

24-769



Universidad Nacional Autónoma de México

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES IZTACALA**

**LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A:

LUGO SANTILLAN MARIA LETICIA

San Juan Iztacala Méx. 1985



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

	pag.
INTRODUCCION	1
CAPITULO UNO.- CLASIFICACION DE LAS LESIONES QUISTICAS.	2
I .- Quistes Congénitos.	4
II.- Quistes del Desarrollo	9
1.-De Origen no Dental	9
2.-De Origen Dental	19
CAPITULO DOS.- ELEMENTOS PARA EL DIAGNOSTICO	30
I .- Características Clínicas	30
II.- Características Radiográficas	35
III- Radiografías Útiles en el Diagnóstico	39
IV.- Estudio Histopatológico.	40
CAPITULO TRES.- TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS LESIONES.	
QUISTICAS	41
I .- Método Quirúrgico de Partsch I	42
II.- Método Quirúrgico de Partsch II	58
III- Antroquistectomía o Método Rinológico	63
IV.- Llenado de la Cavidad Quística con - Diversos Materiales	68
V .- Aspectos Particulares en el tratamiento - Quirúrgico de Quistes en Pacientes con Dentición Mixta y Edentulos	70
CONCLUSIONES	71
BIBLIOGRAFIA	72

Introducción:

Una lesión quística, se ha definido, como una cavidad o espacio patológico, que está revestido de tejido conectivo colágeno, y recubierto por tejido epitelial en cualquiera de sus tipos según su localización anatómica, y que en su interior contiene a un material líquido, semilíquido o gaseoso.

Los quistes, son entidades patológicas afortunadamente no muy frecuentes en el consultorio dental, y cuando éstas son observadas en el consultorio dental, es por mero accidente, al hacer un estudio radiográfico habitual. La patogenia de estas lesiones, puede ser confundida con otros procesos patológicos similares, motivo por el cual en el contenido de éste trabajo, se hará; su descripción clínica y su etiopatogenia, y posteriormente su descripción radiográfica y métodos auxiliares con los que contamos para poder establecer un diagnóstico preciso.

Finalmente, se desarrollan los posibles tratamientos y técnicas quirúrgicas a seguir, como único medio de tratamiento para eliminar tales procesos destructivos.

Capítulo UNO:

Clasificación de las Lesiones Quísticas.

Hasta el momento actual, no se ha llegado a un acuerdo para reconocer una sola clasificación, motivo por el cual, se observa en cada obra de Patología Oral, distintos tipos de clasificaciones, según el criterio y descubrimientos de los autores.

Uno de los objetivos en la realización de éste trabajo es la de mencionar las lesiones quísticas más frecuentes en el consultorio odontológico, por lo que me basé en la clasificación de Thoma, que Gustav O. Kruguer presenta en su obra.

I. Quistes Congénitos.

- 1.- Quistes del Conducto Tirogloso
- 2.- Quistes Braquiales.
- 3.- Quiste Dermoide

II. Quistes del Desarrollo.

1.- De origen no Dental

A) Tipos de Hendiduras

A.1) Nasoalveolar

A.2) En la línea media

A.3) Del canal incisivo

A.4) Globulomaxilar

B) Fenómenos de Retención Mucosa

B.1) Mucocoele

B.2) Ránula.

2.- De Origen Dental:

A) Periodontales

A.1) Periapical

A.2) Lateral

A.3) Residual

B) Primoridiales

C) Dentígero

I.- Quiestes Congénitos.

Aquí se encuentran incluidos los siguientes quiestes:

1.- Quiste del Conducto Tirogloso.

El quiste del Conducto Tirogloso se desarrolla en cualquier punto, a lo largo del Conducto Tirogloso Embrionario, entre el agujero ciego y la glándula Tiroides al nivel de la línea media. Su formación es después del nacimiento, y su manifestación es antes de los 31 años de edad; se cree que su formación es desencadenada por la infección del tejido linfóide, en la zona de los restos del conducto Tirogloso por el drenaje proveniente de una infección de los órganos respiratorios superiores. Las fístulas de este conducto son en un 5% de origen congénito, y el resto aparece después de la ruptura del quiste. (Fig. I)

Muchas veces se forma por debajo del hueso hioides, pudiendo encontrarse en cualquier punto, desde la base de la lengua en el foramen ciego, hasta la horquilla del esternón. Es libremente móvil; sobre todo a la deglución. En un 50% de los casos clínicos se presenta infección, debido al conducto Tirogloso. A veces se forma una fístula, que generalmente aparece después de la rotura del quiste y que desemboca en la superficie cutánea o bien en mucosa.

Si el quiste se localiza dentro de lengua o en la región suprahioides produce bastantes molestias; como disfagia, ligera asfixia, ronquera y dificultades en la fonación.

2.- Quiste Braquial.

Su formación es más tardía en la vida del paciente, en comparación con los quistes del Conducto tirogloso.

Se denomina también como quiste Linfoepitelial.

Su etiología es incierta, Bhaskar y Shafer mencionan su origen como un enclavamiento de elementos de un conducto salival en los ganglios linfáticos cervicales y autores como Kruguer y Tiede se inclinan por su origen, en la persistencia del seno cervical, en la segunda hendidura braquial.

Esta tumefacción que generalmente aparece a un costado del cuello, pero en el 10-15% de los casos se observa en el ángulo mandibular y en raras ocasiones en el piso de la boca por el borde anterior del músculo esternocleido mastoideo, pudiendo ser en ocasiones bilateral, frecuentemente drena, a través de la fístula que se abre en la base del helix o a lo largo del trago de la oreja. (Fig. 2)

Ocasionalmente drenan intrabucalmente; siendo su secreción mucóide o lechosa.

Microscópicamente, está cubierto de epitelio escamoso, estratificado y ciliado, conteniendo un líquido mucoso, lechoso.

3.- Quiste Dermoide-Epidermoide.

Este tipo de quiste es muy poco frecuente en cavidad oral, se localizan en paladar blando y duro, en el dorso de lengua y más comunmente en el piso de boca, pudiendo confundirse en este caso con una rínula por su localización. Ocurren en la línea media pero pueden ser desplazados lateralmente.

Puede localizarse encima o debajo del músculo milohioideo, cuando está encima hacen prominencia en el piso de boca puede elevar la lengua y dificultar el habla, la masticación y deglución, cuando está por debajo del músculo milohioideo se localiza por debajo del mentón, la deglución en este caso a diferencia del quiste del conducto tirogloso no provoca su movilización.

Thoma hace una distinción entre quiste Epidermoide y quiste Dermoide, siendo estos difíciles de diferenciar clínicamente, pero en su contenido quístico, el quiste Dermoide contiene apéndices cutáneos como- folículos pilosos, glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas y pelos en raras ocasiones. El quiste epidermoide carece de estos apéndices cutaneos, su localización, patógenia y aspecto clínico no se puede diferenciar del dermoide. Microscópicamente consta únicamente de revestimiento epitelial escamoso estratificado bien queratinizado y una pared de tejido fibroso.

Etiológicamente, es por atrapamiento de epitelio al cerrarse las capas de tejidos blandos en el desarrollo fe-

tal, también se considera como quiste de inclusión, las masas epiteliales se separan de la superficie epitelial, pudiendo suceder en el desarrollo o por traumatismo provocando desplazamiento anormal.

Clínicamente, el quiste dermoide a la palpación da una sensación pastosa, su secreción es amarillenta; parecida al queso, radiográficamente se le puede diferenciar de otras lesiones similares debido a su contenido, el cual proporciona una imagen radiopaca.

Shafer en su obra, lo describe como lesión con posibilidad de transformación maligna, no da mas detalles.

El diagnóstico diferencial de esta entidad, deberá ser cuidadoso; ya que puede ser confundido con otras lesiones, tales como rínula, obstrucción uni o bilateral del conducto de Wharton, quiste del conducto tirogloso, infección aguda o celulitis del piso de la boca, infecciones de la glándula sublingual y/o submaxilar, entre otras.

LESIONES QUISTICAS.

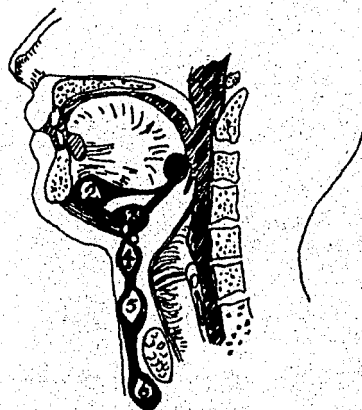


fig.1-- Quiste del conducto "tirogloso."



fig.2-- Quiste "bronquial."

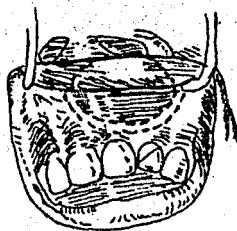


fig.3-- Quiste "Nasoolveolar"

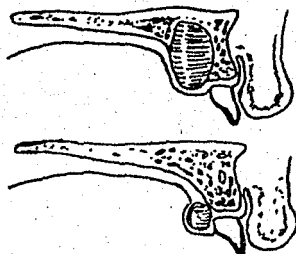


fig.5-- Quiste de la papila palatina.

II.- Quistes del Desarrollo.

Los quistes del desarrollo se caracterizan por que tienen su origen a partir de las células del epitelio embrionario, las cuales quedan atrapadas entre las fisuras o suturas de los procesos maxilares. Es decir, no hay una total obliteración de los procesos maxilares debido a la presencia de estos restos epiteliales atrapados.

Los quistes del desarrollo, se clasifican en; quistes del desarrollo de origen no dental, donde entran los tipos de hendiduras y los fenómenos de retención mucosa; y los quistes de origen dental como, los periodontales, primordiales y el quiste dentígero, que a continuación se explicarán.

1.- Quistes de Origen no dental.

También son llamados quistes suturales, este tipo de quistes, derivan de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la formación embrionaria de cara y maxilares. Pueden también tener su origen en los restos epiteliales del conducto nasopalatino del cual proviene el quiste nasopalatino.

Este tipo de quistes, se presentan en los maxilares, pero también se pueden presentar en los tejidos blandos de la boca. A continuación se describirá cada uno de los integrantes de este tipo de lesiones.

A) Tipos de Hendiduras.

A.1) Nasoalveolar:

Se trata de un quiste de los tejidos blandos, y ocasionalmente causa resorción ósea. Es poco frecuente, representando el 2.5 % de los quistes no odontogénicos. Se forma por una insuficiente obliteración de los procesos globular, lateral, nasal y maxilar superior.

Clínicamente, se observan como una tumefacción que pueden palpase por debajo del labio superior, así como en el piso nasal. Los dientes de la región poseen vitalidad. Estos quistes son capaces de producir erosión superficial del maxilar, aunque no son lesiones primarias, por lo que no pueden ser visibles radiográficamente. (Fig. 3)

Según Shafer, se hizo una recapitulación con respecto a la etiología de estos quistes y se rectificó que estos se originan de la parte anteroinferior del conducto nasolacrimal y no del epitelio atrapado en el surco naso-óptico.

