



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MARSUPIALIZACIÓN: UNA OPCIÓN ADECUADA
PARA EL TRATAMIENTO DE QUISTES.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

PAOLA GONZÁLEZ SANDOVAL

TUTOR: Mtro. FERNANDO TAMOTSU TAKIGUCHI
ÁLVAREZ

MÉXICO, D.F.
AGRADECIMIENTOS.

2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Primero que nada, agradecerle a mis padres Araceli Sandoval Valdés y Oscar González Corona, por todo el apoyo y amor que me han brindado, saben perfectamente que esto es por mí pero también por ustedes porque sin su ejemplo quizá me hubiera resultado más difícil.

Mami: gracias por todos los pacientes que buscaste para que los atendiera, por tu comprensión y mis llegadas tarde, por mantenerte siempre al pendiente de mí, de la escuela y de que comiera bien, pero sobre todo por tu ejemplo de fortaleza y constancia que siempre he admirado de ti y aunque no te veo tanto, sé que siempre has estado ahí para lo que necesite así como debes saber que yo también siempre estoy para ti, te quiero gorda.

Venki: no sé cómo agradecerte todo lo que me has dado, tus consejos, opiniones y enseñanzas, sabes que para mí eres el mejor dentista del mundo así como el mejor padre, te admiro por tu buen carácter y tu paciencia, gracias por comprenderme, ayudarme y guiarme a lo largo de la carrera, sabes que sin ti, nada sería igual. Te quiero mucho papito.

Yutro: gracias por escucharme y ser mi confidente flaca, te quiero mucho y estoy orgullosa de ti.

Adrián: profe, gracias por sus consejos, por sus palabras y su sabiduría que ha compartido conmigo, por su respeto e interés en mis decisiones, por querer tanto a mi mami y por el cariño que nos brinda a nosotras también, sabe que lo admiro y lo quiero.

A mis abuelitos Mary y Pedro, a los cuales amo y extraño mucho, a mi abue Martha que fué una excelente paciente que dejó que le quitara su último diente y que la atendiera en prosto.

A todos mis lindos pacientes, chicos y grandes que han dejado huella en mí y se

mantienen en mi corazón por ser parte de mi aprendizaje y formación.

A la Clínica Periférica de Milpa Alta, donde conocí a grandes amigos como Soraya y excelentes profesores a los cuales admiro mucho, así como también tuve la oportunidad de trabajar con una excelente persona a quien admiro y quiero con todo mi corazón: Diego.

Diego: gracias por soportar mis berrinches y enojos, por permanecer a mi lado todo este tiempo de manera incondicional y por compartir conmigo cada instante de ti, juntos hemos logrado cosas que jamás imaginaríamos y cada día lo compruebo más, aquí está un ejemplo, así que no dudo que todos nuestros sueños también puedan hacerse realidad.

Por supuesto, agradecer a mis mejores amigos, César Benítez Barrios y Lizbeth Chávez Cortés por ser las personas más increíbles y que todos desearían tener, Liz sabes que te adoro, intocable es tu lugar, César, jamás encontraré a alguien con quien poderme entender tanto como lo hice contigo, por ti mis días en la Facultad eran súper divertidos, estoy orgullosa de ti.

A mi tutor, el Maestro Fernando Takiguchi Álvarez, a quien agradezco infinitamente su apoyo y los conocimientos brindados y es una gran persona a quien respeto y admiro, me dió gusto haber tenido la oportunidad de conocerlo.

Al Dr. Beltrán que me compartió parte de su experiencia y me apoyó para la realización de ésta tesina.

Agradecer a la UNAM y a mi querida Facultad de Odontología porque si no hubiera estado aquí, nada de esto hubiera sido posible, estoy muy feliz y orgullosa de pertenecer a esta Universidad.

“Por mi raza, hablará el espíritu”

ÍNDICE.

Introducción.....	5
1. Generalidades de Quistes de los maxilares.	
1.1 Definición.....	7
1.2 Patogenia y desarrollo.....	10
1.3 Diagnóstico general.....	10
2. Clasificación general de los quistes maxilares.	
2.1 Clasificación de Kramer y Col. OMS 1992.	14
2.1.1 Quistes epiteliales.....	14
A. Del Desarrollo.	
2.1.2 No odontogénicos.....	15
B. Inflamatorios.	
2.2 Características.....	15
2.2.1 Quiste dentífero o folicular.....	16
2.2.2 Quiste de erupción.....	17
2.2.3 Quiste periodontal lateral.	18
2.2.4 Quiste odontógeno glandular.	19
2.2.5 Quiste gingival del recién nacido.....	20
2.2.6 Quiste gingival del adulto.....	21
2.2.7 Queratoquiste odontógeno.....	22
2.3 Objetivo del tratamiento de quistes maxilares.....	24
3. Marsupialización.	
3.1 Definición.....	26
3.2 Antecedentes.	26
3.3 Indicaciones.....	26
3.4 Contraindicaciones.	28
3.5 Material e instrumental.	28
3.6 Técnica.	30
3.7 Ventajas y desventajas.	42
3.8 Complicaciones posoperatorias.....	44
3.9 Conclusiones.....	44
Bibliografías.	47

INTRODUCCIÓN.

Los quistes maxilares constituyen un grupo de patologías frecuentes en el área maxilofacial, cuyo conocimiento es de suma importancia para el odontólogo, ya que, se debe realizar un correcto diagnóstico para con ello, establecer un tratamiento adecuado.

Los quistes dentales comprenden diversas entidades, siendo los más comunes los quistes radiculares (de origen inflamatorio) seguidos de los quistes dentígeros o foliculares (del desarrollo), relacionados con un diente retenido.

La aparición de quistes en ésta área es más habitual que en otros huesos debido a que, en esta región, a lo largo de la odontogénesis se forman diversas estructuras, que tras su función deben desaparecer; sin embargo, pueden dejar restos de epitelio odontogénico que puede ser punto de arranque de éstas neo formaciones.

Su crecimiento es relativamente lento y suelen ser asintomáticos por lo que su detección es muy importante y debemos de apoyarnos en las diferentes técnicas radiográficas, dependiendo de cada caso.

Es frecuente encontrar lesiones quísticas conservadoras y en ocasiones extensas en mandíbula o en el maxilar, los cuales pueden llegar a provocar deformación facial y desplazamiento importante de las estructuras anatómicas adyacentes, por lo cual deben ser tratados quirúrgicamente.

Para todas estas complicaciones que se llegan a presentar, está indicada una técnica conservadora llamada marsupialización, la cual es objeto de estudio de este trabajo.

La marsupialización consiste en la apertura del quiste, mediante la eliminación de su techo y su comunicación a la cavidad bucal para que con ello el epitelio quístico se convierta en epitelio oral, es conservadora, ya que permite una mínima intervención para no dañar regiones anatómicas, para prevenir fracturas, comunicación con el seno maxilar o cavidad nasal y para conservar los dientes involucrados con la lesión y tejido adyacente.

A lo largo de un siglo, esta técnica se ha utilizado y continúa practicándose. Ha sido muy criticada debido a su carácter conservador, ya que se deja el saco quístico para proteger las posibles comunicaciones con las cavidades adyacentes y para conservar el hueso, por esto mismo, muchos cirujanos sugieren la posibilidad de que la lesión recidive, principalmente este es el motivo por el cual se cuestiona mucho su empleo.

Lo anterior no ha sido comprobado de manera contundente. La literatura solo menciona las desventajas de que se conserve el saco quístico, pero de manera general, los artículos y libros mencionan que es una técnica conservadora y adecuada, la cual permite tener una vigilancia de la cavidad creada y tiene un punto más a su favor ya que esta técnica se utiliza frecuentemente en niños, en los casos en que se pueda guiar la erupción del diente impactado hasta llevarlo a una posición normal.

