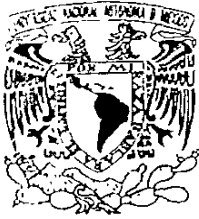


57
21



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS
QUISTES
EN CAVIDAD ORAL

TESINA

Que para obtener el título de
Cirujano Dentista
presenta:

MÓNICA CANO GÓMEZ

Asesor:
C.D. MANUEL GERMÁN BRAVO PUENTE

MÉXICO, D.F., JUNIO, 1998



FACULTAD DE
ODONTOLOGÍA

FALLA DE ORIGEN

96 2262



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES
EN CAVIDAD ORAL**

INTRODUCCIÓN

Sin tener en cuenta la etiología, la naturaleza, o la ubicación del quiste, generalmente se aceptan dos métodos de tratamiento:

- 1: La enucleación del saco quístico en su integridad.
- 2: La operación por la cual el quiste se descubre o se elimina su techo, y se hace continuar el recubrimiento quístico con la cavidad bucal o estructuras circunvecinas.

En ambos casos, el procedimiento quirúrgico debe basarse en sanos principios fundamentales como lo son; 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 los tejidos blandos, planeamiento de un colgajo quirúrgico de manera que pueda obtenerse una relajación adecuada para permitir un buen acceso a la zona quística, evitar estructuras anatómicas importantes tales como las inserciones musculares y los vasos sanguíneos y una correcta sutura y readaptación de los tejidos blandos. Una incisión aguda y limpia planeada de manera que los tejidos se readapten sobre un techo óseo firme, siempre se cicatrizará mejor, con menos molestias postoperatorias, que cuando el tejido es desgarrado, lacerado o suturado directamente sobre un defecto óseo.

Todas las lesiones resecaadas deben examinarse microscópicamente cuando se nota una neoplasia en el examen patológico, puede ser necesaria una cirugía más radical.

La *consideración* sobre la técnica quirúrgica incluirá el tratamiento de los quistes, tanto de los tejidos blandos como de los duros.

Se tiene por objeto el dar una revisión de los pasos y procedimientos que se deben seguir para poder llevar al éxito un tratamiento quirúrgico de los quistes en cavidad oral, así como los cuidados que debemos tener antes, durante y después del acto quirúrgico.

DESARROLLO HISTORICO

Los quistes maxilares *son formaciones que si son suficientemente grandes también afectan los contornos de la cara, por lo tanto no es raro encontrar información de ellos:*

- En 1654 Skultetus describe por primera vez los quistes maxilares.
- En 1728 Fauchard, indicó *la relación entre quistes y sistema dentario.*
- En 1839 Virchow, describe los quistes que se originan de dientes retenidos.
- Fue hasta 1892 cuando apareció el primer trabajo fundamental de Carl Partsch, *sobre la patogénesis y la terapéutica de los dientes que en parte son válidos aún hoy*

Todas las lesiones resecaadas deben examinarse microscópicamente cuando se nota una neoplasia en el examen patológico, puede ser necesaria una cirugía más radical.

La consideración sobre la técnica quirúrgica incluirá el tratamiento de los quistes, tanto de los tejidos blandos como de los duros.

Se tiene por objeto el dar una revisión de los pasos y procedimientos que se deben seguir para poder llevar al éxito un tratamiento quirúrgico de los quistes en cavidad oral, así como los cuidados que debemos tener antes, durante y después del acto quirúrgico.

DESARROLLO HISTORICO

Los quistes maxilares son formaciones que si son suficientemente grandes también afectan los contornos de la cara, por lo tanto no es raro encontrar información de ellos:

- En 1654 Skultetus describe por primera vez los quistes maxilares.
- En 1728 Fauchard, indicó la relación entre quistes y sistema dentario.
- En 1839 Virchow, describe los quistes que se originan de dientes retenidos.
- Fue hasta 1892 cuando apareció el primer trabajo fundamental de Carl Partsch, sobre la patogénesis y la terapéutica de los dientes que en parte son válidos aún hoy

en día. allí encontramos la descripción de su método conocido como **Partsch I.**

- Otro trabajo de **Partsch** aparece en 1910, allí expone los fundamentos para su método quirúrgico, que hoy en día se conoce como **Partsch II.**

El tratamiento de los quistes maxilares hasta ahora se han realizado generalmente según el método, que se había descrito en 1892 y 1910, fundándose científicamente en las condiciones anatómicas, así que la *transformación de la cavidad quística* y la extirpación del quiste es un progreso en el tratamiento, realizable en determinados casos y según criterios.

DEFINICIÓN

Quiste: Cavidad patológica que aparece en los tejidos, tanto duros como blandos, con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso, está rodeado por una pared de tejido conectivo definido o cápsula y por lo general tiene un tapiz epitelial, aumentan lentamente de tamaño.

Partsch I: Técnica quirúrgica en la que se conserva el saco quístico, basado en el tratamiento abierto; mediante la resección de su pared vestibular o palatina, transformándose en un saco accesorio de la cavidad bucal.

Partsch II: Técnica quirúrgica en la que se extirpa íntegro el saco quístico, con inmediata sutura y curación mediante la organización del coágulo sanguíneo que se forma en la cavidad ósea.

en día, allí encontramos la descripción de su método conocido como Partsch I.

- Otro trabajo de Partsch aparece en 1910, allí expone los fundamentos para su método quirúrgico, que hoy en día se conoce como Partsch II.

El tratamiento de los quistes maxilares hasta ahora se han realizado generalmente según el método, que se había descrito en 1892 y 1910, fundándose científicamente en las condiciones anatómicas, así que la transformación de la cavidad quística y la extirpación del quiste es un progreso en el tratamiento, realizable en determinados casos y según criterios.

DEFINICIÓN

Quiste: Cavidad patológica que aparece en los tejidos, tanto duros como blandos, con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso, está rodeado por una pared de tejido conectivo definido o cápsula y por lo general tiene un tapiz epitelial, aumentan lentamente de tamaño.

Partsch I: Técnica quirúrgica en la que se conserva el saco quístico, basado en el tratamiento abierto; mediante la resección de su pared vestibular o palatina, transformándose en un saco accesorio de la cavidad bucal.

Partsch II: Técnica quirúrgica en la que se extirpa íntegro el saco quístico, con inmediata sutura y curación mediante la organización del coágulo sanguíneo que se forma en la cavidad ósea.

SINONOMÍA

Aquí se presentan las diferentes formas que utilizaremos para identificar el tema.

- * Partsch I, marsupialización, resección parcial, quistotomía, cistotomía
- * Partsch II, enucleación, resección total, quistectomía, cistectomía.

CONSIDERACIONES GENERALES

La regularidad del crecimiento y comportamiento clínico de los quistes, llevan, sin excepción a la exigencia de someterlos a un tratamiento quirúrgico, con la operación se pretende eliminar completamente la lesión, lograr una mayor recuperación posible y descartar, con seguridad la existencia de otros procesos patológicos maxilares o tumores.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico en cada caso, individual, debe descansar en una combinación de hallazgos físicos, historia, evaluación de radiografías y frecuentemente son necesarios otros estudios de laboratorio.

SINONOMÍA

Aquí se presentan las diferentes formas que utilizaremos para identificar el tema.

* Partsch I, marsupialización, resección parcial, quistotomía, cistotomía

* Partsch II, enucleación, resección total, quistectomía, cistectomía.

CONSIDERACIONES GENERALES

La regularidad del crecimiento y comportamiento clínico de los quistes, llevan, sin excepción a la exigencia de someterlos a un tratamiento quirúrgico, con la operación se pretende eliminar completamente la lesión, lograr una mayor recuperación posible y descartar, con seguridad la existencia de otros procesos patológicos maxilares o tumores.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico en cada caso, individual, debe descansar en una combinación de hallazgos físicos, historia, evaluación de radiografías y frecuentemente son necesarios otros estudios de laboratorio.

SINONOMÍA

Aquí se presentan las diferentes formas que utilizaremos para *identificar el tema*.

- * Partsch I, marsupialización, resección parcial, quistotomía, cistotomía
- * Partsch II, enucleación, resección total, quistectomía, cistectomía.

