

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA LE ORGEN

QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA Y CUELLO

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

CELINA PATRICIA ORTIZ LOPEZ

ASESOR: C.D. CELIA MARGARITA GOMAR FRANCO

GUADALAJARA, JALISCO, 1990



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

" QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA Y CUELLO "

I N D I C E

	Págs.
Introducción.....	1
CAPITULO I Generalidades.....	2
CAPITULO II Quistes de tejidos blandos de cara y cuello, generalidades, diagnóstico y pronóstico.....	14
CAPITULO III Tratamiento de quistes blandos de ca ra y cuello.....	38
Conclusiones.....	66
Bibliografía.	

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

INTRODUCCION.

Es de gran importancia para el odontólogo conocer la etiología, características y tratamientos de las lesiones que afectan a los maxilares y estructuras adyacentes.

Los quistes de tejidos blandos a los que nos referimos en ésta tesis son tan solo una pequeña parte de las patologías que pueden ser observadas por el odontólogo durante su ejercicio como tal, pero debe estar capacitado por el bienestar de su paciente para hacer el diagnóstico de una lesión en apariencia simple como son los quistes, pero en ocasiones en gran trascendencia para el paciente.

Los quistes de cara y cuello forman un grupo heterogéneo entre los que podemos encontrar algunos dentro de la cavidad oral como los quistes de glándulas salivales y -- otros varios de estructuras adyacentes como pueden ser el quiste tirogloso y branquial.

C A P I T U L O I

GENERALIDADES.

C A P Í T U L O I

GENERALIDADES

DEFINICION DE QUISTE.-

Se define como una cavidad patológica tapizada por epitelio y que por lo general contiene material líquido o semisólido, puede estar situado enteramente dentro de los tejidos blandos o profundamente en el hueso o localizado sobre una superficie ósea y producir una superficie depresible.

Podríamos considerar que los quistes raramente se desarrollan en el interior de los huesos, por la simple razón que no es usual hallar epitelio en esta situación.

Los maxilares sin embargo constituyen una notable excepción de esta regla, ya que ocurren quistes en esta región con mayor frecuencia que en cualquier otro hueso del cuerpo.

Estos quistes se desarrollan principalmente por dos razones: primero, puede haber residuos epiteliales tanto en las líneas de fusión de los procesos originales cubiertas-

por ectodermo que forman la cara y también pueden ser de origen odontógeno.

En segundo lugar condiciones inflamatorias capaces de favorecer la proliferación reactiva de estos restos epiteliales también se hallan presentes frecuentemente en los maxilares como resultado de la alta incidencia a la exposición a infección y traumas.

Ocasionalmente, pueden surgir quistes en el interior de los maxilares debido a la presencia de epitelio apatidel formativo y odontógeno.

Uno de tales orígenes pueden involucrar la implantación traumática del epitelio de superficie en el tejido conectivo subyacente a raíz de una herida penetrante.

La fuente de donde se origina el epitelio de cualquier quiste forma claramente una base lógica para agrupar y clasificar los muchos tipos de quistes que pueden surgir en los maxilares, cara y cuello.

Dentro de los maxilares el epitelio puede tener su ori

gen en el epitelio odontogénico, la proliferación y degeneración quística de este epitelio da lugar a quistes odontogénicos.

Están comprendidos dentro de esta categoría el quiste-dentígero, quiste de erupción, quiste gingival, quiste periodontal, quiste del recién nacido, gingival lateral, quiste odontogénico queratinizante y calcificante, quiste-radicular y queratoquistes odontogénicos.

QUISTES NO ODONTOGENICOS.-

Se derivan de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la formación embrionaria de cara y maxilares, estos así llamados quistes fisurales, incluyen el quiste globulomaxilar, quiste nasoalveolar, quiste mandibular mediano, quiste lingual anterior, quiste dermoide y epidermoide y quistes palatinos del recién nacido.

QUISTES DEL CUELLO, SUELO DE LA BOCA Y GLANDULAS SALIVALES.-

Forman un grupo heterogéneo, el mucocelo no es un quiste verdadero y se describe junto con la ránula.

El quiste tirogloso, es el quiste linfoepitelial que pertenece a los quistes del cuello, aunque el quiste tirogloso aparece también en la base de la lengua y el quiste linfoepitelial puede ocurrir en el suelo bucal anterior.

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

- El grupo de los seudoquistes de los maxilares:

Está formado por quiste óseo aneurismático, quiste óseo estático y quiste óseo solitario, ninguno de estos quistes está tapizado por epitelio.

CLASIFICACION:

La clasificación de los quistes bucales no está estandarizado y todos los intentos para presentar una categorización lógica han fracasado.

QUISTES ODONTOGENICOS.-

- 1.- Quiste dentífero
- 2.- Quiste de erupción
- 3.- Quiste gingival del recién nacido
- 4.- Quiste periodontal
- 5.- Quiste odontogénico queratinizante y calcificante
- 6.- Quiste radicular
- 7.- Queratoquiste odontogénico:
 - a) Quiste primordial
 - b) Queratoquistes múltiples de los maxilares carcinoma baso celular revidos cutáneos múltiples y anomalías esqueléticas.

QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES.

- 1.- Quistes globulomaxilares (Premaxilar-maxilar)
- 2.- Quiste nasoalveolar
- 3.- Quiste nasopalatino (maxilar-anterior mediano)
- 4.- Quiste mandibular mediano
- 5.- Quiste lingual anterior
- 6.- Quiste dermoide y epidermoide
- 7.- Quiste palatino del recién nacido.

QUISTES DEL CUELLO, SUELO BUCAL Y GLANDULAS SALIVALES:

- 1.- Quistes del conducto tirogloso
- 2.- Quiste linfoepitelial (hendidura braquial)
- 3.- Quistes bucales con epitelio gástrico o intestinal.
- 4.- Quistes de las glándulas salivales
- 5.- Mucocele y ránula

SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.-

- 1.- Quiste óseo aneurismático
- 2.- Quiste óseo estático
- 3.- Quiste óseo traumático

ASPECTOS GENERALES Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su gran expansión dentro del tejido circundante, pero solo raras veces causa aflojamiento de los dientes a no ser que sea muy grande.

En muy raras ocasiones la presencia de un quiste se revela por una fractura patológica o porque el paciente advierte falta de un diente y acude a la consulta por curiosidad.

Muchos quistes, permanecen pequeños y producen poca o-

nninguna dilatación. Se descubren solamente en un examen radiológico habitual.

Cuando el quiste se dilata, ejerce una estimulación en el periostio por el cual este deposita hueso nuevo, esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave, al continuar la dilatación el hueso suprayacente adelgaza y se hunde por la presión del dedo produciendo muchas veces un crujido de cáscara de huevo.

Finalmente puede desaparecer incluso esta cáscara ósea quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal. Puede descargar entonces su contenido dentro de la cavidad bucal y luego aparecer una infección secundaria.

Un pequeño porcentaje de estos quistes atraviesa todos estos estadios con frecuencia se trata de quistes radicales y dentígeros, los quistes fisurales generalmente aparecen pequeños con la excepción de algunos casos de quistes globulomaxilar o nasopalatino.

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

Los quistes radicales y dentígero aparecen en cualquier parte de la boca, los primeros se encuentran con -

más frecuencia en los dientes anteriores, mientras que los segundos rodean más o menos las coronas de los caninos maxilares impactados y terceros molares o premolares del maxilar inferior.

Los quistes fisurales con una excepción están limitados al maxilar superior, quiste óseo solitario y quiste óseo idiopático, se encuentran en el maxilar inferior.

El quiste primordial está generalmente localizado en la zona del tercer molar del maxilar inferior y desde allí se extiende muchas veces hasta la rama.

Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor a no ser que se infecten.

Aunque los grandes quistes del maxilar inferior casi siempre envuelven al fascículo neurovascular. Cuando no hay infección es muy raro que haya anestesia.

La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado no se altera, incluso cuando este es grande, el soporte óseo se haya perdido en gran parte. Sin embargo, puede existir una pérdida temporal de la respuesta vital en los dientes adyacentes a quistes infectados.

RADIOGRAFICAMENTE.-

Los quistes de los maxilares no siempre forman radiotransparencias bien definidas redondos y ovales, con márgenes radiopacos nítidos, los factores que influyen son numerosos e incluyen el tipo de quiste, la localización, la intensidad de destrucción ósea o si el quiste está infectado o no.

No todas las transparencias bien definidas son quistes, ya que varios tumores odontogénicos, pueden producir imágenes radiográficas prácticamente.

Algunas estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidos con quistes.

Son necesarias varias radiografías para un diagnóstico diferencial.

