

318322
10



UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

**ESCUELA DE ODONTOLOGIA
INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

QUISTES ODONTOGENICOS

290181

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

IRMA JAQUELINE / GOMEZ CORTES

MEXICO, D. F.

2001



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.

A MIS QUERIDOS PADRES:

Dr. Odilón Gómez Latorre

Sra. Irma Cortés de Gómez

Por darme la vida, por tener fe en mí siempre, por todo su amor y confianza que me brindaron, con estas palabras quiero agradecerles profundamente todo el apoyo que me otorgaron de manera incondicional durante toda una vida estudiantil y por todo el entusiasmo y comprensión que me concedieron para concluir mi carrera.

Agradézcote a Dios el haberme dado unos padres como ustedes. Siendo en este momento difícil encontrar palabras para hacerles saber lo satisfactorio que es creer en uno mismo.

¡MIL GRACIAS, LOS AMO!

A MI MISMA

Esto significa tanto en mi vida, que estoy satisfecha por el deseo de ser alguien en este difícil camino y - el esfuerzo en alcanzar un ideal, a través del cual - hoy soy lo que siempre soñé ser. Gracias a Dios y - a mis padres por la meta - hoy alcanzada.

A MI AMADO ESPOSO

José Luis:

Por todo su apoyo, amor y
paciencia que me brindó en
todo momento.

Quiero que sepas que no lo
olvidaré jamás.

¡Eres el hombre de mi vida!
mil gracias amor. ¡Te amo y admiro!

A MIS QUERIDOS HIJITOS:

Kevin y Kellyn

Con todo mi Amor porque forman parte
de mi vida y son muy importantes
ya que son uno de mis sueños hechos
realidad, sean felices siempre,
gracias por existir.

¡Los amo!

A MIS QUERIDOS HERMANOS:

SUE SHANE
RODIAN OWEN
SULLY

Por toda su confianza, apoyo y ayuda incondicional para mi propia formacion como hermano, amigo y profesionalista.

Muchas gracias por los detalles que han tenido para mi, nunca los olvidare...

¡LOS AMO!

A MIS QUERIDOS ABUELITOS:

Sra. Catalina Sánchez

Sr. Pablo Cabrera

Sra. María Latorre

Sr. Odilón Gómez

Gracias por todo el amor,
cuidados y consejos que -
me brindaron siempre, pues
contribuyeron a mi forma-
ción como mujer.

¡ LOS AMO Y ADMIRO !

A MIS AMIGOS:

Gracias por el apoyo recibido
y espero que sientan este tra-
bajo como algo suyo porque es
to es parte de mí, que soy --
parte de ustedes.

Con todo cariño

A MIS TIOS, Y EN GENERAL
A TODA MI FAMILIA

Gracias por los consejos
y amor que me brindaron-
desde pequeña. Con cari-
ño y respeto hoy y siem-
pre. Gracias.

¡ LOS AMO !

A MI MAESTRO Y DIRECTOR

*De la Escuela de Odontología
en la Universidad Latinoamericana*

C.D. Francisco Magaña Moheno

*Con admiración y mi más sincero
agradecimiento por haberme dado la
oportunidad de terminar lo que un
día empecé y hacer realidad
uno de mis más grandes sueños.*

Con Infinita Gratitud.

A LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

Con infinita gratitud.

A MI DIRECTOR DE TESIS:

C.D. David Rodríguez del Rosal

*Con respeto y admiración, mil
gracias por su valiosa expe--
riencia, juicio y observación
que aportó en el desarrollo -
de la presente investigación.*

Con respeto al honorable jurado.

GRACIAS.

INDICE

	PÁG.
INTRODUCCION.....	1
CAPÍTULO I. GENERALIDADES DE QUISTES ODONTOGÉNICOS....	3
CAPÍTULO II. ESTUDIO DEL PACIENTE QUIRÚRGICO.....	11
I. HISTORIA CLÍNICA.....	11
II. EXÁMENES DE GABINETE.....	24
III. EXÁMENES DE LABORATORIO.....	25
CAPÍTULO III. CLASIFICACIÓN DE QUISTES ODONTOGÉNICOS....	28
CAPÍTULO IV. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.....	61
I. TÉCNICA QUIRÚRGICA.....	62
CAPÍTULO V. COMPLICACIONES.....	79
I. TRANSOPERATORIAS.....	79
II. POSOPERATORIAS.....	81
CONCLUSIONES.....	85
BIBLIOGRAFIA.....	87

INTRODUCCION

CONSIDERO QUE DENTRO DE LA ODONTOLOGÍA, LA CIRUGÍA BUCAL - REPRESENTA UNA DISCIPLINA CIENTÍFICA, QUE REQUIERE, ADEMÁS DEL - CONOCIMIENTO DE LA MISMA, DE DESTREZA O DOMINIO, ADQUIRIDA A -- TRAVÉS DE LA EXPERIENCIA QUE DA EL ENTRENAMIENTO CONSTANTE, OB - TENIENDO ASÍ, EL MEJOR LOGRO POSIBLE, QUE EN MI CONCEPTO ES, - LA COMPLETA REHABILITACIÓN (ANATÓMICA, FISIOLÓGICA Y ESTÉTICA - DENTAL),

DE LAS LESIONES QUE PODEMOS ENCONTRAR EN LA CAVIDAD BUCAL, LOS QUISTES SON MUY IMPORTANTES, PUES SE PRESENTAN EN UNA GRAN - VARIEDAD DE TIPOS Y DIFERENTES FORMAS. DEBIDO A ESTO, EL CIRU - JANO DENTISTA TIENE GRAN IMPORTANCIA EN ESTE CAMPO, YA QUE DE - ÉL DEPENDE EL RÁPIDO Y CORRECTO DIAGNÓSTICO, AL DESCUBRIR ALGÚN TIPO DE PATOLOGÍA BUCAL, YA QUE DE LO CONTRARIO, SU TARDÍO O -- ERRADO DIAGNÓSTICO, NOS LLEVARÍA A UN TRATAMIENTO DEFICIENTE. - POR LO TANTO DEL DIAGNÓSTICO DEPENDERÁ LA TERAPÉUTICA MÉDICA Y - DENTAL A SEGUIR.

CON EL PRESENTE TRABAJO, PRETENDO HACER UN BREVE ESTUDIO - DE LOS DIFERENTES QUISTES, EN ESTE CASO DE ORIGEN ODONTOGÉNICO, QUE SE NOS PUEDEN PRESENTAR EN LA PRÁCTICA DIARIA, MOSTRANDO -- SUS GENERALIDADES, Y UNA CLASIFICACIÓN PRÁCTICA, ASÍ COMO LA IM PORTANCIA QUE TIENE EL REALIZAR UN DETALLADO ESTUDIO DEL PACIEN TE QUIRÚRGICO, PARA LO CUAL, ES NECESARIO CONTAR CON CIERTAS BA SES (HISTORIA CLÍNICA, EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE), QUE

NOS VAN AYUDAR A SABER QUÉ TRATAMIENTO QUIRÚRGICO APLICAR PARA CADA QUISTE. ADEMÁS DE QUE ES NECESARIO TENER EL CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES QUE PUEDEN EXISTIR EN EL TRANCURSO DE LA TERAPÉUTICA DEL QUISTE.

CAPITULO I

GENERALIDADES DE QUISTES
ODONTOGENICOS

DENTRO DE LAS ALTERACIONES DE LA ODONTOGÉNESIS, ENCONTRAMOS A LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS, QUE SON LOS MÁS COMUNES Y DE LAS AFECCIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES LOS DE MAYOR RELEVANCIA.

LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS, PUEDEN TENER VARIOS CARACTERES EN COMÚN, PERO TAMBIÉN, CIERTAS DIFERENCIAS. CONSIDERÁNDOLOS EN CONJUNTO, SE CREE SE DESARROLLAN EN PACIENTES DE CUALQUIER EDAD, SEXO Y RAZA. SIN EMBARGO, CADA QUISTE PRESENTA SU PROPIO CUADRO AL RESPECTO.

LA PALABRA QUISTE SE PUEDE DEFINIR, BASÁNDONOS DE ACUERDO CON LA ESTABLECIDA POR LA AMERICAN ACADEMY OF ORAL PATHOLOGY, COMO UNA CAVIDAD PATOLÓGICA (YA SEA EN LOS TEJIDOS BLANDOS O Duros DE LA BOCA), QUE CONTIENE UNA SUSTANCIA LÍQUIDA O SEMISÓLIDA, QUE ESTÁ LIMITADA POR UN EPITELIO Y RODEADA POR UNA PARED COMPUESTA DE TEJIDO CONECTIVO.

EL EPITELIO DE REVESTIMIENTO DE LA MAYORÍA DE LOS QUISTES CONSISTE DE UN EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO.

LA PARED QUISTICA QUE SIRVE DE SOSTÉN AL EPITELIO ESTÁ USUALMENTE FORMADA POR TEJIDO CONECTIVO FIBROSO.

LA CAVIDAD QUISTICA POR LO GENERAL SE LLENA DE LÍQUIDO QUE SE TORNA EOSINÓFILA A CAUSA DE SU CONTENIDO EN PROTEÍNAS.

EL REVESTIMIENTO EPITELIAL, QUE TAPIZA O LIMITA EL QUISTE, FUNCIONA COMO UNA MEMBRANA SEMIPERMEABLE. DE ESTA MANERA VA A PENETRAR EL MATERIAL LÍQUIDO DENTRO DE LA CAVIDAD DEL QUISTE Y DEBIDO A LA DIFERENCIA QUE HAY DE PRESIÓN OSMÓTICA, EL LÍQUIDO VA A ENTRAR EN MAYOR CANTIDAD, LO QUE PRODUCE UN AUMENTO GRADUAL DEL TAMAÑO DEL QUISTE, Y UNA RESORCIÓN DE HUESO CIRCUNDANTE. A VECES, PUEDE PRODUCIR CRISTALES DE COLESTEROL EN LA CAVIDAD ORAL O EN LA PARED DEL QUISTE, PUDIENDO INFECTARSE ÉSTE CON GÉRMINES VIRULENTOS Y LA PARED DEL QUISTE SUFRIR NECROSIS.

LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS (O DE ORIGEN DENTAL) DE LA CAVIDAD BUCAL, VAN A DERIVAR DE RESTOS ECTODÉRMICOS. ASÍ, DENTRO DE LOS MAXILARES, SE PUEDE DECIR, QUE EL EPITELIO QUE LIMITA EL QUISTE, TIENE SU ORIGEN EN EL EPITELIO ODONTOGÉNICO (ELEMENTOS FORMADORES DEL DIENTE: GERMEN DENTAL, RESTOS DE LA LÁMINA DENTAL, ÓRGANOS PRODUCTORES DEL ESMALTE, RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ, RESTOS DE LA VAINA DE HERTWIG). Y DURANTE LA FORMACIÓN DEL DIENTE, PUEDE PRESENTARSE UNA PROLIFERACIÓN Y DEGENERACIÓN QUISTICA DE ESTE EPITELIO, DANDO LUGAR A LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS. CON RESPECTO A ESTO, VARIOS AUTORES NOS EXPLICAN LA GÉNESIS DE ESTOS QUISTES. ALGUNAS TEORÍAS EMBRIOLÓGICAS SON:

TEORIA FOLICULAR DE BROCA ("TRAITÉ DES TUMEURS", VOL. I, - 1886).- CLASIFICÓ A LOS TUMORES DE ORIGEN DENTARIO, DENOMINÁN-

DOLOS EN CONJUNTO, ODONTOMAS, DECÍA QUE ERAN DEBIDOS A TRASTORNOS, ORIGINADOS EN EL GERME DENTARIO, EN ETAPAS DIFERENTES DE SU DESARROLLO Y QUE, ES POR ESTO, QUE EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE ELLOS.

TEORIA DE VERNEUIL (1875)

DA UN ESBOZO DE LA TEORÍA PARADENTARIA DE LO QUE POSTERIORMENTE HABLARÍA MALASSEZ.

TEORIA PARADENTARIA DE LOUIS CHARLES MALASSEZ (1842-1909)

SE REFIERE AL ORIGEN EPITELIAL DE VARIOS DE LOS TUMORES -- ODONTOGÉNICOS, LLEGANDO A SU TEORÍA PARADENTARIA. EN LA CUAL MUESTRA LOS ESTUDIOS QUE HIZO, PARA ENCONTRAR EL ORIGEN DE LAS FORMACIONES EPITELIALES, EXPERIMENTANDO NO SÓLO EN PREPARADOS DE FETOS, SINO TAMBIÉN, EN MAXILARES DE NIÑOS, DURANTE SU SEGUNDA DENTICIÓN Y EN MAXILARES DE ADULTOS, PARA SABER SI LES HALLABA VESTIGIOS DE MASAS EPITELIALES Y DESPUÉS DE MUCHOS ESTUDIOS, ENCONTRÓ CERCA DE LOS ÓRGANOS DENTARIOS, ESTAS MASAS EPITELIALES QUE AUNQUE TODAVÍA NO PRESENTABAN CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS MUY NOTABLES, LES DIO EL NOMBRE DE RESTOS EPITELIALES PARADENTARIOS O PARODONTARIUM. ÉSTOS DEBIDO A CIERTAS IRRITACIONES PUEDEN SUFRIR PROLIFERACIÓN Y DIFERENCIARSE, Y FUE EN ESTOS RESTOS, QUE FUNDÓ LA TEORÍA DE LA ETIOPATOGENIA DE LOS TUMORES DE LOS MAXILARES, PUBLICANDO LOS FUNDAMENTOS DE SU TRABAJO EN 1885 EN: "ARCHIVES DE PHYSIOLOGIE", CONSIDERÁNDOLOS COMO UNA SÓLIDA BASE PARA EXPLICARNOS LA PRODUCCIÓN DE TODAS LAS TUMORACIONES DE LOS MAXILARES.

EN CUANTO AL ASPECTO CLÍNICO, LOS QUISTES CRECEN LENTAMENTE Y SE MANIFIESTAN POR SU EXPANSIÓN, DENTRO DEL TEJIDO CIRCUNDANTE, EN FORMA DE UNA PROMINENCIA SUAVE E INDOLORA, PORQUE GENERALMENTE NO EXISTE SINTOMATOLOGÍA A MENOS DE QUE SE INFECTEN.

EXISTEN QUISTES QUE PERMANECEN PEQUEÑOS, PRODUCIENDO POCO O NINGUNA DILATACIÓN. SE DICE QUE, CUANDO UN QUISTE SE DILATA (YA QUE TIENDE A DEFORMARSE), EJERCE ESTIMULACIÓN EN EL PERIOSTIO Y AL CONTINUAR ESTA DILATACIÓN, EL HUESO CIRCUNDANTE TIENDE A ADELGAZAR, HUNDIÉNDOSE AL OPRIMIR CON EL DEDO (PROVOCANDO MUCHAS VECES, UN RUIDO COMO DE CÁSCARA DE HUEVO), PUDIENDO ESTE HUESO DESAPARECER, QUEDANDO CUBIERTO EL QUISTE SOLAMENTE POR LA MUCOSA BUCAL, DESCARGANDO ENTONCES, SU CONTENIDO DENTRO DE LA CAVIDAD ORAL, Y PRESENTARSE UNA INFECCIÓN SECUNDARIA. CUANDO UN QUISTE SE ENCUENTRA INFECTADO, PUEDE HABER UNA AUSENCIA TEMPORAL DE LA RESPUESTA VITAL EN LOS DIENTES QUE SON PRÓXIMOS A ÉL; EN CAMBIO, LA VITALIDAD DE DIENTES ADYACENTES A UN QUISTE NO INFECTADO, NO SE ALTERA, AÚN CUANDO EL QUISTE SEA GRANDE Y SE HAYA PERDIDO EL SOPORTE ÓSEO EN SU MAYOR PARTE.

LO ANTERIOR LO PODEMOS SIMPLIFICAR EN PERIODOS CLÍNICOS, QUE EN LOS QUISTES (CUALQUIERA QUE SEA SU TIPO), ES DONDE CON MAYOR CLARIDAD SE PRESENTAN:

1.- PERIODO DE INICIACIÓN O SILENCIOSO (PERIODO DE ORIGEN DEL QUISTE). AUSENCIA DE SÍNTOMAS CLÍNICOS, QUE NOS MARQUEN SU

PRESENCIA. EN OCASIONES, SÓLO SE DETECTAN RADIOGRÁFICAMENTE.

2.- PERIODO DE FORMACIÓN (MARCHA, EVOLUCIÓN, CRECIMIENTO). UNA VEZ PRESENTE, AUMENTA DE VOLUMEN RECHAZANDO EL HUESO (POR COMPRESIÓN) Y SIN QUE FORME ÉSTE PARTE DEL QUISTE, DEMOSTRANDO ASÍ SU PODER DE CRECIMIENTO. ES ASÍ COMO GRADUALMENTE SE VA -- DEFORMANDO EL HUESO (SEGÚN EL VOLUMEN DEL QUISTE), SIENDO LA TABLA EXTERNA LA QUE MÁŠ RÁPIDAMENTE SE AFECTA, PRINCIPALMENTE DE LA MANDÍBULA. EN CUANTO AL MAXILAR, LA BÓVEDA PALATINA, ES LA QUE NOS MUESTRA, CUANDO EN ELLA EXISTE UN QUISTE.

3.- PERIODO DE EXTERIORIZACIÓN. DEBIDO AL AVANCE DEL QUISTE, EL HUESO NO CEDE MÁŠ O POR ATROFIA DESAPARECE Y ES CUANDO - EL QUISTE HACE CONTACTO CON EL MEDIO BUCAL, SÓLO SEPARADO DE ÉSTE POR EL PERIOSTIO Y EL TEJIDO GINGIVAL.

CLÍNICAMENTE EL QUISTE PUEDE DETECTARSE, EN LOS DOS ÚLTIMOS PERIODOS (DEBIDO A QUE LAS TABLAS ÓSEAS ESTÁN DELGADAS), -- POR EL SÍNTOMA DE DUPUYTREN (CREPITACIÓN APERGAMINADA), AUNQUE DESTRUIDO EL HUESO, ESTE SÍNTOMA DESAPARECE Y PUEDEN APARECER - OTROS COMO: RETINENCIA, FLUCTUACIÓN O DUREZA.

4.- PERIODO DE SUPURACIÓN. LA SUPURACIÓN SE PUEDE PRESENTAR EN LOS PERIODOS ANTERIORES. SE CONSIDERA QUE ES UNA COMPLICACIÓN DURANTE LA FORMACIÓN DEL QUISTE, AFECTANDO SU EVOLUCIÓN, POR LO QUE DEBE DRENARSE QUIRÚRGICAMENTE.

LOS QUISTES EN ALGUNAS OCASIONES PROVOCAN MOVILIDAD DE LOS DIENTES (SOBRE TODO SI ES UN QUISTE DE GRAN TAMAÑO), SE DICE -- QUE PUEDEN DESVIARLOS O DESPLAZARLOS DE SU POSICIÓN NORMAL EN LA ARCADA DENTARIA, CONSIDERÁNDOSE ESTO COMO UN SIGNO PATOGNOMÓ NICO, PERO SU AUSENCIA, NO DESCARTA EL QUISTE. ADEMÁS PUEDEN - LLEGAR A CAUSAR DEFORMIDADES FACIALES, SOBRE TODO SI SON GRAN-- DES, AUNQUE NO ES MUY COMÚN.

AL REFERIRNOS A LA LOCALIZACIÓN, ES MUY IMPORTANTE, PORQUE NOS PUEDE DAR UN INICIO ACERCA DE LA NATURALEZA DEL QUISTE.

SE PUEDEN LOCALIZAR MUY A MENUDO, EN TEJIDOS DUROS (PROFUN DAMENTE DENTRO DEL HUESO O SITUARSE SOBRE UNA SUPERFICIE ÓSEA Y DAR UNA SUPERFICIE DEPRESIBLE), TAMBIÉN EN OCASIONES SE ENCUEN TRAN DENTRO DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL.

EN EL ASPECTO RADIOGRÁFICO, EL CIRUJANO DENTISTA NUNCA DE BE DESCARTAR LA POSIBILIDAD DE LA EXISTENCIA DE UN QUISTE EN TO DO AQUEL PACIENTE QUE PRESENTE ALGUNA TUMEFACCIÓN YA SEA EN TE JIDOS BLANDOS O CUANDO EXISTA UNA ZONA RADIOLÚCIDA EN HUESO. -- ADEMÁS, SE DEBE TENER EN CUENTA QUE NO TODOS LOS QUISTES QUE -- ESTÁN EN LOS MAXILARES, FORMAN RADIOLÚCIDAS BIEN DEFINIDAS DE BIDO A QUE EXISTEN FACTORES QUE EN DETERMINADO MOMENTO, LLE GAN A INFLUIR EN LA IMAGEN RADIOGRÁFICA. ALGUNOS DE ESTOS FAC-

TORES SON: LOCALIZACIÓN, ESTRUCTURAS ANATÓMICAS NORMALES (SENO-MAXILAR, AGUJERO MENTONIANO, ETC.) SOBRE TODO SI SE PRESENTAN - VARIACIONES EN CUANTO A SU POSICIÓN O FORMACIÓN, ASÍ COMO TAMBIÉN UNA MALA TÉCNICA RADIOGRÁFICA. SIN EMBARGO, NO TODAS LAS-RADIOTRANSparencias BIEN DEFINIDAS PRESENTES EN HUESO O EN TEJIDOS BLANDOS SERÁN QUISTES (YA QUE EXISTEN OTRAS LESIONES, SIENDO ALGUNAS DE ELLAS: GRANULOMA PERIAPICAL, ENFERMEDADES METABÓLICAS COMO OSTEÍTIS FIBROSA QUÍSTICA, ETC.).

