

92
2^o ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS
QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL

T E S I S
Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

HERON GALLEGOS CRUZ



México, D. F.

1992

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E .

INTRODUCCION.

- 1.- DESARROLLO EMBRIONARIO.
- 2.- QUISTES.
 - 2.1. DEFINICION.
 - 2.2. GENERALIDADES.
- 3.- CLASIFICACION.
- 4.- QUISTES CONGENITOS.
 - 4.1. QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO.
 - 4.2. QUISTE BRANQUIAL.
 - 4.3. QUISTE DERMOIDE O EPIDERMOIDE.
 - 4.4. QUISTE LINFOEPITELIAL.
- 5.- QUISTES DEL DESARROLLO.
 - 5.1. QUISTE DE ORIGEN NO DENTAL.
(QUISTES FISURALES).
 - 5.1.1. QUISTES NASOPALATINOS.
 - 5.1.2. QUISTES NASALVEOLARES.
 - 5.1.3. QUISTES DE LA LINEA MEDIA.
 - 5.1.3.1. QUISTE PALATINO MEDIO.
 - 5.1.3.2. QUISTE ALVEOLAR MEDIO.
 - 5.1.3.3. QUISTE MANDIBULAR MEDIANO.
 - 5.1.4. QUISTES GLOBULOMAXILARES.
 - 5.2. QUISTES DE ORIGEN DENTAL.
 - 5.2.1. QUISTE PRIMORDIAL.
 - 5.2.2. QUISTE DENTIGERO.
 - 5.2.3. QUISTES PERIODONTALES.
 - 5.2.3.1. QUISTES RADICULARES O PERIAPICALES.
 - 5.2.3.2. QUISTE LATERAL.
 - 5.2.3.3. QUISTE RESIDUAL.
 - 5.2.3.4. QUISTE GINGIVAL.
- 6.- QUISTES DE RETENCION.
 - 6.1. MUCCOCELE.
 - 6.2. RANULA.
- 7.- PSEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.
 - 7.1. QUISTE OSEO ANEURISMATICO.
 - 7.2. QUISTE ESTATICO O CAVIDAD OSEA DE STAFNE.

7.3. QUISTE OSEO TRAUMATICO (HEMORRAGICO O SOLITARIO).

8.- TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES.

8.1. ANESTESIA.

8.2. TECNICA QUIRURGICA.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

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

El motivo de estudio e investigación sobre este tema, es aprender los métodos y procedimientos quirúrgicos, así como conocer y comprender este tipo de entidad patológica que se presenta en Cavidad Bucal.

El trabajo diario del Cirujano Dentista de práctica general va más allá de una simple obturación o una extracción, la práctica diaria nos adentra, nos compromete, a conocer desde la más simple lesión que se encuentra en la boca hasta la más complicada.

Es por eso que en este trabajo trataré de describir una alteración que el Cirujano Dentista debe tomar muy en cuenta, y en determinado momento saber diagnosticar: EL QUISTE, que como toda entidad patológica, que aunque se presenta en un mínimo porcentaje llega a poner en serias dificultades la salud de nuestros pacientes.

Por ello, trataré de describir en detalles concretos datos referentes a etiología, aspectos clínicos, histológicos, radiográficos así como tratamientos.

CAPITULO 1.

DESARROLLO EMBRIOLOGICO DE LOS MAXILARES.

Es imposible abarcar en este capítulo la embriología completa de los maxilares. Es conveniente estudiar en una revisión breve de los períodos esenciales el desarrollo del embrión humano entre el tercero y el cuarto mes de vida intrauterina. En este período la boca primitiva o estomadeo se halla limitada hacia arriba por el proceso frontonasal y debajo por el pericardio.

Entre el estomadeo y la región del pericardio se desarrollan, a cada lado, proyecciones mesodérmicas que crecen en sentido ventral, donde se interponen. Estos arcos pares reciben el nombre de arcos branquiales o faríngeos. Son seis en total, y más tarde forman parte de las paredes laterales del vestíbulo, que se convierten en faringe.

El primer arco mandibular, precursor de la mandíbula, crece en sentido ventral hasta encontrarse con el similar del lado opuesto, así como lo hacen los arcos segundo y tercero, que se fusionan en la línea media para contribuir a la formación del aparato hioideo. De esta manera se separa la boca primitiva, del pericardio. La superficie de los arcos tercero, cuarto y sexto se cubre con los tejidos y ya no se ve desde la superficie. Contribuye a la formación del esqueleto faríngeo.

El arco mandibular se funciona con la mitad del lado opuesto y el proceso frontonasal se divide en procesos nasales medio y lateral. Entre estos dos procesos bilaterales se forman engrosamientos bilaterales ectodérmicos, llamados placas olfatorias. Durante el crecimiento desaparecen de la superficie para convertirse en fositas olfatorias que más tarde han de constituir las narinas anteriores. Los arcos mandibulares originan prolongaciones, los procesos maxilares, que crecen en sentido ventral hacia la línea media y comienzan a formar los límites superiores del orificio bucal primitivo. Los procesos nasales medios originan dos procesos globulares que después constituyen el paladar primitivo.

Los extremos de los procesos nasal lateral y maxilar se fusionan a medida que progresa el desarrollo. En esta línea de unión, el ectodermo penetra en los tejidos para formar el conducto nasolagrimal. Entre la sexta y octava semanas de vida intrauterina, a partir de los procesos maxilares, se dirigen hacia la línea media proyecciones palatinas y crecen hacia abajo, a cada lado de la lengua en desarrollo. En la porción anterior el paladar primitivo se forma con los procesos globulares del proceso nasal medio. Durante la duodécima semana, al crecer y desarrollarse la región mandibular, la lengua crece hacia abajo y adelante y permite de esta manera el crecimiento hacia la línea media de los dos procesos palatinos del proceso maxilar y su fusión en unión de Y con el paladar primitivo. En esta etapa la boca se separa de la cavidad nasal.

No en todos los textos se aclara que mientras crecen y se fusionan estos procesos primitivos, hay un alto grado de diferenciación de estos tejidos. El contenido mesodérmico se diferencia en zonas donde las células se hallan en contacto apretado (mesodermo propiamente dicho), que origina los elementos musculares y el mesénquima, a partir del cual, a su vez, se forma el hueso o cartilago.

Con propósito descriptivos conviene ordenar el desarrollo de la cavidad oral en:

- A) MANDIBULA.
- B) COMPLEJO MAXILAR.
- C) TEJIDOS BLANDOS.
- D) DIENTES, Y
- E) LIGAMENTO PERIODONTAL.

LA MANDIBULA: A medida que prosigue el desarrollo del proceso mandibular, en un determinado período aparece de cada lado una vara de cartilago, que se extiende desde la posición del oído en desarrollo hacia la línea media. Esto se denomina Cartilago de Meckel. No es el verdadero precursor de la mandíbula, por que no es reemplazado por hueso como sucede con el cartilago de los huesos largos. La osificación comienza en el tejido fibroso adyacente al cartilago de Meckel.

Hacia la quinta semana de vida intrauterina aparece un centro de osificación de cada lado. En esta época se forma el nervio dentario inferior, y el proceso de osificación comienza en la región donde se bifurca este nervio en sus ramas incisiva y mentoniana. Estos centros de osificación se identifican por la diferenciación de células formadoras de huesos (osteoblastos) a partir de tejido mesenquimatoso. La osificación progresa con rapidez y envuelve al nervio maxilar inferior. El Cartilago de Meckel se reabsorbe mientras que se esboza la forma de la mandíbula, pero este cartilago nunca se recubre por hueso en toda su extensión; permanece hacia a lingual de él mientras se reabsorbe de forma gradual.

En el segundo mes de vida intrauterina aparece el cartilago secundario en la región de los futuros cóndilos, apófisis coronoides y región mentoniana. Prosigue el proceso de osificación y la mandíbula comienza a adquirir su forma característica. En la región mentoniana se osifican nódulos cartilaginosos accesorios, que se conocen como osculos mentonianos. Las dos mitades de la mandíbula se unen en el medio por tejido fibroso que a veces incluye los osculos mentonianos.

EL COMPLEJO MAXILAR: El maxilar se osifica a partir del tejido conjuntivo en relación estrecha con el cartilago de la cápsula nasal que se diferencia temprano del mesodermo del proceso frontonasal. El maxilar de cada lado se forma a partir de un centro principal de osificación en la región de lo que más adelante será la fosa canina. Este centro se halla en relación de vecindad con la rama maxilar del quinto par, donde se divide en sus ramas terminales. Según algunos autores, el premaxilar se desarrolla en su porción anterior, uno de cada lado, a partir de dos centros de osificación;

uno de estos centros se halla muy alto, debajo del piso de la fosa nasal, y el otro en la región de la futura fosa incisiva. Para adquirir su forma característica, la osificación del maxilar se extiende hacia atrás, arriba, adelante y en sentido lateral. Al crecer, sobrepasa los elementos formadores del premaxilar en su porción vestibular, de manera similar a como el crecimiento del mesodermo del proceso maxilar sobrepasa los procesos globulares, que ocurren en un período anterior.

Al nacer son visibles los elementos premaxilares en la porción palatina del maxilar; se hallan parcialmente separados el uno del otro y de los dos maxilares por suturas que contienen tejido conjuntivo. Los procesos palatinos de cada lado se unen por una sutura de la línea media y por una sutura transversa, con el proceso palatino del hueso palatino. Al nacer, el maxilar es una pequeña reproducción del adulto. No se halla ahuecado por el seno, representado por una depresión playa en la cara nasal. En este período los dientes temporarios en sus criptas no se hallan cubiertos de hueso en sus caras oclusales.

TEJIDOS BLANDOS: Mientras durante las primeras semanas de vida intrauterina el tejido óseo se diferencia a partir del mesénquima, bloques de mesodermo originan el tejido muscular y migran con su aporte nervioso para obtener las inserciones en las partes duras al paso que se desarrollan. Nos interesa principalmente la migración de masas musculares inervadas por los nervios quinto y séptimo. El primer grupo (derivados del primer arco) formará los músculos masticatorios y el segundo grupo (derivados del segundo arco) los músculos de la expresión facial. Salvo una o dos excepciones, los músculos, debido a la migración, pierden la inserción con los elementos primitivos del esqueleto, mientras que el aporte nervioso permanece como evidencia de su origen.

En el embrión de seis semanas ya se reconocen los elementos musculares. Se hallan bastante bien definidos a la octava semana, así como también los músculos de la expresión facial.

Hacia el primer mes de vida intrauterina se desarrolla la lengua a partir de la porción caudal de los arcos branquiales primero, segundo, tercero y cuarto.

