

215
2 Gen.



ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA - U. N. A. M.
CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

Quiestes de Retención

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :
ESTELA JUAREZ FIGUEROA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

CAPITULO I

PROTOCOLO	1-2
DEFINICION.....	3
GENERALIDADES.....	4-9

CAPITULO II

CLASIFICACION GENERAL DE QUISTES	9-21
	28-30

CAPITULO III

QUISTES DE RETENCION

RANULA.....	22-24
MUCOCELE.....	25-28

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA (RANULA).....	31-34
HISTORIA CLINICA (MUCOCELE).....	35-37

CAPITULO V

TECNICAS QUIRURGICAS.....	38-46
CONCLUSIONES.....	47-48
BIBLIOGRAFIA.....	49-50

C A P I T U L O I

DEFINICION Y GENERALIDADES

P R O T O C O L O

Cómo sabemos la Odontología va teniendo día a día ma yor importancia por sus métodos y técnicas aplicadas que - contribuyen al trabajo diario del Cirujano Dentista.

La Odontología es una de las ciencias de la salud de dicada al estudio, prevención y tratamiento de las anorma lidades y padecimientos de la boca y órganos adyacentes, así como rehabilitación de sus estructuras y tejidos.

Los quistes son de gran importancia dentro de la pa- tología estomatológica, ya que son uno de los problemas - más comunes en ella.

El Cirujano Dentista es él primero que ve, al pacien- te portador de la lesión, y él que después de diagnósti- car, puede remitir al paciente, al Cirujano ó al especia- lista para su tratamiento.

El propósito de ésta tesis es presentar a grandes - rasgos los signos clásicos, que presentán los quistes de Retención, así como su tratamiento e incorporarlos a la práctica diaria del Cirujano Dentista.

Por otra parte el Odontólogo de práctica general de- be tener en cuenta la relación que existe entre la Ciru- gía y las distintas ramas de la Odontología, ya que están ligadas entre sí para llevar a cabo el tratamiento de los quistes de retención, se tiene que saber o tener en cuen- ta las distintas técnicas con que se cuenta dentro de la Odontología, aunque en la mayoría de los casos, tienen -

que ser tratados por un especialista. Como sabemos se -
consideran quistes de retención la Ránula y Mucocele.

La Ránula.- Se presenta en ambos sexos, en edad adulta, sus características clínica son dificultad en la de--
glución y fonética, su localización habitual es piso de -
boca.

El Mucocele.- Se presenta en ambos sexos, en edad -
adulta su crecimiento es lento e indoloro, los sitios de
predilección son; labio, lengua , carrillo, y suelo bucal.

Dentro de este estudio se describirán casos clínicos
de evolución, tratado en el Centro Médico del Seguro So--
cial.

Espero que este tema sirva de información para mis
compañeros, así como a las generaciones venideras.

DEFINICION Y GENERALIDADES DE LOS QUISTES

A la alteración llamada quiste se le considera, como una lesión que consiste en una cavidad patológica (ya sea en los tejidos blandos o duros de la boca) que tiene en su interior; fluidos, leucocitos cristales de colesterol, plasma, suero, seroglobulina, células epiteliales degeneradas.

Dichas sustancias están limitadas por; epitelio conjuntivo y queratina.

Las enfermedades que se parecen a los quistes y satisfacen algunas, pero no todas las características señaladas son las que se conocen como enfermedades pseudoquisticas.

GENERALIDADES

Un quiste verdadero es una cavidad tapizada por un epitelio. Puede estar situado dentro de los tejidos blandos ó 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 ó los órganos 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 dentigero, quiste de erupción, quiste gingival de recién nacido, quistes periodontal y gingival lateral, quiste Odontogénico queratini-

zante y calcificante, quiste radicular y queratocistes odontogénicos.

Los quistes no Odontogénicos derivan de los restos epiteliales, del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la formación embrionaria de la cara y maxilares.

Estos llamados quistes fisurales incluyen el quiste globulomaxilar, quiste nasoalveolar, quiste mandibular - mediano, quiste lingual anterior quiste dermoide y epidermoide y quiste palatino de recién nacidos.

Los quistes no odontogénicos también pueden tener - su origen en los restos del conducto nasopalatino, que originan el quiste nasopalatino.

Los quistes del cuello, suelo de la boca y glándulas salivales forma un grupo heterogéneo.

El quiste tirogloso y el quiste linfoepitelial generalmente se incluyen en la categoría de quistes del cuello, aunque el quiste tirogloso aparece también en la base de la lengua y el quiste linfoepitelial puede ocurrir en el piso bucal anterior.

Los quistes bucales que contienen epitelio gástrico o intestinal son fundamentalmente coristomas.

El grupo de pseudoquistes de los maxilares esta formado por el quiste óseo aneurismático, quiste óseo estático y quiste óseo solitario. Ninguno de estos quistes está tapizado por epitelio. El quiste óseo estático parece ser un defecto óseo congénito y el trauma se ha considerado como agente etiológico. Para el quiste óseo -

aneurismático y el óseo solitario.

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante pero sólo raras veces causa aflojamiento de los dientes, a no ser que sean muy grandes. En muy raras ocasiones la presencia de un quiste se revela por una fractura patológica o porque el paciente advierte la falta de un diente y acude a consulta por curiosidad.

Muchos quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación, se descubren solamente en un examen radiológico habitual.

Cuando un quiste se dilata, ejerce una estimulación en el periostio por lo cual éste deposita hueso nuevo; esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave. Al continuar la dilatación, el hueso suprayacente adelgaza y se hunde por la presión del dedo produciendo muchas veces un crujido de cáscara de huevo. Finalmente puede desaparecer incluso ésta cáscara ósea, quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal. Puede descargar entonces su contenido dentro de la cavidad bucal y luego aparece una infección secundaria.

Sin embargo solamente un pequeño porcentaje de quistes atraviesa todos estos estadios; con frecuencia se trata de quistes radicales y dentígeros. Así los quistes fisurales generalmente permanecen pequeños, con la excepción de algunos casos de quistes globulomaxilar o nasopalatino.

La localización de la tumefacción puede dar un importante indicio sobre la naturaleza del quiste.

Aunque los quistes radiculares y dentigeros aparecen en cualquier parte de la boca, los primeros se encuentran con más frecuencia en los dientes anteriores - mientras que los segundos rodean más a menudo las coronas de caninos, maxilares impactados y terceros molares o premolares del maxilar inferior. Los quistes fisurales con una excepción, están limitados al maxilar superior y los quistes óseos solitarios y quistes óseos idiopáticos se encuentran en el maxilar inferior. El quiste primordial está generalmente localizado en la zona del tercer molar del maxilar inferior y desde allí se extiende de muchas veces dentro de la rama.

Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor, a no ser que se infecten. Aunque los grandes quistes del maxilar inferior casi siempre envuelven el fascículo neurovascular, cuando no hay infección es muy raro que haya anestesia. La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado no se altera incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se haya perdido, en gran parte. Sin embargo, puede existir una pérdida temporal de la respuesta vital de los dientes adyacentes a quistes infectados.

No todos los quistes tienen radiotransparencias bien definidas, redondas u ovales con márgenes radiopacos nítidos.

Los factores que influyen en la imagen radiográfica son numerosos e incluyen el tipo de quiste. La localiza-

ción, la intensidad de destrucción ósea, y sí el quiste está infectado ó no. Por otra parte no todas las radiotransparencias bien definidas son quistes, ya que varios tumores odontogénicos (ameloblastoma, fibroma, ameloblástico, mixoma odontogénico etc.) y otras lesiones (granuloma de células gigantes, hemangioma etc.) pueden producir imágenes radiográficas practicamente iguales.

Estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidas con quistes, sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación y son necesarias varias vistas radiográficas para un diagnóstico diferencial.

Hay que tomar un mínimo de dos vistas intrabucales formando ángulos rectos entre sí.

Lo ideal es tomar vistas intrabucales oblicua lateral. La forma de los quistes tiende a deformarse, al dilatarse éstos. Los quistes mandibulares tienden a abultar en dirección labiobucal, salvo las situadas en la zona del tercer molar, que muchas veces se dilatan en dirección lingual a causa de la placa cortical más delgada de dicha zona.

Desde un punto de vista práctico, hay pocos quistes de los maxilares que pueden ser diferenciados entre sí basándose sólo en un examen microscópico. Generalmente son necesarios los datos radiográficos y otras informaciones como la anamnesis, aspecto clínico y signos observados en las pruebas de vitalidad dental para establecer un diagnóstico definitivo.

Sin embargo pueden ser de utilidad las siguientes observaciones. Los quistes gingival, periodontal, dentígero, primordial y fisural (globulomaxilar, maxilar anterior mediano, nasoalveolar etc.) están generalmente tapizados por epitelio escamoso estratificado no queratinizante situado sobre un tejido conjuntivo fibroso denso, mientras que el quiste dermoide está tapizado por epitelio escamoso estratificado queratinizado y apéndice cutáneo.

Los quistes radicular, periodontal y fisural presentan generalmente un infiltrado inflamatorio crónico secundario muy rico en células plasmáticas. Esto se observa con mucha menor frecuencia en los quistes dentígeros primordial y gingival.

Los quistes fisurales del maxilar están no raras veces tapizados por una delgada capa de epitelio queratinizado. A menudo se observan glándulas mucosas y agrupaciones de vasos sanguíneos y nervios en la pared de tejido conjuntivo del quiste maxilar anterior mediano.

Por otra parte el quiste dentígero mandibular puede estar tapizado en parte por células calciformes o posee folículos linfoides o restos de células epiteliales debajo del revestimiento de la pared quística.

Estos restos de malassez proliferados originan algunas veces un diagnóstico erróneo de ameloblastoma.

CLASIFICACION DE LOS QUISTES

La clasificación de los quistes no está especificada, -- aunque todavía no esta definida, y todos los intentos por hacerla han fracasado, por tal motivo, la clasificación -- que se presenta, se ha empleado más frecuentemente, com-- plementándola con algunas entidades adicionales.

QUISTES ODONTOGENICOS

- 1.- Quiste Dentigero.
- 2.- Quiste De Erupción.
- 3.- Quiste Gingival de recién nacidos.
- 4.- Quiste Periodontal y gingival laterales.
- 5.- Quiste Odontogénico queratinizante y calcifi-- cante.
- 6.- Quiste Radicular (Periapical).

QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES.

- 1.- Quiste Globulomaxilar.
- 2.- Quiste Nasoalveolar.
- 3.- Quiste Nasopalatino.
- 4.- Quiste Mandibular Mediano.
- 5.- Quiste Lingual Anterior.
- 6.- Quiste Dermoide y Epidermoide (Congénito).
- 7.- Quiste Palatino de Recién Nacidos.

C A P I T U L O II

CLASIFICACION GENERAL DE QUISTES

QUISTES CONGENITOS DEL CUELLO

- 1.- Quiste Tirogloso.
- 2.- Quiste Branquial (Linfoepitelial)

QUISTES DE RETENCION

- 1.- Mucocele.
- 2.- Ránula.

SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES

- 1.- Quiste Oseo Aneurismático.
- 2.- Quiste Oseo Estático.
- 3.- Quiste Oseo Traumático.

QUISTES ODONTOGENICOS

QUISTES DENTIGERO.- Rodea a la corona de un diente, que no ha hecho erupción ó una anomalía dental, como el Odontoma. Estos quistes se desarrollan después del depósito de esmalte y, probablemente, son resultado de cambios degenerativos en el epitelio reducido que forma el esmalte. El hecho de que el epitelio de un quiste dentigero se inserte en el cuello de un diente, es prueba de que en la mayoría de los casos el quiste está formado por el órgano del esmalte y no independientemente de él.

Siguiendo la clasificación de Thoma de los quistes dentigeros, sugirió los terminos de tipo central, lateral y circunferencial, según la posición en la cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental.

En el tipo central, el quiste rodea la corona en forma simétrica, moviéndose en dirección opuesta a la de su fuerza normal de erupción.

En el tipo lateral, el quiste se desarrolla en el lado mesial ó distal del diente y se dilata apartándose del diente, envolviendo sólo una porción de la corona. Se desarrolla en la parte del órgano del esmalte que persiste después de que la porción que está encima de la superficie oclusal se ha convertido en cutícula dental. Puede inclinar al diente o desplazarlo hacia el lado no afectado. En el tipo circunferencial, el órgano del esmalte entero, se hace quístico, permitiendo muchas veces la erupción del diente a través del quiste y produciendo una imagen similar a la del quiste radicular.

Los quistes dentigeros suelen ser solitarios. Sin embargo cuando son múltiples, hay que excluir cualquier posible asociación con el Síndrome del Carcinoma basocelular Nevoide múltiple.

Muchas veces el quiste dentigero también puede estar en asociación con la disostosis Cleidocraneal y un tipo raro de Amelogénesis imperfecta hipoplasica, en el cual hay muchos dientes incluidos. Los quistes dentigeros pueden provocar una considerable dilatación generalmente indolora, de la lámina externa.