Lo ideal, dos vistas intrabucales formando ángulos rectos entre sí, intrabucal oclusales y laterales, así como una vista extrabucal oblicua lateral, a veces es necesario una craneal o una occipitomental, es ventajoso algu

nas veces el uso de tomografía.

La forma de los quistes tiende a deformarse al dilatarse estos.

QUISTES MANDIBULARES.-

Tienden a dilatar en dirección labio-bucal salvo los situados en la zona del tercer molar, que muchas veces se dilatan en dirección lingual a causa de la placa cortical más delgada de dicha zona.

Hay pocos quistes que pueden ser diferenciados entre sí formándose solo un examen microscópico.

Son necesarios datos radiográficos y otras informaciones como anamnesis, aspecto clínico y signos observados en la prueba de vitalidad dental para establecer un diagnóstico definitivo.

Para su diagnóstico podemos utilizar las siguientes observaciones:

- 1.- Los quistes gingival, periodontal, dentígero, primordial y fisural (globulomaxilar, anterior, mediano, - etc.) están generalmente tapizados por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, situado sobre un tejido conjuntivo fibroso denso, mientras que el quiste dermoide está tapizado por epitelio escamoso estratificado queratinizado y apéndice cutáneo.
- 2.- Los quistes radicular periodontal y fisural presentan generalmente, un infiltrado inflamatorio crónico secundario rico en células plasmáticas. Esto se observa con mucha mayor frecuencia en los quistes dentígero, - primordial o gingival,
- 3.- Los quistes fisurales de maxilares, están no raras veces tapizados por una delgada capa de epitelio queratinizado.

A menudo se observan glándulas mucosas y agrupaciones de vasos sanguíneos y nervios en la pared del tejido conjuntivo del quiste maxilar anterior mediano.

Por otra parte el quiste dentígero mandibular puede estar tapizado en parte por células calciformes o posee - folículos linfocitos o restos de células epiteliales de ba

ja resistencia de la pared quística.

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

Algunas de las lesiones aquí explicadas son hadomas - alteraciones de la odontogénesis y no verdaderas neoplasias.

Están incluidos los quistes odontogénicos, pese a que solo son tumores en el sentido más amplio de la palabra.

Las diversas lesiones han sido agrupadas debido a su origen común en un grupo de tejidos de especialización - muy particular y su clasificación.

Se base este origen en las diversas capas germinales. El diagnóstico de cualquiera de estos quistes odontogénicos y su correcta identificación según su tipo depende - del examen microscópico del tejido junto con el estudio - minucioso de los hallazgos clínicos y radiográficos.

C A P I T U L O I I

QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA Y CUELLO,
GENERALIDADES, DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

C A P I T U L O I I

QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS DE CARA Y CUELLO, GENERALIDADES, DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO.

- QUISTE NASOALVEOLAR.-

El quiste nasopalveolar (nasolabial) lo describió por primera vez probablemente Zuckerbard, también se ha denominado quiste de Klestadt.

Se indica que probablemente deriva de restos epiteliales localizados en la unión de los procesos globular, nasolaterales y maxilares teoría aceptada actualmente por la mayoría de los investigadores.

Este quiste suele observarse en las razas negras y se localiza en la base de uno de los caninos. Ocasiona una tumefacción que puede verse y palpase debajo del labio superior así como en el piso nasal, todos los dientes de la región poseen vitalidad.

Se han observado casos bilaterales en un 10% generalmente este quiste abulta hacia el suelo del vestíbulo nasal, proyectándose debajo del extremo anterior del corne-

te inferior y algunas veces causa obstrucción nasal.

Este quiste puede afectar secundariamente al hueso.

Se pensó que este quiste tiene origen en la unión de la apófisis globular ascendente del maxilar y hueso del maxilar como resultado de la proliferación del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión.

- CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Causa hinchazón, además erosión superficial de la superficie externa del maxilar, pero señalamos que son primeramente lesiones centrales y por ello no pueden ser visibles en la radiografía.

Roed Petersen, notó que el 75% de los casos se presentaban en mujeres de 41 a 46 años, aunque hubo casos en personas de 12 a 75 años de edad.

Se ratificó que este quiste se origina de la parte anterior del conducto nasolagrimal y no del epitelio atrapado en el surco nasopalatino.

- HISTOLOGICAMENTE.-

Está tapizado por epitelio respiratorio y escamoso es tratificado y con más frecuencia por epitelio cilíndrico-seudoestratificado o por combinación de estos epitelios.

QUISTE EPIDERMÓIDE (DERMOÍDE).-

Es aplicado para denotar un quiste del desarrollo tapizado por epidermis y apéndice cutáneo.

Probablemente es debido al enclavamiento del ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias que ocurre en la tercera o cuarta semana in vitro. Esta teoría se apoya en la producción experimental de estos quistes.

Alrededor de la boca, los quistes dermoides, ocurren con más frecuencia en el suelo, y se han clasificado en quiste dermoide (medial) (línea media) y lateral. Probablemente tienen su origen siempre encima del músculo milohioideo, aunque pueden penetrarlo mediante un hiato de desarrollo.

En el quiste dermoide medial, el atrapamiento de epi-

telio en la línea media probablemente ocurre durante la fusión de los arcos braquiales primero (maxilar) y segundo (hioideo) es decir por la fusión de los procesos laterales a cada lado del arco maxilar con el tubérculo impar, para formar la lengua anterior y suelo de la boca.

El quiste dermoide es hallado entre la cara lateral de los músculos genianos y el milohioideo.

- HISTOLOGICAMENTE:

El revestimiento del quiste es un epitelio escamoso - estratificado queratinizado, hay uno o varios apéndices - cutáneos como folículos pilosos, glándulas sudoríparas o glándulas sebáceas.

Su cavidad generalmente está llena de queratina y material sebáceo sin embargo, solo se encuentran pelos en raras ocasiones. Cuando no hay apéndice cutáneo no se puede diagnosticar un quiste dermoide y en este caso se usa el término de quiste epidermoide.

Este quiste es una forma de teratoma derivado principalmente del epitelio germinal embrionario

Observan que los sitios de aparición más comunes son boca y zonas submaxilares y sublinguales.

- CLINICAMENTE:

Suele producir menos tumefacción que el quiste dermoide medial.

Aparece situado profundamente en el canal muscular -- formado por el geniogloso e hiogloso medialmente en el milohioides lateralmente y se proyecta dentro de la zona premolar, molar y dentro del cuello en la unión entre las regiones submentoniana y submaxilar.

El quiste dermoide lateral probablemente deriva el extremo ventral de la primera bolsa faríngea o de la hendidura braquial.

Aproximadamente 25% de estos quistes dermoides que ocurren en la cabeza y cuello derivan del suelo de la boca, no hay predilección del sexo, raras veces son evidentes al nacer, suelen aparecer clínicamente entre los 12 a 25 años de edad.

Se está localizado por encima del músculo genihioides

(quiste dermoide sublingual o geniogloso) ocasiona una elevación o desplazamiento de la lengua produciendo dificultad, para hablar, comer e incluso respirar, debido a la presión ejercida sobre la epiglotis.

Si el quiste es más profundo (músculos geniioideos y milohioideos) puede causar un abultamiento en la región submentoniana (quiste dermoide submentoniano) que se extiende desde el maxilar inferior hasta el hueso hioides dando el aspecto de un mentón doble, al aumentar de tamaño puede empujar a la laringe, hacia abajo y su crecimiento hacia arriba provoca un abombamiento en el suelo de la boca, su tamaño es variable, puede llegar hasta varios centímetros, generalmente de una impresión pastosa a la palpación, pero también puede ser fructuante según la composición del contenido.

A veces estos quistes se infectan y ocasionalmente se forman trayectos fistulosos que se abren en la boca, en la piel. Han sido descritos como posibles de transformación maligna.

Lesiones que tienen gran parecido clínico con el quiste dermoide:

- 1).- Ránula
- 2).- Obstrucción unilateral o bilateral del conducto de Wharton.
- 3).- Quiste del conducto tirogloso
- 4).- Hendidura quística
- 5).- Quiste de la hendidura braquial
- 6).- Infección aguda o celulitis del piso de la boca
- 7).- Infección de las glándulas submaxilares y sublingual
- 8).- Tumores benignos y malignos del piso de la boca y glándulas salivales adyacentes.
- 9).- Masa adiposa normal en la zona submentoniana.

Algunas lesiones contienen estructuras de naturaleza variada como hueso, músculos y derivados gastrointestinales y constituyen pues un teratomo complejo.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.-

El anclaje del lóbulo medio de la glándula tiroidea aparece en la base de la lengua aproximadamente al terminar la tercera semana intrauterina.