CONSIDERACIONES GENERALES

La regularidad del crecimiento y comportamiento clínico de los quistes, llevan, sin excepción a la exigencia de someterlos a un tratamiento quirúrgico, con la operación se pretende eliminar completamente la lesión, lograr una mayor recuperación posible y descartar, con seguridad la existencia de otros procesos patológicos maxilares o tumores.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico en cada caso, individual, debe descansar en una combinación de hallazgos físicos, historia, evaluación de radiografías y frecuentemente son necesarios otros estudios de laboratorio.

Los quistes pueden ser múltiples, cada uno a partir de un anclaje separado, pero, a la inversa, los quistes múltiples pueden ser indicativos de un síndrome.

La ubicación, la movilidad, la fijación, la consistencia, los cambios regionales, y las enfermedades asociadas, son los factores más importantes para el diagnóstico.

Las estructuras tales, como nervios, vasos sanguíneos y los senos paranasales generalmente son desplazadas por el contenido líquido del quiste, una neoplasia invade y rodea éste tejido.

Los tejidos del maxilar pueden permanecer asintomáticos durante largo período de tiempo y su desarrollo puede pasar inadvertido hasta que adquieren un tamaño considerable, con frecuencia llegan a ser hallazgos casuales en el curso de controles radiográficos motivados por síntomas poco claros u otros cuadros clínicos.

De acuerdo con esto, la anamnesis del paciente rara vez tiene valor informativo coadyuvante. Con frecuencia se refieren síntomas inespecíficos, sensación de presión en el maxilar o sensación de embotamiento en los dientes, la presencia de inflamación y dolor es el mejor signo de quiste debido a que los quistes se infectan secundariamente con más frecuencia.

SIGNOS CLÍNICOS

- * Tumefacción visible de la cara o de los maxilares.
- * Prominencias palpables en el maxilar o reborde alveolar.

Los quistes pueden ser múltiples, cada uno a partir de un anclaje separado, pero, a la inversa, los quistes múltiples pueden ser indicativos de un síndrome.

La ubicación, la movilidad, la fijación, la consistencia, los cambios regionales, y las enfermedades asociadas, son los factores más importantes para el diagnóstico.

Las estructuras tales, como nervios, vasos sanguíneos y los senos paranasales generalmente son desplazadas por el contenido líquido del quiste, una neoplasia invade y rodea éste tejido.

Los tejidos del maxilar pueden permanecer asintomáticos durante largo período de tiempo y su desarrollo puede pasar inadvertido hasta que adquieren un tamaño considerable, con frecuencia llegan a ser hallazgos casuales en el curso de controles radiográficos motivados por síntomas poco claros u otros cuadros clínicos.

De acuerdo con esto, la anamnesis del paciente rara vez tiene valor informativo coadyuvante. Con frecuencia se refieren síntomas inespecíficos, sensación de presión en el maxilar o sensación de embotamiento en los dientes, la presencia de inflamación y dolor es el mejor signo de quiste debido a que los quistes se infectan secundariamente con más frecuencia.

SIGNOS CLÍNICOS

- * **Tumefacción visible de la cara o de los maxilares.**
- * **Prominencias palpables en el maxilar o reborde alveolar.**

* Asintomático, algunos se infectan presentando sintomatología propia de un proceso agudo.

* Clara delimitación de la tumefacción.

* La presión del quiste desplaza la raíz dentaria y hay convergencia de las coronas visibles.

* El crecimiento del quiste es lento e indoloro.

Una eminencia palpable se encuentra en la mayoría de los quistes, a no ser que hayan crecido sólo dentro de la esponjosa, por ejemplo en el cuerpo de la mandíbula o en la rama ascendente. Respecto a éstas eminencias hay tres posibilidades:

- El quiste ha abombado el hueso, pero la tumefacción es dura como el hueso y no comprimible, ya que la resorción es poca.

- La reabsorción del hueso ha progresado tanto, que solo ha quedado una capa como papel, (papiracea), y origina un ruido de crepitación al tocar.

- Al hacer la palpación se siente fluctuación, el hueso ha desaparecido a tal grado, que en la cima de la tumefacción se palpa la bolsa quística.

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Debemos prestar atención cuidadosa a la radiografía si hemos de hacer el diagnóstico correcto de los quistes.

El examen radiográfico da información sobre la ubicación y la extensión del quiste óseo y el compromiso de otros dientes.

* Asintomático, algunos se infectan presentando sintomatología propia de un proceso agudo.

* Clara delimitación de la tumefacción.

* La presión del quiste desplaza la raíz dentaria y hay convergencia de las coronas visibles.

* El crecimiento del quiste es lento e indoloro.

Una eminencia palpable se encuentra en la mayoría de los quistes, a no ser que hayan crecido sólo dentro de la esponjosa, por ejemplo en el cuerpo de la mandíbula o en la rama ascendente.

Respecto a éstas eminencias hay tres posibilidades:

- El quiste ha abombado el hueso, pero la tumefacción es dura como el hueso y no comprimible, ya que la resorción es poca.

- La reabsorción del hueso ha progresado tanto, que solo ha quedado una capa como papel, (papiracea), y origina un ruido de crepitación al tocar.

- Al hacer la palpación se siente fluctuación, el hueso ha desaparecido a tal grado, que en la cima de la tumefacción se palpa la bolsa quística.

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

Debemos prestar atención cuidadosa a la radiografía si hemos de hacer el diagnóstico correcto de los quistes.

El examen radiográfico da información sobre la ubicación y la extensión del quiste óseo y el compromiso de otros dientes.

SIGNOS TÍPICOS

1- El espacio periodontal se ensancha en el foramen apical formando una cavidad quística.

2- Se observa un desplazamiento de las raíces o de las cavidades neumática contiguas.

3- Se encuentra una transparencia homogénea.

4- La forma es redonda, similar a una pompa de jabón.

En la radiografía, el quiste se manifiesta por una zona radiopaca, de forma ovalada o circular perfectamente delimitada. Debido a los procesos de reestructuración ósea, inducido por el lento crecimiento del quiste, éste está, frecuentemente, separado por hueso sano por una zona marginal engrosada.

Según la localización y la extensión del quiste en el hueso, sus dimensiones en la radiografía no siempre se corresponden con las de la realidad, la superposición ósea, las escasas diferencias de contraste con el hueso circundante y la dirección angular ocasional del rayo central respecto al proceso patológico estudiado puede conferir al quiste un tamaño inferior al real.

La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede provocar la formación de una capa compacta de un hueso en la que está contenido el saco quístico. Esta lámina densa se ve en la película radiográfica como una línea blanca delgada que contornea la zona que contiene el quiste radiolúcido.

TÉCNICAS RADIOGRÁFICAS

Para la representación radiológica de los quistes maxilares entran en consideración las siguientes técnicas de enfoque:

- **Intraorales;** Permiten evaluar la extensión de la lesión, aclarando la cuestión del diente causal.
- **Extraorales;** Panorámicas, indispensables en quistes de mayor tamaño.
- **Laterales;** Mostrando la extensión del quiste cuando se localiza en la parte posterior de la mandíbula.
- **Occipitodental- Senos paranasales;** Es ideal para evaluar la extensión de los quistes localizados en el esqueleto facial central exposiciones con la capacidad de enfocar y ubicar la lesión Patológica.
- **Tomas por contraste;** Debido a la superposición son difíciles de visualizar las sombras proyectadas por los senos paranasales, puede inyectarse en la cavidad quística una sustancia radiopaca tal como el aceite iodado.
- **Ultrasonidos;** Ya que se crea un posible eco de impulsos ultrasónicos, sobre todo en seno maxilar.
- **Resonancia magnética;** Consiste en la obtención de imágenes a partir de un método espectrométrico, de discriminación físico-químico basado en la resonancia proteínica.

Nunca puede hacerse un diagnóstico en forma positiva a partir de hallazgos radiográficos dado que muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas parecen radiográficamente quistes.



Los hallazgos radiológicos solo permiten sospechar la existencia de un quiste; el diagnóstico definitivo se realiza siempre durante la intervención quirúrgica y por medio del examen histológico.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial deberá incluir, al menos ameloblastomas, mixioma, granuloma, hemangioma, épulis.

Debe tener en cuenta, procesos osteolíticos del maxilar, no puede diferenciarse los granulomas apicales de los quistes radiculares pequeños; la osteomielitis crónica muestra una imagen radiológica más difusa que la de un quiste infectado.