1. GENERALIDADES DE QUISTES DE LOS MAXILARES.

1.1 DEFINICIÓN.

La palabra quiste proviene del griego *kystis* que significa fístula, lo podríamos definir como una lesión histológicamente caracterizada por ser una cavidad llena de líquido, células, aire o una combinación de ellos. Está rodeado parcial o totalmente de epitelio y/o tejido conectivo.¹

Los quistes pueden estar alojados en el interior del hueso, en posición superficial en la apófisis alveolar o en el tejido conjuntivo de las partes blandas, los quistes son siempre formaciones benignas, cuya degeneración maligna es ocasional.²

Los quistes del maxilar, la mandíbula y regiones peribucales comprenden varias entidades que varían en gran medida en cuanto a histogénesis, frecuencia, comportamiento y tratamiento.

Gran parte de los quistes de ésta región anatómica se encuentran dentro del maxilar y la mandíbula y, por lo general, son de origen inflamatorio, aunque otros tienen origen en el desarrollo. (Fig. 1 y 2)

¹ Martínez-Conde Llamosas R, Aguirre Urizar JM. Quistes Odontogénicos y de los maxilares. En: Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JR, Peñarrocha M (eds). Medicina Oral. Barcelona: Masson 1995: 485-6.

² Joseph A. Regezi, D.D.S., M.S. *Patología Bucal*. Philadelphia: Interamericana McGraw-Hill, 1995 pp. 315.

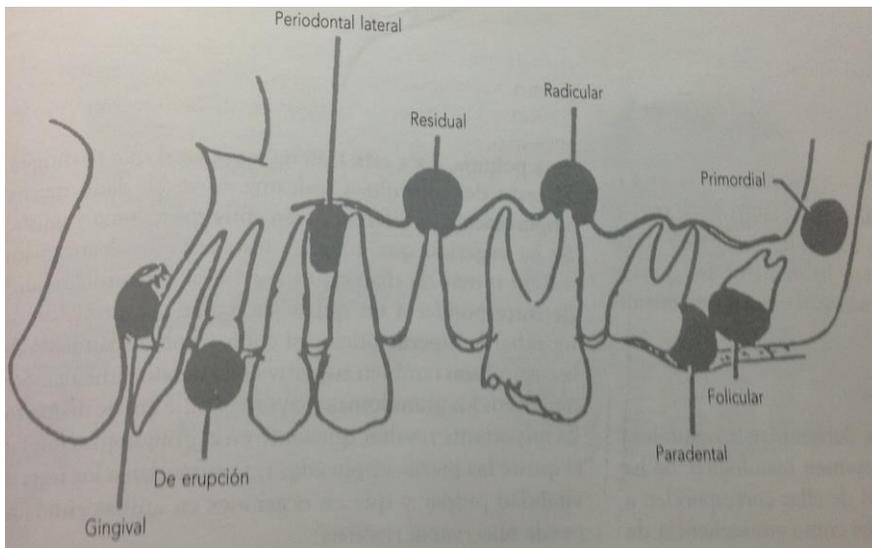


Figura 1 Quistes odontogénicos: maxilar.³

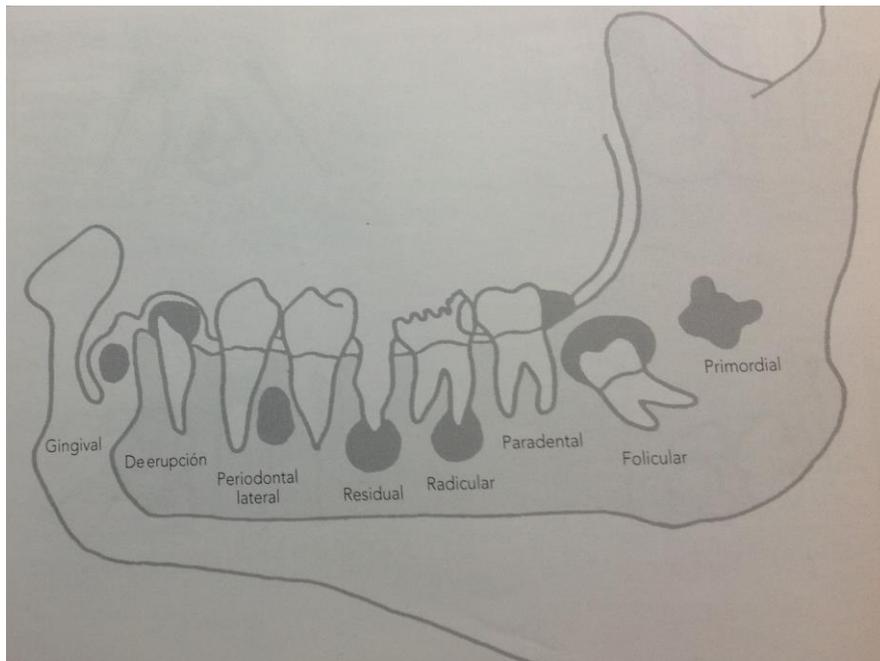


Figura 2 Quistes odontogénicos: mandíbula.³

³ Raspall, Guillermo. *Cirugía Oral e Implantología*. Madrid: Médica Panamericana, 2007. pp. 239-40.

Los quistes de los maxilares y de la cavidad bucal son principalmente de origen odontogénico, que provienen de restos epiteliales de la odontogénesis; y de etiología no odontógena, que se desarrollan independientemente del sistema dentario y que son menos frecuentes.⁴

Los quistes maxilares no suelen provocar dolor a menos que se infecten, son procesos patológicos frecuentes que afectan fundamentalmente a individuos de mediana edad, con especial predominio por el sexo masculino, teniendo en el maxilar superior mayor incidencia que en la mandíbula. Todo esto es en general, ya que depende mucho de qué quiste se esté tratando.⁵ Un aspecto importante de los quistes es que no existe otro tratamiento para ellos además del quirúrgico.

El crecimiento expansivo e invasivo de algunos quistes hace que las estructuras adyacentes a él, como pueden ser los dientes, los senos maxilares, la rama y el ángulo de la mandíbula, se vean comprometidas en su integridad, lo que puede dar pie a la pérdida de órganos dentarios, comunicaciones antro-orales, o a fracturas patológicas, y es ahí en donde radica su importancia en la cirugía.

⁴ López Arranz, J.S. *Cirugía Oral*. Interamericana, 1991 pp. 489

⁵ Robert J. Gorlin, D.D.S., M.S. *Patología Oral*. Primera. Salvat, 1973 pp.488

1.2 PATOGENIA Y DESARROLLO.

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

El epitelio no odontogénico se observa únicamente en el maxilar y representa los restos del epitelio que cubría los procesos embrionarios que genera el maxilar.

Otra fuente de epitelio no odontogénico, en el maxilar, son los restos del conducto nasopalatino vesigial, los cuales conectan entre sí la cavidad nasal y bucal.⁶

1.3 DIAGNÓSTICO GENERAL.

Al elaborar la historia clínica, es frecuente que el paciente no refiera ningún tipo de síntoma, por lo que la anamnesis no tiene un papel primordial en el diagnóstico de los quistes maxilares, sólo sirve para descartar la posibilidad de que sea alguna otra lesión. Los signos y síntomas sólo se manifiestan cuando el desarrollo del quiste lo permite o cuando es detectado en un examen de rutina. Aquí son importantes algunos métodos de diagnóstico para detectarlos, como la observación, la palpación, la percusión, los exámenes radiográficos y los estudios de laboratorio.⁷

⁶ Bhaskar, S.N. *Patología Bucal*. Buenos Aires: El ateneo, 1977. pp. 157.

⁷ Donado, Rodríguez M. *Cirugía Bucal*. Capítulo 35, Diagnóstico y tratamiento de los quistes maxilares Ed. Masson, 1999. pp. 598-605.

Por la presencia de unos datos clínicos, o como consecuencia de una exploración radiológica efectuada por otro motivo, podemos llegar a la sospecha de un quiste maxilar.

Las manifestaciones clínicas de un quiste del maxilar suelen corresponder a su fase de exteriorización extramaxilar, por lo que si se presenta, será necesaria una inspección intraoral y extraoral dentro del territorio bucofacial, lo cual consta de cuatro fases: inspección, palpación, percusión y auscultación.