Durante su descenso, sigue unido al punto de origen (señalado por el agujero ciego) mediante un tallo epite -

lial conocido como conducto tirogloso. Este tallo descien-
de en situación ventral a la zona ocupada por el hueso -
hioides por delante del cartilago tiroides para llenarse
a los lóbulos laterales que se hallan en desarrollo.

La falta total o parcial de obliteración del tallo -
puede dar lugar a la formación de un quiste o fistula del
conducto tirogloso aparece después de la rotura del quis-
te, pero aproximadamente un 5% parecen ser congénitos se-
estima que el 15% al 35% de los quistes del conducto tiro-
gloso desarrollan una fistula.

Algunas veces se puede desarrollar un carcinoma papi-
lar en el conducto tirogloso.

CLINICAMENTE.

El quiste se manifiesta como una masa cervical blanda,
casi siempre movable, muchas veces sensible a la presión
alrededor del 30% situados en la línea media (aproximada-
mente 20%) cuyo diámetro varía entre 1 cm. y 10 cm. (me -
dia 3 cm.)

Suele levantarse al deglutir o al sacar la lengua, apare-

ce en cualquier punto a lo largo del trayecto de descenso del anclaje tiroideo (es decir desde el agujero) ciego - hasta la escotadura supraesternal) más del 70% ocurre a ni vel del hueso hioides o del istmo del tiroides.

Más del 60% aparece durante las dos primeras décadas de la vida no hay ninguna predilección sexual. Más del - 50% de los pacientes tienen un anemiasis de infección recidivante del quiste.

Si el quiste está localizado dentro de la lengua o en la región suprahioides puede producir bastantes molestias como disfagia (un 20%) o acceso de ligera asfixia, hay - ronquera o dificultad de la fonación 5%.

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

- HISTOLOGICAMENTE. -

Este quiste está tapizado por epitelio escamoso estra tificado, cilíndrico ciliado o no ciliado y transfusional intermedio.

Los quistes pueden estar conectados al agujero ciego por conductos técnicos o múltiples o carecer de comunicación.

Puede haber glándula mucosa dentro de la luz. Los quistes que tienen su origen cerca de la boca tienen más probabilidad de estar revestidos por un epitelio escamoso estratificado.

Quizás existan focos de tejido tiroideo aberrante dentro del tejido conjuntivo fibroso.

QUISTE LINFOEPITELIAL.-

Los quistes linfoepiteliales (hendidura braquial) parecen tener su origen en el enclavamiento de elementos de un conducto salival en los ganglios linfáticos, lo mismo que se cree en el cistadenoma papila linfomatoso.

La mayoría de los autores creen que este quiste tiene su origen en los restos del seno cervical, pero si esto fuera verdad, el quiste estaría por debajo de los derivados del arco hioideo (debajo del ligamento estilohioideo)

la arteria carótida externa y el músculo estilohioideo y más profundo que el nervio hipogloso. La realidad es que generalmente está situado superficialmente cerca del ángulo del maxilar inferior. Se halla cubierto solamente por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y generalmente está sobre la vaina carótida.

En raras veces está más profundo que la arteria carótida. Este quiste se suele evidenciar en la tercera década, parece no haber predilección sexual.

El tamaño varía de un diámetro de 2 cm. y 10 cm. (medio 3 a 4 cm.) en general hay fructuación.

El quiste suele no ser transparente a no ser que tenga un tamaño grande. No suele estar fijado a las estructuras subyacentes o a la piel. También se ha observado dentro de un ganglio linfático intraparotídeo teniendo así un origen semejante al cistadenoma papilar linfomatoso.

El quiste linfoepitelial también ocurre en el suelo de la boca o por abajo de la lengua o faringe bucal lo cual habla en contra de un origen braquial. La mayoría de los casos de la boca han sido en varones esto puede ser -

importante.

- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Incluye el hongiroma quístico linfodentes, linfoma y tumor del cuerpo carotídeo, también hay que tener en cuenta los raros casos cervical de quistes térmico y parótdo.

- HISTOLOGICAMENTE:

Contiene un revestimiento epitelial escamoso estratificado, generalmente no queratinizado rodeado por tejido linfoide con centros germinales.

En más de 85% de las piezas examinadas se puede demostrar la presencia de sinusoides subcapsulares o medulares.

QUISTE LINFOEPITELIAL CERVICAL BENIGNO.-

Es un quiste que se produce en la zona lateral del cuello y fue descrito clásicamente como originado en los restos de los arcos braquiales o sacos faríngeos.

Sin embargo hay considerables pruebas que indican que

este tipo de quiste no tiene relación con los arcos braquiales.

No es quiste fisural verdadero, pero es mejor considerado como tal por su origen en el desarrollo.

Su origen estaría en la transformación quística del epitelio atrapado por los nódulos linfáticos cervicales - la fuente de este epitelio es desconocida, pero es probable que provenga de glándulas salivales como otra razón - embriológica.

No está determinado con claridad si los llamados fistulas braquiales o fistulas cervicales laterales tienen alguna relación con la presente lesión.

Llegan a la conclusión de que cuando se intentaba correlacionar la incidencia de estos quistes con las zonas de mayor presentación de los dos tipos de restos epiteliales que podrían dar origen a los quistes -parotídeos contrabucuales- resultaba que el aparato braquial era el origen más factible, discutieron la aceptabilidad de la teoría de la inclinación de glándulas salivales para la histogénesis de este quiste.

- CARACTERISTICAS CLINICAS:

La mayoría de estos quistes aparecen en adultos jóvenes, pueden tenerse evidentes en la niñez temprana, son de crecimiento lento, pueden tener una duración de semanas o muchos años.

La lesión se presenta como una masa movable asintomática y circunscrita en la zona lateral del cuello superior, por lo común dista del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Aunque muchos de estos quistes se producen en el cuello, muchos fueron observados en el ángulo de la mandíbula maxilar e incluso en las zonas periauricular y parotídea.

- CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Este quiste suele estar tapizado de epitelio escamoso estratificado, pero puede contener epitelio columnar estratificado. La pared del quiste está formada por lo general de tejido linfóide en la forma típica de nódulo linfático. El quiste propiamente dicho, puede contener un lí -

quido acuoso claro en un material mucosoide gelatinoso espeso.

MUCOCELE.-

Tipo de extravasación mucosa es una cavidad delimitada por tejido de granulación, su luz contiene un material hialino eosinófilo y un número variable de macrófagos.

Al parecer es un trauma quizá mecánico, es el responsable de la lesión de los conductos de las glándulas salivales menores que da lugar a que el moco se vierta entre la lámina propia y el tejido submucoso. Afecta glándulas salivales.

El mucocèle de las glándulas próximas a la punta de la lengua se denomina quiste de Blandih-Huhm más del 70% de estos quistes se dan en el labio inferior, la mucosa bucal y con menor frecuencia en el piso de la boca son localizaciones algo habituales; paladar, cuello, lengua. Raramente se afecta el labio superior.

El mucocèle de labio inferior se observa con mayor frecuencia en individuos de menos de 40 años, son más fre

cuentas en varones que en mujeres.

El mucocele es profundo o superficial y su tamaño varía entre unos pocos mm. y 1 cm. o más de diámetro.

La superficie tiene un color azulado, son transparentes y se rompen fácilmente. El mucocele más profundo puede durar meses e incluso años. Es frecuente que se reproduzcan.

HISTOLOGICAMENTE:

Consiste en un depósito de moco que se localiza a menudo en el tejido conectivo y la submucosa y está rodeado por una pared formada por tejido de granulación solo raramente son observados restos de epitelio en la pared. Probablemente representan una porción de varios conductos excretorios.

La luz de la cavidad quistiforme está llena de un coágulo eosinofílico que contiene un abundante número de macrófagos. Las glándulas salivales menores adyacentes presentan a menudo alteración inflamatoria o signos de obstrucción.

La designación quiste por retención mucosa hace refe-

rencia a un mucocele en que existe una obstrucción parcial al flujo de moco con un lento aumento de la presión debido a la secreción continua por parte de la porción secretora de la glándula.

El conducto se dilata, lo cual da lugar a un quiste - por retención mucosa delimitado por un simple epitelio de células alargadas o pseudoestratificado. Quizá de 6% al 12% de los mucocelos sean de este tipo.

Observan que el 11% de 188 mucocelos eran de origen - intraglandular, se consideró 18% más era probablemente de origen intraglandular.

En investigaciones revelan que la sección traumática - de un conducto salival, como el producido por el mordis - queo de labios o carrillo y por pellizcamiento de labios, - con las pinzas para extracciones precede a la formación - del quiste por retención.