Los que tienen su origen en la región antral presentan, a veces, algunas dificultades para el diagnóstico. Es posible que sean necesarias radiografías estereoscópicas. Sin embargo la convexidad de la pared lateral del antro generalmente sirve para diferenciar ambas cosas.

QUISTE DE ERUPCION.- Es un quiste poco frecuente de quiste dentigero asociado con dientes deciduos en erupción ó raras veces, permanentes representa una acumulación de líquido hístico ó sangre en un espacio folicular dilatado alrededor de la corona de un diente en erupción. Puede ser unilateral ó bilateral, único ó múltiple y existir al nacer. Es raro que el quiste desplace al diente, debido a la tensión interna del quiste. En estudios realizados se ha demostrado que los quistes de erupción se presentan con más frecuencia en el sexo femenino y en la raza negra.

QUISTE GINGIVAL DE RECIEN NACIDOS.- Los quistes gingivales localizados sobre la superficie de la encía ó cerca de ella, tiene su origen probablemente en un formación quística dentro de los restos de la lámina dental. Pueden ocurrir tanto en la encía libre como en la insertada ó en la papila gingival.

Suelen tener un diámetro de 1mm ó menos, se hayan revestidos de epitelio escamoso estratificado y muchas veces están llenos de capas concéntricas de queratina.

QUISTE PERIODONTAL LATERAL Y GINGIVAL.- Es relativamente raro suele ser encontrado en adultos sobre la raíz del canino ó premolares del maxilar inferior.

Para denominarse así, debe estar localizado dentro del hueso, no tener ninguna comunicación con la cavidad bucal y estar en aposición con la superficie dental lateral de uno ó varios dientes vitales.

El quiste gingival lateral, que parece ser la misma entidad, está incluida dentro del tejido gingival y no afecta al hueso.

Posiblemente ambos, que tienen su origen en una degeneración quística de restos celulares epiteliales en el ligamento periodontal ó encía.

Estos quistes son probablemente más frecuentes en hembras y en personas de raza negra, en los cuales también pueden contener células pigmentadas. Ambos quistes están tapizados por un delgado epitelio escamoso estratificado queratinizante ó una capa doble de epitelio covoideo bajo no queratinizante.

QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.-

Llamado ameloblastoma queratinizante y calcificante, se presenta tanto en el maxilar como en los tejidos alveolares blandos.

Suele ser quístico pero puede formar masas tumorales sólidas. En los Rayos X se comprueba una radiolucencia microscópicamente la lesión consiste en islotes de epitelio cuya capa periférica se compone de ameloblastos, mientras que la masa se contrae está formada por epitelio queratinizante parte del cual sufre calcificación, además la parte central muestra la formación de sustancia hialina.

No hay predilección por edad ó sexo. Se han presentado un 70% en el maxilar inferior.

En más o menos el 75% de los casos, el quiste es intraóseo.

En el resto, hay poco ó ninguna lesión ósea, aunque el quiste produce una ligera zona depresible.

QUISTE RADICULAR.- Este quiste puede ser asintomático. Sin embargo a veces el diente afectado es sensible a la percusión. En contados casos la lesión puede asociarse con una fístula. El diente está desvitalizado y puede presentar un proceso de necrosis pulpar ó una restauración.

A menudo el paciente tiene antecedentes de dolor seguido de alivio en el diente. Los quistes radiculares habitualmente no causan una gran deformación en el maxilar afectado. De acuerdo con una serie de estudios comprende aproximadamente el 43% de todas las radiolucencias periapicales, mientras que otros cálculos, no indican más que el 10%.

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

El mecanismo de formación de un quiste radicular es el mismo que el del granuloma dentario.

QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES

QUISTE GLOBULOMAXILAR.- Este tipo comprende alrededor del 17% de todos los quistes no odontogénicos y no epiteliales de los maxilares.

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

Las radiografías revelan una zona radiolúcida piriforme, entre el canino e incisivo lateral suelen estar separadas por la imagen radiolúcida.

QUISTE NASOALVEOLAR.- Se, trata en realidad de un quiste de los tejidos blandos, pero se le incluye en este grupo simplemente porque es de origen fisural y porque, a veces, produce resorción de hueso. Es uno de los menos comunes entre los quistes no odontogénicos y no epiteliales de los maxilares, y comprende tan sólo el 2.5% de las lesiones. El quiste nasoalveolar suele observarse en la raza negra y se localiza en la base de una de las narinas. Ocasiona una tumefacción que puede verse o palparse debajo del labio superior, así como en el piso nasal. Todos los dientes de la región poseen vitalidad. Las radiogra-

fías no muestran ninguna alteración ósea, sin embargo, - puede aparecer una radiolucencia si el quiste produce una resorción ósea por presión desde el lado del periostio.

QUISTE NASOPALATINO.- Los quistes que se originan - en el conducto nasopalatino comprenden cerca del 54% de los quistes no odontogénicos y no epiteliales de los maxilares y son los más comunes en el grupo. Se dividen en - dos grupos: el quiste del conducto incisivo y el quiste - de la papila palatina, según se localice el quiste en la papila incisiva o en el conducto nasopalatino.

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

Las radiografías muestran una zona radiolúcida circunscrita en la parte anterior del maxilar.

Por lo general, la sombra de la espina nasal se superpone a la radiolúcencia, comunicando a ésta, un contorno en forma de corazón. El quiste se sitúa por encima y detrás en relación con la localización habitual del quiste alveolar mediano.

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

QUISTE MANDIBULAR MEDIANO.- En raras ocasiones se -
observan quistes a nivel de la línea media mandibular que
a veces, reciben el nombre de quistes mandibulares media-
nos. Como no se comprueba epitelio fisural en ésta zona,
tales lesiones se denominan erróneamente "Fisurales".
En realidad representan quistes primordiales que se origi-
nan a partir de un germen dentario accesorio.

QUISTE LINGUAL ANTERIOR.- Se han comunicado varios -
quistes linguales anteriores a la línea media, pero en al-
gunos casos ha sido demostrado microscópicamente, que se
trata de quistes epidermoides de inclusión.

Los datos acerca del origen de tales quistes en el -
epitelio atrapado entre las dos mitades de la lengua, du-
rante el desarrollo embriológico, no pueden evaluarse has-
ta que haya sido analizado un número suficiente de casos
bien documentados. Sin embargo, todo parece indicar que
esta hipótesis es la más razonable.

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE.- El quiste dermoide y
epidermoide probablemente es debido al enclavamiento del
ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias,
que ocurre en la tercera semana "in utero".

Esta teoría la apoya la producción experimental de -
estos quistes. Alrededor de la boca, los quistes dermoi-
des ocurren con más frecuencia en el suelo y se han clasi-
ficado en quistes dermoide medial y lateral.