INSPECCIÓN OCULAR. Sirve para detectar cualquier cambio o anomalía con respecto a la normalidad. Tiene dos campos:

- **Inspección extraoral:**
 - Forma, simetría y alteraciones de volumen.
 - Cambios de coloración.
 - Movilidad.
 - Deformidades.
 - Limitaciones o alteraciones funcionales.
- **Inspección intraoral:**
 - Aumento de volumen.
 - Cambio de coloración

PALPACIÓN. Tanto de las anomalías que hayamos detectado visualmente como de las estructuras anatómicas normales en apariencia.

- Palpación intraoral: en una lesión tendremos consideración:
 - Consistencia.
 - Volumen.

- Tipo de contenido.
- Dolor a la presión con los dedos.
- Palpación extraoral: además de las características de la lesión, es importante comparar ambos lados tanto faciales como cervicales poniendo especial interés en:
 - Posibles tumoraciones en cabeza y cuello.
 - Articulación temporomandibular, comprobando si existe dolor a la presión, si existen ruidos o chasquidos articulares.

AUSCULTACIÓN. Donde nos limitamos a atender posibles ruidos o chasquidos a nivel de la articulación mandibular, a la apertura y cierre.

PERCUSIÓN. Esto es a nivel dental, donde se realiza con ayuda del mango del espejo, para evaluar una posible patología periapical o periodontal.⁸

Otros de los medios para orientar el diagnóstico son los siguientes: radiología, exploración de la vitalidad dental y biopsia.⁹

RADIOLOGÍA. La mejor proyección radiológica es la ortopantomografía y la oclusal puede ser complementaria. La radiografía nos informa de la existencia de una formación cavitaria relacionada o no con un diente.

PRUEBA DE VITALIDAD PULPAR. Puede ser una ayuda diagnóstica pero tampoco aporta datos definitivos. La presencia de vitalidad pulpar suele descartar el diagnóstico de quiste radicular. Por el contrario, la ausencia de

⁸ Olid, María De Nuria Romero. *Técnicas básicas en cirugía bucal*. Granda: Manuales mayor, 2004.pp. 15-17.

⁹ López Arranz, J.S. *Cirugía Oral*. Interamericana, 1991 pp. 490-1.

vitalidad dental suele confirmar el diagnóstico de este tipo de quiste, sin olvidar que esta falta de vitalidad puede deberse a fenómenos destructivos originados por una neoplasia.

BIOPSIA. Sin ningún género de dudas, es la prueba preoperatoria de mayor certeza. En la mayoría de los casos, se efectúa la enucleación capsular y se realiza el rutinario estudio histopatológico postoperatorio y si el informe aconseja otro tipo de cirugía, deberá ser realizada en otro tiempo quirúrgico.¹⁰

Antes de hacer una evaluación del cuadro clínico y de los métodos de gabinete o laboratorio que emplearemos en el diagnóstico, es importante conocer las características de cada uno de los quistes de acuerdo a su clasificación, ya que partiendo de esto vamos a poder diferenciar un quiste de otro que pareciera igual.

2. CLASIFICACIÓN GENERAL DE LOS QUISTES MAXILARES.

Son innumerables las clasificaciones de los quistes maxilares que han aparecido en la literatura a lo largo del tiempo, basándose todas ellas en las características que presentan, por ello, la Organización Mundial de la Salud recomienda una clasificación en la que se basa histopatológicamente y que ha sido muy útil para el estudio y tratamiento de los quistes.¹¹

¹⁰ López Arranz. Op, cit., pp 491.

¹¹ López Arranz. Op, cit., pp.489-90.

Los quistes no odontogénicos y los que no se localizan en los maxilares son excluidos de ésta clasificación, ya que no son objeto de estudio para la presente investigación, pero cabe mencionar que es importante su identificación y conocimiento para poder elaborar diagnósticos.

Existen quistes epiteliales del desarrollo de origen dentario u odontogénicos y quistes del desarrollo de origen no dentario o no odontogénicos, quistes inflamatorios y óseos.

2.1 CLASIFICACION DE KRAMER Y COL. OMS 1992.

2.1.1 QUISTES EPITELIALES.

A) Quistes del desarrollo.

1. QUISTES ODONTOGENICOS.

Quiste dentífero o folicular.

Quiste de erupción.

Quiste periodontal lateral.

Quiste odontógeno glandular.

Quiste gingival infantil.

Quiste gingival del adulto.

Queratoquiste odontógeno glandular.

2.1.2 QUISTES NO ODONTÓGENICOS.

Quiste nasolabial o nasoalveolar.

Quiste del conducto nasopalatino.

Quistes medianos palatino, alveolar y mandibular.

Quiste globulomaxilar.

B) Quistes Inflamatorios.

Quiste radicular: apical, lateral y residual.

Quiste paradental.¹²

2.2 CARACTERÍSTICAS.

Dado que los diferentes tipos de quistes muestran distinto comportamiento biológico, su clasificación histológica y su ubicación en el maxilar son importantes poder realizar un diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado. Los quistes odontogénicos se caracterizan por su crecimiento activo con relativa frecuencia de recidivas.

De todos los quistes de origen dental, dos terceras partes son de origen inflamatorio, un 20% son quistes del desarrollo y el 3% son de otro tipo.

Únicamente se describirán las características de los quistes de origen odontogénico ya que la técnica de marsupialización va enfocada a esta división.

¹² Treviño, Jorge Alberto Martínez. *Cirugía Oral y Maxilofacial*. Madrid: Arán Ediciones, 2009.pp.330.

2.2.1 QUISTE DENTÍGERO O FOLICULAR.

Es un tipo de quiste odontógeno relativamente común asociado con la corona de un diente retenido, son asintomáticos y pueden llegar a ser grandes lesiones expansivas destructoras de hueso.¹³

Características clínicas. Estos afectan con mayor frecuencia las regiones de los terceros molares mandibulares y maxilares y las regiones de los caninos maxilares, que corresponden a las zonas en las que hay más frecuencia de retenciones dentales. Predomina en pacientes de sexo masculino en proporción de 1.6:1 con respecto a las mujeres.

La apariencia radiográfica es de una lesión radiolúcida bien definida que puede ser unilocular o multilocular y tiene un alto potencial de destrucción ósea. (Fig. 3)

Tratamiento. En la mayor parte de los casos el tratamiento definitivo consiste en la extirpación del diente donde está la lesión y los tejidos blandos que la componen. En los casos en los que el quiste afecta porciones importantes de la mandíbula, el tratamiento inicial aceptable consiste en la exteriorización o marsupialización de la luz del quiste para permitir la descompresión y subsecuente disminución del defecto óseo; esto reduce la extensión del tratamiento quirúrgico posterior.¹⁴

¹³ Guedes-Pinto, Antonio Carlos. *Odontopediatría*. Editado por Santos. Sao Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2011. pp. 294.

¹⁴ Regezi Op.cit. pp. 339-344.



Fig. 3. Radiografía lateral oblicua de rama mandibular donde se observa quiste dentígero de la mandíbula, en relación a molar desplazado hacia el borde basilar.¹⁵

2.2.2 QUISTE DE ERUPCIÓN.

Es un tipo de quiste dentígero asociado con la erupción de un diente temporario o permanente, el cual resulta de la acumulación de líquido dentro del espacio folicular de un diente en erupción.

Se trata generalmente de inflamación, es indolora, localizada sobre una pieza en erupción. Si se produce un sangrado hacia el interior de la cavidad quística, la lesión puede tomar un color azul o azul negruzco, siendo llamada entonces "hematoma de erupción". (Fig.4)

¹⁵ R., B. M. (s.f.). <http://patoral.umayor.cl/quismax/quismax.html>.

No requiere tratamiento ya que el diente erupciona a través de la lesión, después de lo cual el quiste desaparece de manera espontánea sin complicaciones.