RANULA.-

El término ránula se utiliza de modo laxo, para designar una lesión quística de pared gruesa localizando en la porción anterior del suelo de la boca y engloba entidades, tales como el mucocele de las glándulas sublinguales y sub

maxilares o una lesión rara y profunda que a menudo se extiende más allá del músculo milohioideo, este término sería más bien específico para indicar una lesión profunda que se extiende con frecuencia hasta la base del cráneo o por el cuello y que posiblemente tiene su origen en el seno cervical, que de ordinario se oblitera durante la vida embrionaria o por obstrucción del conducto o por formación de un aneurisma en el conducto.

Está a menudo delimitado por células cuboides o alargadas. La metaplasia al menos parcial del tipo del epitelioescamoso estratificado no es infrecuente.

- CARACTERISTICAS CLINICAS:

El mucocele de las glándulas sublinguales es habitualmente unilateral y tiene un diámetro de 2 a 3 cms.

Es blando y fluctúa y tiene un color azul violáceo sus paredes son delgadas y la compresión no dejahuella física en ellas. Está localizado por encima del músculo milohioideo - puede extenderse en dirección hacia atrás. Es de estructura unilocular y contiene en su luz un líquido viscoso, pegajoso, mucoceroso, si no produce dolor, puede dificultar la locución, la motivación y la deglución se da en todos -

los grupos de edad, es algo más frecuente en mujeres.

Existen varios casos en recién nacidos. No tiene revestimiento epitelial, su pared está formada por tejido conjuntivo comprimido infiltrado por un número variable de células inflamatorias.

Estos quistes tienen como causa principal la obstrucción de los conductos excretores de las glándulas mucosas del suelo de la boca.

Se considera la ránula un verdadero quiste de esta retención.

RADIOGRAFICAMENTE:

El mucocele gingival es una lesión del tejido blando y no se manifiesta generalmente en la radiografía dental si se agranda a un tamaño mayor causa evasión superficial de la placa cortical del hueso.

QUISTE GINGIVAL DEL RECIEN NACIDO.-

El quiste gingival no es común y surge probablemente de los restos de la lámina dentaria (restos de seres). Se llaman así estos quistes porque ocurren en los tejidos - -

blandos superficiales de la encía libre adherida al reborde alveolar y no llegan a envolver al hueso.

Frecuentemente se observan microquistes en los tejidos gingivales del feto y del niño recién nacido a veces son suficientemente grandes para ser visibles como pequeños tumefacciones aisladas de un tamaño aproximado de un grano de arroz, cubiertos por mucosa blanquecina que recibe el nombre de " perlas de Epstein " o " nódulos de Bohn ", se observan más frecuente en la encía y en paladar y suelen ser evoluciones espontáneamente dentro de los primeros meses después del nacimiento sin necesidad de intervenciones quirúrgicas algunas.

Las perlas de Epstein son nódulos quísticos llenos de queratina que se encuentran a lo largo del rafe palatino - medio derivados tal vez, de los remanentes epiteliales - atrapados a lo largo de la línea de fusión,

Los nódulos de Bohn son quistes llenos de queratina y - diseminados por el paladar, siendo más numerosos a lo largo de la unión del paladar duro y paladar blando.

ETIOLOGIA (posible fuente de formación quística):

1.- Tejido glandular heterotípico.

- 2.- Alteraciones degenerativas en un brote epitelial proliferante.
- 3.- Restos de lámina dental del órgano del esmalte o restos epiteliales del ligamento periodontal.
- 4.- Implantación traumática del epitelio.

Solo los dos últimos son los válidos y sobre esta fase habría dos formas reconocidas de quiste gingival:

- 1) El que se origina por degeneración quística de la lámina dental o en las glándulas o restos de seres.
- 2) El que se origina por implantación traumática del epitelio superior (no sería un quiste odontogénico verdadero).

HISTOLOGICAMENTE:

Es un quiste simple y se ajusta al patrón básico previamente descrito.

Lo usual es que no se infecten, de lo contrario aparecerían como abscesos periodontales en lugar de quistes.

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO.-

El tejido gingival es una lesión del tejido blando y no se manifiesta generalmente en la radiografía dental.

Si se agranda a un tamaño mayor, causa erosión superficial de la placa cortical del hueso.

CLINICAMENTE:

Esta lesión aparece como un abultamiento pequeño no doloroso, bien circunscrito de la encía que algunas veces se asemeja mucho a un mucocelo superficial.

La lesión es del mismo color de la mucosa normal adyacente y rara vez mide más de 1 cm., por lo general mide mucho menos, puede presentarse en la encía libre o en la adherida, algunos quistes gingivales aparecen en las propias papilas gingivales.

Puede presentarse a cualquier edad, en personas mayores de 40 años de edad se presentan con mayor frecuencia.

Se presenta más en la zona mandibular, premolares, incisivos, caninos y área de incisivo lateral mandibular.

HISTOLOGICAMENTE:

Cavidad patológica revestida de epitelio que por lo re

gular contiene líquido. El epitelio varía de grosor desde simplemente una célula aplanada a varias células, un epitelio escamoso estratificado delgado. Hay células claras ricas en glucógeno, también observamos restos de lámina dental en una pared de tejido conectivo.

Estas lesiones pueden ser uniuísticas o poliuísticas puesto que los quistes yacen libres en el tejido conectivo de la encía puede o no mostrar una reacción inflamatoria asociada.

QUISTE DE LA HENDIDURA BRAQUIAL.-

Es una rara manifestación, suele aparecer como una tumefacción asintomática por debajo del ángulo de la mandíbula, a nivel del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Anteriormente se pensaba que el quiste era resultado de hiperplasia y encerramiento del epitelio proveniente de ciertos arcos braquiales, pero ahora se considera más probable que sea el resultado de degeneración quística de estos.

HISTOLOGICAMENTE:

Se ajusta al patrón común ya descrito, pero se distingue por la frecuente presencia de grandes cantidades de tejido linfoide en sus paredes incluyendo a veces folículos con centros germinales activos, se considera que la proliferación reactiva del epitelio del quiste puede ser consecuencia de aceleraciones inflamatorias causadas por el drenaje de material infectado que se vuelva en el tejido linfoide.

ASPECTOS CLINICOS:

Aparece como un nódulo elevado de color amarillento - asintomático, bien circunscrito que por lo general se encuentra en el piso de la boca o en la parte ventral de la lengua, se han encontrado algunas causas en el paladar blando vestibular mandibular, pulpar anterior, almohadilla retromolar, puede tener un diámetro de 1.5 a 2.0 cm. y aparecer a cualquier edad variando entre los 15 a 65 años. Los varones son los más afectados.

HISTOLOGICAMENTE:

A menudo el lumen del quiste contiene células epiteliales sueltas, linfocitos y coágulos amorfo-eosinófilos.

C A P I T U L O I I I

TRATAMIENTO, QUISTES DE CUELLO, GENERALIDADES.

C A P I T U L O I I I

TRATAMIENTO, QUISTES DE CUELLO, GENERALIDADES.

Se obtienen buenos resultados con la extirpación quirúrgica, y quizá sea, en muchos casos un procedimiento de masiado formidable porque los quistes dan aspecto de - - haber sido "disparados por un lado de cuello" y no salen con limpieza.

La operación se retrasará siempre en todo lo posible a menos que sea manifiesta la alteración respiratoria. - Cuando la respiración está alterada, el quiste debe abrirse, con extirpación de la parte que sea más fácil sacar, y el resto se convertirá en una cavidad quística única en lo que se inserta un dren o una canalización empapada en morruato sódico al 5%.

La extirpación total esperará hasta que crezca más el cuello. El quiste o seno del conducto tirogloso, de manera semejante derivado de una parte desorganizada del conducto de descenso de la glándula tiroides, de la base de la lengua llega al cuello. De manera característica, está localizado en la línea media anterior del cuello, por debajo del hueso hioides. Está más o menos unido al lóbulo-

piramidal de la glándula tiroides por debajo. Por arriba, suele pasar hacia la base de la lengua como conducto estrecho de paredes delgadas que perfora y hace una muesca en el hueso hioides.

Los pacientes que tienen quistes de este tipo no suelen buscar atención médica a menos que se infecte o se ponga doloroso o hasta que empiece a producirles una desfiguración clara; por lo común estos quistes son asintomáticos, salvo cuando se infectan.

El tratamiento consiste en extirpar el quiste no infectado en su porción superior, a través de una incisión transversal.

Debe extirparse un segmento central del hueso hioides con el conducto, con objeto de garantizar la extirpación completa sin temor de trastornar el habla o la deglución. Los quistes infiltrados se someten a drenaje simple; la extirpación se ejecuta después que la herida ha cicatrizado y han desaparecido todos los signos de infección. A menos que se extirpe el segmento superior por completo, recurrirá el problema.

