

24 247



**ESCUELA NACIONAL DE
ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA - U.N.A.M.**

CARRERA DE ODONTOLOGIA

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM
LESIONES QUISTICAS DE LA
CAVIDAD ORAL Y TEJIDOS
ADYACENTES**

T E S I S

que para obtener el título de
CIRUJANO DENTISTA

p r e s e n t a

HILDA PERALTA LAILSON

SAN JUAN IZTACALA

1979





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.

INDICE

	Páginas
PROLOGO	I
INTRODUCCION	11
CAPITULO I	
DEFINICION Y CONSIDERACIONES GENERALES	1
CAPITULO II	
CLASIFICACION DE LOS QUISTES	8
CAPITULO III	
DIAGNOSTICO	
a).-HALLAZGOS CLINICOS	
b).-EXAMEN HISTOPATOLOGICO	
c).-ESTUDIO HISTOPATOLOGICO	14
CAPITULO IV	
LESIONES MAS FRECUENTES QUE PUEDEN CONFUNDIRSE CON QUISTES VERDADEROS	54
CAPITULO V	
METODOS GENERALES DE TRATAMIENTO	74
CAPITULO VI	
COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.	88
CONCLUSIONES	94
BIBLIOGRAFIA	92

PROLOGO

Siendo uno de los requisitos para la obtención del título profesional de Cirujano Dentista, la elaboración de la tesis, solicite a ustedes la aprobación del tema "LESIONES QUISTICAS DE LA CAVIDAD ORAL Y TEJIDOS ADYACENTES".

A través de los cuatro años de la carrera, he podido --- constatar que siendo los quistes, afecciones que se presentan con frecuencia en la práctica de nuestra profesión, no le damos la importancia que se merece. Las causas de esta apatía piense que es ocasionada porque la información que se obtiene es muy reducida y en algunas obras literarias se presenta el tema muy complicado. Yo, que he vivido esta situación escogí este tema para tratar de exponerlo de una manera clara, coordinada y dentro de lo posible amena. Se incluíra información básica y actualizada en lo que se refiere al diagnóstico y -- tratamiento de los quistes, que nos permita la rápida comprensión de cada uno de los conceptos y puedan pensarse en práctica fácilmente.

Mucho agradezco a nuestros señores maestros y jurados -- sus críticas y sugerencias, ya que siempre serán bienvenidas -- y recibidas con gusto.

INTRODUCCION

A continuación haré un breve resumen de cada uno de los capítulos:

CAPITULO I

DEFINICION Y CONSIDERACIONES GENERALES.

El quiste es un "saco cerrado" que se presenta en los tejidos blandos o duros, previene de una membrana definida y -- que en su interior contiene material líquido o semilíquido. - Cuando se trata de un quiste verdadero de la cavidad bucal, - su membrana esta formada por un revestimiento epitelial dentro de una cápsula de tejido conectivo.

Los quistes de la cavidad oral y tejidos adyacentes son muy frecuentes, y su origen muy diverso: Algunos nacen de los dientes e sus primordios, otros provienen de la llegada de la inflamación de la pulpa dental a la región apical, haciendo proliferar a la vaina de Hertwig. Las inclusiones embrionarias (epiteliales) en los puntos de fusión de los procesos embriogénicos de los huesos faciales y otros tipos de lesiones dan lugar a otros grupos de quistes.

CAPITULO II

CLASIFICACION DE LOS QUISTES

Sea numerosas las clasificaciones sugeridas para los --

quistos, para la mayoría de estas agrupaciones son incomple--
tas e poco prácticas. A causa de ello, hemos ampliado una de
las clasificaciones de uso más frecuente, incluyendo algunas--
entidades descritas por otros autores.

No se incluyen en esta clasificación los neoplasmas con--
aspecto quístico, las cavidades hemorrágicas o traumáticas en
el hueso, ni las cavidades óseas idiopáticas.

CAPITULO III

DIAGNOSTICO: a).-HALLAZGOS CLINICOS. b).-EXAMEN RADIOGRAFI--
CO. c).-ESTUDIO HISTOPATOLOGICO.

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combina--
ción de los hallazgos clínicos (historia y datos físicos), va--
leración radiográfica y la biopsia.

Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es -
muy grande y no causa deformidad facial. El dolor puede ser--
causado por la presión del quiste sobre un nervio y aminorado--
puede haber parosteia.

La localización, movilidad, fijación, consistencia y cam--
bios locales son los factores más importantes en el diagnósti--
co de los quistes que se presentan en tejidos blandos.

A causa de la sintomatología clínica silenciosa la radi--
grafía desempeña importante e insustituible papel como elemen--
to diagnóstico de los quistes intróseos que figuran entre --

las afecciones que se presentan más frecuentemente al Odontólogo.

La importancia del estudio histopatológico del tejido extraído de zonas radiolúcidas de los maxilares es muy grande, pues permite hacer el diagnóstico correcto y el manejo adecuado del caso individual.

CAPITULO IV

LESIONES MAS FRECUENTES QUE PUEDEN CONFUNDIRSE CON LOS QUISTES VERDADEROS DE LA CAVIDAD BUCAL.

Por la gran frecuencia de los quistes de los maxilares, se piensa equivocadamente que todas las zonas radiolúcidas -- bien circunscritas corresponden a esa lesión. Si bien es cierto que en la mayoría de los casos resulta una suposición correcta, el diagnóstico adecuado del presunto quiste puede revelar hallazgos inesperados. Por ejemplo, se puede tratar de neoplasmas, estados displásicos del hueso y disfunciones metabólicas que pueden parecer lesiones quísticas a la radiografía.

Cada caso presenta su problema individual en diagnóstico y en tratamiento, pero si ambos son correctos no hay razón -- por la cual el pronóstico no sea excelente y las complicaciones mínimas.

CAPITULO V

MÉTODOS GENERALES DE TRATAMIENTO.

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen dos métodos generales de tratamiento:

1).-Enucleación de todo el quiste.

2).-La operación de Partsch o marsupialización, por la cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal a las zonas adyacentes.

El tratamiento de elección, aun en las lesiones quísticas extremadamente grandes, es la enucleación total cuidadosa. Si está destruida una pared cortical de hueso por la presión expansiva, el tejido perióstico se deja intacto y sirve como una ayuda excelente para la regeneración del hueso. Cuando la expansión y asimetría intensa han ocurrido, el proceso de reparación restablece el contorno normal del hueso y la regeneración es completa, siempre que la operación sea adecuada y no haya recurrencia del quiste.

Las técnicas quirúrgicas que describiremos comprende el tratamiento de quistes de hueso y de tejidos blandos.

CAPITULO VI

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

Las posibles complicaciones de enucleación o marsupialización de quistes incluyen tumefacción, infección, formación

de hematomas, traumatismo de nervios motores y sensitivos, hemorragia primaria o secundaria, fístula bucal, fractura de huesos y obstrucción de vías respiratorias. El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar lesiones que exigen disección en cuello y región submandibular.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenirlas por un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica correcta. Sin embargo, las complicaciones ocurren y conviene conocerlas para tratarlas cuando se presentan.

La asistencia post-operatoria adecuada es tan importante para el bienestar del paciente como el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

CAPITULO 1

DEFINICION Y CONSIDERACIONES GENERALES

El quiste es un "saco cerrado" que se presenta en los tejidos blandos o duros, provisto de una membrana definida y que en su interior contiene material líquido o semilíquido. Cuando se trata de un quiste verdadero de la cavidad bucal, su membrana esta formada por un revestimiento epitelial dentro de una cápsula de tejido conectivo.

Los quistes de la cavidad oral y tejidos adyacentes son muy frecuentes, y su origen muy diverso: Algunos nacen de los dientes o sus primordios, otros provienen de la llegada de la inflamación de la pulpa dental a la región apical, haciendo proliferar a la vaina de Hertwig. Las inclusiones embrionarias (epiteliales) en los puntos de fusión de los procesos embriogénicos de los huesos faciales y otros tipos de alteraciones dan lugar a otros grupos de quiste.

Los quistes se caracterizan por su crecimiento lento, siendo en forma progresiva, sin invadir tejidos vecinos, pero si rechazándolos, crecen debido a la presión intraquistica.