DESARROLLO DE LOS DIENTES: Todos los dientes derivan del ectodermo bucal que cubre los procesos maxilares y mandibulares. La dentición primaria se origina en una invaginación en forma de herradura del epitelio bucal hacia el mesénquima subyacente de cada maxilar. Esta estructura, derivada del epitelio bucal, se denomina banda o lámina epitelial primaria y se hace visible alrededor de la sexta semana del desarrollo embrionario. La extensiones distales de esta banda forma los molares permanentes en los cuatro cuadrantes.

A las ocho semanas de vida embrionaria, en ambos maxilares, a lo largo de la lámina dental aparecen tumefacciones o brotes. Estos brotes separados siguen aumentando durante las semanas siguientes y dan origen a los órganos del esmalte, los cuales, por rápida proliferación formarán los dientes pasando por varios períodos de desarrollo que incluyen el período de casquete y el período de campana. Simultáneamente, las células del mesénquima subyacente contribuyen a la formación de la raíz y junto con la lámina dental generan la totalidad del germen dentario.

Los incisivos, caninos y molares primitivos, así como los molares permanentes derivan de la lámina dental en herradura que hay en cada arco. Una extensión medial de esta estructura epitelial forma los incisivos, caninos y premolares permanentes.

Una vez completada la formación de las coronas e iniciada la formación de las raíces, los dientes comienzan a migrar hacia la cavidad bucal.

LIGAMENTO PERIODONTAL: Es el tejido conjuntivo que rodea la raíz del diente, la une al alveolo óseo y se encuentra en continuidad con el tejido conjuntivo de la encía.

El Ligamento Periodontal se deriva del saco dentario que envuelve el

germen dentario en desarrollo. Se pueden ver tres zonas alrededor del germen dentario: Una externa que contiene fibras en relación con el hueso, una interna de fibras contiguas del diente y una intermedia, de fibras sin orientación especial, entre las otras dos. Durante la formación de cemento, las fibras de la zona intermedia se unen a las superiores de la raíz; conforme el diente se desplaza hacia la cavidad bucal, se verifica gradualmente la orientación funcional de las fibras.

En lugar de las fibras laxas e irregularmente ordenadas, se extienden haces de fibras desde el hueso hasta el diente, y cuando el diente a alcanzado el plano de oclusión y la raíz está totalmente formada, la orientación funcional es completa. Sin embargo, debido a cambios en las fuerzas funcionales y a movimientos eruptivos y de desplazamiento de los dientes, aparecen modificaciones en la disposición estructural del ligamento periodontal durante toda la vida.

CONSIDERACIONES CLINICAS.

La compleja interrelación de los dientes y de sus tejidos de sostén provoca cambios estructurales continuos durante la vida.

Bajo el estímulo de la inflamación, como sucede durante el granuloma dentario, los restos epiteliales pueden proliferar hasta formar un Quiste Periodontal alrededor de la extremidad radicular del diente.

Los restos epiteliales en las líneas de unión de los procesos faciales o bucales, o a partir de los órganos epiteliales, pueden originar Quistes revestidos con epitelio.

Los Quistes pueden prevenir de los restos epiteliales despues de la fusión de los procesos nasales medios y laterales. Sin embargo, se pueden desarrollar también apartir de un germen dentario, como se explicará en los siguientes capitulos (10).

CAPITULO 2 .

QUISTES .

DEFINICION: Es una cavidad o saco cerrado, que se presenta en los tejidos duros (huesos) o blandos, provisto de una membrana que está formada por un revestimiento epitelial dentro de una cápsula de tejido conectivo, que pueden contener material líquido, semilíquido o caseoso (5).

GENERALIDADES .

Los Quistes de la cavidad oral, se presentan tanto en el maxilar como en la mandíbula, así como en los tejidos blandos.

La presencia de tejido epitelial en el interior de la médula del maxilar y la mandíbula constituye una de las tantas semejanzas entre los maxilares y otros huesos del esqueleto. La fuente de este epitelio es tanto odontogénico como no odontogénico.

El epitelio Odontogénico presenta vestigios de los órganos del esmalte o de la lámina dental, que puede existir en los maxilares en forma de órgano de esmalte no desarrollado o como restos epiteliales (restos de Malassez).

El epitelio no Odontogénico se observa únicamente en el maxilar superior y presenta los restos del epitelio que cubría los procesos embrionarios que generan el maxilar. Estos residuos se encuentran a lo largo de la línea de cierre de los procesos embrionarios, es decir, a lo largo de la línea media del paladar, en la zona entre los caninos e incisivos laterales del maxilar, y en la región de la base de la narina.

En resumen, los maxilares contienen en su médula epitelio odontogénico. De acuerdo con ello, en los maxilares se forman dos tipos principales de Quistes verdaderos, los Odontogénicos y los No Odontogénicos.

Además de las lesiones quísticas ya mencionadas de la cavidad oral pueden existir otros tipos diferentes de Quistes como son:

- 1) QUISTES DE RETENCION.
- 2) QUISTES CONGENITOS.
- 3) ASI COMO ENFERMEDADES PSEUDOQUISTICAS, LAS CUALES PUEDEN ESTAR EN CAVIDADES ASEPTICAS O SEPTICAS.

El Cirujano Dentista debe considerar la posibilidad de un Quiste en todo paciente portador de una tumefacción en las vecindades de la boca, o cuando presenta radiograficamente alguna zona translúcida en el hueso. Pero esto no significan que todas las radiotransparencias en el hueso o tumefacciones bucales deban ser clasificadas como Quistes.

Las enfermedades Pseudoquísticas son aquellas que se asemejan a los Quistes y que satisfacen algunas pero no todas las características de dichas lesiones, por lo que se les debe diferenciar de los Quistes verdaderos.

Los Quistes en sí, son tumores de evolución benigna que deben ser tratados ya que provocan lesiones y destrucción de los tejidos circundantes no presentan elementos malignizantes pero deben ser extirpados ya que después de un lapso mayor si pueden presentar predisposición a degenerar en malignidad, sobre todo si éste es un Quiste de tipo neoplásico o también puede llegar a suceder esto si al extirpar dicha lesión posteriormente llega haber residiva.

CAPITULO 3

CLASIFICACION.

Son numerosas las clasificaciones sugeridas para los Quistes Dentales pero la mayoría de estas agrupaciones son incompletas o poco prácticas.

Afortunadamente, en la boca y en los maxilares se presentan pocos tipos específicos de distintos Quistes. Sin embargo, aunque sólo hay pocos tipos, en la literatura se han utilizado numerosas denominaciones para nombrarlos. Algunas denominaciones se basan en la localización específica del Quiste como, por ejemplo: Quiste Periapical, Quiste Radicular, etc.

Otros de los quistes se basan más en la causa, que en la localización; por ello utilizan términos como Quistes Infecciosos, Traumáticos o de Retención.

Otros nombres usados en relación a los Quistes se basan en el contenido del Quiste y entre ellos se encuentran; el Quiste Mucoso y el Hemorrágico.

Las denominaciones del Quiste se complica más con las denominaciones que se basan en el origen del componente epitelial celular; por ello existen nombres como Quistes de Desarrollo, Embrionales, Odontogénicos y los No Odontogénicos.

A causa de ello, se han ampliado una de las clasificaciones de uso más frecuente para incluir algunas entidades adicionales, comprendiendo que el agrupamiento siguiente es más bien de valor práctico (2,5,8,13).

CLASIFICACION DE LOS QUISTES ORALES.

A) QUISTES CONGENITOS:

- a) QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.
- b) QUISTE BRANQUIAL.
- c) QUISTE BERMOIDE O EPIDERMOIDE.
- d) QUISTE LINFOEPITELIAL.

B) QUISTES DEL DESARROLLO:

a) QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL (QUISTES FISURALES).

- 1) QUISTES NASOPALATINOS.
- 2) QUISTES NASOALVEOLARES.
- 3) QUISTES DE LA LINEA MEDIA:
 - I. QUISTE PALATINO MEDIO.
 - II. QUISTE ALVEOLAR MEDIO.
 - III. QUISTE MANDIBULAR MEDIANO.
- 4).- QUISTES GLOBULOMAXILARES.

b) QUISTES DE ORIGEN DENTAL.

- 1) QUISTE PRIMORDIAL.
- 2) QUISTE DENTIGERO.
- 3) QUISTES PERIODONTALES:
 - I. QUISTE RADICULAR O PERIAPICAL.
 - II. QUISTE LATERAL.
 - III. QUISTE RESIDUAL.
 - IV. QUISTE GINGIVAL.

C) QUISTES DE RETENCION.

- a) MUCCOCELE.
- b) RANULA.

D) PSEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.

a) QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO.

b) QUISTE ESTÁTICO O CAVIDAD OSEA DE STAFNE.

c) QUISTE OSEO TRAUMÁTICO (HEMORRÁGICO O SOLITARIO).

CAPITULO 4.

QUISTES CONGENITOS.

Estos Quistes se presentan en la mandíbula y en el maxilar, también pueden presentarse en los tejidos blandos de la boca. En ellos su característica fundamental es su procedencia del epitelio de desarrollo o embriionario que, en forma de residuos, ha quedado atrapado en diversas regiones de la boca, cara y cuello.

Entre estos Quistes se encuentran:

- a) QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO.
- b) QUISTE BRANQUIAL.
- c) QUISTE DERMOIDE O EPIDERMOIDE, Y
- d) QUISTE LINFOEPITELIAL.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

En un Quiste poco frecuente. Estos Quistes se localizan entre el foramen ciego y el piso de la boca, a lo largo de la tiroidea en el cartilago tiroideo a nivel del cartilago cricoide, o en la escotadura supraesternal.

ETIOLOGIA.

La probable etiología se desconoce debido a que la proliferación de las células epiteliales que provocan la lesión han estado presentes varios años.

Algunos autores opinan que se debe a una infección del tejido linfóide en la zona de los restos del conducto tirogloso, debido al drenaje que proviene de una infección de los órganos respiratorios superiores.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Generalmente se presenta en pacientes jóvenes, aunque pueden presentar se ha cualquier edad, sin predilección sexual.

Su localización más frecuente es la línea media o ligeramente a un lado del cuello.

Se manifiesta como una masa circunscrita, casi siempre movable y sensible a la presión, de tamaño variable desde milímetros hasta varios centímetros.

La primera manifestación de este Quiste puede ser la apertura de una fistula en la línea media del cuello, o veces ligeramente desviada de la línea media.