POR TANTO, DEBIDO A SU SEMEJANZA, PUEDEN SER VARIOS LOS --FACTORES QUE TANTO CLÍNICA COMO RADIOGRÁFICAMENTE NOS HAGAN PENSAR EN QUISTES.

SE CONSIDERA, QUE EN GENERAL, LOS QUISTES SE PRESENTAN RADIOGRÁFICAMENTE ASÍ:

UNA ZONA RADIOLÚCIDA, ESTA RADIOLUCIDEZ ES HOMOGÉNEA, SUS BORDES PERIFÉRICOS CASI SIEMPRE SON AGUDOS, BIEN DEFINIDOS Y --CURVADOS. SIENDO SU FORMA OVOIDE, ELÍPTICA, CIRCULAR, LOBULADA E INCLUSO, MULTILOBULARES. AUNQUE LA RADIOLUCIDEZ PUEDE VARIAR, ES DECIR, PRESENTAR LÍMITES IMPRECISOS (SOBRE TODO CUANDO SE ENCUENTRAN INFECTADOS). ADEMÁS ESTÁ RODEADO POR UN HALO RADIOPA-CO, EN DIVERSAS OCASIONES.

EL ÁPICE NO SUFRE DEFORMACIÓN, Y RARA VEZ EXISTE RESORCIÓN DE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES PRÓXIMOS AL QUISTE (NO SIENDO ÉSTA CARACTERÍSTICA PARTICULAR DE ÉL).

AUNQUE SON DE EXTENSIÓN Y TAMAÑO VARIABLE, GENERALMENTE MIDEN MÁS DE UN CENTÍMETRO DE DIÁMETRO.

SIN EMBARGO, EL EXAMEN RADIOGRÁFICO NO SERÁ EL ÚNICO MÉTODO DE DIAGNÓSTICO QUE CONSULTEMOS, DEBIDO A QUE INFLUYEN EN ÉL, COMO YA SE MENCIONÓ, VARIOS FACTORES QUE NOS HACEN MUCHAS VECES DUDAR, YA QUE RADIOGRÁFICAMENTE, APARENTAN SER QUISTES.

ASÍ, EL DIAGNÓSTICO SE DEBE BASAR, ADEMÁS DE LA VALORACIÓN RADIOGRÁFICA, EN UNA COMBINACIÓN DE DATOS CLÍNICOS COMO SON: HISTORIA CLÍNICA (INCLUYENDO SIGNOS OBSERVADOS EN LAS PRUEBAS DE VITALIDAD), EXÁMENES DE LABORATORIO Y BIOPSIA. ESTE ÚLTIMO, ESENCIAL PARA OBTENER UN DIAGNÓSTICO CORRECTO, PERO NO SE DEBE HACER SÓLO PARA ELIMINAR OTROS ESTUDIOS, SINO CUANDO SUS INDICACIONES, SEAN LO SUFICIENTEMENTE CLARAS Y DE ESTA FORMA, - DAR UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y CUANTO MÁS PRONTO OBTENGAMOS ESTE DIAGNÓSTICO, LOGRAREMOS UN TRATAMIENTO CON MEJORES RESULTADOS, ADEMÁS DE UN PRONÓSTICO FAVORABLE.

CAPITULO 11

ESTUDIO DEL PACIENTE QUIRURGICO

I. HISTORIA CLINICA

LA HISTORIA CLÍNICA ES UNA BIOGRAFÍA O DOCUMENTO DEL PACIENTE, EN LA CUAL SE DESCRIBEN SUS PADECIMIENTOS FÍSICOS O MENTALES, INCLUYENDO SUS ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES, PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS QUE PUEDAN ESTAR RELACIONADOS CON ELLOS (HÁBITOS, SU MEDIO AMBIENTE, COSTUMBRES, Y CARACTERÍSTICAS ANTROPOLÓGICAS).

DEPENDIENDO DE SU EXACTITUD E INTEGRACIÓN, GENERALMENTE NOS VA A PROPORCIONAR NO SÓLO EL DIAGNÓSTICO, EL PRONÓSTICO Y TERAPÉUTICA DEL ENFERMO, SINO ADEMÁS, EL CONOCIMIENTO DEL AMBIENTE EN EL QUE SE DESARROLLA (ALEGRÍAS, ANGUSTIAS, ETC.) ES DECIR, TODO AQUELLO QUE PERMITE AL MÉDICO CONOCER AL PACIENTE Y ASÍ PODER AYUDARLO LO MEJOR POSIBLE PARA SU PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES DE SALUD EN LA COMUNIDAD.

LA TÉCNICA DE REDACCIÓN VARIARÁ DE ACUERDO CON LAS FINALIDADES DE UNA HISTORIA CLÍNICA, PUES CADA ESPECIALIDAD HACE REFERENCIA A DETERMINADOS DATOS DE UTILIDAD PARTICULAR.

AL LLEVAR A CABO LA HISTORIA CLÍNICA, ES IMPORTANTE QUE EL ENFERMO ESTÉ TRANQUILLO DURANTE LA ENTREVISTA, YA QUE SI ÉSTA SE REALIZA APRESURADAMENTE, SE PUEDE CREAR UN AMBIENTE DE PRECIPITACIÓN IMPERSONAL.

1.- FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE	OCUPACION	DIRECCION
EDAD	ESTADO CIVIL	TELEFONO
SEXO	ORIGEN (LUGAR DE NACIMIENTO)	

INTERROGATORIO:

DIRECTO.- CUANDO SE HACE AL ENFERMO MISMO.

INDIRECTO.- CUANDO SE REALIZA A TRAVÉS DE FAMILIARES O TERCEROS, DEBIDO A DIVERSAS CAUSAS (EN NIÑOS, ENFERMOS) QUE DIFICULTAN O IMPIDAN EL TRATO DIRECTO CON EL PACIENTE.

EL INTERROGATORIO PRESENTA VARIAS SECCIONES Y GENERALMENTE SE INICIA POR EL MOTIVO DE LA CONSULTA O EL PADECIMIENTO ACTUAL.

ES IMPORTANTE QUE EL PACIENTE INICIE EL RELATO DE SU PROBLEMA, EXPRESÁNDOSE CON SU PROPIO LENGUAJE. EL CIRUJANO DENTISTA DEBE DARLE UN TIEMPO RAZONABLEMENTE LIMITADO, ADEMÁS DE REALIZAR SUS PREGUNTAS EN BASE A LOS DATOS QUE LE PROPORCIONA EL PACIENTE, Y ADEMÁS DE LO QUE LE INTERESA SABER. ESTO REQUIERE DE UNA HABILIDAD (SENSIBILIDAD Y TACTO) ESPECIAL DEL PROFESIONAL QUE LO EJECUTA. DEJAR HABLAR PERO ORIENTAR AL PACIENTE EVITANDO QUE DIVAGUE, ES UNA TÉCNICA QUE HAY QUE TENER PRESENTE. ADEMÁS DE QUE EL INTERROGATORIO DEBE SER VARIADO, ORDENADO Y SISTEMÁTICO.

SU VALOR ES TAL QUE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, DESPUÉS DE

REALIZARLO, ES POSIBLE INSINUAR UNA PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA.

SE VA A DIVIDIR EN:

2.- MOTIVO DE LA CONSULTA

PREGUNTAR SOBRE LA MOLESTIA POR LA QUE EL PACIENTE SE PRESENTA EN EL CONSULTORIO.

3.- PADECIMIENTO ACTUAL

AUNQUE ES COMÚN INICIAR LA HISTORIA CLÍNICA POR LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y HEREDITARIOS, SE PUEDE INICIAR POR LA ENFERMEDAD ACTUAL (EN HOSPITALES Y CLÍNICAS ES HABITUAL), CONTINUANDO DESPUÉS CON LOS DEMÁS DATOS, ES POR ESTO QUE SE PUEDE PERMITIR AL PACIENTE EXPLICAR EN PARTE SU ENFERMEDAD ACTUAL, SOBRE LA QUE LUEGO SE INSISTIRÁ CON MÁS DETALLE.

DEBE HACERSE UN RELATO CRONOLÓGICO, EMPEZANDO POR LA ÉPOCA DE INICIACIÓN DEL PROCESO, CONTINUANDO CON LOS SÍNTOMAS PRINCIPALES Y SU DESCRIPCIÓN (EN ORDEN DE APARICIÓN) EVOLUCIÓN DE LOS MISMOS Y EN SÍ LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD, HASTA EL MOMENTO DEL EXAMEN, ADEMÁS DE LOS TRATAMIENTOS EMPLEADOS HASTA EL MOMENTO, ASÍ COMO SU ACCIÓN.

SE DEBE INDICAR EN UNA PRIMERA NOTA QUIÉN HA ENVIADO AL ENFERMO.

ANTECEDENTES

SON MUY IMPORTANTES EN LA HISTORIA CLÍNICA, YA QUE NOS VAN A PROPORCIONAR UNA EXPLICACIÓN MÁS FIEL DEL ESTUDIO REAL DEL PACIENTE, QUE EL MISMO PADECIMIENTO ACTUAL.

LOS ANTECEDENTES FAMILIARES COMO PERSONALES, SON LA MEJOR-BIOGRAFÍA PATOLÓGICA DEL ENFERMO, FACILITÁNDONOS EL DIAGNÓSTICO, ADEMÁS DE AYUDARNOS A PREVER LA EVOLUCIÓN Y TENER UNA MEJOR RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

4.- ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

NOS PROPORCIONA DATOS QUE NOS SIRVEN PARA VALORAR LAS TENDENCIAS QUE TIENE EL PACIENTE, DE HEREDAR O LAS POSIBILIDADES - DE ADQUIRIR ALGUNA ENFERMEDAD, DENTRO DE SU PROPIA FAMILIA.

LOS ANTECEDENTES FAMILIARES COMPRENDEN:

LA EDAD, EL ESTADO DE SALUD DE LOS PADRES, ABUELOS, HERMANOS, ESPOSO E HIJOS, ASÍ COMO LAS CAUSAS DE FALLECIMIENTO.

ENTRE LAS ENFERMEDADES ESTÁN:

- ENFERMEDADES INFECCIOSAS (SÍFILIS, HEPATITIS, ETC.)
- ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS (CÁNCER)
- ENFERMEDADES METABÓLICAS (DIABETES, ETC.)
- ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES (HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ETC.)
- ENFERMEDADES DE LA SANGRE O HEMORRAGÍPARAS (HEMOFILIA, ETC.)

- OTRAS SON: EPILEPSIA, ETC.
- SI EXISTE DESNUTRICIÓN, ALERGIAS Y TOXICOMANÍAS (DROGAS, ALCOHOLISMO).

5.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

NOS PROPORCIONA DATOS SOBRE SU MEDIO AMBIENTE (TIPO DE HABITACIÓN, ETC.) ESTADO SOCIOECONÓMICO, OCUPACIONAL, EDUCACIONAL Y EMOCIONAL, ASÍ COMO SUS HÁBITOS ALIMENTICIOS E HIGIÉNICOS; EXPOSICIÓN A TÓXICOS (YA POR ÍNDOLE DE TRABAJO, YA POR HÁBITOS: - DROGAS, ALCOHOLISMO).

SIENDO TAMBIÉN IMPORTANTE EL ESTADO CIVIL Y EL LUGAR DE NACIMIENTO.

6.- ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

NOS PROPORCIONA DATOS SOBRE LA HISTORIA PRESENTE Y PASADA DEL ENFERMO EN RELACIÓN CON SU SALUD Y ENFERMEDADES.

ENFERMEDADES QUE HA PADECIDO DESDE SU INFANCIA HASTA EL MOMENTO ACTUAL.

INMUNIZACIONES, ANTECEDENTES TRAUMÁTICOS Y QUIRÚRGICOS, -- ASÍ COMO HOSPITALIZACIONES, ANTECEDENTES ALÉRGICOS, ANTECEDENTES TRANSFUSIONALES, ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS, ASÍ COMO TAMBIÉN LOS ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS (COMPORTAMIENTO GENERAL, ETC.).

7.- INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

REPRESENTA PRINCIPALMENTE, UNA SERIE DE PREGUNTAS RELATIVAS A LA FUNCIÓN DE DIVERSOS APARATOS Y SISTEMAS ORGÁNICOS QUE NOS PERMITIRÁN DESCUBRIR SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL PROCESO PATOLÓGICO DEL PACIENTE.

A) APARATO DIGESTIVO.- MASTICACIÓN (ANOREXIA, ETC); DEGLUCIÓN (DISFAGIA, ETC); DIGESTIÓN (DOLOR, ETC).

B) APARATO RESPIRATORIO.- FONACIÓN (TRASTORNOS DE LA VOZ), DISNEA, ETC.

C) APARATO CIRCULATORIO. (CARDIOVASCULAR).- TENSIÓN ARTERIAL (HIPERTENSIÓN, HIPOTENSIÓN), CEFALÉAS, MAREOS, ETC. SIGNOS VITALES:

- TEMPERATURA (36°C)
- TENSIÓN ARTERIAL (120/80)
- PULSO (60-80) = F.C.
- RESPIRACIÓN (21 X MIN) = F.R.

D) APARATO GENITOURINARIO.- MENARCA (RITMO, ALTERACIONES MENSTRUALES); NÚMERO DE EMBARAZOS, PARTOS, CESÁREAS, ABORTOS. - DISURIA, POLIURIA, ETC.

E) SISTEMA ENDÓCRINO.- ENFERMEDADES COMO: DIABETES (POLIURIA, POLIDIPSIA, POLIFAGIA, ETC.) HIPERTIROIDISMO, HIPOTIROIDISMO, ETC.

F) SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO.- FUERZA MUSCULAR, ARTICULACIONES (A.T.M.); DOLOR ÓSEO, FRACTURAS, ETC.

G) SISTEMA HEMATOPOYÉTICO.- DE ESTA MANERA SE IDENTIFICAN ANEMIAS Y ENFERMEDADES HEMORRAGÍPARAS.

H) SISTEMA NERVIOSO.- CEFALEAS (FRECUENCIA, ETC.); VISIÓN-OLFATO, GUSTO, AUDICIÓN, TACTO. PARESTESIA, PARÁLISIS. SI SE CONSIDERA UNA PERSONA NERVIOSA; DISMINUCIÓN DE LA MEMORIA, ORIENTACIÓN, COORDINACIÓN, ETC.

NOTA: ESTAS PREGUNTAS NO SON UN INTERROGATORIO COMPLETO -- DEL SISTEMA NERVIOSO, PERO ABARCAN LOS TRASTORNOS MÁS CARACTERÍSTICOS DE LAS LESIONES A NIVEL CENTRAL O PERIFÉRICO, PUDIENDO ASÍ REMITIR AL PACIENTE, EN CASO NECESARIO, A UN ESTUDIO ESPECIALIZADO.

COMO COMPLEMENTO DEL EXAMEN CLÍNICO ESTÁ:

ESTUDIO PSICOLÓGICO

REPRESENTA UNA AMPLIACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO HABITUAL YA -- QUE CUBRE LAS ÁREAS TRADICIONALMENTE INCLUIDAS (MOTIVO DE CONSULTA, DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD, ETC.), Y CUYA DIFERENCIA -- RADICA EN LA IMPORTANCIA Y MAYOR EXTENSIÓN QUE SE LE PRESTA AL INTERROGATORIO, EN CUANTO A LOS ASPECTOS PERSONALES YA QUE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS SON IMPORTANTES EN LOS ESTADOS DE ENFERMEDAD Y EN LOS PROCESOS DE RECUPERACIÓN DE LA SALUD. SIENDO SUS-

PRINCIPALES OBJETIVOS, ADEMÁS DE ESTABLECER CON EL ENFERMO UNA-RELACIÓN SIGNIFICATIVA (APRECIACIÓN SUBJETIVA DE LA CONDUCTA -- DEL ENFERMO DURANTE LA CONSULTA); IDENTIFICAR LA PRESENCIA DE - SÍNTOMAS PSÍQUICOS Y PSICOFISIOLÓGICOS; SI EXISTEN EN SU VIDA - ACTUAL (FAMILIAR, OCUPACIONAL Y SOCIAL) SITUACIONES GENERADORAS DE CONFLICTO, FRUSTRACIÓN; IDENTIFICAR ACTITUDES QUE TIENE HA-- CIA SU EXPERIENCIA DE LA ENFERMEDAD; IDENTIFICAR LOS RASGOS DO- MINANTES DE SU CARÁCTER (ESTILO Y FORMA DE RELACIÓN CONSIGO MIS- MO Y CON LOS DEMÁS).

NOTA: A PESAR DE SUS INCONVENIENTES (CUANDO EL TIEMPO DIS- PONIBLE ES LIMITADO) EL RECOLECTAR ESTOS DATOS NOS PUEDE AYUDAR PARA PREVENIR LAS REACCIONES DEL PACIENTE A LAS SITUACIONES DE- STRESS TAN FRECUENTES EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA.

8.- EXPLORACION FISICA

GENERALMENTE (POR RAZONES OBVIAS), LA EXPLORACIÓN FÍSICA - EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO, TIENE QUE SER MUY LIMITADA.

DEBE CONSTAR SIMPLEMENTE DE LA INSPECCIÓN GENERAL, DE CA-- BEZA Y CUELLO, REGISTRO DEL PESO, ASÍ COMO DE LOS SIGNOS VITA-- LES.

SE EMPEZARÁ ANOTANDO:

- SIGNOS VITALES (F.C. = PULSO, PRESIÓN ARTERIAL, TEMPERATURA, - F.R. = RESPIRACIÓN). A ELLO SEGUIRÁ LA INSPECCIÓN, QUE IN---

CLUIRÁ LA TOTALIDAD DEL CUERPO, CUANDO SEA NECESARIO. :

. CABEZA

. CRÁNEO.- DEFORMIDADES, ETC.

. CABELLO.- PIEL CABELLUDA (PRESENCIA DE LESIONES Y SEÑALES DE HERIDAS EN ÉL, ETC.)

. CARA.- EXPRESIÓN FACIAL (COLOR DE LA PIEL, CICATRICES, ASIMETRÍA, PRÓGNATA, RETRÓGRADA, PROTUSIVA, ETC.)

. OJOS.- ANOTANDO ANORMALIDADES.

. NARIZ.- DEFORMIDADES QUE SE OBSERVEN.

. BOCA.- DEBIDO A QUE ES UNA ZONA IMPORTANTE DE INSPECCIONAR PARA EL CIRUJANO DENTISTA, SE DEBE LLEVAR A CABO EN FORMA ORDENADA Y TOTAL.

LABIOS: INSPECCIÓN Y PALPACIÓN, ANOTANDO FORMA, CONTORNO, COLOR Y CONFIGURACIÓN, ADEMÁS DE LA PRESENCIA O NO DE LESIONES, CON LA BOCA CERRADA Y ABIERTA.

MUCOSA: LABIAL: SE OBSERVARÁ EL COLOR Y TODA IRREGULARIDAD (ADHESIONES AL FRENILLO, LESIONES, ETC.); MUCOSA BUCAL, UTILIZANDO LA INSPECCIÓN Y LA PALPACIÓN, SE DETERMINARÁ EL CONTORNO,

CONFIGURACIÓN, COLOR, PRESENCIA O AUSENCIA DE LESIONES EN LA MUJOSA BUCAL, ADEMÁS SE EXPLORARÁN LAS GLÁNDULAS SALIVALES, ASÍ - COMO PLIEGUES MUCOBUCALES.

PALADAR: SE LLEVARÁ A CABO LA INSPECCIÓN Y LA PALPACIÓN -- TANTO DEL PALADAR DURO COMO BLANDO, ASÍ COMO LA ÚVULA Y TEJIDOS FARINGEOS ANTERIORES (COLOR CONTORNO).

OROFARINGE: SE OBSERVARÁN AMÍGDALAS, PILARES ANTERIORES Y- POSTERIORES.

LENGUA: SE OBSERVARÁ COLOR, MOVIMIENTOS FUNCIONALES, CONFI- GURACIÓN, CONSISTENCIA, TAMAÑO, PRESENCIA O NO DE PAPILAS, LE-- SIONES, LONGITUD DE FRENILLO, ETC.

PISO DE LA BOCA: SE PALPARÁ CON LOS DEDOS, ASÍ COMO SU BA- SE Y SUPERFICIE VENTRAL DE ELLA.

ENCÍAS: OBSERVAR COLOR, FORMA Y CONFIGURACIÓN (BUSCANDO -- ANOMALÍAS Y LESIONES, INFLAMACIONES, RETRACCIONES, ETC.),

DIENTES: OBSERVAR SI EXISTE DENTICIÓN MIXTA, TEMPORAL O -- PERMANENTE (SI ESTÁ COMPLETA O SI HAY AUSENCIAS, DIENTES EN GI- ROVERSIÓN, SUPERNUMERARIOS, IMPACTADOS O INCLUIDOS, ASÍ COMO TAM- BIÉN SI EXISTE ANODONCIA PARCIAL O TOTAL, ETC.); PRESENCIA DE - CARIES MUY AVANZADAS, SI EXISTEN PIEZAS DENTALES CON MOVILIDAD- TRATAMIENTOS REALIZADOS, ETC.

SALIVA: CANTIDAD, CALIDAD, CONSISTENCIA, ADEMÁS, ANOMALÍAS QUE EXISTAN, ETC.

CIERRE: COMO ÚLTIMO PASO, SE HARÁ EL ANÁLISIS DEL CIERRE - DE LA BOCA EN REPOSO Y EN POSICIONES FUNCIONALES (A.T.M.),

CUELLO: SE OBSERVARÁN COLOR, FORMA, VOLUMEN, CICATRICES, - TIROIDES, LARINGE, TRÁQUEA, GANGLIOS LINFÁTICOS, ETC.

