

11
26/10/11



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

QUISTE PERIAPICAL
(CASO CLINICO)

T E S I N A

Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

ANTONIA ROSALBA ALPIZAR ALVAREZ

ASESOR

C.D. GUILLERMO ZARZA CADENA



México, D. F.

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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.

INDICE

INTRODUCCION	1
------------------------	---

CAPITULO I

Antecedentes

1.1 Historia Clinica	4
1.2 Exploración Bucal	5
1.3 Examen Radiográfico	6

CAPITULO II

Generalidades Anatómicas del Maxilar

2.1 Hueso Maxilar	8
2.2 Hueso Palatino	12
2.3 Paladar Duro	13
2.4 Paladar Blando	14
2.5 Inervación y Vascularización del Paladar	15
2.6 Tipo de Mucosa	17

CAPITULO III

Quiste Periapical

3.1	Definición	19
3.2	Etiología	19
3.3	Características Clínicas	21
3.4	Estudio Radiológico	22
3.5	Histología	24
3.6	Tratamiento	25

CAPITULO IV

Técnica Quirúrgica del Caso Clínico

4.1	Generalidades sobre el Procedimiento Quirúrgico Quístico	30
4.2	Técnica Anestésica	31
4.3	Enucleación del Quiste desde su Superficie Palatina	34
4.4	Cuidados Posoperatorios	36
4.5	Preparación del Tejido (biopsia)	37

CAPITULO V

Resultados

5.1 Estudio Histopatológico 38

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Es importante, sobre todo para los odontólogos pregraduados que se discuta la importancia del diagnóstico y que se detallen los diversos métodos y procedimientos que se pueden utilizar para llegar a la identificación final de una enfermedad ó anomalía que se nos presenta a diario.

Se ha dicho que el diagnóstico es la habilidad del clínico para descubrir o advertir la presencia de una anomalía específica, en esencia, la habilidad para dar un nombre al proceso patológico, ya que en ocasiones se pueden determinar ciertas enfermedades de la boca y maxilares por sus características físicas, es decir, por los signos visibles del proceso patológico. Sin embargo es más frecuente que el proceso patológico no pueda identificarse solo por sus caracteres clínicos ya que nos puede hacer pensar en otra u otras enfermedades.

Si el clínico quiere obtener éxito al establecer una identificación concluyente en los casos dudosos, por fuerza es necesario adquirir datos de fuentes distintas a las meramente clínicos como lo son, las características anatómicas de la zona que involucra, y el conocimiento general de las características de la enfermedad que se sospecha.

Ya que el objetivo último del diagnóstico es sugerir y proporcionar una base segura para que el plan terapéutico sea el más adecuado, el diagnóstico llega a ser en realidad indispensable del tratamiento.

Como sucedió en el caso que describo ocurrido en el Seminario de Titulación de Cirugía, ya que fueron necesarias la habilidad y destreza clínica para saber reconocer la naturaleza del proceso patológico, quiste periapical; ya que no sólo fue importante los signos clínicos de la enfermedad, sino aquellas facetas relacionadas con ella como son; causas, patogenia y manifestaciones histológicas para poder hacer el Tratamiento quirúrgico que en este caso era necesario para que la lesión no siguiera progresando y llegara a afectar zonas subyacentes.

Así como nuestros auxiliares en el diagnostico como lo fue la radiografía periapical y oclusal que se le fue tomada a la paciente sobre la zona afectada, que nos confirmó parcialmente nuestra sospecha lo que nos da un diagnóstico seguro es la confirmación mediante un estudio histopatológico.

Para hacer la remoción de la lesión es necesario tener los elementos anatómicos necesarios de la zona que intervendremos, ya que en nuestro caso el paladar es una zona muy importante de la cavidad bucal ya que es el encargado junto con la lengua de la deglución. Además de que

limitaciones tenemos al hacer un colgajo y remoción del tejido patológico por la inervación y vascularización que nos presenta el paladar.

La técnica quirúrgica empleada fue la enucleación ya que nos ofrece que el espacio subyacente se llene de sangre coagulada, la cual se organizara para la formación de hueso normal.

Apenas la incisión cura, el paciente no tiene más problemas.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 HISTORIA CLINICA

Fecha: 20/marzo/1993

Nombre del paciente: Enriqueta Medina López Edad: 27 años

Lugar de nacimiento: D.F.

Sexo: femenino

Ocupación: Profesora de secundaria

MOTIVO DE LA CONSULTA:

La paciente refiere que tuvo un accidente a los 23 años en el cual se golpeó la parte derecha de la cara y boca, motivo por el cual se fracturo el diente insicivo central superior derecho en su tercio inicial, pero no fue atendida dentalmente porque aparte de la fractura no tenía molestia alguna pero hace 2 meses comenzó a sentir un abultamiento en el paladar que fue aumentando gradualmente y con el

desplazamiento de los dientes incisivo central e incisivo lateral superior derecho aunque no presenta sintomatología alguna.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

La paciente en el interrogatorio no refiere datos que nos hagan sospechar de alguna enfermedad.

1.2 EXPLORACION BUCAL

La exploración bucal fue un factor fundamental para encontrar la alteración antes mencionada.

Al hacer la exploración comenzamos de afuera hacia dentro y encontramos:

LABIOS: De color rosa coral, reseco y bien formados

MEJILLAS: La mucosa se observa lisa, rosada y húmeda.

ENCIA: Rosada con puntilleo, la encía libre es lisa brillante y más rojiza; la encía alveolar es delgada móvil y rojiza.

LENGUA: Normal en tamaño respecto a la cavidad bucal y sin alteración patológica.

PISO DE BOCA: Profunda, la mucosa se observa fina, rosada y flexible.

