

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

QUISTES DE RETENCION Y SU
TRATAMIENTO

T E S I S
Que Para Obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
P r e s e n t a

MENDOZA CASTAÑON DAVID SERGIO

México, D. F.

1977



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



QUISTES DE RETENCION Y SU
TRATAMIENTO

TESIS PROFESIONAL

MENDOZA CASTAÑÓN DAVID SERGIO

México, D. F.

1977

A MIS PADRES.

M^a DEL CARMEN CASTAÑON GUERRERO.

HERIBERTO MENDOZA RIVERA. (Finado)

CON GRAN CARINO Y RESPETO POR
SU AYUDA QUE ME BRINDARON
DESINTERESADAMENTE.

A MIS HERMANOS.

HECTOR

ELVIA

HERIBERTO

ARACELI

ELIZABETH.

A MI ESPOSA.

ELISA MORALES OLARTE.

CON TODO MI AMOR.

A MIS SUEGROS

JAVIER MORALES MIRAMONTES

AMELIA OLARTE SANCHEZ

POR LA AYUDA QUE ME BRINDARON

A MIS CUNADOS

DANIEL PEREZ.

JAVIER MORALES

A MIS CUÑADAS.

MARTHA ROSAS.

ELSA MORALES.

A MI ASESOR

C. D. FLORENTINO HERNANDEZ FLORES.

POR LA CONFIANZA Y EL
APOYO PARA LA ELABORACION
DE ESTA TESIS.

A TODOS MIS PROFESORES.

POR TODAS LAS ENSEÑANZAS QUE
ME BRINDARON DESINTERESADAMENTE.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

POR LA OPORTUNIDAD QUE ME
CONCEDIERON PARA PODER,
REALIZAR MIS ESTUDIOS.

A MI H. JURADO PROFESIONAL.

P R O L O G O

	Pag.
Introducción	7
Anatomía del maxilar inferior.....	8
Músculos Suprahioideos.....	10
Músculos de la boca.....	12
Patología.....	16
Histopatología	20
Etiología.....	21
Manifestaciones Clínicas	23
Mucocelo del Labio y del Carrillo.....	24
Valoración del paciente.....	26
Indicaciones para el Paciente.....	28
Instrumental requerido.....	29
Técnica Quirúrgica.....	32
Bibliografía.....	38

INTRODUCCION

La boca es un sitio accesible al examen y a la observación, y para el descubrimiento temprano de lesiones en ella se necesitan programas más intensivos de tipo profesional de orientación al paciente, . La enfermera debe de aconsejar al paciente u otro profesionista. Que cuando note una placa blanquezina ó una zona dolorosa ó úlcera en labios, encías o boca Etc. Que no cicatriza después de dos semanas, que acuda al odontólogo. A menudo el sujeto advierte una zona engrosada en la lengua ó carrillos y maxilares.

El dolor suele ser uno de los últimos síntomas en aparecer, por lo que incluso en cualquier transtorno indoloro debe de buscarse la asistencia profesional entre ellos se incluyen hinchazón, entumecimiento, ó anestecia de cualquier parte de la boca.

El mucocele y la rínula Tambien pueden pasar desapercibidos, por lo que es aconsejable como ya apuntamos en parrafos anteriores brindarle al paciente asistencia profesional.

Maxilar Inferior

Hueso impar, mediod, simétrico, situado en la parte inferior de la cara, forma por si solo la mandíbula inferior. Se divide en dos partes, una parte media o cuerpo y dos partes laterales o ramas.

1º Cuerpo .- Tiene forma de herradura con la concavidad dirigida hacia atrás. Se estudian en el una cara anterior, una posterior, un borde superior e inferior.

a. Cara anterior.- Presenta, en la línea media, la sinfisis mentoniana, que termina, en su parte inferior, con una pequeña eminencia piramidal llamada eminencia mentoniana; 2º, a la derecha e izquierda de la sinfisis, una línea ascendente, la línea oblicua externa (va de la eminencia barbal al borde anterior de la rama); 3º, un poco encima de esta línea, a nivel del segundo premolar, el agujero mentoniano (para el nervio y los vasos mentonianos).

b. Cara posterior .- Presenta a su vez: En la línea media, cuatro eminencias dispuestas dos a dos, las apófisis geni superiores para los genioglosos y dos inferiores para los geniohioideos; una línea oblicuamente ascendente, la línea oblicua interna o milohioidea, por encima de esta línea y un poco por fuera de la apófisis geni, la fosita sublingual (para la glándula del mismo nombre); por debajo de esta línea y a nivel de los dos o tres últimos molares, la fosita submaxilar (lugar donde se aloja la glándula del mismo nombre).

c. Borde superior o alveolar.- Está ocupado por las cavidades alvéolodentales (para la implantación de los dientes).

d. Borde inferior.- Redondeado y obtuso, presenta, en su parte interna, inmediatamente por fuera de la sínfisis, la fosita digástrica (para el músculo del mismo nombre). En su parte externa, lugar donde comienzan las ramas, se encuentran ordinariamente un pequeño canal, por el cual pasa la arteria facial.

2º Ramas.- Son cuadriláteras, más anchas que altas, y están oblicuamente dirigidas de abajo arriba y de delante atrás. Cada una de ellas presenta dos caras y cuatro bordes.

a. Caras.- De las dos caras, una es externa y otra interna. La primera, plana, presenta (sobre todo en su parte inferior). Líneas rugosas para el masetero, la cara interna presen-

ta en su centro el orificio superior del conducto dental (para el nervio y los vasos dentales inferiores). En el borde de este orificio, por delante y debajo del mismo, se encuentran una laminilla ósea triangular, la espina de Spix. De la parte posteroinferior de este orificio parte un canal oblicuamente descendente, el canal milohioideo (para el nervio y los vasos milohioideos). Por toda la parte inferior de esta cara se ven rugosidades para el pterigoideo interno.

b. Bordes.- Dividirse en anterior, posterior, superior e inferior. El borde anterior es cóncavo, formando canal. El borde posterior, ligeramente encorvado en forma de S itálica, redondeado y obtuso, está en relación con la parótida (borde parotídeo). El borde superior presenta, en su parte media, una gran escotadura, la escotadura sigmoidea, por la cual pasan el nervio y los vasos masetéricos. Por delante de esta escotadura se levanta una eminencia laminar en forma de triángulo, llamada (apófisis coronoides (para el músculo temporal). Por detrás de la escotadura sigmoidea se encuentra una segunda eminencia, el condilo de la mandíbula, es elipsoide, aplanado de delante atrás. - está sostenido por una porción más estrecha. El cuello, en cuyo lado interno se encuentran una depresión rugosa para el pterigoideo externo. El borde inferior se continua directamente con el borde inferior del cuerpo. El punto saliente en que se encuentra por detrás, el borde posterior de la rama, constituye el ángulo mandibular (gonión de los antropólogos). Mide de 150 a 160 en el recién nacido, de 115 a 125, en el adulto, y de 130 a 140, en los ancianos (por falta de dientes.