EN OCASIONES EL ODONTÓLOGO EXPLORARÁ OTRAS ZONAS (TÓRAX, - ABDOMEN, EXTREMIDADES Y GENITALES) DEL PACIENTE, YA QUE ES MÁS- CONVENIENTE CONFIAR LA EXPLORACIÓN A UN CLÍNICO COMPETENTE, --- CUANDO SE REQUIERA,

9.- DIAGNOSTICO

SE PUEDE DEFINIR COMO LA HABILIDAD Y DESTREZA DEL CLÍNICO- PARA DESCUBRIR, RECONOCER Y SABER LA NATURALEZA DEL PROCESO PATOLÓGICO, YA QUE EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL DIAGNÓSTICO ES SUGERIR Y PROPORCIONAR UNA BASE SEGURA PARA QUE EL PLAN DE TRATA--- MIENTO SEA EL MÁS ADECUADO, ES DECIR, QUE PARA DETERMINAR LA TERAPÉUTICA DEFINITIVA, ES NECESARIO HABER ESTABLECIDO UN DIAGNÓSTICO CUIDADOSO.

EXISTEN VARIOS MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO:

D. DE PRESUNCIÓN O INMEDIATO.- SIGNIFICA OBTENER UN RÁPIDO -- DIAGNÓSTICO BASADO EN DATOS MÍNIMOS (CLÍNICOS, RADIOGRÁFICOS O-

DE OTRO TIPO), Y AUNQUE PUEDE SER CORRECTO, SE DEBE USAR LO MENOS POSIBLE PARA MEJORES RESULTADOS.

D. CLÍNICO.- SE DEFINE COMO LA IDENTIFICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD QUE SOLAMENTE SE BASA EN LA OBSERVACIÓN Y VALORACIÓN DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA ENTIDAD PATOLÓGICA (QUE SON OBSERVABLES Y PALPABLES) SIN REQUERIR DATOS O INFORMACIÓN DE OTRO ORIGEN.

D. A TRAVÉS DE LOS DATOS AMNÉSICOS.- SE PUEDE DAR UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO, EN ALGUNOS CASOS, VALORANDO DE FORMA ADECUADA LA INFORMACIÓN QUE NOS PROPORCIONÓ LA HISTORIA CLÍNICA.

D. QUIRÚRGICO.- TAMBIÉN ES POSIBLE DIAGNOSTICAR UNA PATOLOGÍA MEDIANTE LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA.

D. TERAPÉUTICO.- EXISTEN ALGUNAS VECES EN QUE EL DIAGNÓSTICO SE LLEGA A DETERMINAR POSTERIOR A UN PERIODO INICIAL DE TRATAMIENTO, ASÍ CON LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO SE OBTIENE EN OcasIONES LA CLAVE DEL DIAGNÓSTICO. ESTE PROCEDIMIENTO SE DEBE EMPLEAR EN CASOS DONDE EL DIAGNÓSTICO NO SE PUEDA ESTABLECER DE OTRA FORMA. ADEMÁS DE QUE EL TRATAMIENTO DEBE LIMITARSE A PERIODOS ADECUADOS Y SI NO HAY MEJORÍA SUPRIMIRSE PARA ENCONTRAR OTRA ALTERNATIVA.

D. DIFERENCIAL.- ES EL QUE NOS PROPORCIONA MAYOR GRADO DE SEGURIDAD, BASÁNDOSE EN LA ACUMULACIÓN Y ELECCIÓN DE DATOS IM-

PORTANTES OBTENIDOS DE DIVERSAS FUENTES DETERMINANDO UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

D. INTEGRAL.- COMO SU NOMBRE LO INDICA Y AL IGUAL QUE EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, SE BASA EN EL USO DE MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO AMPLIOS Y COMPLETOS.

DE ESTA FORMA, CONCLUIMOS QUE PARA OBTENER UN DIAGNÓSTICO-INTEGRAL Y DEFINITIVO, NOS PODEMOS AYUDAR UTILIZANDO MÉTODOS -- MÁS ESPECIALIZADOS COMO EXÁMENES DE GABINETE, PRUEBAS DE LABORATORIO: ANÁLISIS CLÍNICOS Y ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO (BIOPSIA). - LOS RESULTADOS OBTENIDOS DE ESTOS ESTUDIOS SE LES PUEDE CONSIDERAR COMO SIGNOS CLÍNICOS QUE FORMAN CUERPO CON LOS OBTENIDOS -- POR LA HISTORIA CLÍNICA, REQUIRIENDO TAMBIÉN DE UN ANÁLISIS CUIDADOSO QUE LOS INCORPORA AL CONJUNTO, PARTICIPANDO ASÍ, EN EL MECANISMO DE SÍNTESIS CON EL QUE EL CIRUJANO LLEVA AL DIAGNÓSTICO.

10.- PLAN DE TRATAMIENTO

UNA VEZ REALIZADO LOS PASOS ANTERIORES DE LA HISTORIA CLÍNICA, SE PODRÁ ELEGIR LA TERAPÉUTICA MÁS APROPIADA A SEGUIR.

LA CONDUCTA TERAPÉUTICA SE PUEDE DIVIDIR:

A) MÉDICA (FÁRMACOS-DOSIS-TIEMPO DE TX),

B) QUIRÚRGICO.- SON TRES TÉCNICAS PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE CUALQUIER QUISTE DE LA CAVIDAD ORAL: ENUCLEACIÓN, CO

LAPSAMIENTO, MARSUPIALIZACIÓN.

ADEMÁS ES IMPORTANTE LLEVAR A CABO UN BUEN POSOPERATORIO.

11.- PRONOSTICO

Y DEPENDIENDO DEL CORRECTO TRATAMIENTO QUE SE LLEVA A CABO SERÁN LOS RESULTADOS, OBTENIENDO UN PRONÓSTICO FAVORABLE O DESFAVORABLE.

II. EXAMENES DE GABINETE

LOS EXÁMENES DE GABINETE SON UN ALIADO DE GRAN VALOR PARA EL DIAGNÓSTICO, COMO YA SE MENCIONÓ, AL GABINETE CONFIRMA O DESECHA LAS SOSPECHAS CLÍNICAS Y ORIENTA LA TERAPÉUTICA.

LAS RADIOGRAFÍAS QUE SE PUEDEN EMPLEAR PARA ESTE ESTUDIO SON: PERIAPICALES, OCLUSALES, PANORÁMICAS O PLACAS ESPECIALES - COMO TOMOGRAFÍAS O IMÁGENES ESTEREOSCÓPICAS, ETC.

ES IMPORTANTE QUE LAS RADIOGRAFÍAS SEAN DE BUENA CALIDAD - SE DEBEN OBSERVAR EN SECO, YA QUE SE APRECIA MEJOR LA IMAGEN, - EVITÁNDOSE ERRORES.

ASÍ, LAS RADIOGRAFÍAS NOS INDICAN LA PRESENCIA O AUSENCIA DE ANORMALIDADES, PROPORCIONÁNDONOS DATOS COMO: EXTENSIÓN Y LO-

CALIZACIÓN DE LESIONES TANTO EN EL HUESO COMO EN TEJIDOS BLAN--DOS Y DIENTES.

Y HACIENDO MENCIÓN DE LOS QUISTES (POR SER EL TEMA QUE NOS INTERESA), SI EL ODONTÓLOGO LO REQUIERE, SE PODRÁ AYUDAR CON --UNA SUBSTANCIA RADIOPACA, COMO ACEITE YODATADO (LIOIODOL), QUE--SE INYECTA EN LA CAVIDAD QUÍSTICA, DESPUÉS DE QUE SE ASPIRA EL--CONTENIDO DEL QUISTE.

III. EXAMENES DE LABORATORIO

1.- ANALISIS CLINICOS

DESASFORTUNADAMENTE EXISTEN OCASIONES EN QUE PARA ESTABLE--CER UN DIAGNÓSTICO SEGURO, PUEDE SER NECESARIO COMPLETAR EL CUA--DRO CLÍNICO, LAS OBSERVACIONES RADIOLÓGICAS Y LOS DATOS ANAMNÉ--SICOS CON LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO. SIN EM--BARGO ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE DEBEN LLEVARSE A CABO --LAS PRUEBAS DE LABORATORIO QUE SE CONSIDEREN REALMENTE NECESA--RIOS (BASÁNDOSE EN LOS DETALLES DE LA HISTORIA Y EXPLORACIÓN FÍ--SICA YA QUE SÓLO SERÁN ÚTILES SI EL CLÍNICO CONOCE QUE PRUEBA O PRUEBAS HA DE PEDIR Y COMO INTERPRETAR LOS RESULTADOS).

ENTRE LOS QUE PODEMOS PEDIR COMO DE RUTINA O PREOPERATO---RIOS SON:

- BIOMETRÍA HEMÁTICA

FÓRMULA ROJA:

- HEMOGLOBINA HOMBRE (15-20 MG) MUJER (13.5-17 MG).
- HEMATOCRITO (40-60 MM) (40-52 MM)
- ERITROCITOS (4.5-5.5 MILLONES CM³)
- NÚMERO DE PLAQUETAS (150.000-350,000/MM³)
- PRUEBAS DE COAGULACIÓN (PRUEBAS HEMORRAGÍPARAS)
- TIEMPO NORMAL DE SANGRADO (1-3 MIN)
- TIEMPO NORMAL DE COAGULACIÓN (1-12 MIN)
- TIEMPO NORMAL DE PROTOMBINA (12-15 SEG)
- TIEMPO PARCIAL DE TROMBOPLASTINA (30-50 SEG)
- RETRACCIÓN DEL COÁGULO (INICIA A LOS 30 MIN-TERMINA A LOS 240 MIN)
- FÓRMULA BLANCA
 - . LEUCOCITOS (5,000-10,000)
 - . LINFOCITOS (20-40%)
 - . MONOCITOS (4-8%)
 - . EOSINÓFILOS (1-3%)
 - . BASÓFILOS (0-1%)
 - . NEUTRÓFILOS (40-60%)

2.- BIOPSIA

ES LA ELIMINACIÓN DE UN TEJIDO DEL ORGANISMO VIVO PARA SU ESTUDIO MICROSCÓPICO Y DIAGNÓSTICO.

EN RELACIÓN CON LOS QUISTES, MENCIONAREMOS QUE EL TIPO DE BIOPSIA MÁS UTILIZADO ES EL DE ASPIRACIÓN, AUNQUE SIEMPRE QUE -

SE REALIZA LA ENUCLEACIÓN DEL QUISTE, DEBE REMITIRSE LA PATOLOGÍA AL LABORATORIO PARA SU ESTUDIO Y DIAGNÓSTICO DEFINITIVO.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE QUISTES ODONTOGENICOS

CON RESPECTO A LA NOMENCLATURA, DESDE QUE SE INICIARON LOS ESTUDIOS ACERCA DE LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS, SE HAN USADO MUCHAS DENOMINACIONES. POR OTRO LADO, EN LO QUE SE REFIERE A LA CLASIFICACIÓN, COMO TAMBIÉN DIFIEREN UNAS DE OTRAS, NO HAY UNA CLASIFICACIÓN DE QUISTES ESTANDARIZADA. DEBIDO A ELLO, A CONTINUACIÓN SE PRESENTA UNA DE LAS CLASIFICACIONES MÁS UTILIZADAS - (BASADA EN OTRAS COMO: LA DE LA OMS, GORLIN Y GOLDMAN, ENTRE OTROS Y QUE SE HA AMPLIADO PARA INCLUIR ALGUNAS ENTIDADES ADICIONALES) TENIENDO PRESENTE QUE ES UN AGRUPAMIENTO MUY PRÁCTICO.

CLASIFICACIÓN:

QUISTES DE LOS MAXILARES:

A) QUISTES DEL DESARROLLO

I. QUISTES ODONTOGÉNICOS

A) QUISTES PERIODONTALES O PERIODÓNTICOS

PERIAPICAL + RESIDUAL + LATERAL

B) QUISTES DENTÍGEROS O DENTADOS (FOLICULARES) DE LA ERUPCIÓN (DEL BROTE)

C) QUISTE MULTILOCULAR (FOLICULARES)

D) QUISTE PRIMORDIAL (FOLICULARES)

E) QUISTES GINGIVALES

GINGIVAL EN RECIÉN NACIDOS + DEL ADULTO

F) QUISTE ODONTOGÉNICO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE (O --
QUISTE ODONTÓGENO EPITELIAL CALCIFICADO (GORLIN)

G) QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO

SÍNDROME DE NEVOBASOCELULAR (O SÍNDROME DE GORLIN Y --
GOLTZ)

(CLASIFICACIÓN DE SHAFER, HINE Y LEVY)

1.- QUISTES ODONTOGENICOS

A) QUISTES PERIODONTALES O PERIODONTICOS

MIENTRAS QUE UNOS LOS INCLUYEN EN LOS QUISTES DE DESARROLLO,
OTROS LO HACEN EN EL GRUPO DE QUISTES INFLAMATORIOS.

GENERALIDADES

ORIGEN.- EXISTEN DIFERENCIAS EN CUANTO A SU ORIGEN. ESTÁN
FORMADOS POR RESTOS EPITELIALES O DE LA MEMBRANA PERIODONTAL --
(GENERALMENTE DIENTES AFECTADOS CARENTES DE PULPA); SE ORIGINAN
DE UN GERMEN DENTARIO QUE HA SUFRIDO UNA DEGENERACIÓN Y SE CON-
VIERTE EN QUISTE.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- POR LO GENERAL NO PRESENTAN NIN-
GUNA SINTOMATOLOGÍA, SIENDO DESCUBIERTOS POR TOMAS RADIOGRÁFI--
CAS HABITUALES.

LOCALIZACIÓN.- COMÚNMENTE SE FORMAN EN EL ÁPICE DEL DIENTE
Y A ÉSTOS SE LES DA EL NOMBRE DE RADICULARES; TAMBIÉN SE FORMAN
A LO LARGO DE LA SUPERFICIE LATERAL DE SU RAÍZ, LLAMÁNDOSELES -
LATERALES.

GENERALMENTE SE DESARROLLAN EN LA MANDÍBULA, A NIVEL DE --
PREMOLARES, SIENDO EN EL MAXILAR MENOS COMUNES. ADEMÁS DE QUE--
SON MÁ S FRECUENTES, EN DIENTES SIN PULPA Y SIN TRATAR QUE EN --
DIENTES CON LOS CONDUCTOS RADICULARES OBTURADOS.

TAMAÑO.- PUEDEN VARIAR DE TAMAÑO, DESDE UN MM O MENOS HAS--
TA VARIOS MM DE DIÁMETRO.

HISTOLOGÍA.- EL EPITELIO DE ESTOS QUISTES PROVIENEN, TAL -
VEZ DE RESTOS DE LA VAINA DE HERTWIG, LA LÁMINA DENTAL Y SIENDO
ESTIMULADO POR UN PROCESO INFLAMATORIO O POR LOS MISMOS FACTO--
RES QUE PROVOCARON LA INFLAMACIÓN.

EL EPITELIO ES ESCAMOSO, ESTRATIFICADO CON UNA CUBIERTA DE
TEJIDO CONECTIVO. GENERALMENTE HAY INFILTRACIÓN DE CÉLULAS RE--
DONDAS, ASÍ COMO OTROS SIGNOS DE INFLAMACIÓN CRÓNICA. NO DENO--
TANDO SIGNOS DE FORMACIÓN DE NEOPLASMAS DE LAS CÉLULAS EPITELIA
LES QUE CONSTITUYEN SU PARED.

LA MAYORÍA DE LAS VECES CONTIENEN UN LÍQUIDO ESTÉRIL, PERO
SI EL QUISTE RESULTA INFECTADO, PUEDE LLEGAR A PRESENTAR PUS, -
LÍQUIDO SEROPURULENTO, DESECHOS SEMISÓLIDOS Y HASTA MATERIAL SÓ
LIDO.

LA PRESENCIA DE CÉLULAS INFLAMATORIAS AGUDAS EN LA CUBIER--
TA EPITELIAL Y CÉLULAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS EN LA CAPA DE TE--
JIDO CONECTIVO ES MUY FRECUENTE.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.- SON PROCESOS QUE SE OBSERVAN RADIOLÚCIDOS.

TRATAMIENTO.- SE HARÁ LA ENUCLEACIÓN DEL QUISTE, MIENTRASQUE EN QUISTES GRANDES GENERALMENTE SON VARIOS LOS DIENTES AFECTADOS POR LO QUE SE DEBE TENER CUIDADO DE NO EXTRAER LOS DIENTES VITALES EN CASO DE NO SER NECESARIO. POR TANTO, CUANDO SE PRESENTE LA POSIBILIDAD DE AFECTAR DIENTES CONTIGUOS, EL MÉTODO MÁS USADO ES DE MARSUPIALIZACIÓN.

PRONÓSTICO.- EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS NO EXISTE RECIDIVA.

PERIAPICAL

TAMBIÉN LLAMADOS PERIODONTAL APICAL, RADICULAR, ASÍ COMO QUISTE INFECCIOSO.

ES SIN DUDA, DE LOS QUISTES QUE MÁS FRECUENTEMENTE AFECTAN A LOS MAXILARES.

PARTICULARIDADES

ORIGEN.- FORMADO EN LA MEMBRANA PERIODÓNTICA, COMO RESULTADO DE LA EXTENSIÓN DE UNA INFECCIÓN POR VÍA PULPAR EN UN DIENTE CARENTE DE PULPA O CON NECROSIS DE TEJIDO PULPAR, A CAUSA DE UNA CARIES. SIENDO EN OCASIONES LOS IRRITANTES, DESENCADENANTES, LOS PRODUCTOS TÓXICOS DE LA GENERACIÓN PULPAR, MEJOR QUE LA MISMA INFECCIÓN.

AL EXTENDERSE EL PROCESO INFLAMATORIO, DESDE LA PULPA HASTA LA ZONA PERIAPICAL, SE FORMA UNA MASA DE TEJIDO INFLAMATORIO

CRÓNICO CONOCIDO COMO GRANULOMA APICAL. EN ESTA MASA EXISTEN RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ, PRESENTES EN EL LIGAMENTO PERIODONTAL. ESTOS RESTOS EPITELIALES SE UNEN Y TIENEN UNA TRANSFORMACIÓN QUÍSTICA DANDO COMO RESULTADO AL QUISTE RADICULAR, AUNQUE SE DEBE TENER EN CUENTA QUE NO TODOS LOS GRANULOMAS SE VAN A TRANSFORMAR EN QUISTES, YA QUE ELLO DEPENDEN EN PRIMER LUGAR, DE LA DISOLUCIÓN DE LA PARTE CENTRAL DEL GRANULOMA Y EN SEGUNDO LUGAR, DEL EXUDADO LÍQUIDO A TRAVÉS DEL SACO DEL TEJIDO CONECTIVO CON FORRO DE EPITELIO HASTA EL INTERIOR DE LA LESIÓN. EL REVESTIMIENTO EPITELIAL PARECE NO TENER TENDENCIA A DEGENERAR EN AMELOBLASTOMA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- EN CUANTO AL ASPECTO CLÍNICO -- DEL QUISTE RADICULAR, ES MUY VARIABLE YA QUE MUCHAS VECES NO -- HAY SIGNOS CLÍNICOS, DEBIDO A QUE EL QUISTE PUEDE O NO APRECIARSE CLÍNICAMENTE YA QUE SI ES PEQUEÑO NO PRODUCE DILATACIÓN MAXILAR, EN CAMBIO, OTRAS VECES, LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS PUE-- DEN SER MUY NOTABLES, SOBRE TODO SI EL QUISTE ES GRANDE O CUANDO EXISTE UNA INFECCIÓN ACTIVA, PUDIENDO, EN ESTE CASO, ENCON-- TRARSE UN GRADO DE AGRANDAMIENTO O DEFORMIDAD DEL HUESO QUE VAN DESDE DEFORMACIONES LOCALIZADAS, DE COLORACIÓN NORMAL Y CONSISTENCIA ÓSEA, A PROTUBERANCIAS DE COLOR PÚRPURA DE TAMAÑO MODERADO Y QUE A LA PALPACIÓN SE SIENTE UNA CREPITACIÓN QUÍSTICA, MARCÁNDONOS CON ESTO, LA PRESENCIA DE UNA DELGADA CAPA DE HUESO -- CORTICAL. EN OCASIONES LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL QUISTE RADICULAR SON UNA MASA TUMORAL CARNOSA, DE SUPERFICIE LISA, -- BLANDA CON UN CONDUCTO FISTULOSO DEL CUAL SALE UN EXUDADO PURU-

LENTO AL EXPRIMIRLO.

LOS SÍNTOMAS SUBJETIVOS SON IGUALMENTE VARIABLES YA QUE ALGUNOS QUISTES SON ASINTOMÁTICOS Y OTROS, EN CAMBIO, PRODUCEN DOLOR, HIPERESTESIA O MALESTAR.

LOCALIZACIÓN.- GENERALMENTE SE LOCALIZA EN EL ÁPICE DE UN DIENTE ERUPCIONADO, AUNQUE EXISTEN CASOS (POCO FRECUENTES) EN QUE LA ZONA RADIOTRANSARENTE PUEDE LOCALIZARSE A CIERTA DISTANCIA DEL ÁPICE Y NO SE PODRÁ DISTINGUIR RADIOGRÁFICAMENTE EL SURCO QUE HAY ENTRE EL QUISTE Y LA RAÍZ.

TAMAÑO Y FORMA.- LA MAYORÍA SON DE TAMAÑO DISCRETO (SON -- FRECUENTES LAS VARIACIONES DE TAMAÑO Y FORMA), YA QUE MIENTRAS-UNOS SON PEQUEÑOS (TENIENDO POCOS MM DE DIÁMETRO 0-5 MM), OTROS SON GRANDES Y CON VARIOS CM. EN CUANTO A SU FORMA PUEDE SER REDONDA U OVALADA.

HISTOLOGÍA.- EL EPITELIO ES ESCAMOSO ESTRATIFICADO.

EL CONTENIDO DEL QUISTE PUEDE SER GRUMOSO O CONTENER CANTIDADES DE CRISTALES DE COLÉSTEROL.