Fig. 4 Presencia de una leve tumoración y color oscuro más intenso en la mucosa de la zona correspondiente a la pieza dentaria 11.¹⁶

2.2.3 QUISTE PERIODONTAL LATERAL.

El quiste periodontal lateral, puede definirse como un quiste embrionario no queratinizado y no inflamatorio que se localiza adyacente o lateral a la raíz de un diente.

Características clínicas: la mayor parte de los quistes periodontales laterales se localizan en la región premolar y canina mandibular. Predomina más en hombres con porción 2:1 con respecto a las mujeres.¹⁷

¹⁶ Zababurú, W. (s.f.). <http://clinicadentalasistencial.blogspot.mx/2012/11/quiste-de-erupcion.html>.

¹⁷ Regezi. Op, cit., pp 345-47.

Este tipo de quiste, surge en el periodonto y se desarrolla hacia el hueso, no tiene mayor incidencia según el sexo ni edad pero si se da más en la mandíbula. Son asintomáticos, suele descubrirse radiográficamente como una imagen radiolúcida bien definida y no es más grande que 1cm. (Fig. 5)

Se describen histológicamente como un epitelio de células claras de citoplasma rico en glucógeno.

Tratamiento y pronóstico. Consiste en la extirpación del quiste, después del cual hay poca tendencia a la recurrencia de la lesión; sin embargo, debe tratarse con precaución para evitar dañar las estructuras de las raíces adyacentes.¹⁸



Fig. 5 Se observa una radiolucidez interradicular asociada a premolares sanos confirma la presencia de quiste periodontal lateral.¹⁹

¹⁸ Regezi. Op, cit., pp 345-47.

¹⁹ <http://gsdl.bvs.sld.cu/>. (s.f.). Obtenido de Libros de autores cubanos

2.2.4 QUISTE ODONTOGENO GLANDULAR.

Éste quiste se describió por primera vez en 1987, es una lesión poco frecuente en los maxilares, su origen probablemente se deba a las glándulas salivales. Se localiza en mandíbula, principalmente en la zona anterior, siendo un tamaño grande afectando más de una pieza, su incidencia es la edad adulta y más en hombres que en mujeres. Se presenta como una imagen radiolúcida unilocular al principio, las lesiones recurrentes tienden a ser multiloculadas.

Tratamiento y pronóstico. Esta lesión se considera de forma local agresiva y, por tanto, el tratamiento quirúrgico se dicta con la extensión clínica y radiográfica de la enfermedad. Es esencial el seguimiento a largo plazo dada la agresividad local y posibilidad de recurrencia de ésta lesión.²⁰

2.2.5 QUISTE GINGIVAL DEL RECIEN NACIDO.

Se considera quiste odontogénico del desarrollo derivado de la lámina dental. En niños se sitúan sobre la cresta gingival (Perlas de Epstein), o en la línea media del paladar (Nódulos de Bohn).

El quiste gingival del recién nacido se denomina también quiste de la lámina dental del recién nacido o nódulos de Bohn.

Estos quistes se manifiestan como nódulos múltiples en el reborde alveolar de los recién nacidos y como su nombre lo indica, derivan de fragmentos de la lámina dental que persisten después de la formación de los dientes en la mucosa del reborde alveolar, proliferan y originan la formación de pequeños

²⁰ Regezi. Op, cit pp347-48.

quistes queratinizados. En gran parte estos quistes degeneran e involucionan o se rompen a la cavidad bucal.

Pueden presentarse quistes epiteliales por inclusión, similares a los anteriores, a lo largo de la línea media del paladar; se denominan quistes palatinos del recién nacido o perlas de Epstein.

Estos quistes son de origen embrionario pero no se derivan del epitelio odontógeno. El epitelio que los origina se incluye en la línea media de fusión entre los procesos palatinos y los procesos nasales. Los quistes también contienen queratina y presentan una cubierta epitelial delgada y tenue.

No requieren tratamiento pues estos quistes se fusionan con el epitelio bucal que los cubre y descargan su contenido en la cavidad bucal durante el periodo neonatal.²¹

2.2.6 QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO.

Se desarrollan sobre la cresta y la cara externa gingival. Se ubican con mayor frecuencia en la mandíbula, en la zona de caninos y premolares.

Clínicamente ocasiona una tumefacción en la encía (Fig. 6), otros son diagnosticables por la histología de las biopsias en la encía. Los quistes gingivales tienen un prevailecimiento alto.

²¹ Ib. pp 348-49.



Fig. 6 En una mujer de 26 años de edad se muestra entre primer y segundo premolar inferior un abultamiento correspondiente a un quiste gingival del adulto (QGA). ²²

2.2.7 QUERATOQUISTE ODONTÓGENO.

Éste término fue utilizado por primera vez por Philipsen en 1956, en tanto que Pindborg y Hansen describieron, en 1963, las características esenciales de este tipo de quiste.

En la actualidad se está de acuerdo en que, este tenga orígenes diversos, hay un rasgo clínico que asegura su reconocimiento y separación como entidad característica: el índice de recidiva es muy elevado.

El queratoquiste odontógeno se origina a cualquier edad, desde la infancia hasta la ancianidad, no hay manifestaciones clínicas características. Entre los rasgos más comunes se halla dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

Características radiográficas: la lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, con frecuencia con un delgado borde esclerótico óseo. (Fig. 7)

²² <http://gsdl.bvs.sld.cu/>. (s.f.). Obtenido de Libros de autores cubanos

Tratamiento y pronóstico: el queratoquiste ha de ser eliminado por cirugía. Sin embargo, la experiencia clínica ha enseñado que la erradicación completa del quiste es difícil porque la pared quística es muy delgada, friable y se fragmenta con facilidad. Además, la perforación del hueso cortical, en particular en lesiones que afectan la rama ascendente, es común y complica la enucleación total.

La incidencia pico se halló en la segunda y tercera décadas de vida, ocurriendo el 17% antes de los 20 años de edad.

La naturaleza multilocular de muchos queratoquistes odontogénicos representa dificultades adicionales para la eliminación del quiste en su totalidad para evitar la recidiva. Idealmente, pareciera que la enucleación es el tratamiento de elección, con el cierre por primera intención si el quiste puede ser eliminado en su totalidad y con colocación del apósito sobre la herida abierta si el quiste fuese eliminado en partes.

También se ha sugerido el uso de fijadores químicos. En lesiones grandes, se recomienda la marsupialización con colocación de un drenaje, para ser seguida luego por enucleación cuando la lesión sea más manejable quirúrgicamente.



Fig. 7 En la zona de un tercer molar inferior ausente de un adolescente hay una lesión osteolítica de límites precisos que corresponde a un queratoquiste odontogénico ²³

²³ <http://gsdl.bvs.sld.cu/>. (s.f.). Obtenido de Libros de autores cubanos

2.3 OBJETIVO DEL TRATAMIENTO DE QUISTES.

Los objetivos principales para tratar de manera quirúrgica a los quistes va entorno a algunos principios, tales como:

1. Preservación de las estructuras adyacentes.
2. Conservación de los dientes presentes en boca, así como de los dientes que aún no han erupcionado.
3. Eliminación del revestimiento o tejido anormal.
4. Restauración del área afectada para que recupere su forma original.

En esencia, la marsupialización consiste en la apertura del quiste, mediante la eliminación de su techo y su comunicación a la cavidad bucal para que con ello el epitelio quístico se convierta en epitelio oral.

La enucleación es la más racional y popular de las dos medidas que se emplean para tratar quistes. Después de enuclear al quiste, el espacio subyacente se llena de sangre coagulada, la cual se organiza para volver a formar hueso.

3. MARSUPIALIZACIÓN.

La marsupialización es una técnica quirúrgica alternativa con importantes beneficios. Es utilizada para el tratamiento de quistes maxilares y es la mejor opción cuando se quieren conservar intactas las estructuras anatómicas adyacentes al quiste, cuando la enucleación no está indicada, ya sea por la extensión del quiste o los riesgos que pueda presentar para el paciente.