Las lesiones en las cuales encontramos algunas pero no todas las características dadas para los quistes, se llamaran lesiones pseudoquisticas.

El odontólogo halla a menudo lesiones quísticas en los maxilares y en los tejidos blandos de la cavidad bucal. Se deberá considerar la posibilidad de un quiste en todo paciente portador de una tumefacción en la boca y sus vecindades o cuando presenta radiográficamente alguna zona radiolúcida en el hueso. Pero esto no significa que todas las zonas radiolúcidas en el hueso o tumefacciones bucales deban ser clasificadas como quistes.

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de los hallazgos clínicos (historia y datos físicos), valoración radiográfica y la biopsia.

Aunque las características específicas y detalladas de cada quiste se discutirán en su capítulo adecuado, es importante darse cuenta de que todos los tipos de quistes intraóseos tienen ciertos caracteres radiográficos comunes.

Tres signos caracterizan la imagen radiográfica básica del quiste intraóseo: 1) Área circular radiolúcida; 2) Delimitación lineal radiopaca; y 3) Expansión.

1) Área circular radiolúcida. Este signo responde al hecho de que el quiste es esencialmente una bolsa de contenido líquido o semilíquido, cuya presión se distribuye por igual en todas direcciones determinando la forma esférica (que se radioproyecta en forma circular) propia de los estados iniciales. Esta forma esférica se mantiene hasta que el quiste, por su crecimiento (expansión), -

encuentra un obstáculo.

En cuanto al tono del área, este varía de acuerdo con el espesor óseo que rodea el quiste, o sea que para quistes del mismo tamaño la radiolucidez variará (más oscura o más clara) según la ubicación anatómica.

Conviene tener también presente que el espesor óseo que representan las estructuras anatómicas situadas por detrás o delante -- del quiste contribuyen también a modificar la uniformidad de la radiolucidez.

2) Delimitación lineal radiopaca. El área radiolúcida circular se halla separada del resto del hueso que rodea al quiste, por una línea o estrecha faja radiopaca. Este signo, frecuente pero no constante, representa una barrera de defensa ósea contra la expansión.

No siempre puede observarse la delimitación lineal radiopaca en todo el perímetro, a causa de la posición del quiste (superposición de estructuras anatómicas o parcialmente alojado de la pellicula). Es interesante señalar, sin embargo, que según Farma es suficiente la observación parcial del signo delimitación lineal radiopaca para identificar radiográficamente la imagen quística.

3) Expansión. Por aumento de su contenido (óseos), el quiste se expande o dilata; este aumento de volumen puede traducirse en:

a) Malposición de los dientes en contacto con el quiste (los --- dientes anteriores rechazados por el quiste, al aproximar sus ápices, se agrupan radiográficamente en "abanico").

b) Rechazo de las corticales óseas (pisos, paredes, tablas).

c) Perforación de corticales.

γ) Resorción dentaria. Se indica también esta posibilidad como efecto de la expansión del quiste; pero ante su presencia debe pensarse en otras afecciones de dudoso pronóstico, como en el caso de un ameloblastoma donde tal manifestación es prácticamente constante y no excepcional como ocurre en el caso del quiste.

Como el tejido esponjoso ofrece resistencia uniforme a la --- expansión del quiste, dentro de este tejido se mantiene la forma inicial esférica, radiográficamente circular, pero cuando "tropieza" con estructuras de mayor resistencia, tales como tablas, espina nasal anterior, etc., la expansión se manifiesta deformando el quiste.

Con frecuencia se observa simultáneamente: desplazamiento de las estructuras vecinas y deformación de la imagen circular.

Cabe agregar que en los casos en los cuales los signos área circular radiolúcida y delimitación lineal radiopaca no se muestran muy claramente en la radiografía, debe tenerse presente que el signo de expansión es característico (no patognomónico) de la imagen quística.

Como dato complementario para la interpretación, es necesario tener también presente que la ubicación del quiste, factor circunstancial, puede influir obstaculizando el registro de los tres signos.

La importancia del estudio histológico de tejido extraído de zonas radiolúcidas de los maxilares es muy grande, pues permite -- hacer el diagnóstico correcto y el manejo adecuado del caso individual.

En ocasiones el estudio histológico de una zona radiolúcida maxilar cambia notablemente el tratamiento planeado primero, que -- había sido basado sobre datos clínicos y radiográficos. Por la -- gran frecuencia de los quistes y granulomas de los maxilares, se -- piensa equivocadamente que todas las zonas radiolúcidas bien circunscritas corresponden a esas dos lesiones. Si bien es cierto -- que en la mayoría de los casos resulta una suposición correcta, el estudio histológico del presunto quiste puede revelar hallazgos -- inesperados. Por ejemplo, se puede tratar de una metástasis de un tumor maligno en los maxilares, y el estudio histológico es el único medio de establecer el diagnóstico, o bien se trata de tumores de las estructuras vecinas, como en el caso del carcinoma del seno maxilar.

No se incluye en este tema las neoplasias con aspecto quístico. De estos tumores los que se encuentran más comúnmente son el-

ameloblastoma y el tumor mixto de glándulas salivales. El ameloblastoma, neoplasia dental verdadera, presenta características clínicas diferentes que las de una lesión quística. Esta neoplasia de origen dental ataca principalmente al hueso, con desplazamiento de los tejidos blandos adyacentes por erosión y expansión.

Las neoplasias salivales de células mixtas aparecen más frecuentemente en la región de la parótida, de paladar blando y duro que en cualquier otra parte de la boca, con excepción posiblemente del carrillo. Rara vez se presentan en los labios, donde forman una tumefacción palpable similar al mucoccele.

Los tumores benignos de los tejidos blandos de la cavidad bucal que pueden tener el aspecto clínico de un quiste de tejido blando incluyen fibroma, lipoma, mioma, hemangioma, linfangioma y papiloma.

Hay otras neoplasias y estados displásicos del hueso que pueden parecer lesiones quísticas a la radiografía. Estas neoplasias incluyen el tumor de células gigantes, la displasia fibrosa, el fibroma osificante, el carcinoma metastático e invasor, el sarcoma osteolítico, otros tumores óseos primarios raros y el mieloma múltiple.

Las disfunciones metabólicas o generales que pueden dar como resultado lesiones con aspecto radiográfico de quiste son la osteofibrosis quística (hiperparatiroidismo) y las enfermedades del

sistema reticuloendotelial como la de Schüller-Christian y el granuloma eosinófilo.

Las cavidades hemorrágicas o traumáticas en el hueso y las cavidades óseas idiopáticas descritas por Stafne y otros, también pueden confundirse con los quistes verdaderos de los maxilares y de la mandíbula.

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen dos métodos generales de tratamiento:

1).-Enucleación total del quiste. Y

2).-La operación de Partsch o marsupialización, por la cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal a las zonas adyacentes.

Las posibles complicaciones de la enucleación o marsupialización de un quiste que mencionaremos más adelante, las podemos evitar, a través de un diagnóstico correcto, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica adecuada al caso.

CAPITULO 11

CLASIFICACION DE LOS QUISTES.

Afortunadamente, en la boca y en los maxilares se presentan pocos tipos específicos distintos de quistes. Sin embargo, aunque sólo hay pocos tipos, en la literatura se han utilizado numerosas denominaciones para nombrarlos. Algunas denominaciones se basan en la localización específica del quiste como, por ejemplo, el quiste periapical, el quiste del final de la raíz y el quiste radicular indican todos una localización relacionada con una raíz o con un ápice; de forma parecida el quiste globulomaxilar, el quiste sutural y el quiste de la línea media indican la localización de la anomalía.

Otros nombres de los quistes se basan más en la causa que en la localización; por ello utilizamos términos como quiste infeccioso, traumático y de retención.

La nomenclatura del quiste se complica más con las denominaciones que se basan en el origen del componente epitelial celular; por ello existen nombres como quistes de desarrollo, embrionales, odontogénicos y no odontogénicos.

Otros nombres usados en relación a los quistes se basan en el contenido del quiste y entre ellos se encuentran el quiste dentado (un diente dentro de un quiste), el quiste mucoso y el quiste hemo

rrágico.