Este Quiste puede producir molestias, como disfagia o accesos de ligera asfixia, así como ronquera o dificultades de fonación o a veces producir asimetría facial (6,7).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El exámen histopatológico revela que el Quiste está revestido en su parte superior por epitelio escamoso estratificado y en su parte inferior por epitelio columnar pseudoestratificado.

En las paredes de este Quiste se encuentra tejido conectivo, tejido linfóide, glándulas mucosas y tejido tiroide aberrante.

Dentro del Quiste encontramos un fluido que contiene células epiteliales y cristales de colesterol (11).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento para este Quiste es la extirpación quirúrgica total acompañada de sección y remoción de la parte media del Hiodes, para facilitar la eliminación de células epiteliales adheridas y exposición suficiente del campo y residuos del tracto.

El pronóstico es bueno, pero aunque raro, tiene interés el hecho de que se han notificado casos de carcinoma desarrollado a partir de remanentes del conducto tirogloso o por revestimientos epiteliales de los Quistes de dicho conducto.

QUISTE BRANQUIAL .

Surgen a raíz del cierre incompleto de las hendiduras branquiales en el embrión. Se trata de sacos epiteliales cerrados y suelen encontrarse en la parte anterior y por debajo del músculo esterno-cleidomastoideo o por debajo de la oreja.

ETIOLOGIA.

En un tiempo se creyó que este Quiste derivaba de los vestigios del arco branquial.

Bhaskar y Bernier en 1958, comunicaron una serie de 468 casos donde sus pruebas convencen de que el origen estaría en la transformación quística del epitelio atrapado en los nódulos linfáticos cervicales (13).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El Quiste aparece como un nódulo elevado, de color amarillento de crecimiento lento, asintomático bien circunscrito y de tamaño que varía de unos milímetros hasta algunos centímetros, que por lo regular se encuentra en el piso de la boca o en la parte ventral de la lengua y algunas veces en el paladar blando, vestibulo mandibular y en la región retromolar.

Es más frecuente en el hombre que en la mujer; aparece en un lapso comprendido entre los 15 y 65 años (promedio de 36 años) (2, 8, 13).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La lesión consiste básicamente en la cavidad quística revestida de epitelio estratificado.

El epitelio de revestimiento es bastante delgado y por lo común es paraqueratótico. A veces es de tipo columnar, con o sin células calciformes.

En su pared presenta poca cantidad de tejido conectivo y tejido linfóide en forma de nódulo linfático.

El Quiste puede contener en su interior un líquido acuoso claro o un material mucosoide gelatinoso (13).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El Quiste debe ser tratado por medio de una remoción quirúrgica minuciosa.

Hay recidivas si se dejan restos o simplemente se aspira o se drena la lesión (6,13).

Q U I S T E D E R M O I D E O E P I D E R M O I D E .

Es un teratoma quístico derivado del epitelio germinal embrionario, pero también puede contener estructuras de otras capas germinales.

Meyer sugirió clasificar estos Quistes en: 1) Epidermoides, con una cavidad revestida de epitelio, pero sin anexos cutáneos; 2) Dermoides, con anexos cutáneos o sudorales; y 3) Teratoides, que contienen anexos cutáneos y derivados mesodérmicos tales como hueso, músculo, tejidos respiratorios.

ETIOLOGIA.

Se piensa que estos Quistes se derivan de la inclusión de restos epiteliales en la línea media durante el cierre de los arcos mandibular y branquial del hiodes en la vida fetal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este Quiste se presenta como una masa bien circunscrita y lisa, generalmente da una impresión pastosa al tacto, pero puede ser fluctuante según la composición del contenido. Puede variar en cuanto a tamaño que puede ir de 0.5 milímetros a 10 milímetros de diámetro.

La lesión puede presentarse en el paladar duro y blando, en el borde de la lengua y más comúnmente en el piso de la boca.

No tiene predilección de sexo y aparecen entre los 12 y 25 años de edad.

La lesión característica produce una convexidad en el piso de la boca, a menudo causan elevación de la lengua y dificultad al comer, hablar y respirar debido a la presión ejercida sobre la epiglotis.

Los Quistes frecuentemente contienen cabello, así como estructuras dentales, glándulas sebáceas y sudoríparas (5,8).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Suelen ser de paredes gruesas y los cortes revelan un material caseoso o líquido. Microscópicamente el Quiste muestra un revestimiento de epitelio escamoso estratificado y queratinizado y su cavidad contiene habitualmente queratina. En la pared de tejido conectivo del Quiste es posible encontrar glándulas sebáceas, glandulas sudoríparas y folículos pilosos (8).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Cuando se presentan en los maxilares, las radiografías revelan una zona radiolúcida con márgenes bien definidos (4).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Los Quistes Dermoides se eliminan por vía intraoral o extraoral dependiendo de su situación en relación con el músculo milohioideo y geniogloso.

El tratamiento para estos Quistes será la extirpación quirúrgica, no es común que haya residiva (5,9).

QUISTE LINFOEPITELIAL .

Este Quiste de la cavidad bucal es una lesión relativamente rara.

ETIOLOGIA.

Se cree que esta lesión se origina en una formación de mucosa bucal

que se denomina "amígdala bucal" que se observa en la mucosa del paladar blando, superficie ventral de la lengua y piso de la boca. Estas están compuestas por una cripta revestida de epitelio y circundada por tejido linfoide difuso.

Otros autores dicen que al parecer se origina de la transformación quística del epitelio glandular incluido dentro de la embriogénesis.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta como un nódulo elevado, asintomático bien circunscrito, con un tamaño que oscila entre los 3 a 15 milímetros de diámetro; se trata de una lesión libremente desplazable.

Es más frecuente en el hombre que en la mujer y puede presentarse a cualquier edad.

CARACTERISTICA HISTOLOGICAS.

Microscópicamente es un Quiste bien circunscrito, revestido de epitelio escamoso estratificado y rodeado de una densa zona de linfocitos. El epitelio de revestimiento es bastante delgado y por lo común es Paraqueratótico.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento debe consistir en la enucleación total del Quiste. La lesión rara vez recurre (2, 8, 13).

CAPITULO 5.

QUISTES DE DESARROLLO.

Los Quistes de Desarrollo de la cavidad bucal se derivan de los restos ectodérmicos. La vaina de Hertwig que delineó las raíces en proceso de desarrollo, el reducido epitelio adamantino que conectaba el germen dental y epitelio bucal, o los órganos productores de esmalte, pueden constituir el origen de estos restos, así como las inclusiones en los puntos de fusión de las hojas primitivas de la cara y mandíbula.

El Término Quiste de Desarrollo se utilizan para designar todos aquellos Quistes cuyo revestimiento se desarrolla a partir de las células epiteliales que han permanecido después del desarrollo total del feto, es decir, a partir de las células epiteliales superfluas, excesivas o residuales tal y como ya se mencionó en el capítulo primero de este trabajo.

Estos Quistes de Desarrollo se dividen para su estudio en:

- 1) QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL (FISURALES).
- 2) QUISTES DE ORIGEN DENTAL.

QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL.

(QUISTES FISURALES).

Los huesos maxilares se pueden convertir en portadores de Quistes sin ninguna relación de dependencia con el aparato dentario pero si de vecindad.

Estos Quistes se forman en la unión de las apófisis mesonasal, lateronasal y maxilar, osea, en la base del ala nasal. Estos Quistes están revestidos de un epitelio de tipo respiratorio y contiene un líquido mucoso. Clínicamente pueden confundirse con Quistes de Origen Dental, o con abscesos dentoalveolares en los dientes anteriores del maxilar superior (5).

Reciben el nombre colectivo de Quistes fisurales porque surgen cuando falla la función ósea en la época del desarrollo embrionario, en la Zona de

fusión de los procesos faciales; entre estos encontramos:

- A) QUISTES NASOPALATINOS.
- B) QUISTES NASOALVEOLARES.
- C) QUISTES DE LA LINEA MADIA.
- D) QUISTES GLOBULOMAXILARES.

QUISTES NASOPALATINOS.

El Quiste Nasopalatino es un Quiste del Desarrollo que se encuentra en la región del maxilar e inmediatamente detrás de los ápices de los incisivos centrales.

Los Quistes Nasopalatinos incluyen dos clases de Quistes según su localización y anatomía. Si se localizan en el centro del hueso se llaman Quistes del Conducto Incisivo, o si se les situa por de bajo de la papila palatina en el agujero palatino anterior se denominan Quistes de la papila Palatina.

Los Quistes se diagnostican por la combinación de tipo clínico, radiográfico. Debe tenerse la precaución de no diagnosticar como Quiste el gran foramen incisivo observado en las radiografías periapicales (9,13).

ETIOLOGIA.

El Quiste Nasopalatino se forma apartir de residuos epiteliales de los vestigios del conducto o conductos nasopalatinos.

Se han propuesto diversas teorías para explicar la formación de estos Quistes, como el trauma, infecciones bacterianas, bloqueo inflamatorio o mucoso del conducto nasopalatino.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

No hay predilección sexual, la mayoría de los pacientes en los cuales se presentan estas anomalías se encuentran entre la cuarta y sexta década de la vida.

El aspecto clínico de estos Quistes suele ser de un agrandamiento de la línea media anterior del paladar, el drenaje o la supuración es una secuela frecuente.

Su sintomatología es escasa o casi nula, a no ser de que se infecten, teniendo en estos casos todas las características de los Quistes dentarios supurados (8,9).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Este Quiste puede estar tapizado por epitelio escamoso estratificado columnar ciliado y cuboidal dependiendo de que restos epiteliales pertenezca, si es al conducto nasal o al extremo oral del conducto nasopalatino.

Se ha observado que la mayoría de los Quistes Nasopalatinos muestran numerosos nervios y vasos pequeños hasta medianos y pequeñas colecciones de tejido adiposo en el tejido conectivo circundante.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Las características radiográficas son muy variables. En algunos casos, el Quiste presenta una zona radiolúcida redondeada única y unilateral de algunos o muchos milímetros de diámetro, inmediatamente por encima o junto al ápice de un incisivo central; en otros casos se descubren zonas radiolúcidas quísticas parecidas pero bilaterales; y, a veces, se encuentra la zona radiolúcida de corazónada que es la más característica. En las vistas oclusales el Quiste aparece por detrás de los incisivos superiores (9).

TRATAMIENTO.

El tratamiento es quirúrgico.

La vía de elección para intervenirlos debe estar de acuerdo con dos factores: Tamaño del Quiste (tomando en cuenta la vecindad con las tablas palatinas o bucal) y la presencia de dientes.

En caso de infección secundaria está indicada la terapéutica antibiótica pre y post-operatoria (2,9).

QUISTES NASOALVEOLARES.