Es un procedimiento que tiene mucho tiempo de haberse utilizado y que es exitoso para el tratamiento de quistes de gran tamaño, que mediante la enucleación, se podría provocar deformación, pérdida de dientes, fractura o algún otro daño.

Se fundamenta en la técnica de Partsch I o quistotomía de Axhausen, en la que el quiste se abre quirúrgicamente y se pone en comunicación con la boca.

Consiste en reseca un hemiquiste, es decir, la parte externa del quiste, dejando éste abierto en su diámetro y abandonando la hemicápsula correspondiente a una evolución por sí misma que convierta este epitelio en mucosa bucal; con ello se logra la detención del crecimiento y el aplanamiento de la cavidad quística hasta su desaparición.²⁴

Ésta técnica de “quitar el techo” se llama también “operación de Partsch” y es muy utilizada en el tratamiento de ránulas.²⁵

3.1 DEFINICIÓN.

La palabra marsupialización proviene de marsupio, que a su vez deriva del latín *marsupium*, que significa bolsa.

²⁴ Donado, Rodríguez M. *Cirugía Bucal*. Masson, 1999. pp.603.

²⁵ Kenneth D. Snawder, D.M.D. *Manual de Odontopediatría Clínica*. Mosby Company, 1984.

3.2 ANTECEDENTES.

La técnica del tratamiento quirúrgico fue concebida por Dupuytren, Heath y Partsch, pero fue este último, quien creó los métodos Partsh I (1892. Método conservador) y Partsch II (1910. Método radical).²⁶

3.3 INDICACIONES.

Esta técnica, tiene indicaciones muy específicas. Siempre va a ser la técnica de elección para cuando se requieran conservar estructuras importantes y para prevenir complicaciones que mediante otro método se puedan presentar.

MARSUPIALIZACIÓN.

1. Cuando la enucleación no se puede realizar, dependiendo de cada paciente.
2. Quistes extensos de la rama o ángulo mandibular.
3. Cuando la enucleación implique un riesgo de fractura o daño a tejidos adyacentes.
4. Para la conservación de dientes.
5. En quistes dentígeros, donde se debe conservar el diente para que posteriormente pueda erupcionar.
6. En quistes de difícil acceso.
7. Donde se comprometan vasos o nervios importantes, para con ello evitar hemorragia o parestesia.
8. Inmunosuprimidos.²⁷

²⁶ Vila, Carlos Navarro. *Cirugía Oral*. Madrid: Arán Ediciones, 2008. pp.51.

²⁷ Ib. pp.51.

3.4 CONTRAINDICACIONES.

No existen de manera específica contraindicaciones generales para la realización de esta técnica, ya que es conservadora y poco traumática, por lo que no representa ningún tipo de riesgo, sin embargo, se menciona que un espacio quístico tarda mucho tiempo en rellenarse (Fig.8), en particular en personas de edad avanzada.²⁸

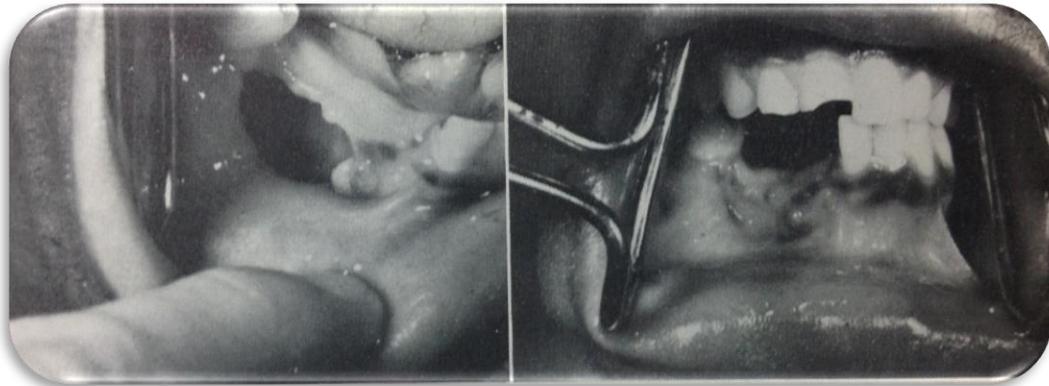


Fig. 8 Marsupialización de un quiste mandibular. **A.** cavidad quística varias semanas después de la operación. **B.** curación final de la lesión 8 meses más tarde. Ha quedado una depresión permanente en la apófisis alveolar.²⁹

3.5 MATERIAL E INSTRUMENTAL.

El instrumental utilizado en la técnica de marsupialización es el siguiente:

- > Campo quirúrgico hendido.
- > Jeringa carpule, en caso de que se requiera anestesia local.
- > Cuando se requiera de anestesia general se hará en un quirófano y a cargo del anesthesiólogo.

²⁹ lb. pp.437.

- > Espejo.
- > Bisturí número 3 y hoja número 15.
- > Legra, periostomo o espátula 7a.
- > Tijeras iris.
- > Tijeras curvas para encía.
- > Pinza de disección.
- > Pinza de Adson dentada.
- > Pinza de Adson diente de ratón.
- > Pinza de mosquito curva.
- > Pieza de mano de baja velocidad.
- > Fresa de bola número 6.
- > Separador de tejidos (Farabeuf, de rama, Minnesota).
- > Abrebocas.
- > Tubos de polietileno fabricados individualmente (12).
- > Jeringa desechable para aspirar, con aguja número 22 ó 25.
- > Jeringa para irrigar.
- > Eyector.
- > Portaagujas.
- > Sutura con aguja atraumática, seda negra de 3 ó 4 ceros.
- > Tijera para sutura.
- > Suero fisiológico.
- > Gasa yodoformada.
- > Formol al 10% (formalina).³⁰

³⁰ Hernández, S. E. (2001). Marsupialización de quistes maxilares, pp. 54-56.

3.6 TÉCNICA.

En esencia, la marsupialización dentro de la cavidad bucal consiste en abrir una ventana adecuada (fenestración) en la pared externa del quiste, por lo cual se evacúa entonces el contenido.

La parte remanente de la membrana se deja in situ y lo ideal es que la apertura sea lo más grande posible, pero compatible con el tamaño del quiste. Una vez practicada la ventana, se introduce en la cavidad un apósito, que puede ser de gasa yodoformada, lo cual tiene las ventajas fundamentales de que evita la contaminación de la cavidad con restos de alimentos y cubre los márgenes de la herida, la gasa se coloca cuidadosamente en el quiste con pinzas no dentadas. La tira de gasa se deposita primero a lo largo del piso de la cavidad y el resto se introduce sistemáticamente en capas, después se puede moldear la gasa aplicando una esponja seca.

La experiencia enseña que el material de relleno suele quedarse en su sitio, pero algunos cirujanos prefieren fijarlo con suturas para evitar que se salga de forma accidental. El material de relleno se debe dejar en su sitio durante 7 a 14 días, porque al cabo de 2 semanas la unión entre la membrana de revestimiento y la mucosa habrán curado. En este momento se puede construir un tapón, en caso necesario, para impedir que entren alimentos en la cavidad y preservar la permeabilidad del orificio quístico, debe ser retentivo y penetrar dentro de la cavidad. Sin embargo, esta prolongación nunca debe diseñarse de manera que llegue hasta el fondo del defecto porque impedirá el proceso de relleno natural a medida que la cavidad quística se achica.

