



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"ZARAGOZA"

26 No 23

**TRATAMIENTOS QUIRURGICOS MAS UTILIZADOS
EN QUISTES MAXILARES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n

LUCIA TERESITA BOTELLO DE LAS HERAS
ANA LILIA LOPEZ PORTILLO CASTILLO
LETICIA EUGENIA MANCILLA GONZALEZ



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.

INTRODUCCION.

La profesión de cirujano dentista se mejora día con día aumentando así la importancia de la cirugía; con el objeto de aumentar los conocimientos médico odontológicos y la calidad de los profesionistas mejorando el servicio social en la comunidad donde radican.

Los integrantes de esta tesis sentimos la necesidad de tocar uno de los puntos del área quirúrgica de la odontología y como consecuencia de esto hablaremos del tratamiento quirúrgico de los quistes maxilares.

Enunciaremos en este sencillo estudio el tratamiento quirúrgico de los quistes en los maxilares. La terapéutica aplicable a los quistes dentigeros y paradentarios de estas dos afecciones que tienen grandes puntos de contacto.

El tratamiento consiste esencialmente en suprimir el tumor -- quístico por su extracción del interior del maxilar, o la conservación de parte de la estructura quística en el fondo; ambas maniobras tienden a eliminar el quiste como entidad patológica.

La técnica del tratamiento quirúrgico fué concebida por ----- Dupuytren, Heath y Partsch, quienes dieron principios y fundamentos incommovibles, pero es a Partsch a quién se deben las grandes adquisiciones y conceptos quirúrgicos.

El método de Partsch es el fundador de una escuela de la cual pueden partir modificaciones o alteraciones de la técnica. - Así tenemos el método de Partsch I y método de Partsch II, conocidos también con otros nombres: Método conservador de --- Partsch y Método radical de Partsch.

CAPITULO I

Principios básicos que se deben tomar en cuenta para pacientes que van a ser sometidos quirúrgicamente.

Es importante recordar que para poder llevar a cabo un tratamiento quirúrgico satisfactorio es necesario obtener un buen diagnóstico, que sea el correcto, para lograrlo debemos utilizar todos nuestros conocimientos y experiencias llegando a -- una conclusión final.

Lo dicho con anterioridad se logra a través de una buena historia clínica del paciente que contenga los siguientes puntos.

- Molestia principal.
- Padecimiento actual.
- Antecedentes patológicos.
- Historia social, ocupacional y familiar, hábitos.
- Exámenes de laboratorio (un examen completo de orina y de sangre).
- Estudio radiográfico en el que se incluirán las radiografías necesarias según el caso.

Antes de toda intervención quirúrgica se siguen ciertas normas, tales son:

PREOPERATORIO. La preparación del campo quirúrgico y del instrumental necesario para la cirugía, por lo común ordenado desde el día anterior y guardado después de haber sido esterilizado en el autoclave hasta el momento de ser -- usado.

En el instrumental no deben faltar, además del instrumental básico, bisturis, periostotómos, martillo, cinceles, - pinzas de forcipresión, pinzas de sutura, limas de hueso, curetas, tijeras, pinza gubia, abre bocas, seda para sutura

del 0, 00, 000, las fresas quirúrgicas de fisura, de bola y de cono invertido se sumergen en una solución antiséptica para su debida esterilización, así mismo se dispondrá de gasas estériles.

ASEPSIA. Es importante antes de una cirugía una buena asepsia, que se logra, limpiando muy bien la cavidad oral y la zona operatoria. Todo el instrumental debe estar bien esterilizado, el cirujano debe preceder al lavado de manos siguiendo la técnica adecuada y poniendo especial cuidado en las uñas.

Cuando hay una buena asepsia se evita la infección que es la causa de un fracaso completo en la operación y un obstáculo en la cicatrización de la herida.

SEDACION. Una medicación hipnótica otataráxica logra que el paciente repose normalmente la noche anterior a la intervención y que acuda a la cita tranquilo y descansado, logrando así una amplia colaboración con el odontólogo.

Está indicado una cápsula de 0.1 grms. de nembutal sódico al acostarse y otro una hora antes de la intervención. También se pueden administrar barbituricos asociados a los anticolinérgicos en forma de plexonal, bellergal, u otros similares.

PROTECCION ANTIINFECCIOSA. Es recomendable la administración de antibióticos de 6 a 12 horas antes de la intervención quirúrgica, ya que el proceso quístico es un medio propicio para la proliferación de gérmenes patógenos, así como también la posible contaminación de la herida durante la cirugía, dando como resultado una infección que puede ser en mayor o menor grado según la resistencia del huésped.

PROTECCION DE LA POSIBLE HEMORRAGIA. Si los exámenes de laboratorio nos hacen sospechar la posibilidad de una hemorragia, y esto se debe a una deficiencia de Vitamina "K", se administrará una hora antes de la intervención quirúrgica Vitamina "K", y Complejo "C" (ácido ascorbico). En grandes intervenciones se tendrá dispuesto suero isotónico salino o glucosado. Cuando el paciente padece alguna enfermedad de la sangre como la hemofilia, purpuras, etc., no podrá ser sometido a cirugía sin haber sido controlado categóricamente por los médicos y el cirujano general; estando en la intervención un equipo completo de especialistas.

CUIDADOS PREOPERATORIOS. Antes de llevar a cabo la anestesia, el odontólogo debe conocer el estado psicológico de su paciente, para poder calmar su inquietud tanto psicológicamente como por medio de mediación; debe hablarsele al paciente con suavidad y explicándole paso a paso lo que va a sentir suplicándole su colaboración y confianza, a menos de que sea un paciente muy exitable o neurótico se administrará una medicación pre-anestésica adecuada o bien se atenderá bajo anestesia general en un medio hospitalario y con la colaboración de anestesiólogo.

En caso de que el paciente relate antecedentes de alergia a los medicamentos se deben hacer pruebas de sensibilidad.

Es importante tener cuidado de que tanto el mecanismo del sillón como todo el equipo se encuentre en perfecto estado y en un sitio accesible y fácil de manejar.

Es de vital importancia elegir la solución bloqueadora según el caso en particular, inyectar la solución lentamente y evitar la inyección intravascular.

C A P I T U L O I

Kruger Gustav O.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Ed. Interamericana
Cuarta Edicion 1979
Pags. 1 - 25

CAPITULO II

GENERALIDADES DE LOS ANESTESICOS.

La anestesia puede ser general o local según la magnitud del proceso patológico a tratar.

ANESTESIA GENERAL. Es el resultado de la acción de los anestésicos en el sistema nervioso central. Produciendo depresión en el sistema nervioso (sueño), bloqueando la información dolorosa al sistema nervioso central; o sea la pérdida de sensibilidad, motilidad y conciencia.

Los anestésicos genrales han sido administrados por inhalación, ingestión, e infusión intravenosa.

Volátiles líquidos	{	Eter Cloroformo Compuestos fluorados.
Volátiles gaseosos	{	Oxido nitroso Etileno Ciclo propano
No volátiles o fijos	{	Barbitúricos.

LOS ANESTESICOS VOLATILES Y GASEOSOS. Se aplican por vía respiratoria (inhalación) se siguen diferentes métodos.

1. **METODO ABIERTO.** Se administra al paciente un volumen respiratorio fresco del anestésico por medio de vaporización para un agente volátil a través de una mascarilla o bien el flujo de un agente gaseoso de modo que no hay reinspiración, ni reservirio del anestésico.

2. METODO SEMIABIERTO. Se requiere de válvulas, una colocada entre el reservorio de la mezcla anestésica y el paciente.

Para que inhale un volúmen fresco de anestesia y la segunda válvula colocada de un modo que al respirar - el volúmen completo se disperse hacia la atmósfera.

3. METODO SEMICERRADO. En este método hay una reinspiración parcial, pero parte del volúmen espirado es una porción nueva de anestésico.

4. METODO CERRADO. En este método se coloca un agente químico (cal sodada) en el aparato anestésico para absorber el bióxido de carbono producido por la actividad metabólica del paciente. El individuo está obligado a respirar en un círculo y la ventaja es que el anestésico no se desperdicia.

PRINCIPIOS EN QUE SE BASAN LOS ANESTESICOS.

LEY DE DALTON. La presión parcial de un gas es directamente proporcional a la concentración de este.

LEY DE HENRY. La tensión de los gases en líquidos - es directamente proporcional a la presión parcial de dicho gas.

ANESTESICO DIFUSION. Teorías que explican el meca--nismo de los anestésicos en general.

TEORIA DE MEYER. La teoría explica la solubilidad - en los líquidos; los anestésicos actúan porque son solubles en los gases, sin que la membrana celular ten-

ga lípidos, esto hace que la atraviese y se torne inestimulante.

TEORIA DE TRAUBE O DE LA TENSION SUPERFICIAL. Los anestésicos actúan conteniendo la tensión superficial de la célula o sea produce un efecto polimerizador -- con ella.

TEORIA DE QUASTEL O INHIBICION DE LAS OXIDACIONES. - Dice que los anestésicos lo que hacen es bloquear el metabolismo de la célula en un 50%.

LOS ANESTESICOS NO VOLATILES O FIJOS. Son sustancias que según su dosis de aplicación pueden actuar como sedantes - hipnóticos o anestésicos generales.

DESCIENDEN DE LA MALONIL UREA (ACIDO BARBITURICO). Desde el punto de vista físico: son polvos blancos cristalinos, que se disuelven, de sabor amargo.

Los barbitúricos se clasifican en base al tiempo que tarda su metabolización.

ACCION LARGA. Duran más de seis horas.
Fenobarbital o laminal.

ACCION MEDIA. De tres a seis horas.
Amobarbital o Amytal.
Amobarbital o Seconal.

ACCION CORTA. Dura dos horas.
Pentobarbital o Embutal.
Socobarbital o Seconal.

ACCION ULTRA CORTA. Dura 20 minutos.

Tiopental o Pentotal sódico.

Tiobarbital o Kemital sódico.

Las vías de administración son oral, rectal, intramuscular y endovenosa.

Los barbitúricos tienen afinidad por las grasas, estas son removibles y metabolizadas por vía hepática o renal. Se eliminan los barbitúricos por vía hepática renal y oxidación.

TOXICOLOGIA. Deriva la sobredosificación, resultando depresión profunda del S.N.C. y muerte, por parálisis respiratoria una vez que el pulso ha sido inhibido.

ANESTESIA LOCAL. Son derivados principalmente de la cocaína que es una base nitrogenada de la atropina. Los anestésicos locales más útiles en clínica son las aminas secundarias, la lidocaina, la prilocaina, la procaina y la tetracaina.

Un anestésico local ideal debe tener las siguientes características:

1. Debe ser selectivo sobre las terminaciones sensitivas.
2. Que produzca bloqueo sin estimulación previa.
3. Debe tener un período de latencia corto.
4. Con duración adecuada al tipo de intervención (larga pero no definitiva).
5. De baja toxicidad sistémica.

6. Debe ser efectivo por vía tópica y por inyección.
7. Debe tener compatibilidad con vasopresores.
8. No debe crear dependencia.
9. Deben ser solubles pero no termoestables.
10. Tienen difusión conveniente.
11. No deben actuar como alergenos.

MODO DE ACCION DE LOS ANESTESICOS. El mecanismo de acción es un fenómeno de superficie; la solución anestésica provee una gran superficie libre con iones de la base de carga positiva que son bien absorbidos por las fibras y terminaciones nerviosas que tienen carga negativa.

Los anestésicos son sustancias químicas de síntesis, las cuales por su estructura molecular tienen características y propiedades que los hacen diferenciarse unos de otros.

Para obtener éxito el anestésico local debe tener una capacidad de difusión a través de los tejidos a tal punto que se inhiba el paso de la conducción de los impulsos nerviosos aún cuando se deposite el anestésico a cierta distancia del nervio.

Los anestésicos locales por sí mismos no tienen una acción vaso constrictora apreciable con excepción de la cocaína. Los tipos de sustancias vaso constrictoras son dos:

- Aminas, y
- Polipeptidos.

Estas son útiles en los anestésicos para prolongar su acción y reducir la toxicidad sistémica.

TOXICIDAD SISTEMICA. Efecto de los anestésicos locales en diversos aparatos y sistemas:

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. Son estimulantes. La administración accidental por vía endovenosa produce una estimulación intensa al sistema nervioso central con convulsiones tónico-clónicas (tenso, tembloroso) seguido de un estado de depresión.

La cocaína en pequeñas dosis es estimulante eufórico y es muy útil como droga antifatiga. Estimulante sexual y tiene un efecto depresor motivado por alcohol o barbitúrico.

ACCION EN EL SISTEMA CARDIOVASCULAR. A dosis bajas son -- simpatomiméticos, a dosis altas son depresores del corazón y producen muerte por paro cardíaco.

ACCION SOBRE APARATO RESPIRATORIO. Son depresores pudiendo producir para respiratorio.

1. Depresión directa del centro respiratorio.
2. Como un shock compensador.

ACCION LOCAL DE LOS ANESTESICOS EN TEJIDOS. Son irritantes en general para los tejidos, en mayor grado la cocaína y en menor grado la procaina y lidocaina.

ABSORCION. Es nula a través de la piel intacta, actuando en heridas pequeñas. En mucosas actúan los esteres simples del ácido paraaminobenzoico y algunas aminas por in--

filtración no son bien absorvidas por mucosa.

DESTINO. Es localizado y la absorción es mínima.

EXCRESION. La cocaína se elimina por riñón, la procaina se convierte en ester y las seudocolinesterasas las destruyen eliminándolas por riñón e hígado. La lidocaina sufre biotransformación a nivel hepático como una amina y se elimina por bilis.

TOXICIDAD. Se requieren dosis altas de cocaína para que sea tóxico, pero existen individuos sumamente sensibles -- que con una pequeña dosis presentan shock tónico crónico. La procaina en hiperactivos se presenta hiperexitabilidad. La lidocaina provoca depresión y en casos muy graves amnesia.

INDICACIONES. Se aplica por infiltración en la vecindad del nervio que se va a bloquear y en los planos quirúrgicos por intervenir. Usamos lidocaina (xilocaina) al 2% -- con epinefrina al 1, 1000.000. Prilocaina (citanest) al 3% con octapresin al 0.03U .1 x ml.

ANESTESICOS LOCALES.

Esteres amínicos terciarios del ácido benzoico.

Cocaina
Piperocaina (meticaina)
Butacaina (butina)

Esteres simples del ácido amino-benzoico.

Aminobenzoato de etilo (benzocaina)
Butambeno (picrato de butesin)

Su uso es tópico, son poco solubles pero muy potentes.

Esteres amínicos terciarios del ácido para aminobenzoico

Novocaina (procaina)
Pantocaina (tetracaina)
Novesinolo (venoxinato)

Son comúnmente usados y bien tolerados por infiltración con el problema básico de la novocaina que actua como alergeno.

Amidas

Lidocaina (xilocaina)
Es el más usado por infiltración o spray
Dubicaina (nupercaina)
Solo uso tópico generalmente.
Oxetazaina (mucaine)
Solo uso tópico generalmente

C A P I T U L O I I

Drill Victor A.
FARMACOLOGIA MEDICA
Ed. La Prensa Médica Mexicana
Primera Edición
Pags. 90 - 168

Goodman Lous S. Gilman Alfred.
BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA
Ed. U.T.E.A.
Tercera Edición 1977
Pags. 64 - 176

MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA
Astra.

CAPITULO III

ANESTESIA. Es la base de toda buena intervención quirúrgica. En el caso particular del tratamiento de los quistes dentigeros y paradentarios, operaciones largas y laboriosas. La mayor parte de las veces existe una anestesia perfecta para poder lograr los tiempos operatorios con el máximo de comodidad para el paciente y el cirujano.

Al realizar un tratamiento quirúrgico utilizaremos anestésicos locales, ya que para este tipo de tratamiento es suficiente sin necesidad de emplear anestesia general. Podemos disponer de las siguientes técnicas:

ANESTESIA POR INFILTRACION. Se inserta la aguja a nivel del surco bucal ligeramente hacia mesial del diente por -anestesiarse, se lleva hasta el ápice radicular hasta encontrar el hueso y depositamos lentamente la solución anestésica.

ANESTESIA REGIONAL. Esta técnica consiste en anestesiarse el nervio dentario inferior y el buccinador o bucal largo y es utilizada cuando la densidad de la tabla ósea externa no pierde perfectamente la sensibilidad con la anestesia por infiltración, principalmente con la región posterior de la boca.

ANESTESIA PARA LOS QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR.

REGION ANTERIOR. Incisivos y caninos.

La anestesia para los quistes ubicados en esta región debe ser la infraorbitaria completada siempre por el lado -palatino, con la nasopalatina, siguiendo las técnicas en uso.

En algunas ocasiones es necesario completar la anestesia colocando una torunda de gasa mojada en una solución de - cocaina al 10% o pantocaina o xilocaina en el piso de las fosas nasales.