MICROSCÓPICAMENTE SE VAN A OBSERVAR TODOS LOS ESTADIOS QUE VAN DESDE UN CAMBIO QUISTICO MÍNIMO DEL GRANULOMA APICAL HASTA UNA CONFORMACIÓN QUISTICA BIEN ESTABLECIDA. SE VAN A OBSERVAR-

RODEANDO A LAS ISLAS DE CÉLULAS EPITELIALES PROLIFERANTES, PRESENTES EN EL QUISTE RADICULAR JOVEN, LOS SIGUIENTES ELEMENTOS: - HISTIOCITOS, LINFOCITOS, CÉLULAS PLASMÁTICAS, ADEMÁS DE ALGUNAS CÉLULAS GIGANTES DE CUERPOS EXTRAÑOS, ASÍ COMO TAMBIÉN FIBRAS - DE COLÁGENO. EN ESTOS QUISTES, SE PUEDEN ENCONTRAR FIBRAS DE - OXITALANO, UN COMPONENTE NORMAL DEL LIGAMENTO PERIODONTAL.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS. - SE OBSERVARÁ UNA ZONA RA-- DIOLÚCIDA EN LA ZONA PERIAPICAL, DISCONTINUIDAD DE LA MEMBRANA-- PERIAPICAL Y DE LA LÁMINA DURA.

DIAGNÓSTICO. - ES IMPORTANTE DETECTAR EL DIENTE AFECTADO, - ES DECIR, EL DIENTE NO VITAL O INFECTADO. ESTO SE CONSIGUE CON UNA EXPLORACIÓN DIRECTA AUNQUE MUCHAS VECES SE NECESITARÁN LAS-- PRUEBAS DE VITALIDAD PULPAR.

TANTO EN LOS DATOS CLÍNICOS COMO RADIOLÓGICOS NOS AYUDARÁN A ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO DE PATOSIS PERIAPICAL. AUNQUE MU-- CHAS VECES ES DIFÍCIL Y EN OCASIONES IMPOSIBLE DIFERENCIAR EN-- TRE UN ABSCESO, UN GRANULOMA PERIAPICAL Y UN QUISTE RADICULAR, - DEBIDO A QUE NO HAY EN SÍ DIFERENCIAS NOTABLES ENTRE LOS TRES. - NO OBSTANTE, PARA OBTENER UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Y SEGURO DE QUISTE RADICULAR, GENERALMENTE DEPENDEREMOS BÁSICAMENTE DE LOS-- RESULTADOS QUE OBTENGAMOS EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y DE -- UNA BIOPSIA.

TRATAMIENTO. - SE PROCEDERÁ A REALIZAR LA ENUCLEACIÓN DEL -

QUISTE.

PRONÓSTICO.- NO EXISTE RECIDIVA

RESIDUAL

PARTICULARIDADES

ORIGEN.- SE USA EL TÉRMINO "RESIDUAL" PARA DESIGNAR A LOS QUISTES QUE QUEDAN DESPUÉS DE LA EXTRACCIÓN DE UN DIENTE INFECTADO O QUE SE FORMAN POSTERIORMENTE, DEBIDO A UNA REMOCIÓN INCOMPLETA DE TEJIDO PATOLÓGICO DURANTE LA EXTRACCIÓN O A UNA ENUCLEACIÓN INCOMPLETA DEL QUISTE.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- COMO YA SE HA MENCIONADO, GENERALMENTE ES ASINTOMÁTICO, DESCUBRIÉNDOSE ACCIDENTALMENTE EN EL EXAMEN RADIOLÓGICO DE RUTINA.

CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS.- TANTO LOS DATOS CLÍNICOS COMO RADIOLÓGICOS, TIENEN SEMEJANZA A LOS DEL QUISTE RADICULAR A EXCEPCIÓN DE LA AUSENCIA DEL DIENTE CAUSAL O DE QUE ESTE QUISTE PUEDE ENCONTRARSE EN ZONAS DONDE FALTEN COMPLETAMENTE LOS DIENTES.

DIAGNÓSTICO.- EL DIAGNÓSTICO FINAL SE BASARÁ EN LOS RESULTADOS DE LA BIOPSIA Y EN LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

TRATAMIENTO.- ENUCLEACIÓN.

PRONÓSTICO.- EN LA MAYORÍA DE LAS VECES NO HAY RECIDIVA.

LATERAL

SUELE SER RELATIVAMENTE RARO. LLAMÁNDOSE ASÍ, PORQUE ESTÁ DENTRO DEL LIGAMENTO PERIODONTAL LATERAL, ES DECIR, SE ENCUENTRA EN APOSICIÓN CON LA SUPERFICIE LATERAL DE UN DIENTE O VARIOS DIENTES VITALES.

PARTICULARIDADES

ORIGEN.- SE HAN SUGERIDO VARIAS POSIBILIDADES, SIENDO ALGUNAS DE ELLAS: QUE PROVIENEN DE BROTES SUPERNUMERARIOS DE LA LÁMINA DENTAL, SIN QUE SE DIFERENCIE EN ÓRGANO DEL ESMALTE NECESARIAMENTE; ASIMISMO, SE HA PENSADO UN POSIBLE ORIGEN EN LOS QUISTES GINGIVALES; TAMBIÉN QUE PUEDE SER, UNA LESIÓN INFLAMATORIA QUE SE FORMA A PARTIR DE RESTOS EPITELIALES DE MALASSEZ DEL LIGAMENTO PERIODONTAL; PUEDE SER SECUELA DE UN ABSCESO LATERAL.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- SE DESCUBREN GENERALMENTE EN EXÁMENES DENTALES RUTINARIOS, SIN EMBARGO, CUANDO EL QUISTE ES GRANDE SU LOCALIZACIÓN SE ENCUENTRA EN LA SUPERFICIE VESTIBULAR DE LA RAÍZ, PUEDE PRESENTARSE EN MASA PERCEPTIBLE.

LOCALIZACIÓN.- SUELE SER LOCALIZADO A NIVEL DE CANINOS Y PREMOLARES EN LA REGIÓN MANDIBULAR. SON PROBABLEMENTE MÁS FRECUENTES EN ADULTOS DEL SEXO FEMENINO, AUNQUE SE HAN ESTUDIADO POCOS CASOS COMO PARA DETERMINAR EXACTAMENTE LA EDAD Y SEXO.

TAMAÑO.- POR LO COMÚN SU EXTENSIÓN ES LIMITADA A LA ZONA - LOCALIZADA ENTRE LAS RAÍCES DE LOS DIENTES CONTIGUOS, EXTENDIÉNDOSE MÁS ALLÁ DE SUS ÁPICES.

GENERALMENTE ES PEQUEÑO (POCAS VECES MAYOR DE UN CM. DE -- DIÁMETRO) CON BORDES DELIMITADOS. EJERCIENDO, RARAS VECES, LA SUFICIENTE FUERZA EXPANSIVA COMO PARA DESPLAZAR A DIENTES ADYACENTES. TENIENDO FORMA REDONDEADA TENDIENDO MÁS A OVALADA O -- ELÍPTICA.

HISTOLOGÍA.- ES UN SACO HUECO, QUE TIENE UNA PARED DE TEJIDO CONECTIVO CUBIERTO EN LA SUPERFICIE INTERIOR POR UNA CAPA -- DELGADA DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO, EL CUAL MUESTRA POCOS SIGNOS DE PROLIFERACIÓN.

PUEDE PRESENTARSE COMO UNA REACCIÓN SECUNDARIA, CÉLULAS INFLAMATORIAS EN SU PARED CONECTIVA.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.- ZONA RADIOLÚCIDA EN APOSICIÓN A LA SUPERFICIE LATERAL DE LA RAÍZ DE UN DIENTE. PUEDE O NO SER BIEN CIRCUNSCRITA, SIN EMBARGO, LA MAYORÍA DE LAS VECES LOS BORDES SON DEFINIDOS Y EN OCASIONES, SE ENCUENTRA RODEADA - POR UNA DELGADA CAPA DE HUESO ESCLERÓTICO.

DIAGNÓSTICO.- SE BASA EN LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA, ASÍ COMO EN EL ESTUDIO HISTOLÓGICO.

TRATAMIENTO.- SE HARÁ LA EXTRACCIÓN DEL QUISTE (EVITANDO - EXTRAER EL DIENTE AFECTADO, PERO SI NO ES POSIBLE, SE EXTRAERÁ).

PRONÓSTICO.- NO HAY RECIDIVA POSTERIOR A SU INTERVENCIÓN - QUIRÚRGICA.

B) QUISTES DENTIGEROS (FOLICULARES)

DENTRO DE LA LITERATURA SE LES HA LLAMADO DE DISTINTAS MANERAS: DENTÍGEROS, FOLICULARES, CORONODENTARIOS.

DE LOS QUISTES FOLICULARES ES DE LOS MÁS COMUNES (70% APROXIMADAMENTE), SIENDO MENOS COMÚN DENTRO DE LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS (30% APROXIMADAMENTE).

SE LES LLAMA MÁS FRECUENTEMENTE QUISTES "DENTÍGEROS", YA QUE SON SACOS DE TEJIDO CONECTIVO REVESTIDO DE ÉPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO QUE CONTIENE O RODEA LA CORONA DE UN DIENTE -- QUE NO HA HECHO ERUPCIÓN O QUE PERMANECE RETENIDO (DENTRO DE LA DENTADURA REGULAR, APROXIMADAMENTE 95% O SUPERNUMERARIA) O ALGUNA ANOMALÍA DENTAL (ODONTOMA); ADEMÁS DE CONTENER LÍQUIDO, EL CUAL SE ENCUENTRA ENTRE EL REVESTIMIENTO DEL QUISTE Y EL DIENTE.

ORIGEN.- EXISTEN VARIAS OPINIONES ACERCA DE SU ORIGEN: SE ORIGINA POR UNA ALTERACIÓN DEL EPITELIO REDUCIDO DEL ÓRGANO DEL ESMALTE, POSTERIOR A LA FORMACIÓN COMPLETA DE LA CORONA DENTAL. EL HECHO DE QUE EL EPITELIO DE UN QUISTE DENTÍGERO ESTÉ ALREDEDOR DEL CUELLO DE UN DIENTE, QUIERE DECIR, QUE GENERALMENTE EL-

QUISTE ESTÁ FORMADO POR EL ÓRGANO DEL ESMALTE Y NO INDEPENDIEN-
 TEMENTE DE ÉL; ASIMISMO, SE DICE QUE SE ORIGINA POR PROLIFERACIÓN
 Y TRANSFORMACIÓN QUÍSTICA DE ISLAS DEL EPITELIO QUE SE ENCUEN--
 TRAN EN LA PARED DEL TEJIDO CONECTIVO DEL FOLÍCULO DENTAL, HAS-
 TA FUERA DE ELLA, Y ESTE EPITELIO TRANSFORMADO SE UNE POSTERIOR-
 MENTE CON EL EPITELIO FOLICULAR DE REVESTIMIENTO, FORMANDO ASÍ,
 UNA CAVIDAD QUÍSTICA ÚNICA, ALREDEDOR DE LA CORONA DENTAL, AFEC-
 TANDO REGULARMENTE LA CORONA DE UN DIENTE PERMANENTE NORMAL (Y-
 RARA VEZ A UN DIENTE PRIMARIO); OTRA EXPLICACIÓN ACERCA DEL ORI-
 GEN, ES QUE LOS QUISTES DENTÍGEROS, SON DEBIDOS A TRASTORNOS ME-
 CÁNICOS DURANTE LA ERUPCIÓN DENTARIA, LOS CUALES ACTÚAN SOBRE--
 EL SACO PERICORONARIO (SACO FOLICULAR, SACO DENTARIO). ESTE -
 SACO NO SE DESTRUYE Y DESAPARECE NORMALMENTE, SI NO QUE, TRAUMA-
 TIZADO E IRRITADO (POR EL TRABAJO DE ERUPCIÓN), PRODUCE UN LÍ--
 QUIDO ENTRE ESTE SACO Y LA CORONA DENTAL, DEBIÉNDOSE EL CRECI--
 MIENTO DEL PROCESO AL AUMENTO Y TENSIÓN DE ESTE LÍQUIDO.

EXISTE UNA CLASIFICACIÓN DE QUISTES DENTÍGEROS EN RELACIÓN
 CON LA POSICIÓN EN LA CUAL SE DESARROLLEN CON RESPECTO A LA CO-
 RONA DENTAL: CENTRAL, LATERAL, CIRCUNFERENCIAL.

CENTRAL.- RODEA COMPLETAMENTE LA CORONA DENTAL, SIMÉTRICA-
 MENTE. LATERAL.- CRECE YA SEA MESIAL O DISTALMENTE DEL DIENTE,
 ENVOLVIÉNDOLO SÓLO UNA PARTE DE LA CORONA (PUEDE LLEGAR A INCLI-
 NAR EL DIENTE O DESPLAZARLO HACIA EL LADO NO AFECTADO); CIRCUN-
 FERENCIAL.- SE ENCUENTRA ALREDEDOR DEL CUELLO DEL DIENTE Y PER-
 MITE, LA MAYORÍA DE LAS VECES, LA ERUPCIÓN DEL DIENTE, A TRAVÉS

DE ÉL (COMO SI FUERA A TRAVÉS DE UN AGUJERO).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- SE DESARROLLAN DE ACUERDO CON--
LA LEY DE MENOR RESISTENCIA. GENERALMENTE SU EVOLUCIÓN ES HA--
CIA LA TABLA EXTERNA, EN EL MAXILAR, A EXCEPCIÓN DE LOS CORRES--
PONDIENTES AL CANINO, EN DONDE SU MARCHA Y EVOLUCIÓN ES REGULAR
MENTE PALATINA; MIENTRAS QUE EN LA MANDÍBULA SU EVOLUCIÓN ES A--
EXPENSAS DE DOS TABLAS.

EN CUANTO A LA SINTOMATOLOGÍA, EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS--
NO EXISTE, AUNQUE EXISTEN OCASIONES EN QUE PUEDE PRESENTARSE DO--
LOR. A VECES LA DESVIACIÓN DE LOS DIENTES EN ABANICO LLAMA LA--
ATENCIÓN DEL PACIENTE O FAMILIARES, PERO EN SÍ NO HAY DOLOR IN--
TENSO, (SOBRE TODO SI EL QUISTE ES ESTÉRIL AÚN), POR LO QUE, SI
SE HACE NOTAR ES POR LA DEFORMACIÓN QUE PUEDA CAUSAR EN LOS RA--
GOS FACIALES, YA QUE, MUCHAS VECES, ALCANZA GRANDES PROPORCIO--
NES, DESAPARECIENDO LOS SURCOS ANATÓMICOS, HACIÉNDOSE MANIFIES--
TA LA ASIMETRÍA FACIAL, ESTA SINTOMATOLOGÍA SILENCIOSA CAMBIA -
SI EL QUISTE LLEGA A INFECTARSE, HACIÉNDOSE LOS DOLORES INTEN--
SOS, IRRADIÁNDOSE EN DIFERENTES DIRECCIONES, AFECTÁNDOSE EL ES--
TADO GENERAL DEL PACIENTE (FIEBRE, DISNEA, HALITOSIS, PULSO ELE--
VADO), Y DE ESTA MANERA LA SUPURACIÓN SE ABRE CAMINO.

LOCALIZACIÓN.- ES UN POCO MÁS FRECUENTE EN EL SEXO MASCULI--
NO QUE EN EL FEMENINO, PRESENTÁNDOSE POR LO REGULAR EN LA SEGUN--
DA O TERCERA DÉCADA DE LA VIDA.

SU LOCALIZACIÓN MÁS COMÚN ES EN LA MANDÍBULA (70%), MIENTRAS QUE EN EL MAXILAR ES MENOS FRECUENTE (30%), DISTRIBUYÉNDOSE DE LA SIGUIENTE MANERA: ZONA MOLAR (62%), REGIÓN CANINA (12%) Y ZONA DE PREMOLARES (12%), Y SIGUIENDO DESPUÉS LAS DEMÁS ZONAS RESTANTES DE LOS MAXILARES (14%). PERO ES IMPORTANTE HACER NOTAR QUE TANTO EN EL TERCER MOLAR INFERIOR COMO EL CANINO SUPERIOR SON LOS DIENTES MÁS FRECUENTEMENTE AFECTADOS, PORQUE SON LOS QUE, POR LO REGULAR SON RETENIDOS.

TAMAÑO Y FORMA.- EL VOLUMEN DE ESTOS QUISTES ES VARIABLE, DESDE UNA LEVE DILATACIÓN DEL SACO PERICORONAL, HASTA EL ENORME QUISTE, QUE POR LO GENERAL, ADQUIERE EL TAMAÑO DE UNA NUEZ, O DE UN HUEVO DE GALLINA, ENCONTRÁNDOSE LOS QUISTES MAYORES, POR LO REGULAR EN LA MANDÍBULA.

EL QUISTE DENTÍGERO ES UNA LESIÓN UNILOCULAR LISA, ES DECIR QUE GENERALMENTE SON SOLITARIOS, SIENDO ÚNICOS EN EL MISMO PACIENTE, SIN EMBARGO, PUEDE PRESENTARSE UNO CON ASPECTO MULTILOCULAR (SIENDO MENOS FRECUENTE) YA QUE RADIOGRÁFICAMENTE PUEDE PRESENTAR CARACTERÍSTICAS DE QUISTE MÚLTIPLE Y DENTADO A LA VEZ.

NOTA: ES IMPORTANTE QUE EN CASOS DE QUISTES DENTÍGEROS EVIDENTEMENTE MÚLTIPLES, ES NECESARIO ELIMINAR LA POSIBILIDAD DE QUE SE TRATE DEL SÍNDROME DE GORLIN Y GOLTZ.

HISTOLOGÍA.- SE COMPONE DE UNA DELGADA CAPA DE TEJIDO CONECTIVO, RECUBIERTO POR UNA DELGADA CAPA DE EPITELIO ESCAMOSO -

ESTRATIFICADO. LA SUPERFICIE DEL EPITELIO ESTÁ CUBIERTA DE UNA DELGADA CAPA DE QUERATINA, LA CUAL CONTIENE CÉLULAS MUCOSAS, O ESTÁ CUBIERTO PARCIAL O TOTALMENTE POR CÉLULAS GRANULARES, DE TAL FORMA QUE LOS QUISTES REVESTIDOS POR EPITELIO QUERATINIZANTE PRESENTAN MÁS POSIBILIDADES DE RECIDIVAR QUE LOS QUE NO CONTIENEN QUERATINA EN SU REVESTIMIENTO.

LA PARED DE TEJIDO CONECTIVO CONSISTE EN HACES DE COLÁGENO Y SUELE MOSTRAR, ALGUNAS CÉLULAS INFLAMATORIAS, COLESTEROL Y CÉLULAS GIGANTES DE CUERPOS EXTRAÑOS. EN EL 82% (APROXI.) DE LOS QUISTES DENTÍGEROS, EL TEJIDO CONECTIVO, CONTIENE RESTOS DE EPITELIO ODONTOGÉNICO, EL CUAL ES INACTIVO, NO TENIENDO GRAN IMPORTANCIA CLÍNICA, PERO DEL 5% APROXIMADAMENTE DE ESOS QUISTES EL REVESTIMIENTO QUISTICO O LA PARED DE TEJIDO CONECTIVO, MUESTRAN PROLIFERACIÓN AMELOBLÁSTICA, ES DECIR, QUE EL QUISTE DENTÍGERO ES UN AMELOBLASTOMA EN POTENCIA.

LA FORMACIÓN DE CLAVOS EPITELIALES SUELE FALTAR, EXCEPTO - SI EXISTE UNA INFECCIÓN SECUNDARIA (PRESENTÁNDOSE CÉLULAS INFLAMATORIAS EN EL TEJIDO CONECTIVO).

EL CONTENIDO DEL QUISTE ES UN LÍQUIDO SEROSO O SEROSANGUÍNEO (SIENDO SEROPURULENTO SI SE PRESENTA INFECCIÓN SECUNDARIA).

CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS.- COMO LA MAYORÍA DE LOS QUISTES SE PRESENTA COMO UNA ZONA RADIOLÚCIDA, BIEN DELIMITADA, REDONDA U OVAL, ÚNICO, EN EL INTERIOR DEL CUAL, EXISTE LA CORONA-

DE UN DIENTE NO BROTADO (QUE PUEDE O NO TENER RAÍZ), A VECES - LA ZONA RADIOLÚCIDA, SE ENCUENTRA RODEADA DE UNA LÍNEA ESCLERÓTICA, QUE ES LA RESPUESTA DE LA REACCIÓN DEL HUESO.

DIAGNÓSTICO.- SE TOMA EN CUENTA LO SIGUIENTE: SÍNTOMAS CLÍNICOS, CREPITACIÓN APERGAMINADA O FLUCTUACIÓN Y RENITENCIA, POR LA DEFORMACIÓN FACIAL O LOCAL, AUSENCIA DEL DIENTE EN LA ARCADA (TENIENDO EN CUENTA QUE PUEDE SER ORIGINADO POR UN DIENTE SUPER NUMERARIO); POR OTRO LADO, LA RADIOGRAFÍA DENTAL ES INDISPENSABLE (VOLUMEN DEL PROCESO, RELACIÓN CON LOS ÓRGANOS VECINOS Y LA COLOCACIÓN DEL DIENTE RETENIDO, OBSERVANDO SU CORONA DENTRO DE LA BOLSA QUÍSTICA, OBSERVÁNDOSE, ADEMÁS, LA CONDENSACIÓN ÓSEA - ALREDEDOR DEL QUISTE.

NOTA: DIFERENCIAR EL SACO FOLICULAR AGRANDADO Y EL QUISTE-DENTÍGERO (NORMALMENTE SE NECESITA QUE EXISTA UNA ANCHURA DEL - ESPACIO PERIODONTAL DE 2.5 MM O MÁS).