Al principio conviene que el tapón sea de un material suave, para no irritar los márgenes de la herida durante la curación, pero después se puede preparar un tapón de acrílico (Fig. 9) tras la construcción de un modelo de cera rosa, que se moldea directamente en la abertura para obtener una impresión apropiada. Siempre que se pueda, el tapón debe tener un respiradero para que no se acumule presión mientras esté colocado. El clínico debe cerciorarse de que el tapón sea estable, se retenga con firmeza y tenga un diseño que no permita su inhalación ni deglución. Además, aunque este aparato debe usarse sin interrupción, hay que sacarlo después de cada comida para irrigar la cavidad. Para este fin es conveniente realizarlo con una jeringa de plástico.³¹

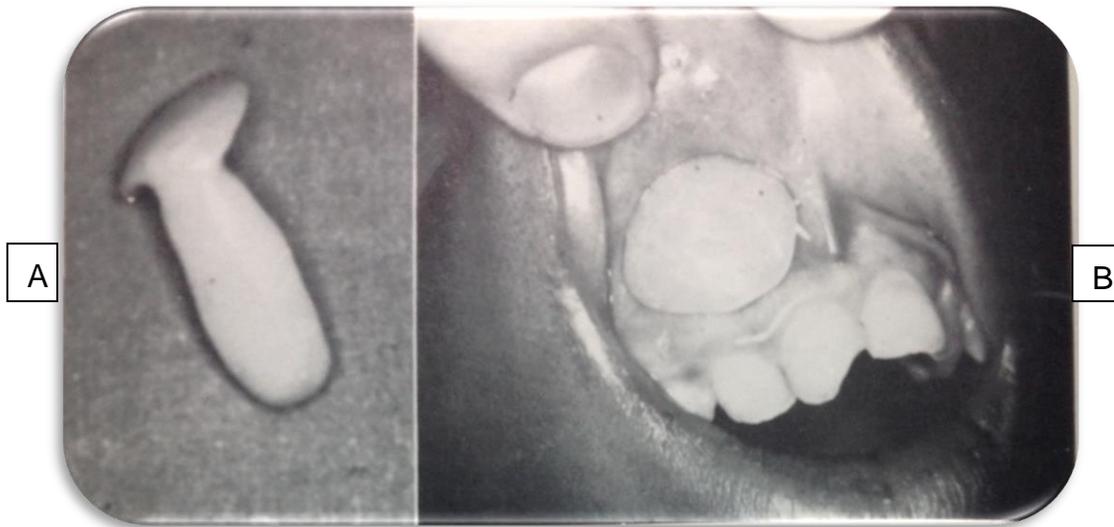


Fig. 9 Uso de un tapón de acrílico para mantener la permeabilidad de la cavidad quística marsupializada y evitar que se contamine con restos de alimentos. **A.** aspecto del tapón. El tallo se reduce a medida que la formación ósea achica el quiste. **B.** tapón colocado. El paciente lo retira varias veces por día para irrigar la cavidad quística.³²

³¹ Laskin, Daniel M. *Cirugía bucal y maxilofacial*. Argentina: Médica Panamericana., 1987.pp 435.

³² Ib pp. 436.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Como la marsupialización es un tratamiento conservador, tal vez se piense que no es indispensable que se lleve a cabo en un ambiente hospitalario o en una clínica especializada; pero, dependiendo de cada caso, es necesario operar donde exista todo el equipo, instrumental y material necesarios para el caso en que se presente una emergencia, como puede ser una fractura o una hemorragia.

Anestesia

Sólo se utilizará una técnica local o regional cuando se realice una descompresión que no represente ningún problema.

Por lo general, siempre será necesario levantar un colgajo y, en ocasiones, llevar a cabo una osteotomía para acceder al quiste.

Incisión

Se hace una incisión de Partsch, o semilunar, del tamaño de la pared del quiste, tomando en cuenta el diámetro de la ventana que se vaya a requerir para tratar la cavidad abierta o para insertar un drenaje (Fig. 10). La dirección de la incisión dependerá de la necesidad de introducir el colgajo en la bolsa quística o de su adaptación a un tubo de drenaje.³³

³³ Ib.pp.440.

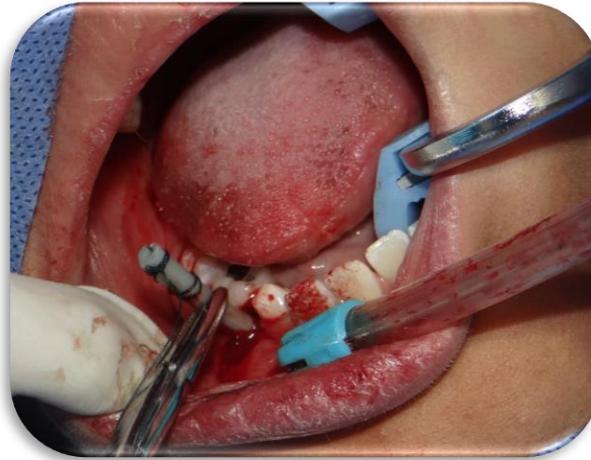


Fig.10 Prueba del tubo de drenaje para su posterior colocación.³⁴

Si el quiste ha perforado el hueso y está en contacto con la mucosa, la incisión se hará bordeando el margen óseo, y si éste es muy pequeño, entonces se practicará la incisión calculando la cantidad de hueso que se ha de remover. En ocasiones, el quiste está en contacto con el periostio y, al realizar la incisión, debemos tener cuidado de no incidir sobre su cápsula, para que no se evacue prematuramente y nos permita la identificación entre el saco quístico y el periostio.³⁵ (Fig. 11)

³⁴ Fotografía propiedad del Dr. Emilio Beltrán de la DEPeI F.O. UNAM

³⁵ López Arranz, J.S. *Cirugía Oral*. Interamericana, 1991 pp. 510.



Fig. 11 Acceso a la cavidad del quiste. ³⁶

La incisión siempre se hará con firmeza y de un solo trazo; con esto evitamos lacerar los tejidos y, como consecuencia, la posibilidad de causar una dehiscencia, a largo plazo, en los puntos de sutura.

Colgajo

Se levanta con un periostomo, o una legra, y debe ser mucoperióstico. El colgajo se diseña dependiendo de la zona que haya que intervenir. La forma semilunar nos permitirá manipular el colgajo cuando sea necesario, ya sea para proteger o reforzar alguna pared del interior de la bolsa quística o para proteger alguna zona, donde una parte de la cápsula del quiste haya sido retirada para realizar una apicectomía.^{37,38}

³⁶ Fotografía propiedad del Dr. Emilio Beltrán de la DEPeI F.O. UNAM

³⁷ Donado, Rodríguez M. *Cirugía Bucal*. Masson, 2005. Pp.790.

³⁸ Laskin, Daniel M. *Cirugía bucal y maxilofacial*. Argentina: Médica Panamericana., 1987.pp.440

Cuando el colgajo no es necesario para cubrir una zona o para insertar un drenaje, entonces se recortará para dejar una ventana adecuada en la cavidad y hacer que los bordes de la mucosa coincidan con los bordes de la cápsula del quiste.

Osteotomía

Se practicará cuando el quiste esté cubierto por una capa de hueso y necesitemos retirar una parte de éste, para poder visualizar la pared del quiste.(Fig. 12) Esto se puede hacer con una fresa de bola. Unos autores prefieren hacer pequeñas perforaciones sobre el hueso, delimitando la zona que se va a separar, y después con un cincel o escoplo y un martillo se dan pequeños golpecitos para separar el fragmento óseo. Otros prefieren cortar el hueso, de una sola intención, con una fresa quirúrgica.

En la descompresión sólo se retira la cantidad de hueso suficiente, como para que el tubo de drenaje entre a presión en el orificio y no queden espacios en su periferia por donde pueda penetrar saliva o restos de alimento.³⁹

³⁹ Marker, P., Brondum, N., Clausen, P. P., & Bastian. (1996). Treatment of large odontogenic keratocyst by descompression and later cystectomy. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 82: pp.122,124,126.



Fig. 12 Limpieza y acceso a la cavidad quística.⁴⁰

Marsupialización

Se recorta la pared del quiste que servirá de ventana, tomando en cuenta que los bordes óseos no queden descubiertos y que sean regulares, ya que el hueso que rodea a la cavidad debe ser sano para garantizar una buena regeneración. Es importante que el acceso hacia la cavidad sea lo suficientemente amplio para tratarlo de forma abierta y evitar que se ocluya, impidiendo su tratamiento y, como consecuencia, su transformación en epitelio oral.