3º Conformación interior.- Conducto dental inferior.- El maxilar inferior está constituido por una masa central de tejido esponjoso, circunscrita en toda su extensión por una cubierta muy gruesa y resistente de tejido compacto, recorre cada una de sus mitades un conducto, el conducto dental inferior, que comienza en la espina de Spix, se dirige oblicuamente hacia abajo y adelante hasta el segundo premolar, dividiéndose en este punto en dos ramas; una rama externa (conducto mentoniano), que termina en el agujero mentoniano, y otra interna (conducto incisivo), que termina debajo de los incisivos.

Músculos Suprahioideos

Señ cuatro: Digástrico, Estilohioideo, Milohioideo y Genihioideo.

1º DIGÁSTRICO.- Forma un arco largo de concavidad - hacia arriba, que va de la base del cráneo a la parte media del maxilar inferior.

Inserciones.- Consta de dos porciones o vientres:

a) Vientre posterior: se inserta en la parte interna de la apófisis mastoideal (ranura digástrica); desde el punto - se dirige hacia abajo y adelante, forma un tendón que alcanza - al músculo estilohioideo en su inserción sobre el hioides, lo a - travieza y llega así a la parte superior del hioides.

b) Vientre anterior: de nuevo este tendón da origen a un cuerpo muscular que se dirige hacia arriba y adelante va a insertarse en la fosita digástrica. Al salir del ojal del estilohioideo, los dos tendones intermediarios del músculo digástrico están unidos por una aponeurosis transversal u oblicua, formada de fibras que se entrecruzan en la línea media; llámase aponeu - rosis interdigástrica.

Relaciones.- El vientre posterior está cubierto, en - su cara externa, por los músculos que se desprenden de la apófi - sis mastoides; cubre por su cara interna, los músculos estilo - hioideos, el paquete vasculonervioso del cuello, la arteria lin - gual y la arteria facial. También está en relación por arriba, con la parótida y por abajo, con la submaxilar. El vientre an - terior es superficial; forma con el lado opuesto un triángulo - de base inferior, ocupado por los dos milohioideos. El tendón intermediario comprende en su concavidad la glándula submaxilar y forma, con el hipogloso mayor, un pequeño triángulo que da pa - so a la arteria lingual.

Inervación.- Vientre posterior por el facial y el - glossofaríngeo. Vientre anterior por el maxilar inferior (ner - vio del milohioideo).

Acción.- El vientre anterior, fijándose en el hueso hioides, baja el maxilar; fijandose en el maxilar, eleva el - hioides. El vientre posterior arrastra el hioides hacia atrás.

2º ESTILOHIOIDEO.- Es un músculo delgado, prolonga - do y fusiforme.

Inserciones.- Por arriba se inserta en la parte externa de la apófisis estiloides; por abajo, en la cara anterior del cuerpo del hioides.

Relaciones.- Acompaña al vientre posterior del digástrico, por delante del cual está colocado; se divide cerca de su inserción, en dos fascículos para dar paso al tendón intermedio de este último músculo.

Inervación.- Por el facial.

Acción.- Eleva el hioides.

3º MIOHIÓIDEO.- Es un músculo aplanado, delgado, cuadrilátero, que forma el suelo de la boca.

Inserciones.- Por arriba se inserta en la línea oblicua interna del maxilar inferior. Por abajo, en el hueso hioides y en la línea blanca suprarioidea.

Relaciones.- Su cara superficial está cubierta por el cutáneo del cuello y el vientre anterior del digástrico. Su cara profunda hállase en relación con el genihióideo, con los músculos de la lengua, con la glándula sublingual, con el conducto de Wharton y con los nervios lingual e hipogloso mayor.

Inervación.- Por el maxilar inferior.

Acción.- Eleva el hueso hioides y la lengua.

4º GENIHIÓIDEO.- Es un músculo cilindroide, situado por encima del precedente (es decir, más profundamente).

Inserciones.- Por una parte se inserta en las apófisis geni inferiores del maxilar inferior, y por otra parte en la cara anterior del hioides (inserción en U, en la cual penetra la del hipogloso.

Relaciones.- Los dos músculos están en contacto con la línea medi y hállanse cubiertos, inferiormente, por el miohióideo. Su cara superior está en relación con la mucosa sublingual y con la glándula sublingual.

Inervación.- Por el hipogloso

Acción.- Es depresor del maxilar inferior si toma por punto fijo el hioides, y el elevador del hioides si se fija en el maxilar inferior.

Músculos de la boca

Los músculos de la boca son once: uno rodea el orificio bucal a manera de anillo (músculo orbicular), y los otros diez colocados a los lados, se insertan alrededor del mismo orificio

1º Orbicular de los labios.- Músculo elíptico situado alrededor del orificio bucal.

Inserciones.- El orbicular se divide en dos mitades distintas : semiorbicular superior y semiorbicular inferior.

a) El semiorbicular superior.- Se extiende de una comisura a la otra y desde el borde libre del labio superior a la base de la nariz, está constituido por dos clases de fibras: 1º, unas se extienden en arco de una comisura a la otra (porción principal); 2º, las otras (porciones accesorias), comprenden dos fascículos a cada lado, que se desprenden del subtabique de las fosas nasales (fascículo nasolabial), después de la fosita mirtiforme, (fascículo incisivo superior), y luego se dirigen a las comisuras, para confundirse con el fascículo principal.

b) El semiorbicular inferior.- Ocupa toda la altura del labio inferior; está formado de fibras que van de una comisura a la otra y de un fascículo de refuerzo (fascículo incisivo inferior).

Relaciones.- El orbicular se encuentra más aproximado a la mucosa labial que a la piel; por su cara profunda está en relación con las glándulas de los labios y las arterias coronarias.

Inervación.- Filetes bucales superiores e inferiores del facial.

Acción.- Constituye el esfínter del orificio bucal. La constitución y contracción de las zonas periféricas del orbicular frunce los labios y los proyecta hacia adelante; la zona o la de las zonas marginales frunce los labios y los proyecta hacia atrás.

2º Buccinador.- Músculo plano, situado por detrás del orbicular y por delante del masetero.