PALADAR: Hay un aumento de volumen duro a la palpación, la mucosa es rosa pálida, en forma de U, foveolas

palatinas normales.

DIENTES: De forma cuadrangular, bien implantados, a excepción de los dientes incisivos central y lateral superior derecho que presentan un desplazamiento hacia vestibular y mesial; el diente incisivo central superior derecho presenta fractura en su tercio incisal.

FRENILLOS: Lingual y vestibulares bien insertados, de color rosa salmón.

1.3 EXAMEN RADIOGRAFICO

Al hacer un estudio radiográfico obtendremos información sobre la ubicación y extensión de la lesión y si hay compromiso de otros dientes.

Las proyecciones intraorales indispensables para el diagnóstico son las películas periapicales y una vista oclusal convencional.

Al obtener nuestras radiografías se interpreta como un área radiolúcida de forma esférica bien delimitada por un margen radiopaco; que esta involucrando al incisivo central e incisivo lateral superior derecho.

Con la interpretación podemos decir que se sospecha de un quiste, por lo que se debe hacer su remoción quirúrgica para que no siga creciendo.

Para poder hacer el tratamiento quirúrgico debemos conocer la zona anatómica que involucra, el tipo de quiste del que se sospecha y por último la confirmación de nuestro diagnóstico con un estudio histopatológico del área removida.

CAPITULO II

GENERALIDADES ANATOMICAS DEL MAXILAR

2.1 HUESO MAXILAR

El hueso maxilar está situado en la parte anterior de la cara, es un hueso superficial que está formado por hueso compacto con pequeños islotes de tejidos esponjoso especialmente en el proceso alveolar y en el centro presenta una cavidad de forma piramidal que corresponde al seno de la maxila.

Es un hueso par que participa en la constitución de la cavidad orbitaria, de la bóveda palatina, de las cavidades nasales y de la fosa infratemporal; tiene además de un proceso horizontal que une a la maxila de un lado a su homónimo, forman así el paladar óseo.

DESCRIPCION:

Se describen 2 caras, 4 bordes y 4 ángulos.

CARA MEDIAL.— se destaca una saliente horizontal, que es el proceso palatino; esta tiene una cara superior lisa que forma el piso de la cavidad nasal y la cara inferior rugosa, que

forma gran parte del paladar óseo. El borde medial forma una saliente sobre la cara nasal ; la cresta nasal de la maxila. Hacia adelante termina en una prolongación que constituye una semiespina que se articula con la otra maxila; la espina nasal anterior, por detrás se observa un canal que con el de la otra maxila forma el canal incisivo por donde pasan el nervio y la arteria nasopalatinos.

El borde anterior del proceso platino forma parte anterior de las cavidades nasales; el borde posterior se articula con la lámina horizontal del hueso palatino. El proceso palatino divide está cara en dos:

La porción suprapalatina; está centrada en el hiato del seno lagrimonasal que se dirige oblicuamente hacia abajo y atrás, hacia el piso de las cavidades nasales, el surco está limitada hacia adelante por el proceso frontal de la maxila, que concha inferior, y por encima de esta se encuentra la cresta etmoidal., donde se articula la concha media y el etmoides.

La porción infrapalatina; participa en la forma de la bóveda palatina. sus numerosas irregularidades denotan la sólida inserción a su nivel de la mucosa bucal.

CARA LATERAL.— En su parte anterior, encima de la implantación de los incisivos, se observa una depresión; la fosa canina, limitada por detrás por la eminencia canina. Por

detrás y encima de esta eminencia, está el proceso cigomático y en su vértice se articula con el hueso cigomático.

En el proceso cigomático se describen :

Cara superior.— forma parte de la pared inferior de la cavidad orbitaria, está separada por el ala mayor del esfenoides por la incisura orbitaria, el canal infraorbitario continua esta pared como conducto infraorbitario.

Cara anterior.— está el foramen infraorbitario, es la terminación del conducto por donde emerge el nervio infraorbitario.

Debajo encontramos la fosa canina.

Cara posterior.— corresponde medialmente al tuber de la maxila y lateralmente a la fosa infratemporal. Presenta forámenes alveolares para las arterias alveolares de los molares.

BORDES.— la maxila presenta 4 bordes:

Borde anterior.— emerge por debajo de la espina nasal anterior se ensancha a nivel de la incisura nasal.

Borde posterior.- redondeado constituye el tuber de la maxila.

Este forma la parte anterior de la fosa infratemporal y se articula, abajo, con el hueso palatino del cual está separado por el canal palatino mayor.

Borde superior.- se articula de adelante hacia atrás con el hueso lagrimal, el etmoides y el palatino.

Borde inferior.- está excavado por los alvéolos dentarios.

ANGULOS.- se describen 4 ángulos.

Angulo anterosuperior.- esta el proceso frontal, su base se confunde con el hueso, su vértice se articula con el proceso nasal su cara medial forma la pared lateral de las cavidades nasales, la cara lateral presenta la cresta lagrimal anterior de la maxila, el borde anterior del proceso frontal se articula con los huesos nasales, el posterior con el hueso lagrimal.

2.2 HUESO PALATINO

Son dos huesos palatinos, tiene cada uno forma de L, con una lámina horizontal y otra perpendicular unidas posteriormente, lugar donde existe un proceso piramidal: en el extremo superior la lámina perpendicular presenta 2 procesos, una esfenoidal y otra orbitaria, separadas por la escotadura esfenoidal.

La lámina horizontal.- se proyecta medialmente para formar el tercio posterior del paladar duro. Tiene una superficie nasal superior lisa y una superficie palatina, inferior rugosa y, un borde anterior en el que se articula el proceso palatino del maxilar. El borde posterior termina medialmente en la espina nasal posterior del paladar.