Ya que se ha drenado el contenido, se lava perfectamente la cavidad con suero fisiológico y se verifica que el saco quístico esté bien adherido al hueso subyacente. De no ser así, el saco se mantendrá adherido al hueso mediante la introducción de una gasa, que ejerza una presión moderada contra las paredes del quiste, sólo de manera temporal, ya que de lo contrario se impide

⁴⁰ Fotografía propiedad del Dr. Emilio Beltrán de la DEPeI F.O. UNAM

la regeneración del hueso hacia la cavidad, que es, principalmente, lo que se quiere evitar.

Una vez preparada la cavidad, se procede a adaptar el colgajo a los bordes de la bolsa quística. En la mayoría de los casos, el colgajo se recorta siguiendo el contorno de la cavidad, de manera que quede de tal forma que se pueda suturar al saco. Por lo general, se recorta un círculo del tamaño del orificio que va a servir para tratar la cavidad. Esto se hace completando la incisión semilunar que se hizo previamente, pensando en esta necesidad.

Sutura

Se realizan puntos aislados alrededor de la ventana, uniendo la mucosa oral y la periferia del saco quístico. Esto logrará, posteriormente, que la mucosa oral se continúe hacia el interior de la cavidad quística, ya que el epitelio que reviste la bolsa sufra un proceso de metaplasia. (Fig. 13)



Fig. 13 Posoperatorio de la cavidad quística luego de la marsupialización y sutura de la mucosa a los márgenes de la pared quística.⁴¹

⁴¹ Laskin, Daniel M. *Cirugía bucal y maxilofacial*. Argentina: Médica Panamericana., 1987.pp 435.

Al suturar, debemos tener precaución con la fuerza de tensión que ejerceremos al unir los bordes, ya que la mayoría de los quistes están formados por una cápsula con paredes muy delgadas, que son fáciles de desgarrar, con lo cual se corre el riesgo de dejar restos de tejido que en el futuro pueden proliferar, dando pie a una recidiva. (Fig. 14)



Fig. 14 Sutura de los bordes en la marsupialización de una ránula.⁴²

En el caso en que se tengan que suturar los tejidos a un tubo de drenaje, se hará de tal forma que el tubo quede fijo a los tejidos (Fig. 15), dejando sólo el espacio que ocupa el tubo, a manera de que éste entre a presión.⁴³

⁴² Fotografía propiedad del Dr. Emilio Beltrán de la DEPeI F.O. UNAM

⁴³ Marker, P., Brondum, N., Clausen, P. P., & Bastian. (1996). Treatment of large odontogenic keratocyst by decompression and later cystectomy. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 82: 122,124,126.

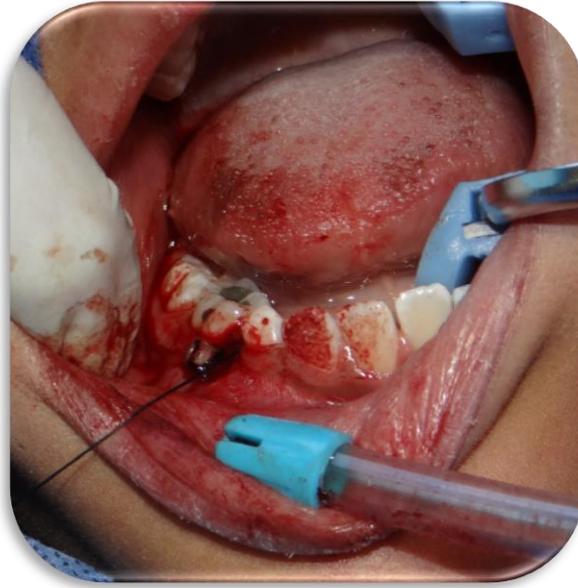


Fig. 15 Colocación y sutura del tubo de drenaje.⁴³

La sutura puede ser retirada a los ocho días o más, dependiendo de las características del tratamiento. En la descompresión, la sutura se retira hasta que la mucosa cicatriza normalmente, alrededor del tubo, sirviendo como una especie de anclaje.⁴⁴

Postoperatorio

El periodo postoperatorio se refiere al tratamiento de la cavidad marsupializada. Ésta será tratada mediante el relleno de la cavidad con gasa yodoformada (Fig. 16), colocada en forma de serpentina para facilitar su reemplazo, la cual se cambiará cada tres o cuatro días, luego diariamente,

⁴³ Fotografía propiedad del Dr. Emilio Beltrán de la DEPeI F.O. UNAM

⁴⁴ Marker, P., Brondum, N., Clausen, P. P., & Bastian. (1996). Treatment of large odontogenic keratocyst by descompression and later cystectomy. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 82: 122,124,126.

disminuyendo paulatinamente el tamaño de la gasa. En cada cambio de gasa se limpiará la cavidad, irrigando suero fisiológico con una jeringa, procurando no ejercer mucha presión y cerciorándonos de que no queden residuos de ningún tipo en su interior.



Fig. 16 Colocación de gasa yodoformada dentro de la cavidad.⁴⁵

Algunos cirujanos optan por elaborar un obturador de acrílico para mantener la cavidad aislada del ambiente oral, como ya se ha mencionado anteriormente.

En dos o tres semanas, el epitelio del quiste se convertirá, por metaplasia, en mucosa normal. Aquí es cuando termina la curación y es el paciente quien se ocupa del cuidado de la cavidad. Aquí ya no son necesarias las curaciones con gasa yodoformada, sólo se observa el proceso de regeneración de la cavidad y se mantiene una constante limpieza. La bolsa quística se ha convertido en una cavidad accesoria a la cavidad oral.

⁴⁵ Fotografía propiedad del Dr. Emilio Beltrán de la DEPeI F.O. UNAM

Generalmente, la regeneración ósea de la cavidad tarda de dos a tres años.

El hueso crece con dirección a la cavidad, aplanando el defecto hasta que desaparece, dependiendo del grado de destrucción o del potencial de regeneración del propio paciente, ya que a veces quedan defectos, los cuales, posteriormente pueden ser tratados mediante otras alternativas quirúrgicas.

Seguimiento

Se harán revisiones clínicas cada tres meses, para verificar que el tamaño de la cavidad vaya disminuyendo, durante el primer año. Al año, se efectuará un examen radiográfico para verificar la regeneración del hueso y ver que éste se forme normalmente.

Después de un año de seguimiento, haremos revisiones radiográficas cada tres años y vigilaremos el proceso de regeneración, además de advertir cualquier posible recidiva.

Metaplasia.- La metaplasia es el reemplazo de un tipo de célula adulta, totalmente diferenciada, por otro tipo distinto de célula madura. Un tipo de célula no se transforma en otro tipo de célula, sino que, más bien, es reemplazado por proliferación.⁴⁶

⁴⁶ Paulsen, Douglas F.: Histología básica. Capítulo 4, Células y tejidos epiteliales, Ed. Manual Moderno, 1991. pp. 63, 348.

Esto ocurre en la marsupialización. Cuando el epitelio que revestía al quiste se expone al ambiente de la cavidad oral y es reemplazado por epitelio de la mucosa oral normal.