Una clasificación de los quistes es útil cuando contribuye a clarificar, o mejor, a comprender, o cuando ayuda a diferenciar -- los distintos tipos de quistes.

Son numerosas las clasificaciones sugeridas para los quistes, pero la mayoría de estas agrupaciones son incompletas o poco prácticas. A causa de ello, hemos ampliado una de las clasificaciones de uso más frecuente, incluyendo algunas entidades descritas por otros autores.

No se incluyen en esta clasificación los neoplasmas con aspecto quístico, las cavidades hemorrágicas o traumáticas en el hueso, ni las cavidades óseas idiopáticas.

Por regla general los quistes de la cavidad oral y regiones adyacentes son quistes del desarrollo, es decir, lesiones cuyo revestimiento se va a formar a partir de las células epiteliales de desarrollo o embrionarias que, en forma de residuos, han quedado atrapadas en diversas regiones de la boca, cara y cuello después del desarrollo total del feto.

1).- Unos de origen dental e intraóseo, que se observan en dientes con pulpa muerta o tratados y que provienen de la llegada de la inflamación de la pulpa dental a la región apical, haciendo proliferar a la vaina de Hertwig (restos de Malassez) que delimita las raíces en proceso de desarrollo;

A).-Quistes radicales, también llamados periodónticos, inflamatorios, dentoperiósticos, parodontales, dentoalveolares, etc. y se dividen según su ubicación:

1).-Apical (se forma alrededor del ápice)

2).-Laterorradicular (situado "pegado" lateralmente a la raíz).

3).-Residual (quiste radicular que se deja cuando el diente causante de su desarrollo se extrae).

2).-Otros también de origen dental & intrabucos, corresponden a dientes que no han hecho erupción o dientes con erupción incompleta, que tienen origen en cambios degenerativos en el reducido epitelio adamantino que conectaba el germe dental y el epitelio bucal o alteraciones experimentadas por el folículo dentario:

A).-Quistes foliculares, también llamados quistes neoplásicos, ya que sus componentes pueden llegar a desarrollar un ameloblastoma, y se dividen en:

1).-Primordial (quiste que no contiene elementos calcificados, ya que su desarrollo es anterior al depósito de estructura dental calcificada.

2).-Dentífero (aparece alrededor de la corona de un diente que no ha hecho erupción o su erupción es incompleta).

3).-Odontomaquístico (quiste que contiene un odontoma (tumor-

-dental, constituido por todas las estructuras que forman el diente)).

3).-Un tercer grupo de quistes de origen no dental e intra--
óseos, constituidos por restos epiteliales que permanecen como in-
clusiones en los puntos de fusión de los procesos embriogénicos de
los huesos faciales:

A).-Quistes fisurales o suturales, que se dividen según su ubi-
cación:

1).-Nasoalveolar (crece en la unión de los procesos globular,
nasal lateral y maxilar. Por ello, su localización es --
extralveolar por encima del maxilar, en la base de el ala
de la nariz).

2).-Globulomaxilar (se forma en la unión de los procesos glo-
bular y maxilar entre las raíces del incisivo lateral y -
el canino).

3).-Nasopalatino (también llamado del conducto incisivo, por
originarse en el interior de ese conducto.

A veces se forma en el tejido blando de la papila palati-
na y recibe el nombre de quiste de la papila palatina.

4).-Medioalveolar (se forma en la línea medio alveolar (sutu-
ra intermaxilar) en la unión de los procesos maxilares --
entre los dos incisivos centrales superiores).

5).-Mediopalatino (se desarrolla en la fisura media del paladar entre los dos apófisis palatinas del maxilar superior).

6).-Mediomandibular (se extiende por debajo de los ápices de los incisivos centrales inferiores).

4).-Un cuarto grupo, constituidos por quistes de tejidos blandos de origen no dental, que resultan de la obstrucción de un conducto glandular con la consiguiente dilatación, ruptura y acumulación de líquido mucoso así derramado, en el tejido conectivo:

A).-Quistes de retención o extravasación:

1).-Mucocèle (tumefacción esférica, vesicular y azulosa que aparece generalmente en la cara interna del labio inferior, carrillo y piso de la boca).

2).-Rinula (aumento de volumen, no doloroso, azuloso que se forma en el piso de la boca).

5).-Un último grupo, que se observan en tejidos blandos, son el resultado de inclusiones epiteliales atrapados durante el desarrollo fetal o de residuos epiteliales de las estructuras embrionarias.

A).-Epidermoide (cavidad revestida de epitelio, pero sin contener anexos cutáneos).

B).-Dermoide (cavidad revestida de epitelio con anexos cutáneos tales como pelo, folículos pilosos, uñas, etc.)

C).-Teratoma (lesión quística que contiene anexos cutáneos y, además derivados mesodérmicos tales como hueso, músculo, tejidos respiratorios o gastrointestinales.)

Los últimos, tres quistes que acabamos de mencionar a veces se observan en el piso de la boca o adheridos al paladar o la lengua.

D).-Quiste de las hendiduras branquiales (linfocitelia), que son sacos epiteliales cerrados que se creía que procedían a raíz del cierre incompleto de las hendiduras branquiales en el embrión.

Actualmente se considera que estos quistes proceden de epitelio atrapado en los ganglios linfáticos de la región de los arcos branquiales. Suelen encontrarse en la parte anterior y por debajo del músculo esternocleidomastoideo o por debajo de la oreja.

E).-Quiste del conducto tirogloso, se desarrolla a partir de residuos epiteliales a lo largo del conducto tirogloso y se manifiestan en la línea media del cuello.

CAPITULO III

DIAGNOSTICO

a).-HALLAZGOS CLINICOS

b).-EXAMEN RADIOGRAFICO

c).-ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de los hallazgos clínicos (historia y datos físicos), valoración radiográfica y la biopsia.

Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial. El dolor puede ser causado por la presión del quiste sobre un nervio y asimismo puede haber parestesia.

Debido a que los quistes de los tejidos blandos del cuello se presentan muchas veces tensos, la diferenciación entre el quiste y los tumores sólidos puede ser difícil. La presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un signo de quiste más que de tumor, debido a que los quistes frecuentemente se infectan secundariamente. Sin embargo, la dureza del quiste y la movilidad de los tejidos del cuello frecuentemente hacen que la fluctuación no sea un signo seguro de la presencia de líquido. La localización, movilidad, fijación, consistencia, cambios locales y enfermedades asociadas son los factores más importantes en el diagnóstico.

En los quistes grandes de hueso que producen asimetría facial, la extensión se verifica generalmente a lo largo de la línea de menor resistencia en el hueso y en una sola dirección. El neoplasma verdadero suele crecer en el hueso y a través de él en todas direcciones. Los nervios, vasos sanguíneos, y senos paranasales generalmente son desplazados por la presión ejercida por el contenido líquido del quiste en contraste con el neoplasma que invade y rodea estos tejidos.

A causa de la sintomatología clínica silenciosa la radiografía desempeña importante e insustituible papel como elemento diagnóstico de los quistes intraóseos que figuran entre las afecciones que se presentan más frecuentemente al Odontólogo.

El examen radiográfico nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes. Las sombras superpuestas pueden causar confusión cuando parecen estar atacados varios dientes en la región de un diente. Se debe hacer un examen clínico completo, incluyendo las pruebas de vitalidad. La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso en el cual está contenido el saco del quiste. Esta lámina densa se ve en la radiografía como una línea blanca delgada delineando la región que contiene el quiste radiolúcido. El

diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiográficos ya que muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quiste. Debido a la complejidad de las lesiones patológicas que se presentan en los maxilares y en la mandíbula estos problemas son difíciles de diagnosticar. Los quistes generalmente tienen un contorno liso, redondo y lobuloso y pueden ser multiloculares. Sin embargo, cuando hay infección secundaria los bordes pueden ser irregulares.