Inserciones.- 1º Por detrás se inserta en el borde

alveolar de los maxilares superior e inferior y entre los dos en el ligamento ptérigomaxilar o aponeurosis buccinatófaríngea. 2º Por delante termina, a nivel de las comisuras, en la cara profunda de la mucosa bucal.

Relaciones.- Se consideran en este músculo dos caras y dos extremidades. Por detrás está en relación con el constrictor superior de la faringe, del cual está separado por la aponeurosis buccinatófaríngea. Por delante está en relación con el orbicular de los labios. La cara interna se corresponde con la mucosa bucal. La cara externa, con la posterior de la rama ascendente de la mandíbula, con el músculo masetero, con el conducto de Sténon (que los perfora al nivel del segundo molar superior), con las glándulas molares, el nervio bucal, la arteria facial y las ramas del facial. Está separado de estos órganos por la aponeurosis buccinatríz.

Inervación.- Filetes bucales superiores e inferiores del facial.

Acción.- Aumenta el diametro transversal de los labios tirando la comisura hacia atrás. Hace salir a presión el aire contenido en la cavidad bucal (toque de los instrumentos de viento).

3º Elevador común del ala de la nariz y del labio superior.- Músculo delgado, verticalmente extendido desde el ángulo interno del ojo al labio superior.

Inserciones.- Por arriba se inserta en la apófisis ascendente del maxilar superior. Por abajo, en el ala de la nariz y en el labio superior.

Inervación.- Filetes infraorbitarios del facial.

Relaciones.- Cubierto por la piel, cubre a su vez algunos músculos cutáneos.

4º Elevador propio del labio superior.- Pequeño músculo en forma de cinta, situado por fuera y debajo del precedente.

Inserciones.- Por arriba se inserta en el maxilar superior, cerca del reborde de la órbita, y por abajo, en el labio superior.

Relaciones.- Está situado entre el músculo precedente y el cigomático menor. Cubre el canino y el orbicular de los labios.

Inervación.- Filetes infraorbitarios del facial.

Acción.- Levanta hacia arriba el labio superior.

5º Canino.- Músculo aplanado, cuadrilátero, que ocupa la fosa canina.

Inserción.- Por arriba se inserta en la fosa canina, y por abajo, en la piel, cerca de la comisura.

Relaciones.- Está cubierto por el músculo precedente

Inervación.- Filetes infraorbitarios del facial.

Acción.- Hacia arriba atrae la comisura.

6º Cigomático menor.- Músculo prolongado que se extiende desde el pómulos a la comisura. Es superficial, únicamente cubierto por la piel. Inervado como el anterior. Atrae hacia arriba y afuera la comisura de los labios.

7º Cigomático mayor.- Músculo acintado que va desde el pómulos a la comisura, por afuera del precedente. Cruza el masetero y la vena facial. Inervado como el precedente. Atrae hacia arriba y afuera la comisura de los labios.

8º Risorio de santorini.- Es un músculo triangular situado a cada lado de la cara.

Inserciones.- Por atrás se inserta en el tejido celular de la cara, y por delante, en la comisura.

Relaciones.- Es un músculo superficial cubierto por la piel, que descansa sobre la parótida, el masetero y el buccinador.

Inervación.- Filetes bucales inferiores del facial.

Acción.- Es un músculo de la sonrisa (risorius).

9º Triangular de los labios.- Músculo ancho y delgado, que va del maxilar inferior a la comisura.

Inserciones.- Por abajo se inserta en el tercio in -

terno de la línea oblicua externa del maxilar inferior, y por arriba, en la comisura, en donde se entremezcla con los fascículos de los músculos. Canino y cigomático.

Relaciones.- Son superficiales; está cubierto el músculo por la piel, y a su vez cubre el buccinador y el orbicular.

Inervación.- Filetes mentonianos del facial.

Acción.- Baja al la comisura (antagonista de los cigomáticos.)

10º Cuadrado de la barba.- Músculo cuadrilátero, aplanado, que va desde el tercio de la línea oblicua externa a la comisura de los labios. Inervado como el anterior. Baja la comisura.

11º Músculo de la borla de la barba.- Son dos músculos conoides, derecho e izquierdo, comprendidos en el intervalo triangular que dejan los dos músculos precedentes; se extienden desde el maxilar inferior a la piel del mentón. Descansan sobre el hueso y son superficiales; entre ellos existe algunas veces una depresión media, la fosita de la barba. Inervados como el precedente. Aplican la eminencia mentoniana contra la sínfisis.

P a t o l o g í a

El término ránula se deriva de rana, y se refiere al aspecto de panza de rana de una lesión desarrollada en el piso de la boca. Desde hace mucho tiempo, se ha empleado ese término para designar tumefacciones de origen diverso que ocupan el espacio sublingual, pero por eso es necesario una definición más precisa de la lesión, que no corresponda sólo a un término descriptivo. Actualmente se aplica a dos grupos; el quiste de retención y el quiste profundo. Es posible que en el futuro el quiste profundo se elimine del grupo. El quiste de retención es un crecimiento quístico del piso de la boca, a expensas de porciones de las glándulas salivales sublinguales o accesorias y sus conductos. La causa es el bloqueo del conducto por un proceso inflamatorio, epitelio descamado, o formación de un tapón mucoso resultante de la retención de las secreciones. Sin embargo, hay autores que indican que las ránulas de la glándula sublingual, diferentes de las derivadas de la glándulas salivales accesorias representan probablemente degeneraciones quísticas de uno o más lóbulos glandulares. Algunos piensan que la ránula de la glándula sublingual y de las glándulas accesorias mayores, se originan por un proceso inflamatorio productivo crónico del parénquima glandular mucoso, que fusiona los conductos dilatados compensadores y destruye los restos esclerosados de la glándula. Sin embargo la hipótesis de retención es aún la más aceptada. El segundo grupo de ránula consiste en quistes llamados de tipo profundo o situados profundamente. Se suponen de origen branquiogénico y a menudo no hay ataque a las glándulas sublinguales, a pesar del aspecto clínico y de la localización en el piso de la boca. El origen branquiogénico se basa en que durante la intervención quirúrgica para extirparlo, se encuentran extendidos hasta la base del cráneo o hasta una distancia indefinida en el cuello.

