaminación del campo, operatorio con saliva o del medio ambiente.

En caso que se produjera infección después de la sutura se procede a reabrir para poder hacer lavados con suero y tapamiento de la cavidad. Si se teme por la integridad del coágulo, se puede dejar una pequeña mecha de canalización que se retira a las 24 o 48 horas.

La sutura se hará con hilo común, con seda o nylon, separando los puntos entre sí de medio a un cm. teniendo cuidado de que la sutura descansa sobre una base ósea firme, y haciendo los puntos a un lado de la incisión. Los puntos se retirarán entre el sexto y octavo día.

IX. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Consiste en general, en darle al paciente ciertas indicaciones, que se tienen que llevar a cabo, para que no halla ninguna complicación.

1. Reposo en cama durante un día en posición semisentada.
2. En caso de molestia, darle un tipo de analgésico según se requiera el caso.
3. Darle una dieta blanda durante dos semanas.
4. Que no haga ningún enjuague o buche de agua durante 72 horas.
5. Se le debe comunicar al paciente que su próxima cita es después de 48 horas. Si hay alguna complicación asistir antes.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

A) En caso de sangrado excesivo el tratamiento se tiene que seguir con cierta secuencia, los siguientes pasos según el grado de hemorragia.

1. Hacer hemostasia durante 5' a 10' con algodón compacto y grande.
2. Retirar las suturas y colocar Gelfoam en la cavidad, este elemento es una gelatina de fibrina que va a dar lugar a un coágulo falso y que sirve para que se fijen las plaquetas.
3. Aplicación de Vitamina K por vía oral, en caso de que tenga trastornos hepáticos, si los tiene, se aplica por vía parenteral.
4. Transfusión de sangre. Se tiene que ver que tipo de Rh es el individuo, así como si le han hecho alguna transfusión de sangre si ha tenido - alguna complicación. Se tiene que verificar si el donador no ha sufrido - hepatitis.

Todos estos pasos se van siguiendo si no cede el sangrado.

B) En caso que se produjera una infección después de la sutura.

1. Se procede a reabrir la cavidad para poder hacer lavados con suero y taponamiento de la cavidad. Si se teme por la integridad del coágulo, se puede dejar una pequeña mecha de canalización que se retirará a las 24 ó 48 horas.

2. Se aplica antibiótico al enfermo según lo requiera el caso.

QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR

(Enucleación o Método Radical)

Sigue con las ligeras variantes lo dicho anteriormente utilizando de preferencia la vía vestibular sin olvidar la vía alveolar o la utilización de ambas.

I) INCISION. Sus límites, dirección y tamaño estarán de acuerdo con la ubicación del quiste.

II. DESPRENDIMIENTO DE LA FIBROMUCOSA. La técnica se realiza igual que la anterior.

III. TREPANACION OSEA. Es idéntica al de la maxila superior, dependiendo de la integridad o ausencia de la tabla externa. En caso necesario se usa la vía alveolar, esta se agranda haciendo primero la extracción del diente causante y de los vecinos necesarios para abrir posteriormente la tabla externa utilizando escoplo.

IV. ENUCLEACION DE LA BOLSA. Después del vaciado del quiste con jeringa se efectuará el desprendimiento y extracción de la membrana para lo cual se introduce el borde delgado de una cureta de tamaño grande entre la bolsa quística y el hueso, colocando la concavidad hacia el hueso y haciendo el despegamiento entre la pared alveolar y la capsula, empujándola hacia el centro del alveolo para que al final se voltee la concavidad de la cucharilla hacia la cavidad lo que facilita terminar con la extracción, si esta última maniobra se dificulta el fondo de la bolsa se extraerá con ayuda de una pinza de mosquito, aquí es esencial una buena iluminación y una punta de succión.

Hay que tener en cuenta las relaciones de la bolsa con el paquete vasculonervioso que en ocasiones debe disecarse cuidadosamente para separar ambos elementos. Algunos autores como Maurel dice que no es aconsejable hacer dicha resección del paquete, pues pueden producir trastornos sensitivos y tróficos.