Probablemente tienen su origen siempre encima del - músculo milohiideo, aunque pueden penetrarlo a través de un hiato de desarrollo.

En el quiste dermoide medial, al atrapamiento de - epitelio en la línea media es probable que ocurra durante la fusión de los arcos branquiales primero y segundo, es decir por la fusión de los procesos laterales a cada lado del arco maxilar con el tubérculo impar, para formar la lengua anterior y el suelo de la boca. El quiste dermoide lateral es hallado entre la cara lateral de los músculos genianos y el milo hiideo.

Clínicamente suele producir menos tumefacción que el quiste dermoide medial. Aparece situado profundamente en el canal muscular formado por el geniogloso e hipogloso - medialmente y el milohiideo lateralmente y se proyecta - dentro de la boca por debajo de la glándula sublingual al nivel de la zona premolar-molar y dentro del cuello en la unión entre las regiones submentonianas y submaxilar. El quiste dermoide lateral probablemente deriva del extremo ventral de la primera bolsa faríngea o de la hendidura - branquial.

Microscópicamente, el revestimiento del quiste es un epitelio escamoso estratificado queratinizado. Hay uno o varios apéndices cutáneos como folículos pilosos, glándulas sudoríparas o glándulas sebáceas.

Su cavidad está generalmente llena de queratina y material sebáceo.

Sin embargo solo se encuentran pelos en raras ocasiones.

QUISTE PALATINO DE RECIEN NACIDO, - 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 en la unión de los paladares duro y blando, cerca del rafe medio. Los nódulos generalmente varios y de color blanco o blanco-amarillento, son pequeños quistes de inclusión que probablemente son debido a una incorporación de epitelio durante el proceso embrionario de la fusión palatina. Estos quistes se hacen superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida.

QUISTES CONGENITOS

QUISTE TIROGLOSO.- Es de tipo embrionario y se forma por restos del conducto tirogloso. Su aumento de tamaño no se presenta, a veces, sino hasta la pubertad o más tarde.

Clínicamente el quiste se manifiesta como una masa cervical blanda, casi siempre movable, muchas veces sensible a la presión, situada en la línea, cuyo diámetro varía entre 1 y 10 cm. Suele levantarse al deglutir o al sacar la lengua. Aparece en cualquier punto a lo largo del trayecto de descenso del anclaje tiroideo. Más del 70% ocurren a nivel del hueso hioides o del istmo de la tiroides.

El conducto tirogloso está algunas veces asociado con masas ectópicas de tejido tiroideo. Más del 60% aparecen durante las dos primeras décadas de la vida.

No hay ninguna predilección sexual. Más del 50% de los pacientes tienen una anamnesis de infección recidivante del quiste.

Si el quiste está localizado dentro de la lengua o en la región suprahiodea, puede producir bastantes molestias, como disfagias o accesos de ligera asfixia. Hay ronquera o dificultades en la fonación.

El quiste es casi siempre de paredes delgadas y el contenido es acuoso o seroso, a no ser que este infectado.

QUISTE BRANQUIAL. - Aparece a los lados del cuello y son de origen embrionario. Existen varias teorías respecto a la génesis de este tipo de quistes, pero las pruebas demuestran que nacen de la persistencia de la segunda hendidura branquial. Se localizan a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoide en cualquier parte del cuello. Puede haber un conducto fistuloso que se extiende hasta el músculo digástrico, terminando en la fosa amigdalina. Estos quistes o conductos están cubiertos por epitelio escamoso estratificado y ciliado y contienen un líquido mucoide o lechoso. Puede haber una fístula externa.

C A P I T U L O III

QUISTES DE RETENCION

RANULA Y MUCOCELE

QUISTES DE RETENCION

R A N U L A

Es un gran quiste de retención de las glándulas salivales principales.

Etiología.- La ránula se observa de modo principal, en la glándula sublingual y no implica el conducto de los submaxilares ó párotidas.

Tiene origen en una obstrucción que puede ser un cálculo, un tapón mucosa y oclusión debido a la lesión mecánica ó inflamación. La glándula continua secretando y el líquido se acumula detrás de la obstrucción. Entonces el conducto se dilata hasta que la presión se vuelve lo suficientemente grande y produce rotura del epitelio del conducto, lo que se aprecia en un escape del líquido a los tejidos contiguos, se forma una pared fibrosa.

El tamaño de la ránula está determinado por la cantidad de secreción producida por la glándula afectada. Mientras sea mayor la presión secretora que la presión de la cavidad quística, la cavidad se llenará con más líquido. Ya que la resistencia de tejido del piso a la boca, no es suficiente para superar ésta presión secretoria, el quiste puede agrandarse hasta el punto de contener 50 mm ó más de líquido. Cuando la presión se vuelve lo bastante grande para anular la presión secretoria, el quiste ya no

crece más.

Su tamaño puede disminuir, ya sea por absorción del contenido líquido ó por rotura de la mucosa, con el consiguiente drenaje. Esto último generalmente; va seguido de recidivas.

La ránula no se forma por obstrucción de los conductos de la glándula submaxilar ó de la parótida, porque - las paredes de estos conductos son lo suficientemente - fuertes para soportar la presión secretoria y solamente se presenta una dilatación del sistema de conductos que dá por resultado un aumento de volúmen en la glándula. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de que la ránula - provenga de restos de los senos cervicales.

Manifestaciones Clínicas.- La ránula es un quiste -- grande, generalmente indoloro, que puede abarcar uno ó ambos lados del piso de la boca.

Puede alcanzar proporciones lo suficientemente grandes para impedir la masticación y el habla. La rotura de esta lesión de color azulosa ó violeta es frecuente y provoca la salida de un líquido mucoso y pegajoso. Tan pronto como tiene lugar la cicatrización de ésta rotura, la sustancia mucoide se acumula nuevamente y la ránula vuelve a formarse.

Esta formación puede ser lisa ó lobulada, produciendo aumentos de volúmen numerosos e irregulares. La infección es una complicación poco frecuente.

Histopatología.- La pared de tejido conjuntivo fibroso es delgado y su interior está recubierto de epitelio -

escamoso aplanado. Sin embargo este último, a veces, no se observa como resultado de la presión e infección. En el interior hay restos celulares y mucosos.

En ocasiones el contenido mucoso se infiltra en la pared del quiste ó en los tejidos vecinos y provoca una respuesta inflamatoria. Se aprecia una Sialadenitis crónica y una dilatación de los conductos. En el mucocele y la ránula el espitelio metaplásico de los conductos puede semejar tanto a un tumor mixto, que el diagnóstico cierto es difícil, en especial en los casos en los que no hay pruebas de obstrucción, debe tenerse cuidado y no interpretar equivocadamente los signos patológicos.