Estos quistes no tienen propensión neoplásica antes - de extirpar lo que parece un quiste del conducto tirogloso, se tomará una centelleografía, con objeto de no extirpar una glándula normal de localización central error quirúrgico evitable.

Los quistes de los arcos braquiales:

Se originan quizá de los músculos que están entre la apófisis mastoides y el esternón aunque suelen localizarse por encima del cartilago tiroides.

El tratamiento consiste en aplicar drenaje cuando están infectados y hacer la extirpación cuando no lo están.

CONCLUSIONES.-

Los quistes del cuello suelen ser congénitos, provengan del conducto tirogloso o de la hendidura braquial se hace con base a los hallazgos físicos.

Los quistes muestran una severa tendencia a infectarse y por esta razón es prudente extirparlo cuando se les diagnostica. Es esencial operar cuando no hay infección y de preferencia antes que aparezca. Para quitar la recidiva frecuente del quiste del conducto tirogloso, es esen -

cial hacer una operación de Sistrunk, esto es, extirpar - el hueso hioides y el quiste, e incluir el músculo. Con - el conducto, hasta la base de la lengua.

En ambos enlistados es esencial extirpar totalmente - los trayectos fistulosos para llevar al mínimo la posibi - lidad de recidiva.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.-

Schlange en 1883 propuso extirpar la porción central - del hueso hioides junto con el quiste y el conducto por - arriba del mismo.

Sistrunk en 1920, recomendó que no solamente extirpar el hioides con el quiste y el extirpar el conducto proxi - mal, sino también insistir en la necesidad de incluir el - conducto proximal en la pieza quirúrgica, hasta la base - de la lengua. Apreció que el fino conducto fácilmente se - rompía antes de terminar la extirpación y este problema - se evitaba si se extirpaba la porción central del tejido.

Hemos señalado en líneas anteriores que a menudo hay - más de un conducto y que las pequeñas glándulas secreto -

ras de moco (que probablemente tengan un papel importante en la genesis del quiste) puede estar muy junto a los con ductos en estas circunstancias es importante extirpar todo este tejido por ablución en bloque del conducto desde el hioides hasta el agujero ciego como recomendó Sistruk.

El elevado índice de recidiva en algunas series publicadas (20 X 100) depende básicamente de que el cirujano no hace la operación de Sistruk, esto es extirpar el quis te, hueso hioides y el conducto proximal en un bloque has ta la base de la lengua, incluido el agujero ciego.

La operación se hace bajo anestesia endotraqueal con extensión de cuello del enfermo. Se hace directamente sobre el quiste en la región infrahiodea una incisión cutánea transversal "se separa" (refleja) el músculo cutáneo del cuello y se profundiza la desección hasta el quis te y sus alrededores, después se diseca el trayecto fistu loso hasta el hueso hioides.

Se seccionan las inserciones musculares a las caras superior e inferior del cuerpo del hioides, dado que hay una íntima relación entre porción central del hioides y el conducto tirogloso, es necesario extirpar la porción -

central de este hueso en continuidad con el quiste y el conducto, la disección se continúa hasta llegar de 5 a 10 mm. de diámetro a través de los músculos de la base de la lengua hasta el agujero ciego.

Después se dirige hacia arriba y otros en el plano sagital, con un ángulo de unos 45° respecto al eje longitudinal del cuerpo. La disección por lo expuesto incluye un rafe central del milohioideo y partes de los músculos genihioideo y geniogloso.

La orientación anatómica puede simplificarse si un asistente coloca un dedo sobre la lengua y lleva hacia abajo el agujero ciego. El conducto es ligado y seccionado en la base de la lengua. No es necesario reaproximar los segmentos del hueso hioides, cabe colocar un pequeño dren de Penrose durante 24 horas en especial si ha habido un antecedente de infección.

En nuestra serie de 338 enfermos se hizo extirpación local del quiste en 14 al método Sistrunk en 302 una forma de extirpación del conducto en 21 incisión y drenaje, solo en uno, la revisión reciente de los datos de vigilancia en 227 enfermos (mayor de un año en todos) señala que había reaparecido el problema, en 11 de ellos, (4%) en-

siete personas del grupo había habido infección previa a la extirpación, y en cuatro de ellos se había hecho una intervención quirúrgica antes del intento definitivo y solo dos de los pacientes con recidiva no tuvieron antecedentes de una u otra en tres de los enfermos con recidiva un cirujano había extirpado el conducto hasta hioides sin extirpar el hioides o "despegar" el trayecto hasta la lengua, los otros ocho habían sido sometidos al método de Sfstreak.

TRATAMIENTO DE QUISTES DE LA HENDIDURA BRAQUIAL LINFO EPITELIAL.-

La extirpación del quiste de la hendidura braquial se hace a través de una incisión cervical transversa en la zona superior del cuello sobre el propio quiste cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, hay que eliminar por completo el quiste y toda la fístula coexistente, la anatomía vecina depende por supuesto de la situación precisa del quiste. Sin embargo, se tendrá enorme cuidado de no lesionar los nervios cercanos y se prestará atención a los nervios neumogástrico, espinal e hipogloso. El quiste en sí puede estar en el plano superficial al borde anterior del músculo esternocleidomastoi-

deo, pero con mayor frecuencia está en plano profundo en relación con los vasos carotídeos y la vena yugular externa. Con menor frecuencia puede estar situado en la bifurcación de la arteria carotídea y en relación externa con la pared faríngea. En cada una de estas situaciones se intentará extirpar el quiste intacto.

La fístula proveniente de la tercera hendidura bra -- quial tiene su orificio en el mismo punto que de la segunda hendidura, puede pasar por detrás de las arterias carotida interna y externa y está en relación con el neumogástrico, hipogloso y sin embargo después desciende a la zona inferior de la hipofaringe y puede penetrar en la membrana tiroidea.

De los 274 pacientes en nuestra serie se cuenta con datos de vigilancia en 208 (76%) de ellos parece haber habido un índice de recidiva de (6%) esto en 12 del grupo, 7 de estos enfermos tuvieron antecedente de infección y otros siete de intervención quirúrgica previa por corregir la lesión. Solo cuatro enfermos no tuvieron antecedentes de infección, ni cirugía previa.

Los métodos hechos por nuestros cirujanos en estos 2-enfermos con recidiva fue la extirpación de la lesión so-

lo en 7 casos extirpación de la lesión y la fístula en 3-
casos extirpación de la lesión y la parótida en un caso y
sección modificada del cuello en su caso.

OTRA TECNICA.-

Se emplea anestesia general con entubación traqueal:
se coloca el paciente en decúbito supino con el cuello en
hiperextensión y la cabeza rotada hacia el lado opuesto-
al de la lesión. Se inclina ligeramente la mesa operato -
ra en posición contraria a la de Trendelemburg. Puede -
practicarse una incisión a lo largo del esterno cleidomasto
ideo, pero la cicatriz resultante es mucho menos visi -
ble; si se traza la incisión más o menos transversalmente
la dirección de los pliegues de la piel.

La longitud de la incisión depende del tamaño del - -
quiste, siendo casi siempre de 6 a 8 cm., se centra sobre
la porción media del tumor y se profundiza a través de la
grasa y del músculo cutáneo hasta llegar al nivel de la -
fascia cervical profunda.

Se separan los bordes cutáneos todo lo que sea necesa
rio para una buena exposición. Al desecar el colgajo supe
rior, es preciso evitar lesiones en la rama maxilar del -
nervio facial.

Se abre la fascia cervical profunda. En ocasiones puede ser necesario dividir la vena yugular externa, suele aparecer el nervio aurículo mayor que por lo común suele ser respetado, se moviliza el músculo esternocleidomastoideo por seducción aguda y normal a fin de permitir su retracción hacia atrás y conseguir una buena presentación del quiste, durante la disección de la parte superior del músculo. Se corre peligro de lesionar el nervio espinal. A veces es necesario dividir la vena facial común. Algunos cirujanos recomiendan la aspiración del quiste, pero es preferible evitarlo. Se evitará también aplicar pinzas al quiste, ya que existe el riesgo de romperlo. La movilización del quiste debe ser gradual, empezando por la parte inferior y desecándolo más cerca posible de la pared quística.

La mayoría de los quistes braquiales están bien delimitados, de hecho la falta de demarcación ha de poner al cirujano en estado de alerta por la posibilidad de que se trate de algún otro proceso patológico.

La superficie profunda del quiste está en relación con estructuras de la vaina canotídea, el asa cervical (asa del hipogloso) el nervio hipogloso y el vientre posterior

del músculo digástrico. Al movilizar por completo el quiste y extirparlo, no se encuentra trazo alguno de un tracto sinusal o de una banda fibrosa que lo una a la pared fibrosa.