SIN EMBARGO PARA ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SERÁ NECESARIO LOS DATOS HISTOLÓGICOS YA QUE LOS QUISTES DENTÍGEROS TIENEN MÁS POTENCIALIDAD DE PRESENTAR UNA PROLIFERACIÓN AME LOBLÁSTICA.

TRATAMIENTO.- ES EXTIRPACIÓN DE LA BOLSA QUÍSTICA Y EXTRACCIÓN DEL DIENTE RETENIDO. SI LA LESIÓN ES PEQUEÑA, LA TÉCNICA-SERÁ ENUCLEACIÓN Y EN QUISTES GRANDES, SE USARÁ LA TÉCNICA DE - COLAPSAMIENTO (SE RECURRE A ESTE MÉTODO POR EL PELIGRO QUE EXIS TE DE PRESENTARSE FRACTURA, SI SE REALIZARA LA ENUCLEACIÓN COM-

PLETA), SIN EMBARGO, TAMBIÉN EN QUISTES GRANDES EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PUEDE SER LA ENUCLEACIÓN REALIZADA CUIDADOSAMENTE.

PRONÓSTICO.- CUANDO LA EXPANSIÓN Y ASIMETRÍA INTENSAS SE HAN PRESENTADO, EL PROCESO DE REPARACIÓN RESTABLECE EL CONTORNO NORMAL DEL HUESO, REGENERÁNDOLO COMPLETAMENTE, SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA REALIZADO BIEN LA CIRUGÍA Y NO SE PRESENTE RECIDIVA DEL QUISTE, LO CUAL ES RELATIVAMENTE RARO, A MENOS DE QUE HAYA HABIDO FRAGMENTACIÓN DEL REVESTIMIENTO QUISTICO Y QUEDADO RESTOS -- (HABIENDO MAYOR RECIDIVA EN QUISTES CON REVESTIMIENTO EPITELIAL GRUESO Y SOBRE TODO SI SON MÚLTIPLES).

EN SÍ CADA CASO ES UN PROBLEMA INDIVIDUAL EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, SIN EMBARGO, CUANDO AMBOS SON CORRECTOS NO EXISTE RAZÓN PARA QUE EL PRONÓSTICO NO SEA EXCELENTE Y LAS COMPLICACIONES MÍNIMAS.

QUISTE DE LA ERUPCION (DEL BROTE)

ES UN TIPO POCO FRECUENTE DE QUISTE DENTÍGERO (ES UNA VARIANTE EN LOS TEJIDOS BLANDOS DEL QUISTE DENTADO). COMÚNMENTE ES DENOMINADO "QUISTE DE BROTE" O "HEMATOMA DE BROTE".

SE ENCUENTRA ASOCIADO CON DIENTES PRIMARIOS (Y RARAS VECES CON DIENTES PERMANENTES) EN ERUPCIÓN, EN NIÑOS PRINCIPALMENTE.

PARTICULARIDADES

ORIGEN.- SE DESCONOCE LA CAUSA DE LA FORMACIÓN DE ESTE TI-

PO DE QUISTE. SE DICE QUE SE DEBE A LA ACUMULACIÓN DE LÍQUIDO ENTRE EL ÓRGANO FORMADOR DEL ESMALTE Y EL ESMALTE COMPLETAMENTE FORMADO. SE PRESENTAN COMO UNA DILATACIÓN DEL ESPACIO FOLICULAR NORMAL, ALREDEDOR DE LA CORONA DE UN DIENTE EN ERUPCIÓN DEBIDA A LA ACUMULACIÓN DE LÍQUIDO HÍSTICO O SANGRE.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- SE OBSERVA COMO UN ABULTAMIENTO O HINCHAZÓN CIRCUNSCRITA Y FLUCTUANTE DEL REBORDE ALVEOLAR EN LA ZONA DEL DIENTE EN ERUPCIÓN, Y SI LA CAVIDAD QUISTICA QUE RODEA LA CORONA DEL DIENTE CONTIENE SANGRE Y ES DE COLOR VIOLETA O ROJO OSCURO, DEBIDO A ESTO, SE LE DENOMINARÁ "HEMATOMA DEL BROTE" (Y SE LE PUEDE CONFUNDIR CON UN HEMANGIOMA). PUEDE DAR SINTOMATOLOGÍA AL BROTE.

LOCALIZACIÓN.- SE PRESENTA GENERALMENTE EN NIÑOS Y EN ADULTO JOVEN, ACOMPAÑANDO A CUALQUIER DIENTE.

PUEDE ENCONTRARSE UNILATERALMENTE O BILATERALMENTE, SIENDO ÚNICO O MÚLTIPLE Y EXISTIR AL NACER. SIENDO RARO QUE ESTE QUISTE DESPLACE AL DIENTE DEBIDO A LA TENSIÓN INTERNA DEL QUISTE. PUDIENDO SER MÁS FRECUENTE EN MUJERES.

HISTOLOGÍA.- SON LAS MISMAS CARACTERÍSTICAS QUE LAS DE LOS QUISTES DENTÍGEROS FRECUENTEMENTE.

TRATAMIENTO.- POR LO REGULAR NO NECESITA UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO, DEBIDO A QUE GENERALMENTE LAS LESIONES SE ABREN ESPON

TÁNEAMENTE AL ERUPCIONAR EL DIENTE (EL CUAL BROTA SIN RETARDO - SIGNIFICATIVO). EN OCASIONES EXFOLIAN LA CORONA QUE AÚN NO SE HA FORMADO POR COMPLETO.

EN CASO NECESARIO (SI HAY DOLOR Y NO SE ABRE) SE HARÁ UNA PEQUEÑA INCISIÓN O MARSUPIALIZACIÓN (ES DECIR, SE DESCUBRE LA BÓVEDA, CORTANDO LA ENCÍA COMO UNA VENTANA), ELIMINANDO EL TEJIDO QUE HAY POR ENCIMA (SI EXISTE MOVILIDAD RETÍRESE LA CORONA - PARCIALMENTE FORMADA).

C) QUISTE MULTILOCULAR (FOLICULARES)

ORIGEN.- EN RARAS OCASIONES UN GERME DENTARIO PUEDE DAR ORIGEN A QUISTES MÚLTIPLES QUE, A DIFERENCIA DE LOS DENTÍGEROS NO SE ASOCIAN CON UN DIENTE DESARROLLADO. ABARCANDO MENOS DEL 1% DE LOS QUISTES FOLICULARES.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- PUEDE LLEGAR A EXISTIR UN ADELGAZAMIENTO DEL HUESO, ASÍ COMO UN AGRANDAMIENTO Y DEFORMACIÓN DE LOS MAXILARES.

LOCALIZACIÓN.- SE LOCALIZA CON FRECUENCIA A DISTANCIA VARIABLE EN EL INTERIOR DEL CUERPO DE LA RAMA (POR LO GENERAL ZONA MOLAR MANDIBULAR) O MÁS ADELANTE POR DEBAJO DE LAS RAÍCES DE MOLARES ADYACENTES, DESPLAZÁNDOLOS DE SUS POSICIONES NORMALES.

TAMAÑO.- SUELEN SER DE GRAN TAMAÑO (VARIOS CM. DE DIÁMETRO).

HISTOLOGÍA.- MICROSCÓPICAMENTE SE OBSERVA LO QUE PARECE -- SER UNA NUMEROSA CANTIDAD DE QUISTES PRIMORDIALES, UNIDOS UNOS- A OTROS O COMUNICADOS ENTRE SÍ.

ESTÁN TAPIZADOS DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO Y SUS - PAREDES DE TEJIDO CONECTIVO PUEDEN TENER CANTIDADES PEQUEÑAS DE CÉLULAS INFLAMATORIAS. A VECES EL EPITELIO DE REVESTIMIENTO ES QUERATINIZADO.

LOS QUISTES MAXILARES MÚLTIPLES SON UN HALLAZGO FRECUENTE- EN UNA ANOMALÍA DEL DESARROLLO LLAMADA SÍNDROME DEL NEVOBASOCÉ- LULAR.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.- SE VA A OBSERVAR UNA ZONA- DE APARIENCIA MULTICÍSTICA (DOS O MÁS ZONAS RADIOLÚCIDAS), QUE SEMEJAN POMPAS DE JABÓN; SON BIEN DELIMITADAS Y ESTÁN SEPARADAS POR ESTRECHOS TABIQUES ÓSEOS.

TRATAMIENTO.- EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, SE HARÁ LA ENU-- CLEACIÓN DEL QUISTE, HACIÉNDOLO CON CUIDADO Y REALIZANDO UN --- BUEN CURETEADO DE LA ZONA PARA ELIMINAR POSIBLES RESTOS Y EVI-- TAR RECIDIVA. PUEDE SER QUE EN OCASIONES (QUISTES GRANDES) SE- LLEVE A CABO LA MARSUPIALIZACIÓN.

PRONÓSTICO.- PUEDE PRESENTARSE RECIDIVA (POR UNA CIRUGÍA - MAL REALIZADA), SIN EMBARGO EL PRONÓSTICO SUELE SER FAVORABLE.

D) QUISTE PRIMORDIAL (FOLICULARES)

DENTRO DE LOS QUISTES ODONTÓGENOS SUELE SER DE LOS MENOS -
COMUNES.

EL TÉRMINO "PRIMORDIAL", HA SIDO APLICADO A ESTOS QUISTES-
YA QUE IMPLICA UNA ESTRUCTURA MÁS SENCILLA Y MENOS DESARROLLADA,
MIENTRAS QUE EL TÉRMINO "FOLICULAR", SE PUEDE USAR COMO SINÓNIMI-
MO.

ORIGEN.- SE ORIGINA POR DEGENERACIÓN QUISTICA Y LICUEFAC--
CIÓN DEL RETÍCULO ESTRELLADO DEL ÓRGANO DEL ESMALTE, ANTES QUE-
SE FORME ESMALTE O DENTINA CALCIFICADOS (SE FORMA ANTES DEL ---
DIENTE). ES DECIR, QUE SE ENCUENTRA EN LUGAR DE UN DIENTE, NO-
ESTANDO ASÍ, DIRECTAMENTE ASOCIADO A ÉL; ASIMISMO, PUEDE FORMAR
SE EN UN ÓRGANO DENTAL SUPERNUMERARIO (ES DECIR, QUE EL DIENTE-
SUPERNUMERARIO PUEDE DEGENERAR EN QUISTE PRIMORDIAL).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- CLÍNICAMENTE SE ASOCIAN GENERAL
MENTE CON UN DIENTE AUSENTE (A MENOS QUE SE ORIGINE A PARTIR CO-
MO YA SE MENCIONÓ, DE UN GERME SUPERNUMERARIO).

LA LESIÓN ES INDOLORA, A MENOS QUE SE PRESENTE UNA INFEC--
CIÓN SECUNDARIA. TODOS LOS DIENTES DE LA REGIÓN POSEEN VITALI-
DAD, SI EL QUISTE ES GRANDE, PUEDE PRODUCIR MIGRACIÓN DE LOS --
DIENTES, ASÍ COMO SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA (UNA PROTUBERANCIA ---
ÓSEA, EN OCASIONES, SENSACIÓN DE CREPITACIÓN AL PALPARSE, ETC.).

LOCALIZACIÓN.- LA MANDÍBULA SE VE AFECTADA CON MÁS FRECUENCIA QUE EL MAXILAR, SIENDO MÁS COMÚN, EN ZONA DEL TERCER MOLAR-MANDIBULAR O POR DETRÁS DEL MISMO, EN EL BORDE ANTERIOR DE LA--RAMA ASCENDENTE Y SE CREE QUE PROCEDE DEL EPITELIO PRIMORDIAL - DE UN CUARTO MOLAR SUPERNUMERARIO ABORTADO (SIN EMBARGO, TAMBIÉN PUEDE LOCALIZARSE EN ZONA DE TERCER MOLAR SUPERIOR, CANINO SUPERIOR, PREMOLAR INFERIOR E INCLUSO EN INCISIVOS). LOCALIZÁNDOSE DEBAJO DE LAS RAÍCES DENTALES, ENTRE LAS RAÍCES DE PIEZAS-ADYACENTES O CERCA DE LA CRESTA DEL REBORDE.

SE FORMA EN ÉPOCAS TEMPRANAS DE LA VIDA (SEGUNDA Y TERCERA DÉCADAS DE LA VIDA), PERO PUEDE SER DESCUBIERTO TIEMPO DESPUÉS- Y CON IGUAL DISTRIBUCIÓN POR SEXO.

TAMAÑO Y FORMA.- VARÍA DE TAMAÑO, PERO PUEDE TENER LA FUERZA SUFICIENTE PARA EXPANDIR HUESO Y DESPLAZAR LOS DIENTES ADYACENTES POR PRESIÓN.

SON DE NATURALEZA UNILOCLADA Y A VECES MULTILOCLAR.

HISTOLOGÍA.- LOS CORTES MICROSCÓPICOS NOS MUESTRAN UNA CAVIDAD QUÍSTICA CON UNA CÁPSULA DE TEJIDO CONECTIVO (COMPUESTA - DE FIBRAS COLÁGENAS) QUE ESTÁ REVESTIDO DE UNA CAPA INTACTA O - INTERRUPTIDA DE EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO (CONTENIENDO PA RAQUERATINA, O A VECES ORTOQUERATINA), EL CUAL, AUNQUE POR LO - REGULAR VARÍA DE GROSOR, GENERALMENTE PRESENTA 4 U 8 CÉLULAS DE ESPESOR, SIN BROTES EPITELIALES BIEN DEFINIDOS, NO SIENDO COMÚN

QUE MUESTRE TENDENCIA A PROLIFERAR HACIA LA PARED DE TEJIDO CONECTIVO QUE LO RODEA.

ES VARIABLE ENCONTRAR CÉLULAS INFLAMATORIAS (LINFOCITOS, - ETC.), ASIMISMO A VECES PUEDE CONTENER RESTOS DE EPITELIO ODONTOGÉNICO O AMELOBLÁSTICO, RELACIONÁNDOSE ASÍ CON EL AMELOBLASTOMA. TAMBIÉN SE LE HA RELACIONADO CON EL QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO.

CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS.- LESIÓN RADIOLÚCIDA REDONDA U OVAL, BIEN DELIMITADA CON UN BORDE ESCLERÓTICO O REACCIONAL, SIENDO UNILOCULAR O MULTILOCULAR.

DIAGNÓSTICO.- SE DEBE REALIZAR UN ESTUDIO CUIDADOSO, TANTO CLÍNICO COMO HISTOLÓGICO, PARA UN DIAGNÓSTICO DEFINITIVO DEL QUISTE.

TRATAMIENTO.- GENERALMENTE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA SERÁ LA ENUCLEACIÓN DEL QUISTE, PARA EVITAR LA RECIDIVA.

PRONÓSTICO.- FAVORABLE, SIN EMBARGO, PUEDE PRESENTARSE RECIDIVA, SI LA INTERVENCIÓN NO ES REALIZADA ADECUADAMENTE.

E) QUISTES GINGIVALES

ORIGEN.- TIENEN SU ORIGEN PROBABLEMENTE EN UNA FORMACIÓN QUISTICA DENTRO DEL EPITELIO (RESTOS DE LA LÁMINA DENTAL, DEL ÓRGANO DEL ESMALTE O DE SUS RAMIFICACIONES), MIENTRAS QUE OTROS

SE VAN A FORMAR A PARTIR DE CÉLULAS DESPLAZADAS DEL EPITELIO -- GINGIVAL (LO QUE PUEDE SUCEDER EN UN TRAUMATISMO).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- TIENE ASPECTO DE MASA PROMINENTE PEQUEÑA, DE SUPERFICIE LISA, EN FORMA DE CÚPULA REDONDA, OBSERVÁNDOSE AMORATADO EL TEJIDO. GENERALMENTE ES DURO E INDOLORO A LA PALPACIÓN.

LOCALIZACIÓN.- COMO SU NOMBRE INDICA, SE LOCALIZA EN LA ENCÍA LIBRE ADHERIDA O EN LA PAPILA GINGIVAL (GINGIVA).

HISTOLOGÍA.- CAVIDAD REVESTIDA POR EPITELIO ESCAMOSO ESTRATIFICADO. LAS CÉLULAS SON DELGADAS Y PLANAS, PRESENTANDO MUCHAS VECES QUERATINA.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.- NO PROVOCA REALMENTE UNA CAVIDAD RADIOLÚCIDA, PORQUE NO VIENE DEL HUESO. POR LO TANTO, DEBIDO AL AUMENTO DE VOLUMEN QUE SE OBSERVA EN LA ENCÍA, SE OBSERVARÁ MEJOR CLÍNICAMENTE QUE POR MEDIO DE LA RADIOGRAFÍA.

TRATAMIENTO.- SE HARÁ LA EXTIRPACIÓN QUIRÚRGICA, CORTANDO LA GINGIVA Y POSTERIORMENTE SE HARÁ LA ENUCLEACIÓN, EXCEPTO EN NIÑOS, EN LOS CUALES NO SE NECESITA TRATAMIENTO YA QUE DESAPARECEN POR SÍ SOLOS.

GINGIVAL EN RECIEN NACIDOS

LOS QUISTES GINGIVALES, OBSERVADOS EN LOS NIÑOS RECIÉN NA-

CIDOS Y NIÑOS PEQUEÑOS), SE CONOCEN TAMBIÉN CON EL NOMBRE DE --
"PERLAS DE EPSTEIN" O "NÓDULOS DE BOHN".

ORIGEN.- CRECE A PARTIR DE LOS RESTOS DE LA LÁMINA DENTAL-
O DEL ÓRGANO DEL ESMALTE DE LA DECIDUA.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- EXISTEN OCASIONES EN QUE AUMEN-
TAN DE TAMAÑO, PUDIÉNDOSE OBSERVAR CLÍNICAMENTE COMO PEQUEÑAS -
PROMINENCIAS DURAS, DE COLOR BLANCO AMARILLENTO, A VECES, ESTÁN
ISQUÉMICAS POR LA PRESIÓN INTERNA. PARECEN NO PRODUCIR MOLES--
TIAS A LOS NIÑOS.

LOCALIZACIÓN.- CASI TODOS LOS EMBRIONES HUMANOS DESPUÉS --
DEL CUARTO MES DE VIDA INTRAUTERINA Y CASI EL 80% DE LOS NIÑOS-
RECIÉN NACIDOS, PRESENTAN ESTOS QUISTES O NÓDULOS EN LA UNIÓN -
DEL PALADAR Y BLANDO CERCA DEL RAFÉ MEDIO Y EN EL REBORDE ALVEO
LAR.

TAMAÑO.- PUEDEN SER SOLITARIOS SIMPLES O MÚLTIPLES. SUE--
LEN TENER UN DIÁMETRO DE UN MILÍMETRO O MENOS.

HISTOLOGÍA.- PRESENTAN UN DELGADO REVESTIMIENTO EPITELIAL-
ADEMÁS DE CONTENER QUERATINA Y CON FRECUENCIA CÉLULAS INFLAMATO
RIAS.

TRATAMIENTO.- NO REQUIEREN TRATAMIENTO, YA QUE ESTAS LESIO
NES DESAPARECEN POR APERTURA EN LA SUPERFICIE MUCOSA O AL SER -

DESECHADAS POR LOS DIENTES EN ERUPCIÓN.

PRONÓSTICO.- FAVORABLE.

GINGIVAL DEL ADULTO

QUISTE QUE TIENE TEJIDO BLANDO GINGIVAL.

ORIGEN.- SE ORIGINA POR DEGENERACIÓN QUIÍSTICA DE LA LÁMINA DENTAL; PUEDEN ORIGINARSE TAMBIÉN, POR LA IMPLANTACIÓN TRAUMÁTICA DE EPITELIO SUPERFICIAL.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- SE PRESENTA COMO UNA HINCHAZÓN-PEQUEÑA, BIEN CIRCUNSCRITA E INDOLORA.

LOCALIZACIÓN.- SE ENCUENTRA EN LA ENCÍA ELIBRE O EN LA PAPILA. SE PUEDE PRESENTAR A CUALQUIER EDAD, SIENDO MÁS FRECUENTE EN LOS ADULTOS.

TAMAÑO.- APROXIMADAMENTE 1 CM. DE DIÁMETRO O MENOS.

HISTOLOGÍA.- CAVIDAD REVESTIDA DE EPITELIO Y CONTIENE LÍQUIDO. EL EPITELIO DE REVESTIMIENTO ES DELGADO Y APLANADO. -- PUEDE HABER INFILTRACIÓN DE CÉLULAS INFLAMATORIAS.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.- COMO SE ENCUENTRA EN TEJIDO BLANDO NO SE APRECIA EN LA RADIOGRAFÍA (AUNQUE ADQUIERA UN TAMAÑO SUFICIENTE PARA PRODUCIR UNA EROSIÓN DE LA LÁMINA ÓSEA -

CORTICAL).

TRATAMIENTO.- SE CORTARÁ LA GINGIVA Y SE HARÁ LA ENUCLEACIÓN.

PRONÓSTICO.- NO EXISTE RECIDIVA.

F) QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE
TAMBIÉN DENOMINADO: QUISTE ODONTÓGENO EPITELIAL CALCIFICADO,
QUISTE DE GORLIN.

FUE DESCUBIERTO POR PRIMERA VEZ, POR GORLIN Y COLAB. EN --
1962, RECONOCIÉNDOLO COMO UNA ENTIDAD BAJO LA DENOMINACIÓN DE --
"QUISTE ODONTÓGENO EPITELIAL CALCIFICANTE".

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- NO VARÍAN CON RESPECTO A LOS DE
CUALQUIER OTRO QUISTE ODONTOGÉNICO. PUEDE O NO ESTAR EN RELACIÓN
CON UNA PIEZA INCLUIDA.