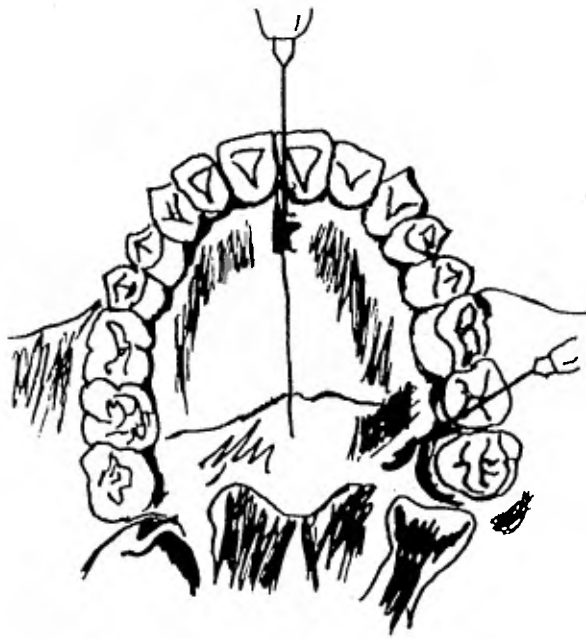
REGION MEDIA POSTERIOR. Premolares y molares.

Los quistes pequeños que clínica y radiográficamente no - tienen relaciones con el seno maxilar, pueden ser nuclea- dos con la anestesia local. Los quistes grandes, con in- vasión a los órganos vecinos, necesitan para su interven- ción la anestesia regional, realizada a la altura de los nervios dentarios posteriores, a la anestesia al tronco - del maxilar superior a la salida del agujero redondo ma- yor en plena fosa pterigomaxilar, anestesia que puede rea- lizarse por vía intrabucal o extraoral completada con --- anestesia local (vestibular y palatino) siempre.

Es preferible en los quistes con invasión sinusal, hacer una amplia anestesia por sí hubiera que intervenir en di- cho órgano. La extra oral es de útil aplicación en estos casos, como toda intervención en estos procesos es aconse- jable hacer una anestesia más extensa que los límites del tumor quístico, para evitarnos sorpresas operatorias. No debemos olvidar que aún quistes pequeños pueden estar ín- timamente ligados a cavidad sinusal, requiriendo como ha- blaremos más adelante, la intervención sobre el seno y la siguiente ventilación por el meato inferior.

LOS ANESTESICOS LOCALES MAS COMUNMENTE USADOS SON.

Novocaina (procaina)
Lidocaina (xilocaina)
Citanest (octapresin)
Carbocain.



ANESTESIA PARA LOS QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR.



ANESTESIA AL DENTARIO POSTERIOR.



TECNICA DE ANESTESIA AL NERVIO MAXILAR SUPERIOR.

ANESTESIA PARA LOS QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR.

En las intervenciones de los quistes del maxilar inferior empleamos sistemáticamente la anestesia regional, al dentario inferior, completada por vía intraoral al nervio bucal y en algunos casos extraoralmente anestesiarnos el plexo superficial, este nos permite intervenir aún en los grandes quistes de la mandíbula.

Las partes blandas que cubren la mandíbula son sensibles cuando se operan los quistes, si no se tiene la precaución de anestesiar el plexo.

Los grandes quistes de la región mentoniana pueden ser intervenidos con anestesia local, en algunos casos esta indicado la doble anestesia doble regional de la espina de Spix o en el agujeromentoniano.

A pesar de que teóricamente la anestesia del nervio dentario, bucal y del plexo, suprime la sensibilidad de la mandíbula se presentan casos en los cuales todos los tiempos operatorios pueden ser realizados sin que el paciente perciba dolor a excepción de la enucleación de la bolsa quística. Muchas veces hay inervaciones que provienen sin duda del piso de la boca, o anastomosis nerviosa que escapan al anestésico, haciendo sumamente sensible la extirpación del saco quístico, la cercanía con el conducto dentario inferior a pesar de los perfectos síntomas de anestesia, originan dolor en este momento de la operación.

La solución no siempre resulta sencilla pues a pesar de todas las precauciones tomadas la operación resulta dolorosa. Un método que puede aliviar a medias este trance, puede ser la introducción de anestésico como la xilocaina con una gasa.

VIAS DE ACCESO. La intervención de los quistes, cualquiera que sea su tamaño y situación, debe ser siempre -- realizada por vía vestibular.

La localización del tumor hace que esta vía de acceso sufra las variantes topográficas correspondientes, pero generalizando, ya se trate de quistes de maxilar superior o de la mandíbula, la vía de acceso debe ser siempre la vía vestibular. Esta vía es la que nos dará mayores éxitos -- operatorios, todas las demás vías de acceso son insufi--- cientes, peligrosas y antiguirúrgicas.

Los quistes del maxilar superior, cualquiera que sea el -- desarrollo topográfico que tomen, invadiendo los órganos vecinos (senos, fosas nasales, bóveda palatina), serán -- siempre intervenidos por esta vía.

Para los quistes correspondientes a la mandíbula puede emplearse la vía vestibular y en algunos casos la vía alveolar agrandada.

Las vías alveolar o palatina ensayadas con fines terapéuticos en el maxilar superior, además de los inconvenien-- tes que presenta para la intervención dan posteriormente retracciones, cicatrices y verdaderos golfos en la arcada alveolar, para reparar los cuales, la prótesis resulta insuficiente.

Algunos casos de excepción pueden ser intervenidos por -- vía palatina.

Quedó pues, sentado que la vía de acceso debe de ser siempre por la región vestibular.



**ANESTESIA AL
DENTARIO
INFERIOR.**



ANESTESIA AL MENTONIANO.

C A P I T U L O I I I

Ries Centeno Guillermo A.

CIRUGIA BUCAL

Ed. El Ateneo

Octava Edición 1979

Pags. 97 - 128

MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA

Astra.

CAPITULO IV

METODO DE PARTSCH I.

El concepto del método de Partsch I, consiste esencialmente - en transformar el quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal, conservando parte de la membrana quística, que por su parte la condición epitelial adquiere en poco tiempo todas las características del epitelio bucal.

En presencia del proceso, del cuál se formularán las indicaciones que posteriormente señalaremos la técnica consiste en resumen, en practicar una incisión que nos permita abordarlo, osteotomía de la porción ósea que lo cubre, y apertura y vaciamiento del quiste, conservando su hemisferio interno. Por este procedimiento, el quiste se aplana y en un tiempo variable desaparece este método tiene defensores de indudable prestigio tales como Wassmund y Cavina.

INDICACIONES. Quistes de gran tamaño o de tamaño mediano, - en los cuales la enucleación traería como consecuencia trastornos por parte del hueso.

- a) Comprometer su integridad ósea.
- b) Hemorrágeas.
- c) Fracturas.
- d) Apertura del seno maxilar.
- e) Apertura de piso de fosas nasales.

Y por parte de los dientes; lesión a la pulpa de los dientes vecinos.

VENTAJAS.

- a) Sencillez de la ejecución.
- b) Buena visualización de la cavidad quística.
- c) La superficie ósea queda cubierta en toda su extensión por epitelio.

- d) Se evita la infección ósea y lesión de los dientes - que conserva la bolsa quística.

DESVENTAJAS. El epitelio quístico es un elemento patológico que debe ser eliminado porque puede sufrir transformaciones - adamantinas o tumorales tales como carcinomas epidermoides, -- (Thoma y Carpenter y algunos autores de la escuela francesa), o recifivar bajo la forma de un nuevo quiste. Por otra parte la integridad histológica de la membrana quística no es siempre absoluta.

En algunos casos el quiste está infectado y la membrana degenerada siendo así su conservación es problemática. La cavidad artificial creada permite la acumulación de alimentos y - líquidos bucales y su putrefacción, con los inconvenientes -- comprensibles.

A pesar de estas contraindicaciones el Partsch I, tiene sus - formales indicaciones, sobre todo en los quistes del maxilar superior con proximidad a antro y nariz. La conservación de la bolsa, reglada por norma quirúrgica especiales es de gran utilidad para defender la cavidad sinusal en peligro o reforzar el piso de las fosas nasales, debilitado o destruido por el proceso quístico.

La mayoría de los autores se inclinan más al método radical, reservando el Partsch I para los casos de expedición ya señalados, y estudio realizado en el Hospital General del C.M.N., del I.M.S.S., nos indica que los quistes medianos y pequeños deben ser tratados por el método radical de Partsch con sutura inmediata o sin sutura ya que son este procedimiento han - conseguido éxito concluyentes.

TECNICA DE PARTCH I. Tiempos quirúrgicos.

- a) Incisión
- b) Desprendimiento del colgajo.
- c) Osteotomía.
- d) Tratamiento de la bolsa quística.
- e) Tratamiento postoperatorio.

INCISION. La incisión se traza siguiendo los límites de la proyección del quiste sobre la cara vestibular; es por lo tanto una incisión circular. La incisión debe situarse en un lugar equidistante entre el surco gingival y el borde libre de la encía, esta incisión circular debe ser mayor que el diámetro horizontal del quiste.

Pueden emplearse las incisiones de Partscho o de Neumann - siendo necesario en tal caso seccionar posteriormente el colgajo siguiendo la cuerda del arco.

La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso cortando encía y periostio.

En los casos en que el quiste se ha exteriorizado por desaparición de la tabla externa y la bolsa quística por lo tanto está en íntimo contacto con el periostio, debemos tener la precaución de no abrir extemporáneamente el quiste, porque después la maniobra de desprendimiento y separación de la bolsa quística no es muy simple, por la dificultad de individualizar la pared quística.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO. Esta maniobra se realiza -- con una legra pequeña o con una espátula roma.

Se toma el labio superior de la fibromucosa incidida con una pinza de disección o dientes de ratón o con una pinza de Kocher, para facilitar la separación del colgajo de su

base ósea o de la bolsa quística según el caso. Se inicia la maniobra desde el centro del arco, la pinza se sostiene con la mano izquierda y la legra con la derecha; se separa el colgajo con movimientos suaves con preferencia a expensas de la fibromucosa, tratando de no herir la bolsa quística el labio del paciente debe de mantenerse levantado con un separador, para que no moleste el curso de las maniobras operatorias, este separador es sostenido por el ayudante.

El colgajo debe levantarse hasta los límites superiores del quiste. Límites que son prefijados por la radiografía.

En caso de realizarse incisión de Partsch o Neumann, se retira el separador que mantiene levantado el labio y se coloca sosteniendo el colgajo, así el campo operatorio quedará visible y no se lastimará el colgajo en los tiempos operatorios que se sucederán.

OSTEOTOMIA. La extracción del hueso que cubre el quiste puede hacerse con diversos instrumentos, aplicables según el grado de destrucción del mismo.

En el caso de que el hueso este adelgasado puede ser seccionado con un bisturí para hueso; cuando está parcialmente destruido se completa con pinza gubia.

Si el hueso es firme y duro, debe de practicarse osteomania a escoplo o a fresa,

El escoplo es sostenido con la mano izquierda y el martillo con la derecha.

La fresa da buenos resultados y es menos traumatizante --

que el escoplo, se usa una fresa redonda del número 406 y se practican orificios coincidentes con el diámetro del quiste. La tapa ósea se extrae con pinza gubia o con el mismo escoplo, no se debe dejar hueso muy papiráceo o deshiscente puede fracturarse o necrosarse y al actuar como cuerpo extraño engendra supuraciones que duran mucho tiempo y que exigen una nueva intervención con el objeto de eliminar el secuestro.

Insistimos en que la apertura a la bolsa quística debe ser mayor o igual que la circunferencia del quiste.

TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA. Ya en presencia de la bolsa quística se toma ésta con una pinza de Kocher y con el bisturí se abre ampliamente en toda la extensión del quiste.

Extraída así "la tapa del quiste", se vacía su contenido y se lava su interior con suero fisiológico, es importante el empleo de una solución isotónica de plasma celular, para no producir lesiones en el epitelio quístico.

En caso de haber usado colgajo de Partsch o de Neumann este se introduce dentro de cavidad quística y ambos tejidos llegan a adherirse íntimamente.

Es recomendable obturar la cavidad quística con gasa yodo formada vaselinada que no se adhiere a los tejidos y es fácilmente removible, la cantidad de gasa necesaria para obturar la cavidad debe estar en porción con el volumen de la misma, esta gasa no debe producir taponamiento o presión excesiva, para que no se produzcan esfacelos por comprensión del colgajo gingival o de la bolsa quística. Esta gasa se renueva cada 24 horas, dependiendo del mayor

o menor tiempo de permanencia en la cavidad del estado de material. Si se infecta o da mal olor se debe cambiar -- con más frecuencia.

Cada cambio de gasa exige un lavado cuidadoso de la cavidad quística, con suero fisiológico o una solución de fenol alcanforado se seca la cavidad con gasa común y se -- vuelve a obturar cada vez con cantidades menores.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO. Consiste en sucesivos cam--- bios de gasa yodoformada y lavajes de la cavidad quística con suero fisiológico o con solución alcohólica de fenol alcanforado.

Este tratamiento es largo y molesto en ello reside uno de los inconvenientes y después de una vigilancia de 20 a 30 días por parte del cirujano, se deja la cavidad abierta, sin nueva mecha de gasa. El paciente debe encargarse del cuidado de la cavidad practicándose el mismo lavaje con - una jeringa apropiada.

FINALIDADES DEL METODO DE PARTSCH I.

- a) Detención inmediata del crecimiento del quiste, por supresión de la presión endoquística.
- b) Gradual adquisición por parte del epitelio quístico de los caracteres del epitelio de la mucosa bucal.
- c) Aplanamiento progresivo de la pared del quiste hasta su desaparición.

En estas palabras está compensado el éxito del método que tiene sus formales indicaciones. A pesar de todas estas considera

raciones, sólo lo aplicaremos en los casos que hemos indicado antes. El factor que más, nos detiene es el posible peligro de la degeneración de la membrana quística como sostienen entre otros autores: Thoma, Carpenter, Cahn, etc.

LA TECNICA DE PARTSCH I EN EL MAXILAR SUPERIOR.

- a) Línea de incisión trazada sobre la proyección de los límites del quiste.
- b) Se toma la encía con una pinza de dientes de ratón y se secciona con un bisturí.
- c) Sección a tijera de la "tapa del quiste"
- d) Sutura de la bolsa quística y del tejido gingival.
- e) Relleno de la cavidad quística con gasa yodoformada.

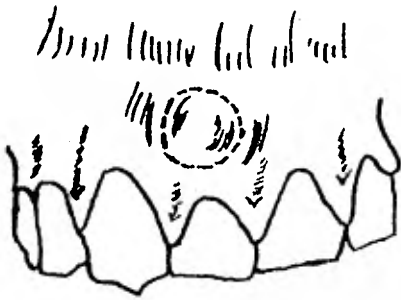
La indicación para el empleo de esta técnica está dada por -- aquellos quistes de volumen importante situados como el caso de la figura en la región anterior del maxilar superior, en vecindad con el piso de las fosas nasales, originando la protuberancia de Gerber o en inmediata relación con la cavidad nasal.

LA TECNICA DE PARTSCH I PARA LA OPERACION DE LOS QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR.

- a) Aspecto del quiste.
- b) Incisión circunscribiendo el proceso quístico.
- c) Corte anteroposterior del maxilar inferior, relación del quiste con las paredes bucal y lingual.

- d) Desprendimiento de la "tapa del quiste".
- e) Secado de la cavidad quística con gasa.
- f) Sutura de la bolsa quística y tejido gingival.
- g) Esquema del tiempo quirúrgico que se esquematiza en "F" (corte posterior del maxilar inferior).

(1)



(2)



(3)



(4)



TECNICA DEL METODO DE PARTSCH I

METODO DE PARTSCH I.

1. Línea de la incisión, trazada sobre la proyección de los límites del quiste.
2. Se toma la cubierta de mucosa con unas pinzas de dientes de ratón y se secciona con bisturí.
3. Sección a tijera de la tapa del quiste.
4. Relleno de la cavidad quística con gasa yodoformada previa sutura de la bolsa quística y del tejido gingival.

C A P I T U L O I V

Ries Centeno Guillermo A.

CIRUGIA BUCAL

Ed. El Ateneo

Octava Edición 1979

Pags. 639 - 642

H. Birn J. E. Winther

ATLAS DE CIRUGIA ORAL

Salvat Editores S. A. 1979

Pags. 1 - 6

CAPITULO V

METODO DE PARTSCH II

El método radical de Partsch consiste esencialmente en la completa enucleación de la bolsa quística, la cavidad ósea que la aloja queda por lo tanto vacía y el mecanismo de relleno de la cavidad se hace de dos formas según las derivaciones de las cuales depende la regeneración ósea, son las siguientes:

- a) Método de Parstch II con sutura.
- b) Método de Parstch II sin sutura, obturando la cavidad ósea con distintos materiales.

En el primero la cavidad ósea se llena de sangre, y de la organización del coagulo depende la osificación.

En el método sin sutura la cavidad se tapiza lentamente de --epitelio y por un mecanismo análogo, por el cual se aplana el quiste en el método de Partsch I, tiene lugar la regeneración de las cavidades patológicamente creadas por el proceso.

INDICACIONES.

- a) En todos los quistes dentígeros y radicales con un diámetro no mayor de tres centímetros.
- b) Sólo puede aplicarse en quistes estériles, los infectados deben operarse con el método sin sutura.