Se coloca un pequeño tubo de drenaje de Penrose en la profundidad de la herida. No es necesario cerrar la fascia cervical profunda. Los tejidos subcutáneos y el músculo cutáneo se cierran con catgut del 4 - 0, la piel se cierra con puntos sueltos de seda del 4 - 0 de plástico - del 5 - 0.

QUISTES DERMOIDES Y EPIDERMOIDE.-

Los quistes evolucionados en el piso, por encima del plano muscular milohioideo, adheridos al hueso a nivel de la apófisis geni levantando la lengua; éstos son los quistes adgenianos "inflados" en la cavidad bucal.

Los quistes evolucionan en el piso por debajo del plano muscular, adherido, por otros del hueso hioides, levantando la lengua; estos son los quistes adheridos que hacen saliencia frecuentemente en la región suprahiodea.

La exeresis es necesaria en razón de su aumento progresivo y la posibilidad de infección.

TECNICA.-

A).- QUISTES ADGEHIANOS: Anestesia general, preferiblemente por intubación nasal, anestesia local, intra o extrabucal, levantar la lengua con ayuda de un hilo - que atraviesa la lengua.

Uncisión - intrabucal de la mucosa de otros hacia adelante en la línea media, de la base de la lengua a la cara posterior de la sínfisis. Evitar lesionar los orifi -- cios del conducto de Wharton y la pared propia del quiste.

Amarrar los bordes de la incisión de los dos lados - con ganchos con pinzas de Chaput o con pequeños separadores de garfios.

Descubrir la pared del quiste por devulsión con - tijeras finas y un poco curvas, del delgado tejido celu - lar entre el plano mucoso y la envoltura de la masa tumo - ral. Desprender también con una espátula o desprendedor - hasta dejar al desnudo su cara superficial, hemisférica.

Asir el tumor con una pinza en corazón, su pared es - resistente y poco tensa. Ensayar, exteriorizarlo de su nicho y liberarlo de sus adherencias, poco restantes, con -

la espátula de segura. (3, a. b.)

Desprender las adherencias más sólidas que lo fijen - al maxilar con la misma espátula o con tijeras curvas finas (3, b.). Cerrar la cavidad vacía del quiste, sutura - lineal antero-posterior, con serocap 00, de los planos su - perfciales. (fig. 4).

QUISTES ADHIOIDEOS.- Anestesia general, local, de ri - gor en profundidad y superficie.

Incisión submantoniana curva de concavidad posterior - a media distancia del hueso hioides y del maxilar en la - cumbre de la tumefacción (fig. 6) interesando la piel y - el tejido celular subcutáneo.

Desechar los dos bordes de la herida y separarlos con - fuerza hacia arriba y hacia abajo, la aponeurosis superfi - cial cubre el plano muscular subyacente (fig. 1, a); - hemostasia de los planos superficiales.

Incidir la aponeurosis superficial verticalmente so - bre la línea media abarcando 4 cm. (1, b.) amarrar los - dos bordes con las pinzas de Halstead o de Chaput, usar -

separadores. Los fascículos del milohioideo aparecen unidos en ases sobre la línea media.

Incidir verticalmente el músculo milohioideo, sobre el rafe medio y en un largo de 2 cm., agrandar la abertura en el músculo con la ayuda de una pinza de Kocher cerrada y abierta alternativamente (fig. 1, a, b, c.)

Separa a derecha y a izquierda los fascículos musculares el tumor aparece a veces. Recubierto de una delgada capa de tejido célula-adiposo.

Poner al desnudo la pared del quiste en toda la extensión de la herida manteniendo abierta con un desprendedor o con una compresa " montada ".

El ayudante separa bien el músculo horizontalmente y un separador autoestático separa los planos superficiales verticalmente o viceversa.

Liberarlo mediante tejidos por devulsión o con desprendedor el máximo posible de la superficie del tumor. (fig., 3 a, b, c,)

Asir la pared bastante resistente con una pinza de co

razón o análoga, atraerlo gradualmente al exterior y liberarlo a medida que se desprenden las adherencias a los tejidos vecinos.

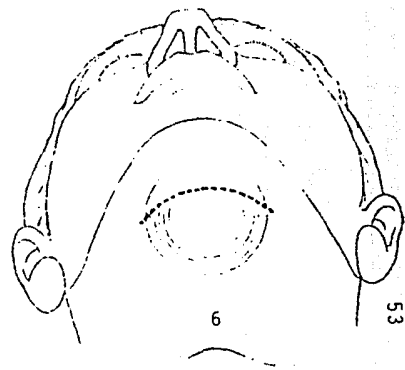
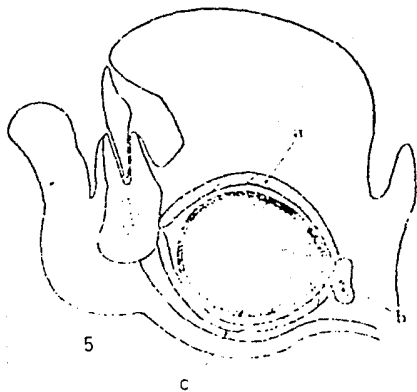
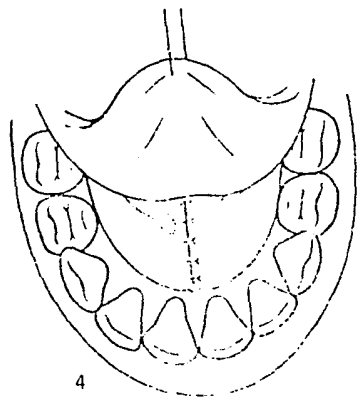
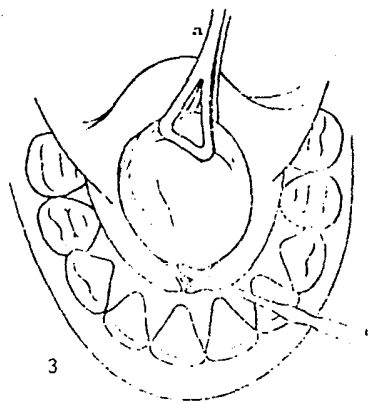
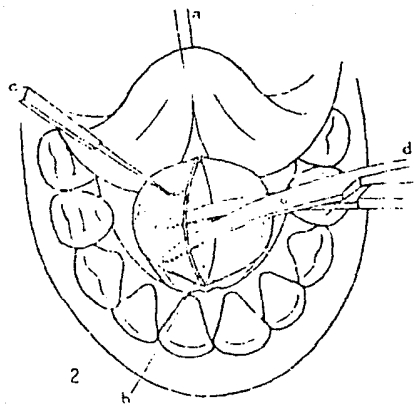
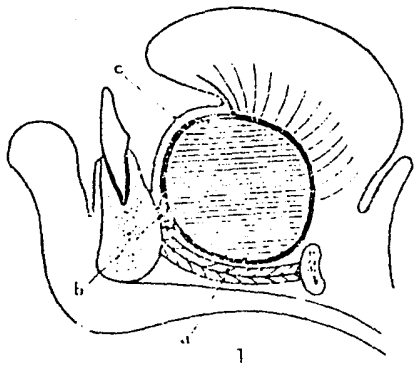
Despegar los planos con el índice introducido en el lecho de la masa tumoral que se rodea para liberarlo. Al final de la maniobra el quiste se mantiene solo por sus adherencias al hueso hioideo.