La lámina perpendicular.- continua hacia arriba de la lámina horizontal, para formar parte de la pared lateral de la fosa nasal. La superficie nasal forma parte del meato nasal medio y superiormente presenta una pequeña cresta etmoidal, para la concha media. En el ángulo anterior y superior de la lámina se encuentra la apófisis orbitaria, se acopla al extremo posterior de la cara orbitaria del maxilar, formando parte del suelo de la órbita. La apófisis esfenoidal la superficie superior está surcada por el canal palatovaginal el cual conduce vasos y nervios faríngeos, desde la fosa pterigopalatinas al techo de la faringe. La superficie

maxilar se dirige hacia abajo y adelante del surco palatino mayor.

2.3 PALADAR DURO

El paladar constituye el techo de la boca y el suelo de la cavidad nasal, se extiende hacia atrás constituyendo una separación parcial entre la porción bucal y nasal de la faringe.

El paladar duro se caracteriza por tener un esqueleto óseo formado por los procesos horizontales del maxilar y las láminas horizontales de los huesos palatinos por detrás.

El borde posterior del paladar óseo presta inserción al paladar blando y en el plano de este borde presenta la espina nasal posterior.

Hacia adelante y a los lados en la sutura entre la porción horizontal del hueso palatino y el proceso horizontal del maxilar superior, se observa un par de conductos palatinos posteriores. En la línea media anterior; en el sitio donde se fusionan los procesos palatinos con los bordes alveolares hay una depresión profunda llamada fosa incisiva que constituye la desembocadura inferior del conducto palatino anterior ó incisivo.

2.4 PALADAR BLANDO

El paladar blando o velo del paladar está unido en sentido anterior al paladar duro, y hacia los lados se fusiona con la faringe y tiene una estructura muscular, pero entre la mucosa y los músculos se observan numerosas glándulas mucosas.

MUSCULOS DEL PALADAR BLANDO

Músculo periestafilino interno (músculo elevador del velo palatino.) se origina en la cara inferior del peñasco del temporal y en el cartilago de la trompa timpánica. Se inserta en la cara posterior de la aponeurosis palatina y en el músculo del lado opuesto. La inserción de este músculo forma gran parte del paladar blando.

Músculo periestafilino externo (músculo tensor del velo palatino). esta por fuera y parcialmente por delante del interno. Se origina en la fosita escafoidea de la base del ala interna del proceso pterigoides, se extiende en sentido vertical hacia abajo y afuera del ala interna del mismo proceso. Su borde posterior pasa a través de un hueco en el músculo buccinador pero ya como tendón y se extiende como la porción aponeurótica más anterior del paladar blando. Recibe su innervación del nervio maxilar.

Músculo palatoestafilino (músculo de la uvula), se origina en un par de lengüetas del borde posterior del

paladar duro a cada lado de la línea media, y de la aponeurosis palatina por detrás del paladar blando; las lengüetas se dirigen hacia atrás en cada lado de la línea media hasta la úvula, y se funcionan para formarla.

Músculo palatogloso ó glosostafilino, es una lámina muscular que comienza en la cara inferior del paladar blando, se dirige hacia afuera, abajo y adelante, en el plano frontal de la amígdala, y forma el pilar anterior del velo del paladar, para insertarse en el dorso y un lado de la lengua.

Músculo palatofaríngeo ó faringostafilino, se situa en el pilar-palatofaríngeo, se origina en el borde posterior del paladar óseo y de la aponeurosis palatina. En el paladar blando se inserta en dos fascículos, interno y externo, separados por el elevador del velo del paladar. Estos fascículos se unen, y el faringostafilino se inserta en el borde posterior del cartilago tiroides y en la pared de la faringe y el esófago.

2.5 INERVACION Y VASCULARIZACION DEL PALADAR

Los principales nervios y vasos del paladar descienden por los conductos palatinos posterior y anterior que se abren, en sentido superior y anterior, en la fosa pterigopalatina, y en sentido inferior, por medio de dos agujeros de conductos palatino posterior y accesorios, en la cara inferior del paladar duro. Los nervios que descienden

por los conductos son ramas del ganglio esfenopalatino. En realidad las fibras que los componen provienen del maxilar superior, pero a medida que pasan por el ganglio esfenopalatino, probablemente reciben algunas fibras parasimpáticas posganglionares del mismo; fibras simpáticas del plexo carotídeo interno y fibras sensitivas del nervio facial, que llegan al ganglio esfenopalatino por medio del nervio vidiano. Conforme los nervios palatinos descienden a través de los conductos palatinos señalados se distribuyen en el paladar en forma de tres nervios.

NERVIO PALATINO ANTERIOR.— sale del conducto palatino posterior y se dirige hacia adelante para distribuirse en el paladar duro y la cara interna de las encías, hasta los caninos. Una zona pequeña inmediatamente por detrás de los incisivos recibe fibras del nervio nasopalatino o esfenopalatino interno, que desciende por el conducto palatino anterior.

NERVIOS PALATINOS MEDIO Y POSTERIOR.— emergen por los conductos palatinos accesorios y, se distribuyen en el paladar blando y la región superior de la amígdala faríngea.

ARTERIA PALATINA SUPERIOR O DESCENDENTE.— que viene de la porción terminal de la arteria maxilar superior en la fosa pterigopalatina, es un corto tronco que emite arterias palatinas de menor calibre y que se continua en forma de la arteria palatina mayor; está cursa con el nervio del mismo nombre por el conducto palatino posterior y emerge a través de su orificio, para seguir hacia adelante en el paladar duro, junto con el nervio. En vez de detenerse en los incisivos envía una rama terminal a través del conducto palatino anterior.