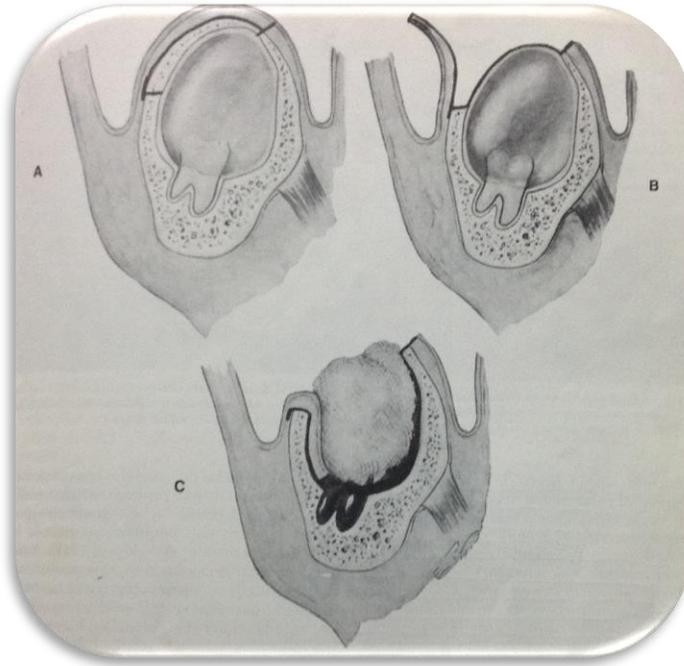


Fig. 17 Marsupialización de un quiste dentígero mandibular. **A.** exposición del quiste. Se puede elevar un colgajo mucoperióstico. **B.** quiste expuesto antes de la marsupialización. **C.** se ha abierto el quiste y rellenado la cavidad. En un paciente joven el diente se puede dejar en su sitio y por lo general se producirá la erupción.⁴⁷

3.7 VENTAJAS Y DESVENTAJAS.

Debido a la naturaleza conservadora de la marsupialización, existen grandes ventajas en su utilización. Como es un método indicado sólo en casos riesgosos, permite que las desventajas sean mínimas y que estén más asociadas con el periodo postoperatorio que con la cirugía en sí.

⁴⁷ Laskin, Daniel M. *Cirugía bucal y maxilofacial*. Argentina: Médica Panamericana., 1987.pp. 435.

VENTAJAS

- Procedimiento poco traumático.
- Poco tiempo de intervención.
- Las complicaciones postoperatorias son mínimas.
- Conservación de dientes involucrados con el quiste.
- Se evita una fractura patológica cuando el quiste es extenso y pone en riesgo la integridad del hueso.
- No hay posibilidad de hacer comunicación de la boca con seno maxilar o con la nariz.
- Se tiene una continua vigilancia de la pared del quiste.
- Se puede utilizar como método transitorio para una posterior enucleación, ya que se haya resuelto, en parte, el defecto.
- Se evita la parestesia o anestesia en la región a intervenir.
- No se corre el riesgo de provocar una hemorragia.
- El epitelio quístico se transforma en epitelio oral por metaplasia.
- El hueso que se forma, alrededor del quiste, es sano.
- Se evita dejar restos de tejido que, mediante el legrado o enucleación, pudieran persistir dentro de la cavidad.

DESVENTAJAS

- Sucesivas curaciones postoperatorias.
- No se cuenta con la totalidad del tejido para su estudio histológico.
- La regeneración del hueso es lenta.
- En ocasiones, el defecto no llega a desaparecer completamente.
- Requiere de un seguimiento a largo plazo.
- La gasa yodoformada puede causar molestia al paciente, sólo por ser incómoda.
- Solamente se puede practicar en lesiones unikuísticas.

3.8 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

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

El mejor modo de evitar las complicaciones es impedir las a través de un estudio diagnóstico, un buen criterio quirúrgico y una técnica adecuada.

Sin embargo, las complicaciones aparecen, y es bueno saber cómo tratarlas cuando lo hacen.⁴⁷

3.9 CONCLUSIONES.

La marsupialización se describió a finales del siglo XIX en la literatura alemana por Partsch, claro está que no es un tratamiento nuevo, mas sin embargo, se ha continuado utilizándolo debido a su carácter conservador y como una alternativa adecuada al tratamiento de quistes.

Ésta técnica es frecuentemente utilizada en la clínica de Odontopediatría de la DEPeI de la UNAM, en donde se han obtenido buenos resultados, debido a la buena praxis aunado a la cooperación de cada paciente.

La marsupialización puede realizarse en todos los casos en donde la enucleación esté contraindicada, debido a que es un procedimiento poco traumático, no existen contraindicaciones contundentes para evitar su uso.

⁴⁷ Donado, Rodríguez M. *Cirugía Bucal*. Masson, 2005.p.794-797.

Siempre será necesario un diagnóstico certero, para poder planear la intervención y ver si la lesión en realidad compromete estructuras adyacentes.

El tamaño de los quistes, su clasificación y su localización, nunca serán contraindicaciones para tratarlos quirúrgicamente. Esto se debe a que todos los quistes pueden expandirse mucho y tienden a provocar resorción ósea, desplazar dientes e invadir seno o fosas nasales.⁴⁸

Cuando se lleve a cabo la marsupialización en un quiste asociado con un diente, éste será conservado aun cuando se encuentre impactado.

No es necesario que el quiste invada o ponga en riesgo estructuras para poder llevarla a cabo.

Antes se recurría a la enucleación con extracción del diente causal, debido a que se consideraba que siendo el diente la causa de la formación del quiste, éste podría originar una recidiva a causa del epitelio que se pudiera dejar, pero ahora se sugiere que la pared conservada del quiste, permite una epitelización total de éste, con lo cual el epitelio del quiste prácticamente desaparece y se dispersan las posibilidades de recidiva.

En investigaciones recientes se ha comprobado que no hay diferencias entre los diversos métodos utilizados para el tratamiento de los quistes en lo que respecta a las posibilidades que tiene la lesión de reincidir.

Algunos autores encontraron más recurrencia después de haber llevado a cabo una enucleación; otros vieron que se presentaba más después de una

⁴⁸ Hernández, S. E. (2001). Marsupialización de quistes maxilares.

descompresión seguida de enucleación y, otros tantos, observaron que la reincidencia se presentaba posteriormente a la marsupialización.⁴⁹

La tasa de recidiva publicada por algunos autores es inferior al 10%. La selección de casos para este método debe ser cuidadosa, ya que el paciente debe llevar a cabo aproximadamente dos irrigaciones diarias durante varias semanas.⁵⁰

Esto dependerá de la correcta utilización de las diversas técnicas quirúrgicas y del buen diagnóstico que permita su precisa indicación.

⁴⁹ Marker, P., Brondum, N., Clausen, P. P., & Bastian. (1996). Treatment of large odontogenic keratocyst by descompression and later cystectomy. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 82: pp.122,124,126.

⁵⁰ Pérez, D. M. (julio-agosto de 2006). Queratoquistes maxilares: marsupialización. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, pp.3.

BIBLIOGRAFÍAS.

Bhaskar, S. (1977). Patología Bucal. Buenos Aires: El Ateneo.

Donado, R. M. (1999). Cirugía Bucal. Masson.

Guedes-Pinto, A. (2011). Odontopediatría. Sao Paulo: Santos.

H., T. K. (1975). Patología Oral. Salvat.

Hernández, S. E. (2001). Marsupialización de quistes maxilares.

Kenneth D. Snawder, D. (1984). Manual de Odontopediatría Clínica. Mosby Company.

Laskin, D. M. (1987). Cirugía bucal y maxilofacial. Argentina: Médica Panamericana.

Lesson, C. R. (1987). Histología. Interamericana.

López Arranz, J. (1991). Cirugía Oral. Interamericana.

Marker, P., Brondum, N., Clausen, P. P., & Bastian. (1996). Treatment of large odontogenic keratocyst by descompression and later cystectomy. *Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology*, 82: 122,124,126.

Olid, M. D. (2004). Técnicas básicas en cirugía bucal. Granada: Manuales mayor.

Paulsen, D. F. (1991). Histología básica. Manual Moderno.

Pérez, D. M. (julio-agosto de 2006). Queratoquistes maxilares: marsupialización. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 3.

R., B. M. (s.f.). <http://patoral.umayor.cl/quismax/quismax.html>.

Raspall, G. (2007). Cirugía oral e implantología. Madrid: Médica Panamericana.

Regezi, J. A. (1993). Patología bucal. Philadelphia, Pennsylvania, U.S.A.: McGraw-Hill.

Rodríguez, M. D. (2005). Cirugía Bucal; Patología y técnica. Barcelona: Masson.

Ross, M. H. (1997). Histología, texto y atlas a color. Médica Panamericana.

Treviño, J. A. (2009). Cirugía oral y maxilofacial. México: El manual moderno.

Vila, C. N. (2008). Cirugía oral. Madrid: Arán ediciones.