Si algún resto de la membrana quedara adherido al paquete se eliminará posteriormente mediante el uso de toques de solución de cloruro de zinc al 10% o con ácido tricloroacético.

V. TRATAMIENTO DE LOS DIENTES VECINOS. Idéntico al tratamiento del -- maxilar superior.

VII. SUTURA. Igual que el maxilar superior, procurando que los colgajos no queden flotando en la cavidad, aunque ésta esté llena de gasa, para lo cual se colocan en los extremos de la incisión algunos puntos de sutura. A veces es preferible seccionar los colgajos utilizando galvanocauterío o bisturí electrónico para evitar la hemorragia que suele producirse.

VIII. TRATAMIENTO POSTOPERATORIO. Este tratamiento consiste igual que en los quistes superiores.

METODO DE PARTSCH SIN SUTURA

La única variación se encuentra en los tiempos VII y VIII. Estos cambios son:

VII. TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

Se efectúa con materiales extraños al organismo la obturación.

Terminada la enucleación de la bolsa y alisados los bordes óseos, se lava la cavidad con suero y agua oxigenada. Se seca con gasa simple y se aconseja el tocamiento de las paredes con cloruro de zinc al 10%.

El labio superior del coigajo, (inferior en el maxilar inferior), se introduce dentro de la cavidad ósea y sobre él y rellenando la cavidad se aplica la gasa de obturación.

El relleno con gasa tiene varias ventajas cuando no se hace la sutura. Comúnmente se emplea gasa en tiras delgadas con bordes orillados para que no queden celdillas en la cavidad; la gasa yodoformada da la seguridad en la esterilidad y no se descompone pero tiene el inconveniente de su olor desagradable.

Para evitar la absorción de líquidos bucales, algunos autores aconsejan cubrirla con una mezcla espesa de Óxido de Zinc y Eugenol colocando encima papel de estaño de Burlew.

El tapón de gasa se retira a las 48 horas, previniendo la hemorragia secundaria y después puede cambiarse cada 24 horas.

VIII. NO SE SUTURA. Al no suturarse su evolución es más lenta, pero está indicada en los quistes mayores de 3 cm., y en quistes infectados, ya que de esta manera puede haber un drenado.

El relleno con gasa tiene varias ventajas cuando no se sutura; provee la posibilidad de una hemorragia ósea que si no es grave es alarmante, la cual se produce por lo general al desaparecer el efecto del anestésico. Evita también la infección sirviendo de barrera a los microorganismos bucales.

IX. POSTOPERATORIO. Dos o tres días después de la enucleación del quiste de la cavidad, comienza a tapizarse de un tejido de granulación que se va organizando sobre el coágulo y es rico en capilares y leucocitos aglomerados por fibrina; debajo de este tejido hay una capa de tejido embrionario debajo de la cual se produce una zona de tejido conectivo que se convierte en fibroso.

El epitelio de los bordes de la cavidad se va extendiendo concéntricamente sobre el tejido de granulación llenando la cavidad con relativa rapidez.

La cavidad se cubre de una membrana verde rojiza que lentamente inicia la tentativa de epitelización.

Los cambios de gasa pueden efectuarse entre las 24 y 96 horas según su olor y aspecto; su retiro lento evita la producción de lipotimias producidas por el dolor.

El estado del hueso o la hemorragia pueden indicar la necesidad de una nueva operación.

Después de la operación puede presentarse una gran tumefacción mucho mayor que en el tratamiento conservando la cápsula; los dolores intensos -- se presentan más bien una hora después de la operación. Casi nunca se produce dolor consecutivo que se prolonga durante varias semanas, si la operación se efectúa con delicadeza.

Retirada la gasa a la quinta o sexta semana se continuarán los lavados hasta comprobar que la cavidad no sangra más. A los 20 o 30 días la cavidad está cubierta de epitelio y con toda lentitud empieza su proceso de reducción. Grandes cavidades se redujeron casi totalmente en 5 o 6 semanas.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES MAXILARES SUPERIOR E INFERIOR
RELACIONADOS CON REGIONES O CAVIDADES VECINAS:

MAXILAR SUPERIOR:

SENO MAXILAR, FOSAS NAALES, BOVEDA PALATINA, FOSA
PTERIGOMAXILAR V ORBITA.