M U C O C E L E

Tipo de extravasación mucosa, es una cavidad delimitada por tejido de granulación.

Etiología.- Proceso obstructivo del conducto excretor de glándulas salivales menores, por lo general causadas por un factor traumático.

Su luz contiene un material hialino eosinófilo y un número variable de macrófagos. Al parecer, un trauma, quizás mecánico es el responsable de la lesión de los conductos de las glándulas salivales menores, que da lugar a que el moco se vierta entre la lámina propia y el tejido submucoso. El mucocele de las glándulas próximas a la punta de la lengua se denomina quiste de Blandin Nuhn. Más el 70% de estos quistes se dan en el labio inferior. La mucosa bucal, y con menor frecuencia el suelo de la boca.

Son localizaciones algo habituales. Raramente se afecta labio superior. El mucocele de labio inferior se observa con mayor frecuencia en individuos de menos de 40 años y se produce más a menudo en los varones que en las mujeres.

El mucocele es profundo ó superficial y su tamaño varía entre unos pocos milímetros y 1 cm., ó más de diámetro. Los superficiales tienen un color azulado, son transparentes y se rompen fácilmente. El mucocele más profundo puede durar meses ó incluso años. Es frecuente que se reproduzcan.

Desde el punto de vista histológico, el mucocelo con siste en un depósito de moco que se localiza a menudo en el tejido conectivo y la submucosa y está rodeada por una pared formada por tejido de granulación.

Raramente son observados restos de epitelio en la pa red, probablemente representa una porción de varios con-- ductos excretores. La luz de la quístiforme está llena - de un coágulo eosinofílico que contiene un número de ma-- crófagos.

Las glándulas salivales menores adyacentes presentan a menudo alteraciones inflamatorias ó signos de obstruc-- ción.

La designación quiste por retención mucosa hace refe-- rencia a un mucocelo en el que existe una obstrucción par cial al flujo de moco, con un lento aumento de la presión debido a la secreción continua por parte de la porción en cerrada de la glándula. El conducto se dilata, lo cual - da lugar a un quiste por retención, mucosa delimitada por un simple epitelio de células alargadas ó pseudoestratifi-- cado. Quizas del 6% al 12% de los mucocelos son de este tipo. En contraste con el tipo habitual. Se producen ra ra vez en el labio y no suelen observarse en individuos - de menos de 40 años de edad.

Cuando se les descubre, suelen haber existido duran-- te años. Clausen y Hammarstron sugirieron que algunos po drían originarse por compresión de los ácidos. Observa-- rón que él 11% de 188 mucocelos eran de origen intraglan-- dular. Se consideró que un 18% más era probablemente de origen intraglandular.

El mucocelo de glándulas sublinguales es habitualmente unilateral y tiene un diámetro de 2 a 3 cm. Es blando y fluctúa, es de color azul violáceo. Sus paredes son delgadas y la compresión no deja fovea en ellas. El mucocelo está localizado por encima del músculo milohiideo pero puede extenderse en dirección hacia atrás. Es de estructura unilocular y contiene en su luz un líquido viscoso, pegajoso, mucoseroso, si bien no produce dolor, el mucocelo de una glándula sublingual puede dificultar la locución, la masticación y la deglución. Se da en todos los grupos de edad y es algo más frecuente en las mujeres que en los varones existen varios vasos conocidos de esta enfermedad en recién nacidos.

Al igual que los mucocelos de otras localizaciones orales, la gran mayoría de mucocelos de las glándulas sublinguales no tiene un revestimiento epitelial.

Su pared está formada por tejido conjuntivo comprimido infiltrado por un número variable de células inflamatorias crónicas, en algunos casos en los que existía revestimiento epitelial; éste era idéntico al de un conducto excretor.

El neumatocele, dilatación de la párotica debido a la entrada de aire a presión en su conducto excretor, fué descrito por Narath, Rysenaer y colaboradores. Era una enfermedad frecuente de los sopladores de vidrio.

SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES

QUISTE OSEO ANEURISMATICO.- Este tipo de quistes - ocurre con mayor frecuencia en los huesos largos y en las vértebras. Menos el 1% ocurren en los maxilares. No es un verdadero quiste, ya que no está revestido de epitelio. Los pacientes son casi siempre jóvenes y a menudo hay una anamnesis de trauma, aunque su papel es muy discutido. Esta lesión afecta con mucha mayor frecuencia al maxilar inferior que al superior, produciendo una corteza dilatada o abombada y sensible a la presión. No parece haber preferencia sexual.

QUISTE OSEO ESTATICO.- No es un verdadero quiste, - sino un defecto asimétrico del desarrollo del maxilar inferior en el surco hecho por la arteria facial, donde cruza el hueso o cerca del mismo. El tamaño de la cavidad varía entre 1 y 2 cm. Puede ser semicircular, con apertura inferior, algunas veces, elíptico o redondeado y completamente incluido dentro del hueso, un poco por encima del borde inferior del maxilar inferior.

Como el tamaño del quiste no varía con el tiempo, ha sido denominado estático o latente. Suele tener un borde nítido y denso. En la mayoría de los casos, la cavidad ha contenido tejido glandular en otros casos, no se ha encontrado nada en la cavidad, plantéandose la interrogante de sí el tejido ha sido desplazado durante la operación quirúrgica, no había algo dentro de la cavidad.

QUISTE OSEO TRAUMATICO.- El así denominado no puede ser considerado como un quiste maxilar, ya que no se limita a los maxilares y no está tapizado de epitelio. También se conoce con el nombre de quiste por extravasación, quiste óseo solitario, quiste óseo hemorrágico, etc. En los huesos largos está localizado con más frecuencia en la zona metafisiaria del húmero.

Existen numerosas teorías sobre su etiología, pero ninguna ha ganado aceptación general. La más popular, la de una hemorragia intraósea de origen traumático, no es muy segura, ya que por ejemplo, casi nunca ocurre en la tibia, que es el hueso más expuesto a traumatismos. A pesar de ello, más de una mitad de los casos están asociados con antecedentes de trauma. El quiste es una cavidad solitaria en el hueso, generalmente asintomática, sin revestimiento epitelial y muchas veces contiene un poco de suero. La presión intraquistica es baja, en comparación con la mayoría de los quistes.

Este tipo de quistes aparecen antes de los 25 años y parece probable que en la mayoría de los casos la cavidad se llena espontáneamente.

La localización más frecuente del quiste es el cuerpo mandibular entre el camino y la rama, es decir, la zona que normalmente contiene médula hematopoyética. En algunos casos han aparecido en la región anterior. La localización en el maxilar superior es muy rara.