El Quiste Nasoalveolar se forma en la unión de los procesos globular, lateral, nasal y maxilar superior. Este Quiste se situa en el lugar de fijación del ala de la nariz, no se localiza dentro del hueso. Este Quiste es muy raro y puede causar bastante hinchazón facial. (8).

ETIOLOGIA.

El Quiste Nasoalveolar crece apartir de los reciduos del epitelio de la unión de las ápofisis globular, nasal lateral y maxilar.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La mayoría de los casos se registran en adultos de la tercera a la sexta década de la vida, ocurre principalmente en mujeres y predomina en la raza negra.

Generalmente éste Quiste abulta hacia el piso del vestíbulo nasal, proyectandose debajo del extremo anterior del cornete inferior y ocasiona una tumefacción que puede verse y palpase debajo del labio superior, así como en el piso nasal. Todo los dientes de la región poseen vitalidad.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El Quiste es un saco de tejido conectivo con epitelio, que contiene un líquido espeso, mucoso, que puede ser de color parduzco.

Los cortes microscópicos muestran un Quiste revestido de epitelio columnar ciliado (respiratorio), escamoso, estratificado o pseudoestratificado. En algunos casos pueden observarse ambos tipos de epitelio (8,9,11).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Las radiografías no son significativas por que este Quiste no es una lesión central. Sin embargo pueden mostrarse si se inyecta una substancia radiopaca.

Algunas radiografías sin embargo pueden presentar una radiolucencia, si el Quiste produce una resorción ósea por presión desde el lado del perlostio.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento consiste en la excisión quirúrgica completa (5).

QUISTES DE LA LINEA MEDIA.

Dentro de este grupo de Quistes encontramos el Quiste Alveolar Mediano y el Quiste Palatino Medio o de la Papila Palatina, que pertenecen a la maxila, y por otro lado encontramos también en este grupo el Quiste Mandibular Mediano.

QUISTE PALATINO MEDIO.

Estos Quistes se forman en la fisura media del paladar y se originan de los restos embrionarios.

ETIOLOGIA.

Estos restos embrionarios quedan sencillamente atrapados entre las dos apófisis palatinas laterales del maxilar superior en el momento de fusión, y yacen quiescentes (en estado de reposo) hasta que los estimula algún factor extrínseco o intrínseco.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

No hay predilección sexual y se presenta generalmente en la edad adulta.

Esta lesión se presenta como una tumefacción sólida, lisa y redonda en la línea media del paladar duro. No hay ulceración, las lesiones son indoloras. Algunos Quistes pueden causar dolor cuando existe alguna infección secundaria.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El Quiste tiene saco de tejido conectivo que puede contener una gruesa capa de tejido de colágeno revestido de epitelio escamoso.

La cavidad Quística contiene restos celulares, líquido o queratina.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Los hallazgos radiográficos suelen ser características y patognomónicas. La lesión puede ser de forma redondeada, ovalada o elíptica, demostrándose como una zona radiolúcida situada en el centro o en la línea media del paladar.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento de este Quiste es la enucleación con un pronóstico excelente (2,4).

QUISTE ALVEOLAR MEDIO.

El Quiste Alveolar Medio es un Quiste que se forma del epitelio derivado de la lámina dental, se asienta en la fisura media entre los dos mamelones globulares que forman el hueso intermaxilar.

ETIOLOGIA.

Como el Quiste anterior, se origina a partir de las células epiteliales que quedan aprisionadas en la línea media del maxilar durante el desarrollo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Presenta las mismas características que el Quiste anterior, como son: aparecen en la edad adulta y sin predilección sexual.

Este Quiste puede confundirse con el Nasopalatino, pero se distingue de él por su situación más baja y anterior.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Los cortes microscópicos preparados a partir del Quiste anterior y éste son iguales.

La diferencia estriba en que el tejido conectivo periepitelial de este Quiste puede mostrar una leve infiltración linfocítica y plasmocítica.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento a seguir es la enucleación del Quiste con un pronóstico excelente (2,4,11).

QUISTE MANDIBULAR MEDIANO.

El Quiste de desarrollo Mandibular Mediano es una lesión muy rara que se presenta en la línea media de la mandíbula.

ETIOLOGIA.

Es probable que este Quiste resulte de la inclusión de epitelio atrapado en el canal central envaneciente del proceso mandibular del embrión.

Por otra parte existe la posibilidad de que la lesión pueda representar un tipo de Quiste Odontogénico como el Quiste Primordial originado por un órgano supernumerario del esmalte en el segmento mandibular, en particular porque los huesos que se unen en la línea media de la sínfisis mandibular se originan en la parte profunda dentro del mesenquima; y por lo tanto, proporciona poca oportunidad de inclusión y la subsecuente proliferación de restos epiteliales profundos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La mayor parte de los Quistes Mandibulares Medios son clínicamente asintomáticos y solo se descubren durante un examen radiográfico de rutina.

La forma de éstas lesiones pueden ser oval, redonda, irregular y algunas veces multilocular y tiende a expandirse a las láminas corticales óseas.

El Quiste está localizado dentro del maxilar inferior por debajo de los ápices de los incisivos centrales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El Quiste se encuentra recubierto por epitelio escamoso estratificado, rodeado por una cápsula de tejido conectivo fibroso; dentro del saco quístico también encontramos tejido conectivo que contiene, dependiendo del tamaño del Quiste, menor o mayor cantidad de líquido, el cual se encuentra formado por fibras colágenas que son paralelas entre sí y que se presentan unidas no muy estrechamente, también contiene vasos sanguíneos y colesterol.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

La mayor parte de estos Quistes muestran una apariencia radiográfica que es generalmente de un área de radiolúcidez unilocular bien circunscrita, aunque también puede ser multilocular.

TRATAMIENTO.

No existe explicación sostenible para la ocurrencia de Quistes en la línea media de la mandíbula por trastornos de desarrollo, pero los Quistes Dermoides Sublinguales Medianos son bien reconocidos y pueden estar junto en el lado lingual de la mandíbula. Es probable que los llamados Quistes Mandibulares Medianos sean Quistes Oseos Solitarios no Diagnosticados, Quistes Primordiales o Quistes Radiculares relacionados con la dentición primaria, de modo que se les debe tratar según corresponda.

Algunos autores mencionan que el tratamiento de estos Quistes consiste en reflejar el mucoperiostio de los cuellos de los dientes, profundamente hacia

abajo en el fondo del pliegue y deberá ser enucleado con cuidado para no lesionar los ápices de los dientes involucrados (6,8).

QUISTES GLOBULOMAXILARES.

Los Quistes Globulomaxilares son sacos formados de epitelio que se forman en la unión de los procesos globular y maxilar entre los incisivos lateral y caninos (5).

Estos Quistes pueden ser diagnosticados erróneamente como Quistes Periodón ticos.

ETIOLOGIA.

La mayoría de los investigadores han indicado que estos Quistes provienen de los residuos epiteliales atrapados en la línea de fusión de los procesos globular y maxilar del proceso facial embrionario (11,13).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este Quiste puede aparecer clínicamente antes de la edad de 30 años. No parece haber predilección sexual, aunque tal vez aparezca más frecuentemente en los hombres, se encuentra en mayor proporción en la raza negra.

El aspecto clínico y tamaño de estos Quistes es muy variable en ocasiones pueden pasar desapercibidos ya que es completamente asintomático, en este caso sólo se podrá descubrir por medio de un exámen radiográfico de rutina. Cuando adquiere mayor volumen puede infectarse dando los síntomas de crepitación y fluctuación en estos casos hay dolor a la palpación.

la superficie de estos Quistes es lisa y de color rosado en la corteza labial, origina un desplazamiento de los dientes incisivos y caninos, conservan dose la vitalidad de estos (5,11,13).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Histológicamente se aprecia que el Quiste está tapizado por epitelio escamoso estratificado o por epitelio cilíndrico ciliado. Estos epitelios están recubiertos por una membrana de tejido conectivo.

La pared del Quiste muestra infiltración de plasmocitos y linfocitos.

El contenido del Quiste es fluido, rara vez puede presentar cristales de colesterol (8, 13).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Radiográficamente tienen el aspecto de zonas translúcidas de forma semejante a la de una pera entre el segundo incisivo y el canino superior, y suelen provocar divergencia entre las raíces de dichos dientes.

TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en la enucleación total del Quiste, aunque los dientes acostumbran estar vitales, en algunos casos se puede perder esta vitalidad, en cuyo caso será necesario practicar un tratamiento de conductos o bien la extracción de dichos dientes (11).

QUISTES DE ORIGEN DENTAL.

Son la proliferación y degeneración quística del epitelio odontogénico, es decir, de los restos de la lámina dental o de los órganos del esmalte de los dientes, dando lugar a los Quistes Odontogénicos.

Entre estos tipos de Quistes encontramos:

- A) QUISTES PRIMORDIALES.
- B) QUISTES DENTIGEROS.
- C) QUISTES PERIODONTALES.

QUISTES PRIMORDIALES.

(FOLICULARES)

Los Quistes Primordiales se diferencian de los Quistes Periodontales y Dentígeros en que no contienen elementos calcificados.

El término Folicular se ha aplicado a este tipo de lesión y puede utilizarse como sinónimo.

La palabra Primordial implica una estructura más sencilla y menos desarrollada (5).

ETIOLOGIA.

Este Quiste se desarrolla por degeneración y licuefacción del retículo estrellado que se encuentra en un órgano del esmalte antes de que se haya formado esmalte o dentina calcificada.

También puede originarse a partir de gérmenes de dientes supernumerarios, de tal manera que encontramos un número normal de piezas dentarias en la cavidad bucal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

No hay predilección sexual y se presenta en adultos jóvenes en la segunda y tercera década de la vida.

Estas lesiones se localizan bajo las raíces dentales, entre las raíces de dientes adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente, en forma congénita en particular de un tercer molar inferior o superior.

La lesión a veces se presenta bajo la forma de un abombamiento o una protuberancia de una superficie lisa, de color rosado y consistencia ósea, a menudo al ser palpado de una sensación quebradiza o de crepitación quística;

puede ser unilocular o multilocular.

La lesión es indolora, pero si es grande puede provocar migración de los dientes. Los dientes de la región son vitales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Al estudio histológico el Quiste se encuentra revestido de epitelio escamoso estratificado, este epitelio es de grosor variable que por lo general consta de 4 a 8 capas de células de espesor y además presenta una capa de paraqueratina que presenta una superficie acanalada, también presenta una capa de célula basales columnares con nucleos picnóticos o vesiculares, este epitelio no prolifera mucho hacia la pared que lo rodea que es tejido conectivo inflamatorio, y que puede contener pequeños islotes de epitelio odontogénico ó ameloblástico.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Este Quiste aparece como una lesión radiológica redonda u ovalada, bien delimitada con un borde esclerótico o reactivo y puede ser unilocular o multilocular.