LOCALIZACIÓN.- EL 75-80% APROXIMADAMENTE DE LAS LESIONES --
SE PRODUCEN EN LOS MAXILARES, AFECTANDO MÁS FRECUENTEMENTE LA--
REGIÓN MANDIBULAR; DEL 20-25% APROXIMADAMENTE EN EL TEJIDO BLAN--
DO ADYACENTE, SIN LESIÓN DEL HUESO SUBYACENTE.

NO EXISTE PREDILECCIÓN SEXUAL. PUEDE APARECER A CUALQUIER
EDAD, PERO MÁS DEL 50% SE VEN EN PACIENTES MENORES DE 40 AÑOS.

TAMAÑO.- PUEDEN TRANSFORMARSE EN LESIONES MUY GRANDES, DE VARIOS CM DE DIÁMETRO (APROXIMADAMENTE HASTA 8 CM); SIN EMBARGO LAS LESIONES PEQUEÑAS SON MÁS COMUNES (1 CM APROXIMADAMENTE).

HISTOLOGÍA.- COMO TODOS LOS QUISTES VERDADEROS, PRESENTA UNA CAVIDAD QUISTICA CON UN REVESTIMIENTO EPITELIAL ESTRATIFICADO Y COMPUESTO DE UNA CAPA BIEN DEFINIDA DE CÉLULAS COLUMNARES- O CUBOIDEAS, ADEMÁS, DISEMINADAS ENTRE MASAS IRREGULARES DE CÉLULAS BASOFÍLICAS (SE ENCUENTRAN CÉLULAS "FANTASMAS" PÁLIDAS E₀ SINOFÍLICAS. ÉSTAS CÉLULAS SE CALCIFICAN Y HASTA QUERATINIZAN).

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.- SE OBSERVAN RADIOLÚCIDOS, BIEN CIRCUNSCRITOS (ÚNICO O MULTILOCULAR). EN LA ZONA RADIOLÚCIDA HAY CANTIDADES VARIABLES DE MATERIAL RADIOPACO, DISPERSO - (COMO MANCHAS O COMO CALCIFICACIONES).

TRATAMIENTO.- SE REALIZARÁ LA ENUCLEACIÓN DE LA LESIÓN, -- REALIZANDO UN BUEN CURETAJE.

PRONÓSTICO.- LESIÓN GENERALMENTE BENIGNA, NO HABIENDO REC₁ DIVA SI LA ENUCLEACIÓN ES COMPLETA.

G) QUERATOQUISTE ODONTOGENICO

OCUPAN APROXIMADAMENTE UN 6% DE TODOS LOS QUISTES DE LOS - MAXILARES.

EL TÉRMINO DE QUERATOQUISTE SE UTILIZÓ POR VEZ PRIMERA EN 1956 POR PHILIPSEN. SIENDO PINDBORG Y HANSEN EN 1963, QUIENES-DESCUBRIERON LAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE ESTE QUISTE.

ORIGEN.- EL QUISTE ODONTOGÉNICO SE REFIERE A UN TIPO ESPECÍFICO DE ALTERACIÓN QUE PUEDE OCURRIR EN LOS QUISTES FOLICULARES (LOS CUALES SON COMUNES ENTRE LOS QUISTES QUE SE VEN EN EL SÍNDROME DE NEVO BASOCELULAR). ES POR ESTO, QUE TIENE VARIOS -ORÍGENES, SIN EMBARGO, EXISTE UN RASGO CLÍNICO, PARA SU RECONOCIMIENTO Y SEPARACIÓN COMO ENTIDAD CARACTERÍSTICA Y ES QUE SU -ÍNDICE DE RECIDIVA SUELE SER ELEVADO.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- NO EXISTEN REALMENTE MANIFESTACIONES CLÍNICAS CARACTERÍSTICAS, PERO LAS MÁS COMUNES SON: HINCHAZÓN DE TEJIDO BLANDO Y EXPANSIÓN DE HUESO.

LOCALIZACIÓN.- EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS ES MÁS COMÚN EN LA MANDÍBULA QUE EN EL MAXILAR, SOBRE TODO EN LA REGIÓN DE TERCEROS MOLARES (CASI EL 40% DE ELLOS SE ASOCIA CON MOLARES RETENIDOS) Y RAMA ASCENDENTE.

SE ORIGINA A CUALQUIER EDAD, DESDE LA INFANCIA HASTA LA ANCIANIDAD. SIENDO LA EDAD PROMEDIO LA SEGUNDA Y TERCERA DÉCADA-DE LA VIDA.

TAMAÑO.- VARÍA, AUNQUE SUELEN SER GRANDES Y MÚLTIPLES.

HISTOLOGÍA.- POSEE UNA PARED DE TEJIDO CONECTIVO, GENERALMENTE DELGADA. EL EPITELIO DE REVESTIMIENTO ES ESCAMOSO ESTRATIFICADO, ELABORA QUERATINA. ADEMÁS, LA PARED QUÍSTICA DEL TEJIDO CONECTIVO, PRESENTA EN OCASIONES, ISLAS DE EPITELIO (PARECIDO AL DE REVESTIMIENTO), SON COMO QUISTES PEQUEÑOS (MICROQUISTES). ESTOS PEQUEÑOS QUISTES O "HIJOS" SON EN REALIDAD, LOS EXTREMOS DE LOS PLIEGUES DEL EPITELIO DE REVESTIMIENTO DE LA CAVIDAD QUÍSTICA PRINCIPAL QUE HAN SIDO CORTADOS.

EN CUANTO A LA LUZ DEL QUERATOQUISTE, PODEMOS ENCONTRAR UN LÍQUIDO DE POCO ESPESOR DE COLOR PAJIZO O UN MATERIAL CREMOSO - CON MÁS ESPESOR DE COLOR AMARILLENTO PARDUSCO. EN OCASIONES PODEMOS ENCONTRAR COLESTEROL.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS.- IMAGEN RADIOLÚCIDA UNILOCULAR O MULTILOCULAR, CON UN DELGADO BORDE ESCLERÓTICO REACCIONAL-ÓSEO.

TRATAMIENTO.- ENUCLEACIÓN TOTAL (AUNQUE SE DICE QUE ES DIFÍCIL POR LA PARED DEL QUISTE QUE ES DELGADA) Y EN OTROS CASOS- LA TÉCNICA DE MARSUPIALIZACIÓN.

PRONÓSTICO.- APROXIMADAMENTE UN 45% DE LOS CASOS TIENDE A RECIDIVAR, DEBIDO A LA NATURALEZA DE LA LESIÓN EN SÍ, MÁS QUE POR LA TÉCNICA QUIRÚRGICA. LA RECIDIVA SUELE APARECER CON RETARDO, POR LO QUE CADA CASO DEBE SER CONTROLADO POSTERIORMENTE CON RADIOGRAFÍAS (MÍNIMO DURANTE LOS PRIMEROS CINCO AÑOS DES---

PUÉS DE LA CIRUGÍA).

SÍNDROME DE QUISTE Y NEVO BASOCELULAR DEL MAXILAR Y
COSTILLA BÍFIDA (SÍNDROME DE GORLIN Y GOLTZ)

TIENE VARIAS DENOMINACIONES: SÍNDROME DE NEVO BASOCELULAR; NEVUS DE CÉLULAS BASALES; QUERATOQUISTES MÚLTIPLES DE LOS MAXILARES, CARCINOMAS BASOCELULARES NEVOIDES CUTÁNEOS MÚLTIPLES Y ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS. SIENDO LA ASOCIACIÓN DE QUISTES MÚLTIPLES (QUERATOQUISTES) EN LOS MAXILARES, ADEMÁS DE LOS NEVUS DE CÉLULAS BASALES Y NUMEROSAS ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS, UN SÍNDROME BIEN CONOCIDO.

GORLIN Y COLABORADORES LO REVISARON CUIDADOSAMENTE, SIENDO DESCRITO INICIALMENTE POR BINKLEY Y JOHNSON (EN 1951).

ORIGEN.- ES UNA ENFERMEDAD HEREDITARIA CON UN CARÁCTER AUTOSÓMICO DOMINANTE, CON UNA ELEVADA PENETRACIÓN Y UNA EXPRESIVIDAD MUY VARIABLE.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.- SIENDO UN SÍNDROME MUY COMPLEJO, ABARCA GRAN VARIEDAD DE POSIBLES ANOMALÍAS:

ANOMALÍAS CUTÁNEAS: CARCINOMAS BASOCELULARES, QUE SUELEN APARECER EN REGIONES NO EXPUESTAS A LA LUZ SOLAR (CARA, TRONCO), OBSERVÁNDOSE GENERALMENTE EN PERSONAS JÓVENES (INFANCIA, ADOLESCENCIA); ADEMÁS DE OTROS QUISTES Y TUMORES DÉRMICOS BENIGNOS.

ANOMALÍAS DENTALES Y ÓSEAS (ESQUELÉTICAS), QUERATOQUISTES-ODONTÓGENOS (FRECUENTEMENTE MÚLTIPLES, PUDIENDO PRESENTAR DE -- 10-15 QUISTES, RELACIONADOS CON PIEZAS INCLUIDAS); PSEUDOPROGNATISMO MANDIBULAR; ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS COMO: ANOMALÍAS DE COSTILLA (FRECUENTEMENTE BÍFIDA) Y VERTEBRALES; PROMINENCIA FRONTAL Y TEMPOROPARIETAL.

ANOMALÍAS OFTÁLMICAS, HIPERTELORISMO OCULAR CON PUENTE NASAL ANCHO; CEGUERA CONGÉNITA, ESTRABISMO INTERNO.

ANORMALIDADES SEXUALES, HIPOGONADISMO EN VARONES Y TUMORES OVÁRICOS EN MUJERES.

DENTRO DE LAS MANIFESTACIONES BUCALES SE PRESENTAN NUMEROSOS QUISTES QUE VARÍAN DE TAMAÑO. ESTOS QUISTES ESTÁN REVESTIDOS DE EPITELIO SIMPLE O ESCAMOSO ESTRATIFICADO, LEVEMENTE QUERATINIZADO (QUERATOQUISTES ODONTOGÉNICOS). PUEDEN APARECER, -- POR VEZ PRIMERA, A LOS 7-8 AÑOS, PUDIENDO HABER DEFORMACIÓN Y-- DESPLAZAMIENTO DE DIENTES EN DESARROLLO, Y SIN EMBARGO, PUEDEN NO DESARROLLARSE SINO HASTA LA EDAD MEDIA.

DIAGNÓSTICO.- EL CIRUJANO DENTISTA NO DEBE DESCARTAR ESTE SÍNDROME, SI POR LO MENOS SE PRESENTAN TRES ANOMALÍAS DE LAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS. ADEMÁS SE HARÁ EL EXAMEN HISTOLÓGICO.

TRATAMIENTO.- ENUCLEACIÓN DEL QUERATOQUISTE Y DIENTES INCLUIDOS.

PRONÓSTICO.- EL ÍNDICE DE RECIDIVA DE QUERATOQUISTES DE ESTE SÍNDROME ES TAN ELEVADO COMO EL DE LOS QUE NO ESTÁN ASOCIADOS A ÉL.

CAPITULO IV

TRATAMIENTO QUIRURGICO

UNA VEZ REALIZADO Y ESTABLECIDO CLÍNICA (HISTORIA CLÍNICA, EXÁMENES DE LABORATORIO) Y RADIOGRÁFICAMENTE EL DIAGNÓSTICO DE QUISTE, CUALQUIERA QUE SEA SU VARIEDAD CLÍNICA, SERÁ NECESARIO CONSIDERAR EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO QUE DEBE APLICARSE A ESTOS PROCESOS.

SIN EMBARGO, ANTES DE LLEVAR A CABO CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DEBEMOS APOYARNOS EN SÓLIDOS PRINCIPIOS QUE SON FUNDAMENTALES COMO: COLGAJO ADECUADO QUE PROPORCIONE FAVORABLE ACCESO A LA ZONA DEL QUISTE; INCISIÓN NÍTIDA CON BASE ÓSEA SANA; NO LLEGAR A INSERCIÓNES MUSCULARES Y GRANDES VASOS, ASÍ COMO EVITAR LASTIMAR FIBRAS Y TRONCOS NERVIOSOS; TAMBIÉN EVITAR TRAUMA DE TEJIDOS BLANDOS; PRESERVACIÓN DEL APOORTE SANGUÍNEO A LA REGIÓN; CONTROL DE LA HEMORRAGIA, READAPTACIÓN DE TEJIDOS BLANDOS, ADEMÁS DE REALIZAR SUTURAS CORRECTAS, OBTENIÉNDOSE ASÍ UN POSOPERATORIO CON MENOS DOLOR. TOMANDO EN CUENTA LO ANTERIOR, DEBEMOS TENER PRESENTE, ADEMÁS, QUE EN TODA CIRUGÍA SON IMPORTANTES ESTOS CUIDADOS PREOPERATORIOS: ASEPCIA, ESTERILIZACIÓN, PREMEDICACIÓN Y ANESTESIA, (SIENDO ÉSTA LA BASE DE TODA BUENA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA).

DE ESTA FORMA, CUALQUIERA QUE SEA LA CATEGORÍA DEL QUISTE, EXISTEN TRES MÉTODOS GENERALES DE TRATAMIENTO:

- A) ENUCLEACIÓN (ELIMINACIÓN DE TODO EL QUISTE).
- B) COLAPSAMIENTO (O ACHICAMIENTO DEL QUISTE, MEDIANTE EL CUAL - EL QUISTE SE COLAPSA, ROMPIENDO PRESIÓN OSMÓTICA Y DRENANDO - HACIA UNA PARTE).
- C) MARSUPIALIZACIÓN (O TÉCNICA DE PARTSCH, POR LA CUAL, EL QUISTE SE DESCUBRE QUITANDO LA BÓVEDA Y HACIENDO LA CUBIERTA --- QUISTICA CONTINUA CON LA CAVIDAD BUCAL O REGIONES ADYACENTES).

I. TECNICA QUIRURGICA

INSTRUMENTAL

LOS INSTRUMENTOS Y ARTÍCULOS SE COLOCAN EN EMPAQUES O ESTUCHES ESTÉRILES. Y DE SER NECESARIO, EL CIRUJANO DENTISTA, PUEDE AGREGAR CUALQUIER INSTRUMENTO ESPECIAL QUE PUDIERA NECESITARSE PARA ALGÚN PROBLEMA QUIRÚRGICO PARTICULAR.

CAMPO QUIRÚRGICO (CUBRE EL CAMPO OPERATORIO) ESTÉRIL.

MATERIAL QUIRURGICO:

- GUANTES DESECHABLES
- MOTOR DE BAJA VELOCIDAD (PIEZA DE MANO RECTA Y CONTRA-ÁNGULO)
- VARIOS TIPOS DE FRESAS (DE CARBURO, PREFERENTEMENTE), EJEMPLO 3-6-8 DE BOLA; 553-703 DE FISURA, ESCOPLOS.
- CINCEL Y MARTILLO
- PINZAS GUBIAS O ALVEOLÓTOMO

- ABREBOCAS
- MANGO DE BISTURÍ BARD-PARKER No. 3 HOJAS # 11-12-15
- JERINGA PARA ANESTESIA, CARTUCHOS DE ANESTESIA Y AGUJAS DESECHABLES (CORTAS Y LARGAS)
- INSTRUMENTAL IX4
- SEPARADOR DE FARABEUF
- ELEVADOR DE PERIOSTIO (LEGRA), ESPÁTULA DE FREER O PERIOSTÓTOMO
- PINZAS DE KOCHER, PINZAS DE DISECCIÓN
- CUCCHARILLAS O CURETAS DE MILLER, LUKAN
- TIJERAS PARA ENCÍA (RECTAS Y CURVAS)
- PINZAS HEMOSTÁTICAS (MOSQUITO)
- LIMA PARA HUESO
- PORTAAGUJAS
- GASA ESTÉRIL (5 X 6 CM - 10 X 10 CM)
- MATERIAL PARA SUTURA CATGUT (000) SIMPLE O CRÓMICO
- JERINGA HIPODÉRMICA
- SUERO FISIOLÓGICO, H₂O₂
- APÓSITOS QUIRÚRGICOS (GELFOAM)

OTROS:

- GASA YODOFORMADA
- CLORURO DE ZINC AL 10%

ANESTESIA

GENERALMENTE SERÁ ANESTESIA LOCAL (SUPERIOR) Y REGIONAL -- (INFERIOR).

MAXILAR SUPERIOR.- ZONA ANTERIOR ANESTESIA INFRAORBITARIA, CON PUNTOS LOCALES EN PALATINO; ZONA MEDIA Y POSTERIOR; ANESTESIA LOCAL EN QUISTES PEQUEÑOS, ANESTESIA REGIONAL, REALIZADA A LA ALTURA DE LOS NERVIOS DENTARIOS POSTERIORES O BLOQUEO DEL -- TRONCO DEL NERVIIO MAXILAR SUPERIOR A LA SALIDA DEL AGUJERO RE-- DONDO MAYOR, EN PLENA FOSA PTERIGOMAXILAR, COMPLETADA CON ANES-- TESIA LOCAL (VESTIBULAR Y PALATINO).

MANDÍBULA.- SE REALIZA A AL ALTURA DE LA ESPINA DE SPIX, - COMPLETADA CON EL BLOQUEO DEL NERVIIO BUCAL, DENTAL, LINGUAL. -- EN OCASIONES ESTÁ INDICADA LA DOBLE ANESTESIA REGIONAL EN LA ES-- PINA DE SPIX O EN EL AGUJERO MENTONIANO.

ACCESO

INDEPENDIENTEMENTE DE SU TAMAÑO Y SITUACIÓN, LA VÍA DE AC-- CESO GENERALMENTE SERÁ POR VESTIBULAR, SIN EMBARGO, EN ALGUNAS-- OCASIONES, DEBIDO A LA LOCALIZACIÓN DEL QUISTE, SE TENDRÁN QUE-- HACER ALGUNAS VARIACIONES TOPOGRÁFICAS, SEGÚN EL CASO.

METODO QUIRURGICO

A) ENUCLEACIÓN (MÉTODO RADICAL)

ES LA ELIMINACIÓN COMPLETA DE LA BOLSA QUISTICA, QUEDANDO-- LA CAVIDAD ÓSEA QUE LA ALOJA VACÍA.

EXISTEN DOS FORMAS PARA QUE SE LLEVE A CABO LA REGENERA-- CIÓN ÓSEA:

- 1.- ENUCLEACIÓN CON SUTURA.- EN DONDE LA CAVIDAD ÓSEA SE LLENA DE SANGRE, DEPENDIENDO LA OSIFICACIÓN DE LA FORMACIÓN DEL COÁGULO. GENERALMENTE SE UTILIZARÁ LA SUTURA INMEDIATA.
- 2.- ENUCLEACIÓN SIN SUTURA (OBTURANDO LA CAVIDAD ÓSEA CON DIFERENTES MATERIALES). EN DONDE LA CAVIDAD ÓSEA SE TAPIZA LENTAMENTE DE EPITELIO, DANDO LUGAR A LA REGENERACIÓN DE LAS CAVIDADES.

INDICACIONES PARA QUISTES CON SUTURAS.- EN QUISTES MEDIANOS Y PEQUEÑOS (DIÁMETRO NO MAYOR DE 3 CM.); EN QUISTES ESTÉRILES (LOS INFECTADOS, SON GENERALMENTE OPERADOS CON EL MÉTODO ABIERTO).

NOTA: PARA QUISTES MAYORES, LA TÉCNICA GENERALMENTE SE TERMINA CON TAPONAMIENTO, YA QUE, EL PELIGRO QUE TIENEN ESTOS QUISTES CON SUTURA RESIDE EN QUE EL COÁGULO PUEDE INFECTARSE Y SUPURAR, SIN EMBARGO, PUEDE LLEVARSE A CABO EL MÉTODO CON LA ASEPTICIA NECESARIA EN TODA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

LA OBTURACIÓN DE LAS CAVIDADES QUISTICAS ES CON SUSTANCIAS HEMOSTÁTICAS, ANTISÉPTICAS Y OBTURADORAS DE ESPACIO, SALVO LOS INCONVENIENTES DE INFECCIÓN Y RETRACCIÓN DEL COÁGULO.

1.- ENUCLEACION (CON SUTURA)

TIEMPOS QUIRÚRGICOS:

- A) INCISIÓN
- B) DESPRENDIMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL Y PREPARACIÓN DE LOS COLGAJOS
- C) OSTECTOMÍA
- D) ENUCLEACIÓN DE LA BOLSA QUÍSTICA
- E) TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS
- F) TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE
- G) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA
- H) SUTURA
- I) TRATAMIENTO POSOPERATORIO

IMPORTANTE: SE PRESENTA A CONTINUACIÓN EL TRATAMIENTO DE UN QUISTE TIPO, EXISTIENDO VARIACIONES EN EL MÉTODO, EN LAS DISTINTAS CLASES DE QUISTES.

TRATAMIENTO DE UN QUISTE EN EL MAXILAR SUPERIOR

A) CON EL BISTURÍ BARD-PARKER # 3 HOJA # 15 Y CON UNA ANGU LACIÓN DE 45°, PROCEDEMOS A REALIZAR LA INCISIÓN, QUE PUEDE SER INCISIÓN DE NEWMANN (NOS DA UN COLGAJO QUE PROPORCINA UN MAYOR-CAMPO OPERATORIO); INCISIÓN DE PARTSCH (COMO INDICACIÓN ESPE--- CIAL, SI LA OPERACIÓN SE VA A TERMINAR CON SUTURA, LA INCISIÓN-DEBE DESCANSAR SOBRE TEJIDO ÓSEO SANO DESPUÉS DE COLOCAR EL COLGAJO).

LA INCISIÓN DEBE SER MAYOR QUE LOS LÍMITES DEL PROCESO, -- LLEGANDO A TEJIDO ÓSEO, EVITANDO LESIONAR LA BOLSA QUÍSTICA. -- POSTERIORMENTE SE TOMAN LOS BORDES DE LA HERIDA CON PINZAS DE -

KOCHER.