Los quistes del maxilar superior son muy difíciles de ver en la radiografía debido a que se superponen las sombras de los senos maxilares. El lipiodol, una sustancia radiopaca, puede inyectarse en la cavidad quística. El material radiopaco se inyecta en la cavidad después de aspirar el contenido del quiste. Se utiliza una aguja grande de calibre 19 ó 20 en una jeringa Luer de tres a cinco centímetros cúbicos. Después que se ha aspirado el líquido en la jeringa, se quita la aguja que se dejó en su lugar y entonces se inserta otra jeringa Luer con lipiodol. La abertura que se ha hecho en la cavidad debe obturarse inmediatamente con un hemostático o torunda y la radiografía debe hacerse tan pronto como sea posible para evitar la salida del líquido. Esta técnica también puede utilizarse para visualizar quistes de tejido blando y

conductos venosos que de otra manera no podrían verse en la radiografía. Los quistes dermoides pueden contener material radiopaco.

Algunas veces se confunden una región radiolúcida pequeña e irregular con la recurrencia de un quiste. Esta apariencia radiográfica puede deberse a que ambas paredes corticales del hueso están atacadas por el quiste, o que se han quitado durante la extirpación quirúrgica de la lesión. La regeneración completa de estas paredes corticales es difícil y el defecto siempre aparecerá en la placa radiográfica. Aquí la historia es importante y es bueno informar al paciente de este dato para que lo dé a conocer cuando sea examinado por otro dentista, evitando así operaciones innecesarias en estas regiones.

Se debe recordar: La importancia de no establecer el diagnóstico exclusivamente en base a los datos radiográficos, sin suplementarlos con biopsia, datos clínicos y demás criterios diagnósticos.

La importancia del estudio histopatológico del tejido extraído de zonas radiolúcidas de los maxilares es muy grande, pues permite hacer el diagnóstico correcto y el manejo adecuado del caso individual.

El examen histológico es muchas veces esencial para esta

blecer un diagnóstico correcto, pero también son necesarios - otros estudios clínicos de laboratorio. No se debe hacer una biopsia inmediatamente para eliminar otros estudios. La biopsia debe hacerse cuando sus indicaciones sean bastante claras.

Los quistes radiculares, también llamados periodonticos, inflamatorios, parodontales, dento-alveolares etc. son sacos cerrados revestidos de epitelio que se forma en la membrana periodontica y sus estructuras adyacentes por lo común en el ápice de un diente, aunque a veces a lo largo de la superficie lateral de su raíz. El epitelio de estos quistes deriva, probablemente, de restos de la vaina de Hertwig, y resulta estimulado por un proceso inflamatorio o por los mismos factores que originaron la inflamación.

El quiste periapical suele estar precedido por un granuloma dental en el ápice de un diente sin pulpa. El quiste lateral no produce a lo largo de la superficie de la raíz, en general como secuela de un absceso lateral originado en el surco gingival, aunque también puede ser el resultado de inflamación que progresa desde la pulpa a través de un orificio pulpar situado lateralmente. El quiste residual puede quedar después de la extracción de un diente, seguido de enucleación incompleta de cualquiera de los tipos mencionados precedentemente.

Los quistes radiculares son el resultado de una infección dental con necrosis de tejido pulpar y transformación degenerativa en granuloma o quiste. No todos los granulomas epiteliales degeneran en quistes. La formación de un quiste depende primero de la disolución de la parte central del granuloma y segundo de la trasudación de líquido a través del saco de tejido conjuntivo con fero de epitelio hasta el interior de la lesión. Estos quistes suelen estar revestidos de epitelio escamoso estratificado y generalmente se encuentran infiltración de células redondas y otras signos de inflamación crónica. El quiste radicular de naturaleza principalmente inflamatoria, no muestra signos de formación de neoplasmas de las células epiteliales que forran su pared.

Los quistes radiculares pueden variar de tamaño, desde un milímetro o menos hasta varios milímetros de diámetro. Stafne y Millhon los hallaron con mayor frecuencia en el maxilar superior (63%) que en el inferior (37%) y más numerosos en la región anterior que en la parte posterior. De sus 500 casos, 181 eran del tipo residual, y 120 de los 349 restantes alrededor de raíces, estaban ubicados en los segundos incisivos inferiores. Estos quistes eran dos veces y media más frecuentes en dientes sin pulpa y sin tratar, que en dientes con los conductos radiculares obturados.

Muchos de los quistes radiculares sufren infección crónica y forman fistulas a través de la pared alveolar hacia el mucoperiostio suprayacente. En algunos casos el agrandamiento del quiste es tal que todo el hueso sobreyacente desaparece y la pared quística se adhiere al mucoperiostio.

Muchos quistes radiculares son de tamaño discreto (1 a 2 cm de diámetro) y su forma suele ser redonda u ovalada, pero son frecuentes las variaciones de forma y tamaño; algunos son pequeños y tienen solamente unos pocos milímetros de diámetro, mientras que otros son grandes y de varios centímetros. La forma puede ser elíptica en algunos y lobulada en otros.

En algunos casos poco frecuentes, la zona radiolúcida puede localizarse a distancia del ápice, no pudiendo distinguirse radiográficamente el surco existente entre la raíz y el quiste.

El aspecto clínico del quiste radicular es muy variable. El quiste puede no apreciarse clínicamente, ya que a veces faltan totalmente los signos clínicos. Por otra parte, el aspecto clínico puede ser muy sugestivo, sobre todo cuando el quiste es grande o cuando hay una infección activa; en tal caso se puede encontrar un diverso grado de agrandamiento o deformidad del hueso, desde deformaciones localizadas, escasamente apreciables, de coloración normal, y consistencia buena,

a protuberancias purpúreas de moderado tamaño, de cuya palpación se obtiene la sensación de crepitación quística que señala la presencia de una delgada capa de hueso cortical que parece una cáscara. A veces, las manifestaciones clínicas del quiste radicular consisten en una masa tumoral carnosa, de su superficie lisa, blanda, en la que se observa un conducto fistuloso por el que sale un exudado purulento o seropurulento al exprimirlo.

Los síntomas subjetivos que acompañan a los quistes radiculares son también muy variables; algunos quistes son completamente asintomáticos, mientras que otros producen dolor, hiperestesia o malestar.

Desde el punto de vista diagnóstico, es de gran importancia la detección del diente afectado, es decir, la identificación del diente muerto o infectado que es la causa del quiste radicular.

Aunque muchas veces esto se consigue por exploración directa, no es raro que se necesiten, en algunas ocasiones, una prueba de la vitalidad pulpar.

a). Quiste periapical. El quiste periapical es, sin lugar a dudas, el quiste más frecuente de los que afectan la mandíbula y el maxilar.

Representan aproximadamente el 80% de todos los quistes-

que aparecen en los maxilares. Su frecuencia es, a la vez, dos veces y media mayor en dientes no tratados que en los tratados.

Se forman alrededor de un ápice que se registra generalmente "intacto" dentro del área radiolúcida.

En general, la identificación radiográfica de los quistes periapicales no ofrece mayores dificultades por continuarse la delimitación lineal radiopaca con el registro de la lámina dura del diente causal (la delimitación lineal radiopaca no se diferencia radiográficamente de la lámina).

En algunos casos dudosos, de quistes grandes, en los cuales no resulta fácil identificar el diente causal, resultará útil recordar que el diente causal (o raíz) no experimenta desplazamiento; por lo tanto, los dientes que se vean desplazados serán ajenos al proceso (aunque aparezcan radioproyectados, por vecindad dentro de este).

b). Quistes laterorradiculares. Son relativamente raros. Se encuentran situados ("pegados") lateralmente a la raíz, a causa de haber sido irritado el periodonto a través de un conducto lateral, una perforación o una fractura.

El quiste laterorradicular muestra una peculiar predilección a presentarse en la región de los caninos y premolares de la mandíbula, aunque también se ha encontrado en otras le

calizaciones.

Muchas veces no hay signos clínicos; la mayor parte de estos quistes se descubren en el curso de una exploración radiográfica habitual. Sin embargo, cuando el quiste es muy grande o cuando su localización es más bucal, puede encontrarse un aumento de volumen de color normal y de superficie lisa. La infección de un quiste generalmente estéril puede dar lugar a una tumefacción dolorosa de la zona, o la formación de un conducto fistuloso con un drenaje purulento, o a ambos.