ARTERIAS PALATINAS MENORES.— descienden junto con los nervios palatinos posteriores para distribuirse en el paladar blando y la región superior de las amígdalas.

ARTERIA PALATINA INFERIOR O ASCENDENTE.— es una rama de la arteria maxilar interna o facial, cursa por el borde superior del músculo constrictor superior de la faringe y también por el periestafilino interno para anastomosarse con otras ramas arteriales.

2.6 TIPO DE MUCOSA

La mucosa va unida a las estructuras subyacentes mediante una capa de tejido conjuntivo que es la submucosa, cuya estructura varía en diversas zonas, dependiendo de que la mucosa este firmemente insertada o que tenga una unión

laxa con las superficies óseas inferiores o que haya músculos entre ella y el hueso subyacente.

La mucosa oral consta de 2 capas, el epitelio superficial y la lámina propia, ambas están separadas por una membrana basal.

EPITELIO SUPERFICIAL.- es una capa epitelial que se compone a su vez de varias capas de células, las más inferiores son las que se asientan en la membrana basal, y las superficiales son las que forman una acentuada queratinización.

LAMINA PROPIA.- es una capa de tejido conjuntivo denso de grosor variable, consta de papilas portadoras de vasos sanguíneos y nervios.

La mucosa que recubre al paladar duro es la mucosa masticatoria. La membrana mucosa del paladar duro se encuentra íntimamente unida al perióstio subyacente, de ahí su inmovilidad. El color es rosa como la encía.

Debido a la estructura tan variable de la submucosa se estudian en el paladar duro las siguientes regiones:

- 1) Encía palatina, adyacente a los dientes.
- 2) Rafé palatino.

El epitelio por el que está cubierto es escamoso estratificado.

CAPITULO III

QUISTE PARIAPICAL

3.1 DEFINICION

QUISTE.- es una lesión que consiste en un saco o espacio anormal (ya sea en los tejidos blandos o duros de la boca), que contienen una sustancia líquida o semisólida, que está limitada por un epitelio y encerrada en una cápsula del tejido conjuntivo. (definición dada por la American Academy of Oral Pathology).

QUISTE PERIAPICAL.- es el quiste más frecuente de la región bucal, también se le denomina quiste periodontal apical ó quiste radicular. La cubierta epitelial de este quiste inflamatorio, deriva de la proliferación de pequeños restos de Malassez.

3.2 ETIOLOGIA

Los quistes periapicales se desarrollan en un granuloma periapical preexistente. El granuloma representa un foco discreto de tejido de granulación inflamado de manera crónica y localizado en el hueso circundante al ápice del diente, que

se produce en respuesta a la muerte de la pulpa dental y a la necrosis subsecuente del tejido. La estimulación de los restos epiteliales se relaciona como un proceso inflamatorio en el granuloma periapical y la quistificación es el resultado de la proliferación de los elementos epiteliales que forman una cubierta.

En todos los casos de quiste periapical el diente involucrado está en un estadio de necrosis; pero no se sabe si siempre el conducto está infectado, ó si los quistes se pueden desarrollar en respuesta a la presencia de una pulpa estéril pero necrótica. Las causas de la necrosis pulpar pueden ser:

La pulpa muere por extensión de una gran caries.

Queda expuesta la pulpa por una fractura dentaria.

Exposiciones pulpares en la preparación cavitaria.

Ingreso de microorganismos a través del esmalte imperfecto y dentina con alguna invaginación prolongada del cingulo.

La pulpa sufre una necrosis estéril como resultado de una pulpitis cerrada aguda como sucede en:

Una pulpitis incitada por el calentamiento de una poca cuidadosa separación cavitaria.

Un material de obturación irritativo.

Un trauma que dañe el aporte sanguíneo apical.

El aumento de tamaño del quiste se debe a la presencia de restos celulares en la luz del quiste ya que esto hace que aumente la presión oncótica u osmótica en el interior. Ya que esto provoca transferencia de líquido entre la cubierta epitelial y el tejido conectivo que actúa como una membrana semipermeable; el crecimiento centrifugo del quiste aumenta por la resorción osteoclástica de hueso. además de las prostaglandinas.

3.3 CARACTERISTICAS CLINICAS

El quiste periapical es una lesión que representa un proceso inflamatorio crónico y se desarrolla solo en un periodo prolongado.

La mayoría de estos quistes son asintomáticos.

El diente rara vez duele o es sensible a la percusión.

Afecta con mayor frecuencia a individuos entre la tercera y sexta década de la vida.

La mayor parte de los casos observa en hombres.

Se localiza con más frecuencia en la región anterior del maxilar superior.

El quiste del maxilar superior puede abultar hacia afuera, pero no aquellos que estén asociados con la raíz inclinada posteriormente del incisivo lateral.

La mucosa que recubre la expansión quística, al principio posee su coloración normal, y se torna muy

llamativa a causa de la dilatación de sus vasos sanguíneos, hasta que finalmente se torna un color azul obscuro.

Si el quiste se infecta se puede establecer una comunicación entre el seno maxilar, el cuello o la cara.

Los dientes que bordean la lesión quística pueden estar debilmente móviles, aunque en realidad esto no es demasiado común. Lo que si sucede es el desplazamiento de ellos.

La confirmación de la vitalidad pulpar de todas las piezas dentarias comprometidas con la lesión quística, debe implicar el diagnóstico de quiste apical.

3.4 ESTUDIO RADIOLOGICO

Al hacer un estudio radiográfico obtendremos información sobre la ubicación y la extensión de la lesión y si hay compromiso de otros dientes.

Las proyecciones intraorales indispensables para el diagnóstico son las películas periapicales, una vista convencional oclusal.