MAXILAR INFERIOR:

CONDUCTO DENTARIO INFERIOR, AGUJERO V REMPLLETE MENTONIANO.

El tratamiento de estos quistes requiere ciertas normas para no alterar la función normal.

MAXILAR SUPERIOR:

a) Los quistes en relación con el seno maxilar:

El quiste se comporta con el seno maxilar de dos maneras:

1) Puede respetarlo en su integridad anatómica y funcional, estar separado de él por un tabique óseo de suficiente espesor.

2) El quiste tiene su membrana de íntima relación con la mucosa sinusal y en este caso pueden presentarse dos variedades:

1a. El quiste es puro y el seno no está infectado.

2a. Hay infección del quiste con infección del seno (sinusitis de origen quístico).

La conducta para cada caso está condicionada a la relación quístico sinusal:

En el primer caso se actuará como en el caso de un quiste simple pudiendo seguir los métodos de Partsch I o de Partsch II. En el caso de sospecha por proximidad se hará la exploración de los sitios posibles de perforación por medio de una sonda introducida a través de la bolsa.

Si en el curso de la intervención se encontrara una comunicación no -- advertida por la sonda, si ésta es de diámetro menor de 3 a 4 mm. y el quiste no está supurado, la intervención podrá terminarse mediante sutura inmediata, pero si el quiste está infectado y la comunicación es amplia, se unirá al quiste con el seno maxilar haciendo de ambas entidades una sola. Se suturará la herida bucal, abriendo un drenaje en la pared nasal del seno -- para asegurar su ventilación y la irrigación postoperatoria, y se empleará el método rinológico de Caldwell - Luc, Desautel o de Penker, según las preferencias del operador.

Los quistes en relación íntima con el seno pueden presentar tres variedades.

- 1a. Quiste puro y seno sin infección.
- 2a. Quiste infectado y seno sin infección.
- 3a. Quiste y seno infectados.

En comunicaciones amplias puede intentarse el tratamiento de Parlsch - I con la esperanza de que la bolsa refuerce la pared del seno maxilar o -- bien valernos del procedimiento de Wassmund.

Puede hacerse la enucleación total de la bolsa con resección de la -- pared quística sinusal.

O bien, enucleación total de la bolsa, resección de la pared quística-sinusal y tratamiento radical del seno maxilar por enucleación de la membra na sinusal enferma y del contenido patológico.

EL METODO RINOLOGICO (Wassmund y otros)

El método rinológico consiste en transformar al quiste en una cavidad-anexa al seno maxilar, ampliando la comunicación quística-sinusal. La incisión bucal se cierra con varios puntos de sutura. El seno maxilar y el quiste son drenados ampliamente hacia las fosas nasales.

Aunque aparentemente la operación se complica por hacer participar al seno, en la práctica evita molestias y complicaciones como son por ejemplo: la entrada de alimentos al seno, la comunicación buco sinusal y el catarro-purulento.

Técnica propiamente dicha.

Anestesia. Por lo general, la anestesia buco regional no es suficiente por la innervación múltiple, por lo cual para los quistes medianos y grandes del maxilar superior, en que debe preverse la posible ampliación de la operación, se procedera a ser la anestesia del nervio maxilar superior con lo cual se bloquea la sensibilidad del maxilar, del seno y de las fosas nasales. Se utilizará de preferencia la técnica extraoral de Munch.

Incisión. La incisión de Newman reúne los requisitos necesarios para usarse con fines prácticos y descansa sobre la base ósea firme que puede permitir la sutura correcta. Se emplea también la incisión en arco.

La operación sigue los principios de Caldwell-Luc.

Desprendimiento de los colgajos. Se levanta el colgajo gingival y el ayudante lo sostiene.