Clínicamente la ránula se ve como un quiste de crecimiento lento que aparece en el espacio sublingual de consistencia blanca, fluctante e indolora. Tiene color azul debido al contenido mucoso concentrado. Como regla es unilateral y unilocular, pero la variedad branquiogénica puede ser multilobular y presenta

prolongaciones hacia las estructuras vecinas. El de retención está arriba del músculo milohioideo y produce aumento de volumen intrabucal. El profundo además de la tumefacción bucal puede extenderse a través del músculo milohioideo para producir una tumefacción visible en la región submaxilar.

En el grupo de quistes de retención es difícil saber clínicamente si están afectadas la glándula salival lingual o las accesorias. Se puede tener cierta orientación por el hecho de que el quiste de una glándula salival accesoria está situado más superficialmente y no alcanza tamaño mayor que el de un chicharo o de un frijol pequeño. Estos representan el quiste mu-coso común observado en cualquier zona de la cavidad dotada de glándulas salivales accesorias. Las ránulas que afectan a la glándula salival sublingual alcanzan el tamaño de un cacahuete. conrome la ránula crece, la lengua es desviada hacia atrás o hacia un lado, y causa cierta interferencia en la masticación, la deglución y el lenguaje tiene pared sumamente delgada, y hay alguna tendencia a la rotura espontánea. Está situado en el piso de la boca y sujeto a traumatismos frecuentes. Al romperse se deja salir material mucosoide viscoso un poco parecido a la saliva pero comúnmente el líquido está muy alterado.

Anatomía patológica.- En la etapa temprana la pared del quiste se ve limitada generalmente por células cilíndricas o cúbicas derivadas del epitelio de los conductos o de los acini. Conforme el quiste crece, el revestimiento celular se destruye y es sustituido por tejido de granulación, no sufre hiperplasia manifestada por cambio hacia epitelio escamoso estratificado. Ambos fenómenos obedecen probablemente a la irritación provocada por la presión intraquistica. Eventualmente, al aumentar la presión del epitelio puede desaparecer, y se encuentra entonces sólo una capa delgada de tejido conjuntivo fibroso, con infiltración linfocitaria o sin ella, frecuentemente en el espesor de la pared del quiste y en el tejido conjuntivo cercano no se identifica tejido glándular salival.

Patología Mucoccele

Otros término aplicados al mucoccele, son quiste mucoso de retención y fenómeno de retención. Se trata de un quiste que contiene moco y que se localiza en las glándulas de toda mucosa-bucal.

Raras veces el quiste se ve limitado por epitelio, pues to que es la consecuencia de la rotura del conducto excretor de una glándula, fenómeno que riega la saliva en los tejidos. Si bien al principio se forma una lesión difusa, pronto aparece un quiste rodeado por tejido de granulación. Por eso se comprende que en ocasiones el epitelio quístico separado prolifera, emigra y limita al mucoccele, evento sumamente raro. Los cambios observados en la glándula conectada con el mucoccele son secundarios a la formación del quiste.

El mucoccele se presenta como una lesión mucosa pequeña circunscrita casi siempre elevada, Translúcida, de color azulado situada a veces profundamente, o se encuentra como una lesión -movil.

A excepción de la mitad anterior del paladar duro, no prevista de glándulas salivales, puede desarrollarse en cualquier parte de la mucosa bucal, pero en los sitios preferidos son los labios y la lengua. Se rompe comúnmente dejando salir material mucoso pegajoso, se colapsa y recurre cuando aparentemente ya se había curado. El ciclo puede continuar por algunos meses. En el estudio histológico se observa que la lesión consiste, Cuando está totalmente desarrollada, en una cavidad llena con material homogéneo ligeramente basófilo con la tinción de hematoxilina y eosina, y que toma los colorantes para mucicarmín. En este flotan células redondas muy delgadas tuméfactas y el borde del quiste está formado únicamente por tejido de granulación, pero en ocasiones se ve limitado por epitelio. La glándula unida a la lesión presenta infiltración intersticial de neutrofilos, células plasmáticas y linfocitos. Los acini muestra grados diversos de atrofia, pero el sistema de los conductos persiste y las células de los conductos presenta a menudo metaplasia escamosa, a veces tan acentuada que se presta a confusión con el carcinoma escamoso. Las lesiones tempranas no tienen cavidad bien definida. En algunos casos los tejidos subepiteliales pueden aparecer deshilachados o con espacios irregulares indefinidos. La cubierta

epiteal bucal, generalmente elevada, se encuentra infiltrada de neutrófilos, que avanzan hasta el tejido subepiteal. El mucocelo puede confundirse con un linfangioma o con un granuloma piogeno.

Histopatología

Ránula.- La pared de tejido conjuntivo fibroso es delgada y su interior está recubierta de epitelio escamoso aplanado. Sin embargo, éste último, a veces no se observa como resultado de la presión e infección. En el interior hay restos celulares y mucosos. En ocasiones el contenido mucoso se filtra o infiltra en la pared del quiste o en los tejidos vecinos y provoca una respuesta inflamatoria. Se aprecian una sialadenitis crónica y una dilatación de los conductos. En el mucocoele y la ránula el epitelio metaplástico de los conductos puede semejar tanto a un tumor mixto que el diagnóstico certero es difícil, en especial en los casos en que no hay pruebas de obstrucción. Debe tenerse cuidado y no interpretar equivocadamente los signos patológicos.

Mucocoele.- La Histopatología es la misma que el anterior.

Etiología Ránula

Etiología.— La ránula se observa, de modo principal en la glándula sublingual y no implica el conducto de las submaxilares o parótidas. Tiene su origen en una obstrucción, que puede ser un cálculo, un tapón mucoso u oclusión debida a la lesión mecánica o inflamación. La glándula continúa secretando y el líquido se acumula detrás de la obstrucción. Entonces el conducto se dilata hasta que la presión se vuelve lo suficientemente grande y produce rotura del epitelio del conducto, lo que se aprecia en un escape del líquido a los tejidos contiguos. Se forma una pared fibrosa. El tamaño de la ránula está determinado por la cantidad de secreción producida por la glándula afectada. Mientras sea mayor la presión secretoria que la presión de la cavidad quística, la cavidad se llenará con más líquido. Ya que la resistencia del tejido del piso de la boca no es suficiente para superar esta presión secretoria, el quiste puede agrandarse hasta el punto de contener 50 mm o más de líquido. Cuando la presión se vuelve lo bastante grande para anular la presión secretoria, el quiste ya no crece más. Su tamaño puede disminuir, ya sea por absorción del líquido contenido o por rotura de la mucosa, con el consiguiente drenaje. Esto último, generalmente, va seguido de recidiva.