Las películas periapicales.- deben proveer una imagen exacta del área quística pero a causa de la pequeña película, solo se ve generalmente una porción de la cavidad quística. Es importante tomar radiografías periapicales cercanas a los extremos de grandes quistes para que sus extremidades se puedan visualizar.

Las películas oclusales convencionales.- en el maxilar superior este tipo de radiografías revela la cantidad de destrucción de hueso palatino causado por el proceso quístico y revela cualquier alteración del contorno óseo del maxilar superior de una expansión quística hacia el exterior.

INTERPRETACION

En la interpretación de quistes es necesario recordar que:

- Los quistes pequeños en huesos son redondeados, pero como se van agrandando, tienden a perder su forma circular debido a grados diferentes de resistencia periférica ofrecida a su alrededor.
- En una radiografía oclusal de un área quística periapical en la cual los dientes están desviados, la pieza dentaria que permanece en su posición es la causante del quiste.
- Los quistes maxilares superiores descubiertos radiográficamente son grandes de tamaño, pero puede no existir expansión clínica detectable.
- En el adulto joven es inusual que un quiste palatino cruce la línea media a causa de la influencia restrictiva de la sutura mediana.

Una vez que sabemos como interpretar la radiografía diremos que el quiste periapical se observa:

Aparece como un área radiolúcida esférica, o en forma de pera, delimitada por un margen nítido que se fusiona con la lámina dura de la pieza causante de tal lesión, este margen se observa radiopaco delgado.

El tamaño del quiste varía de 5mm a menos o varios centímetros de diámetro, aunque la mayor parte de ellos mide menos 1.5 cm.

En los quiste de larga duración pude observarse resorción de la raíz del diente lesionado y, en ocasiones, de las raíces de los dientes adyacentes.

3.5 HISTOLOGIA

El quiste periapical está recubierto por epitelio estratificado escamoso que a menudo es hiperplásico y presenta arcos o anillos de proliferación sobre un soporte de tejido conectivo bien vascularizado.

En algunas ocasiones el quiste puede estar revestido con un epitelio columnar pseudoestratificado ciliado. Este epitelio de revestimiento varía mucho en su grosor de caso a caso. Puede tener sólo unas pocas células de grosor, o ser sumamente grueso, con una gran posibilidad de proliferación dentro del tejido conectivo adyacente.

El tejido conectivo que forma la pared del quiste periodontal apical está compuesto de haces paralelos de fibras de colágeno. También existen numerosas variables de fibroblastos y de pequeños vasos sanguíneos. Un aspecto característico es la presencia casi universal de un infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo vecino inmediato del epitelio. Este infiltrado varía en su composición, pero por lo general está formado de linfocitos y de células plásmáticas con algunos leucocitos polimorfos nucleares mezclados, dependiendo parcialmente de la intensidad de la infección.

3.6 TRATAMIENTO

El procedimiento del quiste periapical se hace la enucleación del saco quístico en su integridad.

El procedimiento quirúrgico debe basarse en sanos principios fundamentales, como son la preservación del aporte sanguíneo a la zona.

Evitar un trauma indebido a filetes y troncos nerviosos de la región.

ENUCLEACION DEL QUISTE

Al hacer la enucleación del quiste debemos asegurarnos de que con el tratamiento se logre.

- Eliminar la cápsula.
- Realizarla con la mínima traumatización posible para el paciente, con el concordante exitoso de la operación.
- Preservar las piezas adyacentes importantes, tales como los nervios y piezas dentarias vitales.
- Lograr la rápida cicatrización de la herida quirúrgica.
- Restituir la zona a su forma normal o casi normal, y devolver la función.

Procedimiento operatorio para la enucleación de un quiste y cierre primario de la herida.

Este procedimiento quirúrgico deja la abertura quirúrgica dentro de la cavidad quística cubierta por un colgajo mucoperióstico, y el espacio ocupado por un coágulo sanguíneo, el cual eventualmente se organiza para formar hueso normal.

Pero existen 2 circunstancias en que este tratamiento está contraindicado como son:

- 1.- Un gran quiste maxilar inferior para el cual el acceso podría debilitar el hueso y provocar una fractura.
- 2.- Un quiste que involucra los ápices de los dientes vitales, de tal modo que la alimentación sanguínea hacia la pulpa pasa a través de la cápsula.

Es prudente también considerar si la cápsula será difícil de enuclear. Esta cápsula puede ser adherente si:

- Ya ha sido descomprimido por la extracción de un diente, la formación de un trayecto fistuloso o una incisión en su pared para drenarlo.
- A erosionado la corteza y membrana de revestimiento se haya en contacto con el periostio, en particular en el del antro ó de la cavidad nasal.
- está unido a la membrana periodontal de los dientes adyacentes.

TECNICA DE LA ENUCLEACION

La insición debe ser de suficiente longitud para poder obtener una buena exposición y se la debe proyectar de manera que, al finalizar la operación el borde del colgajo descansa sobre hueso sano.

Antes de delinear la insición, se infiltra la zona con anestésicos con vasoconstrictor para que reduzca el sangrado durante la operación. La insición se hace lejos del sitio donde se habrá de hacer la apertura quirúrgica del hueso; se hara siguiendo el contorno de los dientes adyacentes en los lados vestibular, lingual o palatino, según el sitio del quiste.

Siempre que se puede, se prefiere un abordaje vestibular o labial porque se obtiene mejor visibilidad y accesibilidad. A veces un quiste se expande en el paladar y hay que abordarlo en esta dirección. A medida que el quiste se agranda, desplaza las raíces de los dientes adyacentes en dirección vestibular no sólo ofrece un mal acceso sino que se puede lesionar las pulpas de los dientes adyacente.