Osteotomía. Se siguen las normas señaladas para descubrir la membrana.

Tratamiento de la bolsa quística. Puede conservarse o extirparse total o parcialmente. Wassmund deja intacta la membrana del quiste, cavidad reseca la pared externa del quiste, Ritcher deja una superficie cruenta que posteriormente se epiteliza pero que debe lavarse para que no se originen secreciones purulentas.

La ventana quístico sinusal deberá ampliarse hasta encontrar tejido óseo sano después de vaciar el contenido quístico, tras de observar la comunicación quístico sinusal, se intervendrá como convenga, ya sea para resecar o conservar la mucosa sinusal. Detalle importante es la eliminación de todos los divertículos o nichos que el quiste pudo haber podido producir -- para evitar la persistencia de las infecciones, tratando de hacer un sola cavidad.

COMUNICACION CON LAS FOSAS NASALES.

Puede efectuarse como auxiliar para drenar las cavidades después de la operación de Caldwell - Luc pues el óstium no basta, el drenaje debe quedar en un punto vecino al piso del seno para evitar el estancamiento y facilitar los lavados. La comunicación generalmente se efectúa en la cara externa de las fosas nasales, por debajo del cornete inferior cuya cabeza puede ser necesario resecar. La apertura ósea se realiza con un escoplo y el hueso no ofrece gran resistencia.

La cavidad se puede rellenar con gasa cuyo extremo aparece por el extremo nasal, pero se pueden producir molestias y complicaciones al tratar de extraerla, por lo que algunos aconsejan dejar la cavidad vacía y espolvorearla únicamente con antibiótico.

Sutura de la incisión bucal. Los labios de la herida se cierran para evitar una posterior comunicación buco sinusal.

La sutura debe ser perfecta para que no haya problemas postoperatorios.

Tratamiento postoperatorio. El paciente debe permanecer en cama 2 o 3 días, retirar el tapamiento si existe por vía nasal. Lavados intrasinales -- para eliminar coágulos y secreciones.

b) QUISTES EN RELACION CON FOSAS NASALES.

Se podría decir que únicamente los incisivos y caninos afectan el piso de las fosas nasales pudiendo invadir la región palatina y el seno.

La comunicación espontánea con las fosas nasales y la cavidad bucal -- puede presentar síntomas dramáticos, como por ejemplo, el paso de alimentos a la nariz y notables modificaciones de timbre de la voz. Se aconseja, antes de intervenir, hacer un estudio radiológico cuidadoso desde diferentes ángulos para conocer límites y relaciones del quiste, la serie radiográfica comprenderá radiografías intraorales, oclusales y extraoral de perfil.

La radiografía muestra amplia separación por tejido óseo sano aunque -- haya abombamiento más o menos marcado. Pueden estos quistes ser operados -- por extirpación con sutura inmediata pues el coágulo y su organización futura refuerzan el posible debilitamiento del hueso.

Se utiliza incisión de Newman desde el surco vestibular hasta el borde libre con incisiones verticales tangentes a la circunferencia del quiste. -- Esta incisión da amplia visibilidad y puede utilizarse para taponar en caso de perforación accidental.

a) Quistes en relación con el piso nasal.

Son los que ya han producido la destrucción del piso de la nariz, existiendo un íntimo contacto entre quiste y pituitaria.

Los métodos de extirpación total son insuficientes y peligrosos, lo -- que mejor resultado ha dado es lo siguiente:

1. INCISION DE NEWMAN
2. DESPRENDIMIENTO DE COLGAJO
3. OSTEOTOMIA
4. ENUCLEACION DEL QUISTE
5. ADOSAMIENTO DEL COLGAJO BAJO SUTURA INMEDIATA

El Partsch I puede presentar ciertas ventajas pero solo es factible en quistes medianos, grandes o antiguos.

También es de elección el método de Wassmund. Por lo cual se describirá la técnica, pues se consideran dos maneras de aplicar el método según -- se nos presente el maxilar con dientes o sin dientes.

Técnica propiamente dicha. En el maxilar con dientes.