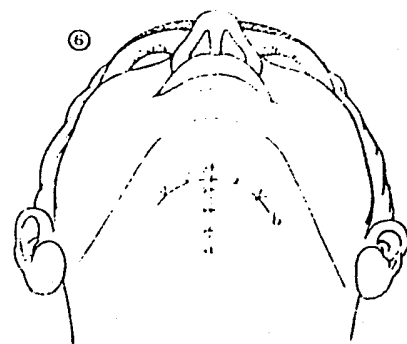
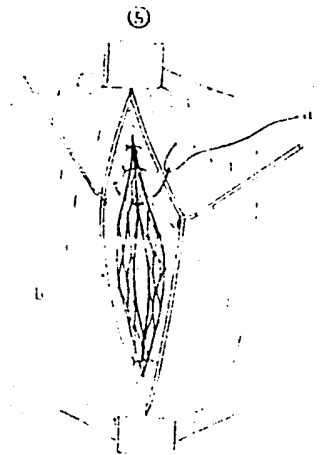
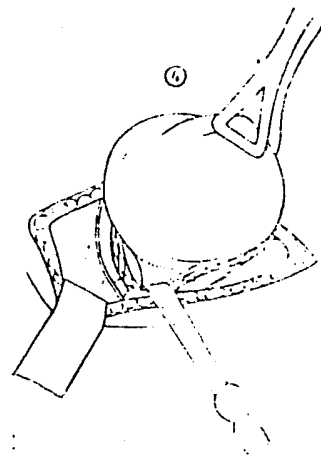
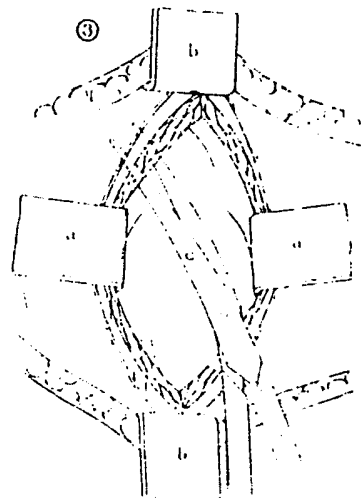
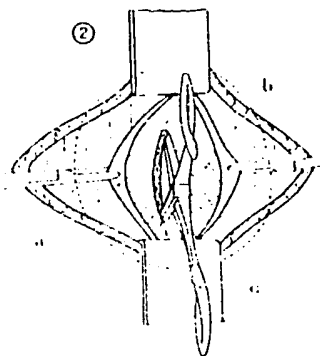
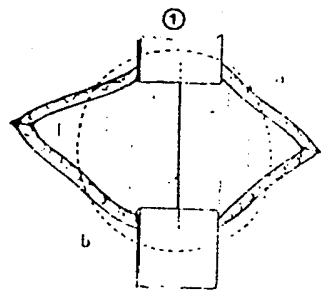
Romper esas adherencias al hueso con la espátula desegura a la ligera y fina a los tejidos finos y elevar el tumor. (fug, 4)

Hemostasia por coagulación o con catgut, cerrar en profundidad mediante algunos puntos de catgut.

Suturar el corte muscular luego la aponeurosis en el sentido vertical (fig. 5 a y b).

Sutura cutánea horizontal con crin 20 o servcap 00.- Las suturas superficiales y profundas no se corresponden por el contrario se cruzan; la cicatriz será así más satisfactoria (fig. 6 a y B).





QUISTE NASOALVEOLAR.-

TRATAMIENTO.-

Se procede a la enucleación de la formación quística por vía bucal.

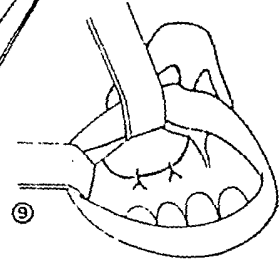
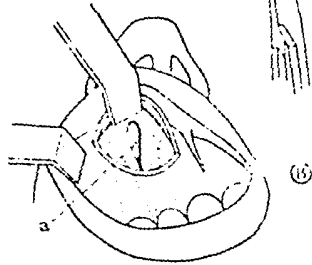
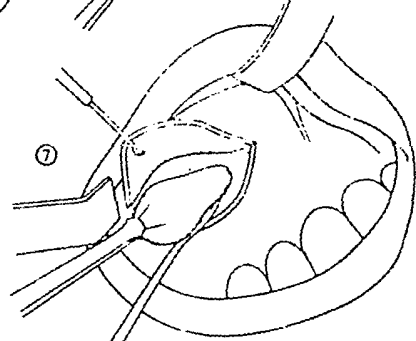
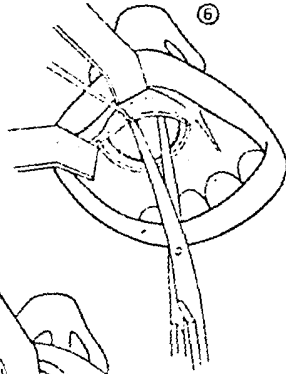
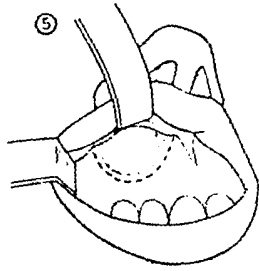
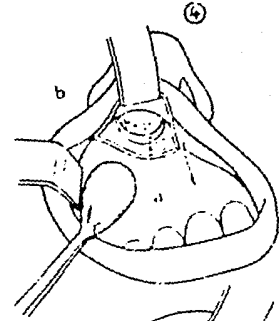
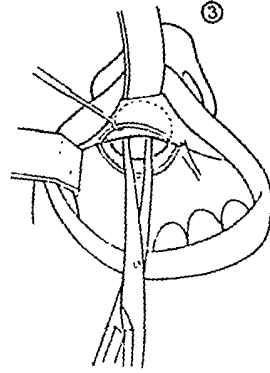
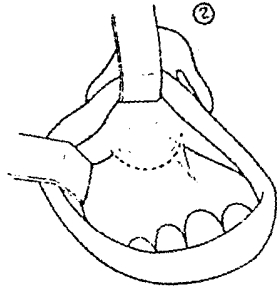
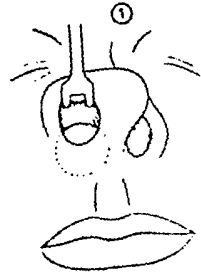
TECNICA.-

Anestesia local vestibular y nasal.

Incisión.- Después de haber reclinado el labio superior mediante los separadores, incisión ligeramente la saliente del quiste. (Fig. 2)

Liberación de la cera superficial del quiste por despegamiento de la mucosa con tejidos, comenzando por la parte del quiste más alejado del hueso (fig. 3) hasta la liberación total de esta cara.

Desprendimiento de la parte profunda del plano óseo con el desprendedor y extirpación total de la bolsa en general dejar un orificio piriforme más excavado que lo habitual (fig. 4). La liberación de la bolsa debe ser realizada con cuidado en particular en la parte superior a fin de desprenderla de la mucosa nasal sin lesionar ésta.



QUISTE GINGIVAL.-

TECNICA EN ADULTO.-

Anestesia local.

Tallar con el bisturí un colgajo de mucosa a todo lo largo y a 5 mm. aproximadamente del borde libre de la encía, resecar la banda gingival así delimitada, casi en todo su espesor.

Liberar los dos bordes de la abertura operatoria ligeramente sobre la vertiente dentaria y tan amplios como se sea necesario para la sutura sobre la vertiente vestibular.

Sutura de puntos separados con servcap 0 ó 00 con aguja muy curva de 4/8 de círculo y 15 mm.

QUISTE GINGIVAL EN RECIEN NACIDO.-

No requiere tratamiento alguno, por cuanto casi invariablemente las lesiones desaparecen por apertura en la superficie mucosa o al ser desechos por los dientes en brote.

TRATAMIENTO RANULA MUCOCELE.-

El mejor tratamiento es sin duda la extirpación total de los quistes aunque es necesario modificar este concepto con el fin de acomodarse a situaciones particulares.

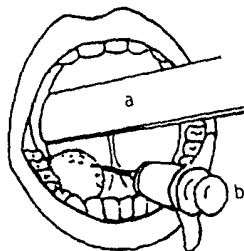
Para el tratamiento de los quistes se conocen dos técnicas, la enucleación y la marzupialización.

La enucleación consiste en la extirpación completa del quiste, pero esta operación debe acomodarse a situaciones particulares, tales que a consecuencia de la profundidad del quiste pueden producirse lesiones extensas a órganos vecinos en este caso practicaremos la marzupialización que enseguida se explica.

La marzupialización consiste en la eliminación de la pared quística adyacente, y en la evacuación del quiste medio ante la aspiración y el legrado suave, en la práctica la marzupialización requiere un control y vigilancia continua para evitar la acumulación de partículas de alimento y otros detritus, pero existe otro peligro que es la recidiva o formación de nuevos quistes a partir de la membrana quística que ha quedado, en general debemos evi-

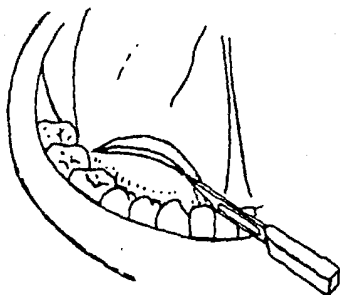
tar la marzupialización, es mucho más segura la enucleación completa del quiste, si el quiste es demasiado extenso para la enucleación inmediata, se practica un drenaje y un taponamiento con yodofureno, hasta que haya disminuido lo suficiente para permitir su eliminación completa.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

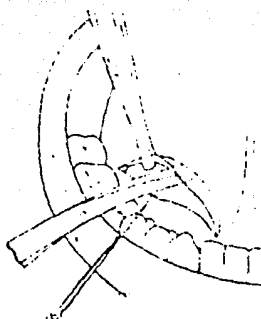


RANULA

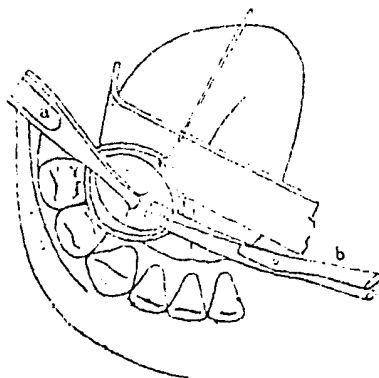
- A) Anestesia local, en profundidad desde el polo anterior al polo posterior, en a región sublingual: en superficie rasante, según el eje mayor, en el espesor de la pared si es posible.