VENTAJAS. La principal es: La rapidez en la cura. Lo que nos dará la terapéutica a seguir será dada en el momento operatorio al apreciar las condiciones de la bolsa y de su contenido.

DESVENTAJAS. El peligro del método con sutura reside en que el coagulo puede infectarse y supurar con todas las secuelas que una infección de esta clase trae consigo, este peligro --

puede sortearse dando a la operación todas las seguridades de asepsia que exige una intervención y que sean factibles de -- aplicar en la cavidad bucal.

La obturación de las cavidades quísticas con sustancias hemos táticas, antisépticas y obturadoras de espacio, salva los inconvenientes de la infección y la retracción del coagulo.

Si a pesar de todas las precauciones tomadas, el coagulo se infecta y supura, se cortan las suturas y se realiza el tratamiento por el método abierto.

TIEMPOS QUIRURGICOS.

- a) Incisión: Neumann o Partsch.
- b) Desprendimiento de tejido gingival y confección de los colgajos.
- c) Osteotomía.
- d) Enucleación de la bolsa quística.
- e) Tratamiento de la cavidad ósea.
- f) Sutura.
- g) Tratamiento postoperatorio.

METODO DE PARTSCH II CON SUTURA PARA LOS QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR.

INCISION. En la región vestibular poco más o menos a la altura de los apices dentarios efectuamos con un bisturi la incisión, esta debe abarcar una extensión mayor que los límites del proceso patológico y en profundidad debe llegar hasta tejido óseo, tomando precauciones para no lesionar la bolsa quística, en caso de encontrarse el tejido óseo muy adelgazado o papiracio.

El ayudante seca el campo operatorio con gasa y se toman lue-

go los bordes de herida con pinzas de Kocher, pasando al siguiente tiempo quirúrgico.

DESPRENDIMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL Y CONFECCION DE LOS COLGAJOS. Con una espátula de bordes romos, con legra o espátula Freer, o con un periostotómo, se separa con especial cuidado el tejido gingival de su inserción del hueso.

Este desprendimiento de colgajo debe realizarse abarcando un límite mayor que la extensión del quiste, porque solo así tendremos un fácil acceso a la bolsa quística.

En caso de que la inserción de la encia y la bolsa quística sea íntima y profunda, tendremos como resultado una maniobra delicada en el desprendimiento y separación de dichos tejidos, esto se puede hacer con tijera o borde romo de bisturi.

OSTEOTOMIA. Consiste en el levantamiento de la tapa ósea que cubre al quiste. Variantes:

- a) Cuando el tejido óseo que lo cubre está sano con o sin modificación de sus límites (abombamiento de la tabla externa).
- b) Cuando el tejido óseo se encuentra destruido y en este caso la fibro mucosa está directamente en contacto con la vaina conjuntiva del quiste, de acuerdo con estas variantes serán dos las formas de actuar.

En el primer caso, para llegar al tumor quístico será necesario trepanar el tejido óseo, esta osteotomía se realiza por medio de fresas quirúrgicas, excoplos, martillo y pinzas gu-- bias.

Para la fabricación de una ventana en la tabla externa, anteriormente se utilizaba escoplos finos y delicados y con pin--

zas gubias se aumentaban los diámetros de la abertura ósea, -
cuya extensión debe ser igual o mayor que los límites del ---
quiste.

En la actualidad se utilizan fresas quirúrgicas, primero una
redonda para hacer los orificios en el hueso alrededor de la
zona quística y en seguida con una fresa de fisura se unen di
chos orificios haciendo con esto más fácil y rápido el levanta-
miento de la tapa ósea.

En el segundo caso, será necesario también agrandar con pin--
zas gubias la abertura creada por el proceso.

Después de la osteotomía se nos presentará la bolsa quística
con su color azulado rojizo característico del brillo nacara-
do y de consistencia variable según la presión del líquido --
quístico.

ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA. Primero procedemos al va-
ciado del contenido de la bolsa quística, esta operación se -
realiza punzando la bolsa quística con una aguja de mediano -
calibre y haciendo la succión del contenido quístico en la bo
ca del paciente.

Después de vaciado el quiste seccionamos su pared con bisturí
o tijeras y lavamos su interior secándolo con gasa o aspira--
dor bucal para pasar a la enucleación de la bolsa quística.

Tomamos los bordes de la incisión de la bolsa quística con --
pinzas de Kocher (dos por cada borde), sosteniendo las cuatro
pinzas con la mano izquierda, con la mano derecha se detiene
una espátula de bordes romos y con ella se realiza el despren-
dimiento de la bolsa de su alojamiento óseo.

La enucleación de la bolsa quística se realiza siguiendo los

límites superiores en primer término, para dedicarnos en seguida a la porción inferior, quedando adherida nada más por la inserción de cuello productor del quiste, esta colilla quística puede ser enucleada por dos vías, raspado de la misma por vía alveolar después de su extracción o raspado por la misma brecha operatoria, eliminando así toda la bolsa quística evitando recidivas.

Posteriormente raspamos la cavidad quística en hueso con el objeto de eliminar hasta las partículas más pequeñas de la membrana, se pincela luego la cavidad ósea con agua oxigenada y se efectúan toques con una solución de óxido de zinc al 10% con el objeto de eliminar todos los restos quísticos.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. Raspamos con cucharilla la parte blanda vecina provocando ligera hemorragia, y así se llena la cavidad quística de sangre para la formación del coágulo.

Algunos autores indican espolvorear la cavidad con yodoformo y sustancias desinfectantes, otros empaquetan materiales absorbibles tales como: Oxycel, alvogyl, novocel, etc.

Es decir cualquier material que cumpla con la finalidad del coágulo.

SUTURA. Solo está indicado en quistes no infectados. Este método exige rigurosa asepsia de la operación, que el coágulo y la cavidad no se contaminen con la salida y el medio ambiente, con estas precauciones habremos llevado al máximo dentro de las posibilidades asépticas de la cavidad bucal. las condiciones favorables, para mantener la esterilidad del coágulo sanguíneo.

Se desciende el coágulo y se le sutura con untos aislados, --

los puntos deben distar entre sí de medio a un centímetro.

El material de sutura que se usa es hilo común de lino, de se da o nylon.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO. Terminada la operación se lleva al enfermo a su domicilio, donde guardará cama el día de la operación, por lo menos el paciente debe permanecer semi sentado y descansando con varias almohadas colocadas detrás de la cabeza.

Si el caso lo requiere, se administrarán analgésicos (silicatos, pirazolonas, butazona, pirrolicos).

QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR.

Los quistes del maxilar inferior pueden ser tratados, también, por varios métodos: Partsch I, Partsch II, con sutura o sin sutura. Siguiendo los tiempos quirúrgicos ya mencionados, -- con sus pequeñas variaciones según la localización del quiste.

Desde el punto de vista quirúrgico y topográfico los quistes del maxilar inferior pueden ubicarse en cuatro regiones:

- a) Región mentoniana.
- b) Región de los premolares.
- c) Región de los molares.
- d) Región de la rama ascendente.

REGION MENTONIANA. Esta región comprende la parte anterior del maxilar, desde la línea media hasta el agujero mentoniano ambos lados.

El método más usual es el de la enucleación total de la bolsa quística con sutura o sin ella, siendo más aconsejable la su-

tura inmediata.

REGION DE LOS PREMOLARES. Con los quistes de esta región se seguirán los procedimientos ya descritos. La indicación importante reside en los cuidados que hay que darle al paquete dentario inferior y al ramillete mentoniano, cuyo descubrimiento y lesión es fácil; provocando esto varios accidentes como lo son: Hemorragias profusas, neuritis, neuralgias y -- anestias, si se llega a lesionar el nervio.

La hemorragia de los vasos se cohibe por taponeamiento con gasas o gelfoam, la lesión del nervio puede preverse cubriéndolo con el colgajo gingival. Asimismo después de la extracción de grandes quistes que dejan el conducto dentario al descubierto y cuando se utiliza la técnica de calidad abierta, -- se debe colocar el colgajo en el interior de la cavidad ósea de manera que cubra el conducto expuesto, para mantener el -- colgajo en su sitio se utiliza una tira de gasa yodoformada.

REGION DE LOS MOLARES. Los quistes de esta región, de tamaño mediano, pueden ser intervenidos por Partsch II con sutura, quistes de mayor tamaño (dentigeros o paradentarios) deben -- ser extirpados por el método de Partsch II obturando la cavidad ósea con gasa.

REGION DE RAMA ASCENDENTE. Los quistes encontrados en esta región, cualesquiera que sean sus dimensiones, deben ser operados por vía bucal.

El método de enucleación total debe imponerse en esta región no se puede esperar el aplanamiento del quiste según Partsch I.

En los grandes quistes que llegan hasta apofisis coronoides -- pasando por condilo, la incisión debe ser amplia siguiendo el

borde anterior de la rama ascendente desde las regiones cercanas a la coronoides hasta por delante de los límites del quiste, es necesario abrir ampliamente los labios de la herida, sosteniéndolos con separadores y traccionando el labio.

Muchos quistes han destruido el borde anterior de la rama y se exteriorizan después de la sección de la mucosa y el periostio que los separa del musculo masetero sin hueso intermedio. La extracción de la bolsa quística no deja de tener sus dificultades, por lo cual se debe de tener mucho cuidado de no lesionar el periostio o el musculo adyacente, lo mismo puede suceder con respecto a la cara interna, se complica más el cuado. En estas circunstancias, cuando el paquete está directamente adosado al saco quístico o solo separados por escasas porciones de tejido óseo. La ruptura intempestiva de los vasos dentarios inferiores pueden traer hemorragias aparatosas que resultan muy difíciles de tratar.

La indicación común para todos los quistes mediante grandes del maxilar inferior, se refiere al peligro de fractura que puede ocurrir en el acto operatorio o la fractura espontanea del hueso a causa del quiste (causa predisponente de la fractura de los maxilares). La cuestión hay que considerarla desde los puntos de vista. En presencia de un gran quiste que ha debilitado extraordinariamente el hueso, dándole el aspecto de la quilla de un barco, se debe preever el peligro de la fractura del maxilar colocando para esta emergencia un aparato de contención.

En grandes quistes, en los cuales pelagra la integridad del hueso puede estar indicado la colocación de un injerto óseo -- tomado del borde anterior de la tibia o del borde superior -- del hueso coxal. (Este injerto se aplica después de haber -- operado el quiste). Otros autores preconizan el empleo de -- trozos menudos de hueso, tomados del borde superior del hueso

coxal, estos fragmentos óseos actúan eficazmente como puntos de osificación y a sus expensas se reconstruye el hueso, ----- Leuborg aboga por el relleno de las grandes cavidades quísticas con yeso.

Cuando la fractura llegará a ocurrir antes del tratamiento del quiste, será necesario considerar ambas afecciones, se colocará aparato de contención, si el quiste no es supurado puede demorarse su tratamiento, en caso de quiste infectado, en el cual la fractura pudo haber provocado el descargo de la bolsa, la enucleación del quiste se impone.

METODO DE PARTSCH II CON SUTURA EN LOS QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR.

El tratamiento de los quistes del maxilar inferior, como ya se dijo, sigue con ligeras variantes, el plan de tratamiento de los quistes del maxilar superior, sean estos paradentarios o dentigeros.

Ya habíamos dicho que la vía de acceso de estos tumores puede ser la vestibular combinada con la vía alveolar agrandada, debido a los escasos límites de la mandíbula hay que emplear a menudo como complemento la vía alveolar.

TIEMPOS QUIRURGICOS.

INCISION. Igual que la del maxilar superior los límites, dirección y tamaño de la incisión varían, naturalmente de acuerdo con la ubicación del quiste.

DESPRENDIMIENTO DE LA FIBROMUCOSA. Se utiliza la técnica idéntica a la utilizada en el maxilar superior,

OSTEOTOMIA. Pueden presentarse en el maxilar inferior las --

dos situaciones ya previstas en el maxilar superior.

ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA. Se procederá en este caso con la técnica antes mencionada para los quistes del maxilar superior, vaciando el contenido quístico con jeringa poste---riormente al desprendimiento y extracción de la membrana quística.

Hay, sin embargo una variante de importancia y esta reside en las relaciones que tenga el proceso con el paquete vasculonervioso.

En caso de íntima relación de este paquete con la membrana, - es necesario una proliga disección, con el objeto de separar ambos elementos.

METODO DE PARTSCH II SIN SUTURA.

OBTURANDO LA CAVIDAD OSEA CON DISTINTOS MATERIALES. La ope- ración sigue en un todo las normas señaladas para el método - con sutura. Los tiempos quirúrgicos son los mismos con la va- riación residiendo en el tratamiento de la cavidad ósea y tra- tamiento postoperatorio.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.

OBTURACION DE LA CAVIDAD OSEA CON MATERIALES EXTRAÑOS AL ORGA- NISMO. Terminada la enucleación de la bolsa quística y ali- sados los bordes óseos, se lava la cavidad con suero fisioló- gico, agua oxigenada, se seca con gasa simple.

Se aconseja el tocamiento de las paredes óseas con cloruro de zinc al 10% o ácido tricloro acético con el fin de destruir - los restos posibles que quedaran en ella.

El labio inferior del colgajo (superior en caso del maxilar superior) se introduce dentro de la cavidad quística y sobre el rellenando la cavidad se aplica gasa de obturación.

La gasa de obturación más usada en este tipo de operación es la yodoformada vacelinada que nos trae estas ventajas.

- a) Cumple las funciones del coagulo.
- b) Nos da amplias seguridades se esterilidad de la cavidad ósea y la no descomposición de este material de cura.
- c) No se pega a la cavidad por lo tanto es de fácil desalojamiento.

Esta gasa se retira de la cavidad ósea en un tiempo variable (24 a 96 hrs.), en relación con el estado de conservación de este material reconocible por su olor.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO. A las 48 hrs. revisamos al paciente, si creemos necesario cambiar la gasa yodoformada, hay que tener la precaución de impregnarla perfectamente con agua oxigenada caliente, con objeto de despegarla de la cavidad ósea, evitando dolores y hemorragias, el retiro de la gasa debe hacerse muy levemente.

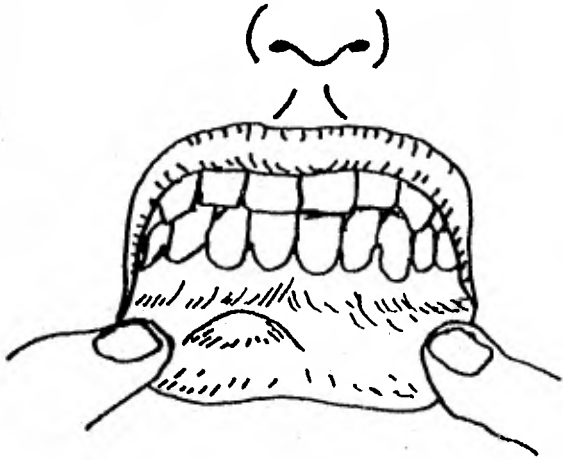
Una vez retirada la gasa yodoformada, se procede a lavar la cavidad con suero fisiológico tibio en abundancia y se pincela la cavidad con óxido de zinc al 10% o ácido tricloro acético y se vuelve a obturar con gasa yodoformada dejándola otras 48 ó 72 hrs. Esta maniobra se repite durante 5 ó 6 sesiones hasta que comprobemos que la cavidad no sangra más, desde este momento se suspende la gasa yodoformada. "No debemos olvidar que la gasa es un material extraño al organismo, que despierta todas las reacciones tisulares normales", cuanto menos pueda estar más útil será su acción. La membrana se va cubriendo de -

una membrana color verde rojizo, índice de una tentativa de -
epitelización.

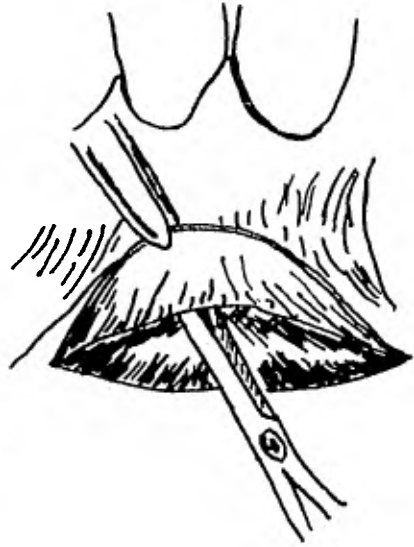
A los 20 ó 30 días la cavidad está cubierta de epitelio y con
toda lentitud y durante un largo tiempo tiene lugar su proce-
so de reducción, grandes cavidades quísticas al cabo de 5 ó 6
meses quedan reducidas a pequeñas entradas o diminutos aloja-
mientos en el maxilar.

"Los inconvenientes en este procedimiento residen en el tiem-
po extraordinario largo que se necesita en el postoperatorio,
el dolor y la posible hemorragia que se se presentan en cada
maniobra".