Es importante que al elevar cualquier colgajo se evite lesionar sin necesidad su borde en particular, también se elevan los tejidos opuestos al colgajo unos 3 ó 4 mm del lado opuesto con la finalidad de tener mayor visibilidad y poder suturar más fácilmente.

Una vez levantado el colgajo mucoperiostico se terminará el carácter del hueso subyacente, si está intacto ó solo una costra expandida que se pueda deprimir. Si al elevar el colgajo hay una fina capa de tejido fragmentado, los pequeños trozos deben desprenderse con cuidado de la membrana quística subyacente con una legra.

Si el hueso que cubre al quiste está intacto se procederá a hacer una ventana para poder comenzar a definir los márgenes del quiste y después con una legra ó una pinza de Kerrison para ir eliminando al revestimiento que se va desprendiendo para ir eliminando el revestimiento que se va desprendiendo con facilidad de los costados de la cavidad ósea a medida que el contenido líquido del saco se comprime.

Para quitar la membrana quística del hueso podemos utilizar una espátula excavadora o el recortador de Mitchell. Se tratará de quitar perfectamente de su cavidad ósea sin romperlo, no se deberá hacer tracción forzada porque se puede lesionar el paquete vasculonervioso y desgarrar el revestimiento quístico.

Una vez eliminado el revestimiento quístico se debrida e irriga la cavidad ósea, y se inspecciona muy bien después de haber irrigado y secado con una gasa.

El sangrado se cohibirá presionando con una gasa seca antes de suturar el colgajo reflejado en su posición correcta, habrá dentro del área operatoria suficiente sangre para formar un coágulo que rellene la cavidad, y posteriormente la neoformación ósea. Después se suturará.

En la actualidad se acepta que en las heridas bucales se pueden hacer con buen éxito injertos de hueso esponjosos autógeno. Cuando los defectos son extremadamente grandes. El riesgo que se corre con estos injertos es el riesgo que se infecten los fragmentos óseos produciendo una deshidencia de la herida.

Todos los pacientes tratados por lesiones quísticas deben ser controlados con visitas periódicas para ver si todo va evolucionando bien y si no hay recidiva de la infección.

CAPITULO IV

TECNICA QUIRUGICA DEL CASO CLINICO

4.1 GENERALIADES SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO QUISTICO

Todo procedimiento quirúrgico debe basarse en sanos principios fundamentales como son:

- La preservación del aporte sanguíneo a la zona.
- Evitar un trauma indebido a filetes y troncos nerviosos de la región.
- Control de la hemorragia.
- Técnica aséptica.
- Manipulación atraumática de tejidos blandos.
- Planeamiento de un colgajo quirúrgico de manera que pueda obtenerse una relajación adecuada para permitir un buen acceso a la zona quística.
- Una correcta sutura y readaptación de los tejidos blandos.
- Una incisión aguda y limpia planeada de manera que los tejidos blandos se readapten sobre un lecho óseo firme, siempre cicatrizará mejor y con menos molestias posoperatorias, que cuando el tejido es desgarrado, lacerado o suturado sobre un defecto óseo.

4.2 TECNICA ANESTESICA

ANALGESIA POR INFILTRACION PALATINA

Este es el método común para producir analgesia de la mucosa palatina.

La inyección debe hacerse siempre en el sitio donde el grosor máximo del tejido pueda absorber el analgésico. En la región posterior es equidistante de la línea media y el margen gingival de los dientes, que es el punto de la curvatura máxima del paladar.

BLOQUEO DEL NERVIO ESFENOPALATINO LARGO

Cuando se necesita obtener analgesia de la mucosa palatina adyacente a los 4 incisivos superiores, se bloquea el nervio esfenopalatino largo, exactamente antes de que dejen la fosita incisiva. La abertura del conducto incisivo en el paladar está marcada por la papila incisiva en la línea media y está ligeramente posterior a los dos incisivos centrales. La papila es en extremo sensible, y a menos que se tenga mucho cuidado, el bloqueo del nervio esfenopalatino suele ser muy doloroso. Se inserta la aguja en la papila incisiva en el sitio exacto sobre la línea media entre los incisivos centrales y paralela a su ejes longitudinales. Se usa una aguja corta. Para conseguir analgesia de la cara palatina opuesta del canino al mismo tiempo que de la región

incisiva, será necesaria una infiltración en la cara palatina de este diente, además del bloqueo nervioso.

BLOQUEO DEL NERVIO PALATINO ANTERIOR.

El agujero palatino anterior por el cual pasa el nervio está situado en la parte media de los molares segundo y tercero más o menos a medio camino entre el margen gingival palatino de estos dientes y la línea media. Para bloquear el nervio se emplea una aguja corta y se alcanza por el lado opuesto de la boca por el ángulo de su abertura.

BLOQUEO DEL NERVIO INFRAORBITARIO

El nervio infraorbitario es continuación directa del nervio maxilar superior, se distribuye en la porción lateral de la nariz y el labio superior, así como por la mucosa del vestibulo nasal. Se palpa el borde inferior de la órbita y se desciende 1cm, por donde se palpa el paquete vasculonervioso que sale por el agujero infraorbitario, se introduce la aguja en el repliegue superior del vestibulo oral, dirigiéndola hacia el punto antes mencionado.

COMPLICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Todas las inyecciones del paladar normalmente son dolorosas, aun cuando se practiquen con cuidado, a causa de la firmeza de los tejidos en esta región y la ineficacia para absorber

la solución con facilidad. Por esta razón deben suprimirse en niños pequeños y pacientes nerviosos, cuando se posible. Cuando se emplean junto con infiltración bucal o labial, es mejor administrar primero ésta y esperar 5 minutos antes de inyectar del lado del paladar. En ocasiones se encontrará que la solución se ha difundido desde la cara bucal o labial o la palatina y se ha obtenido por lo menos cierto grado de analgesia en ese sitio, lo que ayuda a que la infiltración palatina sea menos molesta.