Radiográficamente, si el quiste es grande hay a menudo recortamiento de la cavidad entre las raíces de los premolares y molares o en zonas más alejadas de los dien-

tes. Los márgenes están menos definidos que en quiste -
usual, aunque hay algunos grados de condensación marginal.
Este proceso se extiende algunas veces dentro del proceso
alveolar. En más del 70%, la lesión envuelve a las raí--
ces de los dientes extruidos. Puede haber pérdida de la
lámina dura.

C A P I T U L O I V

HISTORIA CLINICA

DIAGNOSTICO

EXAMENES DE LABORATORIO

PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO

QUIRURGICO

C A S O C L I N I C O

NOMBRE DEL PACIENTE: PEREZ PALMA MA. DEL CARMEN

EDAD : 11 AÑOS

SEXO : FEMENINO

Paciente referido de su clínica de adscripción con diagnóstico de RANULA, para valoración y tratamiento en la especialidad de Cirugía Bucodontomaxilar.

FECHA DE INGRESO 27-I-78

FECHA DE EGRESO 27-IX-78

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Producto del 5º embarazo, atendido en medio hospitalario, con habitación y hábitos de higiene regulares.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Antecedentes propios de la niñez, sarampión y varicela a los 18 años de edad, Odontectomias dos la última se realizó hace dos años, sin ninguna complicación. Se niegan antecedentes alérgicos, traumáticos y transfusionales.

PADECIMIENTO ACTUAL

Relata la paciente que él aumento de volúmen a progresado lentamente, al inicio fue asintomático, dicha molestia se localiza en piso de boca del lado derecho, se presentó aproximadamente hace un mes con dolor a la deglución.

EXPLORACION ORAL

Se observan labios de coloración, consistencia, textura e hidratación normales, paladar sin datos patológicos. En piso de boca se observa aumento de volúmen, con las siguientes características; coloración violacea, de consistencia blanda, no dolorosa a la palpación desplazamiento de la lengua hacia la parte posterior y hace mantener la boca entre abierta se observan órganos dentarios con lesiones cariosas con y sin tratamiento, él resto de las estructuras orales aparentemente normales.

DIAGNOSTICO : RANULA

TRATAMIENTO : MARSUPIALIZACION

PRONOSTICO : FAVORABLE

Acude a consulta él 29-I-78 se observa que ha hecho ruptura la cápsula de tejido que cubre y rodea al quiste,

se drene casi en su totalidad, seguira su control en Ciru-
gía Bucodento maxilar.

Acude a consulta él 30-1-78 para su valoración preo-
peratoria sus condiciones normales son satisfactorias, -
campos pulmonares limpios y bien ventilados, los análisis
de gabinete se encontraron actualizados y dentro de los
límites normales.

NOTA OPERATORIA

- 1.- Ayuno
- 2.- Se aplica Droperidal 2.7 L.M. Escopalamina o.27
antes de pasar al quirofono, canalizar vena con
solución glucosada al 5%.

INTERVENCION QUIRURGICA

Se realizará la marsupialización el día 2-11-78, ba-
jo anestesia general, previa asepsia y antisepsia de la
región a intervenir, se colocan campos quirúrgicos de la
manera habitual y se procedio a infiltrar Xilocaina al 2%
con epinefrina al 1:100 en piso de boca del lado derecho.
Se procedió a eliminar, el techo de la cápsula, se intro-
duce gasa estéril y se sutura con seda 4-0 también se eli-
mina tejido gingival hipertrófico se coloca cemento de -
Wards, se da por terminada la intervención, la paciente
se encuentra en buenas condiciones generales y locales.

Pasa al área de recuperación satisfactoriamente, la paciente se cursa asintomática, con signos vitales dentro de los límites normales, no existe infección en la zona intervenida, ni sangrado activo, se decide darla de alta y seguirá su control en consulta externa.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

Se prescriben antibióticos: Ampicilina de 250mg 2 - c/6 hrs. cápsulas y dimetilpirazolona. La paciente se le dan citas subsecuentes para su revisión y se observa la herida quirúrgica en favorable vía de cicatrización sin datos de inflamación. La paciente acude después de cuatro meses, debido a que la Ránula a aumentado de volumen lentamente con molestias a la deglución. Se solicitan exámenes de gabinete para ser valorada preoperatoriamente.

La lesión descrita en notas anteriores, se diagnóstica que existe recidiva de la Ránula, se programa para la Marsupialización de la misma por segunda ocasión para él 26-VI-78 teniendo buena evolución, clínica postoperatoria mente inmediata con signos vitales estables y normales, se le da de alta del servicio.

C A S O C L I N I C O

NOMBRE DEL PACIENTE: JUAREZ MARTINEZ MA. ELENA

EDAD : 13 AÑOS

SEXO : FEMENINO

Paciente referido de su clínica de adscripción con -
Diagnóstico de MUCOCELE DE LABIO INFERIOR, en la especialidad de Cirugía Bucodentomaxilar.

FECHA DE INGRESO 14-11-80

FECHA DE EGRESO 3-11-80

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

Paciente de 13 años de edad, producto del 2º embarazo, aporte calórico y proteico deficiente, malos hábitos de higiene.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

Antecedentes propios de la niñez; Sarampión, Viruela, traumáticos directo en cráneo hace siete meses con pérdida del estado de alerta, atendido en medio hospitalario, con herida a nivel del cuero cabelludo, se realizaron pun

tos de sutura, las radiografías de control no mostraron -
fractura a dicho nivel, así como él paciente no mostró -
síntomas neurológicos anormales posteriores al traumatis-
mo, refiere estar bajo tratamiento por presentar probable
etiología gástrica, antecedentes quirúrgicos, lueticos, -
fímicos diabéticos interrogados y negados, no presenta -
alérgia a la penicilina.

PADECIMIENTO ACTUAL

Relata la paciente que hace aproximadamente un año,
creció paulatinamente hasta alcanzar un diámetro de 1 cm.,
elevación de la mucosa labial con dolor a la deglución.

Acude la paciente a consulta externa el día 18-II-80
para ser valorada e iniciar su tratamiento quirúrgico, en
contrandose en buenas condiciones generales y locales.

Sin datos que contraindiquen la operación, por lo -
que se decide previa infiltración de Xilocaina con Epine-
frina al 2%; se procede a efectuar la incisión contornean-
te, eliminando la lesión en su totalidad, se sutura con -
tres puntos invertidos con Catgut 3-0. Se retira la pa-
ciente en buenas condiciones locales y generales,

INDICACIONES POSTOPERATORIAS

- a).- Dieta normal sin irritantes
- b).- Hidroterapia fria.

c).- Aseo general.