Histopatológicamente, el quiste está tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado a veces ciliado, con células calciformes o epitelio escamoso estratificado.

A.2) Quistes de la Línea Media.

Representan el 7.5% de los quistes no odontogénicos, son denominados también como quistes medio alveolares o quistes palatinos medios. Se localizan en hueso, formado durante el desarrollo embrionario por los procesos palatinos por su incompleta obliteración, localizándose por tanto en la línea media del paladar.

Su localización es en cualquier punto de la línea media, ocasionalmente produciéndose una fistula que drena líquido seroso o purulento.

Los quistes medioalveolares, están situados en una posición mas anterior, en ocasiones cercanas a las raíces de los incisivos centrales, pudiendo provocar separación entre ambos su diagnóstico diferencial deberá ser cuidadoso, pues pueden ser confundidos con quistes del canal incisivo y palatino medio, éste último provocando rara vez afección dentaria.

Los datos radiográficos son muy confusos, todo debido a la superposición de las sombras producidas por los senos paranasales. Ocasionalmente alguna de sus superficies no está cubierta por hueso.

Thoma, en la localización de este tipo de quiste menciona como límite posterior a la papila palatina hasta la úvula, aunque Burdi en su obra, menciona la existencia de éste quiste en paladar blando, mientras Andrews e Ito comunicaron estos quistes en óvula.

En el maxilar inferior, es poco común que se presenten lesiones quísticas medias, en éste caso quistes de la sínfisis.

A.3) Quiste del Canal Incisivo.

Se forma por la incompleta obliteración entre los procesos palatinos y la premaxila. Comprende el 54% de los quistes no odontogénicos, se reconocen dos tipos de quistes, uno de la papila palatina, y otro del conducto incisivo.

El quiste del conducto incisivo se sitúa en hueso, su localización habitual es la región de los incisivos centrales superiores. Se desarrolla en el conducto nasopalatino que une a la cavidad nasal con la bucal en el periodo embrionario, puede producir fístula, produciendo tumefacción a este nivel.

Por su localización en hueso, puede ser diagnosticado radiográficamente, su forma es típica en corazón debido a la superposición de la espina nasal. Su diagnóstico deberá ser cuidadoso; ya que puede ser confundido con un quiste alveolar medio, lo mismo que con el agujero incisivo cuando éste es muy grande. (Fig. 4)

El quiste de la papila palatina se forma a partir de los restos epiteliales de los tejidos blandos, asentándose por tanto sobre tejidos blandos. Por su localización es muy vulnerable a los traumatismos produciéndose su ruptura en forma frecuente, dando lugar a una fístula por la que drena líquido acuoso salado. (Fig.5)

Generalmente no emite datos radiográficos, a menos de que haya resorción ósea superficial. A la exploración clínica es blando y fluctuante.

Histopatológicamente, ambos quistes están revestidos de epitelio respiratorio y/o escamoso estratificado, presencia de glándulas mucosas y nervios en la pared de tejido conectivo, lo cual es característico en este tipo de quistes.

LESIONES QUISTICAS.

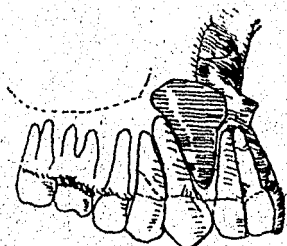


fig. 6.— Quiste "globulo maxilar."

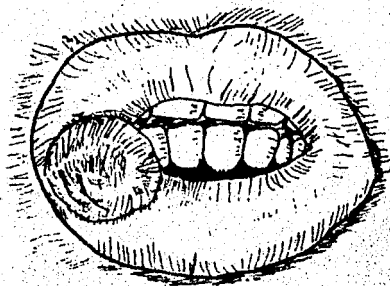


fig. 7.— Mucocela.

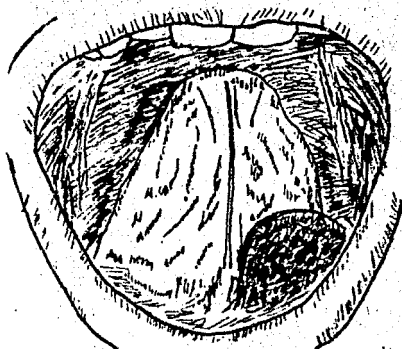


fig. 8.— Ranula.

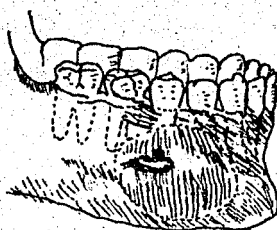


fig. 9.— Quiste "periapical."

A.4) Quiste Globulomaxilar.

Representa el 17% de los quistes no odontogénicos, su formación es debida a el atrapamiento de restos epiteliales, entre los procesos globular, maxilar, laterales nasales, y nasal medio durante el desarrollo embriológico. Sin embargo Ferenczy postuló que se origina a partir de restos epiteliales, atrapados en la región de la sutura incisiva, es decir, la sutura entre el premaxilar y el maxilar, denominandolo más certeramente " quiste premaxilar-maxilar"⁺.

Su localización clínica es a nivel del canino e incisivo lateral superiores, ambos dientes generalmente están vitales, cuando es de gran tamaño se observa como un bulbo rosado, de su perficie lisa en la cara labial por encima y entre las raices de los incisivos laterales y caninos, se aprecia divergencia radicular y convergencia coronal de tales dientes. (Fig. 6)

Radiográficamente, es característica una radiolucides en forma de pera invertida, con su parte más estrecha en relación a las raices de los mismos, provocando de forma directa el desplazamiento coronal y radicular ya mencionado anteriormente, estos datos, se podría decir son patognomónicos en éste quiste.

Histopatológicamente, el quiste está tapizado por epitelio cuboide escamoso estratificado, o epitelio cilíndrico ciliado.

+ En cuanto al quiste Globulomaxilar, Crist concluyó, que las prolongaciones faciales no existen, por lo cual el ectodermo no queda trapado en las fisuras faciales del complejo naso maxilar, por lo que no los clasifica como quistes fisurales, pues presenta -según el- características de quiste parodontal lateral. Shafer pp. 71.

B) Fenómenos de Retención Mucosa.

Son conocidos como pseudoquistes, quistes mucosos y fenómenos de retención mucosa, siendo este último su nombre correcto. Kruger, el autor en cuya clasificación nos basamos, reconoce a dos entidades, siendo estas:

B.1) Mucocèle.

El mucocèle es el fenómeno de retención mucosa más frecuente. Autores como Tieke y Kruger opinan que esta lesión es producto de la obstrucción de un conducto de una glándula accesoria. Sin embargo Bhaskar y Shafer en investigaciones hechas en ratas y ratones respectivamente, al ligar sus conductos salivales de tal forma que obstruían su fluido, no consiguieron producir tales lesiones mucosas. En cambio al realizar la sección del conducto salival, hubo un acúmulo continuo de saliva en los tejidos formandose una cavidad bien demarcada e histológicamente idéntica al mucocèle natural.

Estas investigaciones apoyan la teoría de que la sección traumática de un conducto salival, como el provocado por el mordisqueo de labios o carrillos, o bien el pelliscamiento de labios con las pinzas para extracción, provoca la formación de tal lesión, el mucocèle.

En cuanto a la teoría de la obstrucción glandular, se menciona la presencia de un cálculo o tapón mucoso, también llamada oclusión por lesión mecánica. La glándula al continuar secretando, provoca el acúmulo de líquido detrás de la obstrucción, y como respuesta a éste estímulo el conducto se dilata hasta que la presión se vuelve lo suficientemente grande para producir rotura del mismo, con el subsecuente escape del líquido a los tejidos contiguos.

Clínicamente se puede localizar en el paladar, carrillos lengua y piso de boca, pero con mayor frecuencia es localizado en el labio inferior. Pueden encontrarse en individuos de cualquier edad, pero en el 65% de los casos se presenta en las tres primeras décadas de la vida. La lesión se presenta como una tumefacción que puede ser profunda presentando una mucosa con todas las características de la normalidad. Cuando es superficial se presenta como una vesícula elevada y circunscrita de unos pocos milímetros hasta un centímetro o más de tamaño, su color es azulado o violáceo translúcido. Rara vez ocurren en el labio superior. (Fig. 7)

Su formación es rápida, su ruptura es muy frecuente y al evacuarse el contenido se observa líquido mucinoso, pero inmediatamente después hay recidiva de la lesión por el rápido acumulo del líquido.

Histológicamente, la mayor parte de los fenómenos de retención mucosa consisten en una cavidad circunscrita de tejido conectivo y submucosa con adelgazamiento del epitelio. La cavidad propiamente, rara vez está revestida de epitelio, por lo que no es un verdadero quiste, de ahí la corrección del nombre, en cambio su pared se compone de un revestimiento de tejido conectivo fibroso comprimido y fibroblastos, (tejido que se llegan a confundir a veces con células epiteliales aplanadas.)

Algunos fenómenos de retención mucosa presentan epitelio aplanado intacto, posiblemente representando la porción del conducto excretor.

B.2) Ránula.

Se denomina de ésta forma, por su semejanza con la bolsa faríngea de la rana. Su etiopatogenia es la misma que la del mucocelo, aunque algunos autores opinan que se originan por una obstrucción del conducto o por formación de un aneurisma en el conducto, principalmente de la glándula sublingual, según Tieke en las glándulas submaxilar y parótida, tal obliteración no sucede frecuentemente, porque las paredes de su conducto son suficientemente fuertes para soportar la presión secretoria, presentando solamente dilatación del sistema de conductos, dando por resultado el aumento de volumen de la glándula. Además menciona la posibilidad de que la r^ánula provenga de los restos epiteliales de los senos cervicales; todo esto basándose en la teoría de la obliteración del conducto.

Clinicamente, se presenta como una masa sólida, redonda, indolora, de agrandamiento lento, su localización es a un lado del piso de la boca, pudiendo invadirla en su totalidad. Cuando es superficial es lisa azulada o rojisa, al aumentar de tamaño provoca el desplazamiento de la lengua e interfiere con la deglución, masticación y fonación. Cuando ésta se sitúa a nivel profundo, la mucosa que la recubre tiene todos los aspectos de normalidad. Shafer en su obra menciona un tipo suprahioideo sumergido, que hace una hernia a través del músculo milohioideo. (Fig. 8)

Un dato importante para su diagnóstico, lo es el hecho de que poco antes de ingerir los alimentos y durante el trayecto de su ingestión, la r^ánula aumenta de tamaño, disminu-

yendo después de las mismas, ésto, obviamente debido a la primordial acción de secreción que tienen las glándulas principales en la preparación del bolo alimenticio para su ingestión.

Por su localización son susceptibles a la frecuente evacuación, dejando fluir sustancia mucóide, en cuanto cicatriza ésta lesión se vuelve a formar.