Los hallazgos radiológicos solo permiten sospechar la existencia de un quiste; el diagnóstico definitivo se realiza siempre durante la intervención quirúrgica y por medio del examen *histológico*.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial deberá incluir, al menos ameloblastomas, mixioma, granuloma, hemangioma, *épulis*.

Debe tener en cuenta, procesos osteolíticos del maxilar, *no puede diferenciarse los granulomas apicales de los quistes radiculares pequeños*; la osteomielitis crónica muestra una imagen radiológica más difusa que la de un quiste infectado.

El ameloblastoma, a pesar de que son auténticos tumores, muestran crecimiento expansivo, similar a los quistes, y al hacer cistostomía el crecimiento infiltrante no cesa.

Siempre que sea posible, se recomienda extirpar la bolsa o saco quístico íntegro, para su análisis histológico, porque los ameloblastomas y los carcinomas pueden desarrollarse en un principio sólo en zonas circunscritas del quiste, de manera que la extracción de una muestra local del tejido no descubre necesariamente el verdadero carácter de la lesión.

Hemangiomas; raros, pero es similar a la de los quistes y no presentan límites nítidos, la lesión se presenta unilocular.

Épulis central; el cuadro se asemeja a un quiste pero su delimitación no es nítida, desplaza dientes vecinos y reabsorbe raíces, monolocular y polilocular.

Para distinguir entre un quiste maxilar y el seno maxilar si no es posible retirar el émbolo de la jeringa durante el intento de aspiración puede considerarse una lesión sólida. La presencia de sangre bajo presión considerable en una forma quística sospecha el indicio de la presencia de un quiste óseo, mientras que en un hemangioma cavernoso la aspiración de sangre es notable. Los quistes infectados contienen pus y si aspiramos aire, penetramos seno maxilar.

EXÁMEN HISTOLÓGICO

Hay unanimidad de criterios respecto a la importancia de elegir el tratamiento más adecuado en cada caso, para lo que debe observarse las siguientes reglas:

El ameloblastoma, a pesar de que son auténticos tumores, muestran crecimiento expansivo, similar a los quistes, y al hacer cistostomía el crecimiento infiltrante no cesa.

Siempre que sea posible, se recomienda extirpar la bolsa o saco quístico íntegro, para su análisis histológico, porque los ameloblastomas y los carcinomas pueden desarrollarse en un principio sólo en zonas circunscritas del quiste, de manera que la extracción de una muestra local del tejido no descubre necesariamente el verdadero carácter de la lesión.

Hemangiomas; raros, pero es similar a la de los quistes y no presentan límites nítidos, la lesión se presenta unilocular.

Épulis central; el cuadro se asemeja a un quiste pero su delimitación no es nítida, desplaza dientes vecinos y reabsorbe raíces, monolocular y polilocular.

Para distinguir entre un quiste maxilar y el seno maxilar si no es posible retirar el émbolo de la jeringa durante el intento de aspiración puede considerarse una lesión sólida. La presencia de sangre bajo presión considerable en una forma quística sospecha el indicio de la presencia de un quiste óseo, mientras que en un hemangioma cavernoso la aspiración de sangre es notable. Los quistes infectados contienen pus y si aspiramos aire, penetramos seno maxilar.

EXÁMEN HISTOLÓGICO

Hay unanimidad de criterios respecto a la importancia de elegir el tratamiento más adecuado en cada caso, para lo que debe observarse las siguientes reglas:

* En principio todo quiste debería ser analizado histológicamente.

* Cuando el tamaño y localización del quiste lo permiten se recomienda extirparlo íntegramente, a fin, de practicar un examen histológico completo.

En caso de cistostomía, estudiar histológicamente la parte del quiste extirpado la cavidad ósea permanece abierta, hasta que el resultado definitivo proporcione claridad para decidir el procedimiento a seguir.

* El tejido extirpado se sumerge en una solución de formalina al 10% y se remite al patólogo, aunado, a los resultados del examen clínico, del radiólogo, y de la intervención quirúrgica.

En cuanto al tratamiento definitivo no existen diferencias sustanciales entre los distintos tipos de quiste. En la planificación del tratamiento debe partirse del hecho de que el epitelio y el saco quístico no son, en sentido estricto, tejidos patológicos.

LÍMITES DE LA OPERACIÓN

Previo cuidadosa anamnesis, registro de hallazgos patológicos y diagnóstico oportuno, y establecida la necesidad de un tratamiento quirúrgico, depende fundamentalmente de cuatro factores.

- * Tipo y extensión de la intervención.
- * Experiencia del cirujano.
- * Condiciones espaciales, instrumentales y personales.
- * Capacidad de resistencia del paciente, factores de riesgo.

* En principio todo quiste debería ser analizado histológicamente.

* Cuando el tamaño y localización del quiste lo permiten se recomienda extirparlo íntegramente, a fin, de practicar un examen histológico completo.

En caso de cistostomía, estudiar histológicamente la parte del quiste extirpado la cavidad ósea permanece abierta, hasta que el resultado definitivo proporcione claridad para decidir el procedimiento a seguir.

* El tejido extirpado se sumerge en una solución de formalina al 10% y se remite al patólogo, aunado, a los resultados del examen clínico, del radiólogo, y de la intervención quirúrgica.

En cuanto al tratamiento definitivo no existen diferencias sustanciales entre los distintos tipos de quiste. En la planificación del tratamiento debe partirse del hecho de que el epitelio y el saco quístico no son, en sentido estricto, tejidos patológicos.

LÍMITES DE LA OPERACIÓN

Previo cuidadosa anamnesis, registro de hallazgos patológicos y diagnóstico oportuno, y establecida la necesidad de un tratamiento quirúrgico, depende fundamentalmente de cuatro factores.

- * Tipo y extensión de la intervención.
- * Experiencia del cirujano.
- * Condiciones espaciales, instrumentales y personales.
- * Capacidad de resistencia del paciente, factores de riesgo.

El tipo y la extensión o importancia de la intervención como criterio para su realización en la consulta odontoestomatológica está condicionados sobre todo por las posibilidades y los límites de la anestesia local, así como el dominio de las posibles complicaciones.

Las intervenciones intraorales sin calificación ni equipo especial, sólo deberán ser llevadas a cabo en pacientes de riesgo de los grupos I y II, sin embargo existen diferencias importantes en el campo de las indicaciones, que vienen determinadas en última instancia por la experiencia del cirujano, las condiciones espaciales, instrumentales y personal de consulta.

GRUPO DE RIESGO

CRITERIOS

I	Paciente sano
II	Paciente con enfermedad grave que no afecta su actividad normal
III	Paciente con enfermedad grave general que repercute en su actividad normal.
IV	Paciente con enfermedad general extrema que puede comprometer la vida

DESARROLLO DE LA OPERACIÓN

Toda intervención quirúrgica consta de los siguientes tiempos.

- * Anestesia local, o general.**
- * Exposición del campo operatorio.**
- * Erradicación del hallazgo patológico.**
- * Limpieza y hemostasia de la cavidad.**
- * Cierre o cinéresis de la herida.**

ANESTESIA

La anestesia es la base de toda buena intervención quirúrgica, la mayor parte de las veces exige una anestesia perfecta para poder lograr los tiempos operatorios con el máximo de comodidad para el paciente- cirujano.

1- Anestesia local para los quistes del maxilar superior:

Región anterior, incisivos y caninos: La anestesia para los quistes ubicados en ésta región debe ser infraorbitaria completada siempre por el lado palatino.

Región media y posterior, premolares y molares: los quistes pequeños, que clínica y radiográficamente no tienen relaciones con el seno maxilar, pueden ser enucleados con anestesia local. En los quistes grandes con invasión, de los órganos vecinos, necesitan para su intervención la anestesia regional, realizada a la altura de los nervios dentarios posteriores o la anestesia del tronco del nervio

DESARROLLO DE LA OPERACIÓN

Toda intervención quirúrgica consta de los siguientes tiempos.

- * Anestesia local, o general.
- * Exposición del campo operatorio.
- * Erradicación del hallazgo patológico.
- * Limpieza y hemostasia de la cavidad.
- * Cierre o cinéresis de la herida.

ANESTESIA

La anestesia es la base de toda buena intervención quirúrgica, la mayor parte de las veces exige una anestesia perfecta para poder lograr los tiempos operatorios con el máximo de comodidad para el paciente- cirujano.