Las ránulas no se forman por obstrucciones de los conductos de la glándula submaxilar o de la parótida, porque las paredes de estos conductos son lo suficientemente fuertes para soportar la presión secretoria y solamente se presentan una dilatación del sistema de conductos que da por resultado un aumento de volumen en la glándula. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de que la ránula provenga de restos de los senos cervicales.

Etiología Mucocoele

Etiología.- El mucocoele se observa en cualquier parte de la cavidad bucal. Tiene origen en una obstrucción que puede ser un cálculo, un tapón mucoso u oclusión debida a lesión mecánica o inflamación. La glándula continua secretando y el líquido se acumula detrás de la obstrucción. Entonces el conducto se dilata hasta que la presión se vuelve lo suficientemente grande y produce rotura del epitelio del conducto, lo que se aprecia en un escape del líquido a los tejidos contiguos. Se forma una pared fibrosa. El tamaño del mucocoele está determinado por la cantidad de secreción producida por la glándula afectada. Mientras sea mayor la presión de la cavidad quística, la cavidad se llenará con más líquido. Es que la resistencia del tejido del piso de la boca no es suficiente para superar esta presión secretoria, el quiste puede agrandarse hasta el punto de contener 50 mm o más líquido. Cuando la presión se vuelve lo bastante grande para anular la presión secretoria, el quiste ya no crece más. Su tamaño puede disminuir, ya sea por absorción del contenido líquido o por rotura de la mucosa. En el consiguiente drenaje, éste último, generalmente, va seguido de recidiva.

Manifestaciones Clínicas:

La rínula es un quiste grande, generalmente indoloro que puede abarcar uno o ambos lados del piso de la boca. Puede alcanzar proporciones lo suficientemente grandes para impedir la masticación y el habla. La rotura de esta lesión de color azulado o violeta es frecuente y provoca la salida de un líquido mucoso y pegajoso. Tan pronto como tiene lugar la cicatrización de esta rotura, la substancia mucosa se acumula nuevamente y la rínula vuelve a formarse. Esta formación puede ser lisa o lobulada, produciendo aumentos de volumen numerosos e irregulares. La infección es una complicación poco frecuente.

El mucocelo.— Relativamente común es más pequeño que la rínula y se observa con más frecuencia en los labios y en los carrillos. Las lesiones se presentan como aumentos de volumen redondeados u ovalados translúcidos y de color azulado. Con frecuencia se rompen, cicatrizan y vuelven a romperse cuando se llenan otra vez de moco. Son fluctantes, benignos y aparecen en cualquier edad, sin distinción de sexo. Cuando este tipo de quiste abarca las pequeñas glándulas situadas por debajo de la porción anterior de la lengua, se le denomina quiste de las glándulas de Blandin y de Nuhn.

Mucocele del Labio y del Carrillo

Estos son quiste de retención que se presentan como abultamientos únicos o múltiples de la mucosa con aspecto característico.

Patogenia.- El abultamiento se debe a la acumulación de moco, que se retiene por estar ocluido el orificio del conducto excretor de una glándula mucosa.

Sintomatología.- Se forma un nódulo translúcido en la superficie mucosa del labio del carrillo. El sitio predilecto está cerca de la comisura. A veces el mucocele se forma en la superficie interna. Otras veces cerca de la zona de transición del labio. Generalmente es de color azulado o verdoso y varía del tamaño de un chicharo al de un frijol. Hecht (1939), vió mucoceles bilaterales en el labio inferior de un muchacho de 18 años. Tenía una duración de un mes y fueron extirpados.

El mucocele.- Se mueve ligeramente y contiene un líquido mucoso espeso. Generalmente se encuentra debajo de la mucosa, que está ligeramente levantada. A veces es profundo y semeja la hiperplasia glandular.

Sí el quiste se lesiona o se punciona desaparece, pero se forma nuevamente después de cicatrizada la superficie. Aún después de extirpado no es rara su reproducción. No se sabe que la lesión pueda volverse maligna.

Histopatología.- El examen microscópico muestra un quiste fibroso, revestido por el epitelio que se forma del conducto del quiste. En el mucocele también se observa notable reacción inflamatoria de la membrana. Los vasos sanguíneos estaban agrandados y repletos de glóbulos; había infiltración extensa de polinucleares y mononucleares. El contenido está hecho de moco, fibrina y leucocitos.

Mucocele de la Lengua

Las glándulas de Blandin y Nuhn, situadas en la parte anterior de la lengua, con sus salidas en la cara inferior forman quistes semejantes a los que se ven en la mucosa labial.

Sintomatología.- La glándula forma sobre la superficie de la lengua una vesícula azulada o verdosa, con frecuencia en forma de cuerno.

Histológicamente.- No difieren de los que se presentan en el labio.

El tratamiento.- Consiste en la extirpación de la superficie externa del quiste, y así se deja la superficie epitelial inferior que contiene el conducto. en los casos de reproducción, se recomienda la extirpación completa incluyendo la glándula subyacente.

Valoración del paciente.

NOMBRE DEL PACIENTE.

DIRECCION.

OCCUPACION

EDAD.

SEAO.

LUGAR DE ORIGEN.

MOTIVO DE LA CONSULTA.* En este punto se le pregunta al paciente, cual fué el motivo de que nos consultará, si sentía miedo por el quiste, o si sentía el abultamiento del quiste molesto al descansar la lengua, si había sintoma doloroso en la parte afectada. Si podía articular palabra sin que le molestará el quiste etc.

Padecimiento Actual.- Aquí se tratá acerca de que padecimiento general presenta en la actualidad y si esta siendo - tratado por un profesionista por ejemplo, un Oftalmólogo, Cardiólogo, Ginecólogo, Etc.

Historia Medica.- Principalmente se pregunta si lo - han intervenido quirúrgicamente con anterioridad si padeció alguna enfermedad endémica de referencia, ó también si sus padres ó abuelos padecieron de alguna enfermedad hereditaria, como por ejem. Diabetes, Enfermedades del corazón etc,

Examen Oral.- Tejidos blandos se revisa que color, - que forma y textura presentan.

Tejidos Duros.- Se revisa que color, que forma y textura presentan.

Oclusión.- Se pregunta si al hacer los movimientos de abre y cierra no siente ninguna molestia, si es normal ó anormal su oclusión, Si hay ausencias de dientes ó también si presentan giroversión en algunos dientes ó cualquier tipo de brusismo e - rechinado de dientes.

Articulación temporo-mandibular.- Se pregunta que si - en los movimientos condilares (movimiento de lateralidad, pretusivo, retrusivo, etc.) No presenta dolor, si no hay dolor, si no le truena el condilo al hacer estos movimientos.