Se observa a veces debajo o entre las raíces dentales de piezas adyacentes, o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita, esto sucede con mayor frecuencia y preferentemente en el lugar de un tercer molar superior o inferior ausente.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento del Quiste Primordial se determina por lo regular según su tamaño. Las lesiones más pequeñas se quitan quirúrgicamente en toda su totalidad con muy poca dificultad, los quistes más grandes que conllevan a una pérdida de hueso y lo adelgazan de manera peligrosa, con frecuencia son tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o Marsupialización. Este procedimiento origina el alivio de la presión y el gradual encogimiento del

espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo. A menudo es necesario dicho procedimiento debido al peligro potencial de fractura del maxilar si se intenta una extirpación quirúrgica completa.

La recurrencia es relativamente poco frecuente (2,9,11).

QUISTE DENTIGERO.

Se trata de sacos cerrados, revestidos de epitelio, formados al rededor de las coronas de dientes que no han aparecido, ó anomalías dentales (odontomas) Suelen contener coronas de dientes u odontomas, excepto en casos insólitos, cuando se extrae el diente dejando atrás el quiste (Quiste Residual) (5).

La denominación de Quiste Dentigero debe ser reservada para sacos de tejido conectivo revestidos de tejido escamoso estratificado, que contiene la corona de un diente o alguna anomalía dental, y líquido.

ETIOLOGIA.

Con respecto al origen del Quiste Dentífero, existen dos teorías por las cuales se inclinan los patólogos:

La primera, es la teoría del origen intrafolicular, la cual dice que los Quistes Dentíferos son un crecimiento del folículo dentario que rodea la corona de un diente no erupcionado.

La segunda teoría, nos sugiere que en un principio, el Quiste se desarrolla de residuos epiteliales extrafoliculares, y posteriormente se une al folículo de un diente en erupción.

Sea cual fuera el origen del Quiste, su estado final es aquel en que la corona se encuentra dentro de la cavidad quística, y la membrana epitelial del Quiste de una manera similar a como se encuentra el epitelio bucal, con respecto a un diente normal ya erupcionado alrededor de su cuello.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La lesión se presenta en la segunda o tercera década de la vida y es más común en los hombre que en las mujeres.

Se puede presentar tanto en la mandíbula como en el maxilar.

Este Quiste suele presentarse en el 62% en la zona molar, 12% en región canina y un 12% en los premolares. El 14% restante se distribuye en las demás zonas de los maxilares.

El tercer molar inferior y los caninos superiores constituyen los dientes individuales afectados con mayor frecuencia.

Este Quiste puede evolucionar o llegar a ser de gran tamaño abarcando todo el cuerpo o rama ascendente de la mandíbula y una gran porción del maxilar desplazando senos orbitales y paranasales sin invadirlos (7,6).

El Quiste Dentífero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva presentando:

- 1) EXPANCIÓN DE HUESO.
- 2) ASIMETRÍA FACIAL.
- 3) GRAN DESPLAZAMIENTO DE HUESO.
- 4) RESORCIÓN INTERNA DE PIEZAS ADYACENTES Y,
- 5) DOLOR.

Todas las cuales son las secuelas posibles del agrandamiento de este Quiste.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Histológicamente el diente que rodea completamente a la corona, o que se adhiere a ella está revestida de epitelio escamoso estratificado. Los Quistes con revestimiento epitelial grueso, tiende mucho a reaparecer y los Quistes con epitelio delgado no. Su pared de tejido conectivo consiste en haces de

colágena y puede mostrar una infiltración de linfocitos y plasmocitos.

En un 33% se observa epitelio odontogénico lo que nos dá la posibilidad de convertirse en un ameloblastoma.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Toma la apariencia de una zona radiolúcida unilocular conteniendo la ---- corona de un diente.

En algunos casos esta lesión se asocia a un diente en erupción y en otros a odontomas (5,6).

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El tratamiento de elección, aún en las lesiones quísticas estremadamente grandes, es su enucleación cuidadosa. Si está destruida una pared cortical del hueso por la presión expansiva, el tejido Periostico se deja intacto y sirve como una ayuda excelente para la regeneración de hueso (5).

Cuando la expansión y asimetría intensas han ocurrido, el proceso de reparación restablece el contorno normal del hueso y la regeneración es completa, siempre que la operación sea adecuada. No se han reportado casos de recurrencia (5,6).

QUISTES PERIODONTALES.

Los Quistes Periodontales son sacos revestidos de epitelio que se forman en la membrana periodóntica y sus estructuras adyacentes por lo común en el ápice de un diente, aunque a veces a lo largo de la superficie lateral de su raíz.

El epitelio de estos Quistes deriva probablemente, de los restos de la

vaina de Hertwig ó la lámina dental, y resulta estimulado por un proceso inflamatorio o por los mismos factores que originaron la inflamación.

Los Quistes Periodontales se producen por la proliferación de los restos de Malassez y se clasifican en cuatro grupos:

- A) QUISTES RADICULAR O PERIAPICAL.
- B) QUISTE LATERAL.
- C) QUISTE RESIDUAL.
- D) QUISTE GINGIVAL.

QUISTES RADICULAR O PERIAPICAL.

El Quiste Radicular, es la enfermedad quística más frecuente de las lesiones que afectan la mandíbula y el maxilar superior.

ETIOLOGIA.

El Quiste Radicular proviene de una osteítis ápical de un diente desvitalizado, es decir, al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa a la zona periapical del diente, se forma de una masa de tejido inflamatorio crónico llamado Granuloma Periapical. El epitelio que tapizó el interior del granuloma deriva de los restos epiteliales de la lámina radicular de Hertwig (restos epiteliales de Malassez), que normalmente están presentes en el ligamento periodontal. Posteriormente estas células epiteliales se fusionan y sufren una transformación quística dando lugar al Quiste Radicular (5).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El Quiste predomina en la región incisiva y en menor proporción en premolares, molares y caninos en la región ápical.

El diente asociado con el Quiste no es vital y casi siempre presenta caries dental.

Los Quistes muchas veces son encontrados casualmente por exámenes radiográficos de rutina, por que su desarrollo se efectúa inadvertido.

Clinicamente se hayan por lo general una tumoración indolora, dura como hueso, la cual una vez alcanzada la magnitud correspondiente, ofrece, a la palpación crepitación apergamada, como signo de extrema absorción de hueso.

También puede llegar a observarse un conducto fistuloso por el que sale exudado purulento al exprimirlo.

Generalmente son indoloros pero algunos pueden presentar dolor a la palpación, esto sucede cuando se inflama el contenido del Quiste.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Estos Quistes comúnmente están revestidos de epitelio escamoso estratificado con una cápsula de tejido conectivo. Por regla general contienen líquido estéril, pero en ocasiones pueden resultar infectados, en cuyo caso pueden incluir pus, líquido seropurulento, hemopurulento, desechos semisólidos, y hasta material sólido.

La presencia de células inflamatorias agudas en el revestimiento epitelial y células inflamatorias crónicas en la cápsula de tejido conectivo es un hecho común.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Son parecidas a todos los Quistes centrales, sin embargo es frecuente que haya otros datos que nos ayuden en nuestro diagnostico, la zona radiolúcida se localiza casi siempre en el ápice de la raíz.

Muchos Quistes Radiculares son de 1 a 2 centímetros de diámetro su forma suele ser redonda u ovalada, algunos sólo alcanzan unos milímetros de diámetro.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

El Quiste pequeño muchas veces puede ser enucleado através de la pared del alveolo después de quitar el diente atacado. Sin embargo, es mejor hacer un colgaje para quitar el Quiste de la cara labial o bucal.

Los Quistes grandes suelen afectar varios dientes y es de suma importancia que los dientes vitales no sean extraídos innecesariamente. En las regiones quísticas grandes cuando hay peligro de dañar dientes adyacentes, el método de preferencia es el de Partsch.

Las raíces de los dientes que penetran en una cavidad ósea después de la enucleación de un Quiste deben ser amputadas a continuación de la conductotomía, o bien deben ser extraídas (2,5,8).

QUISTE LATERAL.

El Quiste Lateral se produce a lo largo de la superficie de la raíz, en general como secuela de un absceso lateral originado en el surco gingival, aunque también puede ser el resultado de una inflamación que progresa desde la pulpa a través de un orificio pulpar situado lateralmente (Conducto Accesorio Lateral).

ETIOLOGIA.

Se cree que proviene bien, del epitelio bucal traumatizado e implantado o bien a partir de los restos del desarrollo dental o por último, de la degeneración quística de las proyecciones interpapilares del epitelio superficial.

Debe ser considerada la idea de que realmente representa un Quiste Dentígero Lateral dejado atrás de un diente en erupción (8).

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Tienen una predilección en la región de los caninos y premolares mandíbulas.

Muchas veces no hay signos clínicos, la mayor parte de estos Quistes se descubren en el curso de una exploración radiográfica habitual. Sin embargo, cuando el Quiste es muy grande o cuando su localización es más bucal, puede encontrarse un bulto de color normal y de superficie lisa (13).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Histológicamente, el caso del Quiste se compone de un recubrimiento de epitelio estratificado y una pared de tejido conjuntivo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se revela el Quiste Periodontal Lateral como una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de una raíz dental (5,13).

TRATAMIENTO.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica seguida de un estudio histológico, ya que los ameloblastomas pequeños pueden presentar un cuadro parecido.

QUISTE RESIDUAL.

El Quiste Residual puede quedar después de la extracción de un diente, seguido de la enucleación incompleta de cualquiera de los dos Quistes mencionados anteriormente.

ETIOLOGIA.

Se atribuye su origen a la presencia de un pequeño Quiste anterior a la extracción de una pieza dentaria afectada, en el lugar de evolución del Quiste o a la remanencia de parte de la membrana parodontal conteniendo restos epiteliales susceptibles de proliferación.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Estos Quistes se presentan en pacientes en su mayoría durante la cuarta década de la vida.

Clínicamente el Quiste es asintomático, el Quiste Residual es un hallazgo accidental o casual en una exploración radiológica de la boca.

Los datos clínicos que presenta el Quiste Residual, se parecen a los del Quiste Radicular, con la excepción de que falta el diente causal o de que el Quiste Residual puede localizarse en una zona en donde faltan completamente los dientes. El diagnóstico final dependerá del resultado de la exploración bióptica (2.5).