(1)



(2)

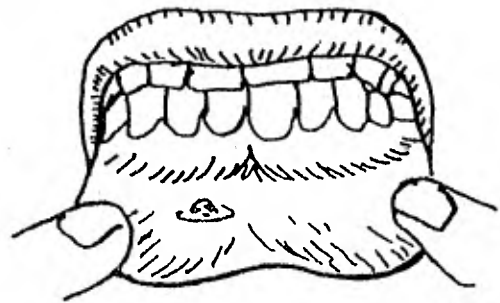


(3)



(3)

(4)



**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UN
QUISTE LOCALIZADO EN LA MUCOSA
LABIAL**

1. Extirpación quirúrgica del quiste de la mucosa labial.
2. Disecando cuidadosamente, se separa la mucosa de la tumora
ción quística, utilizando instrumental no cortante.
3. Terminada la disección se libera el quiste y las glándulas
salivales de la vecindad.

La sutura de la herida debe incluir únicamente la mucosa,
evitando así la afectación de las glándulas subyacentes.

4. Una incisión elíptica que rodee al quiste en su totalidad
facilita una extirpación completa de la lesión.

C A P I T U L O V

Birn Herluf / Winter Erik Jens

ATLAS DE CIRUGIA OPAL

Salvat Editores S. A. 1979

Pags. 47 - 60

Ries Centeno Guillermo A.

CIRUGIA BUCAL

Ed. El Ateneo

Octava Edición 1979

Pags. 643 - 652

CAPITULO VI

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES RELACIONADOS CON - REGIONES O CAVIDADES VECINAS.

En los procesos quísticos se ponen en relación las cavidades o regiones que topográficamente quedan en su vecindad: Seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina, fosa pterigomaxilar, y órbita para el maxilar superior, conducto dentario inferior con su paquete vasculonervioso, agujero y ramillete mentoniano, para el maxilar inferior.

La relación variable del quiste con estas cavidades, regiones y elementos hacen que en el tratamiento quirúrgico deban contemplarse ciertas reglas particulares y normas quirúrgicas especiales, con el objeto de mantener la integridad del órgano vecino y realizar con éxito los fines de la intervención: La eliminación del quiste como entidad patológica.

QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR.

a) Los quistes en relación con el seno maxilar.

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

1. Seno que ha sido respetado en su integridad --
anatómica y funcional.
El quiste está lejos del seno o lo separa un -
tabique óseo, suficiente espesor como para ase-
gurar su vitalidad y conservación.
2. El quiste tiene su membrana en íntima relación
con la membrana sinusal, pudiendo en este caso
presentarse dos variantes:
 - 2.1. El quiste es puro y el seno no está infectado.
 - 2.2. Infección del quiste con o sin infección del -
seno.

La conducta para cada caso es diferente condicionada por la relación quístico-sinusal.

PRIMER CASO. Cuando clínica y radiográficamente no hay relación con el seno se procederá con el método Partsch I ó II ya mencionados.

SEGUNDO CASO. Quiste en íntima relación con seno con sus tres variedades.

- a) Quiste puro y seno sin infección.
- b) Quiste infectado y seno sin infección.
- c) Quiste infectado y seno infectado.

QUISTE PURO Y SENO SIN INFECCION. Con comunicaciones grandes puede intentarse la conservación de la bolsa quística (Partsch I) con la esperanza de que esta refuerce la pared mucosa del seno maxilar o valerse del método de Wassmund del que ya hablaremos posteriormente.

Si se prefiere enuclear la membrana se practica con un bisturí la incisión de la mucosa sinusal en límites coincidentes con la ventana ósea quístico-sinusal, se abre la comunicación del meato inferior (Caldwell-Luc), se obtura la cavidad quística y cavidad sinusal con gasa yodoformada, cuyo extremo se saca por la perforación en el meato y se cierra definitivamente con sutura la herida bucal.

QUISTE INFECTADO Y SENO SANO. El único tratamiento es: Enucleación total de la bolsa quística, resección de la pared quístico-sinusal, se continua con el método rinológico.

QUISTE INFECTADO Y SENO INFECTADO. Enucleación total de la bolsa, resección de la pared quístico-sinusal, tratamiento radical del seno maxilar por enucleación de la membrana enferma

y del contenido patológico del seno y se continua con el método rinológico.

METODO RINOLOGICO.

Consiste en la transformación del quiste en una cavidad anexa al seno maxilar ampliando la comunicación quístico-sinusal.

La incisión de la mucosa bucal se cierra con varios puntos de sutura, el seno maxilar y el quiste son drenados ampliamente hacia las fosas nasales mediante canalización.

La técnica utilizada es la siguiente: Como en este método - se entra en territorio de inervación múltiple es recomendable la anestesia general, o la anestesia del nervio maxilar superior, reforzada con una afosa pterigomaxilar.

La operación sigue los principios del método de Caldwell-Luc y la incisión es igual a la de Partsch I y II, siguiendo sus indicaciones. En el desprendimiento de los colgajos se sigue la técnica ya estudiada.

La osteotomía sigue en un todo las normas quirúrgicas ya señaladas.

TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA. La mayoría de los autores aconsejan su completa enucleación para evitar recidibas, esta se hace por método ya mencionado.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD AFECTADA. Cuando el quiste ya esta abierto ampliamente y se ha vaciado su contenido, se seca su interior con gasa y se verifica la importancia de la comunicación quístico-sinusal, procedemos al método radical, se abre una ventana con pinza gubia siguiendo los contornos del hueso sano (el hueso dehiscente o papiráceo se elimina), crea

da la ventana se considera el estado del seno y se procede en consecuencia según las preferencias del operado: Resección o conservación de la mucosa sinusal.

El detalle quirúrgico de interes consiste en la eliminación - de todos los divertículos o nichos que el quiste pudo ocupar en su invasión sinusal, de este modo se evitan sinusitis e infecciones sobre agregadas que complicarían la intervención.

COMUNICACION CON LAS FOSAS NASALES.

Como en la operación de Cadwell-Luc, la nueva cavidad quístico-sinusal necesita un drenaje suficiente porque el ostium no alcanza a llenar los propósitos que se exigen en estas operaciones. "El drenaje debe estar situado en un punto vecino al piso del seno", para evitar estancamientos y facilitar los -- cuidados y lavados postoperatorios.

La preparación de este drenaje se realiza en la cara externa de las fosas nasales y a nivel del meato inferior, siendo menester en algunas ocasiones reseca la cabeza del cornete. - La apertura ósea se realiza con escoplo; el hueso no presenta gran resistencia.

Anteriormente la cavidad quístico-sinusal se obturaba con gasa yodoformada y un extremo se sacaba por la ventana del meato inferior, pero esto crea un serio problema en su extrac---ción por lo que se procedió por otro método que ha dado resul---tados satisfactorios.

La cavidad quístico sinusal se deja vacia o se puede expolvo---rear antibióticos en su pared. En caso de existir alguna superficie ósea sangrante, puede depositarse a ese nivel un trozo de oxichel o gelfoam, colocando una cánula de polietileno - en el meato inferior por la ventana previamente hecha, la ---

cual es retirada en un período convincente.

SUTURA DE LA INCISION BUCAL.

Los labios de la herida bucal se unen con varios puntos de su tura con lo cual se asegura un cierre hermético y las contingencias de una posible abertura, que establecería de este modo una comunicación permanente con la cavidad bucal, con sus posibles consecuencias.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

El paciente después de haber sido sometido a una intervención de esta magnitud, debe permanecer en cama dos o tres días.

Se le practican lavados del seno dos o tres veces por semana con una solución antiséptica cualquiera (suero fisiológico). Este tipo de lavado de la cavidad sinusal tiene por objeto -- eliminar las secreciones o coagulos que puedan almacenarse en su interior.

LOS QUISTES EN RELACION CON EL PISO NASAL.

Estos quistes que han invadido el piso de las fosas nasales - deben ser tratados por métodos particulares, porque en el caso de gran destrucción del piso óseo nasal, en que el quiste esté en contacto con la pituitaria, la maniobra operatoria de enuclear la bolsa quística (Partsch II), trae como consecuencia la rotura o desgarramiento especial, pudiendo acarrear comunicaciones buconasales, que presentan un cuadro a veces dramático para el paciente (entrada de alimentos a la nariz, modificaciones en el timbre de la voz, etc.) Por lo tanto, los quistes en relación con las fosas nasales deben ser estudia-- dos prolijamente antes de la intervención, fijados sus lími-- tes y relaciones (radiografía intraoral, oclusal, extraoral -

de perfil), correlacionado estas radiografías podemos darnos una idea bastante aproximada de los límites del proceso quístico.

Las normas a seguir para los quistes en cuestión son las siguientes:

1. QUISTES SIN RELACION NASAL.

En estos quistes la radiografía da una extensa porción de tejido sano, a pesar del abombamiento del piso nasal y de que no haya síntomas particulares a la investigación digital por las fosas nasales.

Pueden ser intervenidos por el método de Partsch II, ya mencionado anteriormente.

2. QUISTES EN RELACION CON LAS FOSAS NASALES.

Estos quistes que ya han destruido el piso de las fosas nasales y hay íntimo contacto entre membrana quística y mucosa nasal; requieren para su intervención - normas quirúrgicas especiales.

Los métodos de extirpación total son insuficientes y peligrosos, sobre todo cuando no se cierra bajo sutura inmediata y se recurre al taponamiento con gasa yo doformada, pueden ocurrir perforaciones de la mucosa nasal, con el cuadro ya referido, en la imposibilidad de utilizar estos métodos el que menos trastornos acarre es el siguiente: Incisión de Neumann, desprendimiento del colgajo, osteotomía, enucleación del quiste y adosamiento del colgajo bajo una sutura inmediata. El coágulo puede proveer el suficiente tejido pa ra obturar alguna posible brecha. El procedimiento -

conservador de Parstch I, tiene útil aplicación, método ya mencionado ampliamente.

El método que en realidad debe aplicarse en los quistes con amplia comunicación clínica y radiográfica -- con el piso nasal, o en los casos que puede preeverse tal suceso en el curso de la operación, es el método de Wassmund, publicado por el autor en los años 1929, 1930 y 1933 y reproducido en su libro Lehrbuch ----- derpraktischen chirurgie des mundes un der kiefer ---- (1940).

METODO DE WASSMUND.

Se trata de una incisión que se realiza fácilmente, permite -- una amplia visión del campo operatorio es muy amplia para que los bordes de la herida no se traumatizen y lesionen durante la operación, se recomienda para los dientes del maxilar superior.

Wassmund utiliza para cubrir el piso nasal debilitado o ya -- perforado, el colgajo mucoperístico usual, obteniendo por la incisión de Neumann o la incisión de Parstsch, conservado el -- hemisferio interno del quiste, sobre el cual el autor aplica dicho colgajo al cual mantiene fijo con puntos de sutura.

Ambas superficies la epitelial del quiste y la perióstica del colgajo se adhieren íntimamente y por el natural aplanamiento del quiste, el colgajo vuelve a tomar el sitio que ocupará en el vestibulo bucal.

TECNICA DEL METODO. Wassmund considera dos maneras de aplicar el método:

MAXILAR CON DIENTES.

INCISION. (Neumann o Partsch).

Desde el surco vestibular al borde libre se trazan dos incisiones tangentes a la circunferencia del quiste descendiendo hasta las papilas gingivales correspondientes a cada uno de los trazos verticales. Debemos tomar en cuenta los posibles peligros de afecciones en el parodonto por lesiones en el ligamento circular, porque la parte que queda comprendida entre las incisiones tiene que regenerar su mucosa, hemos comprobado que se regenera perfectamente, si se prefiriese conservar la inserción gingival, podemos usar la modificación de Wassmund que obtiene el colgajo de las partes vecinas. Este colgajo se prepara de la siguiente manera: Se traza una incisión que se inicia en el lado opuesto desde el fondo del surco vestibular, o aún desde la cara interna del labio, desciende en forma curva, tangencial a la preferencia del quiste, y a un centímetro por encima de la línea de los cuellos dentarios, corre paralela a esta línea, cruza la línea media y se detiene a nivel de cara distal del canino del lado opuesto, - se procede a trazar una segunda incisión arqueada y paralela a la primera que se detiene a la altura donde se detuvo la -- primera incisión; se unen ambas incisiones arqueadas, con un trazado vertical. Estas incisiones que deben llegar en pro-- fundidad hasta el hueso (mucosa y periostio) circunscriban un trozo de tejido que servirá para la plástica.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.

El colgajo se desprende según arte, hasta dejar al descubierto el orificio anterior de la fosa nasal. El periostio se se para de la mucosa nasal con un periostotomo, una espátula roma o con una torunda de gasa, como quiere Wassmund. La torunda de gasa puede sostenerse con una pinza de Kocher.

Con el objeto de alargar el colgajo, sobre todo para que este

sea de utilidad práctica en aquellos quistes que se extienden profundamente hacia el paladar.

El periostio, que es inextensible, se opone al alargamiento, por lo tanto como en los métodos indicados al considerar las comunicaciones buco-sinusales, se incide horizontalmente la cara interna del colgajo, es decir, el periostio. Esta incisión permite alargarse a la mucosa elástica en medio centímetro aproximadamente.

TRATAMIENTO DEL QUISTE.

Para este método Wassmund conserva el hemisferio interior del quiste sobre su cara interna coloca directamente el colgajo - que se mantiene con un tapón de gasa o se fija con puntos de sutura al paladar duro.

La técnica a seguir es: Se toma una aguja con el hilo de sutura y se perfora el colgajo cerca del borde libre, con la -- misma aguja se atraviesa el paladar (puede tratarse de hueso de la bóveda palatina y mucosa del paladar, o mucosa palatina solamente, con su periostio, en caso de que el hueso haya desaparecido por el avance del quiste) en punto que este situado frente a la perforación que hemos realizado en el ángulo - del colgajo, por el primer paso de la aguja y se pasa el hilo, a través de la vía palatina creada por la aguja, se repite la maniobra en el otro lado del colgajo, enhebrando de nuevo la aguja con el extremo opuesto del hilo que permanece en la cavidad quística. Ambos cabos se anudaran de este modo en el - paladar, para facilitar esta maniobra, que resulta un poco en - gorrosa en la profundidad del quiste, recurrimos a un método sencillo que reúne las finalidades de la sutura y del taponamiento. El colgajo se fija con un tapón-sutura (punto capito - ne) que se construye de la siguiente manera: Se toma un tro - zo de gasa yodoformada, la cual una vez plegada llene sin com

primir demasiado la cavidad quística, se pliega la gasa y se le pasan los hilos que van a servir para fijar el colgajo, en dos puntos extremos del tapón. Esta maniobra es realizada -- por fuera de la cavidad quística.

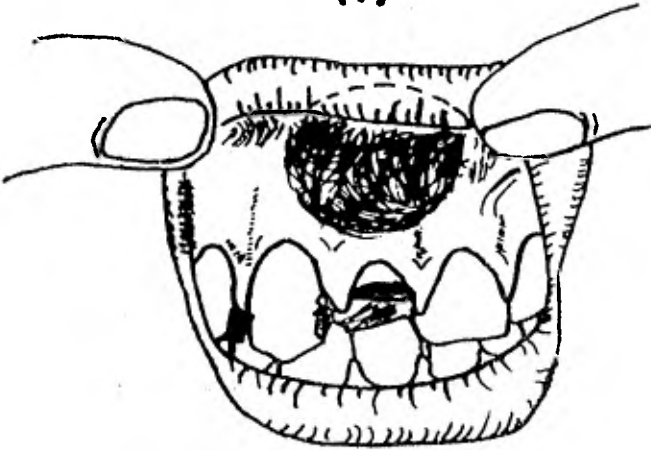
El tapón-sutura está mantenido por el lado vestibular del colgajo, con los segmentos bucales de los hilos, y se continua - ahora como se indico en el método de Wassmund.

MAXILAR DESDENTADO.

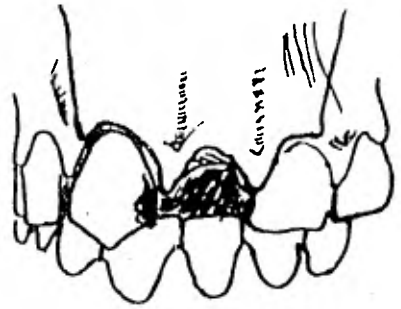
En el maxilar sin dientes se pueden encontrar quistes cuya relación con el piso nasal exige la aplicación del método con - el fin de evitar perforaciones.

En los maxilares desdentados se pueden obtener colgajos de mayor longitud recurriendo a la cubierta fibromucosa de la bóveda palatina, prolongando por lo tanto las incisiones verticales y llegando en el paladar hasta donde sea necesario para - lograr un colgajo útil. El hueso descubierto, lo mismo como sucede en la región anterior, o en las plásticas para obturar comunicaciones buco-sinusales, se cubre de granulaciones, las cuales al poco tiempo, regeneran el tejido perdido. Está indicado cubrir la parte ósea deanuada con una tira de gasa yodoformada, la que se sostiene con suturas sencillas.