Incisión desde el surco vestibular al borde libre: Se trazan dos incisiones tangentes a la circunferencia del quiste, hasta las papilas gingivales correspondientes o si se prefiere conservar la inserción gingival se -- usará la modificación de Wassmund, obteniendo el colgajo de partes vecinas, trazando una incisión desde el lado opuesto, desde el fondo del surco vesti bular o aún desde la cara interna del labio, que descende en forma tangen cial a la periferia del quiste y a un centímetro por encima de la línea de los cuellos dentarios que corre paralela a esta línea, cruza la línea media y se detiene a nivel de la cara distal del canino del lado opuesto. Se tra za una segunda incisión a la derecha de la anterior que corre paralela a la primera y termina a la misma altura de ésta.

Se unen ambas incisiones con un trazo vertical. La profundidad de la inci -- sión es hasta hueso.

Desprentimiento del colgajo. El colgajo se desprende hasta dejar al descu -- bierto el orificio anterior de la fosa nasal. El periostio se separa de la mucosa nasal con una espátula roma o con una torunda de gasa sostenida con una pinza de Kocher.

Para anegar el colgajo que será útil para quistes que se extienden -- profundamente hacia el paladar, se inicia horizontalmente la cara interna -- del colgajo, es decir el periostio que es inextensible y se opone en el -- alargamiento, esta incisión permite un alargamiento de medio centímetro --- aproximadamente.

Wassmund conserva el interior del quiste y sobre su cara interna coloca directamente el colgajo que se mantiene en su lugar por medio de un -- tapón de gasa o se fija en el paladar duro con puntos de sutura de la siguiente manera: se toma una aguja con el hilo de sutura y se perfora el colgajo cerca del borde libre antes de ser introducida en el interior del quiste; con la misma aguja se atraviesa el paladar (hueso y mucosa palatina o mucosa palatina con pericostio en caso de que el hueso haya desaparecido).

En el punto que esté situado frente a la perforación que hemos realizado con la aguja se pasa el hilo a través de la vía palatina creada con la aguja. Del otro lado del colgajo y enhebrando la aguja con el extremo opuesto del hilo se realiza la misma maniobra. Ambos cabos se anudan en el paladar o se pueden hacer pasos dobles y amarrarse por separado en el paladar. Pueden interponerse entre la costura.

Técnica en maxilar desdentado

En el maxilar sin dientes se pueden tener colgajos de mayor longitud, a base de tejido de la bóveda palatina, pero es necesario hacerlo en etapas, esto se debe a que es diferente la irrigación en vestibular y palatino. Wassmund indica una incisión en cara vestibular que se continúa por el paladar hasta el límite elegido, el colgajo únicamente queda nutrido por los vasos óseos. Una semana después se eleva la porción palatina hasta el borde alveolar y se repone en su sitio sin suturas con el objeto de permitirle que se adapte a la circulación de la región anterior. Finalmente varios días después, cuando las condiciones del colgajo palatino indican plena vascularización, se adapta sobre la cara interna del quiste, este procedimiento no puede realizarse en quistes supurativos.

c) QUISTES EN RELACION CON LAS FOSAS NASALES Y SENO MAXILAR.

El estudio radiográfico, con o sin sustancias de contraste, nos dará -

la imagen de los quistes que pueden invadir ambas cavidades, lo cual nos de terminara la conducta a seguir, que sera radical, si el quiste no es mayor de 3 cm. de diametro, cerrando bajo sutura. Si hubiera invasion a las cavidades, se tratan comunicando ampliamente, respetando la membrana quistica.

d) LOS QUISTES EN RELACION CON LA BOVEDA PALATINA

La incision debe ser por via vestibular pues la region palatina tiene como inconveniente la rigidez de la fibromucosa, la dureza de tejido oseo, la dificultad para la iluminacion y la hemostasis y los trastornos en la -- formacion que se produce por alteracion del espacio de resonancia y dificultad a la pronunciaci6n de determinadas letras.