1- Anestesia local para los quistes del maxilar superior:

Región anterior, incisivos y caninos: La anestesia para los quistes ubicados en ésta región debe ser infraorbitaria completada siempre por el lado palatino.

Región media y posterior, premolares y molares: los quistes pequeños, que clínica y radiográficamente no tienen relaciones con el seno maxilar, pueden ser enucleados con anestesia local. En los quistes grandes con invasión, de los órganos vecinos, necesitan para su intervención la anestesia regional, realizada a la altura de los nervios dentarios posteriores o la anestesia del tronco del nervio

maxilar superior a la salida del agujero redondo mayor, en plena fosa pterigomaxilar.

2- Anestesia para los quistes del maxilar inferior:

Empleamos sistemáticamente la anestesia regional realizada a la altura de la espina de Spix completada por vía intrabucal, bloqueando el nervio bucal y en algunos casos extrabucal, y nos permite intervenir aún en los grandes quistes del maxilar inferior. Los grandes quistes de la región mentoniana pueden ser intervenidos con anestesia local.

La solución de novocaína al 2% o lidocaína en el mismo dosaje, con adrenalina, corriente en la práctica quirúrgica, son las que empleamos en todas nuestras anestесias.

En anestesia general lo más usado como fármacos son los barbitúricos, los barbitúricos con oxígeno y óxido nitroso.

VÍAS DE ACCESO

La intervención de los quistes debe ser realizada en la inmensa mayoría de los casos por vía vestibular.

Esta región es la que nos dará mayores éxitos operatorios, todas las demás vías de acceso son insuficientes, peligrosas y antiquirúrgicas.

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 ésta vía.

maxilar superior a la salida del agujero redondo mayor, en plena fosa pterigomaxilar.

2- Anestesia para los quistes del maxilar inferior:

Empleamos sistemáticamente la anestesia regional realizada a la altura de la espina de Spix completada por vía intrabucal, bloqueando el nervio bucal y en algunos casos extrabucal, y nos permite intervenir aún en los grandes quistes del maxilar inferior. Los grandes quistes de la región mentoniana pueden ser intervenidos con anestesia local.

La solución de novocaína al 2% o lidocaína en el mismo dosaje, con adrenalina, corriente en la práctica quirúrgica, son las que empleamos en todas nuestras anestésias.

En anestesia general lo más usado como fármacos son los barbitúricos, los barbitúricos con oxígeno y óxido nitroso.

VÍAS DE ACCESO

La intervención de los quistes debe ser realizada en la inmensa mayoría de los casos por vía vestibular.

Esta región es la que nos dará mayores éxitos operatorios, todas las demás vías de acceso son insuficientes, peligrosas y antiquirúrgicas.

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 ésta vía.

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

Las vías alveolar o palatina, dan posteriormente retracciones, cicatrices y verdaderos golfos en la arcada alveolar.

Algunos casos de excepción pueden ser intervenidos por vía palatina: los quistes del conducto palatino anterior, los quistes de desarrollo palatino que han respetado la arcada y la tabla externa.

INCISIÓN

La incisión tiene por objeto proporcionar una visión general suficiente del campo operatorio y deberá ser realizada respetando las estructuras anatómicas e incluyendo posibles alteraciones patológicas (fístula, defectos óseos), en las operaciones intraorales se deben respetar las exigencias periodontales.

La incisión elegida debe realizarse de forma que pueda ser ampliada en cualquier momento, sin que se ponga en peligro la perfusión sanguínea de los bordes de la herida. Al final de la operación la sutura de la herida debe quedar situada, siempre que sea posible, sobre una base ósea sana y no sobre una cavidad ósea (seno maxilar o quiste).

La primera incisión ha de ser suficientemente profunda para levantar mucosa y periostio.

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

Las vías alveolar o palatina, dan posteriormente retracciones, cicatrices y verdaderos golfos en la arcada alveolar.

Algunos casos de excepción pueden ser intervenidos por vía palatina: los quistes del conducto palatino anterior, los quistes de desarrollo palatino que han respetado la arcada y la tabla externa.

INCISIÓN

La incisión tiene por objeto proporcionar una visión general suficiente del campo operatorio y deberá ser realizada respetando las estructuras anatómicas e incluyendo posibles alteraciones patológicas (fístula, defectos óseos), en las operaciones intraorales se deben respetar las exigencias periodontales.

La incisión elegida debe realizarse de forma que pueda ser ampliada en cualquier momento, sin que se ponga en peligro la perfusión sanguínea de los bordes de la herida. Al final de la operación la sutura de la herida debe quedar situada, siempre que sea posible, sobre una base ósea sana y no sobre una cavidad ósea (seno maxilar o quiste).

La primera incisión ha de ser suficientemente profunda para levantar mucosa y periostio.

PUNTOS DE VISTA PARA LA ELECCIÓN DEL TIPO DE INCISIÓN

- * Estructura anatómica
- * Aspectos periodontales
- * Consideraciones de las alteraciones patológicas
- * Visión de conjunto
- * Posibilidad de ampliación
- * Perfusión sanguínea (nutrición)
- * Estado de hueso subyacente

TIPOS DE INCISIÓN

En cirugía dentoalveolar se emplean fundamentalmente cuatro formas de incisiones por vía vestibular.

- * Incisión en línea recta
- * Incisión en ángulo
- * Incisión en forma de trapecio
- * Incisión en forma de arco

Dado que al empezar la operación, por los hallazgos clínicos y por la radiografía no se puede estar seguro del curso que ha de seguir la operación, hay que elegir en lo posible una incisión que permita en ambos métodos, el Partchs I y Partchs II, la incisión más conveniente, en este caso, la incisión en arco según Partchs, permite una buena sutura sobre fondo óseo, después de la operación Partchs

PUNTOS DE VISTA PARA LA ELECCIÓN DEL TIPO DE INCISIÓN

- * Estructura anatómica
- * Aspectos periodontales
- * Consideraciones de las alteraciones patológicas
- * Visión de conjunto
- * Posibilidad de ampliación
- * Perfusión sanguínea (nutrición)
- * Estado de hueso subyacente

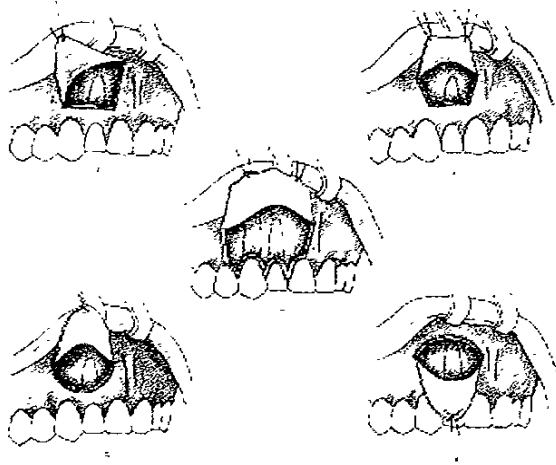
TIPOS DE INCISIÓN

En cirugía dentoalveolar se emplean fundamentalmente cuatro formas de incisiones por vía vestibular.

- * Incisión en línea recta
- * Incisión en ángulo
- * Incisión en forma de trapecio
- * Incisión en forma de arco

Dado que al empezar la operación, por los hallazgos clínicos y por la radiografía no se puede estar seguro del curso que ha de seguir la operación, hay que elegir en lo posible una incisión que permita en ambos métodos, el Partchs I y Partchs II, la incisión más conveniente, en este caso, la incisión en arco según Partchs, permite una buena sutura sobre fondo óseo, después de la operación Partchs

II, si se opera según Partchs I, se tiene la posibilidad de emplear el colgajo bucal para cubrir y reforzar el piso nasal y región anterior.