Las características radiológicas son lo suficientemente específicas como para permitir establecer un diagnóstico seguro. Las características quísticas de las lesiones son notables: la zona radiolúcida, que puede ser de forma redondeada pero que más a menudo es ovalada o elíptica, se localiza generalmente en la zona mandibular de los caninos y de los premolares; su extensión suele limitarse a la zona situada entre las raíces de los dientes contiguos, extendiéndose muy pocas veces más allá de sus ápices; generalmente es de tamaño pequeño, con brotes bien delimitados, y a veces rodeados de una zona esclerótica. Muy pocas veces el quiste ejerce la suficiente fuerza expansiva como para desplazar a los dientes vecinos.

El diagnóstico se suele basar en las características radiográficas, pero es esencial la extirpación quirúrgica segun

da de un estudio histológico.

Histológicamente, el saco del quiste se compone de un recubrimiento de epitelio escamoso estratificado y una pared de tejido conjuntivo.

g). Quiste residual. Es un término que se usa generalmente para referirse a un quiste radicular que se ha dejado una vez se ha eliminado el diente responsable de su formación.

Los quistes residuales pueden originarse en cualquier clase de quiste que no se haya eliminado íntegramente, pero en la práctica se ha observado que casi todos los quistes residuales se originan en los periapicales.

En este caso, el mecanismo de formación es simple; durante la extracción, o al ser expulsada la raíz, se desprende del ápice un granuloma epitelial o un pequeño quiste que independientemente del diente continúa su evolución dentro del hueso, llegando a veces a adquirir gran tamaño.

Generalmente, como sucede en otros quistes de pequeño tamaño, clínicamente asintomáticos, el quiste residual es un hallazgo accidental o casual en el curso de una exploración radiográfica habitual de la boca. Aunque los caracteres radiográficos del quiste residual hagan pensar en los de otras lesiones centrales.

Son relativamente frecuentes en las zonas denticadas. -

A los quistes residuales no es posible diferenciarlos radiográficamente de los primordiales. El antecedente de la extracción del diente ausente (interrogatorio) puede ayudar a la identificación.

Cuando aparecen acompañados ocasionalmente por restos apicales se facilita su identificación.

Los datos radiológicos y clínicos que presenta el quiste residual se parecen a los de los otros quistes radiculares, con la excepción de que falta el diente causal o de que el quiste residual pueda localizarse en una zona en la que faltan completamente los dientes. Por ello, el diagnóstico final dependerá de la intervención quirúrgica y del resultado de la biopsia.

Los quistes radiculares están comúnmente revestidos de epitelio escamoso estratificado con una cápsula de tejido conectivo. Por regla general contiene un líquido estéril, pero en ocasiones pueden resultar infectados, en cuyo caso pueden incluir pus, líquido seropurulento, líquido homopurulento, deechos seminóidos, y hasta material sólido. La presencia de células inflamatorias agudas en el revestimiento epitelial y células inflamatorias crónicas en la cápsula de tejido conectivo es un hecho común. En raras ocasiones el epitelio columnar, derivado de la invasión de los senos o de la cavidad na-

sal o posiblemente como consecuencia de metamorfosis del epitelio escamoso.

Los quistes foliculares también de origen dental e intra óseos, corresponden a dientes que no han hecho erupción o a dientes con erupción incompleta.

Quistes primordiales. Estos quistes están constituidos por sacos revestidos de epitelio formado por retrogresión del retículo radiado en los órganos productores de esmalte que comienza antes que haya sido depositada ninguna estructura dental calcificada. Contrariamente a lo que ocurre con los quistes radicales y dentígeros, aquellos no poseen estructuras calcificadas.

Los quistes primordiales se diferencian de los quistes radicales y dentígeros en que no contienen elementos calcificados. En los quistes primordiales el retroceso del retículo estrellado en el órgano del esmalte se verifica antes de la calcificación del diente. La palabra primordial implica una estructura más sencilla y menos desarrollada. El quiste está forrado por un epitelio escamoso estratificado y puede ser leucular, multilocular o múltiple. Los quistes odontogénicos, como los primordiales, se forman del epitelio bucal primitivo y por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma, un neoplasma dental verdadero. En estos quistes las células

epiteliales tienen capacidad neta de desarrollar neoplasmas.

La imagen radiográfica de estos quistes es la imagen básica, circunstancia que hace pueda confundirse con la de los quistes residuales. Puede orientar la interpretación diferencial al hecho de no haber extraído el diente responsable (interrogatorio).

Suele encontrarse como una zona radiolúcida única, redondeada, ovalada o elíptica, a veces puede presentarse incluso como una sombra, rodeada por unos bordes muy bien delimitados y envuelto por una zona estrecha de hiperostosis. Raramente suele alcanzar un tamaño superior a 2 cm de diámetro, y por ello no se acompaña de asimetría cortical o desplazamiento del diente contiguo. Los quistes primordiales de mayor tamaño pueden dar lugar a expansión de la cortical y desplazamiento de los dientes y pueden extenderse a la rama o por delante hacia el cuerpo de la mandíbula.

El quiste primordial se localiza principalmente en la zona del tercer molar de la mandíbula; muy pocas veces se presenta en otro lugar, aunque se ha encontrada en el maxilar y en otros dientes. Generalmente falta el tercer molar.

Quistes dentigeros. Se trata de sacos cerrados, revestidos de epitelio, formados alrededor de las coronas de dientes que no han hecho erupción, o una anomalía dental como el odon

toma. Suelen contener coronas de dientes u odontomas, excepto en casos insólitos cuando se extrae el diente dejando atrás el quiste (quiste residual). Estos quistes se han descrito como eriginales a raíz de una desintegración del retículo radiado de los órganos productores de esmalte una vez completa la formación de la corona, pero la mayoría de ellos son quizá el resultado de cambios degenerativos en el reducido epitelio adamantino. Esto ubica su tiempo de desarrollo con posterioridad al depósito de esmalte y no antes de él. Los llamados quistes eruptivos, que aparecen principalmente en los terceros molares, son quistes dentíferos que se manifiestan en una etapa posterior del desarrollo dental.

Estos quistes interfieren con la erupción normal de los dientes y suelen estar relacionados con los terceros molares.

La denominación de "quistes dentíferos" debe ser reservada para sacos de tejido conectivo revestidos de epitelio esca-mo estratificado, que contienen la corona de un diente o alguna anomalía dental, y líquido. Este líquido yace entre el revestimiento del quiste y el diente. En algunos casos puede hallarse la cutícula adamantina alrededor del esmalte, pudiendo estar presente en los quistes dentíferos. Estos quistes pueden ser algo mayores que la corona del diente, o bien adquirir tamaño tal que incluyan una gran porción de los músculos

res.

Los quistes dentígeros agrandados pueden causar gran desplazamiento del diente. La presión del líquido acumulado generalmente desplaza el diente en dirección apical y con frecuencia la formación de la raíz no es completa. Los quistes dentígeros pueden encontrarse en cualquier parte de la mandíbula o de los maxilares superiores, pero se localizan más frecuentemente en el ángulo de la mandíbula, región de los caninos, terceros molares superiores, cavidad antral y también en el piso de la órbita.

Los quistes pueden ser formados por varios gérmenes dentales actuando en conjunto y su formación da una apariencia folicular múltiple. El germen del diente que nace de la lámina dental o de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del diente, puede dividirse y formar un número de folículos. Cada folículo puede formar un quiste causando la formación de los llamados quistes hijos que necesitan una exploración cuidadosa al hacer la operación. Debe recordarse que el quiste primordial o dentígero es un ameloblastoma en potencia. La formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la luz de la lesión pueden ser el principio del tumor dental.

Estos quistes de desarrollo tienden mucho a reaparecer.

frecuentemente los quistes con revestimiento epitelial grueso tienden más a la recidiva que los quistes con epitelio delgado, especialmente si son múltiples.

Muchos de estos quistes no dan síntomas clínicos hasta que se nota la asimetría de la cara. Estos quistes pueden llegar a ser de gran tamaño abarcando todo el cuerpo o la rama de la mandíbula y una gran porción del maxilar superior, desplazando los senos orbitales y paranasales sin invadirlos. Muchas veces las radiografías muestran una expansión marcada de hueso de manera que las capas corticales suprayacentes son sumamente delgadas.