Esta regla no se lleva a cabo en pequenos quistes dentigeros ocasionados por dientes retenidos en la b6veda y que una vez eliminados se suturan inmediatamente siguiendo la tecnica de los dientes retenidos y pequenos -- quistes en las ralces palatinas de molares y premolares que no hayan compro metido el seno. La operaci6n del quiste debe de ir seguida de la extracci6n del diente causante o ralz, inmediatamente cerramos el alveolo y la herida palatina se hace por medio de una sutura.

Cuando los quistes palatinos son grandes es diflcil de hacer la erradi caci6n total de la bolsa debido a sus adherencias por lo que se aconseja -- destruirla por electrocoagulaci6n.

En los casos en que la b6veda estuviera muy descendida se le elevara a su lugar ya sea por medio de compresi6n digital o por un aparato de pr6tesis transitoria que se dejara por varios dias hasta que ocupe su posici6n normal la fibromucosa. Se puede hacer el Partsch I segun Wassmund manteniendo el adosamiento con una placa de caucho o de acrilico.

e) QUISTES EN RELACION CON EL MAXILAR SUPERIOR, FOSAS NASALES Y BOVEDA PALATINA.

La tecnica se hara igual como lo hemos mencionado anteriormente dicha intervenci6n sera por via vestibular y el drenaje por via nasal despues de-

haberse comunicado el quiste a la cavidad del seno maxilar.

f) QUISTES EN RELACION CON LA ORBITA.

Aunque el quiste no invade la órbita debido al grosor del piso orbitario, si lo puede adelgazar por lo que el tratamiento tendrá que seguir la misma conducta anterior de esa manera no hay ninguna complicación en la intervención.

g) QUISTES EN RELACION CON LA FOSA PERIQUIMAXILAR.

Tienen su origen a nivel del tercer molar y por su proximidad a los -- importantes órganos que la ocupan, su extirpación no carece de riesgos.

QUISTES EN EL MAXILAR INFERIOR

Según su localización se dividen en 4 regiones:

- a) Quistes en la región mentoniana.
- b) Quistes en la región de los premolares.
- c) Quistes en la región de los molares.
- d) Quistes de la rama ascendente.

Para cada región se establecen normas quirúrgicas especiales.

a) Quistes de la región mentoniana. Incisión bucal, enucleación de la bolsa con o sin sutura según los casos, esto va a criterio del cirujano. -- Los quistes del maxilar inferior que no invaden más de la mitad de la rama horizontal, los quistes que se observan con frecuencia, pueden ser dentígeros, primordiales, residuales o periodónticos.

b) Quistes en la región de los premolares. Aquí en esta región tenemos que cuidar el conducto dentario y el ramillete mentoniano, cuyo descubrimiento y lesión puede ser fácil ocasionando hemorragias profusas, neuritis, neuralgias, anestias o parestesias. La hemorragia puede detenerse --

por compresión, taponamiento con gasa o con gelfoam. Los nervios se protegen cubriéndolos con el colgajo gingival siguiendo la técnica de Wassmund, usando de preferencia la incisión de Newman que da un colgajo más amplio y menos retráctil y que se sostiene en su lugar con taponamiento de gasa.

Para proteger el nervio mentoniano se tratará de obtener el colgajo -- más amplio posible, en caso de desdentados puede tomarse parte del lado lín gual al cual si se le da suficiente amplitud no corre riesgo su vitalidad.

Una vez enucleado el quiste el colgajo se introduce en la cavidad ósea y se mantiene en su sitio mediante sutura interna del hueso. Con una aguja se perfora el colgajo cerca del ángulo distal libre y el hueso de la cara interna en el punto en que coincida el tejido gingival de la cara lingual, se pasa el hilo y se saca de la boca poniendo en su extremo una pinza de -- Kocher. Con el otro extremo del hilo y los dos extremos que emergen de la cara lingual se anudan entre sí o se atan a algún diente vecino.