Para la analgesia del paladar o palatina, el inyector a chorro es más sencillo, rápido y menos doloroso que la jeringa hipodérmica convencional. Debe tenerse cuidado de mantener el inyector en contacto con la mucosa y firme al momento de disparar, para evitar el riesgo de causar traumatismo innecesario.

Otra técnica que puede impedir la molestia de una inyección palatina para la extracción de un diente deciduo superior, es aplicar infiltración labial o bucal y, cuando haya hecho efecto, administrar inyecciones papilares en el mismo lado de las dos papilas interdentes. La solución se difundirá por la cara del paladar y proporcionará suficiente analgesia sin necesidad de una inyección palatina.

Sino se tiene cuidado al aplicar una infiltración palatina, y se inyecta bastante solución con rapidez, se causará separación del mucoperiostio palatino, así como dolor

y ablandamiento del paladar que puede durar varios días.

Con inyecciones de bloqueo palatino no se recomienda insertar la aguja debajo de la entrada al agujero. Si la aguja pasa dentro del conducto óseo, puede haber riesgo de dañar los nervios y vasos que cursan por él.

4.3 ENUCLEACION DEL QUISTE DESDE SU SUPERFICIE PALATINA

El quiste aumentó de tamaño hacia el lado palatino, en cuyo caso el abordaje quirúrgico será sobre esa superficie, para lo cual se infiltró la zona con una solución de anestésico local que contenía vasoconstrictor, ya que no solo reduce el sangrado local durante la operación sino que también nos va ayudar a identificar mejor los planos textuales para exponer el quiste sin peligro de perforarlo en forma inadvertida.

- 1.- La incisión se hizo lejos del sitio donde habrá de hacerse la apertura quirúrgica del hueso y se profundizó hasta el hueso para establecer un plano de disección subperióstico correcto. La disección se hizo en torno del contorno de los dientes adyacente en el lado palatino. (abarcando los dientes anteriores superiores central, lateral y canino, así como los segundos premolares).
- 2.- Se levanta el colgajo con una legra, comenzando por el incisivo central superior derecho hacia el canino del mismo lado y después del lado opuesto para no

desgarrarlo continuando después hasta el segundo premolar superior derecho y por último hacia el segundo premolar superior izquierdo.

- 3.- Una vez levantado el colgajo mucoperióstico, observamos que el hueso estaba intacto, por lo que se procedió a hacer una ventana con una fresa zekria de alta velocidad; procurando no punzar ni desgarrar la pared del quiste. Después se separo el quiste del margen de la fenestración para que no se desgarrara al momento de eliminar el revestimiento.

- 4.- Se comenzó a separar el revestimiento quístico con una legra aplicándose con firmeza el extremo ancho y curvo contra la superficie del hueso y la parte cóncava mirando hacia el revestimiento, después la disección se hizo de la parte mas superficial hacia la más profunda, siempre procurando no romper el revestimiento del quiste y serciorándonos de que el plano de disección fuera el correcto y una vez liberado el revestimiento desde su inserción pudimos observar que los dientes involucrados fueron el incisivo central, incisivo lateral y canino superior derecho no tenían soporte alguno, por lo que se decidió hacer la extracción de estas piezas.

- 5.- Se cureteó perfectamente la zona para no dejar residuos del quiste y se irrigó perfectamente la cavidad ósea; inspeccionandose una vez más la superficie ya seca.

- 6.- Se procede a llevar el paladar a su lugar y plancheándolo con una gasa para que se puedan afrontar los planos y suturar.
- 7.- Se colocó gasa en la cavidad bucal con el fin de que al cerrar la boca se hiciera presión sobre el paladar y así reducir a un mínimo el espacio muerto y la tendencia a que el coágulo sanguíneo se disuelva.

4.4 CUIDADOS POSOPERATORIOS

Los cuidados posoperatorios deberán de seguirse como lo indica el Cirujano ya que si algo no se cumpliera se corre el riesgo de una infección o una complicación mayor.

Si en el posoperatorio los bordes de la herida de un quiste grande se separan, esto no habrá de ser nocivo porque para entonces el coágulo que está en su interior estará organizado en parte. El espacio remanente se irriga con solución fisiológica tibia para eliminar los fragmentos de coágulo no organizados y otros. Esto debe repetirse todos los días.

El paciente con una jeringa se lavará después de cada comida.

Todos los pacientes tratados por lesiones quísticas requieren una prolongada revisión posoperatoria para cerciorarse de que existe una cicatrización satisfactoria.

Esto comprende la inspección clínica de la herida y radiografías a intervalos regulares para verificar el progreso de la resolución.

Desde que se inicia el tratamiento de un quiste grande es conveniente que el paciente regrese al cabo de 1,3,6,12 y 24 mese una vez ocurrida la cicatrización primaria de la herida.

4.5 PREPARACION DEL TEJIDO (BIOPSIA)

Cualquier tejido patológico que se saque debe conservarse. Se le debe poner en un frasco con formalina o formol al 10 % y estar perfectamente sumergidos.

Se debe procurar que no queden apretados en un frasco chico.

Junto con el espécimen debe enviarse los datos clínicos que son indispensables para elaborar un estudio histopatológico correcto.

- 1) Edad.
- 2) Sexo.
- 3) Tiempo de evolución.
- 4) Hallazgos transoperatorios.
- 5) Diagnóstico clínico.
- 6) Nombre(s) y apellidos del Paciente
- 7) Nombre completo y legible del Médico
- 8) Dirección y teléfono.