Histológicamente, presenta las mismas características del mucocoele, aunque a veces hay un definido revestimiento epitelial, por lo que autores como Tieke, consideran tal lesión como quiste verdadero.

2.- Quistes de Origen Dental.

Los quistes de origen dental, proceden del epitelio odontogénico, el cual representa los vestigios de los órganos del esmalte o de la lámina dental, puede existir en los maxilares en forma de órganos del esmalte no desarrollados o como restos de Malassez, en donde la proliferación y degeneración de éste epitelio, produce los quistes odontogénicos, ya sea durante la formación del diente, o después de ésta.

Dentro de ésta clasificación encontramos los siguientes tipos de quistes:

A) Quistes Periodontales.

Son llamados quistes radiculares, infecciosos, y como su nombre lo indica, están situados en la región de las raíces de los dientes. Los quistes periodontales deben mencionarse, por ser los mas frecuentes en los maxilares y porque pueden extenderse y afectar a otros dientes destruyendo grandes áreas de hueso en ocasiones el hueso de todo un cuadrante puede estar reemplazado por un gran quiste.

Etiológicamente, se asocia a la extensión de una infección pulpar através del ápice de un diente con caries de cuarto grado, extendiendose hacia la zona circundante o periapical. A veces los irritantes desencadenantes son los productos tóxicos de la degeneración pulpar más que la misma infección. Ningún otro quiste debe su existencia a una infección o a los productos tóxicos de la pulpa afectada.

Los quistes periodontales, se originan de los restos epiteliales de Malassez o de la vaina radicular de Hertwing, sus diversas localizaciones han inducido a una subsecuente división.

LESIONES QUISTICAS.

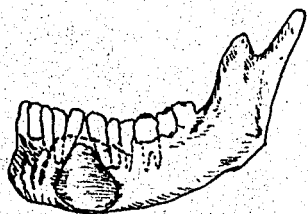


fig. 10.— Quiste "lateral."

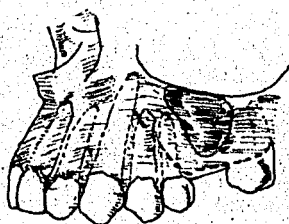


fig. 11.— Quiste "residual."

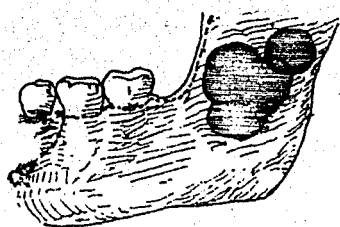


fig. 12.— Quiste "primordial."

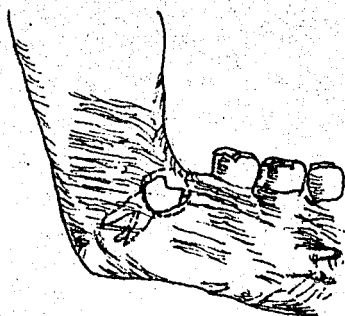


fig. 13.— Quiste "dentigero."

A.1) Quiste Periapical.

Este está localizado en ápice del diente afectado. (Fig.9)

A.2) Quiste Periodontal Lateral.

Se localiza en la superficie lateral de la raíz, a lo largo del ligamento parodontal del diente afectado, éste, según Tieke se forma cuando un canal accesorio está implicado, o bien cuando es resultado de una lesión en el área que produce inflamación. Estos quistes pueden tener semejanza con los folioulares, haciendose difícil su diagnóstico diferencial.

A.3) Quiste Periodontal Residual. (Fig. II)

Es el quiste, que al haberse hecho la extracción del diente afectado por un proceso carioso de cuarto grado, permaneció después de ésta. Puede ser confundido con un quiste folioular simple, ya que ambos son idénticos y la única diferencia es la presencia de alteraciones ameloblásticas,⁺ sus características son las mismas que las del quiste periapical.

El mecanismo de formación de un quiste radicular, es el mismo que el de un granuloma dentario, el mecanismo es el siguiente:

Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa, hasta la zona periapical del diente, se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamada granuloma apical, dentro de esta masa, proliferan extensamente restos epiteliales de Malassez; normalmente presentes en el ligamento parodontal, este epitelio carece de vasos sanguíneos propios, por lo que la irrigación debe provenir del tejido conectivo circundante. Las células centrales de la masa por su localización alejada de la zona de irrigación sanguínea degeneran y forman una pequeña cavidad de epitelio, es éste el comienzo de un quiste radicular, a partir de este momento la cavidad quística crece,

+

las células epiteliales se vierten en el interior. Como éstas células están constituidas por sustancia protéica, la presión osmótica intraquística aumenta paulatinamente, llegando a ser mayor que en los tejidos circundantes. Por esta razón los líquidos tisulares y el líquido del edema, poco a poco ingresan a la cavidad. Esto a su vez comprime a los tejidos vecinos, el hueso a la presión se resorbe, provocando así el espacio que radiográficamente se manifiesta como una radiolucidez. El tejido de granulación de la pared del quiste, continúa proliferando, destruye hueso aumentando el defecto. El tercer factor en el crecimiento de un quiste radicular, es el llamado sequestro de la pared del tejido conectivo, el revestimiento epitelial se extiende dentro del tejido conectivo de la pared del quiste e incorpora parte del mismo en la cavidad quística. Es importante mencionar que no siempre siguen este curso los quistes radiculares.

Clinicamente son de tamaño variable, pudiendo provocar la formación de una fístula cuando hay destrucción ósea marcada, el drenaje puede ser en piel o en cavidad oral, rara vez ocasiona asimetría facial. A menudo son desplazadas las raíces de los dientes vecinos de modo tal que las coronas convergen, aparenta involucrar varios dientes por lo cual es importante realizar pruebas de vitalidad pulpar; comúnmente el diente causal se encuentra devitalizado por trauma o irritación

Si se inflama el contenido de un quiste, el proceso puede presentarse como un absceso con dolor a la palpación y edema inflamatorio periférico.

Histológicamente, hay variantes en cuanto a la membrana de revestimiento, según Tieke en ocasiones puede ser ciliado cúbico y aún cilíndrico, sin que influya la localización de la lesión, ya sea en el maxilar inferior o superior. A veces el revestimiento produce gran cantidad de queratina, haciendo que se parezca a un quiste dermoide.

A.2) Quiste Lateral.

Suele originarse en la zona de canino y premolares inferiores. Sosklone y Shear, acerca de su origen, hablan de la presencia de dientes supernumerarios en la zona de caninos y premolares inferiores; opinan también que deberían denominarse simplemente quiste primordial. (Fig. 10)

Cuando éste quiste se localiza superficialmente por vestibular sobre la raíz, puede apreciarse una masa pequeña, a pesar de que la mucosa sea normal. El diente suele ser vital, pero si éste diente se infecta, presenta un cuadro semejante a el que presenta el absceso periodontal lateral, tratando de establecer drenaje, rara vez es mayor de 1 cm.

B) Quiste Primordial o Folicular.

Se ha designado como quiste primordial, a aquel quiste que se forma o deriva del órgano del esmalte, antes de la formación de los tejidos dentales, es decir no hay elementos calcificados, la palabra primordio designa a una estructura menos desarrollada. +

Su conocimiento es de gran importancia para el Cirujano Dentista, ya que pueden dar origen a un ameloblastoma un verdadero neoplasma dental. Con respecto a su etiología, se cree que son el resultado de una inflamación en el folículo dentario, lo cual altera el intercambio de líquido entre órgano del esmalte y los capilares de los espacios tisulares contiguos, por lo que el líquido excesivo se almacena en el órgano del esmalte provocando la formación de un quiste folicular. El revestimiento es a base de células de retículo estrellado; los cuales son desplazados contra el interior y exterior del esmalte en su epitelio.

Este quiste comprende aproximadamente el 1.75% de los quistes odontogénicos, clínicamente esta lesión se asocia siempre con un diente ausente, o bien a partir de un germen supernumerario. Es asociado frecuentemente con la erupción del tercer molar observándose más en el maxilar inferior que en el superior, presentándose por lo regular en la segunda o tercera década de vida. Puede ser asintomático o hasta produ

+ Según Thoma, se trata de un queratoquiste odontogénico, ya que presenta paraqueratina y ortoqueratina en el epitelio de revestimiento, aunque esto no es constante. Shafer Op. cit.pp239

cir un agrandamiento del maxilar, si la lesión es grande puede provocar migración dental, todos los dientes de la región son vitales.

Su localización, es por debajo de las raíces dentales de los dientes adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita, particularmente en la región de terceros molares, aunque Shear ha comunicado casos en la región de premolares y caninos superiores e inferiores. (Fig. I2)

Histológicamente la pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas, la superficie interna está revestida de una capa intacta de epitelio escamoso estratificado, que suele presentar queratina y ortoqueratina de superficie acanalada. La presencia de elementos inflamatorios es variable, encontrándose principalmente linfocitos, plasmocitos y linfocitos polimorfonucleares.

Su tratamiento es estrictamente radical, con curetaje profundo del hueso si se produjo la fragmentación del revestimiento para eliminar completamente el epitelio quístico, evitando así el alto índice de recidiva.

Es importante mencionar, que autores como Harnich y Tieke reconocen otra clasificación para estos quistes, basándose en Magitot:

- Quistes foliculares sin diente, el cual corresponde al quiste primordial, siendo este producto de alguna alteración del folículo en el periodo embrioplástico en donde aún no hay formación de tejidos duros.
- Quistes con contenido de rudimentos dentarios o dientes incompletos, por trastornos en el periodo odontoplástico; cuando la formación de dentina y esmalte se está llevando a cabo, originando quistes foliculares que contienen dientes incompletos o irregulares.

Y por último:

- Quistes foliculares con corona dentaria completa, donde según Magitot hubo trastorno en el periodo coronario; teoría no aceptada por Harnich, postulando su origen en un periodo de desarrollo en donde es tejido germinal odontoplástico del folículo dental ya no es activo. La pulpa del esmalte ya no existe, el epitelio adamantino interno y externo se han unido y está en reposo, el órgano formativo de la pulpa del esmalte ya no está presente y por tanto no puede sufrir trastorno en su desarrollo.

A.4) Quiste Dentígero.

Esta afección es más común, a diferencia del quiste primordial. Se origina por alteración del epitelio reducido del esmalte, después que la corona dental se ha formado completamente, con acúmulo de líquido entre el epitelio reducido y la corona dental. Otra teoría de la patogenia del quiste dentígero es que se origina por proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojadas en la pared de tejido conectivo del folículo dental, hasta fuera de ella, y que este epitelio transformado se une después con el epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística única al rededor de la corona del diente afectado; situación que le es característica. (Fig. I3)

Clinicamente los quistes foliculares se observan en sus formas más diversas en el tercer molar en erupción, por ensanchamiento de la hendidura pericoronaria debido generalmente a procesos inflamatorios en la vecindad, esto fomenta el crecimiento del quiste por transudación, también en dientes supernumerarios. Para que nuestro diagnóstico sea más verás, es necesario recordar que el espacio pericoronario normal es de 2 mms. y que 2.5 mms aún es fisiológico, pero si éste es mayor, entonces nos encontramos ante un quiste incipiente, y finalmente un quiste verdadero. Hay casos en que hay comunicación del espacio pericoronario con la cavidad bucal, tratándose en éste caso de un ensanchamiento del espacio por inflamación crónica. Esta teoría de origen inflamatoria fué destacada por Lartschneider, proponiendo como fuentes de infección

perifolicular a procesos infecciosos apicales de dientes temporales, úlceras por estomatitis, traumas, procesos peritonsilares. Wassmund a diferencia de muchos autores, aceptó esta teoría, y contribuyó con otra en casos de inexistencia de infección apical de dientes temporales, pero sí una infección marginal que penetra la mucosa inmiscuyendo al saco pericoronario al campo inflamatorio crónico.