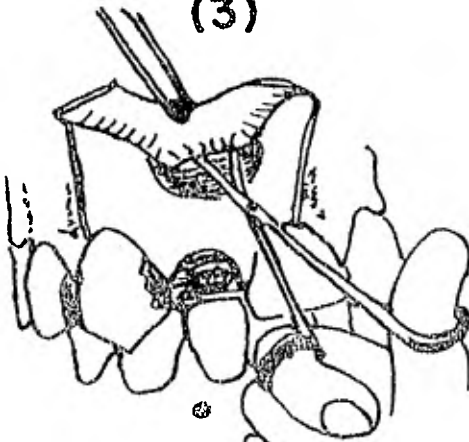
(1)



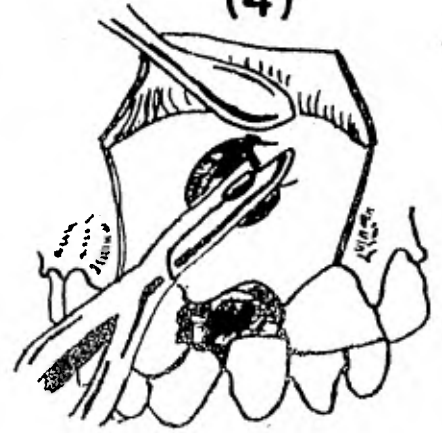
(2)



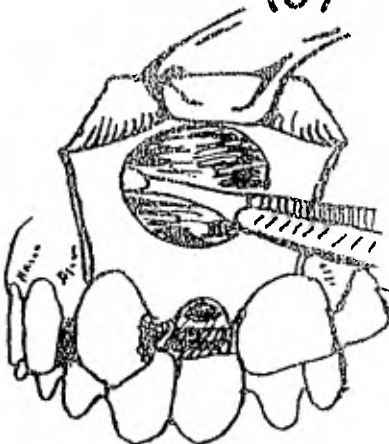
(3)



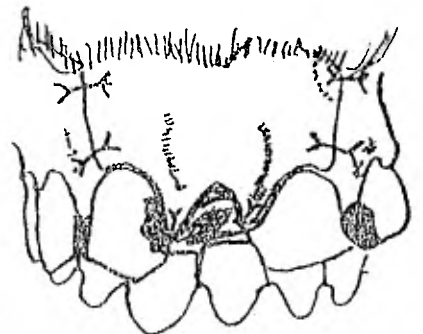
(4)



(5)



(6)



TRATAMIENTO QUIRURGICO DE UN QUISTE RADICULAR

1. Quiste radicular de un incisivo lateral, pero muy en relación con los ápices de los dientes vecinos.
2. Tipo de incisión utilizado cuyo tamaño depende del grado de afección de la cortical, que puede diagnosticarse por la palpación. (Incisión mínima que puede exigirse).
3. Se expone la tumoración quística, incluyendo la región preapical de las piezas, extirpando la parte correspondiente a la membrana quística, que se envía a laboratorio para su estudio histológico.
4. Se revisa cuidadosamente la parte residual del quiste en busca de zonas hiperplásicas u otras alteraciones patológicas, que si se encuentran tienen que ser extirpadas.

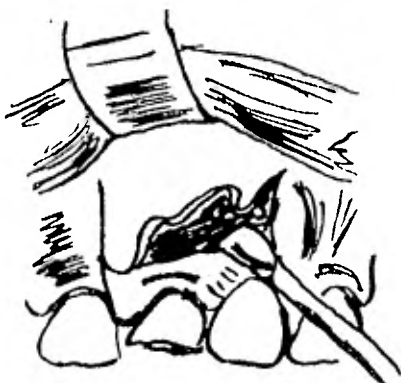
El diente causante debe ser conservado, el tratamiento del quiste debe ser precedido por la apicectomía sea convencional o retrógrada.

5. Se sutura el colgajo como lo muestra el dibujo, y a continuación, en la misma mucosa, cerca del fondo del saco y a suficiente distancia de las raíces de los dientes se abre una ventana del tamaño del obturador.
6. Se introduce el tubo a través de la apertura, colocándolo a cierta distancia de la pared distal del quiste. En el extremo externo del tubo se hacen unos agujeros que sirven de retención a un collarete de acrílico.

(1)



(2)



(3)



(4)



(5)



(6)



**INTERVENCION
PARADENTARIO**

DE UN QUISTE

1. Incisión de Neumann.
2. Desprendimiento del colgajo con un periostótomo.
3. Ostectomía con fresas quirúrgicas (de bola y fisura)
4. Prehensión de la bolsa quística con una pinza de Kocher.
5. Enucleación de la bolsa quística con un periostótomo, inspección de la cavidad ósea. Se hace la extracción del incisivo lateral. (Se debe prestar atención a la tabla ósea vestibular que debe conservarse con miras a la futura prótesis).
6. Descenso del colgajo y sutura.

C A P I T U L O VI

TRATADO DE PATOLOGIA ORAL THOMA

Ries Centeno Guillermo A.

CIRUGIA BUCAL

Ed. El Ateneo

Octava Edición 1979

Pags. 654 - 677

CAPITULO VII

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES CON SUPURACION AGUDA.

Los métodos hasta ahora descritos se refieren a quistes estériles o quistes crónicamente infectados cuyo cuadro séptico no es de tener en cuenta para variar la oportunidad de la intervención quirúrgica.

Una conducta muy distinta hay que seguir con los quistes inflamados agudamente, cualquier quiste puede adquirir en forma aguda caracteres inflamatorios de gravedad variable. (La infección del quiste puede llevarse a cabo por vía hemática o infección local). Ambas llevan a un mismo fin que es la infección aguda del quiste. Cuando la infección alcanza las partes vecinas puede causar celulitis, osteitis, osteomielitis más o menos graves, sinusitis purulenta, tromboflebitis por propagación y otras afecciones.

En ambos casos el estado del paciente indica un cuadro de intensa inflamación aguda, fuertes dolores locales e irradiados, tumefacción de la región, enrojecimiento de los tejidos blandos que cubren el proceso quístico y aumento de la temperatura local.

El estado general está también resentido, fiebre en ocasiones muy elevadas, decaimiento, dolores musculares, repercusiones sobre las articulaciones (artritis infecciosa). En tal estado el quiste no debe ser operado, salvo que especiales condiciones lo aconsejen.

Lo indicado es efectuar el tratamiento previo del estado inflamatorio y algún tiempo después proceder a la enucleación del quiste.

Este tratamiento previo consiste en incisiones del quiste para drenar su contenido purulento, medicación general para me-

jorar las condiciones del paciente.

El drenaje del quiste puede hacerse por vía canicular del ---
diente causante; puede estar indicada cuando este no tenga va
lor estético o funcional, o no pueda realizarse con éxito por
cualquier razón su tratamiento de conductos y su amputación -
del ápice radicular.

En los quistes con intensa reacción se aconseja practicar una
ventana ósea de drenaje por la cual se elimina el contenido -
quístico y se lava la cavidad con sustancias antisépticas, es
ta ventana de drenaje debe realizarse de acuerdo con la futu-
ra operación.

Al poco tiempo sus límites se reducen, si el orificio molesta
rá a los fines quirúrgicos pueden avivar sus bordes con bistu
ri y suturarlos con catgut.

La vía gingival lleva más pronto a la remisión de los sínto--
mas inflamatorios.

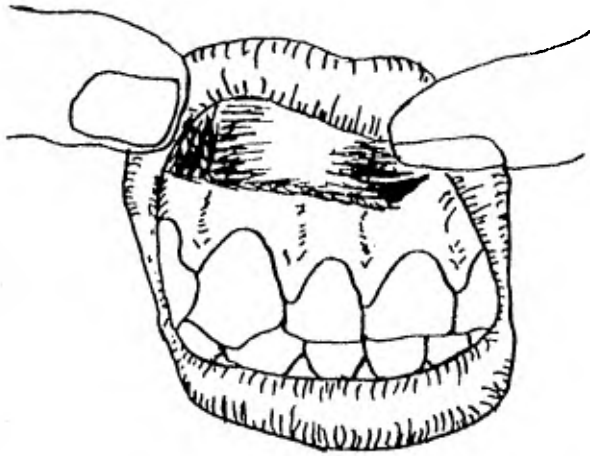
La medicación general y local es la acostumbrada antimicrobia
nos (penicilina "G" sódica y potasica o procaína, en sensibi
lidad a ella eritromicina, lincomicina, etc., en sospecha de
estafilococo: oxacilina, cloxacilina, dicloxacilina, cefalos
porinas, etc.), analgésicos y antipiréticos.

El quiste debe ser lavado gran cantidad de veces al día durah
te una semana por medio de una cánula e irrigador, cualquier
solución antiséptica es buena. Wassmund aconseja en los pro
cesos extraordinariamente putridos la inyección de fenol al--
canforado dentro de la cavidad quística.

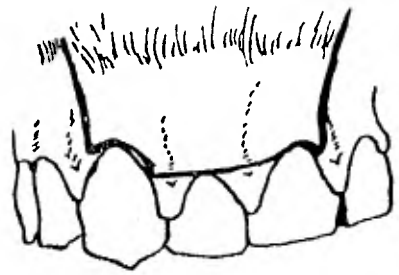
El drenaje del quiste agudamente supurado debe realizarse en
todos los casos. Esta es una indicación formal de la cual -

el operador apartarse para así poder remitir los síntomas locales o generales y preverse males mayores.

(1)



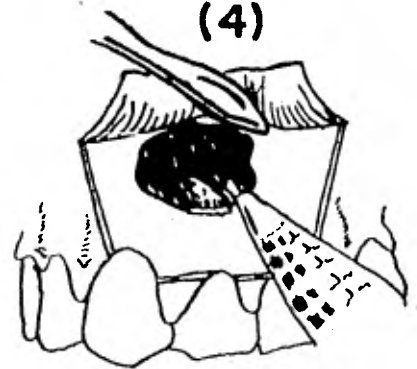
(2)



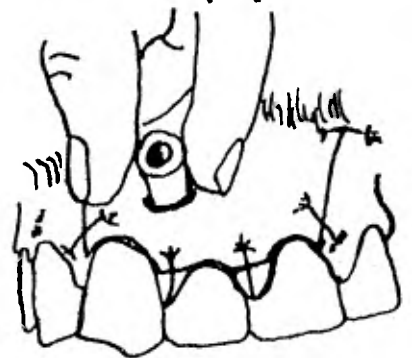
(3)



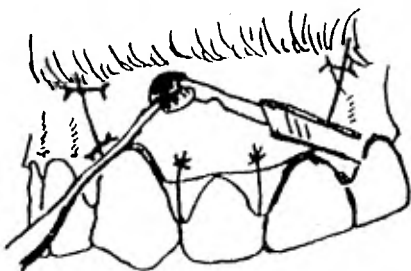
(4)



(6)



(5)



TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS GRANDES QUISTES

1. Con objeto de ilustrar una técnica quirúrgica hemos elegido un quiste radicular formado a consecuencia de una caries profunda de un incisivo lateral superior que debe ser extraído.
2. Después de la extracción del diente se hace una incisión trapezoidal. Obsérvese que las papilas interdetales se inciden a nivel de las crestas.
3. Se diseña el colgajo mucoperiostico. Si la membrana quística esta adherida a la submucosa, la disección se lleva a cabo con tijeras colocándolas cerradas entre periostio y quiste. Entonces se abren y se cierran sucesivamente hasta la separación de ambas estructuras.
4. Se agranda la apertura ósea con pinza gubia, evitando que se rompa la membrana quística, hasta conseguir un fácil acceso a la cavidad quística.
5. El quiste es extirpado con cureta o periostotómo como lo muestra el dibujo.
6. Los puntos de sutura se colocan como lo muestra el dibujo.

C A P I T U L O VII

Shafer Hine Levy
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Ed. Interamericana
Tercera Edición 1977

Ries Centeno Guillermo A.
CIRUGIA BUCAL
Ed. El Ateneo
Octava Edición 1979
Pags. 673 - 677

?

CAPITULO VIII

PROCEDIMIENTOS PARA DISMINUIR EL VOLUMEN DE LOS GRANDES QUISTES.

Está indicado en el maxilar inferior en aquellos casos en que por su volumen la operación del quiste es capaz de comprometer la integridad del hueso o puede lesionar severamente el paquete vasculonervioso dentario inferior; en el maxilar superior; puede practicarse en quistes cercanos al seno maxilar o fosas nasales o en quistes que por su volumen comprometen la integridad o anatomía del hueso, en ambos maxilares cuando los quistes se presentan en íntima relación con dientes vitales o cuando queremos que el diente causante del quiste ocupe su lugar en la arcada.

La técnica a seguir es la siguiente: Buscamos por inspección o palpación el sitio más declive o el de más fácil acceso, para crear una ventana quirúrgica que comunique la cavidad bucal.

Con anestesia local infiltrativa se practica una ventana en el lugar antes señalado, por intermedio de un bisturi que seccionará en forma circular la mucosa bucal y el periostio en presencia del hueso.

Que en quistes voluminosos suele ser delgado y papiraceo, se realiza una ventana en este con escoplo, pinzas gubias o fresas quirúrgicas y se seccionará la bolsa quística, permitiéndose el vaciamiento del quiste y lavando la cavidad con una solución alcohólica de fenol alcanforado (10 a 20 gotas en un vaso de agua hervida o suero fisiológico).

Para evitar el cierre de la ventana quirúrgica creada, debe colocarse en la cánula a ese nivel, la cual se mantiene con puntos de sutura en la encía, es útil pasar y anudar los hilos de sutura en la boca de la cánula, esta debe dejarse colocada

de 8 a 10 días, hasta que los bordes de la comunicación creada, se han epitelizado, evitándose de este modo su cierre inoportuno.

La disminución del volumen del quiste se realiza en períodos de tiempo variable, que van de acuerdo al tamaño del quiste, el poder de reedificación ósea y la edad del paciente, ocupa generalmente un tiempo de 6 meses a 2 años. Después de este período cuando el examen radiográfico así lo aconseje, porque el volumen del quiste haya disminuido realmente, hasta adquirir las condiciones que la aplicación del método indica, se operará el quiste producto del tratamiento.

C A P I T U L O V I I I

Ries Centeno Guillermo A.

CIRUGIA BUCAL

Ed. El Ateneo

Octava Edición 1979

Pags. 677 - 678

CASOS CLINICOS

UN ANALISIS RADIOLOGICO DE LA REGENERACION DEL HUESO DESPUES DE UNA QUISTECTOMIA DE QUISTES DENTOGENOS.

Se examinó de manera radiológica y clínica a 38 pacientes con quistes dentógenos, que habían sido operados según Partsch II. La comprobación de la regeneración se hizo dependiendo de la edad, del sexo, de la posición de los quistes en el maxilar, del tamaño de los quistes, del lapso de tiempo después de la operación y de la función.

Para mayor claridad se dividieron los pacientes en cinco grupos por edad. Más frecuentemente se presentó una regeneración hasta el vigésimo año de edad (85.7%). Dentro del sexo femenino nose se presentó en mayor número de los casos (11 de 16 = 68.75) una regeneración del hueso, que dentro del sexo masculino (14 de 22 - 63.6%).

El hueso que presenta la mejor curación, es el hueso de frente del maxilar inferior, seguido del hueso de la zona de los dientes del lado del maxilar superior, mientras que el hueso de frente del maxilar superior presenta la curación menos satisfactoria.

Conforme al aumento de los quistes disminuye la capacidad de regeneración del hueso. Se constata un aumento de la regeneración hasta tres años postoperatorios.

INTRODUCCION.

Muchas intervenciones quirúrgicas se apoyan en la capacidad de regeneración del hueso. Por medio de un análisis radiológico se quiere estudiar en que medida se produce una regeneración del hueso después de quistectomía de quistes dentógenos, y de que factores depende esta regeneración.

MATERIAL Y METODO.

Para el análisis se experimentó en 38 pacientes de la clínica y policlínica para estomatología quirúrgica y cirugía facial y maxilar de la Universidad Carlos Marx en Leipzig. Estos pacientes fueron examinados radiológicamente y clínicamente. - Para mayor claridad se dividió a estos 38 pacientes en cinco grupos por edad. Se analizó según la regeneración dependiendo de los siguientes criterios: edad, sexo, la posición de los quistes dentro del maxilar, el tamaño de los quistes, el lapso de tiempo después de la operación y la función.

RESULTADO.

La distribución por edad de los pacientes dió los siguientes resultados.

hasta 20 años	7 pacientes =	18.4%
21 - 30 años	9 pacientes =	23.7%
31 - 40 años	13 pacientes =	34.2%
41 - 50 años	7 pacientes =	18.4%
51 - 60 años	2 pacientes =	5.3%

Según estos resultados figura en primer lugar el grupo de 31 hasta 40 años. Este resultado coincide con los cuadros de -- los autores citados por Wonneberger.

Una regeneración del hueso se presentó en los grupos de la siguiente manera:

hasta 20 años	6 de 7 pacientes =	85.7%
21 - 30 años	6 de 9 pacientes =	66.7%
31 - 40 años	8 de 13 pacientes =	61.5%
41 - 50 años	5 de 7 pacientes =	71.4%
51 - 60 años	0 de 2 pacientes =	-

En total se pudo demostrar una regeneración del hueso en el - 65.8% de los pacientes.