B) UTILIZANDO UNA LEGRA, SE EMPIEZA A SEPARAR EL TEJIDO -- GINGIVAL, DE SU INSERCIÓN EN EL HUESO, ABARCANDO UNA EXTENSIÓN-- MAYOR QUE LOS LÍMITES DEL QUISTE, OBTENIENDO UN ACCESO MÁS FÁ-- CIL A LA BOLSA QUÍSTICA.

POR OTRA PARTE, EN CASO DE ENCONTRARSE EL HUESO QUE CUBRE-- EL PROCESO DESTRUIDO, EL DESPRENDIMIENTO MUCOPERIOSTIO SE REALI-- ZARÁ HASTA ENCONTRAR HUESO SANO (EN ESTE CASO, ENCONTRAMOS QUE-- LA INSERCIÓN DE LA ENCÍA A LA BOLSA QUÍSTICA ES ÍNTIMA Y PROFUN-- DA). ASIMISMO, SI EL QUISTE ES SUPURADO (EN SU PERIODO CRÓNII-- CO), LAS ADHERENCIAS (ENCÍA-MEMBRANA QUÍSTICA), VAN A SER MAYO-- RES, POR LO QUE SE DESPRENDERÁ CON EL BISTURÍ O CON TIJERAS.

POSTERIORMENTE SE RETIRAN LAS PINZAS DE KOCHER, Y CON SEPA-- RADORES DE FARABEUF SOSTENEMOS LOS COLGAJOS.

C) SE PUEDEN PRESENTAR DOS SITUACIONES: ENCONTRAR TEJIDO -- ÓSEO SANO, CON O SIN MODIFICACIÓN DE SUS LÍMITES; ENCONTRAR TE-- JIDO ÓSEO DESTRUIDO Y EL TEJIDO GINGIVAL EN CONTACTO DIRECTO -- CON LA BOLSA QUÍSTICA. POR TANTO SE PUEDEN LLEVAR A CABO DOS - TRATAMIENTOS: TREPANAR EL TEJIDO ÓSEO UTILIZANDO PARA LA OSTECTO-- MÍA ESCOPLAS (FINOS Y DELICADOS), FRESAS QUIRÚRGICAS O PINZAS - GUBIAS Y SE REALIZARÁ UNA VENTANA EN LA TABLA EXTERNA (CON LOS ESCOPLAS). POSTERIORMENTE SE AUMENTARÁN LOS DIÁMETROS DE ESTA-- ABERTURA ÓSEA, REALIZANDO UNA EXTENSIÓN MAYOR O IGUAL QUE LOS -

LÍMITES DEL QUISTE (CON FRESAS QUIRÚRGICAS O PINZAS GUBIAS); EN CASO DE ENCONTRARSE DESAPARECIDA LA TABLA ÓSEA EXTERNA, SE AGRANDARÁ (CON PINZAS GUBIAS O PINZAS HEMOSTÁTICAS SI ES DELGADO EL HUESO). DE ESTA FORMA, UNA VEZ LLEVADA A CABO LA OSTECTOMÍA, PODREMOS OBSERVAR LA BOLSA QUÍSTICA, LA CUAL PRESENTA UN COLOR-AZULADO ROJIZO CARACTERÍSTICO, CON UN BRILLO NACARADO Y DE CONSISTENCIA VARIABLE, DEPENDIENDO DE LA PRESIÓN DEL LÍQUIDO QUÍSTICO.

D) PRIMERAMENTE SE ELIMINARÁ EL CONTENIDO DE LA BOLSA QUÍSTICA, SOBRE TODO SI SE TRATA DE UN QUISTE GRANDE (ESTE PASO NO ES ABSOLUTAMENTE NECESARIO), LOGRANDO ASÍ DISMINUIR SU VOLUMEN, LO CUAL SE LLEVA A CABO DE LA SIGUIENTE MANERA: SE PUNZARÁ LA BOLSA QUÍSTICA CON UNA AGUJA DE CALIBRE MEDIANO, HACIENDO LA SUCCIÓN DEL CONTENIDO QUÍSTICO CON UNA JERINGA DE VIDRIO.

POSTERIORMENTE SE SECCIONA LA PARED DEL QUISTE CON EL BISTURÍ O CON TIJERAS (SE LIMPIA EL CONTENIDO QUÍSTICO CON TROZOS-DE GASA, O CON EL EYECTOR-SUCCIONADOR) Y SE PROCEDE A LA ENUCLEACIÓN DE LA BOLSA QUÍSTICA.

TOMAMOS LOS BORDES DE LA INCISIÓN DE LA BOLSA QUÍSTICA CON PINZAS DE KOCHER O CON PINZAS DE MOSQUITO, DESPUÉS SE LLEVA A CABO EL DESPRENDIMIENTO DE LA BOLSA QUÍSTICA DE SU ALOJAMIENTO-ÓSEO UTILIZANDO UN PERIOSTÓTOMO O UNA ESPÁTULA DE FREER. LA ENUCLEACIÓN SE HACE PRIMERO, SIGUIENDO LOS LÍMITES SUPERIORES Y DESPUÉS LOS INFERIORES (EN MANDÍBULA SE INVIERTE), DESPRENDIÉN-

DOLA, ASÍ, EN SU TOTALIDAD. ES IMPORTANTE TENER EN CUENTA QUE: EN QUISTES SIN INFECCIÓN, LO ANTERIOR SERÁ SENCILLO, EN CAMBIO, EN QUISTES SUPURADOS (COMO EXISTEN ADHERENCIAS MÁS PROFUNDAS DE LA MEMBRANA QUISTICA CON SU CAVIDAD ÓSEA), SERÁ NECESARIO UTILIZAR CUCHARILLAS PARA LOGRAR SU DESPRENDIMIENTO TAN ÍNTIMO, ADEMÁS DE QUE ES NECESARIO REALIZAR ESTE RASPADO DE LA CAVIDAD --- ÓSEA, PARA ELIMINAR TODAS LAS PARTÍCULAS QUE PUEDEN QUEDAR DE LA MEMBRANA, EVITANDO LA RECIDIVA.

UNA VEZ EXTRAÍDA TOTALMENTE LA BOLSA QUISTICA, SE LLEVA A CABO LA HEMOSTASIS DE LA CAVIDAD ÓSEA CON GASA Y LAVANDO LA CAVIDAD (CON H_2O_2 , SUERO FISIOLÓGICO). POR ÚLTIMO, SE REALIZAN TOQUES CON UNA SOLUCIÓN DE CLORURO DE ZINC AL 10%, ELIMINANDO ASÍ TODOS LOS RESTOS QUISTICOS.

E) ESTE PASO SE LLEVARÁ A CABO EN CASO DE QUE ESTOS PROCESOS INVADAN CAVIDADES VECINAS, EJEMPLO: FOSAS NAALES, BÓVEDA PALATINA, ETC., POR LO QUE DEPENDIENDO DEL ÓRGANO U ÓRGANOS VITALES AFECTADOS, SERÁ EL TRATAMIENTO DE ÉSTOS; Y SI AFECTAN --- DIENTES VECINOS, ÉSTOS PERMANECERÁN GENERALMENTE EN SU LUGAR -- AÚN LOS MÁS DESVIADOS. SIN EMBARGO, EN CASO DE QUE ESTOS DIENTES NO FUNCIONEN NI SIQUIERA ESTÉTICAMENTE, SE HARÁ SU EXTRACCIÓN, TIEMPO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, PUDIENDO -- EXISTIR EXCEPCIONES EN ALGUNOS CASOS.

F) SE LLEVARÁ A CABO EL TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE DEL PROCESO, DEPENDIENDO DEL QUISTE QUE SE TRATE.

POR EJEMPLO EN CASO DE QUISTES PERIAPICALES SE PUEDEN TENER DOS CAMINOS: EXTRACCIÓN INMEDIATA DEL DIENTE CAUSANTE, REALIZÁNDOLO DESPUÉS DE EFECTUADA LA ENUCLEACIÓN DE LA BOLSA QUISTICA; O REALIZAR LA APICECTOMÍA CON FRESAS.

EL CONDUCTO RADICULAR, EN AMBOS CASOS, DEBE SER OBTURADO GENERALMENTE CON ANTERIORIDAD.

G) EN CASO DE NO EXISTIR SANGRADO, SE PROVOCA UNA LEVE - HEMORRAGIA DE LAS PARTES BLANDAS VECINAS (CON UNA CUCHARILLA O CUALQUIER INSTRUMENTO), LLENÁNDOSE DE SANGRE LA CAVIDAD ÓSEA. - ES IMPORTANTE, TAMBIÉN ALISAR LAS APÓFISIS ALVEOLARES (UTILIZANDO LIMA PARA HUESO).

PARA LA OBTURACIÓN DE LA CAVIDAD:

SI SE TRATA DE QUISTES PEQUEÑOS, GENERALMENTE SANA POR PRIMERA INTENCIÓN, YA QUE SE FORMA UN COÁGULO SANGUÍNEO ORGANIZADO, OBTENIENDO ASÍ, LA PROLIFERACIÓN DE TEJIDO CONECTIVO JOVEN Y FINALMENTE, LA FORMACIÓN DE NUEVO HUESO; EN CAVIDADES GRANDES, POR LO GENERAL, LA HERIDA SANA POR SEGUNDA INTENCIÓN - (UTILIZANDO MATERIALES DE RELLENO).

FINALMENTE SE COLOCA EL COLGAJO EN SU LUGAR Y SE SUTURA.

H) LAS INDICACIONES DE UN CIERRE INMEDIATO, SON PRINCIPALMENTE, EN QUISTES PEQUEÑOS Y MEDIANOS, ADEMÁS DE LOS NO SUPURADOS. EL MÉTODO EXIGE ASEPCIA DE LA OPERACIÓN (QUE EL COÁGULO

Y LA CAVIDAD ÓSEA NO SE CONTAMINEN CON LA SALIVA Y EL MEDIO AMBIENTE).

LA SUTURA SE REALIZA SOBRE BASE ÓSEA FIRME, UTILIZANDO - HILO DE LINO (SEDA NEGRA 000 O CATGUT CRÓMICO), DEJANDO ENTRE - CADA PUNTO UN ESPACIO DE 1/2 A 1 CM.

1) EL PACIENTE DEBE REPOSAR POR LO MENOS EL DÍA DE LA -- OPERACIÓN, DÁNDOLE ADEMÁS, LAS INDICACIONES POSOPERATORIAS NECESARIAS, ASÍ COMO TAMBIÉN LA ANTIBIOTICOTERAPIA A SEGUIR (LA MEDICACIÓN ANTIBIÓTICA GENERAL NOS AYUDA SOBRE TODO PARA LA INFLAMACIÓN Y PARA QUE NO SE PRESENTE INFECCIÓN).

2.- ENUCLEACION (SIN SUTURA: OBTURANDO LA CAVIDAD CON DIFERENTES MATERIALES)

LOS TIEMPOS QUIRÚRGICOS SON LOS MISMOS DEL MÉTODO CON SUTURA VARIANDO SOLAMENTE EN EL SÉPTIMO Y OCTAVO PASO (G Y H).

G) SE PROCEDE A COLOCAR EL LABIO SUPERIOR DEL COLGAJO -- (INFERIOR EN LA MANDÍBULA) DENTRO DE LA CAVIDAD Y SOBRE ÉL SE PROCEDE A OBTURAR (O RELLENAR) LA CAVIDAD DE QUISTES GRANDES E-INFECTADOS. POR LO QUE, GENERALMENTE, SE VAN A UTILIZAR APÓSITOS QUIRÚRGICOS DE SUBSTITUCIÓN ENTRE LOS MÁS UTILIZADOS ESTÁN: GASA, PRODUCTOS REABSORBIBLES DE CELULOSA COMO GELFOAM, TAMBIÉN ASTILLAS DE HUESO, ENTRE OTROS. ESTOS MATERIALES AYUDAN A EVITAR EL SANGRADO Y LA FORMACIÓN DE HEMATOMAS; DISMINUCIÓN DE INFECCIONES POSOPERATORIAS, ADEMÁS DE AYUDAR A LA CICATRIZACIÓN Y

A LA REPARACIÓN DE UN CONTORNO FISIOLÓGICO, FUERZA MECÁNICA Y - DEL ASPECTO FUNCIONAL; ELIMINACIÓN DE ESPACIOS MUERTOS, ETC.

EN CASO DE USAR UN APÓSITO DE GASA ES MUY SATISFACTORIA- LA GASA YODOFORMADA (DE 1.5-2.5 CM) O GASA SIMPLE HUMEDECIDA EN BÁLSAMO DE PERÚ, QUITÁNDOSE GENERALMENTE, YA SEA PARCIAL O TO-- TALMENTE AL 5° Ó 7° DÍA DESPUÉS DE LA OPERACIÓN (DEPENDIENDO -- DEL ESTADO DE CONSERVACIÓN DE LA GASA, RECONOCIBLE POR SU OLOR). SIN EMBARGO, SI EXISTE HEMORRAGIA DURANTE LA OPERACIÓN, SE AFLQ JARÁ EL APÓSITO GRADUALMENTE Y SE QUITARÁ EN SECCIONES EN LOS - PRÓXIMOS 10 Ó 12 DÍAS. ES IMPORTANTE IRRIGAR SIEMPRE LA CAVI-- DAD EN CADA CAMBIO DE APÓSITO.

H) NO EXISTE LA SUTURA.

I) SE REVISARÁ POSTERIORMENTE LA CAVIDAD, CAMBIANDO LA-- GASA YODOFORMADA, TENIENDO ANTES EL CUIDADO DE IMPREGNARLA EN - H₂O₂ CALIENTE PARA EVITAR DOLOR Y HEMORRAGIA (LENTAMENTE Y EN - TROZOS O EN BLOCK). LIBRE LA CAVIDAD, SE LAVA CON SUERO FISIO- LÓGICO TIBIO Y SE PUEDE PINCELAR LA CAVIDAD CON CLORURO DE ZINC AL 10%, OBTURANDO NUEVAMENTE CON LA GASA YODOFORMADA (48 HORAS) LO ANTERIOR SE LLEVARÁ A CABO EN 5 Ó 6 OCASIONES HASTA QUE LA - CAVIDAD NO SANGRE MÁS, UNA VEZ LOGRADO ESTO SE SUSPENDE LA GASA.

EL TIEMPO DE CURACIÓN SERÁ APROXIMADAMENTE A LOS 20 Ó 30 DÍAS (PUEDE VARIAR) Y SE PODRÁ OBSERVAR, ENTONCES QUE LA CAVI-- DAD ÓSEA ESTÁ CUBIERTA DE EPITELIO, SIENDO LENTO SU PROCESO DE-

REDUCCIÓN.

ADEMÁS SE LE DEBEN LAS INDICACIONES POSOPERATORIAS AL PACIENTE, ASÍ COMO TAMBIÉN ANTIBIOTICOTERAPIA.

B) COLAPSAMIENTO

MÉTODO PARA DISMINUIR EL VOLUMEN DE LOS GRANDES QUISTES
 CONSISTE EN EL VACIAMIENTO DEL QUISTE PARA DISMINUIR LA PRESIÓN QUE EJERCE EL LÍQUIDO QUISTICO, PARA LO CUAL SE ABRE UNA VENTANA QUE COMUNIQUE A LA CAVIDAD QUISTICA CON LA BUCAL.

INDICACIONES

EN GRANDES QUISTES QUE PONEN EN PELIGRO LA INTEGRIDAD DE TEJIDOS, ASÍ COMO LA ANATOMÍA DEL HUESO; PARA EVITAR EL POSIBLE TRAUMATISMO QUIRÚRGICO O LA SECCIÓN DE UN NERVIIO, PRINCIPALMENTE.

TIEMPOS QUIRÚRGICOS

A) INCISIÓN.- SE CREA UNA VENTANA QUIRÚRGICA PARA ESTABLECER LA COMUNICACIÓN ENTRE LA CAVIDAD QUISTICA Y LA CAVIDAD BUCAL. ESTA VENTANA QUIRÚRGICA SE HACE EN LA ZONA DE MAYOR ACCESO O MÁS DECLIVE (SE BUSCA POR INSPECCIÓN Y PALPACIÓN), UTILIZANDO UN BISTURÍ BARD-PARKER # 3, HOJA # 15, SE SECCIONARÁ EN FORMA CIRCULAR (MUCOSA Y PERIOSTIO).

B) DESPRENDIMIENTO DEL TEJIDO GINGIVAL.- SE REALIZARÁ EL DESPRENDIMIENTO MUCOPERIOSTIO CON UNA LEGRA, PARA UN MEJOR ACCESO.

C) OSTECTOMÍA.- PARA OBSERVAR EL HUESO (GENERALMENTE EN -- QUISTES GRANDES ES DELGADO Y PAPIRÁCEO) SE REALIZA SU APERTURA, SE UTILIZAN FRESAS QUIRÚRGICAS, PINZAS GUBIAS O ESCOPILOS.

D) COLAPSAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA.- SE SECCIONA LA BOLSA QUISTICA, PARA EL VACIAMIENTO DEL QUISTE, LOGRANDO ASÍ, DISMINUIR SU VOLUMEN (POR LA ASPIRACIÓN DEL CONTENIDO QUISTICO CON JERINGA DE VIDRIO).

E) TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ÓSEA.- SE LLEVARÁ A CABO UN LAVADO DE LA CAVIDAD ÓSEA, CON UNA SOLUCIÓN ALCOHÓLICA DE FENOL ALCANFORADO, SUERO FISIOLÓGICO O AGUA HERVIDA. Y PARA EVITAR QUE LA VENTANA QUIRÚRGICA REALIZADA SE CIERRE, ADEMÁS DE MANTENER SU DRENAJE, ES NECESARIO COLOCAR A SU NIVEL UNA SONDA BLANDA O TUBO DE POLIETILENO QUE AYUDARÁ A MANTENER EL DRENAJE A -- TRAVÉS DE LA CAVIDAD ABIERTA AYUDANDO A ALIVIAR LA PRESIÓN DENTRO DEL QUISTE.

LA IRRIGACIÓN PERIÓDICA SE LLEVARÁ A CABO TAMBIÉN, A TRAVÉS DEL TUBO (EL CUAL PUEDE ACORTARSE, MIENTRAS SE LLEVA A CABO LA CICATRIZACIÓN). EL TUBO SE DEJARÁ DE 8 A 10 DÍAS HASTA QUE LOS BORDES DE LA VENTANA SE HALLAN EPITELIZADO (EVITÁNDOSE ASÍ SU CIERRE INOPORTUNO).

EL TIEMPO DE DISMINUCIÓN DEL QUISTE VARÍA EN CADA INDIVIDUO, YA QUE DEPENDE DEL TAMAÑO DEL QUISTE, EL PODER DE REEDIFICACIÓN ÓSEA, ASÍ COMO LA EDAD DEL PACIENTE. SIN EMBARGO TIENE-

UN TIEMPO DE 6 MESES O AÑO Y MEDIO O DOS (APROXIMADAMENTE).

F) TRATAMIENTO POSOPERATORIO.- SE DARÁN LAS INDICACIONES - POSOPERATORIAS NECESARIAS AL PACIENTE, ASÍ COMO SU ANTIBIOTICO-TERAPIA.

C) MARSUPIALIZACION (O DE PARTSCH-METODO CONSERVADOR)

EN DONDE EL QUISTE ES "DESTECHADO", TRANSFORMÁNDOSE EN UNA CAVIDAD ACCESORIA DE LA CAVIDAD ORAL Y QUIEN EN POCO TIEMPO ADQUIERE LAS CARACTERÍSTICAS DEL EPITELIO BUCAL.

INDICACIONES: EN QUISTES GRANDES Y MEDIANOS.

VENTAJAS

SENCILLA REALIZACIÓN; BUENA VISIBILIDAD; SE EVITA INFECCIÓN ÓSEA Y LESIÓN DE DIENTES VECINOS (POR CONSERVACIÓN DE LA BOLSA-QUÍSTICA).

DESVENTAJAS

EL EPITELIO QUÍSTICO PUEDE SUFRIR TRANSFORMACIONES ADAMANTINAS O TUMORALES O RECIDIVAR.

TIEMPOS QUIRÚRGICOS

- A) INCISIÓN
- B) DESPRENDIMIENTO DEL COLGADO
- C) OSTECTOMÍA
- D) TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUÍSTICA

- E) TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE
- F) TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES Y DIENTES VECINOS
- G) TRATAMIENTO POSOPERATORIO

A) CON UN BISTURÍ BARD-PARKER # 3, HOJA # 15, SE REALIZA - UNA INCISIÓN DE PARTSCH O NEWMANN, SITUADA EN UN LUGAR EQUIDISTANTE (ENTRE EL SURCO GINGIVAL Y EL BORDE LIBRE DE LA ENCÍA); - INICIANDO EN UN PUNTO DISTAL DEL QUISTE Y TERMINANDO EN MESIAL; ADEMÁS DEBE SER MAYOR QUE EL DIÁMETRO HORIZONTAL DEL QUISTE, -- SIENDO ESTO IMPORTANTE, PARA QUE SE PRODUZCA UN BUEN APLANAMIENTO DEL QUISTE, EVITANDO RECIDIVA. LA PROFUNDIDAD DEBE SER HASTA HUESO.

B) CON UNA LEGRA O ELEVADOR PERIÓSTICO O PERIOSTÓTOMO, SE SEPARA EL TEJIDO GINGIVAL Y SE TOMA LA FIBROMUCOSA INCIDIDA CON PINZAS DE KOCHER, FACILITANDO ASÍ LA SEPARACIÓN DEL COLGAJO. -- EL CUAL SE LEVANTARÁ HASTA LOS LÍMITES SUPERIORES DEL QUISTE, O SI SE HA PERDIDO TEJIDO ÓSEO SE SEPARA HASTA ENCONTRAR HUESO SANO.