Se le da cita él 3-111-80, después de dos semanas de intervención encontrándose la herida quirúrgica perfectamente cicatrizada, se le da de alta del servicio.

C A P I T U L O V

TECNICAS QUIRURGICAS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

RANULA

La operación de Partsch o Marsupialización de una Ránula se considera el mejor procedimiento quirúrgico y se utiliza la siguiente técnica.

Se coloca una serie de suturas alrededor de los márgenes del quiste; las suturas atraviesan la mucosa normal del piso de la boca y la pared del quiste.

Cuando el quiste está bien delineado con las suturas, se hace la escisión de la pared superior, inmediatamente por dentro de las suturas.

El fondo del quiste se eleva a su posición normal al salir el contenido líquido y se hace continuo con el piso de la boca. La membrana quística se transforma y asume las características de los tejidos adyacentes.

Algunos operadores eliminan una pequeña porción de la pared superior, aspiran el contenido del quiste y lo limitan llenándolo de gasa estéril yodoformada o vaselina. Se termina la disección de la pared superior del quiste y se colocan las suturas periféricas. Este procedimiento se realiza con anestesia general debido a un sangrado excesivo.

M U C O C E L E

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa; en el cual se utiliza la siguiente técnica. Se hace una incisión cuidadosa a través del epitelio delgado suprayacente, que suele estar tenso sobre el quiste mucoso, una incisión de alternativa que preserva la membrana mucosa suprayacente, para ayudar a asir el tejido durante la enucleación del mucocele, frecuentemente facilita la disección.

Generalmente el quiste mucósico tenderá a sobresalir de su lecho de tejido blando, y puede liberarse cuidadosamente usando disección roma con pinzas de hemostasia curva, cureta o elevador de periostio pequeño. Deberá tenerse cuidado de no romperse el saco, puesto que entonces la disección sería mas difícil y no se podría tener la certeza de haber eliminado el quiste en su totalidad.

Otra técnica empleada para los Odontólogos de práctica privada es la siguiente. Se llena una jeringa de alginato fluido, se procede a extraer el líquido mucoso, después se retira la jeringa, dejando la aguja y se coloca para llenarle de alginato el cual delimitará el mucocele y se realiza la incisión.

Deberá tenerse cuidado de no romper el saco, puesto que entonces la disección sería mas difícil y no se podría tener la certeza de haber eliminado el quiste en su totalidad.

En este tipo de quiste si no se emplea la técnica adecuada se presentarán recidivas ya que son muy comunes.

PASOS QUIRURGICOS DEL MUCOCELE



Fig. 1 Observese el aspecto del mucocele en labio superior.



Fig. 2 Notese la delimitación que se efectúa con el bisturí en la técnica antes mencionada.

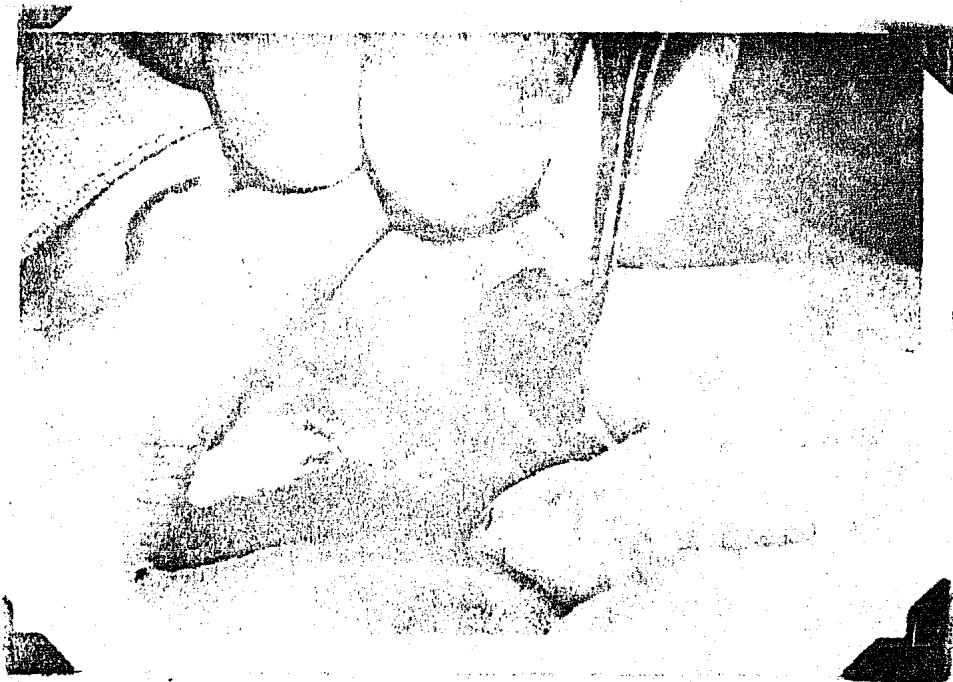


Fig. 3 El mucocete se visualiza.



Fig. 4 El quiste intervenido, deja una zona depre-
sible, que se ha retirado con pinzas de Addson para teji-
dos blandos.