Radiográficamente el quiste está vinculado a la corona del diente, se observa como una lesión unilocular, aunque a veces es de aspecto multilocular.

Histológicamente, tiene una pared delgada de tejido conectivo, con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso estratificado que tapiza la luz. La superficie del epitelio suele estar recubierta por una capa delgada de paraqueratina u ortoqueratina, similar a la del quiste primordial y otros queratoquistes odontogénicos. El contenido quístico es un líquido amarillo acuoso, poco espeso y a veces con un poco de sangre.

La importancia de este quiste es debida también a las complicaciones potenciales que pueden suceder a partir de este quiste; en primer lugar la alta recidiva, en segundo, la tendencia a la formación de un ameloblastoma a partir del epitelio de revestimiento o de los restos epiteliales; y cuarto, la formación de un carcinoma mucopidermoide, básicamente un tumor maligno de glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento que con tiene glándulas secretorias de moco.

Es por ello, que al eliminar cualquier tejido patológico quirúrgicamente, este no deberá ser descartado, se deberá sumergir en un frasco de solución de formol al 10% y prepararlo para un examen microscópico completo y seguir el curso postoperatorio, sobre todo en la técnica conservadora.

CAPITULO DOS:

ELEMENTOS PARA EL DIAGNOSTICO.

Como hemos podido ver, hay una grán variedad de lesiones quísticas, las cuales poseen características clínicas y radio gráficas particulares, con las que podemos llegar a un diagnóstico, pero hay ciertas características generales, que pueden ser aplicables a las lesiones quísticas en su totalidad, todo esto con el objeto de hacer un diagnóstico más acertado del caso.

1.- Características Clínicas.

Las características clínicas, son aquellas que vamos a obtener directamente al inspeccionar a nuestro paciente, cuando éste llega a nuestro consultorio. En la inspección de nuestro paciente, se conjugarán otros elementos auxiliares para el diagnóstico, como lo són: la anámnesis, la palpación y auscultación entre otros que veremos posteriormente.

- En raras ocasiones el paciente acude al consultorio, porque presente asimetría facial o deformación por aumento de volumen de una área específica, ya que muchos quistes permanecen pequeños, produciendo poca o nada expansión dentro del tejido circundante. Como veremos posteriormente, generalmente son descubiertos por un estudio radiográfico habitual.

- Cuando hay asimetría facial, por presencia de una prominencia, se debe a que el quiste se dilata, estimula el periostio respondiendo éste con neoformación y depócito oseó.

- Generalmente el proceso es indoloro, a menos que haya infección secundaria o haya compresión de un nervio en su terminación.
- En caso de quistes intraoseos, a la palpación se encuentra una prominencia dura pero suave, pero si la dilatación quistica prosigue, el hueso supradyacente se adelgasa y se hunde a la palpación, produciendo el Fenómeno de Dupuytren, siendo éste un crujido semejante al de una cáscara de huevo al romperse, ésta situación se presenta cuando el quiste está ya únicamente recubierto por mucosa. Este fenómeno no es muy común; sin embargo cuando se ha presentado no se le da importancia notable.
- El crecimiento de un quiste es por expansión, es decir; vasos, nervios, senos paranasales, etc., Son desplazados, generalmente debido a la presión que ejerce el contenido quistico.
- Generalmente los síntomas suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial, pero si su dilatación oprime una terminación nerviosa el dolor no se hace esperar, además de causar parestesia.
- En ocasiones el dolor se presenta aún sin estar implicado un nervio, entonces puede deberse a una infección secundaria, que sucede a menudo.
- En el caso de quistes oseos, éstos siguen su crecimiento, através de la línea de menor resistencia y en una sola dirección, según Kruger.
- La infección en los quistes, reporta una sintomatología como la presenta el absceso, el signo más llamativo es la tumefacción osea, dificultandose así el diagnóstico.

El error en el diagnóstico implica por consecuencia al plan de tratamiento a seguir, siendo éste equivocado. Harnich pudo comprobar como resultado de esto, tratamientos como incisiones para drenaje, extracción y hasta tratamientos radiculares, en la cual se llenó casi por completo la cavidad quística con cemento obturador.

Según Harnich, son los quistes radiculares los que más se infectan y ante todo por vía del conducto radicular, pero Wonneberger proporciona los siguientes porcentajes:

Q. folicular 55.5%

Q. radicular 46.3%

Q. residual 42.0%

- El crecimiento de la lesión quística, condiciona un desplazamiento de los tejidos circundantes sin que se originen molestias, sin embargo puede presentarse una paresis ocasionando trastornos de la sensibilidad por compresión de algún nervio.
- Al momento de palpar, siempre hay que comparar el lado opuesto, si hay fluctuación, hay que pensar que la pérdida ósea ha sido tal, que solo se palpa la bolsa quística, o bien en las zonas marginales se encontrarán bordes óseos y hueso engrosado duro, pero también depresible.
- La palpación de la zona afectada, se hará siempre comparando con las dos manos, si hay fluctuación, hay que pensar en el diagnóstico ¿ quiste- quiste infectado - absceso ?. Por lo general el absceso presenta síntomas agudos (dolor, rubor, calor, tumor) el diente causal muchas veces es sensible a la percusión. En tanto que en quistes no infectados; la sintomatología aguda no se presenta en el diente causal,

en quistes odontogénicos no reacciona a la percusión, al igual que en el quiste no infectado.

Además en el absceso, la fluctuación se encuentra sobre toda la superficie, en tanto que en el quiste infectado, en la cima de la tumefacción, y en dirección de los márgenes se palpa cierto engrosamiento óseo.

- Punción quística, se indica en casos donde la cubierta ósea falta, o cuando ésta es muy delgada. La punción no causa daño, ni interfiere con la operación si ésta se realiza prontamente. Esta se hace con una aguja muy fina, con previa anestesia local, con éste procedimiento contamos con un elemento más para el diagnóstico.

Si al aspirar encontramos líquido seroso o una papila espesa, estaremos ante un típico quiste con cristales brillantes de colessterina. Si se encuentra un líquido mal oliente, y pus de color oscuro; se trata de un quiste infectado. Si encontramos aire (en el maxilar superior) estaremos en el seno maxilar. Por último si encontramos una secreción hemorrágica, nos encontramos ante un tumor.

- Apertura de Prueba del Seno Maxilar, éste tipo de prueba se usa frecuentemente para hacer un diagnóstico diferencial, entre senos maxilares y quistes maxilares localizados en las regiones posteriores (zona que es muy difícil). Esta prueba, se podría decir que se usa en casos de extrema duda y cuando ya se han agotado los demás recursos disponibles.

- Otro medio para hacer el diagnóstico diferencial entre quistes y seno maxilar, es através de un medio de contraste, siendo este inyectado por medio de una aguja de punsión en el seno maxilar, previa anestesia de la mucosa através del meato nasal inferior izquierdo.
- Un señor llamado Spranger creó un método de ultrasonido en el cual se puede representar la extensión y profundidad del quiste. Se basa en que los quistes presentan membrana, líquido, hueso circundante, propiciando un medio en donde las ondas ultrasónicas por eco de impulsos nos proporcionan estos datos.
- En cuanto a la duración del desarrollo de un quiste, es cuestión que ha sido poco estudiada. Se acepta que los quistes grandes, necesitan de 2 a 5 años para su desarrollo, en esto juegan un papel muy importante factores como, la calidad del hueso; si es esponjoso, compacto, edad del paciente y localización de la lesión quística, entre otros.

2.- Características Radiográficas.

Cómo se mencionó anteriormente, es por medio de la radiografía como se llegan a diagnosticar las lesiones quísticas y no por su estudio específico, sino por mera casualidad. Por medio de la radiografía podemos saber la ubicación correcta de la lesión, tanto en profundidad, extensión y estructuras anatómicas que inmiscuye.

A continuación se darán las características más relevantes para su diagnóstico:

- En el caso de los quistes que involucran estructura ósea radiográficamente se presentan como zonas radiolúcidas (huecos en el hueso) pudiendo ser una o varias cavidades.
- La intensidad de la radiolucidez es variable, la cual decrece del centro a la periferia. Kruger en su obra menciona que a mayor radiolucidez hay, mayor pérdida ósea, pudiendo involucrar las dos láminas óseas vestibular y lingual o palatino.
- La forma de un quiste ovalada, redonda, etc. muchas veces responde a las circunstancias y localización anatómica en la que se encuentra
- El crecimiento del quiste, sigue la línea de menor resistencia.
- Autores como Thoma, Tieke, y Kruger mencionan en sus obras, ciertos límites o líneas de condensación, determinadas como resultado de la presión intraquística en la cavidad, causando la formación de una capa compacta ósea conteniendo ésta al saco quístico. Sin embargo, Harnich en su obra, cita no haber encontrado siempre y en todos

los casos tales líneas de condensación ósea como límite frente al hueso, pudiendo ser observada solo en el 40 % de los casos. Menciona también en algunos quistes haber encontrado tales líneas de condensación en un lado, mas no en el otro de un mismo quiste; según él esto puede deberse a la diferente dirección de crecimiento del quiste.

- La acción benigna o maligna de los quistes, no es diagnosticada através de una radiografía, por lo que se aconseja la pronta intervención quirúrgica.
- Los quistes provocan el desplazamiento de las cavidades sinusales o estructuras vecinas como dientes, o bien se encuentran superposiciones entre seno maxilar y cavidad quística.
- Clínicamente los quistes que se desarrollan dentro del hueso cuando estos no son muy grandes, suelen proporcionar datos insignificantes, como una ligera tumefacción, en ocasiones siendo ésta nula.
- En cambio cuando tal radiolucidez es moderadamente marcada, suele haber más manifestaciones clínicas através de una mas notable tumefacción, obviamente porque éste quiste tuvo su crecimiento más hacia tejidos blandos que hacia hueso; presentando éste osteolisis superficial.
- Cuando radiográficamente se observan contornos dobles como de limitación de quistes, es que ha habido destrucción de las compactas vestibular y bucal, es decir, una línea indica resorción vestibular y otra lingual.