En el 34.2% de los pacientes sometidos a un examen médico ulterior se constataron todavía cavidades huecas que quedaron - en la zona del quiste anterior.

La distribución de los quistes demostró que 22 de los pacientes masculinos y 16 de los pacientes femeninos, tenían quistes.

La distribución predominante de quistes para el sexo masculino fue encontrado igualmente por otros autores: Schwebel, --- Eleck, Kirchner, Wonneberger.

Dentro del sexo femenino sucedió en mayor número de los casos (11 de 16 pacientes = 68.75%) una regeneración del hueso, que dentro del sexo masculino (14 de 22 pacientes = 63.6%).

24 (= 63.2%) de 38 pacientes tenían quistes en el maxilar superior, y solamente 14 pacientes (36.8%) tenían quistes en el maxilar inferior.

Partsck ya había señalado en 1917 (8), que la frecuencia de quistes en el maxilar superior era extraña, y que los quistes se presentan intensificadamente, según Wonneberger, en el lado izquierdo del maxilar.

El hueso de frente del maxilar inferior se cura mejor y de manera más completa. En la zona de los dientes de lado del maxilar superior se presentó un restablecimiento del defecto óseo en 87.7% de los casos.

La regeneración menor ocurrió en la zona de frente del maxilar superior (41%).

Por medio de estos resultados se prueba que la posición de -- los quistes influye en la duración de la regeneración del hueso.

Como diente culpable se reveló el incisivo; del lado (1) = -- 45.8% de todos los casos); Wonneberger 25.9%, Schwebe 38.41% Rosenstein 20.1%, mientras que en el maxilar inferior se trata del molar de seis años (7 = 50% de los casos); Rosenstein 7%, Schwebe 5.19%, Lellig 14%.

1. En el maxilar superior.

Según el tamaño se distribuyen los quistes de la siguiente manera:

tamaño de chicharo	5 = 13.2%
tamaño de avellana	14 = 36.8%
tamaño de cereza	11 = 28.9%
tamaño de nuez	4 = 10.5%
tamaño de ciruela	4 = 10.5%

Pudimos observar una regeneración en dependencia del tamaño -- de los quistes:

tamaño de chicharo	en 4 de 5 casos = 80%
tamaño de avellana	en 11 de 14 casos = 78.6%
tamaño de cereza	en 6 de 11 casos = 54.5%
tamaño de nuez	en 2 de 4 casos = 50%
tamaño de ciruela	en 2 de 4 casos = 50%

Según el tamaño disminuyó la capacidad de regeneración del -- hueso dentro de la serie de tamaño de chicharo hasta tamaño -- ce ciruela.

El lapso de tiempo después de la operación era, en el caso de nuestros pacientes, de diez meses hasta cinco años.

Una regeneración del hueso se demostró:

después de un año	en 3 de 6 casos = 50%
después de dos años	en 6 de 11 casos = 54.4%
después de tres años	en 10 de 12 casos = 88.3%
después de cuatro años	en 3 de 4 casos = 75%

En total constatamos que se presenta una regeneración del hueso después de una quistectomía de quistes dentógenos, lo que se puede presentar y comprobar por radiografías.

Dentro de los 38 pacientes tomados en consideración por nosotros, se presentó una curación del hueso maxilar, en el caso de 25 pacientes = 65%. En el caso de 13 pacientes = 34.2% se presentaron huecos, lo que está determinado por diferentes -- factores como: edad, sexo, tamaño de los quistes, localiza-- ción de los quistes, disposición de los dientes en el maxilar.

DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

La fuerza de afirmación de un análisis radiológico no puede -- ser inequívoco, puesto que las condiciones dentro de la zona maxilar, así como el procedimiento radiológico no permiten -- una verdadera comparación de ennegreción que sería la única -- medida para el grado de calcificación.

La zona de quistes y su zona cercana no están estructuradas -- de la misma manera, el material fotográfico es diferente, el tiempo de revelación y la técnica de radiación del primer exa-- men médico y del examen médico ulterior no coinciden.

Por razón de estas posibilidades de errores no era posible de

comprender y analizar de manera cualitativa la regeneración.

Nos tuvimos que limitar a decidir si la cavidad hueca de los quistes se llenó de huesos o si quedaron todavía huecos.

REVISTA: Stomatol DDR

TITULO: Radiological Interpretation of bone regeneration after
cystectomy of odontogenic cysts.

AUTOR: Laffers V. Zimmer H.

VOLUMEN: 27 Num. 4 Año 1977 apr.
Páginas del número 473 - 478.

EL MANEJO POCO USUAL DE LOS PROBLEMAS EN EL TRATAMIENTO DE UN QUISTE PARCIAL PROLONGADAMENTE DESTRUCTIVO.

El reporte de un paciente con prognatismo presenta una lesión periapical destructiva que fue causada por resorción de las raíces bucales y palatinas del primero y segundo molar.

El tratamiento inicial y el diagnóstico fueron influenciados por ausencia de piezas dentales y un incontable historial clínico. Endoconcia mal empleada fueron encontradas filtración intracoronal de fluidos, saliva, fluido continuo a través de canales abiertos hacia defectos periodontales. El reporte patológico describió un raro hallazgo de grandes porciones de tejido fibroso cicatrización, indicando que algo de reparación o curación había ocurrido antes del tratamiento.

La resorción de raíces dentales y destrucción de lámina cortical no son cicatrizaciones muy comunes en comunicación o encontradas junto con quistes y tumores benignos; pero son más características de lesiones malignas. Registros de artículos no han revelado patologías pulpares causadas por resorción de ambas láminas corticales, la palatina y bucal. Referencias de algunos textos que las patologías pulpares pueden causar resorción radical si las lesiones son infecciones crónicas de evolución prolongada que destruyen las fibras periodontales.

El concepto de Shear dice que la resorción radical que parte de quistes radicales es rara, mientras tanto quistes dentígeros tienen más tendencia hacia resorción radicular que otros quistes simples de mandíbula. En la patología oral de Thomas establece que el granuloma dental su tejido en contacto directo con la raíz, es la más frecuente causa de resorción radicular, considerando el quiste radicular se nota más por el desplazamiento de dientes que por resorción. Mientras autores aprueban un tratamiento conservador de mantenimiento

de lesiones destructivas pericoplicadas grandes.

Weisman señaló la importancia de la extirpación quirúrgica y la biopsia siempre que una área radiolucida sea descubierta. Este punto es ampliamente enfatizado por reportes de lesiones metastásicas remediando la patología periapical.

CASO REPORTADO.

El 12 de octubre de 1978, un soldado blanco de 29 años fue reportado a la clínica dental del Fuerte Benign para un examen anual. El paciente había regresado recientemente de Corea y su registro dental se había perdido en el viaje. La queja -- principal del paciente fue de molestia al poner en contacto -- algunos dientes, los segundos molares en oclusión. Se tomaron en cuenta, síntesis quirúrgicas que incluyen impresiones del alginato, registro de mordida, trasplante de hueso facial, fotografías del pre-tratamiento y una radiografía cefalométrica. Nuevas síntesis dentales fueron también iniciadas al incluir un breve historial médico dental panorámico y radiografías de aleta de mordida. Antes de que el paciente fuera despedido, un examen clínico reveló un caso moderado de gingivitis y no detectó lesiones de caries o alguna patología. Una revisión de radiografías aleta mordida no mostraron deterioro aparente o pérdida del hueso. Al paciente le fue dado un mandato de aparecer ante el comité después de completar su trabajo.

El tratamiento planeado se diagnosticó al paciente que tenía una maloclusión esquelética clase III con una severa apertura de la mordida anterior, análisis cefalométricos, trazos -- predispuestos y un modelo quirúrgico sugirieron un tratamiento planeado que incluyo la extracción de todos los cuatro -- terceros molares, una osteotomía del segmento posterior del

maxilar y una osteotomía oblicua intraoral de la mandíbula.

El área afectada fue observada en el repaso de una radiografía panorámica. Una gran lesión radiolucida que envolvía el ápice superior del primer y segundo molares izquierdos habiendo causado la resorción externa de la raíz. Fue decidido que estos dientes serían críticos en el tratamiento quirúrgico y deberían de ser tratados con una cicatrización antes de la fase del tratamiento antes dicho.

Radiografías revelaron una gran área circunscrita radiolucida unilocular, aproximadamente 16 mm., de diámetro envolviendo el ápice del primer y segundo molares izquierdos superiores. Ambos dientes revelaron evidencia de resorción externa de la raíz, resultando con una apariencia quebrada. El primer molar contenía una gran restauración de amalgama así como una gran y amplia cámara pulpar. La historia fue negativa por el trauma, el dolor y la recolección del tratamiento dental en el área. Un examen clínico reveló que la lesión había destruido ambas placas bucal y palatina córtical. El tejido palatino lingual y ambos molares aparecieron inflamados y se sentía blando con apariencia de corcho, con impalpable hueso subyacente. La placa córtical bucal apareció delgada y dúctil con una sensación de rechazo en la palpación. Resultados de pruebas vitalométricas quedaron sin respuesta para los primeros y segundos molares izquierdos superiores, mientras que los otros dientes respondieron dentro de los límites normales. Ninguna respuesta se produjo en percusión e inmovilidad fue observada.

El paciente fue enviado al Hospital de la Armada Martín para una evaluación por un patólogo oral y un cirujano oral. Los resultados clínicos y radiológicos parecieron indicar una prolongada periodontitis secundaria apical a la necrosis pulpar

del primer molar izquierdo superior. Como no había rastros -- de una lesión pre-existente que pudiera ser encontrada, ni -- una luz de la resorción externa de las raíces, la posibilidad de un granuloma de célula gigante o un cambio maligno fueron considerados.

Una exploración quirúrgica fué llevada a cabo en la clínica -- de cirugía oral siguiendo una aspiración negativa. Una aleta completamente densa con incisiones verticales revelaron que -- fueron hechas, exponiendo fragmentos de la placa bucal córti- cal, una densa masa blanda de tejidos y las raíces del prime- ro y segundo molares izquierdos superiores. La masa estaba -- adherida a la mucosa alveolar en el área de dos brotes anorma- les bucales. Una porción de frenillo fué enviado al laborato- rio de patología para un examen histológico. Una apicectomía de los dientes fué llevada a cabo para dar acceso a la masa; en la cual se observó la perforación del hueso palatino unido a la mucosa palatina. Siguiendo la enucleación de la masa la herida fué irrigada con solución salina normal y luego la su- tura.

A un mes postoperatorio, el tejido apareció saludable y el -- tratamiento endodóntico del primer y segundo molares izquier- dos superiores fué iniciado. Bajo una tapa con apariencia a corcho, se encontraba la amalgama llenando el primer molar la que fue cuidadosamente removida, no así para remover ninguna estructura dental. Una perforación de 1 mm. de diámetro fue encontrada en la mitad del área bucal del cuerno de la pulpa. En breve después de la restauración removida, un fluido claro el cual parecía tener consistencia de saliva, fue observada -- en la cavidad preparada. El fluido fue succionado y la tapa con apariencia de corcho fué checada por las salidas. Aun-- que esta tapa quedo intacta, el diente se llenó otra vez con el fluido el cual parecía manar desde el diente hasta la tapa

con apariencia a corcho. El área fué secada por succión por segunda ocasión y entonces fué observada detenidamente. El fluido empezó a manar desde el cuerno perforado en la mitad de la pulpa bucal dentro de la cavidad preparada. Una jeringa de 1 cm³ fué usada para extraer el fluido del diente. En un período de cinco minutos dos jeringas fueron llenadas y -- después mandadas al laboratorio para análisis. La raíz de cámara pulpar fué entonces removida, exponiendo por un momento la cámara pulpar vacía. Una broca o ensanchador de tamaño mediano y una lima del número 35 fueron insertados en los tres conductos, pero el desecho del tejido no fue detectado. El fluido continuó mandando durante el proceso. El diente fue entonces de sellado con una técnica de obturación doble con interrupciones temporales y encima un algodón con cavit tratado con formocresol.

Un examen visual del sitio operado cicatrizado reveló un defecto en el área de la extirpación del frenillo. Se creyó -- que la saliva entró en la cavidad quística del defecto quirúrgico y después fluyó hacia los conductos pulpares manifiestos en la porción coronaria del diente en un modelo de sifón. El análisis del laboratorio mostró que el fluido tiene un componente de amilasa con saliva.

El segundo molar izquierdo superior fue endodónticamente tratado, el conducto de la raíz obturado quedó perfecto sin se-- cuelas. El segundo molar izquierdo superior, no obstante, -- continuó goteando la saliva en la extirpación de la obtura-- ción temporal.

Dos meses después del intento inicial al tratar la raíz del -- conducto del primer molar izquierdo superior, una consulta -- con el endodonsista y el paadonsista resultó una segunda in-- tervención quirúrgica para corregir el defecto mucogingival y

ejecutar la obturación retrograda de restauración con amalgama en el primer molar.

En la cirugía se encontró que la encía keratinizada sobre el diente no estaba adherida y el hueso bucal cortical lo había reabsorbido completamente. La herida fué parcialmente obturada con un tipo de tejido granulado que se había unido a las raíces amputadas. Varias partículas de tejido fueron extirpadas y enviadas al laboratorio de patología. La obturación retrograda de la reestauración con amalgama fue acabada en las raíces mesiobucal y distobucal. La raíz palatina era inaccesible desde el lado bucal, y una decisión fue tomada no intentar una obturación palatina. La superficie bucal bajo la bifurcación de cemento esmaltado, incluyendo las raíces bucales fue recontorneado al decrecer su prominencia en el arco y al aumentar la unión de la encía keratinizada. El defecto mucogingival en el frenillo extirpado fué curado en orden al refrescar los bordes ante la aproximación con sutura. El ala fué suturada dentro del lugar y un recubrimiento periodontal fué aplicado.

A la semana postoperatoria, el tejido parecía estar sano excepto por el defecto mucogingival. El tejido se había encojido y estirado a través de la sutura, resultando en un defecto ligeramente grande tanto como el que había existido antes de la operación. La raíz distobucal pudo ser vista a través del defecto. El paciente fué examinado cada dos semanas durante dos meses sin complicaciones o cambios clínicos aparentes. - La raíz palatina del primer molar izquierdo superior fué después obturado con gutta-percha, y el fluido no fué observado durante el proceso. La radiografía de la obturación final muestra evidencia de que el defecto esta resolviéndose. El paciente estaba resignado dos semanas después de completar la obturación final.

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS.

El diagnóstico microscópico del tejido sometido al tiempo de la primera intervención quirúrgica fué un quiste periapical - con desarrollo periapical de la cicatriz y el frenillo normal bucal. El reporte describió las partes del tejido como tejido conectivo fibrovascular que aparecía edematozo y contenía tejido granuloso fuertemente o infiltrado con células crónicamente inflamadas. Porciones o partes del tejido contenían fibras no vasculares rodeando el tejido en una cicatriz franca. Las áreas focales fueron cubiertas con activa proliferación - benigna estratificada de epitelio escamoso en las que algunas áreas han sido oscurecidas por la intensa infiltración inflamatoria. El tejido clasificado frenillo bucal consiste de tejido musculoso estriado normal con un esparcimiento de células inflamadas.

La porción de tejido referido del segundo proceso quirúrgico fué diagnosticado como resto de quiste. El reporte patológico describió al tejido como tejido conectivo fibrovascular forrado irregularmente con proliferación estratificada de epitelio escamoso. Una intensa infiltración crónica inflamatoria en gran parte de la naturaleza del plasma de la célula ocupó una gran porción del tejido conectivo.

DISCUSION.

Aunque la reducción conservatoria de grandes lesiones periapicales es alentado por algunos autores en la literatura, fué - decidido que la extirpación quirúrgica completa y la biopsia de la lesión en este caso fueron indicados a causa del alto - índice de crecimiento y la aparente fuerte destrucción del tejido.

El tratamiento fué designado al manejar la patología periapical, al conservar el primero y segundo molares izquierdos superiores hasta el defecto óseo obturado, y quirúrgicamente correcto la maloclusión esquelética clase III.

El primer molar izquierdo superior fué considerado una clave en el tratamiento, desde su pérdida prematura había creado un defecto alveolar en continuidad directa con el existente gran defecto periapical. La curación resultante y la remodelación ósea debería ciertamente haber cubierto la severa pérdida del hueso interdental aproximado al segundo molar. Desde que el segundo molar era el único detenedor vertical en el lado izquierdo, su compromiso podría cubrir o guarnecer al dramático cambio en oclusión y su pérdida cubriría la desarmonía oclusal patológica que habría necesitado la extracción de todas las muelas. El resultado del cierre de la mordida había producido un drástico cambio en la apariencia del paciente por cerrar la mordida y autorotando la mandíbula en el cortono clásico prognático. A causa de la falta de placa residual izquierdo superior fue pobre. Aunque su retención temporal con terapia endodóntica fué necesaria al proveer un armazón alrededor el cual podía curar el defecto periapical. Siguiendo la curación, la cirugía ortognática fué planeada al corregir los defectos esqueléticos y la severa mordida anterior.