Exámenes Ordenados.- Tiempo de protombina, tiempo de coagulación, R. X. si es necesario.

Resultado de los Exámenes.

Estudio del sistema Nervioso Central.- Aquí se pregunta si no presentó el paciente problemas, Hipertensivos ó - Hipotensivos, Problemas de tonicidad muscular de Equilibrio Emocional, Vertigos, Convulsiones, Parálisis temporal facial ó de otro miembro Etc.

Estudio del Sistema Cardiovascular.- Se pregunta si no tiene problemas cardiovasculares como por Ejem. Arritmias cardíacas, Angina de pecho, Trombosis Etc. ó algún problema - cardiovascular.

Diagnostico.- Quiste de retención en piso bucal -
labios y carrillo.

Pronostico.- Favorable.

Etiología.- Deficiente higiene bucal.

Plan de tratamiento.- Extirpación total del
quiste.

INDICACIONES PARA EL PACIENTE.

- 1 .- Ayuno de 6, a 8. Horas antes de la operación.
- 2 .- Aseo Bucal.

INDICACIONES PREOPERATORIAS. (Mediatas).

- 1 .- Tricotomía de bigote y barba.
- 2 .- Retira prótesis.
- 3 .- Vendaje de miembros inferiores. y en forma de capelina en la (cabeza) si es necesario.

INDICACIONES PREOPERATORIAS. (Inmediatas)

- 1 .- Canalizar vena. (si fuera necesario)
- 2 .- Inspección de la zona por intervenir.

INDICACIONES TRANSOPERATORIAS.

- 1 .- Medicación anestésica.
- 2 .- Preparación de la zona por intervenir.
 - a). Asepsia de la región, e intervención Quirúrgica propiamente dicha.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS.

- 1 .- Vigilar signos vitales cada 15 min.
- 2 .- Observar signo de posible sangrado.
- 3 .- Observar signos de conciencia del paciente.
- 4 .- Aspiración de secreciones.

INDICACIONES POSTOPERATORIAS MEDIATAS.

- 1 .- Observar la zona intervenida.
- 2 .- Ayuno, hasta que desaparezca el reflejo de la anestesia.
- 3 .- Dar dieta líquida al paciente.
- 4 .- Administración de antibióticos y analgésicos

Instrumental Requerido

Nosotros utilizaremos ciertos instrumentos que son particularmente adaptados a las condiciones requeridas en la cirugía máxilo-facial, y deben ser conocidos por el especialista.

Describiré a continuación la nomenclatura de esos instrumentos.

1 .- Jeringa de "anestecia dentaria", enteramente metálica, con aguja especial muy fina, pistón de pequeño diámetro, boquilla y aletas que permiten una presión muy fuerte.

2 .- Jeringa tipo Aubin de mayor capacidad y de fácil llenado por arriba.

3 .- Intermediario acodado adaptable sobre esta última jeringa, para las regiones profundas de la nariz y de la boca.

4 .- Aguja para anestecia troncular del nervio dentario inferior, tipo Gerard Maurel (ciertos modelos presentan un tope esférico en la base de la pared penetrante de la aguja).

5 .- Abreboca de Whitehead autostático con o sin baja lengua para adulto.

6 .- Abreboca de Dett, visto de frente, con bajalengua, tipo niño.

7 .- Abreboca de Dett con bajalengua para adulto.

8 .- Arco adaptable y con resortes de espirales de alambre para fijación de hilos en el curso de las palatoplastias para abreboca de Dett.

9 .- Bisturi de hojas intercambiables tipo americano - con hoja grande.

10 .- Pequeña hoja puntiaguda nº 11.

11 .- Pequeña hoja de extremidad redondeada nº 15.

12 .- Pinza hemostática fina de bocados derechos tipo Halstead.

13 .- Pinza hemostática fina de bocados curvos.

14 .- Separador tipo Farabeuf modificado, de Ginestet (una de las ramas es muy alargada para facilitar la separación de las mejillas o de la lengua).

15 .- Separador-erector de ginestet para resección apical (permitiendo la retracción del colgajo y reclinar el labio).

16 .- Separador de Ginestet para la extracción del molar del juicio inferior incluido (un modelo para cada lado derecho e izquierdo); La extremidad del mango prolongado y acodado en ángulo recto permite la separación de la mejilla en el instante de la anestesia.

17 .- Separador protector de gotera de Ginestet para osteotomía de la rama montante del maxilar inferior; la extremidad libre incurvada engancha y mantiene el borde posterior. La gotera que le sigue permite el paso de los instrumentos - (sierras, fresas). y limita su recorrido.

18 .- Separador plano, largo y laminado.

19 .- Separador autostático de tornillo de Aubry para la cirugía de la oreja y adaptando a la cirugía de la articulación temporomaxilar.

20 .- Separador de cuadro de otología utilizable igualmente para la articulación temporo-maxilar (de Hicquet).

21 .- Separador de doble empleo de Palfer- Sollier para la extracción de muelas del juicio y quistes paradentarios. (chevalier).

22 .- Pinza de disección fina para cirugía de los tejidos de la cara, tipo I. Dufourmentel.

23 .- Bocados terminales de cuatro y ocho dientes.

24 .- Separador autostático de Weitlaner- Hallé, mediano, de 13 cm (para extracción previa del cartílago costal).

25 .- Espátula-legra. para cirugía bucal (Palfer-Sollier) (chevallier).

26 .- Espátula cortante de segura.

27 .- Bisturí curvo de doble corte para meniscotomía (ginestet) (simal).

28 .- Portaguas de bocados curvos y acanalados de Aubry Palfer-Sollier, con detalle de los bocados (chevalier).

29 .- Portaguas universal, para agujas de todas formas (Hagedorn en particular).

30 .- Portaguas de bocados finos con ramas largas de mayo-hegar (18 cm).

31 .- Aguja de Hagedorn larga y estrecha de extremidad encurvada y de corte en hoja de sable (espesor - de 1 a 10.

- 32 .- Aguja de Hagerdorn semicircular (Nº 1 a 10).
- 33 .- Aguja de semicírculo, 4/8 (20 a 30 mm).
- 34 .- Aguja curva 3/8 (25mm), Triangulares.
- 35 .- Aguja recta triangular, de 6 centímetros.
- 36 .- Plaqueta para sutura intradérmica de Ginestet (Robert y Carrière).
- 37 .- Aguja de pedal orientable de Ginestet (guyot)
- 38 .- Portahilo de horquilla de camina (presentado el hilo enlazado).
- 39 .- Pasahilo y bandeletas de fascia lata, lanceolada de Ginestet; abajo extremidad ampliada - longitud total, 30 cm.
- 40 .- Aponeurótomo para fascia lata de Ginestet - (longitud total, 52 cm).