Si la cara del hueso es muy dura se perfora primero con fresa redonda y por el orificio se pasan los hilos. Se puede tener un tapon sutura.

c) Quistes de la región de los molares. Los de tamaño pequeño pueden ser intervenidos con sutura y los quistes mayores con Pertsch II con taponamiento de gasa.

d) Quistes de la rama ascendente. Este tipo de quistes que se encuentran en este sitio su intervención quirúrgica es más complicada que en otros sitios.

Los quistes que se encuentran en la rama ascendente o en ambas ramas -- son en general dentígeros o primordiales. Los quistes dentígeros pueden -- ser centrales o laterales que se han originado en la región del tercer molar. Son aplanados por la resistencia que presentan las láminas y se abordan generalmente por el borde anterior de la rama.

Siempre se tratará de hacer la extirpación total pues no se puede esperar el aplastamiento que además está contraindicada la marsupialización por la tendencia a cerrarse el borde de la herida.

Cuando los quistes llegan a ser grandes y llegan al cóndilo y apófisis coronoides la incisión debe ser amplia separando los bordes de la herida -- por medio de separadores o hilos riendas. El quiste puede haber destruido el borde anterior de la rama y adosarse al periostio que los separa del mesetero. Debe hacerse cuidadosamente la extirpación de la bolsa quística -- pues no deja de tener dificultades al hacer dicha intervención, ya que debe cuidarse el paquete vasculonervioso y no perder de vista la posibilidad de una fractura mandibular que puede preverse poniendo un aparato de contención, cuyo procedimiento más sencillo consiste en aplicar un arco de alambre tanto en el maxilar superior como en el inferior, fijados por medio de alambres de ortodoncia.

Cualquier tratamiento indicado para tratamiento de fracturas de los maxilares puede ser aplicado. En casos extremos se aconseja, después de la extirpación del quiste, colocar injertos óseos tomados de la tibia o del hueso coxal.

Si el quiste produjo ya la fractura, se colocará primero el aparato de contención, esperando que la fractura consolide, pero si el quiste está infectado se procederá a la enucleación inmediata.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES CON SUPURACION AGUDA.

Cuando se encuentra una infección aguda de el quiste se determina en el paciente inflamación local con fuertes dolores en el sitio o irradiados, tumefacción de la región y vengidades, enrojecimiento de los tejidos blancos y repercusión más o menos marcada en el estado general como decaimiento, dolores musculares, fiebre, artritis infecciosas, etc. En general el quiste no debe ser operado hasta que el proceso se disminuya, para lo cual se drenará el quiste tratando de eliminar su contenido purulento y se mejorarán las condiciones del paciente mediante antibióticos u otras medicaciones ad-

cuadas. Dicho drenaje puede hacerse por vía canalicular del diente causal, perforando la bolsa quística a través del conducto por medio de una sonda, o puede hacerse la extirpación dentaria en caso necesario. La vía gingival de drenaje lleva más pronto a la remisión de los síntomas y está indicado cuando el hueso no es muy sólido, procurándose que la incisión operatoria posterior sea la continuación de las incisiones de drenaje.

Si la infección es extraordinariamente aguda se practicará una ventana de drenaje por la que, además, se pueda lavar la cavidad con sustancias antisépticas utilizando para ello anestesia general o local.

Si el hueso estuviera bien conservado se perforará con fresas redondeadas, se irrigará mediante cánula e irrigador varias veces al día y se dará medicación general y local usando antibiótico.

Un procedimiento para disminuir el volumen de los grandes quistes consiste en abrir una ventana hacia la cavidad bucal en espera de que el organismo realice un trabajo inverso al crecimiento en un plazo de 8 meses a 2 años, tiempo en que puede transformarse en un quiste de pequeñas dimensiones. Este procedimiento puede también en el caso de quistes dentígeros en los cuales el diente puede erupcionar especialmente en los que afectan a los incisivos central y lateral pues los caninos ofrecen mayores dificultades. Se trata de conservar los dientes especialmente en los sujetos jóvenes y tratándose de dientes anteriores.

El drenaje deberá efectuarse en el punto de más declive o de más fácil acceso o bien se utiliza el alveolo de un diente extralado cuando se trata de un quiste paradentario.