El tratamiento endodóntico y periodóntico y el manejo de este caso resulta retador y poco usual. La preparación del conducto y la obturación fueron complicadas por el copioso fluido de saliva sacada del defecto óseo. Barreras mecánicas de rollos de algodón y revestimientos periodontales resultaron inadecuadas; así que, el tratamiento endodóntico convencional fué contraindicado. La intervención quirúrgica fué seleccionada y corregida simultáneamente al defecto mucogingival y ejecutar la obturación retrograda de restauración con amalgama en el primer molar izquierdo maxilar.

Aunque el reporte patológico describió los típicos resultados de un quiste periodontal apical, fué notable que una gran porción de la lesión consistía en la cicatriz fibrosa. Este raro fenómeno fué reportado por Patterson y Hillis, quienes --- atribuyeron esta condición a la suave no irritada infección - pulpar que permitió el propio proceso curativo del cuerpo sobreviniendo el malestar. Parece que esta lesión había sobrellevado la cicatrización periódica durante su tendencia como un largo estadio de la lesión crónica.

El curso postoperatorio fué exento, con cicatrización normal de los duros y suaves tejidos y la inmovilidad del diente u otros síntomas notados.

REVISTA: Oral Surg.

TITULO: Unusual management problems in the treatment of a -
long-standing destructive periapical cyst.

AUTOR: Casella, Pickett, and Chamberlin.

VOLUMEN: 51 Núm. 1 Año 1981, January.
Páginas del número 93 - 98.

FIBROMATOSIS SEGUIDA A UNA EXTRACCION DE UNA KERATOSIS ODONTOGENICA.

Un caso de fibromatosis ocurrido en la cavidad maxilar tres meses después de la extracción de una keratosis odontogénica de la cavidad es reportado. Esto es factible al ser el tercer caso reportado de fibromatosis en el maxilar y el primero ocurrido después de una extracción de una keratosis odontogénica.

Griffith e Irby publicaron el primer caso de fibromatosis en los huecos mandibulares en 1965. Desde esa publicación 24 casos han sido reportados en la mandíbula y dos en el maxilar. No hay reportes de fibromatosis existentes asociados con dientes impactados.

La fibromatosis ocurre con mayor frecuencia como un tumor de la pared abdominal. No es una lesión común en la cabeza y el cuello. El único signo congruente de este tumor es que es indoloro, es una masa que crece lentamente con los bordes definitivamente enfermos, situado dentro o cerca del músculo. La fibromatosis es un agresivo infiltrado localmente, no tiene metastasis bien diferenciado, firme sobre crecimiento del tejido fibroso. Histológicamente, la existencia del neoplasma consiste en fibroblastos maduros con un generoso componente de colageno. Los fibroblastos son generalmente en forma de broca con apariencia benigna en el núcleo. El diagnóstico histopatológico está hecho entre un fibroma no osteogénico, tumor con célula gigante, fibroma condromixoide, displasia fibrosa monoestática y un fibrosarcoma.

El término keratosis odontogénica fue usado primeramente por Philipsen en 1956. La descripción de la lesión de Pindborg y Hansen en 1962 ha restado la tendencia y ha sido usado como criterio para un estudio clínico patológico de ese quiste.

Se cree que la keratosis odontogenica se origina de los residuos de lámina dental. El índice de recaimientos de esta lesión arranca desde un 33 a 66/. Aunque hay varias teorías -- que explican este alto índice, se esta de acuerdo en que la -- tendencia de keratosis se produce después de una cirugía conservatoria.

CASO REPORTADO.

Un chico de 17 años, caucásico, bien alimentado, bien desarrollado, fue enviado al servicio de cirugía oral y maxilofacial para diagnosticar y tratar el dolor facial. El paciente había experimentado dolor y una sensación de abultamiento en el área infraorbital derecha durante dos semanas antes de cuidadosa investigación. Una radiografía panorámica reveló que el tercer molar derecho del maxilar había sido desplazado dentro de la cavidad maxilar. Una serie de cavidades revelaron un gran quiste radiolucido con un diente localizado en su aspecto anteroposterior. La lesión se había corroído en la pared lateral de la cavidad maxilar y envuelto la mayor parte de la misma. Tomogramas revelaron que el piso de la lesión está en contacto con las raíces del segundo molar maxilar.

El historial clínico y el examen físico fueron completamente normales, con excepción de la lesión en la cavidad derecha maxilar. Al recibir los estudios del laboratorio, los que incluían un conteo completo sanguíneo, tiempo de protombina, -- tiempo parcial de tromboplastina, SMA12, electrocardiograma, análisis de orina y la radiografía de la mejilla, arrojaron resultados normales para la edad del paciente. El 27 de diciembre de 1978, el paciente fue llevado a la sala de operaciones donde, seguido de una inducción de anestesia general, -- la fosa de un canino próximo a la cavidad derecha maxilar estaba lista. Como indicaron las radiografías peroperatorias, la pared lateral de la cavidad había sido destruída.

gran masa desmenuzable quistosa ocupaba la cavidad. La des--
compresión del quiste produjo 10 cm^3 de un material blanco
como queratina. El quiste descompresado con el tercer molar -
maxilar en su vaso sanguíneo, fue fácilmente separado de la -
cavidad. Un tronco sangraba abundantemente, fue controlado -
con unas grapas de plata. Las paredes superior, posterior, -
lateral y media de la cavidad fueron eminentes al haber sido
destruidas por el quiste. La inflamación periorbital era vi-
sualizada formando parte de las raíces de la cavidad. La he-
mostasis fue excelente y la cavidad fue cerrada sin obturar.
Ni la diplopía preoperatoria y postoperatoria ocurrieron como
ligamentos lateral y medio de la mejilla y sus anexos óseos -
quedaron intactos.

El espécimen media de espesor $4.5 \times 30 \text{ cm}$, de forma irregular
y tenía un promedio de 0.2 cm de grosor. Microscópicamente
un delgado forro de epitelio escamoso sin ganchos retenedores
y un estrato regular basal de células columnares, un estrato
de la superficie luminal de parakeratosis, y una relativa au-
sencia de infiltración celular bajo el sustrato basal fueron
descubiertas. La interpretación de estos resultados histopa-
tológicos como una keratosis odontogénica fue confirmada --
por el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas.

El paciente fue advertido del potencial de recaimiento y se -
le informó debía continuar indefinidamente.

El chico tenía un restablecimiento sin complicaciones desde -
la operación y fue dado de alta del hospital a los tres días
postoperatorios. A los dos meses postoperatorios él dijo te-
ner una sensación de abultamiento en el lado derecho de la ca
ra. Las radiografías revelaron una sombra en la cavidad del
molar derecho. Los descongestionantes fallaron al aliviar --
los síntomas sobre las tres semanas siguientes, y el paciente
fue admitido para exploración quirúrgica de la cavidad dere--

cha maxilar, con el paciente bajo anestesia general reveló -- una gran masa sólida rosa pálido de un tejido suave midiendo de 3 x 2.5 x 1.5 cm, así como numerosas piezas de tejido parecido. La masa de tejido fue fácilmente extraída de la cavidad y las paredes de la misma fueron cuidadosamente curadas - al remover todos los fragmentos identificables de la lesión. Fue explicado que las paredes óseas de la cavidad no fueron - intactas, la inflamación periorbital postinaculatorio fue fácilmente controlado con un antral pack exteriorizada a través de una antrotomía. Microscópicamente el principal competente del tejido consistía en fibroblastos con proceso fibrilaria a lo largo de ambos polos nucleares con paquetes de fibra colagena en orden paralelo. Las células fibroblásticas no evidenciaron atipia o mitosis significativa. La interpretación de estos hallazgos histopatológicos como la fibromatosis de la - cavidad maxilar fue definitivamente confirmado por el Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas.

El paciente fue transferido al servicio de cabeza y cuello -- del Centro Médico de la Armada de Walter Reed. Después de -- una cuidadosa evaluación de todo el material del tumor de la cabeza y el cuello las autoridades decidieron que el paciente siguiera o mejor dicho se fomentara la cirugía o terapia radioactiva. El 26 de junio de 1979, una tomografía computarizada demostró desgaste de la estructura ósea de la cavidad maxilar envolviendo las paredes media, lateral y posterior. Un tejido suave y denso era evidente en el aspecto interolateral de la cavidad maxilar y extendido posteriormente en el espacio palatino pterigoideo. Esos hallazgos fueron interpretados como existencia consistente en la cirugía previa y hallazgos patológicos y están sirviendo como una línea básica para seguir términos prolongados de este paciente.

DISCUSION.

El índice de recaimientos es de 27 a 57% y ha sido reportado cuando la fibromatosis es tratada por extirpación quirúrgica profunda. La mayoría de estos índices fueron reportados entre uno y dos años de cirugía continua. Este alto índice de recaimientos es factible al estar relacionado a la naturaleza infiltrada de la fibromatosis. Para combatir el alto índice de recaimientos, la mayoría de las autoridades continúan recomendando la extracción por cirugía profunda como tratamiento a seguir para la fibromatosis. Aislados casos han sido tratados por quimioterapia, con resultados alentadores. La terapia con radiación no ha sido recomendada por la mayoría de las autoridades por el poderoso riesgo de tratar lesiones benignas con radiación. Wara y asociados reportaron algunos casos alentadores con el uso de radiación al tratar fibromatosis en un brazo, cintura, hombro, pierna, cadera, pélvis y mesenterio. Ese grupo asegura el control sin recaer en 13 de 16 pacientes. Esto es particularmente alentador, al considerar que 12 de estos pacientes fueron referidos después de reoperar y cuatro fueron remitidos por el tratamiento inicial porque sus enfermedades eran consideradas inoperables.

La keratosis odontogénica está bien definida como existencia patológica que difiere clínicamente e histológicamente de la mayoría de los quistes odontogénicos. Cuando las keratosis odontogénicas son extraídas, el alto índice de recaimientos es referido al resto de los fragmentos del delgado forro epitelial, existiendo el satélite del quiste, o la presencia del resto de la lámina dental epitelial fuera de la cápsula del quiste. Histológicamente, las keratosis están revestidas con un epitelio keratinizado el cual tiene un mayor índice de mitosis y un largo tiempo de supervivencia cultivado en el tejido que el epitelio del quiste no keratinizado. La keratosis es factible en tamaño por la multiplicación de células --

epiteliales. El incremento en tamaño de quistes no keratinizados se debió primeramente a causa de la degeneración de los resultados del forro en el incremento óseo del contenido de los quistes.

RESUMEN.

Mientras un paciente estaba siguiendo la existencia de un posible recaimiento de una keratosis odontogenica en la cavidad maxilar, la fibromatosis de la cavidad maxilar fue diagnosticada y tratada. Aunque la fibromatosis es un agresivo y una lesión infiltrada localmente, fue decidido que la mutilación excesiva y comprometer el órgano durante el tratamiento inicial de la lesión debe ser anulado.

REVISTA: Oral Surg

TITULO: Fibromatosis following enucleation of an odontogenic keratocyst.

AUTOR: Richard A. Kraut.

VOLUMEN: 51 Núm. 1 Año 1981, January.
Páginas del número 10 - 15.

La operación de Partsch, con un intervalo de cuatro años en la extracción de un quiste, la parestesia preventiva, permitió la cicatrización del hueso y facilitó el acceso quirúrgico en un paciente con keratosis odontogénica. El paciente no ha sufrido recaimiento de la lesión, la parestesia no permanente de la mandíbula o el labio y sin deformaciones secundarias de la cirugía.

KERATOSIS ODONTEGENETICA TRATADA POR LA OPERACION PARTSCH Y LA EXTRACCION DEMORADA.

El término keratosis odontogénica fue usada primeramente en 1965 por Philipsen al describir los quistes odontogénicos - revestidos por epitelio keratinizado. Los caracteres radiológicos y patológicos de estos quistes fueron descritos por Pindborg y Hansen en 1963, y han sido definidos nuevamente por otros en series más recientes.

Las keratosis odontogénicas fueron señaladas por su alta tasa de recaimientos, la que fue de un 44% en un recuento revisado. La alta tasa de recaimientos ha sido relacionada con varios factores. El delgado forro epitelial keratinizado de los quistes pueden ser fragmentados, causándoles estar incompletamente removidos durante la extracción. El satélite de los quistes o los restos de lámina dental epitelial, algunas veces se presentan fuera de la cápsula del quiste, pudiendo estar resagado, las células epiteliales de keratosis odontogénica pudieron tener un mayor potencial agresivo de crecimiento, es sugerido por sus altos índices no mitóticos, y el alto índice en el cultivo del tejido, cuando comparamos las células no keratinizadas y mucosa oral normal.

Resección, extirpación y el proceso de Partsch, todos han sido tratamientos recomendados para la keratosis. Estos quis-

tes pueden aparecer lo suficientemente grandes, algunas veces aparentemente quistes multiloculares en la mandíbula, y su -- completa extirpación y excisión en algunas instancias podrían causar un defecto conspicuo físico y un posible daño nervioso. Por lo tanto los procesos operativos minimizan la deformación física del paciente, también como la posibilidad de recaimiento, constituye un tratamiento óptimo. Este paciente tenía un gran quiste, diagnosticado después de una biopsia como una keratosis odontogénica existente. El fue tratado por la operación Partsch con extracción demorada.

REPORTE DEL CASO.

Un examen físico de un hombre blanco de 24 años siendo puesto en movimiento en su cargo en la Guardia Nacional reveló una - inflamación asintomática en el lado derecho de la mandíbula. El paciente obtuvo entonces varias consultas, las cuales in-- cluyeron una recomendación para una resección mandibular.

El bien desarrollado, bien alimentado hombre vino a nuestra - clínica en agosto de 1968. Un examen reveló una gran inflamación, en la superficie hacia el lado derecho de la mandíbula en la región de los molares. El primer molar derecho mandibular estaba ausente (el paciente dijo que nunca se desarrollo), el segundo molar estaba parcialmente sumergido y el tercer molar estaba en posición normal. A un lado de éste, la cavidad oral era normal y saludable. El área de un gran quiste radiolucido midiendo 3 x 8 cm., extendido desde el symfisis hasta casi el ángulo derecho de la mandíbula. El área radiolucida apareció como un solo defecto con el borde esclerótico. Ra-- diografías periapicales confirmaron la ausencia del primer molar derecho mandibular.

Una porción de biopsia de la pared del quiste fue tomada de -

la superficie bucal cerca del segundo molar derecho mandibular. Como la incisión estaba hecha una copiosa cantidad de tejido nervioso, material caseoso fueron exudados. Microscópicamente, el opacamiento café claro de la superficie de la pared del quiste consistía en un bien diferenciado epitelio escamoso keratinizado estratificado cubriendo un denso tejido fibroso conectivo. El diagnóstico basado en observaciones clínicas y radiológicas, era keratosis odontogénica de la mandíbula.

Fue ejecutado en septiembre de 1968, un proceso Partsch, en el que una gran capa de tejido suave y una pequeña cantidad de hueso fueron removidas desde el lado derecho de la mandíbula en el paciente clínicamente externo bajo anestesia local. El forro residual de la cavidad del quiste fue suturada a la mucosa oral adyacente. La pérdida de sangre fue estimada en 250 ml. El bien diferenciado epitelio escamoso keratinizado estratificado, similar al visto en la partícula original de la biopsia formó el recubrimiento del quiste. El quiste sin satélite, restos de la lámina dental epitelial o inflamación de la deposición de colesterol fueron encontrados en el denso tejido conectivo fibroso formando la porción subepitelial de la pared del quiste. La mucosa oral de la superficie bucal mostró no keratinización, ni parakeratosis, u otra anomalidad. El defecto fue envuelto con una gasa médica, la cual fue reemplazada cada semana por seis meses. Soluciones salinas y peróxido de hidrógeno diluidos fueron usados al remover la keratina formada por recubrimiento residual del quiste.

La ligera parestesia en el lado derecho de la mandíbula y el labio desapareció en las cinco semanas después de la operación. Después de seis meses, un obturador de resina acrílica que el paciente podía remover al limpiar el defecto fue construido. La figura 5 muestra el decremento del tamaño del ob

turador sobre los años. Dos años después del proceso Partsch, el hueso continuó al llenar el defecto, dejando que la región se limpiara por sí misma. Desde luego que, había una abundante formación de keratina. En 1973 la mucosa keratótica residual fue extraída y el tercer molar derecho mandibular fue removido porque las raíces crearon una fístula persistente en el defecto. La mucosa oral normal cubrió la región del defecto previo, cercano dos años después a la extracción final. El hueso normal y el contorno facial es evidente seis años -- después del proceso original. La lesión no ha reaparecido.

DISCUSION.