Técnica Quirúrgica.

La rúnula suele pasar durante mucho tiempo inadvertida; cuando llega a un cierto volumen hace saliencia en la región sublingual y presenta un aspecto característico de membrana delgada, translúcida, barnizada.

Se le puede puncionar para confirmar el diagnóstico, - pero esto es, generalmente, superfluo ya que desde el punto de vista terapéutico, la punción no tiene valor alguno.

a. Técnica de la exéresis (extirpación); Un ayudante rechaza la lengua y la mantiene relegada por un separador plano o ligeramente curvo (fig. 1,a).

Anestesia local.- En profundidad desde el polo anterior al polo posterior, en la región sublingual; en superficie, rasante, según el eje mayor, en el espesor de la pared (fig. 1,- b). si es posible.

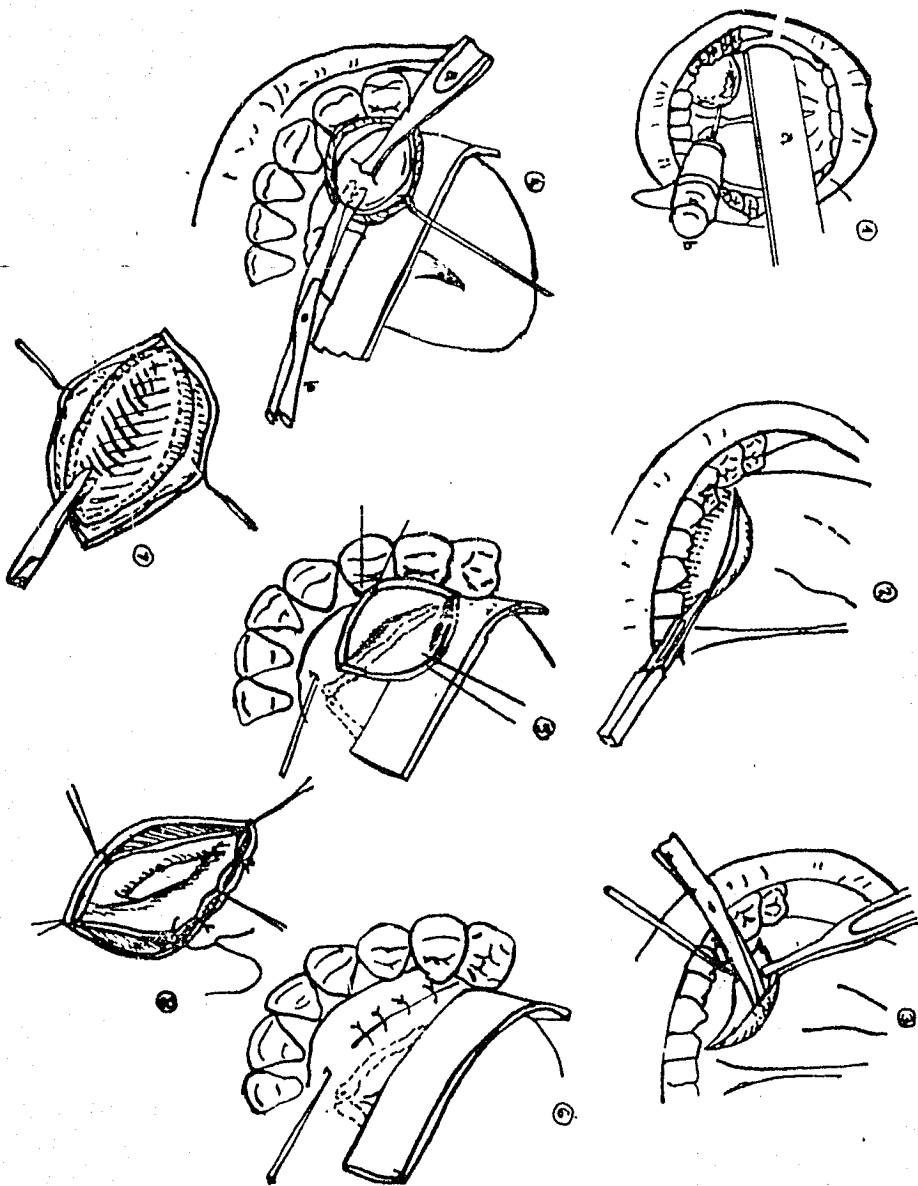
Incisión.- De la mucosa según su eje mayor (fig. 2). Descubrir el tumor, separar su envoltura y extirparlo. No siempre puede llegar a cumplirse esto último a causa de la fragilidad de la pared del tumor y de sus adherencias en profundidad, - que se desgarran con facilidad. En los casos raros favorables - debe evitarse perforar la delgada bolsa quística (fig. 2).

Separar por divulsión el plano superficial mucoso, un lado de la herida, primero, y despues el otro; descubrir así el lomo del tumor lo más ampliamente posible (fig. 3).

Tomar delicadamente su pared con una pinza de disección fina, elevar la masa (fig. 4,a); contornear su polo anterior disecando progresivamente con la espátula de Segura o con tijeras finas ligeramente curvas, cerradas y abiertas alternativamente - (fig. 4,b).

Tratar de separar la pared profunda del tejido celular de la zona, poco a poco, hasta que el tumor no se encuentre adherido más que por un pedículo, o un pseudopedículo, que se - seccionará., luego de ligarlo (fig. 4). En el fondo de la herida, generalmente se ve el conducto de Wharton, por transparencia o haciendo una pequeña saliencia (fig. 5).

Acolchar con algunos puntos de catgut. Sutura de la - herida mucosa con seracap 00 (fig. 6).



Esta técnica ideal de exéresis es raramente practicable; en general la bolsa se desgarrá apenas se le toma.

b. Técnica de Marsupialización; Puede ser hecha con propósito deliberado, o por necesidad después de la destrucción de la bolsa.

En ambos casos incidir toda la pared descubierta tallada con tijeras, como una tapa (fig. 7); aquí se hace luego ensayo de clivaje.

Suturar cuidadosamente el trazo de la pared quística con el trazo mucoso para marsupialización de la bolsa (fig. 8)

Cuando existe defecto de exéresis total o de marsupialización, la bolsa tiene tendencia a reconstituirse.

CIRUGIA

Ránula sublingual y suprahioidea.