- Una radiotransparencia homogénea en su totalidad, pone de manifiesto, a un quiste ubicado en medio del hueso maxilar; mientras que los quistes que se han desarrollado más hacia tejidos blandos han resorbido poco hueso, produciendo una radiotransparencia no homogénea.

No es por demás el mencionar, que nuestro diagnóstico definitivo no se basará exclusivamente en la radiografía, los datos clínicos e histopatológicos, junto con los radiográficos nos guiarán a conformar un cuadro clínico completo.

Radiográficamente hay procesos osteolíticos, similares al proceso producido por las lesiones quísticas; tal es el caso del adamantinoma y carcinoma:

El adamantinoma tiene múltiples formas; en especial la poliquística, en donde pueden verse centralmente espacios grandes y periféricamente cámaras pequeñas, aunque puede ser también de forma contraria, muchas veces esta lesión puede verse como espuma de jabón. Se localiza preferentemente en el maxilar inferior, en la región de molares y rama ascendente, rara vez sucede en el maxilar superior.

El carcinoma, produce un proceso osteolítico con delimitación no nitida, los bordes son lacerados, como roídos en el centro, se aprecian pequeños islotes de hueso. Clínicamente a menudo se observa una ulceración o tumor de crecimiento exofítico.

Ciertas enfermedades como la periodontitis crónica granulante, el epulis central, la tuberculosis, el granuloma eosinófilo o el plasmocitoma; ofrecen dificultad para emitir el diagnóstico.

En ocasiones estructuras anatómicas como: seno maxilar, agujero mentoniano, etc., pueden ser confundidas con quistes sobre todo si hay variación en su posición y forma.

Por éste motivo se hacen necesarias varias vistas radiográficas que nos proporcionen un diagnóstico diferencial.

Las radiografías que nos pueden ayudar más son:

3.- Radiografías Útiles en el Diagnóstico de Quistes.

- Radiografía Periapical.

Es a través de ésta radiografía como podemos llegar a determinar y detectar las lesiones quísticas, y posteriormente, corroborar nuestras sospechas por medio de otro tipo de radiografía.

- Radiografía Oclusal.

En la región anterior del maxilar inferior, proporciona la ubicación bucal o lingual del quiste, así como la relación mesial o distal con los dientes vecinos y estructuras anatómicas en general.

- Radiografía Anteroposterior.

Aislada de la mandíbula, ubica al quiste en dirección medio lateral, relación con estructuras dentarias, apófisis articulares y conducto dentario inferior. Indica también el grosor de la cortical mandibular basal, lo cual nos puede ayudar a evitar una fractura en caso de que ésta sea muy delgada. +

- Radiografía Panorámica.

Informa tanto al maxilar superior, como al inferior, acerca del tramo, relación con dientes, seno maxilar, y además estructuras anatómicas en relación.

+ Estos pacientes deberán ser tratados con férulas o tornillos extrabucles y/o intrabucles antes de la operación, según sea el caso.

4.- Estudio Histopatológico.

El estudio Histopatológico, se efectuará en casos excepcionales cuando se tenga duda y sospecha, acerca de el origen del tejido de la lesión quística.

Generalmente, a nivel hospital, tal estudio se efectúa en el momento mismo de la intervención quirúrgica, incidiendo una pequeña muestra del tejido, para con el patólogo.

Es aconsejable también, tener preparado en un frasco, solución de formol para mantener conservada la muestra mientras se hace su estudio histopatológico.

CAPITULO TRES

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS LESIONES QUISTICAS.

Una vez que se ha valorado a el paciente, tanto clinica, como radiográficamente, que se ha considerado la etiología, patogenia y estado actual, se deberá pensar en la forma que será eliminada dicha entidad patológica, siendo el procedimiento quirúrgico el único procedimiento a seguir.

Anteriormente la terapéutica para este tipo de lesiones, se basaba principalmente en la realización de incisiones, drenajes y cauterizaciones, procedimientos que no actuaban sobre el proceso. Se hizo uso de soluciones como la tintura de yodo, creosota y cloruro de Zinc⁺ como medio de curación. Y cuando las lesiones eran muy grandes, en ocasiones extremas se llegó a la resección del maxilar correspondiente.

Actualmente y desde 1892, el tratamiento quirúrgico de los quistes se basa en los conceptos establecidos por Partsch.

Primero en 1892, dio a conocer un acto quirúrgico para ciertos casos de lesiones quísticas, propuso comunicar en su totalidad a la cavidad quística através de una fenestración con la cavidad bucal. Este acto quirúrgico fue denominado Partsch I o Marsupialización.

+ La acción del yodo es antiséptica, es de baja toxicidad para los tejidos, es activo en Bacterias y Esporas. La creosota, actualmente se ha limitado su uso a expectorante, es bactericida a altas concentraciones.

Louis S. Goodman Bases Farmacológicas de la Terapéutica.

Pero en 1910, dio una alternativa para aquellos casos en donde era más conveniente, la extirpación total de la bolsa quística, esta técnica fue denominada Partsch II o Enucleación.

Aunque, según Harnich hay infinidad de técnicas quirúrgicas por la variedad de la localización de las lesiones los principios son los mismos, excepto en la antroquistectomía o Método Rinológico, la cual se emplea en la operación de grandes quistes, y consiste en la comunicación de la cavidad quística con el seno maxilar, es considerada como una modificación del método Partsch I.

No es por demás mencionar, que cada procedimiento quirúrgico tiene sus indicaciones, contraindicaciones como veremos posteriormente.

I.- Método Quirúrgico de Partsch I.

También denominada como Marzupialización, Quistostomia o Método Conservador de Partsch, básicamente consiste en transformar al quiste en una cavidad accesoria a la cavidad bucal, conservando parte de la membrana quística, que por su condición epitelial, adquiere con el tiempo todas las características del epitelio bucal.

Indicaciones.- Está indicada principalmente en los siguientes casos:

- En quistes grandes que llegan a poner en peligro estructuras anatómicas vitales, o cuando se prevee fractura, por el adelgazamiento óseo.
- Cuando se predican trastornos de hueso, hemorragias, fractura, apertura del seno maxilar.
- En posibles lesiones a la pulpa de dientes vitales vecinos o adyacentes.

1.- Periodo Prequirúrgico.

La gran mayoría de las lesiones quísticas, son detectadas accidentalmente por medio de una radiografía habitual, desde este momento, y en adelante haremos uso de todos los medios para recabar la mayor cantidad de datos, acerca de la lesión presente y la persona que lo padece.

- Historia Clínica, en todo paciente por tratar y en especial el paciente que va a ser sometido a un acto quirúrgico, debemos recabar datos por medio del interrogatorio, con el fin de saber el estado general del individuo y orientarnos hacia un diagnóstico.

- Examen Clínico, una vez obtenidos los datos pertinentes de nuestro paciente, procedemos al examen clínico del mismo, esto con la ayuda de los elementos auxiliares para el diagnóstico como lo son la inspección, palpación auscultación, métodos de sondeo, etc. Estos nos proporcionarán datos como, grado de simetría facial, tumefacción, coloración, textura, crepitación, tono de la superficie; entre otros.

- Examen Radiográfico, como se mencionó anteriormente, la radiografía apical, es la que generalmente nos revela la presencia de tal lesión, y ésta deberá ser corroborada por otra radiografía, como la oclusal, panorámica, anteroposterior, etc, según la localización de la lesión.

Todos estos datos, deberán ser plasmados en el cuerpo de la historia clínica y evaluados cuidadosamente, para poder elaborar un plan de tratamiento.

" INSTRUMENTAL Y MATERIALES " +

- Estuche 1 x 4
- Jeringa carpull
- Agujas cortas/largas
- Anestesia, cartuchos
- Bisturí
- Legra espátula roma
- Pinzas disección
- Pinzas dientes de ra
tón.
- Separador de Farabeuf
similar.
- Jeringa septo
- Cincel y martillo
- Pieza alta y baja vel.
- Fresas de bola 4-6
- Bisturí para hueso
- Jeringa de aspiración
- Pinza bayoneta
- Instrumentos de Endo-
doncia; tiranervios,
limas, ensanchadores,
puntas de papel y gu-
tapercha, condensado-
res,
- Sonda
- Eyector quirúrgico
- Lima para hueso
- Tijera para hueso
- Elevadores rectos, angula-
dos
- Forceps
- Legra de Lucas
- Portaguja
- Pinzas de Kellin
- Aguja p/suturar
- Sutura catgur, seda
- Campos quirúrgicos
- Suero fisiológico
- Gasa
- Yodoformo
- Aureomicina
- Cemento obturador sin
endurecedor.

+ El instrumental y el material quirúrgico, tendrá leves modificaciones, según la técnica operatoria a seguir.
Partsch I ó II.

Una vez que hemos recopilado los datos clínicos y radiográficos pertinentes, y hemos hecho su evaluación, podemos elaborar un plan de tratamiento.

2.- Periodo Transquirúrgico.

El periodo transquirúrgico comprende al acto quirúrgico en sí, y todo lo que a éste antecede, como cuestiones asepticas, antisépticas, etc.

No está por demás mencionar, que antes de realizar todo acto quirúrgico, debemos rememorar datos anatómicos, inervación, irrigación, inserciones musculares, etc., de la zona; por intervenir, con el objeto de evitar complicaciones posteriores.

Técnica Quirúrgica:

- Asepsia y Antisepsia: La esterilización es un factor esencial en todo acto quirúrgico, y el autoclave es el medio más eficaz para lograrla, ya que no solo logra la máxima esterilización de los instrumentos odontológicos, sino también las batas gorro; cubrebocas, guantes y campos quirúrgicos, que el cirujano dentista ocupará. El área quirúrgica como charolas, unidad dental, piezas de alta y baja velocidad, etc., también deberán ser aseadas con soluciones antisépticas como Cloruro de Benzalconio. El área anatómica sobre la cual vamos

a intervenir, debe ser limpiada con agua y jabón en su superficie externa (cara) y en la cavidad bucal pedir al paciente el control máximo de higiene, además de reducir la microflora bucal con antisépticos bucales. Para que el cuadro quede completo, la técnica de lavado de manos y vestido con ropas quirúrgicas, será seguida en forma rigurosa.

- Anestesia: Es la base de toda intervención. Lograr todos los tiempos operatorios bajo ésta, es el ideal a seguir. El tipo de anestesia a utilizar dependerá del estado de salud de nuestro paciente. En pacientes con salud general óptima, la aconsejable es la xilocaina con vasoconstrictor, ya que además de proporcionar la mejor anestesia, proporcionará el menor sangrado y por tanto mejor visualización del campo operatorio.

La anestesia para los quistes del maxilar superior, región anterior, será infraorbitaria completada por palatino, en ocasiones será necesario colocar una torunda mojada en solución de cocaína al 10% o pantocaina en el piso de fosas nasales.

En la región media y posterior, cuando no hay relación con senos, la anestesia local es suficiente. Cuando hay invasión a órganos vecinos es necesaria la anestesia regional a la altura de los dentarios posteriores o anestesia del tronco del nervio maxilar superior a la salida del agujero redondo mayor con técnica intra o extraoral, completada con local por vestibular y palatino.