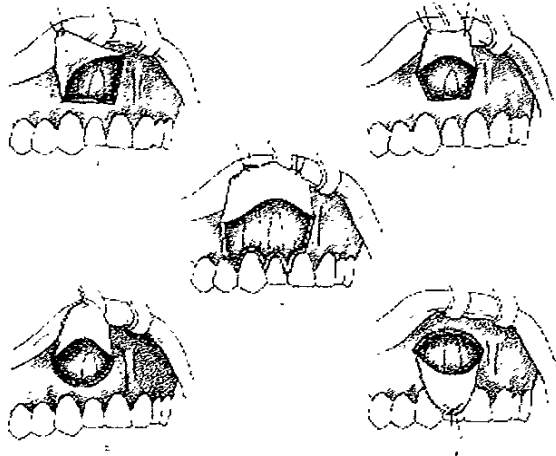


ELECCIÓN DEL MÉTODO QUIRÚRGICO

El método quirúrgico que se elija para el tratamiento de una lesión quística, dependerá de la localización y extensión de la misma, por otro lado, independientemente de la clase de quiste básicamente existen tres tipos de tratamiento que son los siguientes:

- 1) Quistotomía
- 2) Quistectomía
- 3) Quistotomía seguida de Quistectomía

II, si se opera según Partchs I, se tiene la posibilidad de emplear el colgajo bucal para cubrir y reforzar el piso nasal y región anterior.



ELECCIÓN DEL MÉTODO QUIRÚRGICO

El método quirúrgico que se elija para el tratamiento de una lesión quística, dependerá de la localización y extensión de la misma, por otro lado, independientemente de la clase de quiste básicamente existen tres tipos de tratamiento que son los siguientes:

- 1) Quistotomía
- 2) Quistectomía
- 3) Quistotomía seguida de Quistectomía

QUISTOSTOMÍA

PRINCIPIOS :

En esta operación se abre quirúrgicamente el quiste y se le transforma en un nicho de la cavidad bucal, quiere decir, el espacio quístico recibe una amplia comunicación con la cavidad oral, al diente causante puede hacerse simultáneamente la apicectomía y obturación radicular; por la amplia comunicación el epitelio quístico que tapiza el interior del quiste, vuelve a ser en cierto modo epitelio de la cavidad oral terminada la operación queda solo en las zonas marginales del quiste un borde de la herida, esta herida se taponea después de la operación.

INDICACIONES :

- Quistes de gran tamaño
- Quistes cuya extirpación pueda comportar el riesgo de lesionar órganos vecinos.
- Quistes localizados en el maxilar superior cuyo tamaño y localización aconsejan transformarlos quirúrgicamente en el seno accesorio del seno maxilar o de la cavidad nasal.
- Quistes cuya extirpación no sea posible debido a su difícil acceso.

VENTAJAS :

La cistostomía es un procedimiento quirúrgico rápido y poco traumático. Al conservarse la pared quística la herida es muy pequeña por lo que las molestias y la tumefacción postoperatorias son también, poco importantes, los tejidos próximos al quiste (piezas dentarias, nervio alveolar inferior, suelo del seno maxilar) no resultan afectados.

DESVENTAJAS :

Este procedimiento quirúrgico, implica casi siempre, un tratamiento posterior largo, molesto para el paciente. A partir de los 20 años ya no se puede asegurar una regeneración ósea completa, tras la cistostomía.

Otro inconveniente es la extirpación incompleta del folículo quístico con el consiguiente riesgo de no reconocer alguna patología distinta, particularmente en quistes grandes, en los que no es fácil la visión de todas sus partes.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

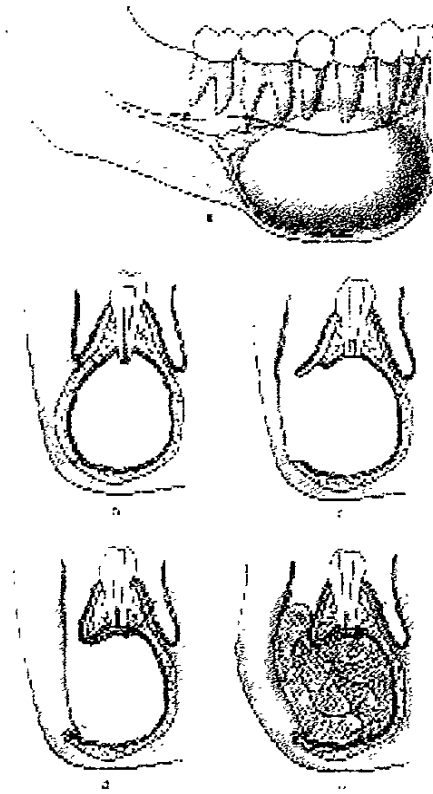
La incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso abarcando la mucosa y el periostio, si el quiste se ha exteriorizado por desaparición de la tabla ósea externa y la bolsa quística esta en contacto íntimo con el periostio se deberá tener la precaución de no abrir antes el quiste porque se dificulta la separación y desprendimiento de la bolsa quística y del periostio por la dificultad de individualizar a una y otra.

El desprendimiento del colgajo se realiza mediante el uso de una legra ó espátula roma, para esto se toma el labio superior de la mucosa incidida con una pinza de disección para facilitar la separación del colgajo de su base ósea ó de la bolsa quística, la pinza

se sostiene con la mano izquierda y la legra con la mano derecha y con movimientos suaves se separa el colgajo cuidando el no desgarrarlo y sin romper la bolsa quística, el colgajo debe levantarse hasta los límites superiores del quiste, prefijado por la radiografía, en los casos en los que no se encuentra tejido óseo, el colgajo debe ser separado hasta una zona donde se encuentre hueso sano y de buen grosor.

El tratamiento de la bolsa quística, con el bisturí se abre ampliamente en toda la extensión del quiste, vaciando su contenido y lavando su interior con suero fisiológico, es importante el empleo de una solución isotónica al plasma celular para no lesionar el epitelio quístico, se ha encontrado que ocasionalmente la bolsa quística se despega de su inserción ósea en estas condiciones se le vuelve a adosar con una torunda de gasa ya que la bolsa quística no es muy exigente en sus condiciones de vida.

La mucosa gingival se sutura a la periferia de la bolsa quística mediante puntos de seda negra aislados.



Quistostomía con tratamiento del diente causal.

QUISTECTOMÍA

PRINCIPIOS :

En esta operación la bolsa quística es removida completamente del hueso y se le enuclea, al final se cierra cuidadosamente la herida hacia la cavidad bucal, el diente desvitalizado causante recibe tratamiento radicular y se hace apicectomía, el espacio del quiste ahora está libre de epitelio, y se llena con un coágulo de sangre por la hemorragia postoperatoria, este coágulo se organiza durante la curación y luego es reemplazado por hueso neoformado, empleada la enucleación solo en quistes pequeños.

INDICACIONES :

- Todos los quistes pequeños, con un diámetro de hasta 2 cm, cuando la cavidad quística está completamente circundada por hueso sólido y no existe el riesgo de dañar piezas dentarias adyacentes, etc.

- Todos los quistes de tamaño mediano y grande, cuando no hay riesgo de lesiones en los órganos vecinos, el quiste esta íntegramente rodeado por hueso y se puede garantizar el relleno completo con un coágulo estabilizado.

- Queratoquiste con revisión de la pared ósea, en quistes óseos solitarios.

VENTAJAS :

Cuando después de la cistectomía, se cierra la herida con unos puntos de sutura y ésta cura sin problemas, de forma primaria, el tratamiento postoperatorio concluye al cabo de unos 10 días con la retirada de los puntos de sutura, la regeneración ósea se produce mediante el coágulo sanguíneo organizado, pasa inadvertida para el paciente y no afecta su bienestar.

DESVENTAJAS :

Las expectativas de curación son dudosas en quistes con un diámetro mayor de 2 cm, por este motivo las complicaciones superan a las de la cistostomía, la infección postoperatoria del coágulo

sanguíneo no es, siempre, evitable y obliga a transformar la cavidad ósea en un seno accesorio de la cavidad bucal, la extirpación del quiste comporta el riesgo de lesiones en los órganos y tejidos vecinos dientes vitales, lesión o pérdida de piezas dentarias o gérmenes dentarios.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Se procederá a realizar la técnica anestésica indicada, dependiente de la región que se trate, una vez lograda la profundidad anestésica deseada se practicará la incisión adecuada, una vez hecho lo anterior se levanta el tejido mucoperióstico con ayuda de una legra, en muchos casos al levantar el colgajo nos encontramos con que la pared ósea ya no existe pudiendo ver claramente la membrana quística en cuyo caso se elimina la mayor cantidad de hueso alrededor de la periferia del quiste, hasta donde nos permita un acceso cómodo. Cuando no suceda de esta manera y la pared cortical se encuentra íntegra se tendrá que realizar la osteotomía con fresas quirúrgicas para hueso haciendo perforaciones a través de la pared cortical alrededor de donde se localiza la lesión quística, uniéndolas luego mediante la misma fresa o con un cincel para separar así la tabla ósea que cubre al quiste, este paso siempre será realizado haciendo una buena irrigación con suero fisiológico para evitar que se pudiera presentar necrosis del hueso así como, también una buena retracción del colgajo para no traumatizarlo

durante las maniobras, se debe tener también en cuenta que la osteotomía deberá realizarse con el mayor cuidado posible tratando de mantener la membrana quística íntegra cosa que facilitará su eliminación.