La keratosis odontogénica en el paciente puede ser caracterizada como primordial, desde el diente no formado fue íntimamente asociado al quiste. El gran número de keratosis odontogénica han sido asociadas con quistes foliculares. Algunos observadores han dicho que todos los quistes que están forrados o cubiertos por epitelio keratinizado son derivados de estructuras primordiales. Cuando los nidos de células o lámina dental residual u órgano primitivo esmaltado aparecen como -- quistes foliculares, son actualmente quistes primordiales, en las que hay un involucramiento secundario de un diente erupcionado. Los estudios de Stoelniga y Peter sugirieron que algunas keratosis pueden desarrollarse desde el caso de células - hamartras basal en la mucosa oral. Algunos otros tipos de -- quistes odontogénicos (quistes primeramente residuales) han sido reportados al contener epitelio escamoso keratinizado estratificado. Sus comportamientos biológicos no han sido comparados con los que se designaron como primordiales o dentigeros. Es posible que la envoltura epitelial keratinizada de -- los quistes residuales son el punto centrico de la metaplasia escamosa. Los quistes residuales estaban clasificados por -- Toller como una subclase de quistes apicales. El decía que -- la patogenésis de los quistes envuelve la inflamación que ac-

túa como un estímulo al producir una proliferación de restos epiteliales asociados con las estructuras dentales que han -- completado la normal función biológica y el formamiento del - diente. La inflamación es asociada con metaplasia de varios tipos de epitelio a través del cuerpo, y podía inducir meta-- plasia escamosa del recubrimiento epitelial de los quistes.

La propensión de la keratosis odontogénica a recaer, aún en algunos pacientes quienes primeramente fueron tratados con - cirugía radical, como se reportó en unas series fueron hiper- plasia injertada del estrato de la célula basal del recubri-- miento epitelial y microscópicamente la pared del quiste. -- Ninguna de estas anormalidades histopatológicas fueron vistas en nuestro paciente.

El recubrimiento epitelial keratinizado de la keratosis odon- togenética en nuestro paciente continuó al producir abundante keratina durante los cuatro años de intervalo entre el proce- so Partsch primario y la extracción final de la pared del --- quiste. El intervalo del tiempo entre el proceso Partsch y - la extracción final pueden variar desde meses hasta años de-- dependiendo del tamaño del defecto y el índice de reparación -- del hueso. Como la obturación del hueso en el defecto quisto so, el margen de error del epitelio del quiste keratinizado - fue demarcado desde la mucosa oral circundante, lo que facili tó el removimiento completo del tejido en el segundo proceso. El paciente no ha sufrido recaimiento de la lesión sin pares- tesia permanente de la mandíbula o el labio ni deformaciones secundarias de la cirugía.

RESUMEN.

Una gran keratosis fue conservadamente tratada por cuatro --- años. El uso de la operación Partsch, con subsecuente extrac ción del quiste después de varios años y facilidad de acceso

quirúrgico. A causa de la alta incidencia de recaimiento, no
sotros continuaremos siguiendo la condición del paciente.

REVISTA: Jada dent Assoc.

TITULO: Odontogenic keratocyst treated by Partsch operation
and delayed enucleation: report of case.

AUTOR: Olson R. E.: Thomsen S.: Lin L. M.

VOLUMEN: 94 Num. 2 Año 1977
Páginas del número 321 - 325.

LIMITACIONES DIAGNOSTICADAS DE ORTOPANTOMOGRAFIA CON LESIONES DE LA CAVIDAD.

Dos casos reportados son presentados, los cuales ilustran las desventajas de usar una tomografía de superficie curva al investigar el maxilar. La técnica debe ser considerada como suplemento de diagnóstico radiológico de la cavidad maxilar y no como sustituto de radiografía convencional.

La aplicación de la técnica de radiografía panorámica en prácticas dentales es expandida rápidamente. Las máquinas panorámicas tal como las ortopantomográficas pueden ser encontradas en la mayoría de los hospitales y escuelas dentales, donde -- los estudiantes así como los miembros del plantel son alentados al hacer uso de ellos para diagnosticar y checar los re--sultados de sus tratamientos. Desde luego que hay algunas limitaciones en este método de radiografía el cual debe ser re-cordado, especialmente cuando se está investigando el maxilar.

CASOS REPORTADOS.

CASO 1.

El primer caso reportado es el de un paciente que fue referido con dolor facial sin signos clínicos y cuyo ortopantomograma no reveló ningún grosor anormal a la hora del examen.

Una ama de casa de 66 años de edad fue vista en septiembre de 1976, quejándose de un dolor que le afectaba el lado derecho de la cara. El dolor era de naturaleza lenta pero no intenso, irregular en tiempo, y fue aliviado a ratos con analgésicos - simples. Era más severo en las noches y se reflejaba a la --sien derecha.

El historial clínico demostró no haber ninguna anormalidad y

la paciente no ingirió ninguna droga medicinal. La historia social, desde luego, reveló que la paciente sobre trabajaba, estaba mal emocionalmente, y era una persona deprimida quien vivía sola pero tenía una amplia responsabilidad por la familia.

En un examen ella lucía con sobre peso pero en buen estado de salud. No presentó asimetría o linfadenopatía cervico facial. Intraoralmente, su higiene bucal era buena, así como la mucosa oral parecía normal. Los premolares y molares superiores derechos, el segundo premolar izquierdo superior y el primer y tercer molares no existían. En la mandíbula, todos los molares también como los premolares izquierdos no estaban presentes. El resto de los dientes se encontraban en condiciones satisfactorias. El paciente no estaba usando ningún sustituto para reemplazar los dientes perdidos. Un ortopantomograma fue tomado, y esto demostró un canino superior impactado en el lado izquierdo, pero la cavidad derecha parecía normal.

Una típica neuralgia facial debida a una depresión provocó -- que se hiciera un diagnóstico provisional y un régimen antidepresivo fue prescrito. Una cita fue concertada pero ella no asistió.

Tres meses después la paciente se reportó con una cuarta de -- su médico general, quien la había pusto bajo un tratamiento de antibióticos para tratar una inflamación en el lado derecho de la mandíbula superior y la que ella notó una semana antes. Esta era una firme lesión causando la expansión del aspecto palatal del proceso alveolar en el cuadrante odontológico superior derecho hacia el centro el que estaba ulcerado. -- No había señales de extraorales de inflamación ni de linfadenopatía cervical. Un examen radiológico completo demostró -- una lesión osteológica irregular en el lado derecho, envol---

viendo la cavidad maxilar derecha y expandiendo hacia el paladar.

Un diagnóstico clínico de un neoplasma maligno fue hecho y la paciente fue admitida en el hospital para una investigación - aprobada y administrada. Al día siguiente bajo anestesia general la cavidad maxilar superior, estaba lista para una operación vía Cadwell-Luc. Una masa blanca carnosa fue encontrada ocupando las dos terceras mitades de la cavidad. Esto probó ser una bien diferenciada célula escamosa carcinoma.

CASO 2.

Una ama de casa de 41 años de edad fue referida al hospital - con dolor facial afectando el lado derecho de su cara. Una semana antes se le desarrolló una inflamación sobre el mismo lado el cual se desinflamó después que ella tomó un tratamiento de antibióticos. En un examen apareció saludable sin asimetría facial o linfadenopatía cervical. Su historia clínica falló al revelar que no había ninguna enfermedad seria, y --- ella no estaba tomando ningún medicamento.

Intraoralmente ella tenía una pesada restauración dental, con el segundo premolar superior derecho como también el segundo molar derecho inferior perdidos. Había una ligera lesión sobre los ápices de los molares y premolares superiores derechos. Un examen completo radiológico fue llevado a cabo. Esto incluye un O.P.G., una vista oxipotomental (OM) del cráneo y vistas intraorales de los dientes superiores. El O.P.G. demostró una vaga opacidad dañada en la mitad inferior de la cavidad derecha, sin apariencia patológica en ningún lado del maxilar. Desde luego que la vista del OM demostró claramente que la cavidad derecha estaba casi completamente opaca. Este opacamiento fue demostrado quirúrgicamente al ser un residuo de quiste levantado de la región del segundo premolar supe---

rior derecho.

DISCUSION.

La pantomografía dental es el proceso hecho de una radiografía panorámica que demuestra una imagen severa de un estrato curvo el que incluye tejido dental, la mandíbula y llevando áreas dentales del maxilar. Todas las otras partes del esqueleto facial enfrente y detrás del estrato están deliberadamente manchadas.

La introducción de la ortopantomografía en el campo odontológico en 1960 fue seguido por un mayor aprovechamiento en radiografía dental así como en diagnósticos orales.

Keith revisó 1,000 ortopantomogramas de pacientes seleccionados al azar y registró los hallazgos anormales los cuales no pudieron ser obtenidos de exámenes clínicos. El encontró que un 28.5% de los pacientes examinados por ortopantomografía requirieron además de un tratamiento. Smith y Sowray enlistaron que las técnicas más usadas en una inspección clínica, en evaluación, la mayoría de los casos son de cirugía oral y radiografiando la articulación tempomandibular y el condilo. También sugirieron que este método era auxiliar al dar una fotografía clara de la raíz en la cavidad.

Desde luego, que cuando un dentista se afronta con un diagnóstico problemático, un ortopantomograma con hallazgos negativos debieron ser siempre suplementados con otras radiografías usando diferentes proyecciones dependiendo sobre la existencia del sitio examinado. Esta es la realidad especialmente cuando alguien está investigando sobre un quejido en la mandíbula. En este caso, donde la radiografía fue usada como el método principal y sumada al diagnóstico. La radiografía falló al mostrar que no había ninguna anormalidad. En el pri--

mer caso durante un corto período la enfermedad empezó clínicamente también como sugerencia obvia radiológica ya que el ortopantomograma original fue negativo porque es el principio en el cual la técnica esta basada. Eso es que el estrato de tejido el cual fue mostrado en la radiografía no correspondía con el área de la enfermedad. Este problema es desechado en recomendaciones preparadas por el Comité de Protección Radiológico de la Academia Americana de Radiología dental.

La importancia de este otro uso radiológico así como un modelo de proyección occipitomental, para suplementar la tomografía del maxilar, parecería ser digno de énfasis en vista de los daños inherentes de cambios patológicos cruciales no visualizados.

REVISTA: Oral Surg

TITULO: Diagnostic limitations or orthopantography with
lessions of the antrum.

AUTOR: Haidar 2

VOLUMEN: 46 Núm. 3 Año 1978 sept.
Páginas del número. 449 - 453.

RESULTADOS

1. Para poder llevar a cabo un tratamiento quirúrgico satisfactorio es necesario obtener un buen diagnóstico, que sea el correcto, para lograrlo debemos realizar una historia clínica completa y utilizar todos nuestros conocimientos y experiencias llegando a una conclusión final.
2. En pacientes que van a ser sometidos a un tratamiento -- quirúrgico, la anestesia puede ser general o local según la magnitud del proceso patológico.
3. El operador deberá realizar una anestesia perfecta, ya que es la base de toda intervención quirúrgica.
4. En pacientes que presentan ameloblastoma, la técnica indicada es la del método radical de Partsch; ya que debemos recordar que esta patología es la que presenta estadísticamente un mayor grado de recidiva.
5. Siempre debemos tomar en cuenta el método de Partsch I, que consiste esencialmente en transformar el quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal, conservando parte de la membrana quística, que por su parte la condición epitelial adquiere en poco tiempo todas las características del epitelio bucal.
6. Debemos tomar en cuenta que el método de Partsch II consiste esencialmente en la completa enucleación de la bolsa quística, la cavidad ósea que la aloja queda por lo tanto vacía y el mecanismo de relleno de la cavidad se hace de dos formas según las derivaciones de las cuales depende la regeneración ósea y son las siguientes:
 - a) Método de Partsch II con sutura.
 - b) Método de Partsch II sin sutura.

7. Es importante recordar que el método más usual es el de la enucleación total de la bolsa quística con sutura o - sin ella, siendo más aconsejable la sutura inmediata.
8. En pacientes que presentan maxilar desdentado se pueden encontrar quistes cuya relación con el piso nasal exige a aplicación del método de Wassmund con el fin de evitar perforaciones.

CONCLUSIONES

1. Siempre debe tomarse en cuenta el volumen del quiste y - según sea este, será la técnica a seguir: En pequeños y medianos quistes que no comprometen la integridad ósea - se sigue el tratamiento según el método de Partsch II -- siempre con sutura, ya que esto nos ayudará a una rápida regeneración, en quistes de gran volumen que comprometen la integridad ósea y por consiguiente la estética del paciente, el tratamiento quirúrgico que se aplica será --- siempre el método de Partsch I, con o sin sutura según - sea el caso y sus necesidades.
2. Es recomendable utilizar materiales absorbibles para la obturación de la cavidad quística ya que dichos materia- les cumplirán las funciones de un coagulo.
3. Es de gran utilidad el óxido de zinc al 10% o ácido tri- coloro-acético al 3%, los cuales se aplican unos toques en el interior de la cavidad quística y el primero espolvoreado, con la finalidad de destruir los posibles res-- tos de la membrana quística que hayan quedado inadverti- dos después de la enucleación, recordemos las teorías fol icular de broca y para-dentaria de Malessez, las cuales dicen que estas potosis son producidas por restos de te- jidos embrionarios de origen dentario que participan en la formación del diente.
4. En pacientes con quistes con supuración aguda es neces- rio primero que todo erradicar y combatir la infección y posteriormente realizar el tratamiento.
5. En pacientes que van a ser sometidos a este tipo de tra- tamiento quirúrgico son indispensables análisis de labo- ratorio que incluyan bioquímica sanguínea, biometria he- mática además de biopsia.

6. En pacientes con ameloblastoma quístico, la técnica indicada es la del método radical de Partsch, ya que recordemos que esta patología es la que estadísticamente presenta más recidivas, en casos en los cuales el ameloblastoma comprometa la integridad ósea se procederá con el método de disminución de volumen de los grandes quistes y cuando el proceso patológico presente unas dimensiones - las cuales no comprometan la integridad ni estético de la zona se procederá a su enucleación.
7. Todo diente incluido es un factor predisponente en potencia para la formación de un quiste dentigero, por lo que siempre procedemos a su extracción y enucleación de su - saco dentario, así actuaremos preventivamente.
8. El operador deberá realizar una buena técnica operatoria ya que en esto radica gran parte del éxito o fracaso de la intervención deberá también tener conocimientos anatómicos, fisiológicos de la zona por intervenir para evitar posteriores complicaciones así como conocimientos de estas patosis.
9. En quistes que caen en terrenos de inervación múltiple - es recomendable el uso de anestesia general lo cual hará más confortable el tratamiento tanto para el paciente como para el operador el cual podrá realizar su trabajo -- sin interrupciones.

PROPUESTAS Y ALTERNATIVAS

1. Proponemos que para realizar un tratamiento quirúrgico - de los quistes maxilares el tipo de anestésico necesario es el local.
2. Proponemos que para toda intervención quirúrgica de quistes maxilares cualquiera que sea su tamaño y situación, debemos llevarla a cabo por la vía vestibular, ya que esta es la que nos brinda un más fácil acceso para obtener éxito en el tratamiento.
3. El método radical de Partsch es el más indicado para la intervención quirúrgica de los quistes medianos y pequeños, que deben ser tratados por el método antes mencionado con sutura inmediata o sin sutura ya que con este procedimiento se han obtenido muchos éxitos.
4. El método de Wassmund nos brinda una amplia visión del campo operatorio, además de que es muy amplia para que los bordes de la herida, no se traumatizan y lesionen durante la operación, se recomienda para los quistes del maxilar superior.
5. Es recomendable obturar la cavidad quística con gasa yodoformada envaselinada para que no se adhiera a los tejidos y sea fácilmente retirada.

BIBLIOGRAFIA

Birn Herluf / Winter Erik Jens
ATLAS DE CIRUGIA ORAL
Salvat Editores, S. A. 1979

Drill Victor A.
FARMACOLOGIA MEDICA
Ed. La Prensa Médica Mexicana
Primera Edición

Goodman Lous S. Gilman Alfred
BASES FARMACOLOGICAS DE LA TERAPEUTICA
Ed. U.T.E.A.
Tercera Edición 1977

Kruger Gustav O.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Ed. Interamericana
Cuarta Edición 1979

MANUAL ILUSTRADO DE ODONTOLOGIA
Astra.

Ries Centeno Guillermo A.
CIRUGIA BUCAL
Ed. El Ateneo
Octava Edición 1979

Shafer Hine Levy
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
Ed. Interamericana
Tercera Edición 1977

Casella, Pickett, and Chamberlin

UNUSUAL MANAGEMENT PROBLEMS IN THE TREATMENT OF A LONG-STANDING
DESTRUCTIVE PERIAPICAL CYST.

Oral Surg.

Vol. 51 Núm. 1 Año 1981.

Haidar 2

DIAGNOSTIC LIMITATIONS OR ORTHOPANTOGRAPHY WITH LESIONS OF THE
ANTRUM

Oral Surg.

Vol. 46 Núm. 3 Año 1978.

Laffers V. Zimmer H.

RADIOLOGICAL INTERPRETATION OF BONE REGENERATION AFTER CYSTECTOMY
OF ODONTOGENIC CYST.

Stomatol D.D.R.

Vol. 27 Núm. 4 Año 1977

Olson R. E., Thomsen S., Lin L. M.

ODONTOGENIC KERATOCYST TREATED BY PARTSCH OPERATION AND DELAYED
ENUCLEATION: REPORT

Jada dent Assoc.

Vo. 94 Núm. 2 Año 1977

Richard A. Kraut

FIBROMATOSIS FOLLOWING ENUCLEATION OF AN ODONTOGENIC KERATOCYST

Oral Surg.

Vol. 51 Núm. 1 Año 1981.