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Este proceso quístico se aprecia como una zona radiolúcida, variable en dimensiones de uno a otro caso, y puede estar bien definida.

En general los datos radiológicos que presenta el Quiste Residual se parecen a los del Quiste Radicular, con la excepción de que falta el diente causal (5).

TRATAMIENTO.

El tratamiento de estos Quistes es la extirpación quirúrgica completa de todos los elementos epiteliales, respetando los dientes vecinos si los hubiere, y eliminando los involucrados en el proceso quístico.

QUISTE GINGIVAL.

Estos Quistes se localizan en la encía libre o adherida, puede considerarse como un Quiste del desarrollo.

ETIOLOGIA.

Algunos de estos Quistes crecen a partir del epitelio de la lámina dental del órgano del esmalte o de sus ramificaciones.

Algunos autores dicen que estos Quistes son consecuencia de la inflamación crónica de la membrana periodontal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar superior y cerca del 90% se observa en la encía. En casi un 80% de los casos resulta afectada la zona comprendida entre el incisivo lateral y el premolar. Por consiguiente la superficie bucal mandibular en la región entre el incisivo lateral hasta el segundo premolar constituye la localización más común.

Su aspecto clínico, es de una masa prominente, pequeña (rara vez de un centímetro de diámetro), de superficie lisa, en forma de cúpula redonda, tiene un color de tejido normal y a veces parece un Quiste Mucoso pequeño más profundo, suele ser duro a la palpación y no doloroso.

Los Quistes Gingivales observados en los niños se conocen también con el nombre de "Perlas de Epstein" ó "Nódulos de Bohn".

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Estos Quistes muestran una pequeña zona radiolúcida, rara y asintomática en zona de caninos y premolares.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El Quiste Gingival es un Quiste verdadero revestido por epitelio cúbico escamoso o escamoso estratificado, o por una doble capa de epitelio cúbico. En el tejido conectivo no se observan células inflamatorias.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de estos Quistes consiste en la extirpación quirúrgica excepto en el niño, en el cual generalmente no se necesita tratamiento (2,8,13).

CAPITULO 6

QUISTES DE RETENCION.

Son ocasionados por la obstrucción de los conductos de secreción salival y se forman a partir de la retención de líquido salival en el conducto; causado por un proceso inflamatorio o por trauma.

Tales Quistes por Retención pueden aparecer en cualquier región de la mucosa de la cavidad bucal, pero frecuentemente aparecen en los carrillos, labio y piso de la boca.

Entre estos Quistes por Retención encontramos:

- A) MUCOCELE.
- B) RANULA.

MUCOCELE.

El Mucoccele es un Quiste de Retención de una de las múltiples y pequeñas glándulas salivales de la cavidad oral producida por el bloqueo de su conducto excretor.

Se manifiesta como proliferaciones algo esféricas en las glándulas salivales del labio inferior, mucosa bucal, lengua o piso de la boca.

ETIOLOGIA.

Al parecer, suelen ser el resultado de la obstrucción de los conductos, dilatación y ruptura de los conductos y acumulación del líquido casi derramado en el tejido conectivo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta con igual frecuencia en ambos sexos y en todas las edades.

Son tumefacciones pequeñas, redondas o translúcidas ovales, generalmente tienen un color azulado y pueden confundirse con un hemangioma. El mucoccele es móvil y suele encontrarse inmediatamente por debajo de la mucosa.

Algunas veces los mucocelos pueden perforarse accidentalmente o romperse espontáneamente, pero se forman de nuevo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

La cavidad asemeja a un Quiste, está revestida de tejido conectivo comprimido, en el lugar de células epiteliales.

El aspecto histológico de la lesión se caracteriza por observarse un espacio o espacios llenos de líquido mucoso, contenido éste por tejido conjuntivo o de granulación.

La glándula en algunos casos se encuentra afectada y se identifican con ella: células plasmáticas, linfocitos y neutrófilos.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de elección es la excisión quirúrgica completa si su remoción es incompleta, tiende a reaparecer, pero no se conocen casos de malignización (1,5,13).

R Á N U L A .

La Ránula es una forma de mucocele la cual sale de un lado de la glándula sublingual y típicamente representa una larga inflamación azul no dolorosa a un lado del piso de la boca (7).

Clínicamente hay dos tipos reconocidos de Ránulas: Una esta contenida completamente dentro de la cavidad oral y es la más típica, y la otra (ránula más baja) se asocia a la extensión cervical y es muy rara; Este último tipo de ránula se desarrolla a partir de la colección de secreción salival extendiéndose de la glándula salival involucrada hacia el cuello (1).

La palabra ránula proviene del latín "rana" término que fue aceptado por la semejanza de estas tumoraciones a la apariencia translúcida de la panza de la rana.

ETIOLOGIA.

Se desarrollan asociadas a los conductos de la glándulas sublingua y se deben generalmente a una obstrucción causada por un cálculo salival o substancia orgánica blanda.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Generalmente la lesión es superficial y se localiza más frecuentemente en el conducto sublingual.

Es una masa blanda, redondeada, de superficie lisa azulada o rojiza que le da el aspecto de panza de rana.

La lesión es tensa y fluctuante, pero se deprime a la presión, no es dolorosa, pero la lengua puede ser levantada, lo que dificulta la masticación y la fonación.

La ránula más baja es de crecimiento lento y abarca hacia arriba la cavidad bucal y se extiende hacia abajo a ambos lados del cuello provocando con ello dificultad respiratoria progresiva e incapacidad de comer.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Algunos autores reportan la existencia de tejidos conjuntivo, recubierto por epitelio de tipo escamoso aplanado. El estroma contiene glándula mucosa y restos celulares (linfocitos, células Plasmáticas y macrofagos).

La rínula más baja reveló histologicamente carcinoma de células escamosas.

TRATAMIENTO.

El tratameiento del Quiste consiste en la marsupialización del Quiste por excisión de su techo, vaciando los contenidos mucosos por aspiración y suturando despues los bordes del Quiste el borde de la mucosa del suelo de la boca.

A veces se pueden conseguir la enucleación completa del Quiste cuando es pequeño, es raro que las rínulas grandes se puedan eliminar intactas debido al desmezurable y extensiva naturaleza del tejido del Quiste.

La rínula no acostumbra a recidivar, pero en algunas raras ocasiones, entre las ligaduras de la intervención primitiva se puede volver a desarrollar otra rínula, probablemente debido a que con estas ligaduras se ha vuelto a obstruir algún pequeño conducto de la glándula sublingual. En este caso es necesario escindir esta segunda rínula.

El tratamiento sugerido para la rínula más baja incluye: excisión intra-oral de la glándula sublingual, excisión cervical y radiación (1,2,5,7,13).

PSEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.

Entre los cuales encontramos:

- a) QUISTE OSEO ANEURISMATICO.
- b) CAVIDAD OSEA IDIOPATICA DE STAFNE O QUISTE ESTATICO.
- c) QUISTE OSEO TRAUMATICO.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO.

Se presenta con más frecuencia en huesos largos y en la columna vertebral, pueden afectar al maxilar superior pero la lesión la encontramos en la mandíbula.

El término "QUISTE OSEO ANEURISMATICO" fue introducido en 1950 por JAFFE y LICHTENSTEIN, pero BERNIER Y BHASKAR fueron los primeros en reportarlo en la mandíbula.

Este tipo de Quiste, no cumple todos los criterios de enfermedad quística porque carecen de forro epitelial, más bien se compone de una cavidad ósea llena de tejido fibroso, que contiene vasos cavernosos o sinusoides, que son espacios llenos de sangre (1,8,9).

ETIOLOGIA.

Ocasionalmente la lesión esta asociada a una historia traumática, pero la naturaleza exacta de este desarrollo permanece oscuro.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Hay un agrandamiento constante de la mandíbula y pueden ser de consistencia blanda. Esta lesión puede ser solitaria y benigna, pero puede causar expansión local.

La lesión es de forma blanda fusiforme o redonda suave, de consistencia firme o elástica y contiene muchos espacios llenos de sangre.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

El área involucrada por la lesión, tiene el aspecto de panal y consta de numerosos espacios llenos de sangre, recubiertos por una capa de células aplanadas, comprimidas y células gigantes.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de elección sería un curetaje o bien una enucleación quirúrgica. El pronóstico es bueno (1,8,9).

CAVIDAD OSEA IDIOPATICA DE STAFNE.

(QUISTE ESTATICO).

Es un cavidad quística que carece de revestimiento epitelial, no tiene cápsula y muchas veces esta vacía.

ETIOLOGIA.

Los factores etiológicos sugeridos son anomalías de desarrollo, trauma, trauma-crónico particularmente la presión crónica de estructuras anatómicas adyacentes, linfadenitis y tejido aberrante de glándulas salivales.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta entre los 30 y 70 años de edad, más frecuente en hombres que en mujeres y es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar superior.

Este tipo de Quiste se localiza por debajo del canal mandibular y adyacente al borde inferior mandibular entre la región de los premolares y ángulo de la mandíbula.

La enfermedad carece de signos clínicos apreciables, los dientes estan en color y posición normal y responden normalmente a las pruebas de vitalidad pulpar, no hay dolor, hipersensibilidad o malestar; pueden ser una lesión de 1 a 7 centímetros de diámetro (8,9).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se trata de áreas radiolúcidas asintomáticas, unilaterales, ovoides, y bien delimitadas, rodeadas de un denso margen por debajo o que se superpone en parte al conducto dentario inferior.

TRATAMIENTO.

No requiere tratamiento (2).

QUISTE OSEO TRAUMATICO.

(HEMORRAGICO O SOLITARIO).

Los Quistes Oseos Traumáticos o Hemorrágicos constituyen lesiones poco usuales que se producen en los maxilares, así como en otros huesos del esqueleto.

Por lo general están tapizados de tejido conjuntivo y no de epitelio.

ETIOLOGIA.

A pesar de desconocerse su etiología, la mayoría de los autores acepta la teoría de que se produce hemorragia dentro de la porción medular del hueso como resultado directo de una lesión traumática de mayor o menor cuantía. Después de esta agresión inicial se produce una falla en la organización del coagulo sanguíneo. La lesión parece aumentar de tamaño a causa de una expansión lentamente agresiva provocada por un edema infiltrante motivado por los vasos sanguíneos congestionados en la región afectada.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El 80% de estas lesiones se encuentra hasta la edad de los 25 años, es decir, se encuentra principalmente en pacientes jóvenes sin predilección sexual.

La mayor parte de estas lesiones se localiza en la región sub-ápical de la parte posterior de la mandíbula, entre el canino y el tercer molar mandibular.