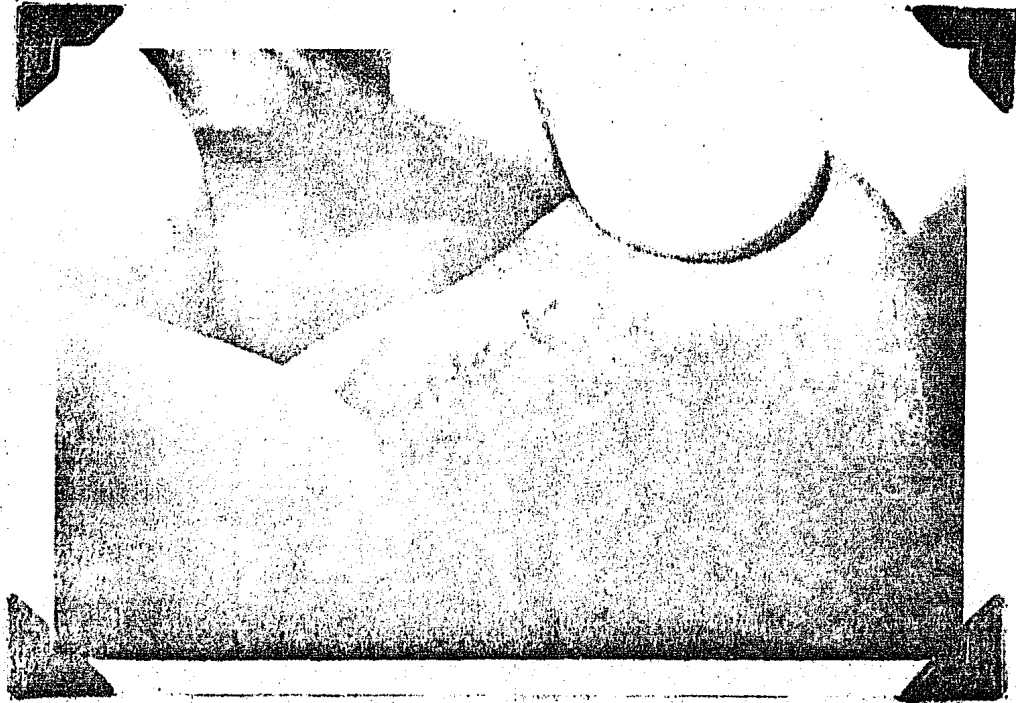
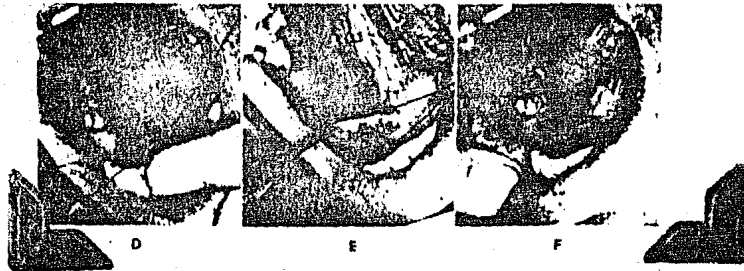
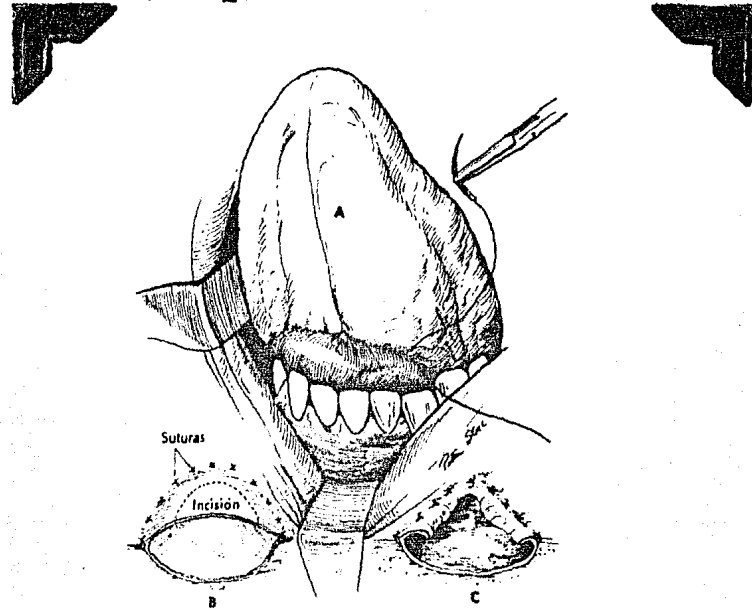


Fig. 5 A disminuido de volumen, después de haber -
sido liberado por disección, se realizan puntos de sutura
invertidos.

PASOS QUIRURGICOS DE RANULA



- a).- Marsupialización de ránula, que muestra como se colocan las suturas através de la membrana mucosa y la pared quística subyacente.
- b).- Corte transversal.
- c).- Se a practicado una ventana y se ha aspirado el contenido del quiste. El piso del quiste se transforma en parte del piso de la boca.

- d).- Vista clínica del primer estadio que muestra la realización de las suturas.
- e).- Membrana mucosa que recubre el quiste y pared superior, tomada con pinzas de disección y liberada con tijeras por dentro de las suturas.
- f).- Se realizan suturas adicionales.

CONCLUSIONES

1.- Cuando una intervención no a sido efectuada en su totalidad, existen recidivas posteriormente, la cuál debe ser tratada nuevamente en su totalidad, para obtener el éxito deseado.

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

3.- El tratamiento de afecciones quísticas amplias, implica la necesidad del empleo de anestesia general, lo que obliga que el tratamiento se haga dentro del medio hospitalario y debe efectuarlo el Cirujano Maxilo-Facial.

4.- Los quistes de retención, que se presentan en la cavidad bucal se denominan Ránula y Mucocele.

5.- Todo tratamiento quirúrgico representa un riesgo para la vida del paciente, por lo cuál el Cirujano Dentista debe de estar capacitado para resolver y prevenir las posibles complicaciones que se puedan presentar en una intervención quirúrgica.

6.- El tratamiento de la Ránula es quirúrgico (Marsupialización), y debe ser atendido por el especialista.

7.- El tratamiento del Mucocele es quirúrgico (Enucleación total) y debe ser atendido por el Cirujano Maxilo Facial.

8.- Cuando no se realiza una técnica adecuada de marsupialización de ránula, existirá recidiva.

9.- La Ránula y el Mucocele se encuentran localizados en tejidos blandos.

10.- Debemos tener en cuenta que la ránula puede ocupar la totalidad de piso de boca y por lo tanto habrá un sangrado excesivo.

11.- Son lesiones que se observan frecuentemente en la práctica privada.

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

- 1.- PATOLOGIA Y CLINICA ODONTOLOGIA
F. COLYER, F.R.L.D.
EDITORIAL. BARCELONA, 1930.

- 2.- PATOLOGIA BUCAL
S.N. BHASKAR
EDITORIAL " EL ATENEO "

- 3.- CIRUGIA BUCAL
GUSTAVO O. KRUGER
EDITORIAL INTERAMERICANA

- 4.- PATOLOGIA BUCAL
THOMA KURT, TOMO I y II

- 5.- CIRUGIA BUCAL
GUILLERMO A. RIOS CENTENO
EDICION 7a.

- 6.- CIRUGIA BUCAL
S.V. MEAD.
UNION TIPOGRAFICA
EDITORIAL, HISPANO AMERICANO

- 8.- CIRUGIA BUCAL Y DE LOS MAXILARES
RICHARD TRAUNER, HANS PICHLER
EDITORIAL LABOR S.A. 1953

- 9.- ESTOMATOLOGIA
KURT H. THOMA
SALVAT EDITORES S.A. 1953

- 10.- FISIOPATOLOGIA BUCAL
CALANDRA, STUTEVILLE, TIECHE
EDITORIAL. INTERAMERICANA S.A. 1960

- 11.- DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES DE LA
BOCA
UNION TIPOGRAFICA
EDITORIAL. HISPANOAMERICANO

- 12.- MEDICINA BUCAL, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
LESTER WILLIAN BURKET.
EDIT. INTERAMERICANA
MEXICO. 1954.