Los quistes dentígeros, que siguen en orden de frecuencia a los apicales, tienen las características radiográficas siguientes:

1) Aparecen alrededor de una corona dentaria.

2) En los quistes grandes esta corona aparece "rechazada" en la periferia de la cavidad quística.

Otro dato que interesa es que el diente causal puede presentarse parcial o totalmente desarrollado.

Cabe agregar que radiográficamente se distinguen dos tipos de quistes dentígeros: Tipo central y tipo lateral; el central corresponde a la descripción anterior, esto es, a los casos en los cuales el quiste se desarrolla simétricamente al-

rededor de la corona dentaria; en el tipo lateral el desarrollo, en cambio, se hace en relación con uno de los lados de la corona, o sea que solo parte de la corona se registra en "contacto" con la cavidad quística.

A causa de originarse estos quistes en el saco pericoronario, resulta útil (preventivo) controlar este durante la erupción; al respecto, según Mourshed, cuando el margen radiolúcido sea de 1,5mm el registro deberá considerarse como dudoso de 2mm, como sugestivo; y de 2,5mm, como posible quiste. De acuerdo con las apreciaciones del citado investigador, un margen de 1mm correspondería a lo normal y uno mayor de 3mm a lo anormal (quiste).

Los quistes que se forman durante la erupción y se destruyen al finalizar esta se denominan eruptivos (según Stafne).

En caso de presentarse un quiste durante la erupción, su evolución puede controlarse radiográficamente:

Así, cuando muestra el diente causal en posición correcta para su erupción y sin obstáculos en su trayecto, debe esperarse a que la erupción se lleve a cabo destruyéndose simultáneamente el quiste (eruptivo).

Esta evolución inocente del quiste la explica Stafne por que prevalece la fuerza de erupción del diente (*) sobre la -

antagónica e de expansión del quiste (-), que rechaza la corona en sentido contrario.

En cambio, cuando la radiografía muestre la erupción obstaculizada (diente causal en posición anormal, persistencia - del temporario, etc.), no deberá esperarse que la erupción se efectúe, sino que, por lo contrario, sea el quiste el que evolucione favorecido por el obstáculo.

Respecto al desarrollo y crecimiento de los quistes dentígeros, se ha observado que este es más rápido en personas jóvenes y que el lugar más favorable para su expansión es la región posterior de la mandíbula, donde suele adquirir gran tamaño.

Es interesante señalar que los quistes dentígeros, si bien se inician de ordinario durante la edad erupcional del diente causal, como excepción pueden también formarse con gran retardo en dientes retenidos, a expensas del tejido epitelial contenido en restos del saco pericoronario.

Un detalle que debe tenerse en cuenta en interpretación es que un quiste dentígero puede aparecer radiográficamente simulado; esto puede ocurrir cuando se radioproyecta el registro de un diente supernumerario o retenido dentro del área radiolúcida de un quiste primordial o residual e cuando lo hace el germen del permanente en el área radiolúcida de un quiste-

periapical originado en el temporario. Agregaremos que ambas confusiones son más factibles cuando se utiliza solo una radiografía para el examen radiográfico.

Los quistes marginales pueden considerarse dentígeros -- (tipo lateral), dado que también se originan en el epitelio del saco pericoronario (restos).

Por su ubicación respecto del tercer molar se dividen en anteriores y posteriores o retromolares; estos últimos son relativamente frecuentes.

Los anteriores aparecen debajo del "perfil" mesial (radiográfico) del tercer molar en malposición. Son relativamente raros.

La denominación de retromolares o posteriores resulta -- más objetiva, ya que su registro aparece ocupando el espacio retromolar y teniendo por límites dentarios la cara distal -- (perfil) y parte de la oclusal de la corona del tercer molar; esta última circunstancia determina la característica forma -- semilunar (radiográfica) de estos pequeños quistes.

Para su interpretación debe tenerse en cuenta que radiográficamente el espacio retromolar normal no tiene más de un milímetro de ancho (Simpson); por lo tanto, cuando este espacio se vea registrado con un ancho desproporcionadamente mayor, se estará frente a un quiste retromolar.

Odontomatosos o quistes con odontoma. Son de origen foliular; muestran su parte central ocupada por área radiopaca, que corresponde al registro de una masa de denticulos de tamaño y número variable, e odontoma combinado o compuesto por un conglomerado de tejidos duros amorfos, esto es, por un odontoma complejo.

La masa de la imagen quística y la del odontoma facilita la identificación.

Los quistes fisurales o suturales, de origen no dental e intrabóseos, están constituidos por restos epiteliales que permanecen como inclusiones, en los puntos de fusión de los procesos embriogénicos de los huesos faciales.

Los quistes fisurales o suturales no son muy frecuentes; se forman en la unión de los procesos embriológicos faciales; por esta circunstancia aparecen entre las raíces de los dientes anteriores, situación, que ayuda a su identificación pero que puede contribuir también a que sean mal interpretados.

Quiste nasopalveolar. El quiste nasopalveolar es una entidad relativamente rara de quiste del desarrollo, que ocurre de forma característica en el suelo de la nariz o cerca del ala de la nariz. Crece a partir de los restos epiteliales atrapados en la unión de tres apófisis, la medial, la lateronasal y la maxilar.

Produce una tumefacción en la inserción del ala de la nariz y al crecer invaden la cavidad nasal. Los datos radiográficos son negativos debido a que estos quistes no son lesiones centrales del hueso.

Aunque se considera como un quiste fisural, algunos autores lo incluyen entre los quistes de los tejidos blandos más que entre los intraóseos ya que pocas veces afecta al hueso que hay debajo.

En la observación clínica pueden confundirse con quistes de origen dental o abscesos alveolodentales de los dientes anteriores superiores.

Puede descubrirse como una tumoración localizada, de pequeño tamaño, o puede apreciarse como una tumefacción en el suelo de la nariz. A veces, puede mostrarse como una hipertrofia de los tejidos mucobucales por encima de los ápices de los dientes incisivos laterales o canino. Aunque el quiste nasoalveolar se localiza sobre todo en los tejidos blandos más que en los huesos, puede dar lugar a erosión del hueso que está por debajo. Sin embargo, muy pocas veces se observa radiológicamente.

La sintomatología es variable, pero a veces presenta hiper sensibilidad o incluso dolor. Aquellos quistes cuya localización es más medial y se pueden visualizar a través de las

ventanillas de la nariz se observa que tienen una superficie lisa, forma de cúpula, bien delimitadas y son unas masas polí-
das situadas en el suelo anterior de la nariz.

Histológicamente, este quiste suele presentarse como una cavidad recubierta por epitelio columnar y circundada por una pared de tejido fibroso.

Quistes globulomaxilares. Estos quistes se hallan en forma de sacos revestidos de epitelio entre las raíces del incisivo lateral y el canino superior. Se originan en inclusiones epiteliales entre las apófisis globular (nasal mediana) y maxilar. Radiográficamente tienen el aspecto de zonas radiolúcidas de forma semejante a la de una para entre el incisivo lateral y el canino superior, y suelen provocar divergencia entre las raíces de dichos dientes. Las piezas dentales adyacentes poseen pulpa vital, a no ser que esta haya sido dañada por alguna pulpitis ajena al proceso. Estos quistes pueden ser diagnosticados erróneamente como quistes radiculares. Existe la posibilidad de que se manifieste un quiste globulomaxilar entre el primero y segundo incisivo o entre el canino y el primer premolar, puesto que la fisura globulomaxilar a veces pasa a través de estos espacios interdentales, como lo evidencian las hendiduras congénitas del maxilar superior.

El diagnóstico de los quistes globulomaxilares depende -

casí completamente de su localización entre el incisivo lateral y el canino además de una valoración clínica de los dientes adyacentes para diferenciarlos de un quiste de origen dental. Generalmente estos dientes responden favorablemente a las pruebas de vitalidad. El quiste consiste en una membrana de tejido conjuntivo forrada por epitelio estratificado.

Los quistes glóbulo-maxilares pueden ser confundidos con apicales, sobre todo si los dientes vecinos (lateral y canino) muestran grandes caries o tratamientos, predisponiendo más aún a esta interpretación equivocada la presencia de un lateral con ápice incurvado (dilacerado) hacia distal (según Seward).