CAPITULO V

5.1 RESULTADOS

Estudio Histopatológico.

Comprende el arte de demostrar los diversos componentes de los tejidos por medio de procedimientos físicos y químicos.

Al realizar el estudio se toman a consideración los cambios funcionales y morfológicos indicados por los datos clínicos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
SERVICIO DE DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA BUCAL



REPORTE HISTOPATOLOGICO

Estudio Núm. FO 114-93 Registro No. Fecha 22-03-93
 Enriqueta Medina
 Nombre del paciente Edad 27 años Sexo femenino
 Nombre del Solicitante: Dr.(a) Guillermo Zarza Adscripción
 Diagnósticos Clínicos no especifica Área de localización paladar duro
Quística
 Naturaleza de la lesión espécimen:

Descripción Macroscópica: Se recibe espécimen que consiste en 2 porciones de tejido blando acompañada por 3 órganos dentarios, el tejido blando consiste en una aparente pared con una cavidad central, es de superficie rugosa, de consistencia firme, de color amarillento con áreas de café parduscas y trae adherido en uno de sus extremos una porción de tejido duro mide sin incluir los órganos dentarios $3.3 \times 2.8 \times 1.4$ de grosor (mm) se secciona en 3 porciones se incluye como F011493A y B, la porción de tejido blando que viene acompañada de tejido duro se desmineraliza como F011493C. Los 3 órganos dentarios se guardan.

Descripción Microscópica: F011493A. El espécimen examinado está compuesto por tejido conjuntivo fibroso denso, bien vascularizado, con infiltrado inflamatorio mixto severo difuso. En uno de los bordes muestra un epitelio escamoso estratificado de tipo quístico.

F011493B. El espécimen examinado está compuesto por tejido conjuntivo fibroso denso y laxo, con infiltrado inflamatorio mixto con predominancia de eosinófilos y zonas de hemorragia. También se observa tejido glandular mucoso y un epitelio pseudoestratificado cilado mucosecretor.

F011493C. El espécimen observado está compuesto por tejido conjuntivo fibroso denso con infiltrado inflamatorio crónico moderado localizado y abundantes áreas de hemorragia.

Quiste periapical. Maxilar superior derecho.
Diagnóstico.

C.D. ALEJANDRO DONOHUE CORNEJO

C.D. DANIEL QUEZADA RIVERA

Jefe del Servicio de Diagnóstico

Comentarios

Original

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

A través del presente trabajo podemos concluir que tan necesario e importante fue y es la relación e interacción existente entre las diferentes disciplinas de la odontología para el tratamiento de las patologías con las nos enfrentaremos en nuestra disciplina, específicamente en la rama de la Cirugía.

Aquí describo el caso de un paciente de sexo femenino que se presentó con un quiste periapical; como fue necesario remover éste por medio de cirugía para poder confirmar nuestro diagnóstico que fue hecho por el examen radiográfico y las características clínicas que éste presentaba.

La técnica quirúrgica utilizada fue la enucleación palatina del quiste, ya que es un técnica que nos da un amplia visibilidad y por su crecimiento una orientación exacta hasta donde se delimitaba nuestro quiste pero debimos ser muy cautelosos por la destrucción que éste presentaba ya que en su remoción podíamos haber seccionado el nervio nasopalatino y causar una parestesia del paladar. Un factor importante para que no sucediera esto fue el conocimiento de la inervación y vascularización de nuestra zona quirúrgica.

Como fue necesario la extracción de 3 piezas dentarias una semana después que se hizo la cirugía, se le retiraron los puntos y se le colocó una prótesis removible provisional, esto como punto de apoyo estético y como un acondicionador para nuestro paladar.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cabrini, Rómulo; *Anatomía Patológica Bucal*, Mund, 1980.
- 2.- Gardner, Gray; *Anatomía*, Salvat, 1982, págs. 878-880 y 700-701.
- 3.- Gerald D. Allen, *Manual de Anestesia y Analgesia Dentales*, Vol. 1, Ediciones Orientación, 1991, págs. 129-134.
- 4.- Giunte, J.L.; *Patología Bucal*, Interamericana, Mc Graw-Hill, 1991, págs. 80-82.
- 5.- Hollinshead, Henry; *Anatomía para Cirujanos Dentistas*, Harper, 1983, págs. 109-111.
- 6.- Jorgensen, *Anestesia Odontológica*, tol Interamericana, 1980, págs. 35-39.
- 7.- Kruger, *Cirugía Buco Maxilofacial*, 5a. ed., Panamericana, 1986, págs. 240-243.

- 8.- Laskin, *Cirugía Bucal y Maxilo Facial*, Panamericana, 1987, págs. 439-445.
- 9.- Lata Jet-Ruiz Liard, *Anatomía Humana*, 2a. Ed., Vol. 1, Panamericana, 1990, págs. 89-91.
- 10.- Lopez Aranza, *Cirugía Oral*, Interamericana, Mc Graw Hill, 1991, págs. 499, 501 y 502.
- 11.- Portilla Robertson, Javier, et al., *Texto Patología Bucal*, 3a. ed., Interamericana, Mc. Graw-Hill, 1991, págs. 80-82.
- 12.- Regezi, Josep-James, *Patología Bucal*, Interamericana, 1991, págs. 315 y 316.
- 13.- Shafer, W.G., *Tratado de Patología Bucal*, 2a. ed., Interamericana, 1986, págs. 508-512.
- 14.- Zegarelli, Edward, *Diagnóstico en Patología Dental*, Salvat, 1987, págs. 188 y 189.