La solución para lavar la cavidad puede ser por ejemplo, la alcohólica de fenol alcanforado de la cual se ponen 20 gotas en un vaso común de agua hervida o bien con suero fisiológico.

Para evitar el cierre de la ventana, se puede canalizar mediante un tubo de polietileno fijado con cuatro puntos de sutura a la encla vecina y que se mantiene durante 8 a 10 días esperando que los bordes de la cavidad terminen de epitelizarse para evitar su cierre inoportuno.

El tiempo de reducción varía con factores individuales como el tamaño del quiste, la edad y la neoformación ósea.

CONCLUSIONES.

Después de evaluar lo escrito anteriormente, considero de suma importancia concluir lo siguiente.

1. Los quistes dentígeros son en general tumores benignos y de desarrollo lento.
2. El índice de mayor frecuencia lo tenemos en la 2a. dentición.
3. Hay que distinguirlos de los tumores malignos.
4. No hay preferencia aceptable por alguno de los sexos.
5. Predominan los radiculares y en 2o. orden de frecuencia los dentígeros.
6. Hay que tratar de descubrirlos antes de que invadan las cavidades peribucales o que destruyan ampliamente el hueso, haciendo posible una fractura ya sea durante la intervención quirúrgica o durante el período de la lesión.
7. Siendo en general asintomáticos, es muy importante el estudio radiológico, por lo que hay que tener siempre presente los quistes dentígeros al interpretar las radiografías.
8. En general no es aconsejable la inyección al quiste de sustancias radiopacas, pues podemos provocar una infección.
9. La infección del quiste es frecuente especialmente cuando su volumen es muy amplio.
10. Los quistes dentígeros en su mayor parte pueden hacerse la intervención quirúrgica en el consultorio dental bien equipado.
11. El tratamiento es mucho más fácil en quistes pequeños que en quistes grandes, ya que éste último puede haber complicaciones.
12. Todos son tratamientos quirúrgicos, dependiendo éste, de las condiciones particulares de cada quiste.
13. Tener cuidado de que el tratamiento no exponga al paciente a recidivas o degeneraciones tumorales posteriores.

14. Es necesario dominar las diferentes técnicas de anestesia.
15. Los resultados del tratamiento quirúrgico son favorables cuando se efectúa un buen diagnóstico, y demuestre habilidad el cirujano dentista y -muestre interés y confianza el paciente en su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA.

Archundia Abel.

" Técnicas y Educación Quirúrgicas ".

Manual de Prácticas

Ed. U.N.A.M. Medicina .

Departamento de Educación Quirúrgica.

Beltrán Flores.

" Atlas Elemental de Cirugía "

Impresores Majona, S. A. 1975.

Ginestet.

" Atlas de Técnica Operatoria en Cirugía

Estomatología y maxilo facial ".

Ed. Mundi. 1968.

Gómez Matlal Di.

" Radiología Odontológica ".

Ed. Mundi.

Gripspan David.

" Enfermedades de la Boca ".

Tomo II y III

Kruger Gustavo.

" Tratado de Cirugía Bucal "

Primera Edición

Editorial Interamericana. 1960.

Ramírez Degollado Meriuno.

Rivero Ignacio José.

" Técnicas Quirúrgicas "

Talleres Rotogravado Excelsior.

1975.

Schinz H. R.

" Tratado Roentgendiagnóstico "

Tomo I

Editorial Científico Médico.

1971.

Shaffer, William C.

" Tratado de Patología Oral "

1977.

Ed. Interamericana.

Mexicana.

Thiecke W. Richard

" Fisiopatología Bucal "

Editorial Interamericana.

Primera Ed.

494 p.p.

Thoma Kuit Hermann.

" Patología Oral "

Salvat Editores, S. A.

1273 p.p.

Velázquez Tomás.

" Anatomía Patológica y Bucal "

D.R. 1966 por la Prensa.

Médica Mexicana.

359 p.p.

Zegarrelli E. U.

" Diagnóstico en Patología Oral "

1978.

Salvat

México.