Como otros quistes de la cavidad bucal, se infectan secundariamente y sufren alteraciones inflamatorias agudas.

El quiste consiste en una membrana de tejido conjuntivo forrada por epitelio estratificado.

Medios. Estos quistes están situados en la sutura integ maxilar, pueden presentarse entre las apófisis alveolares o entre las apófisis palatinas, y se denominan respectivamente quistes medios alveolares y quistes medios palatinos (palatino medio).

Los alveolares aparecen entre las raíces de los incisivos centrales, debajo del agujero palatino anterior. Son de

tamaño reducido y forma elíptica a causa de la resistencia -- que ofrecen las raíces dentarias a la expansión del quiste,

El límite inferior de estos quistes resulta en general - radiográficamente imperceptible.

Los quistes medios palatinos se forman en la fisura media del paladar y se originan de restos embrionarios. Están revestidos de epitelio escamoso estratificado cuando su origen es bucal, y por epitelio columnar ciliado cuando provienen del lado nasal. Estos restos embrionarios quedan sencillamente atrapados entre las dos apófisis palatinas laterales del maxilar superior en el momento de su fusión, y yacen quiescentes hasta que los estimula algún factor extrínseco o intrínseco. Los quistes que surgen ocasionalmente entre los dientes incisivos centrales superiores, o inferiores no son verdaderos quistes mesopalatinos, ya que los huesos que se unen en esta región tienen su origen en la profundidad del mesénquima, sin oportunidad alguna de inclusión de restos epiteliales. Se trata probablemente, de quistes primordiales de gérmenes dentales supernumerarios.

Los quistes de la línea media se diferencian de los quistes del canal incisivo debido principalmente a su localización, ya que éstos ocurren más hacia atrás en el paladar. Los datos radiográficos son desorientadores, por la superposi

TESIS DONADA POR D. G. B. - UNAM

ción de las sombras de los senos paranasales. La inyección de un material radiopaco delinearán al quiste.

Quiste nasopalatino (del conducto incisivo). El quiste nasopalatino, que se encuentra en la región anterior del maxilar e inmediatamente detrás de los ápices de los incisivos -- centrales, crece a partir de los residuos epiteliales de los vestigios del conducto nasopalatino. Ya que la localización y la anatomía detallada de las estructuras nasopalatinas embrionarias varían mucho en su localización, pueden ser completamente bilaterales, o estar en uno de los dos lados de la línea media, o pueden juntarse en la línea media dando lugar a un canal incisivo único; sus residuos epiteliales, de los que proceden los quistes, también tendrán distintas localizaciones. Si el quiste se forma a partir de un único resto epitelial embrionario en cualquiera de los dos lados de la línea media, se encontrará un quiste redondo nasopalatino unilateral; si el quiste se forma a partir de los residuos a ambos lados de la línea media, dará lugar a quistes nasopalatinos redondos bilaterales; y si el quiste se forma a partir de residuos en ambos lados, pero cerca de la línea media, la lesión resultante puede ser un quiste único, una zona radiolúcida de forma de corazón en la línea media del maxilar. Así, un quiste nasopalatino puede ser una lesión redonda única de-

tamaño moderado unilateral, localizado a la derecha o a la izquierda de la línea media, pueden presentarse en forma de lesiones redondeadas bilaterales situadas de forma simétrica, o puede ser central y de forma acorazonada.

Los signos clínicos de los quistes nasopalatinos no son frecuentes, ya que suelen ser de pequeño tamaño y localizarse en zonas profundas del maxilar anterior. Es difícil describirlos. Sin embargo, a veces los quistes de gran tamaño presentan características clínicas que son muy parecidas e indistinguibles de las de los quistes de la línea media.

Los caracteres radiográficos son muy variables. En algunos casos, el quiste nasopalatino se presenta como una zona radiolúcida redondeada, única y unilateral, de algunos o muchos milímetros de diámetro, inmediatamente por encima o junto al ápice de un incisivo central; en otros casos, se descubren zonas radiolúcidas quísticas parecidas pero bilaterales; y, a veces, se encuentra la forma radiolúcida acorazonada que es más característica.

El diagnóstico suele basarse en los datos radiográficos descritos anteriormente y en la comprobación de que la zona radiolúcida no se relaciona con dientes sin vitalidad.

Generalmente estos quistes no dan síntomas clínicos si no se infectan secundariamente. Cuando se infectan se pueden

notar una descarga persistente de pus que sale bajo presión.- El sondeo e la perforación generalmente dejan que escape el líquido, pero la tumefacción reaparece si el quiste no se quita quirúrgicamente.

Los hallazgos histológicos pueden ser también importantes de cara al diagnóstico. Aunque los quistes nasopalatinos suelen estar recubiertos por epitelio escamoso, a veces se encuentra una variedad columnar o pseudoestratificada.

En muchos casos hay intensa infiltración inflamatoria debida a la infección secundaria de la cavidad bucal.

Quistes de la papila palatina. Es un quiste de desarrollo poco frecuente que crece a partir de los residuos epiteliales en los tejidos blandos que hay por encima del agujero incisivo y no en el hueso. Por ello, se observa generalmente como una tumefacción de superficie lisa situada inmediatamente por detrás de los incisivos centrales. Debido a su localización en el tejido blando y a su vulnerabilidad a los traumas, se rompe muy a menudo, dando lugar a la formación de una fistula diminuta por la que puede obtenerse un líquido acuoso, salado. Las radiografías son de poco valor ya que muy pocas veces el quiste se extiende al hueso subyacente.

Quiste medio mandibular. Es la réplica del quiste de la línea media del maxilar. Su patogenia, aspecto clínico y ca-

racterísticas radiológicas son similares a las descritas anteriormente. Sin embargo, hay algunas diferencias: a) el quiste medio mandibular es raro comparado con el de la maxila; -- b) el quiste mandibular se extiende muchas veces por debajo de los ápices de los incisivos centrales, y c) es raro que el quiste medio mandibular se descubra por la clínica.

Quistes de retención e extravasación. Son quistes que se forman en el tejido blando, de origen no dental.

Quistes mucosos (mucoceles). Los mucoceles son cavidades repletas de una sustancia homogénea que contiene mucina, producto de las glándulas salivales. Se manifiestan como proliferaciones algo esféricas en las glándulas salivales del labio inferior, lengua y piso de boca. Al parecer, suelen ser el resultado de obstrucción de los conductos, dilatación y ruptura de los conductos y acumulación de líquido derramado, en el tejido conectivo. La cavidad, semejante a un quiste, está revestido de tejido conectivo comprimido, en lugar de células epiteliales.

Muchos investigadores creen que el quiste mucoso (quiste submucoso, mucocele) no es una verdadera entidad quística, si no solamente un acúmulo de secreción mucosa en el tejido conjuntivo, careciendo el espacio líquido de un revestimiento epitelial.

Consideran que la separación traumática, como podía ocurrir en la mordedura o corte de los labios, es la responsable de la colección de líquido dentro de los espacios hísticos, - produciéndose así un fenómeno de retención mucosa más que un quiste de retención.

El quiste mucoso puede localizarse en casi todos los lugares de la boca, pero la mayor parte de las veces se localiza en la mucosa labial inferior. Otras localizaciones, aunque menos frecuentes, son la mucosa bucal, el paladar, la parte ventral de la lengua, el suelo de la boca y otras.

El aspecto clínico es variable, dependiendo muchas veces de la profundidad de la lesión. Las lesiones más superficiales se reconocen con facilidad, presentándose como masas prominentes, de superficie lisa de color azul o rojizo, discretas, parecidas a ampollas. Su tamaño varía desde 1 & 2mm hasta 1cm o más de diámetro. Generalmente, el quiste mucoso es único, pero en algunos casos pueden encontrarse dos o más muy próximos uno al otro, pareciéndose a un racimo de uva. Los quistes más superficiales pueden parecerse a un hemangioma, - pero el color azul más intenso y el aspecto más firme del tumor vascular, lo distingue del quiste mucoso ampolloso y translúcido.