Es asintomático y se descubre accidentalmente en las radiografías de rutina.

La exploración quirúrgica revela un espacio en el hueso que contiene un líquido translúcido o tal vez sanguinoliento, fragmento de coágulos sanguíneos necróticos, una delgada membrana de revestimiento de tejido conectivo o nada (8,9).

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Radiográficamente, los Quistes Oseos Hemorrágicos son áreas de aspecto quístico con destrucción ósea (8,9).

TRATAMIENTO.

Estos Pseudoquistes traumáticos de hueso no requieren intervención quirúrgica (12).

CAPITULO 8.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES.

El tratamiento consiste esencialmente en suprimir el tumor quístico, por su extracción del interior del maxilar (o conservación de partes de la estructura quística); en el fondo, maniobras que tienden a eliminar el Quiste como entidad patológica.

La técnica del tratamiento quirúrgico fue concebida por DUPUYTREN, HEATH Y PARTSCH, quienes dieron principios y fundamentos incommovibles. Pero es a PARTSCH, ilustre Cirujano Alemán, a quien se deben las modernas adquisiciones y conceptos quirúrgicos. El "Método de Partsch" es el fundamento de una escuela, de la cual pueden partir modificaciones o alteraciones de su técnica, pero el método en sí ha quedado sin variantes apreciables.

Dijimos "Método de Partsch", pero en realidad debe hablarse de métodos, ya que el autor preconiza dos, que tienen variantes e indicaciones. Estos métodos se conocen con los nombres de Métodos de Partsch I (1892) y Método de Partsch II (1910), o con otros nombres, Método Conservador de Partsch y Método Radical de Partsch.

ANESTESIA.

La anestesia es la base de toda buena intervención quirúrgica.

El propósito principal en el uso de anestesia local, es el de colocar entre el estímulo doloroso en la periferia y en el área receptiva del cerebro un bloqueo o barrera que impedirá la conducción de la transmisión de los impulsos dolorosos de la periferia a las áreas receptoras del cerebro. Estos se logra depositando el anestésico local en alguna parte entre estos dos puntos.

El agente anestésico local por sus efectos en la vaina o membrana nerviosa, bloquea la conducción de los impulsos nerviosos y produce un estado de anestesia. Idealmente el agente anestésico local se coloca adyacente al paquete vasculonervioso principal, de tal manera que produzca un estado de anestesia en la totalidad del campo cubierto por la distribución del nervio afectado.

Esto se llama Bloqueo Nervioso. Por lo tanto, cuando la solución anestésica es colocada al lado del nervio dentario inferior en su entrada a la mandíbula en el agujero dentario inferior, se bloquea todos los estímulos dolorosos que emanan de las zonas inervadas por las ramas terminales del nervio mandibular.

Algunas veces no es posible colocar la solución anestésica adyacente al paquete vasculonervioso principal, debido a la inaccesibilidad del nervio principal. En este caso, el anestésico Local puede ser depositado alrededor de la zona de la cual emana el dolor. Solamente las fibras nerviosas en la zona localizada por la infiltración serán afectadas por la solución anestésica. Esto se llama Anestesia por Infiltración. Por lo tanto, en el maxilar, donde los principales paquetes nerviosos que proporcionan inervación a los dientes del maxilar no son accesibles con facilidad, pueden emplearse anestesia por infiltración para obtener un bloqueo local adecuado.

Ante el temor de fracasos ante anestésias infiltrativas que pudieran resultar insuficientes no dudamos en indicar la anestesia general. Pacientes temerosos o pusilánimes, o simplemente hipersensibles, constituyen problemas en la cirugía de los Quistes de los maxilares.

VIAS DE ACCESO.

La intervención de los Quistes, cualquiera, sea su tamaño y situación, debe ser siempre realizada por la vía vestibular.

La localización del tumor hace que esta vía de acceso sufra las variantes topográficas correspondientes. Pero generalmente, ya sea que se trate de Quiste del maxilar inferior o del superior, la vía de acceso debe ser siempre la región vestibular.

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

Para los Quistes correspondientes al maxilar inferior, pueden emplearse la vía vestibular y en algunos casos, la vía alveolar agrandada.

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

Algunos casos de excepción puede ser intervenidos por vía palatina.

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

TECNICA QUIRURGICA.

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización de los Quistes, existen dos métodos de tratamiento como ya se mencionó al principio de este capítulo.

- A) METODO DE PARTSCH I o MARSUPIALIZACION, Y
- B) METODO DE PARTSCH II o ENUCLEACION TOTAL DEL QUISTE.

A) Método de Partsch I o Marsupialización. Este método consiste esencialmente en transformar el Quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal, conservando parte de la membrana quística, que por su condición epitelial adquiere en poco tiempo todas las características del epitelio bucal.

TECNICA OPERATORIA.

Se preparan boca y cara del paciente de manera usual; se utiliza el anestésico que, a juicio de operador, sea mejor para el paciente.

Hay diversas incisiones. Si, por ejemplo, se quiere replegar el colgajo al final, para cubrir el piso nasal o sinusal, que peligran, entonces debe cortarse muy cerca del borde gingival, o hasta se elige la incisión del borde gingival. Pero si han de cubrirse raíces después de apicectomías, debemos hacer la incisión en el surco vestibular, para que el colgajo replegado hacia abajo, al final pueda ser colocado encima de las raíces cortadas. La intervención es más sencilla que la Quistectomia. Después de preparar el colgajo mucoperiosteó y eliminado el hueso, queda expuesto el Quiste. Mayormente, en

los Quistes grandes, el hueso está ya destruido en bucal. O se corta una ventana en la membrana quística-los bordes óseos deben ser alisados antes con una pinza Luer- o se incide de tal modo, que la membrana puede ser suturada con la mucosa bucal. La amplia comunicación entre Quiste y cavidad bucal, se mantiene abierta durante el postoperatorio primero mediante taponamiento y luego eventualmente por medio de un obturador.

Si no se hace el tratamiento postoperatorio concienzudamente, de modo que se cierra la comunicación entre el quiste y cavidad bucal, se originará una recidiva. La epitelización de los bordes de la herida comúnmente queda determinada a los 14 días. Entonces se puede dejar de lado el taponamiento, y el paciente puede hacer lavajes en casa con una pequeña jeringa de goma. Debe citarse el paciente para controles posteriores. El Quiste debe aplanarse, pero la entrada no debe cerrarse.

B) Método de Partsch II o Enucleación Total. El método radical de Partsch consiste esencialmente en la completa eliminación de la bolsa quística. La cavidad ósea que lo aloja queda por lo tanto vacía, y el mecanismo de su relleno se hace de dos maneras, según las derivaciones, de las cuales depende la regeneración ósea, son las siguientes:

A) METODO DE PARTSCH II, con sutura.

B) METODO DE PARTSCH II, sin sutura, obturando la cavidad ósea, con distintos materiales.

A) METODO DE PARTSCH II con sutura.

En este método, la cavidad ósea se llena de sangre y de la organización del coágulo depende la osificación.

El peligro del método con sutura, reside en que el coágulo puede infectarse y supurar, con todas las secuelas que una infección de esta clase trae aparejadas.

Tiempos quirúrgicos del método de Partsch II, con sutura.

a) INCISION.

- b) DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.
 - c) OSTEOTOMIA.
 - d) ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA.
 - e) TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS.
 - f) TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.
 - g) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA.
 - h) SUTURA.
 - i) TRATAMIENTO POSOPERATORIO.
- B) METODO DE PARTSCH II, sin sutura.

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

Tiempos quirúrgicos del Método de Partsch II, sin sutura:

- a) INCISION.
- b) DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO.
- c) OSTEOTOMIA.
- d) ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA.
- e) TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS.
- f) TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE.
- g) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA. Terminada la enucleación de la bolsa quística y alisados los bordes óseos, se lava la cavidad y se seca.

El labio del colgajo, se introduce dentro de la cavidad ósea y sobre él rellenando la cavidad se aplica la gasa de obturación.

- h) TRATAMIENTO POSOPERATORIO. En el posoperatorio se deben cambiar las gasas a las 48 horas, y se repite durante 5 o 6 sesiones.

A los 20 o 30 días, la cavidad ósea está epitelizada y durante largo tiempo tiene lugar su proceso de reducción (5 o 6 meses).

OPERACION SEGUN PARTSCH II.

Se prepara la boca y cara del paciente de manera usual para una cirugía; se usa el anestésico que, a juicio del operador sea mejor para el paciente, se hace después una incisión en arco según Partsch que debe estar relativamente cerca del borde gingival, para que el colgajo tenga un fondo óseo al ser suturado. Si hay todavía hueso encima del Quiste, entonces se prepara el colgajo mucoperiosteo en la forma usual. En el hueso, generalmente muy delgado, se abre con el cincel una pequeña ventana, la cual luego es ensanchado mediante una pinza de Luer, desplazando con cuidado la bolsa quística. Con la cuchara para quistes o con un raspador se desprende la bolsa del hueso lo que generalmente resulta fácil. Cuando sobresale una punta de raíz en la cavidad, entonces la membrana, que generalmente está adherida al ápice, debe ser removida con una cuchara filosa. La punta de raíz se corta con una fresa redonda grande hasta a ras del piso del Quiste. La obturación del conducto puede efectuarse antes o durante la operación. Se explora el espesor del hueso hacia la raíz y el seno maxilar con una sonda puntiaguda.

Si el Quiste ha destruido ya el hueso bucal, entonces resulta más difícil exponer la bolsa. Al desprender el colgajo mucoperiosteo intentaremos primero exponer lateralmente a ambos lados del Quiste el hueso intacto. Así llegamos en seguida hasta la capa correcta, y podemos preparar, avanzando desde el costado, la mucosa y el periosteo levantandolos de la bolsa que trasluce de color azulado. Esta preparación se hace alternamente con instrumentos romo y filoso. En ambos lados, en los bordes óseos, se desprende luego el quiste del hueso mediante un raspador, para enuclearlo al final en lo posible in toto.

Si se desgarran el quiste al enuclearlo del hueso, entonces debe removerse la membrana cuidadosamente con cucharillas filosas. NO deben quedar restos de la bolsa ni en la cavidad, ni sobre los ápices. Se alisan los bordes óseos (pinzas Luer o fresas), se sutura la mucosa, después de haber espolvoreado Nebacetin. hay que hacer la sutura bien apretada, porque si ocurre una dehiscencia de sutura, se origina fácilmente una infección del coágulo. Si ocurre tal infección del coágulo, la que se reconoce por dolores, secreción y olor, deben

removerse las suturas, y la cavidad quística debe ser limpiada y taponada con gasa con H_2O_2 .