Cuando hay comunicación con seno, se recomienda anestesia profunda y prolongada, la técnica extraoral la provee . Se aconseja hacer la anestesia más extensa hacia los límites avanzados por el quiste, ya que aún quistes pequeños suelen estar ligados a la cavidad sinusal.

La anestesia para los quistes del maxilar inferior, el bloqueo regional es sistemático, bloqueando el nervio bucal completando en algunos casos con anestesia extraoral, anestesiando el plexo cervical superficial podemos intervenir grandes quistes.

En grandes quistes de la región mentoniana se intervienen con anestesia local, en mayores se indica la doble anestesia regional (espina de Spix) o doble mentoniana. Por teoría la anestesia del plexo cervical superficial del bucal y del nervio dentario suprime toda sensibilidad en todo el acto, sin embargo, al momento de querer enuclear el saco quístico hay dolor, al igual que con la cercanía con el dentario inferior, esto es debido a plexos o nervios que provienen de otros sitios y escapan a nuestra previsión. Para evitar esto, es recomendable introducir en la cavidad quística una gasa impregnada con panto-caina o licor de Bonain. En los quistes de ambos maxilares no se dudará ante la anestesia general.

- Incisión: Antes de abordar el tema de la incisión, debemos hacer referencia sobre la vía de acceso a la cavidad quística. En todo tamaño y situación de la lesión quística la vía de elección es la vestibular, la cual sufre variantes topográficas, debido a la localización de la lesión, pero ésta vía

quirúrgica es la menos peligrosa, además de brindar acceso suficiente, aún en comunicaciones con seno; fosas nasales. En casos excepcionales será la vía palatina, como en quistes pequeños de raíces palatinas de molares. En el maxilar inferior se emplea también la vía vestibular y en algunos casos la alveolar agrandada.

En cuanto a la incisión, en su elección se deberá tener cuidado, ya que el curso de la operación es incierto, por este motivo se elegirá una incisión que permita ambos métodos --- Partsch I y II. Entre las incisiones por elegir se encuentran:

- Incisión de Partsch o en arco; es la segunda en elección para ambos casos, permite buena sutura sobre fondo óseo y es posible emplear el colgajo bucal para cubrir y reforzar el piso nasal en la región anterior. (Fig. 14)
- Incisión de Fichler o incisión en arco invertido, no cubre ni refuerza el piso nasal en quistostomías, pero en quistectomías la sutura resulta fácil. Es muy indicada en crecimientos quísticos hacia la apófisis alveolar, es decir cuando la sutura ya no puede hacerse sobre fondo óseo. Tiene la ventaja de que el colgajo puede ser colocado sobre las raíces que han sido apicectomizadas y la membrana quística se sutura con el colgajo bucal superior. (Fig. 15)
- Incisión de Newman, es la de primera elección, Harnich la indica sobre todo en procedimientos de Partsch I, cuando el quiste es tan grande que se requiere un colgajo largo y ancho que refuerse las estructuras anatómicas en peligro. El hueso expuesto entre los dientes puede cubrirse con la membrana quística. (Fig. 16)

DIFERENTES TIPOS DE INCISIONES.

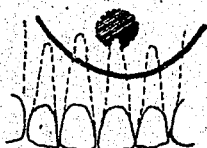


fig. 14.- Incision de "PARTSCH."

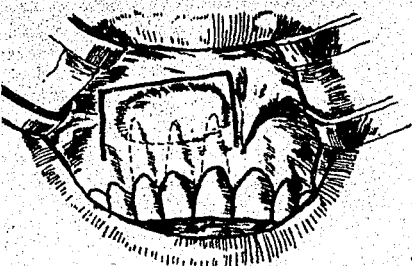


fig. 15.- Incision de "PICHLER."

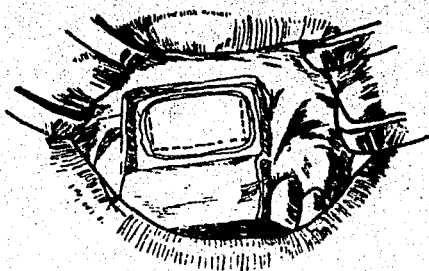
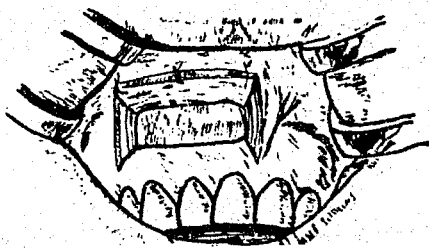
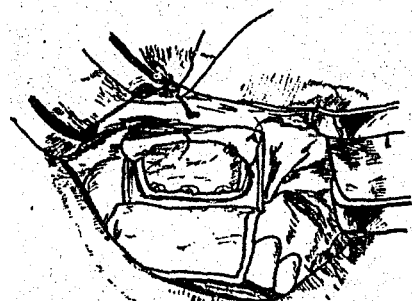


fig. 15.a. Incision de "PICHLER."



- Incisión de Cserney, indicada sobre todo en la quistectomía, se desprende la mucosa incidiendo en arco lo más cercano al borde gingival, luego en dirección al piso del quiste, se corta el periosteo, la pared ósea y la membrana quística, doblandose hacia arriba al pliegue vestibular. Se enuclea el quiste, se sutura en dos capas, primero el colgajo mucoperioste_o con catgut y luego el mucoso con seda. (Fig. I7)
- Incisión para la ránula, tiene una forma especial, pues ésta atravieza de polo a polo la lesión por su diámetro mayor, es ta incisión es conocida como, incisión medial, hay otra inci sión denominada, incisión en huso; la cual sigue toda la periferia de la lesión quística. (Fig. I8 y I9)

La incisión deberá hacerse con todos los preceptos establecidos, dependiendo también de el grado de osteolisis que haya producido la presión intraquistica si está sobre hueso, en este caso la incisión será enérgica, llegando hasta periosteo, pero si éste ya no existe, el corte será liviano y de preferencia con tijera roma, para evitar la ruptura prematura del quiste.

Como ya se dijo anteriormente la incisión ideal es la de Newman, sobretodo cuando hay comunicación con seno maxilar o cuando se requiere una extracción dentaria para suturar el alveolo.

DIFERENTES TIPOS DE INCISIONES.

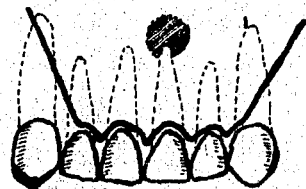


fig.16-- Incision de NEWMAN.

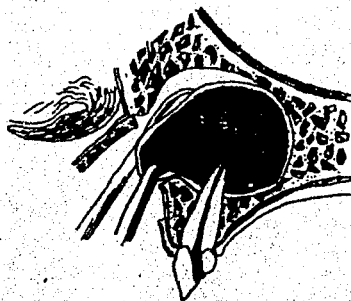
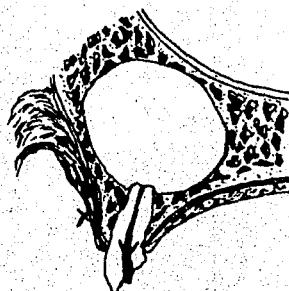
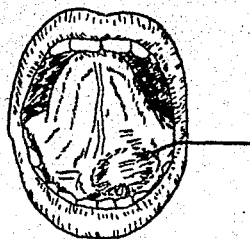


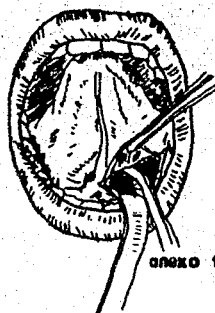
fig.17-- Incision de CZERNY.



Anexo. fig.17.a



3-- Incision en huso para la ranula y mucocelo.



anexo fig.18.a

fig.19-- Incision lineal de polo a polo para ranula y mucocelo.

- Desprendimiento del Colgajo, por medio de una legra pequeña o espátula roma y con la ayuda de unas pinzas de disección, de Kocher o bien de dientes de ratón, podemos encontrarlos en tres situaciones; primera, que el hueso esté intacto; sin alguna prominencia, dos, que el hueso se encuentre abombado por el quiste y se presente muy delgado (da signo de crepitación apergaminada) y; tres, el hueso está totalmente destruido por la presión intraquistica que se ejerció sobre este. O bien que el quiste se encuentre sobre tejidos blandos.

En todo caso deberá de procederse de forma cuidadosa, evitando la apertura extemporánea. El colgajo se desprende hasta encontrar hueso sano.

- Osteotomía y Ostectomía; desprendido el colgajo es como vamos a saber la forma en que se va a actuar con la osteotomía, si el hueso ya no existe, obviamente éste paso será eliminado, pero si aún está, se seccionará con bisturí para hueso, y si es firme se hará con fresa redonda del número 4 ó 6 o bien con escoplo y martillo.

- Tratamiento del Quiste; expuesta la lesión quística, procedemos a eliminar el contenido quístico por aspiración o con isopos cuando el líquido es muy espeso, se lava con suero fisiológico o cualquier solución isotónica, para que no lesione el epitelio quístico. En éste momento se inspecciona todo en el piso nasal y piso de senos en el maxilar superior, esto se hace con una sonda puntiaguda, si se perfora la membrana y no hay resistencia nos encontramos ante una osteolisis ----- (seguimos procediendo con Partsch I). Pero si hay resisten -

cia ósea ante la sonda, será mejor proceder con Partsch II. La mucosa bucal palatina también será valorada, pues soportará tejidos. Extraído el líquido quístico, se lava con suero fisiológico.

Wassmund y Harnich, proponen la sutura del tejido gingival a la periferia de la bolsa quística, teniendo cuidado de no dejar descubierto hueso entre ellos. Sin embargo Ries Centeno, aconseja únicamente la colocación de gasa en la cavidad con yodoformo y vaselina para su fácil retirada, con un lapso de 24 horas con el previo lavado de la cavidad con suero fisiológico, o fenol alcanforado, secando con gasa común y se obtura con gasa yodoformada, cada vez en cantidades menores, ----- Harnich recomienda el uso de Aureomicina,⁺ que dura 8 días sin observarse putrefacción.

- Tratamiento del Diente Involucrado o Causal. Cuando se ha comprobado que uno o más dientes han sido los causantes de el quiste, o bien que estos dientes se afectaron por el crecimiento quístico, quedando por tanto dentro del campo quirúrgico, lo primero que debemos hacer es valorarlos en su vitalidad.

En dientes devitalizados (o gangrenosos) deberá procederse de dos formas; una, la extracción, y dos, el tratamiento de conductos con apicectomía, según la técnica elegida antes o durante la operación.