C) PARA LA ELIMINACIÓN DEL HUESO QUE CUBRE AL QUISTE, SE PUEDE REALIZAR CON DIFERENTES INSTRUMENTOS, DEPENDIENDO DEL GRADO DE DESTRUCCIÓN DEL HUESO. YA QUE SI ÉSTE SE ENCUENTRA ADELGAZADO SE PUEDE USAR UN BISTURÍ PARA HUESO; SI ESTÁ PARCIALMENTE DESTRUIDO SE PUEDE USAR UNA PINZA GUBIA Y SI EL HUESO ESTÁ FIRME Y SÓLIDO SE USAN ESCOPLA O FRESAS PARA HUESO. SE REALIZAN ORIFICIOS QUE COINCIDAN CON EL DIÁMETRO DEL QUISTE.

UNA VEZ TENIENDO A LA VISTA LA BOLSA QUISTICA SE COGE UN HEMOSTATO O PINZA DE KOCHER Y SE ABRE EN TODA SU EXTENSIÓN CON EL BISTURÍ O CON TIJERAS PARA ENCÍA, UNA VEZ EXTRAÍDA "LA TAPA DEL QUISTE", SE VACÍA SU CONTENIDO, LAVANDO SU INTERIOR CON SUERO FISIOLÓGICO.

D) SE COLOCA EL COLGAJO EN SU LUGAR, PERMITIENDO QUE EL COLGAJO PENETRE EN LA CAVIDAD Y SE SUTURA A LA CUBIERTA DEL QUISTE. LA APOSICIÓN SE MANTIENE CON APÓSITOS DE GASA YODOFORMADA VASELINADA PARA QUE NO SE ADHIERA A LOS TEJIDOS Y SEA FÁCILMENTE ELIMINADA. LOS APÓSITOS DE GASA SE RETIRAN APROXIMADAMENTE A LOS 7 Ó 10 DÍAS, SIENDO NECESARIO CAMBIARLOS VARIAS VECES (EL MAYOR O MENOR TIEMPO DEPENDERÁ DEL ESTADO DEL MATERIAL) ADEMÁS DE QUE EN CADA CAMBIO SE LAVARÁ LA CAVIDAD CON SUERO FISIOLÓGICO O CON SOLUCIÓN DE FENOL ALCANFORADO.

E) EXISTEN DOS TRATAMIENTOS A SEGUIR, DEPENDIENDO DEL CASO Y DEL CRITERIO DEL CIRUJANO Y SON: TRATAMIENTO RADICULAR Y/O APICECTOMÍA; O REALIZAR LA EXTRACCIÓN.

CUALQUIERA QUE SEA EL TRATAMIENTO DE ELECCIÓN SE DEBEN REALIZAR CON SUS INDICACIONES NECESARIAS.

F) GENERALMENTE LOS DIENTES VECINOS SE ENCUENTRAN DESVIADOS POR EL CRECIMIENTO EXPANSIVO DEL QUISTE.

SE TRATARÁN DE CONSERVAR DURANTE EL TIEMPO QUE SE CONSIDE-

RE, EVITANDO ASÍ FRACTURAR LA PORCIÓN ALVEOLAR Y NO FORMAR GOL-
FOS QUIRÚRGICOS EN EL BORDE ALVEOLAR YA QUE RESULTAN MOLESTOS -
TANTO ESTÉTICA COMO FUNCIONALMENTE.

G) SE REALIZARÁN CAMBIOS DE GASA YODOFORMADA, JUNTO CON LA
VAJES DE LA CAVIDAD QUÍSTICA CON SUERO FISIOLÓGICO. ESTO SE --
LLEVARÁ A CABO DURANTE 20 Ó 30 DÍAS (APROXIMADAMENTE), AL TÉRMI
NO DE ÉSTOS SE DEJARÁ LA CAVIDAD ABIERTA, SIN GASA.

ADEMÁS SE DARÁN LAS INDICACIONES POSOPERATORIAS AL PACIEN-
TE, ASÍ COMO LA ANTIBIOTICOTERAPIA NECESARIA.

PRONÓSTICO.- POSIBLE PELIGRO DE DEGENERACIÓN DE LA MEMBRA-
NA QUÍSTICA.

ENTRE LOS RESULTADOS ESTÁN: DETENCIÓN INMEDIATA DEL CRECI-
MIENTO DEL QUISTE, POR SUPRESIÓN DE LA PRESIÓN ENDOQUÍSTICA; --
GRADUAL ADQUISICIÓN POR PARTE DEL EPITELIO QUÍSTICO, DE LOS CA-
RACTERES DE LA MUCOSA ORAL, APLANAMIENTO PROGRESIVO DE LA PARED
QUÍSTICA HASTA SU DESAPARICIÓN.

CAPITULO V

COMPLICACIONES

PARA EVITAR QUE SE PRESENTEN COMPLICACIONES, LO MEJOR ES--PREVENIRLAS POR MEDIO DE UN DIAGNÓSTICO COMPLETO, UN BUEN JUI--CIO QUIRÚRGICO, ASÍ COMO UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA CORRECTA. SIN--EMBARGO, LAS COMPLICACIONES SE PUEDEN PRESENTAR, SIENDO NECESA--RIO CONOCERLAS, EN CASO DE QUE ESTO OCURRA Y ASÍ SABER TRATAR--LAS ADECUADAMENTE.

DE ESTA MANERA, PUEDEN SER DIVERSAS LAS COMPLICACIONES QUE LLEGUEN A SUGIR DURANTE O DESPUÉS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES.

ALGUNAS DE ESTAS COMPLICACIONES SON:

I. COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TRAUMATISMO DE NERVIOS (MOTORES Y SENSITIVOS)

EL TRAUMATISMO DE ESTOS NERVIOS, ASÍ COMO LA OBSTRUCCIÓN--DE VÍAS RESPIRATORIAS, SE PUEDEN LLEGAR A PRESENTAR DURANTE LA--INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

LOS TRONCOS NERVIOSOS SENSITIVOS, EN LA MAYORÍA DE LOS CA--SOS SE ENCUENTRAN DESPLAZADOS POR LAS LESIONES QUISTICAS Y MU--CHAS VECES SE PUEDE SEPARAR LA PARED DEL QUISTE DEL NERVIO, LLE

VANDO A CABO UNA DISECCIÓN CUIDADOSA,

AL DESCUBRIR UN NERVIOS SENSITIVO EN UNA CAVIDAD, PUEDE PRESENTARSE UNA PARESTESIA Y LA DURACIÓN DEL TRASTORNO NO SE PUEDE PREDECIR DEBIDO A QUE LA VELOCIDAD DE REGENERACIÓN DEL NERVIOS PUEDE VARIAR CONSIDERABLEMENTE.

GENERALMENTE LOS GRANDES TRONCOS NERVIOSOS, NO SON TRAUMATIZADOS, EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CUIDADOSAS, RECUPERÁNDOSE DE ESTA MANERA LA SENSIBILIDAD. EN CAMBIO, SE PUEDEN LLEGAR A SACRIFICAR PEQUEÑOS NERVIOS EN ESTAS REGIONES QUIRÚRGICAS QUE COMÚNMENTE PRESENTAN INERVACIÓN CRUZADA, DE ESTA FORMA EL EFECTO INMEDIATO NO ES NOTORIO PARA EL PACIENTE. ES POR ESTO QUE EL CIRUJANO DENTISTA DEBE ADVERTIRLE AL PACIENTE DE ESTA POSIBLE COMPLICACIÓN, PARA QUE ESTÉ CONSCIENTE DEL PROBLEMA Y ASÍ ACEPTAR DE MEJOR FORMA, LA PÉRDIDA DE LA SENSACIÓN.

HEMORRAGIA PRIMARIA O SECUNDARIA

LA HEMORRAGIA PRIMARIA DEBE SUPRIMIRSE DURANTE LA OPERACIÓN, MIENTRAS QUE LA HEMORRAGIA SECUNDARIA, POR LO GENERAL, SE PRESENTA CUANDO AL OPERAR SE HA TRAUMATIZADO UN VASO DE GRUESO-CALIBRE O TAMBIÉN POR TRAUMA INESPERADO DE VASOS NEOFORMADOS AL QUITAR LOS APÓSITOS QUIRÚRGICOS, POR LO QUE CUANDO SURGE ESTA COMPLICACIÓN DEBEN ELIMINARSE LOS COÁGULOS GRANDES, BUSCANDO EL ORIGEN DE LA HEMORRAGIA PARA DESPUÉS EJERCER EN FORMA CORRECTA LA PRESIÓN. EN OCASIONES SE PODRÁ RECONOCER EL VASO PARA SU LIGADURA.

FRACTURA DE HUESOS

DEBIDO A LA PRESENCIA DE UN QUISTE EL HUESO SE LLEGA A DEBILITAR Y DEPENDIENDO DEL TAMAÑO Y EXTENSIÓN DEL QUISTE, SERÁ LA MAGNITUD DEL DEBILITAMIENTO. SIENDO REMOTA LA POSIBLE FRACTURA DEL HUESO DURANTE LA CIRUGÍA, AUNQUE PUEDE LLEGAR A SUCCEDER EN CASO DE PRODUCIRSE UN TRAUMATISMO EXCESIVO SOBRE ÉL O -- QUE AMBAS TABLAS CORTICALES SEAN MUY DELGADAS.

LA MEJOR TERAPÉUTICA QUE PODEMOS LLEVAR A CABO ES LA PROFILAXIA, POR LO QUE DEBE USARSE UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA CUIDADOSA, SOBRE TODO EN AQUELLOS QUISTES QUE CONTIENEN DIENTES QUE NO HAN ERUPCIONADO Y QUE SON DIFÍCILES DE EXTRAER. PERO SI LLEGARA A PRESENTARSE UNA FRACTURA, SE CONTINUARÁ CON LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA POSTERIORMENTE, EMPACAR LA CAVIDAD CON APÓSITOS DE GASA O PARTÍCULAS DE HUESO, DE ESTA MANERA, SE MANTENDRÁN EN UNA POSICIÓN LOS FRAGMENTOS, IMPIDIENDO SU MOVILIDAD (EN OCASIONES SERÁ NECESARIO INMOVILIZAR LA MANDÍBULA).

ES NECESARIO RECOMENDARLE AL PACIENTE (EN QUISTES MAXILARES VOLUMINOSOS) QUE EVITE LOS TRAUMATISMOS ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, PUES HASTA UN GOLPE PUEDE PROVOCAR MÁS FÁCILMENTE UNA FRACTURA EN UN HUESO DEBILITADO QUE EN UNO QUE SE ENCUENTRA NORMAL.

II. COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

EDEMA.- SIENDO NORMAL Y FISIOLÓGICO DESPUÉS DE INTERVENCIÓN

NES QUIRÚRGICAS EN EL MAXILAR Y MANDÍBULA. EN SÍ, LAS CIRUGÍAS DE QUISTES SON TRAUMÁTICAS Y LA RETRACCIÓN PROLONGADA DE LOS TEJIDOS AYUDA A IMPEDIR EL DRENAJE LINFÁTICO NORMAL DE LA ZONA. - ESTO, JUNTO CON LA REACCIÓN INFLAMATORIA, OCASIONA EDEMA Y TUMEFACCIÓN.

EL ODONTÓLOGO DEBE PREVENIR AL PACIENTE DE ESPERAR EL MÁXIMO DE HINCHAZÓN A PARTIR DEL SEGUNDO DÍA POSOPERATORIO. EL EDEMA DESAPARECERÁ GRADUALMENTE, SI NO SE PRESENTA INFECCIÓN SECUNDARIA NI FORMACIÓN DE HEMATOMAS. PUEDE SER DE AYUDA LA APLICACIÓN INMEDIATA DE FRÍO (DURANTE LAS PRIMERAS OCHO O DIEZ HORAS POSTERIORES A LA CIRUGÍA), ASÍ COMO TAMBIÉN LA UTILIZACIÓN DE AGENTES ANTINFLAMATORIOS, CONTROLANDO DE ESTA FORMA EL EDEMA POSOPERATORIO.

INFECCION

SE CONSIDERA MÍNIMA LA POSIBILIDAD DE QUE SE PRESENTE INFECCIÓN CON LA UTILIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS Y LLEVANDO A CABO UNA CORRECTA TÉCNICA QUIRÚRGICA, ASÍ COMO UNA ESTRUCTA ASEPSIA.

EN CASO DE QUE LLEGUE A PRESENTAR UNA INFECCIÓN AGUDA EN ESTAS LESIONES, SE TRATARÁN CORRECTAMENTE ANTES DE REALIZAR CUALQUIER INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. POR ELLO SE DEBE ELEGIR CON CUIDADO LOS ANTIBIÓTICOS, ADMINISTRÁNDOSE EN DOSIS TERAPÉUTICAS.

HEMATOMA

SE EVITARÁ ELIMINANDO LA HEMORRAGIA INICIAL, ADEMÁS DEL --

USO DE APÓSITOS Y DE PRESIÓN.

LOS VASOS DE GRUESO CALIBRE DEBERÁN LIGARSE, SIN EMBARGO, LA HEMORRAGIA GENERALMENTE PROVIENE DE ZONAS INACCESIBLES A LA LIGADURA Y SE COHIBE POR LA PRESIÓN. LOS COLGAJOS DE TEJIDO Blando DEBEN SUTURARSE CORRECTAMENTE APLICANDO PRESIÓN EXTERNA EN LA HERIDA EN LAS PRIMERAS HORAS DEL POSTOPERATORIO.

UN HEMATOMA QUE PERSISTE Y DE FÁCIL ACCESO SE ASPIRARÁ Y DRENARÁ EVITANDO ASÍ UNA DISGREGACIÓN DEL COÁGULO Y DRENAJE SÉPTICO.

FISTULAS BUCONASALES O BUCOANTRALES

SE PUEDEN PRESENTAR DEBIDO A UNA MALA ELECCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS O POR CAUSA DE UN ERROR EN LA TÉCNICA, TAMBIÉN PUEDEN PRESENTARSE DE UNA RELACIÓN ANATÓMICA NORMAL CON LAS ESTRUCTURAS EXISTENTES. ESTA COMPLICACIÓN SE PUEDE EVITAR REALIZANDO UNA DISECCIÓN CUIDADOSA, SE DESPEGARÁ LA PARED QUISTICA, LA CUAL FRECUENTEMENTE SE PUEDE DESPEGAR DE OTRAS MEMBRANAS SIN PENETRAR EN CAVIDADES NASAL O ANTRAL.

CUANDO SE PRESENTAN PEQUEÑAS ABERTURAS, CON UNA SUTURA CUIDADOSA Y LAS INSTRUCCIONES CORRECTAMENTE EXPLICADAS AL PACIENTE SE PUEDE OBTENER UNA ADECUADA CURACIÓN, YA QUE EL CUIDADO POSOPERATORIO ES MUY IMPORTANTE (EN TODO TRATAMIENTO) PARA EVITAR LA FORMACIÓN DE UNA FÍSTULA PERMANENTE QUE NECESITARÍA UN CIERRE SECUNDARIO. ADEMÁS DE QUE DEBE EVITARSE TAMBIÉN UNA INFECC-

CIÓN SECUNDARIA.

SE LE RECOMENDARÁ AL PACIENTE MANTENER LA BOCA ABIERTA AL ESTORNUDAR O TOSER, EVITANDO ASÍ, UNA FUERZA EXCESIVA EN LA ZONA DONDE LA HERIDA HACE COMUNICACIÓN CON LA CAVIDAD BUCAL.

POR OTRO LADO, LA FORMACIÓN DE HEMATOMA, EDEMA MASIVO E INFECCIÓN, PUEDEN SER CONSIDERADOS COMO FACTORES CONTRIBUYENTES - EN CASO DE UNA OBSTRUCCIÓN POSOPERATORIA DE LAS VÍAS AÉREAS (YA QUE PUEDEN SER RESULTADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN MAXILARES, LENGUA Y CUELLO).

ES MUY IMPORTANTE TENER SIEMPRE PRESENTE QUE SE DEBE PROPORCIONAR LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS ADECUADOS, PARA UN MEJOR RESTABLECIMIENTO DEL PACIENTE, ESTO ES IMPORTANTE TANTO COMO EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

CONCLUSIONES

EN LA ODONTOLOGÍA, EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO REPRESENTA - UNO DE LOS SITIOS DEL ORGANISMO, EN EL QUE ES POSIBLE DESCUBRIR GRAN VARIEDAD DE LESIONES, ENTRE LOS QUE ESTÁN LOS QUISTES DE - ORIGEN DENTAL, LOS CUALES, AUNQUE SUELEN SER BENIGNOS, ALGUNOS - SON AGRESIVOS O TIENDEN A MALIGNIZARSE, DE AHÍ LA IMPORTANCIA - DEL CIRUJANO DENTISTA, DE DETECTARLOS A TIEMPO, LO QUE SE PUEDE LOGRAR CON LA CORRECTA REALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA, ASÍ - COMO DE LOS DATOS PROPORCIONADOS POR LOS EXÁMENES DE LABORATO - RIO Y GABINETE, DE LA AYUDA QUE NOS PROPORCIONEN, PODREMOS IDEN - TIFICAR DE QUÉ TIPO DE QUISTE SE TRATA Y EN ESTE CASO, QUÉ TIPO DE QUISTE ODONTOGÉNICO ES, DE ACUERDO CON LA CLASIFICACIÓN QUE - TIENEN Y QUÉ TRATAMIENTO APLICAR, EVITANDO DE ESTA MANERA, POR - UN MAL MANEJO DE LA LESIÓN, POSIBLES COMPLICACIONES, QUE PUDIE - RAN SURGIR DURANTE O DESPUÉS DE LA CIRUGÍA, ADEMÁS DE TRATAR DE OBTENER EL MEJOR POSTOPERATORIO, ASÍ COMO UN PRONÓSTICO FAVORA - BLE Y PARA LOGRARLO ES IMPORTANTE ESTAR AL DÍA CON RESPECTO A - LA INVESTIGACIÓN Y ADELANTOS, PUES CADA VEZ INCURSIONAN GRANDES AVANCES EN TODOS LOS CAMPOS.

DE ESTA MANERA, LA FINALIDAD QUE TIENE ESTA TESIS ES SER - VIR COMO GUÍA, PARA UN MEJOR ENTENDIMIENTO DE LOS QUISTES ODN - TOGÉNICOS, MOSTRANDO EN ELLA, LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL REALI - ZAR UN DIAGNÓSTICO CORRECTO, MIENTRAS QUE PUEDEN EMPLEARSE DIS - TINTOS MÉTODOS DE TRATAMIENTO.

POR OTRO LADO, DEBEMOS TENER EN CUENTA QUE LA EXPERIENCIA-
QUE SE ADQUIERA EN LA PRÁCTICA PARTICULAR ES TAMBIÉN UN PUNTO -
IMPORTANTE QUE DEBEMOS CONSIDERAR, EN EL TRATAMIENTO DE LOS MIS-
MOS.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ABREU, LUIS M. FUNDAMENTOS DEL DIAGNÓSTICO, EDITOR FRANCISCO MÉNDEZ CERVANTES, MÉXICO, D.F., 1982, EDICIÓN 5A. -- 778 P.
- 2.- ARCHER, WILLIAM H. CIRUGÍA BUCAL. EDIT. MUNDI, BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1978, EDICIÓN 2A REIM. TOMO I, 1188 P.
- 3.- BIRN, HERLUF WINTHER. ATLAS DE CIRUGÍA ORAL, EDIT. SALVAT, MÉXICO, D.F., 1979, VOL. I, 125 P.
- 4.- BHASKAR, S. N. PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. ATENEOS, BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1979, EDICIÓN 4A., 573 P.
- 5.- CARRANZA, FERMÍN A. PERIODONTOLOGÍA CLÍNICA DE GLICKMAN. - NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, D.F., 1985, EDICIÓN 5A., 1073 P.
- 6.- COSTICH, EMMET R., WHITE PAYMOND P. CIRUGÍA BUCAL, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, D.F., 1974, EDICIÓN 1A.- VOL. I, 224 P.
- 7.- GORLIN, ROBER J., GOLDMAN, HENRY M. PATOLOGÍA ORAL, EDIT.- SALVAT, BARCELONA, ESPAÑA, 1981, EDICIÓN 2A. REIM. VOL. IV, 1273 P.
- 8.- HAM, ARTHUR W. TRATADO DE HISTOLOGÍA, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, D.F., 1983, EDICIÓN 8A., 1080 P.
- 9.- KRUGER, GUSTAVO O. TRATADO DE CIRUGÍA BUCAL, EDIT. INTERAMERICANA, MÉXICO, D.F., 1978, EDICIÓN 4A., VOL. I, 616 P.
- 10.- OBRIEN, RICHARD C. RADIOLOGÍA DENTAL, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, D.F., 1983, EDICIÓN 3A., 258 P.

- 11.- RIES CENTENO, GUILLERMO. CIRUGÍA BUCAL, EDIT. EL ATENEO, - BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1979, EDICIÓN 2A. REIMP., VOL. II, 615 P.
- 12.- ROBBINS, STANLEY L. PATOLOGÍA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, D.F., 1984, EDICIÓN - 2A., 1519 P.
- 13.- SHAFER, WILLIAM G. TRATADO DE PATOLOGÍA BUCAL, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA, MÉXICO, D.F., 1985, EDICIÓN 5A., 778-P.
- 14.- SPOUGE, J. D. PATOLOGÍA BUCAL, EDIT. MUNDI, BUENOS AIRES,- ARGENTINA, 1977, EDICIÓN 1A., 468 P.
- 15.- ZEGARELLI, EDWARD. DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA ORAL, EDIT. -- SALVAT, BARCELONA, ESPAÑA, 1979, EDICIÓN 2A. REIMP., VOL.- II, 651 P.