Una vez retirada la pared ósea podremos observar la porción anterior de la membrana quística y es en este momento donde se realizará la quistectomía mediante el uso de una cureta insertando su parte fina entre la membrana quística y la cavidad ósea, empleando siempre una cureta de mayor tamaño que pueda insertarse en la cavidad, para realizar el despegamiento se hace girar la cuchara de la cureta de modo que su parte cóncava queda hacia el hueso, la extremidad fina se desliza entre la cápsula de tejido conectivo revestido de epitelio y el hueso, para lo cual se parte del punto de unión del hueso con la membrana quística y se continúa alrededor de toda la periferia de la cavidad despegando la membrana y empujándola hacia el centro de la cavidad, para posteriormente retirar la cureta y darle vuelta a modo de que ahora la concavidad de la cureta mire hacia el centro de la cavidad quística, se excava con ella y se desliza por debajo del quiste liberando su cápsula del resto de su adherencia al hueso y levantándola de la cavidad, todo este paso puede ser realizado ayudándose con unas pinzas de mosco para facilitar el retiro de la membrana quística una vez retirada si existen dientes comprometidos en la zona y en los cuales se deberá haber realizado con anterioridad a la intervención las pulpectomías se tratarán por medio de apicectomía y una vez hecho lo anterior se procederá a lavar la cavidad con bastante suero fisiológico para después examinarla con mucho cuidado y asegurarnos que hemos eliminado toda la membrana quística

Para ello es esencial una cánula de succión y una buena luz, las partes no visibles de la cavidad deben ser minuciosamente exploradas

con la cureta, esto es de suma importancia ya que como sabemos si quedaran restos de la cápsula se producirá una recidiva del quiste. Un dato que es de importancia es que cuando se ha eliminada totalmente la membrana quística la cavidad casi no sangra y se observa totalmente blanca. Por último el colgajo se regresa a su lugar y se satura el material que comúnmente se utiliza es la seda negra de tres ceros y los puntos de sutura deben de distar entre sí con una medida aproximada de medio centímetro, teniendo en cuenta siempre que los bordes de la herida deben descansar sobre una base ósea firme.

CISTOSTOMÍA SEGUIDA DE CISTECTOMÍA

Consiste básicamente en la realización en primera instancia de la técnica de marsupialización ya descrita, y una vez que la cavidad quística se haya encogido lo suficiente como para permitir su enucleación sin peligro, para el seno maxilar o las membranas mucosas, así como, a otras estructuras, llevarla a cabo en una segunda intención.

INDICACIONES :

- Quistes con infección aguda, en los que el primer paso consiste, únicamente, en desbridar el quiste y, más tarde ya remitidos los signos inflamatorios agudos, se procede a la cistectomía o cistostomía.

- En quistes de gran tamaño.

- Casos de diagnóstico poco claro o dudoso.

TRATAMIENTO DE CAVIDAD ÓSEA

Muchos cirujanos optan por construir un tapón de acrílico para evitar la entrada de alimentos en la cavidad quística durante el tiempo de relleno de ésta con hueso, este tapón, por supuesto, no debe llenar la totalidad de la cavidad quística y se le reduce gradualmente de tamaño a medida que se llena la cavidad, además no se le coloca durante la noche para que actúe la presión negativa del aire bucal.

Este tapón puede también construirse de caucho en otros casos puede preferirse al taponamiento de la cavidad para que haga presión contra cualquier punto que muestre tendencia al sangrado y se quita ya sea parcial o totalmente al quinto o séptimo día después de la intervención siendo aconsejable aflojar el apósito gradualmente y quitarlo en secciones en un periodo de diez o doce días.

INDICACIONES :

- Quistes con infección aguda, en los que el primer paso consiste, únicamente, en desbridar el quiste y, más tarde ya remitidos los signos inflamatorios agudos, se procede a la cistectomía o cistostomía.

- En quistes de gran tamaño.

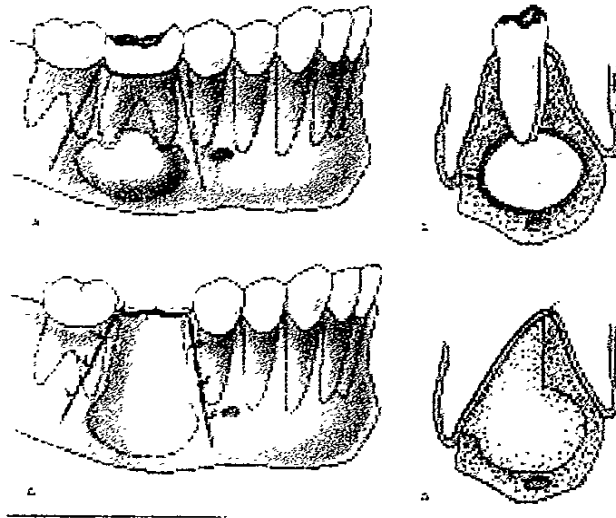
- Casos de diagnóstico poco claro o dudoso.

TRATAMIENTO DE CAVIDAD ÓSEA

Muchos cirujanos optan por construir un tapón de acrílico para evitar la entrada de alimentos en la cavidad quística durante el tiempo de rellenamiento de ésta con hueso, este tapón, por supuesto, no debe llenar la totalidad de la cavidad quística y se le reduce gradualmente de tamaño a medida que se llena la cavidad, además no se le coloca durante la noche para que actúe la presión negativa del aire bucal.

Este tapón puede también construirse de caucho en otros casos puede preferirse al taponamiento de la cavidad para que haga presión contra cualquier punto que muestre tendencia al sangrado y se quita ya sea parcial o totalmente al quinto o séptimo día después de la intervención siendo aconsejable aflojar el apósito gradualmente y quitarlo en secciones en un periodo de diez o doce días.

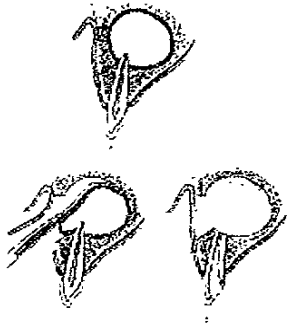
Otros cirujanos utilizan apósitos en lugar de la gasa yodofórmica vaselinada, estos son productos reabsorbibles de la celulosa, como el Gelfoam, Surgical, astillas de hueso (conservando, congelando y deshidratando de los blancos óseos) yeso de parís y otros substitutos inorgánicos con los cuales se han reportado resultados favorables en casos clínicos.



Cistectomía



Tratamiento de la cavidad ósea



Eliminación del saco quístico

TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE

Son dos los caminos a seguir: la apicectomía o su extracción, según el caso:

Si se decide por la extracción, algunos autores mencionan que es preferible realizarla algunos días antes de la intervención, mientras que otros prefieren durante la intervención, en cualquier caso debe efectuarse con cuidado tratando de no fracturar el hueso alveolar por las consecuencias estéticas y funcionales que esto puede acarrear. Por otro lado se debe tener también en cuenta que la extracción precoz del diente puede traer como consecuencia que se abra el quiste. Otro factor importante es que la extracción siempre va a estar condicionada por el estado del maxilar observable en la radiografía y el criterio del cirujano que realizará el acto quirúrgico.

La apicectomía es en realidad el procedimiento de elección dado que con esto se logra la conservación del diente y se realiza el acto quirúrgico.

TRATAMIENTO DE LOS DIENTES VECINOS Y CAVIDADES NATURALES

Con este método en realidad conservador no hay mucho que temer por la integridad del seno maxilar o cavidades nasales, ya que, la membrana quística actúa como barrera de seguridad que cubre a estas cavidades. esto claro en los casos en los que no existe hueso que los separe.

Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivo del quiste se tratarán de conservar para no fracturar la porción alveolar y que esto traiga como resultado defectos estéticos y funcionales.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO DE LAS CAVIDADES QUÍSTICAS

Se ha estudiado el empleo de hueso para rellenar los defectos óseos causados por los quistes el objeto de estas reposiciones incluye la restauración de un contorno fisiológico, la fuerza mecánica y el aspecto funcional, la eliminación de espacios muertos o la reducción de infecciones postoperatorias, así como, la prevención del crecimiento invertido de tejidos blandos, y la mayor posibilidad de retener dispositivos preprotéticos cuando sean aplicables.

TRATAMIENTO DE LOS DIENTES VECINOS Y CAVIDADES NATURALES

Con este método en realidad conservador no hay mucho que temer por la integridad del seno maxilar o cavidades nasales, ya que, la membrana quística actúa como barrera de seguridad que cubre a estas cavidades, esto claro en los casos en los que no existe hueso que los separe.

Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivo del quiste se tratarán de conservar para no fracturar la porción alveolar y que esto traiga como resultado defectos estéticos y funcionales.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO DE LAS CAVIDADES QUÍSTICAS

Se ha estudiado el empleo de hueso para rellenar los defectos óseos causados por los quistes el objeto de estas reposiciones incluye la restauración de un contorno fisiológico, la fuerza mecánica y el aspecto funcional, la eliminación de espacios muertos o la reducción de infecciones postoperatorias, así como, la prevención del crecimiento invertido de tejidos blandos, y la mayor posibilidad de retener dispositivos preprotéticos cuando sean aplicables.

Alguno de los materiales con dichos fines son: hueso orgánico autógeno, homólogo, y heterogéneo, sus derivados inorgánicos y cartílago. Los aloplastos que son utilizados como sustituto de hueso incluyen sales de calcio, esponja de polivinilo, vidrio, poliuretano, celulosa metales, plásticos y yesos.

El tratamiento más efectivo y comúnmente empleado son los sucesivos cambios de gasa yodoformada y lavado de la cavidad quística con suero fisiológico durante un tiempo de 20 a 30 días por parte del profesional y después enseñando al paciente del cuidado de su cavidad practicándose él mismo los lavados.

COMPLICACIONES

Las complicaciones que pueden producirse después de la enucleación u marsupialización de quistes incluyen tumefacción, infección, formación de hematomas, daños a nervios sensitivos y motores, hemorragia primaria o secundaria, fístula bucal, fractura del hueso y obstrucción de la vía aérea.

El mejor modo de evitar las complicaciones es impedir las a través de un estudio diagnóstico, un buen criterio quirúrgico y una técnica adecuada. Sin embargo, las complicaciones aparecen, y es bueno saber cómo tratarlas.

El edema postoperatorio es normal y fisiológico después de los procedimientos quirúrgicos en los maxilares. La mayor parte de esta cirugía es de naturaleza traumática, y la separación prolongada de los tejidos aumenta la interferencia del drenaje linfático normal de la

Alguno de los materiales con dichos fines son: hueso orgánico autógeno, homólogo, y heterogéneo, sus derivados inorgánicos y cartílago. Los aloplastos que son utilizados como sustituto de hueso incluyen sales de calcio, esponja de polivinilo, vidrio, poliuretano, celulosa metales, plásticos y yesos.

El tratamiento más efectivo y comúnmente empleado son los sucesivos cambios de gasa yodoformada y lavado de la cavidad quística con suero fisiológico durante un tiempo de 20 a 30 días por parte del profesional y después enseñando al paciente del cuidado de su cavidad practicándose él mismo los lavados.

COMPLICACIONES

Las complicaciones que pueden producirse después de la enucleación u marsupialización de quistes incluyen tumefacción, infección, formación de hematomas, daños a nervios sensitivos y motores, hemorragia primaria o secundaria, fístula bucal, fractura del hueso y obstrucción de la vía aérea.

El mejor modo de evitar las complicaciones es impedir las a través de un estudio diagnóstico, un buen criterio quirúrgico y una técnica adecuada. Sin embargo, las complicaciones aparecen, y es bueno saber cómo tratarlas.

El edema postoperatorio es normal y fisiológico después de los procedimientos quirúrgicos en los maxilares. La mayor parte de esta cirugía es de naturaleza traumática, y la separación prolongada de los tejidos aumenta la interferencia del drenaje linfático normal de la

zona. Esto, junto con la reacción inflamatoria, tiene probabilidades de producir edema y tumefacción, el máximo de esta debe alcanzarse alrededor del segundo día postoperatorio, la aplicación inmediata de frío puede utilizarse durante las primeras ocho horas, los agentes antiinflamatorios pueden ser útiles en algunos casos para el control del edema postoperatorio.

La posibilidad de infección puede minimizarse con un tratamiento antibiótico, buena técnica quirúrgica y siguiendo estrictamente las reglas de la asepsia. Los antibióticos deben seleccionarse cuidadosamente y administrarse en dosis terapéuticas.

La formación de hematomas puede prevenirse controlando la hemorragia inicialmente con presión externa sobre la zona operatoria durante las primeras horas postoperatorias.

Cuando se expone en la cavidad un tronco nervioso sensitivo, generalmente se produce una parestesia que puede ser de duración desconocida dada que la velocidad de recuperación del daño nervioso varía considerablemente el daño al nervio motor traerá como resultado una parálisis.

La hemorragia primaria debe controlarse en el momento de la cirugía. La hemorragia secundaria generalmente se produce en aquellos casos en donde ha ocurrido un daño a un vaso importante en el momento de la cirugía por un trauma inadvertido de vasos sanguíneos por lo general se controla con presión ocasionalmente un vaso sanguíneo puede ser identificado y ligado.

A veces las fístulas buconasales o bucontrales son el resultado de la elección incorrecta de un procedimiento quirúrgico o un error humano en la técnica, puede evitarse con la cuidadosa disección, y a menudo las cubiertas quísticas pueden ser peladas cuidadosamente de otras membranas sin penetrar en la cavidad nasal o antral.

El hueso está debilitado por la presencia de un quiste, dependiendo de la exacta cantidad del debilitamiento del tamaño y la extensión de la patología. La posibilidad de fractura durante la cirugía es remota, a menos que se ejerza un traumatismo indebido sobre el maxilar o ambas láminas corticales sean excesivamente delgadas, en caso de que ocurra el maxilar debe inmovilizarse.

Puede también, producirse la obstrucción postoperatoria de las vías aéreas. El edema masivo, la formación de hematomas y la infección son factores contribuyentes. En caso de que aparezcan signos de respiración dificultosa e intercambio respiratorio inadecuado, debe hacerse una traqueotomía.

SUTURAS

La sutura ideal no ha sido creada, pero debemos asegurarnos que posea las siguientes cualidades: resistencia a la tensión elevada y uniforme que permita el uso de los calibres más pequeños, diámetro uniforme en cada tamaño, flexibilidad suficiente para su fácil manejo y el aseguramiento de los nudos, desempeño predecible, que logre una aceptación óptima por parte de los tejidos, no tener sustancias o impurezas irritantes y ser tan inerte como sea posible, ser aséptico, listo para su uso.

En general se dividen en absorbibles y no absorbibles, siendo así las primeras digeridas por las enzimas corporales o hidrolizado por los líquidos tisulares, cuando las enzimas tisulares no son capaces de disolver el material de sutura, serán denominados no absorbibles.

El hueso está debilitado por la presencia de un quiste, dependiendo de la exacta cantidad del debilitamiento del tamaño y la extensión de la patología. La posibilidad de fractura durante la cirugía es remota, a menos que se ejerza un traumatismo indebido sobre el maxilar o ambas láminas corticales sean excesivamente delgadas, en caso de que ocurra el maxilar debe inmovilizarse.

Puede también, producirse la obstrucción postoperatoria de las vías aéreas. El edema masivo, la formación de hematomas y la infección son factores contribuyentes. En caso de que aparezcan signos de respiración dificultosa e intercambio respiratorio inadecuado, debe hacerse una traqueotomía.