El tumor quístico se desarrolla, a veces, "en alforja" por encima y por debajo del diafragma milohioideo, abultando en la región suprahioidea (fig. 1,a,b).

Se debe eliminar toda bolsa para evitar el riesgo de recidiva. Se le puede abordar por vía mixta, bucal y submaxilar o por vía baja únicamente.

Por vía bucal es relativamente fácil liberar la parte sublingual del tumor, pero es difícil eliminar la parte baja de la doble bolsa, si es voluminosa, a menos de debridar demasiado ampliamente el piso, lo que no es aconsejable. Esto no puede hacerse más que en ránulas en alforja, de pequeño volumen (tamaño de una pequeña nuez como máximo).

Por el contrario, por vía mixta, bucal y cutánea, es fácil extirpar aisladamente las dos bolsas separadas por su estrecho istmo, luego de una doble ligadura.

Nosotros preferimos, cuando es posible, traer toda la neoformación hacia el exterior por la abertura cutánea suprahioidea.

Técnica.- Antes de la operación inyectar lipíol en la bolsa quística por vía bucal luego de haber aspirado una parte de líquido para ver, en las radiografías de frente y de perfil, la forma de localización y de la extensión del bilobulado (fig. 1,c).

Anestesia general por intubación; local de rigor, intra o extra-bucal.

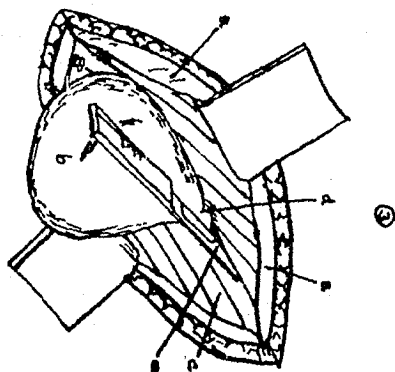
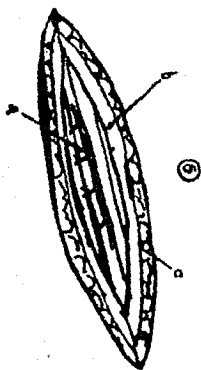
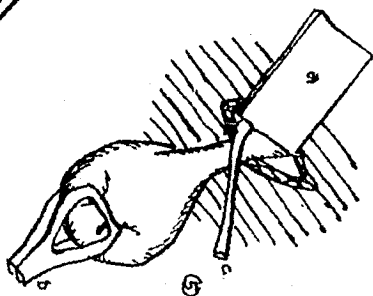
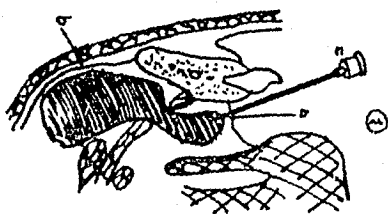
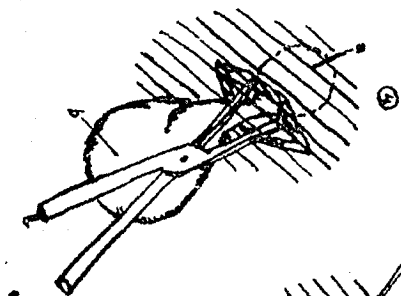
Incisión submaxilar, centrada sobre la tumefacción paralela al borde basilar, a un través de dedo como mínimo por debajo (fig. 2). interesando la piel y el tejido celular subcutáneo; hemostasia indicada. Atravesar con el bisturí, a toda el largo de la incisión, el músculo cutáneo y la aponeurosis superficial; hemostasia (fig. 3,a). Separar los bordes de la herida después de haberlos liberado con tijeras por divulsión o, al desprenderlos, con ayuda de compresas. La masa tumoral hace saliencia como hernia (fig. 3,b). Sobre el plano del músculo milohioideo, del cual se ven los fascículos (fig. 3,c)

Tomar delicadamente el saco con el pulgar y el índice izquierdo recubiertos por una compresa, con una pinza en corazon (pero con ella se corre el riesgo de destruir la pared)

Al decolamiento romo, o mejor, con la compresa, se libera la masa exteriorizada hacia afuera del músculo milohioideo, hasta que aparece, a travez de una cobertura muscular estrecha, el istmo que une los dos sacos (fig. 3,d). Disecar con cuidado ese pedículo dejando en evidencia el orificio, que a través del músculo, hace comunicar la bolsa tumoral inferior con la superior. Desbridar bajo control visual, con el bisturí en el sentido de las fibras del músculo, el anillo estrechado que encierra el conducto intermedario, hacia adelante y hacia atrás de este, sobre una longitud de 1cm. de cada lado (fig. 3,e).

Ensanchar la brecha así realizada, introduciendo una pinza de kecher cerrada, que será abierta suficientemente, para permitir el pasaje del saco superior. La radiografia, luego del examen clínico, nos indica el diámetro máximo necesario antes de la operación. (figs. 4,a y 1,a).

Separar al maximo los bordes de la incisión del músculo (fig. 5,a). Atraer la bolsa superior hacia abajo con una tracción suave (fig. 5,b). Mientras que las adherencias al piso bucal son separadas suavemente con un desprendedor romo (fig. 5,c). Repetir la maniobra hasta la salida de la parte superior del saco a través de la brecha muscular, agrandándola todo lo



que sea necesario. Sutura del plano muscular milohioideo con catgut luego de "capitonar", si se cree de utilidad, el plano profundo (fig. 6,a). Afrontar con catgut los dos bordes del plano músculo-aponeurotico superficial (fig. 6,b). Sutura de la piel con crin Nº 20, en engarce, sin trenzar (fig. 6,c).

Es una operación delicada a causa de la fragilidad - de la pared del tumor.

Dra Brunner y Dr. Emersón
Enfermería medico quirurgica.
2ª Edición - 1971.
Pags. 469 y 470.

Dr. Gardner A. Westón.
Anatomía Humana.
2ª Edición - 1975.
Pags. 84-151.

Gineestet gustavo
Atlas de tecnica operatoria
cirugia estomatologica y maxil-
lofacial.
1ª Edición - 1967.
Editorial mundi
Pags. 72-194.

Guralnick C. Walter D. M. A.
Tratado de cirugia oral.
1ª Edición - 1971

Testut y A. Latarjet
Compendio de Anatomía Descriptiva.
16ª Edición
Salvat Editores, S. A.
Pags. 50- 177

Tiecke W. Richard
Stuteville H. Orior.
Fisiopatologia Bucal
1ª edición

Velázquez Tomás
Anatomía patológica Dental y
bucal.
2ª edición
Pags 155- 170.