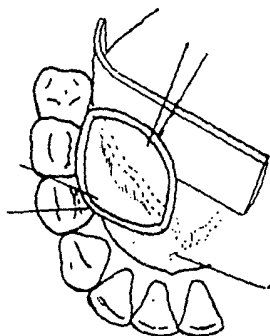
- B) Incisión de la mucosa según el eje mayor, debe de evitarse perforar la bolsa quística.



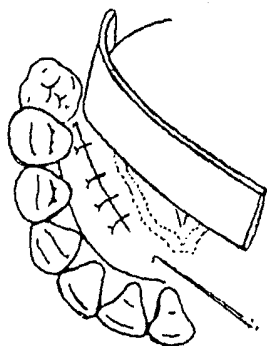
- C) Desbridar el plano superficial mucoso, de un lado y otro de la herida y así descubrimos el lomo del quiste lo más ampliamente posible.



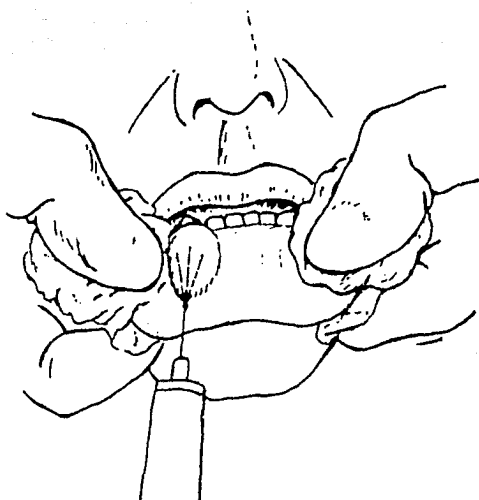
- D) Tomar delicadamente su pared con una pinza de disección fina, elevar la masa, contornear su polo anterior con tijeras finas ligeramente curvas, de puntas romas, y cerrada y abriendo alternativamente.



- E) En el fondo de la herida, generalmente se ve el conducto de Wharton, por transparencia o haciendo una pequeña saliencia.



- F) Suturar la herida con puntos separados.



MUCOCELE

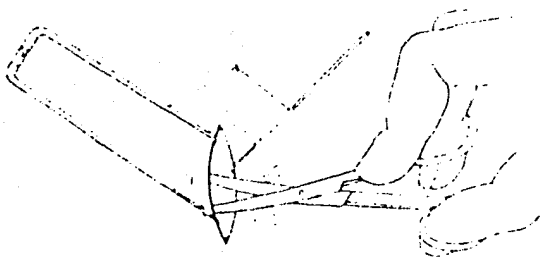
- A) Anestesia profunda infiltrando la base de los tejidos del quiste para extriorizarlo y no perderlo de vista.



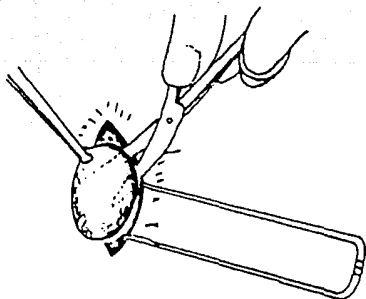
- B) Anestesia superficial paralela al eje mayor del quiste eventualmente, sobre un trazado casi lineal.



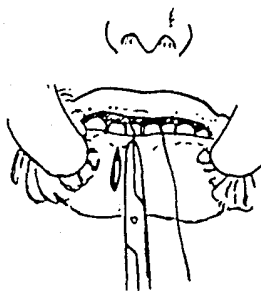
- C) Incisión sobre la línea de anestesia, hasta la pared - del quiste, sobrepasando ampliamente cada extremo.



- D) Desbridar los bordes de la herida, de un lado y otro - con tijeras finas, ligeramente curvas de preferencia - de puntas romas.



- E) Se toma el quiste con una pinza de disección, se eleva el quiste, se contornea el polo anterior, con las tijeras curvas cerrando y abriendo alternativamente.



- F) Hemostasia por coagulación, si es necesario se sutura con puntos separados.

C O N C L U S I O N E S .

C O N C L U S I O N E S .

- 1.- El examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto, de las lesiones quísticas de tejidos blandos.
- 2.- Los quistes de la cavidad bucal son de gran importancia para el odontólogo, ya que es su área de trabajo y de él depende el diagnóstico y el buen tratamiento de estas lesiones.
- 3.- El inadecuado conocimiento de la patología quística nos puede ocasionar un tratamiento inadecuado.
- 4.- El diagnóstico de cada tipo de quiste debe fundarse en una dominación de datos físicos, historia clínica, valoración, Rx y biopsia.
- 5.- Los quistes de tejidos blandos, incluyen a los de origen congénitos, que ocurren principalmente en cuello.
- 6.- Entre los quistes de cara y cuello podemos encontrar a los quistes que afectan a las glándulas salivales como son la ránula y el mucocele.
- 7.- Los quistes de cuello se encuentran por lo general en

la región submaxilar y submentoniana.

8.- Los quistes son una cavidad que se puede presentar en tejidos blandos o duros con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso.

9.- La mayoría de estos quistes son de origen congénito.

10.- El tratamiento de estas lesiones con sus respectivas variantes es quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA.

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

- 1.- Zegarelli, Edward V., Kutscher, Austin H. Hyman
George, A.
Diagnóstico en Patología oral.
Salvat Editores, S. A.
Barcelona, España., 1982
- 2.- Borghelli, Ricardo Francisco
Temas de Patología Bucal Clínica
Editorial Mundi
Argentina., 1980
- 3.- Eversole, Lewis R
Patología Bucal, Diagnóstico y Tratamiento
Editorial Médica Panamericana
Buenos Aires., 1983
- 4.- Bhaskar, S. N.
Patología Bucal
Editorial El Ateneo
Buenos Aires, Argentina. 1978
- 5.- Kruger, Gustav O
Tratado de Cirugía Bucal
Nueva Editorial Interamericana
México, D. F. 1982

- 6.- Ogilve, Robertson F.
Histopatología
Editorial Interamericana
- 7.- Waite, Daniel L.
Cirugía Bucal Práctica.
C.E.C.S.A.
México, D. F., 1984
P.P. 267, 293
- 8.- Kruger, Gustav O.
Cirugía Buco-maxilofacial.
Editorial Médica Panamericana
Buenos Aires., 1982
P.P. 574, 575, 576
- 9.- Thoma, Kurt
Patología Oral.
Salvat Editores
México, D. F. 1979
P.P. 970, 971
- 10.- Robbins, Stanley L.
Patología Básica
Editorial Interamericana
México, D. F., 1981
p.p. 30

- 11.- Robbins, Stanley L.
Patología Estructural y Funcional
Editorial Interamericana
México, D. F. 1977
P.P. 610

- 12.- Shafer, William
Tratado de Patología Bucal
Editorial Interamericana
México, D. F. 1982
P.P. 143, 144

- 13.- Merck, Sharp.
El Manual Merck
Nueva Editorial Interamericana
México, D. F. 1986
P.P. 1889

- 14.- Thoma., Roberto S., Goorlin, Henry M. Goldman
Patología Oral.
Salvat Editores, S. A.
Brasil., 1975
P.P. 488, 489

- 15.- W., Harry Archer
Cirugía Bucal

Editorial Mundi

Paraguay, Junio 1978

P. P. 485.

16.- Sacks, Harry., Blum Debra., Blum, Bertraum., (Cantores)

The sublingual dermoid CYST (artículo)

Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology

Vol. 59., No. 6

Junio., 1985

P. P. 578, 579

17.- Amos, Buchner & Louis S. Hansen (Autores)

Lymphoepithelial CYST of the Oral Cavity

Oral Surgery, Oral medicine, Oral Pathology

Volumen 50., No. 5

November., 1980

P. P. 441,449

18.- Ginestet, Gustave.

Cirugía Estomatológica y Maxilofacial

Atlas de Técnica Operatoria

Editorial Mundi., S.A.C.I. y F.

1976

19.- Woods, John E., Bearhs., O.H.

Cirugía de Cabeza y Cuello

Clinicas Odontológicas de Norteamérica

Editorial Interamericana

Agosto de 1977

20.- Nora, Paul F.

Cirugía General Principos y Técnicas

2a. Edición

Salvat Editores, S. A.

P.P. 113, 114.