SUTURAS

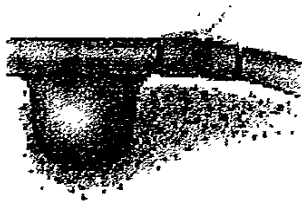
La sutura ideal no ha sido creada, pero debemos asegurarnos que posea las siguientes cualidades: resistencia a la tensión elevada y uniforme que permita el uso de los calibres más pequeños, diámetro uniforme en cada tamaño, flexibilidad suficiente para su fácil manejo y el aseguramiento de los nudos, desempeño predecible, que logre una aceptación óptima por parte de los tejidos, no tener sustancias o impurezas irritantes y ser tan inerte como sea posible, ser aséptico, listo para su uso.

En general se dividen en absorbibles y no absorbibles, siendo así las primeras digeridas por las enzimas corporales o hidrolizado por los líquidos tisulares, cuando las enzimas tisulares no son capaces de disolver el material de sutura, serán denominados no absorbibles.

Incluyendo dentro de los absorbibles el catgut, mientras que los no absorbibles son el alambre de acero inoxidable y clips (inorgánicos), seda, algodón (orgánicos), nylon, propileno y el dacrón (sintéticos).

De acuerdo con el diámetro se clasifican por décimas de milímetro, hoy en día se cuenta con el material sintético derivado de la celulosa (nylon), que tiene la ventaja de ser más resistente y con mayor tolerancia por los tejidos.

El material a usar dentro de la cavidad oral está sujeto a humedad constante y a la acción de los microorganismos que ahí habitan es por eso que deben producir la menor reacción y resistencia a todos los procesos infecciosos, con la aparición de materiales como el ácido poliglicólico se nos ha facilitado la maniobra de sutura, ya que reúnen todas las condiciones requeridas para las heridas en tejidos orales, con un tiempo de exposición al tejido de 15 a 20 días.



CONCLUSIONES

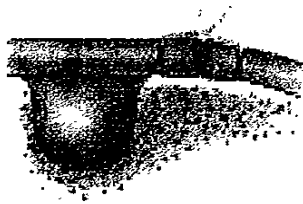
Los quistes son fenómenos patológicos de etiología diversa cuyas principales características comunes son:

- Formación de una cavidad

Incluyendo dentro de los absorbibles el catgut, mientras que los no absorbibles son el alambre de acero inoxidable y clips (inorgánicos), seda, algodón (orgánicos), nylon, propileno y el dacrón (sintéticos).

De acuerdo con el diámetro se clasifican por décimas de milímetro, hoy en día se cuenta con el material sintético derivado de la celulosa (nylon), que tiene la ventaja de ser más resistente y con mayor tolerancia por los tejidos.

El material a usar dentro de la cavidad oral está sujeto a humedad constante y a la acción de los microorganismos que ahí habitan es por eso que deben producir la menor reacción y resistencia a todos los procesos infecciosos, con la aparición de materiales como el ácido poliglicólico se nos ha facilitado la maniobra de sutura, ya que reúnen todas las condiciones requeridas para las heridas en tejidos orales, con un tiempo de exposición al tejido de 15 a 20 días.



CONCLUSIONES

Los quistes son fenómenos patológicos de etiología diversa cuyas principales características comunes son:

- Formación de una cavidad

- **Revestimiento epitelial de la cavidad**
- **Modo de desarrollo específico y peculiar**

Los quistes pueden estar alojados en el interior del hueso, en posición superficial, en la apófisis alveolar o en el tejido de partes blandas, crecen lentamente y en forma expansiva, y pueden provocar abultamientos de hueso y tumefacciones voluminosas de las partes blandas, los quistes son siempre formaciones benignas, cuya degeneración maligna ocasional, al igual que la tendencia a la reacción, en ciertos casos no constituye un signo de malignidad en el sentido de precancerosis.

El tratamiento quirúrgico de los quistes de cavidad oral es la abertura del quiste para que el epitelio de la mucosa bucal pueda unirse con la del quiste, o la remoción del epitelio quístico junto con la membrana quística con lo cual queda identificado y eliminado el tejido causante de la enfermedad, de tal modo que pueda haber curación. *

GLOSARIO

Absceso: Acumulación de pus en un tejido orgánico

Anamnesis: Interrogatorio para conocer los antecedentes patológicos de un enfermo

Anestesia: Privación más o menos total de la sensibilidad general, o de la sensibilidad de un órgano en particular.

Asepsia: Procedimiento para evitar microbios en el instrumental quirúrgico, libre de gérmenes.

Coadyuvar: Contribuir, asistir, o ayudar para realizar o conseguir alguna cosa.

Coágulo: Sangre coagulada, la sangre se coagula en presencia de aire.

Cortical: Parte exterior, adj. , de la corteza.

Crepitación: Ruido de una cosa que choca ejemplo; dos extremos de hueso fracturado, aire que penetra en los pulmones.

Desbridar: Cortar ciertos tejidos para agrandar una herida.

Embotamiento: Debilitar, entorpecer.

Isotónico: Una solución de la misma concentración molecular que otra y a la misma presión osmótica.

Necrosis: Mortificación, muerte de un tejido, necrosis ósea.

Perfusión: Transfusión, pasar cierta cantidad de sangre a otro individuo.

Pompa: Esfera que se forma en un tejido cuando existe aire.

Periostio: Membrana fibrosa, que cubre los huesos y recibe la inserción de los tendones, ligamentos, etc., y sirve para la nutrición del hueso.

Regeneración: Acción y efecto de renovación.

Sutura: Costura de los bordes de una herida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ARCHER, H. Oral and maxilofacial surgery, Philadelphia, Saunders Company, 1995, 530-573.

BRUCE, J. Manual of oral and maxilofacial surgery, USA, Mosby year book, 1992, p.p.319-321.

CASTILLEGOS, H. Cirugía bucal y maxilofacial, México, Tredex, 1990,p.p. 130-137.

CAVÉSIN, R. Diagnóstico por la imagen en odontoestomatología, Barcelona, Masson, 1993, p.p. 90-93.

CORE, J. Cirugía de cabeza y cuello, México, Panamericana, 1990, p.p. 339-343.

HERBERT, H. Clínica y terapéutica de los quistes maxilares, Alemania, Quintessence books, 1993, p.p. 13-15, 89-94, 97-107, 163-220.

HORCH, H. Cirugía odontoestomatológica, Barcelona, Masson-Salvat, 1996, p.p 63-67, 53, 72, 275, 294-296, 300-305.

HOWE, G. Cirugía bucal menor, México, Manual moderno, 1987, p.p. 229-236.

KUTSHER. Terapéutica odontológica, México, Interamericana, 1985

p. 70-72.

KRUGER, G. Cirugía bucomaxilofacial, México, Panamericana, 1992,

p.p. 240-252.

KWON. Clinicians manual of oral and maxillofacial surgery. Alemania,

Quintessence books, 1991, p.p. 386-395.

LAROUSSE. Diccionario enciclopédico, Buenos Aires.

LASKIN. Cirugía bucal y maxilofacial, Argentina, Panamericana, 1987p.p. 432-445.

LOPEZ, A. Cirugía oral, España, Mc Graw Hill, 1997, p.p. 510-512.

LORE, J. Cirugía oral, Pennsylvania, Saunders Company, 1998, p.p. 619, 620.

MERVIN, S. Cyst of the oral regions, Gran bretaña, Part of reed international books, 1992, p.p. 227-241.

RASPALL, G. Cirugía oral, España, Panamericana, 1994. 510-512.

RIES, C. Cirugía bucal, Argentina, El ateneo, 1987, p.p. 684-698.

RUDIGER, B. Patología de cavidad oral, Barcelona, Salvat, 1982, p.p. 126-131.

STANLEY, L. Patología humana, México, Interamericana, 1996, P.p. 631.

WAITE, D. Cirugía bucal practica, México, Continental, 1992, P.p. 305-307, 339,340.

YOEL. Atlas de cirugía cabeza y cuello, México, Salvat, 1991.

SAHAGÚN, P. Materiales de sutura más utilizados en cirugía maxilofacial. *Práctica Odontológica*, 15(12), 1994, p.p. 17-27.

SÁNCHEZ, J. Quistes mandibulares, *revista medica del IMSS*, 1994, 32, p.p. 435, 438.

SHIRA, R. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, Recurrence of keratocyst and decompression treatment. 1991, p.p.265-269.

YUNG, Y. *Journal maxillofacial surgery*, A modified technique for obliteration of large bony defects after cystectomy. 1991, 49, p.p.689-692.