C) PRINCIPIO DE LA ANTROQUISTECTOMIA.

Unicamente la operación de grandes Quistes que se han desarrollado hacia el seno maxilar, es distinta. Aquí se emplea la Antroquistectomía llamado también el Método Rinológico. En éste, el espacio quístico es conectado ampliamente con el seno maxilar. Como en el método de Partsch I el epitelio quístico se une al epitelio bucal, así en esta operación el epitelio quístico, despues de la operación forma una unidad con la mucosa del seno maxilar. Pues, en verdad es una operación Partsch I modificada, quiere decir, que la cavidad quística es conectada con una cavidad fisiológica vecina, de modo que el quiste puede vaciar su contenido hacia una cavidad fisiológica. Dado que el desangre resulta difícil desde el seno maxilar, por que la abertura natural no está en el punto más bajo, sino en el meato nasal medio, debe procurarse también en esta operación, igual que en la típica de Caldwell-Luc, para una mejor posibilidad de drenaje, preparandose una ventana en el meato nasal inferior.

La bolsa del quiste, desde luego, también puede ser removida en la Antroquistectomía, por ejemplo, si se presenta alteraciones sospechosas del neoplasias. Cuando se encuentra una poliposis de la mucosa del seno maxilar, se elimina también la poliposis. La intervención debe ser proseguida como una típica operación según Caldwell-Luc. Se elimina la poliposis, quiere decir, se remueve toda la mucosa del seno maxilar. En tales casos, generalmente, si el quiste es muy grande se extirpará también la bolsa quística junto con el epitelio. La incisión intrabucal para abrir el seno maxilar se sutura al terminar la operación. El drenaje del campo operatorio está asegurado por la abertura artificial en el meato nasal inferior.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES MUY EXTENSOS.

Quando el quiste es tan grande, que se teme la producción de una fractura quirúrgica, se aconseja aplicar barras, y férulas en los dientes, antes de la intervención.

Si se produce una fractura, se puede aplicar la fijación inmediata.

En algunas lesiones es mejor abrirlas y practicar una biopsia. En el momento que se exteriorizan, se insertará directamente en la cavidad quística una gasa de yodoformo que se cambiará periódicamente, además de los drenajes de yodoformo, se han empleado los tubos de plata y de plástico. Con esta Técnica, se colapsa el cuerpo del quiste y se permite el relleno del espacio quístico por compresión por el hueso nuevo desde que se forma por fuera del quiste.

Cuando se ha formado cantidad suficiente de hueso, se debe enuclear el quiste y practicar un cierre primario.

¿ QUE PASA CON LOS DIENTES INVOLUCRADOS EN LA OPERACION DE QUISTES?

Los dientes que pueden estar dentro del campo operatorio, deben ser examinados acerca de su vitalidad. En los dientes desvitalizados debe hacerse un tratamiento radicular, y obturaciones radiculares dudosas deben ser renovadas. En caso de quistes Radiculares, el diente culpable gangrenoso es tratado con curaciones, y la obturación radicular puede ser realizada poco antes de la operación o durante la operación.

Debe esforzarse de cuidar los dientes vitales que estan en la región del quiste. En algunos casos, sin embargo, no se podrá evitar, que un diente pierda su vitalidad a causa de la operación.

En la región anterior uno se esforzará de conservar el diente involucrado en los quistes radiculares. En la región posterior, especialmente en casos molares, esto generalmente no será posible. En los quistes de dientes temporales el diente desvitalizado siempre es extraído. El diente permanente en quistes Foliculares se conserva en lo posible. También en adultos, a veces se puede conservar los caninos, en caso de quiste foliculares, y pueden ser llevados a su lugar por medidas ortopédicas, en forma similar como se lo intenta con los caninos retenidos o dislocados.

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

Las posibles complicaciones de la Enucleación o Marsupialización de los

quistes Congénitos y Embriológicos incluyen:

- a) TUMEFACCION.
- b) INFECCION.
- c) FORMACION DE HEMATOMAS.
- d) TRAUMATISMO DE NERVIOS MOTORES Y SENSITIVOS.
- e) HEMORRAGIA PRIMARIA Y SECUNDARIA.
- f) FISTULA BUCAL.
- g) FRACTURA DE HUESO, Y
- h) OBSTRUCCION DE VIAS RESPIRATORIAS.

a) El edema es normal y fisiológico después de procedimientos de quirúrgicos en maxilar y mandíbula. La mayor parte de estas operaciones son traumáticas y la retracción prolongada de los tejidos contribuye a obstaculizar el drenaje linfático normal de la región. Esto, aunado con la reacción inflamatoria, produce edema y tumefacción. Debe advertirse esto al paciente, y que espere el máximo de hinchazón alrededor del segundo día posoperatorio, desaparecerá gradualmente sin no hay infección secundaria ni formación de hematomas. Indicar la aplicación de frío en las primeras ocho a diez horas, que siguen a la operación.

b) La posibilidad de infección puede ser mínima usando antibióticos y una buena técnica quirúrgica, y siguiendo estrictamente las reglas de asepsia.

Cualquier infección aguda que se presente en estas lesiones debe dominarse totalmente antes de realizar cualquier intervención quirúrgica. Deben elegirse cuidadosamente los antibióticos y se administrarán en dosis terapéuticas.

c) El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar lesiones en las cuales se debe hacer disección en cuello y región submaxilar.

Los troncos nerviosos sensitivos generalmente están desplazados por las lesiones quísticas, y muchas veces pueden separarse de la pared del quiste del

del nervio, por disección cuidadosa. Cuando se descubre un nervio sensitivo en una cavidad, suele aparecer parestesia, la duración de esta no puede predecirse por que la velocidad de regeneración del nervio varía considerablemente. Los troncos nerviosos grandes no se cortan durante el procedimiento quirúrgico cuidadoso y suelen recuperarse la sensibilidad.

d) El hematoma puede evitarse cohibiendo la hemorragia inicial y por el uso de apósitos y presión. Los vasos de grueso calibre deben ser ligados, pero a veces la hemorragia proviene de regiones inaccesibles a la ligadura y se cohibe por la presión. Los colgajos de tejidos blandos deben suturarse bien y se aplicará presión externa adecuada en la herida durante las primeras ocho horas de posoperatorio.

Un hematoma persistente de fácil acceso, debe ser aspirado y drenado, de otra manera ocurrirán disgregación del cuáguulo y drenaje séptico.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenirlas mediante un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica correcta.

Sin embargo las complicaciones ocurren y se debe conocerlas para tratarlas cuando se presentan (4, 9, 11).

CONCLUSIONES.

El Cirujano Dentista deberá estar capacitado para realizar un examen oral en el paciente, así como la elaboración de una minuciosa historia clínica para poder dar un diagnóstico de la lesión que se presenta en la cavidad oral.

Este diagnóstico debe estar siempre acompañado de una serie radiográfica, siempre y cuando el paciente tenga los recursos económicos para efectuarla, ya que los Quistes en su gran mayoría son asintomáticos y solo con el examen radiográfico son detectados.

Es importante realizar las valoraciones del estado de salud del paciente, así como también los exámenes de laboratorio e histológicos, para que no se presenten complicaciones pre y postoperatorias.

esto se hace con el fin de no equivocar el diagnóstico y efectuar un adecuado tratamiento.

Los Quistes son por lo general asintomáticos, aunque en ocasiones pueden presentar síntomas clínicos como dolor, así como asimetría facial cuando éste es muy grande o cuando se encuentra infectado.

Los Quistes son tumores benignos de crecimiento lento, aunque pueden provocar destrucción de hueso ó en uno de los últimos casos malignizarse.

El tratamiento de los Quistes será quirúrgico, éste variará dependiendo del tamaño del Quiste, si hay infección o si se encuentra en relación con el seno maxilar u otros órganos importantes.

El Cirujano Dentista de práctica general no debe realizar el tratamiento de los Quistes si no se encuentra lo suficientemente preparado para realizar este tipo de operaciones, si no que debe remitir al paciente a algún hospital o al Cirujano Maxilofacial para que efectuen el tratamiento correcto.

En caso de que el Cirujano Dentista decida realizar el tratamiento quirúrgico de un Quiste, ya sea la enucleación o la marsupialización, siempre deberá tomar en cuenta la utilización del mínimo de instrumental quirúrgico para evitar dañar tejidos vecinos o adyacentes; ya que éste es un procedimiento cien por ciento quirúrgico.

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

- 1.- ALI M.K.
DENTAL ABSTRACTS.
Case of plugging ránula associated with a malignancy.
Mosby Year Book.
V. 35 N. 4 July-August 1990.
p. 158-159.
- 2.- BHASKAR S.N.
Patología Bucal.
Editorial el Ateneo.
8a. Edición 1979.
- 3.- C. LINDH.
ORAL & MAXILLOFACIAL SURGERY.
Central (intraosseous Calcifying Odontogenic Cyst.
Published Monthly by W.B. Saunders Company For Official Journal of
the american Association.
V. 17 N. 5 1990.
p. 260-262.
- 4.- GUSTAV A. KRUGER.
Tratado de Cirugía Bucal.
Nueva Editorial Interamericana.
4a. Edición 1987.
- 5.- HARRI ARCHER W.
Cirugía Bucal.
Editorial, Mundi.
2a. Edición 1978.
- 6.- IRENE RAPABOUTA.
ORAL SURGERY.
Extensive Aneurysmal Bone Cyst of the Mandible.
Mosby Year Book.
V. 7 N. 2 Feb. 1991.
p. 148-150.

- 7.- J. LAMEY DDS.
BRITISH DENTAL JOURNAL.
Salivary Gland disease.
British Dental Association.
v. 168 N. 6 March 1990.
p. 239-240.
- 8.- KURT H. THOMAS.
Patología Bucal.
Salvat Editores.
1a. Edición 1973.
- 9.- LASKIN M. DANIEL.
Cirugía Bucomaxilar.
Editorial Panamericana.
2a. Edición 1987.
- 10.- ORBAN & COL.
Histología y Embriología Bucales.
Editorial la Prensa Médica Mexicana.
- 11.- RIES CENTENO.
Cirugía Bucal.
Editorial el Ateneo.
8a. Edición 1979.
- 12.- SAPP J.P.
DENTAL ABSTRACTS.
Cases of Self-healing Bone Cysts presented.
Mosby Year Book.
V. 35 N. 5 Sept-Oct. 1990.
p. 201-202.

- 13.- **SHAHER W. G. HINE.**
Tratado de Patología Bucal.
Editorial Interamericana.
3a. Edición 1982.