+ Aureomicina -- Clorhidrato de Clorotetraciclina, antiséptico

La apicectomía se hará en el acto quirúrgico, sólo cuando el conducto del diente involucrado no se mantenga seco y estéril por la presencia de exudado quístico, en el caso opuesto, se preferirá en primer término el tratamiento radicular, y en segundo el tratamiento del quiste. La amputación del ápice, requiere la conservación de la membrana quística, se levanta cuidadosamente la bolsa quística del ápice por seccionar con una gasa, y se secciona ya sea con fresa, o con cincel y martillo, se irriga con suero fisiológico para eliminar restos óseos o de dentina por el fresado, volvemos la membrana quística a su sitio.

En cuanto a la extracción del diente causal o afectado, se recomienda realizarla días antes de la operación, cuando las estructuras anatómicas peligran por su fragilidad. El esfuerzo por mantener la vitalidad de los dientes involucrados, será al máximo, aunque en ocasiones el mismo acto quirúrgico puede provocar la muerte pulpar, comunmente sucede en los dientes posteriores.

En dientes temporales, generalmente el diente devitalizado es extraído.

En dientes permanentes con quistes foliculares, se hará todo cuanto esté a nuestro alcance para su conservación, sobre todo en el caso de caninos, los cuales por medidas ortodónticas pueden ser llevados a su lugar.

3.- Periodo Postquirúrgico.

Abarca los sucesivos cambios de gasa yodoformada o con aureomicina, y lavajes de la cavidad con suero fisiológico a lo largo de 20 a 30 días. Cuando los bordes han cicatrizado, se puede confeccionar un obturado de plástico ó acrílico, después el paciente puede hacerse responsable del cuidado de su cavi - dad, con las indicaciones expresas del cirujano.

Después de una intervención quirúrgica de este tipo, se harán recomendaciones al paciente, tales como:

- Deberá guardar reposo cuando menos por 2 días, en el caso de que la intervención haya sido con comunicación a seno; los días de reposo aumentarán.
- Los alimentos deberán ser de consistencia de papilla y líqui - dos, balanceados, pudiendo ser hasta por medio de soluciones de suero y glucosa por vía intravenosa.
- Las curaciones a base de compresas humedo-calientes en mu - chas ocaciones pueden ayudar a desinflamar la zona, o simple - mente aliviar las molestias post quirúrgicas.

La Antibioterapia, tiene un papel fundamental en la rehabilitación de todo proceso patológico.

Como medida profiláctica, se aconseja la administración de penicilina oral o intramuscular durante 5 a 7 días, para lo cual se requiere por lo menos una dosis diaria de 1 mg. (equivalente a 1 millón U.I), la penicilina como sabemos es el antibiótico de elección, y esta será evitada cuando haya procesos alérgicos, siendo sustituida con eritromicina.

En cuanto analgésicos, se recetarán solo en caso de dolor con un intervalo de 6 a 8 horas, el Acido Acetil Salicílico es el comunmente recetado, pero será omitido si existe úlcera gástrica por las pirazolonas de 500 mgr en igual intervalo.

Los Antinflamatorios, son los medicamentos que completan el cuadro terapéutico en estos casos, evitan la reacción inflamatoria o bien la disminuyen a un grado mínimo.

En caso de infección del coagulo, en Partsch II, no es suficiente la administración de antibióticos, será necesaria la eliminación de los puntos de sutura, con los lavajes de la cavidad con agua oxigenada y suero fisiológico, curando por taponamiento con gasa de la forma ya descrita anteriormente.

II - Método Quirúrgico de Partsch. II.

También llamado Método Radical de Partsch, Enucleación, y Quistectomía, es decir la erradicación total del quiste. Esta técnica quirúrgica tiene dos variantes, una es con sutura, y la segunda es sin sutura, cada cual con sus respectivas indicaciones.

En ésta técnica quirúrgica, debemos también tomar en cuenta, como en la anterior lo que comprenden los periodos -- prequirúrgicos y postquirúrgico; tomando en cuenta las posibles modificaciones en el instrumental, procedimientos, material, etc. Tomando en cuenta lo anterior, se hará la descripción quirúrgica desde el periodo transquirúrgico.

1.-) Método Partsch II con Sutura.

Es la técnica en la cual la osificación dependerá de la organización del coágulo. Sus principales indicaciones y ventajas son:

- Se aplica en quistes radiculares y dentígeros, no mayores de 3 cms. de volumen.
- La velocidad de saneamiento es mayor a comparación del método sin sutura.
- Existe la posibilidad única de aplicarse solo a quistes es estériles.

Entre algunas contraindicaciones y desventajas, se puede mencionar:

- En quistes de gran tamaño, se aconseja usar el método por taponamiento.
- Hay la posibilidad de que el coagulo se infecte.

Técnica Quirúrgica.

- Incisión, en extensión, abarcará más allá de los límites de la cavidad quística, en profundidad hay que tomar en cuenta la existencia o no de hueso. La incisión de Newman, es la ideal ya que proporciona un colgajo grande, además de permitir la apicectomía en caso necesario. La incisión en arco también puede ser aplicada.
- Desprendimiento de Colgajos. Con una espátula de Freer o espátula roma se separará el tejido gingival del hueso. Se desprenderá mayor diámetro de tejido que la cavidad quística, para un mejor acceso a ésta. Cuando hay osteolisis por la presión intraquística, se desprenderá el colgajo hasta encontrar hueso sano y sólido.
- Osteotomía y Ostectomía. Al igual que en Partsch I, si nos encontramos ante hueso sólido y firme, procedemos con cincel y martillo y pinzas gubias, o bien con pieza de alta y fresas para hueso. Pero cuando hay abultamiento de la tabla ósea, o ésta se encuentra papirácea se hará con bisturí para hueso.

- Enucleación de la Bolsa Quística. Una vez que hemos

dejado a la vista la bolsa quística de color azulado-rojisa anacarado y de consistencia variable, procedemos al vacuamiento del contenido quístico, haciendo la punsion con jeringa de aspiración de aguja de mediano calibre. Se secciona la bolsa quística y se limpia con suero fisiológico. Con unas pinzas de Kocher o de Chapud por los bordes de la bolsa y con una espátula roma se ayuda a desprender la bolsa quística de la cavidad ósea; maniobra fácil que no resulta así, cuando el quiste es supurado, ya que hay adherencias profundas de la membrana quística a la cavidad ósea. Ya extraída, se presiona con gasa para lograr hemostasis. En quistes supurados, es necesario un buen curetaje de la cavidad ósea, para eliminar la más mínima partícula quística y evitar recidivas. Se limpia con agua oxigenada para eliminar restos quísticos.

- Tratamiento de los Dientes Vecinos. Como en Partsch I

trataremos a lo máximo de mantenerlo en su lugar, lo esencial es valorar la vitalidad de estos, dejando en el último de los casos su tratamiento radicular o en su defecto la extracción. En cuanto al diente causal, cuando está en relación con seno maxilar, hay dos opciones; la extracción en caso extremo, o el tratamiento radicular con apicectomía. Como se vió anteriormente, la extracción se efectúa inmediatamente después de la enucleación del quiste. El tratamiento de conductos de preferencia se hará antes del acto quirúrgico del quiste.

- Tratamiento de la Cavidad Ósea. Enucleada la bolsa

quística se procede a curetear la cavidad ósea si ésta se encuentra exangüe, por medio de una legra para provocar el llenado de la cavidad ósea. Se recomienda espolvorear antisépticos como el yodoformo, antibióticos como la sulfamida, aureomicina, depositando los en el interior del hueso mezclando se con la sangre. Actualmente el llenado de la cavidad se hace con oxícel, material similar, posteriormente se sutura.

- Sutura. Como ventaja, se evita el continuo cambio de

gasas y el cuidado de la cavidad, evitando que ésta se contamine. No es por demás recordar, que la sutura deberá estar soportada por hueso sano, separado cada punto 1/2 ó 1 cm. de distancia.

Para los quistes del maxilar inferior, se sigue en general el mismo procedimiento, a excepción de que la vía vestibular puede ser agrandada, complementándola con la vía alveolar, además de cuidar la no adherencia de la membrana quística, con el paquete vasculonervioso, al cual debemos separar lo más posible, para evitar su daño. Anteriormente Maurel recomendaba la disección del paquete, lo cual originaba trastornos tróficos y falta de irrigación sanguínea. Actualmente se destruyen los restos de membrana quística por toques de cloruro de zinc al 10% ó ácido tricloroacético.

2°.-) Método de Partsch II sin Sutura.

Incluye la obturación de la cavidad ósea, con distintos materiales. En esencia es el mismo procedimiento de Partsch con sutura, a excepción de los siguientes procedimientos :

- Tratamiento de la Cavidad Ósea. Una vez enucleada la

bolsa quística, se hacen lavajes de la cavidad con agua oxigenada y suero fisiológico, se saca con gasa estéril, tocando las paredes con cloruro de zinc al 10%. Posteriormente, el colgajo se introduce a la cavidad ósea y sobre ésta se obtura homogéneamente la cavidad con gasa; éste mecanismo evita hemorragia y se evita infección de la cavidad, la gasa yodoformada o con aureomicina, según Harnich, evita la infección, persiste por mucho tiempo, la gasa orillada evita el deshilamiento en la cavidad.

- Periodo Postquirúrgico. La primera revisión se recomien

da a las 48 horas, para el cambio de la gasa yodoformada, se impregnará con agua oxigenada tibia, evitando de este modo hemorragia y dolor. Paulatinamente se va disminuyendo la cantidad de gasa a colocar, de manera tal que en 8 a 10 días, la cavidad quede vacía, el estado que presente en ese momento la cavidad ósea nos indicará la necesidad o no de una nueva obturación, con lavajes previos de la cavidad, en el momento que cese la hemorragia y observemos un color verde rojizo de la membrana, el tratamiento será suspendido, dejando citas más retiradas a nuestro paciente siguiendo el curso de la evolución hasta la total recuperación.

III. Antroquistectomía o Método Rinológico.

Este método está indicado en quistes que ha desarrollado su crecimiento a un costado del seno maxilar. Básicamente, el procedimiento consiste en la unificación de la cavidad sinusal con la cavidad quística, con la preparación de una ventana en el meato nasal, para que la secreción salga por su conducto.

Wassmund, da dos indicaciones para la aplicación de éste método:

La primera: absoluta, se funda en razones anatómicas, sugiere el método rinológico en quistes aunque estén en relación mínima con seno maxilar, pues de esta forma se evitan en menor grado secuelas como comunicaciones bucosinuales catarro purulento, entrada de alimentos a seno, etc.

La segunda, denominada relativa; la cual dependerá del criterio del cirujano dentista y la voluntad del paciente para someterse a este acto quirúrgico.

El quiste puede encontrarse en dos formas, en relación con seno maxilar:

- **Seno Funcional y Anatómicamente Integro.** Cuando el quiste se encuentra lejos del seno, separado por un tabique óseo lo suficientemente grueso que asegure su integridad. En éste caso se seguirá el procedimiento Partsch I ó II.

Si en el trayecto quirúrgico se hace comunicación con seno, se pueden seguir dos caminos. Cuando la comunicación es pequeña (3-4mm.) y no es supurado el quiste, la operación con sutura inmediata previene los riesgos de que el seno se infecte y que sobretodo se haga comunicación bucosinusal.

En comunicaciones mayores, para mayor seguridad quirúrgica y evitar lesiones graves, se hará comunicación de las cavidades, con cierre y sutura de la herida bucal, y drenaje en la pared nasal del seno, asegurando ventilación y tratamiento postoperatorio.

- **Seno Intimamente en Relación con el Quiste;** preconiza tres variedades:

Quiste puro y Seno sin infección; en comunicaciones grandes, se puede intentar Partsch I, para que la membrana quística refuerce la pared de la mucosa del seno. El método rinológico puede conservar la membrana quística, se secciona la pared quisticosinusal, comunicando las cavidades. Si se prefiere enuclear la membrana, se secciona la mucosa sinusal, que coincide con la ventana ósea quisticosinusal en sus límites, se abre el meato inferior y se obturan las dos cavidades con gasa yodoformada o con Auremoicina, cuyo extremo se saca por la perforación en el meato y se cierra definitivamente con sutura.

- Quiste Infectado y Seno Sano, se hará la enucleación total de la bolsa.
- Quiste Infectado y Seno Infectado, enucleación total de la bolsa, resección de la pared quístico sinusal, tratamiento radical del seno por enucleación de la membrana sinusal enferma y de su contenido patológico.

Técnica de la Antroquistectomía.

- Anestesia, abarcará inervación múltiple, ya que la anestesia local y regional es insuficiente. Se indica el bloqueo del nervio maxilar superior, bloqueando el maxilar, seno y fosas nasales. La vía extraoral es la de elección. En anestesia menor, cuando no se ha previsto comunicación sinusal, se reforzará anestesiando en la fosa pterigomaxilar.
- Incisión, la incisión de Newman proporciona un colgajo que actúa reforzando la pared sinusal debilitada y permite la terminación baja sutura, al igual la de Partsch.
- Desprendimiento del Colgajo, se procede como en cualquier técnica.
- Osteotomía, se tomarán en cuenta los anteriores casos. Cuando los quistes son grandes a tal grado que la pared externa se ha adelgazado o ha desaparecido, la maniobra se facilita o se hace innecesaria respectivamente.
- Tratamiento de la bolsa quística, hay varias opciones según el caso y criterio del cirujano; conservación total según Wassmund; conservación parcial según Cavina; extirpación según Jaquez, por la cual se inclina Ries Centeno; Mayrhofer se funda en los métodos de conservación parcial o total de la pared anterior del quiste y los principios de Caldwell-Luc o Denker.
- Ventana quístico sinusal, abierto y vaciado el quiste, se seca el interior con gasa, verificamos amplitud de la comunicación. Si hay comunicación se indica Partsch II, abriendo con pinza de Citelli siguiendo el contorno del hueso sano y eliminando el papiráceo.

Hecha la ventana, se evalúa el seno para efectuar la resección o conservación de la mucosa sinusal. Se eliminará todo nicho y divertículo que el quiste pudo ocupar, haciendo una sola cavidad.

- Comunicación a fosas nasales, hecha la comunicación quístico sinusal, es necesario establecer drenaje en un punto vecino al piso del seno para evitar estancamientos y facilitar lavajes y cuidados postoperatorios. El drenaje se hace en la cara externa de fosas nasales a nivel del meato inferior, debajo del conete inferior, se realiza con escoplo y martillo. Se llena la cavidad con gasa y se espolvorea antibiótico, o se deja vacía, si hay sangrado, puede depocitarse sobre esa superficie una parte de gelfoam u oxichel.
- Sutura de la incisión bucal, habrá tantos puntos, como lo requiera una sutura hermética.
- Tratamiento Postoperatorio, el paciente permanecerá de 2 a 3 días en reposo, si se colocó gasa yodoformada se retirará vía nasal y se harán lavajes, para eliminar secreciones y coágulos.

IV.-Llenado de la Cavidad Quística con Diversos Materiales.

Después de la intervención con Partsch II para estabilizar al coágulo, o cuando éste se ha infectado y se requiere -- evitar complicaciones, se han venido usando una série de sustancias y procedimientos, que a continuación se mencionarán:

Mayerhofer, relleno con hueso y cloroformo.

masa de yodoformo y glicerina o parafina.

Roccia. Propuso cauterizar la bolsa quística con ácido tricloracético, su desventaja es no poder hacer el estudio histopatológico.

Weigle tratamiento con gas de cloro, introduciendo por el conducto radicular provocando disolución del epitelio transformandolo en granuloma que es el punto de -- partida para la curación, con lo cual se logra la conservación de las raíces íntegras, 3-4 inyecciones.

Relleno con yeso estéril, es un tratamiento óptimo, comprobado.

Relleno con virutas de hueso, no proporciona más ventajas.

Relleno con hueso autoplástico sacado del hueso Ilíaco, da buenos resultados. El hueso heteroplástico da más fracasos.

Schulte indica el relleno de la cavidad quística con sangre venosa, gelatina desnaturalizada, antibióticos y trombina.

Relleno de la cavidad con musculatura esquelética, aplicado en quistes infectados, osteomielitis. La musculatura se desmenuza y se mezcla con antibióticos, la muestra se toma de la cadera, no muy práctica.

ujido óseo, Grandin ocupó tejido adiposo del vientre, colocándolo en la cavidad quística y administrando antibióticos.

Por promedio, la regeneración ósea es entre 2 y 5 años, y se observó lo siguiente:

- El factor tiempo es el que lleva la pauta en la regeneración quedando excluido el factor edad.
- Los quistes del maxilar inferior, a diferencia del superior, curan a mayor velocidad debido a las múltiples inserciones musculares que se localizan en él, lo cual se traduce como mayor actividad funcional y por tanto más rápida regeneración.
- En los pacientes desdentados a diferencia de los dentados, la regeneración es más rápida (si usan prótesis total); pues éste requiere de mayor esfuerzo para la masticación.
- Dentro de las técnicas, la de Caldwell-Luc regenera más velozmente; entre Partsch I y II no se encontró diferencia.

Relleno con tejido óseo, Grandin ocupó tejido adiposo del vientre, colocándolo en la cavidad quística y administrando antibióticos.

Por promedio, la regeneración ósea es entre 2 y 5 años, y se observó lo siguiente:

- El factor tiempo es el que lleva la pauta en la regeneración quedando excluido el factor edad.
- Los quistes del maxilar inferior, a diferencia del superior, curan a mayor velocidad debido a las múltiples inserciones musculares que se localizan en él, lo cual se traduce como mayor actividad funcional y por tanto más rápida regeneración.
- En los pacientes desdentados a diferencia de los dentados, la regeneración es más rápida (si usan prótesis total); pues éste requiere de mayor esfuerzo para la masticación.
- Dentro de las técnicas, la de Caldwell-Luc regenera más velozmente; entre Partsch I y II no se encontró diferencia.

IV.) Aspectos Particulares en el Tratamiento Quirúrgico de Quistes en Pacientes con Dentición Mixta y Edéntulos.

Cuando se presenta dentición temporal y radiográficamente están presentes los dientes de adulto en formación, el diagnóstico entre quiste radicular y folicular es un tanto difícil; situación que se resuelve al momento de la intervención.

Los quistes radiculares son operados por Partsch I, implicando la extracción del temporal causal, Partsch II se contraindica, pues hay peligro de dañar a los dientes permanentes que se localizan debajo de la bolsa quística.

Los quistes foliculares, son reconocidos si al intervenirlos se encuentran dentro de éste la corona del diente permanente, aquí se procede con Partsch I, pues el objeto es conservar al diente permanente, para preservar la oclusión armónica. Por lo general, estos dientes ocupan su sitio rápidamente, o bien pueden requerir de la ayuda ortodóntica.

Los quistes provocan en el diente causal o adyacente, ciertas distorciones, dilaceraciones, raíces cortas, desplazamiento de dientes o gérmenes dentarios, todo condicionado por la presión intraquística. Pero aún así deberá esperarse la evolución de tales dientes.

En los pacientes edéntulos, la intervención quirúrgica, -- resulta más fácil, y deberán tomarse en cuenta los factores anteriormente citados, seno, fosas nasales, paquetes vasculo-nerviosos, estructuras anatómicas en sí, para elegir la técnica que más convenga.

CONCLUSIONES.

Como se pudo observar en el desarrollo de éste trabajo, los procesos quísticos son entidades que originan una serie de alteraciones, que provocan en ocasiones grandes procesos osteolíticos, y desplazamientos de estructuras adyacentes, devitalización de órganos denpakios contiguos, fractura de estructuras anatómicas, y complicaciones por contiguidad de cavidades anatómicas en el mayor de los casos.

Nuestro deber como cirujanos Dentistas al encontrarnos con entidades sospechosas; es utilizar al máximo los métodos auxiliares para el diagnóstico con que contamos, de tal forma que al hacer un diagnóstico diferencial se corrobore poco a poco con más datos, hasta llegar a un diagnóstico definitivo. De este modo, es como podremos hacer la detección y limitación del proceso, pudiendo llevar a cabo el alto -- quirúrgico, o bien de otra forma, si por razones de práctica o dificultades por complicaciones del cuadro clínico, no podemos efectuar la intervención quirúrgica; será igualmente valiosa y útil nuestra acción en la detección y limitación del proceso, que la acción del cirujano maxilofacial, tendrá al eliminar la lesión y rehabilitar al individuo.

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

- 1.- Archer. W. Harry, Práctica de Cirugía Maxilofacial
5a. edición W.B.Sounders Company Philadelphia
Tomo I
- 2.- Bhaskar. S.N. Patología Bucal 3a. edición
El ateneo, Buenos Aires Argentina 1979
- 3.- Goodman. S.Louis, Bases Farmacológicas de la Terapéutica
5a. edición, Interamericana. México 1978
- 4.- Gorlin. Roberth, J. THOMA Patología Oral, 2a. edición
Salvat. Barcelona España 1980
- 5.- Grinspan. David, Enfermedades de la Boca, la edición
Mundi, Buenos Aires Argentina Tomo III
- 6.- Hamm. Arthur, Tratado de Histología, 7a. edición
Interamericana. México 1979
- 7.- Harnich. Heberth, Clínica y Terapéutica de los Quistes
Maxilares, Quintessenz. Berlín 1973
- 8.- Kruger. Gustav, O. Tratado de Cirugía Bucal, 4a.edición
Interamericana México 1980
- 9.- Ries Centeno Guillermo, A. Cirugía Bucal 8a. edición
El Ateneo, Argentina 1979

- 10.- Scholle. Roger, H. The Journal of the American Dental Association Chicago Vols. 99-100-106 y 107.
- 11.- Shafer. Williams. Tratado de Patología Bucal 3a. edición Interamericana, Philadelphia 1977
- 12.- Tiecke. Richard, W. Fisiopatología Bucal Interamericana México 1960
- 13.- Zegarelli. Edward, Diagnóstico en Patología Oral Salvat España 1972