Los quistes mucosos más profundos no se reconocen tan fá

cilmente ya que, debido al engrosamiento de los tejidos que lo recubren, se presenta como un tumor discreto, redondo, de superficie lisa y de color rosado normal. La palpación no muestra una masa dura, muy móvil, y, por ello, puede confundirse el quiste con una neoplasia benigna, como un fibroma. Sin embargo, el diagnóstico más definitivo de quiste mucoso puede obtenerse mediante la punción aspirativa de la lesión y la obtención de un líquido espeso, de color pajizo.

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

Los datos histológicos son también variables; algunos quistes mucosos están recubiertos por un epitelio plano, mientras que otros están recubiertos por tejido fibroso comprimido.

Ránula. Se trata de cavidades de naturaleza semejante a la de un quiste, que se forman en el piso de la boca a raíz de la retención de líquido en la glándula sublingual o sus conductos y rara vez afecta a la glándula submaxilar.

La ránkula, que es un verdadero quiste por retención, se presenta de forma característica en el suelo de la boca y es unilateral.

Cuando llega a ser de tamaño grande, la mucosa se adelgaza y el quiste presenta un color azulado. La lesión no

dolorosa, pero la lengua puede ser levantada, lo que dificulta la masticación y la fonación. La rínula puede perforarse cuando se traumatiza, escurriendo un líquido mucoso que se acumula de nuevo cuando sana la lesión.

El tamaño de la rínula no puede calcularse por su aspecto dentro de la boca. Está tensa y fluctuante, pero se deprime a la presión. Pocas veces causa una tumefacción externa y rara vez se infecta. Es indolora y contiene un líquido mucoso. La rínula es mucho más firme que el tegumen, que se encuentra a veces en el piso de la boca. Los quistes dermoides dan una sensación de masa a la palpación y ocurren más frecuentemente en la línea media. Los lipomas son más firmes. Los quistes del conducto de Wharton generalmente causan tumefacción de la glándula submaxilar, se desarrollan más rápidamente que la rínula verdadera y presentan dolor y otras síntomas de inflamación.

Tiene importancia diagnóstica el hecho de que aumente de tamaño inmediatamente antes o durante las comidas y disminuya de tamaño después de las mismas.

Deben practicarse radiografías, tanto oclusales como extraorales, para saber si hay o no cálculos salivales que a veces son las responsables de la obstrucción. Sin embargo, en muchos casos, la obstrucción no se debe a cálculos sino a re-

aiduos orgánicos y entonces las radiografías no revelan nada importante.

Un último grupo de quistes, que se observa en los tejidos blandos y que son el resultado de inclusiones epiteliales atrapadas durante el desarrollo fetal o de residuos epiteliales de las estructuras embrionarias lo constituyen los que a continuación vamos a mencionar.

Según la clasificación de Meyers, las lesiones quísticas de lengua y piso de boca son:

Quiste epidermoide: Lesión quística revestida por epitelio escamoso estratificado y soportado por un estroma de tejido conjuntivo, pero sin contener anexos cutáneos.

Quiste dermoide: Lesión quística con un revestimiento epitelial que contiene apéndices cutáneos como foliculos pilosos, uñas, dientes, glándulas sudoríparas y sebáceas, soportadas por un estroma de tejido conjuntivo.

Teratoma: Lesión quística que contiene tejidos originados en mesodermo, ectodermo y endodermo. Es decir, que además más de los anexos cutáneos otras estructuras tales como hueso, músculo, tejido respiratorio o gastrointestinal.

Quistes dermoides. Los quistes dermoides se encuentran principalmente en los ovarios y testículos, pero también pueden hallarse en cualquier punto de fusión de desarrollo del

cuorpo. Son el resultado de la inclusión de epitelio en el mesodermo.

El quiste dermoide es otra variedad de quistes del desarrollo a partir de las células epiteliales atrapadas debajo de la superficie durante el cierre o fusión de los tejidos blandos durante la vida fetal. Ya que estos atrapamientos pueden abarcar también células de otras capas germinales y ya que los componentes no epiteliales pueden participar también en el proceso del desarrollo, el quiste dermoide contiene siempre tejidos y estructuras de origen no epitelial.

Los quistes dermoides son relativamente raras en la cavidad bucal. Pueden presentarse en el paladar blando y duro, en el dorso de la lengua y más comúnmente en el piso de la boca.

El aspecto clínico de un quiste dermoide en esta región depende de su profundidad. Cuando está por encima del músculo genihioideo el quiste es una masa o tumoración de tamaño variable (2 ó más cm de diámetro), redonda, de superficie lisa, bien delimitada, de color rosado, situada en la línea media del suelo de la boca. La palpación muestra muchas veces que la masa es semiblanda, pero su consistencia depende a veces del contenido, variable, del quiste. Con frecuencia la lesión es de un tamaño lo suficientemente grande como para --

desplazar la lengua e interferir la función bucal.

Cuando el quiste dermoide se localiza por debajo de las másculas genihioideas se ve fuera de la boca, como una tumorción de la línea media, de superficie lisa, inmediatamente -- por debajo del mentón.

A la palpación estos quistes dan una sensación similar a la del caucho; generalmente contiene una secreción amarilla -- parecida al queso. El color ayuda a diferenciar los quistes-dermoides de la rínula, que tienen color azulosa. El examen-radiográfico puede ayudar a distinguir un quiste dermoide de otras lesiones similares debido a su contenido frecuentemente con substancia radiopaca.

A veces, el quiste dermoide se infecta secundariamente, -- en cuyo caso, los signos clínicos habituales de la infección -- se superponen al cuadro y a veces se aprecia un conducto fistuloso que se abre en la boca o en la piel.

El estudio histológico de la muestra quirúrgica revela -- un revestimiento inferior de epitelio escamoso estratificado, con una pared de tejido conjuntivo fibroso, denso. De gran -- interés diagnóstico es el hallazgo de anexos cutáneos en la -- pared del quiste como glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas e incluso folículos pilosos. La cavidad del quiste con-- tiene muchas veces material sebáceo y queratina.

Debe tenerse en cuenta que el quiste dermoide que se presenta en el sistema gonital, sobre todo en los ovarios, y más rara vez en los testículos, debería llamarse "teratoma quístico benigno" ya que se desarrollan a partir de células germinales primordiales que son más indiferenciadas. Por ello, además de los componentes del quiste dermoide oral descritos más arriba, el teratoma quístico benigno puede contener otros tejidos como el óseo, dentario, muscular, cerebral y nervios periféricos.

Quiste epidermoide. El quiste de desarrollo epidermoide se parece al dermoide en que se forma, también, a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blandos durante el desarrollo fetal. Su localización, patogenia y aspecto clínico se parecen y no se puede diferenciar de los del quiste dermoide, excepto en que cuando el quiste epidermoide es más superficial carece del carácter "pastoso" del dermoide. Sin embargo, histológicamente, el quiste epidermoide se diferencia del dermoide, ya que consiste únicamente en un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, generalmente bien queratinizado, y una pared de tejido fibroso; faltan los anexos cutáneos (glándulas sebáceas, folículos pilosos, glándulas sudoríparas), que en lo que le

diferencia del quiste dermoide.

El quiste epidermoide puede considerarse también como un quiste de inclusión. Además de desarrollarse a partir de los atrapamientos suturales o fisurales de epitelio, pueden formarse también a partir de las masas epiteliales que se han separado de la superficie epitelial. Estas inclusiones pueden ocurrir durante el desarrollo o pueden resultar de un traumatismo en el que el epitelio haya sido desplazado de manera anormal.

Los quistes epidermoides de inclusión pueden localizarse en diversos tejidos blandos, por ejemplo, en el suelo de la boca, en las zonas de los repliegues mucobucales, en las mejillas, etc., y, raras veces, dentro de los maxilares, donde se cree que se deben a epitelio gingival desplazado o incluso a una causa odontogénica.

Estas lesiones quísticas constituyen el 0.31% de todas las lesiones quísticas de la boca y el 6.6% de los quistes dermoides encontrados en regiones de cabeza y cuello.

Quistes de las hendiduras branquiales. Se trata de sacos epiteliales cerrados y suelen encontrarse en la parte anterior y por debajo del músculo esternocleidomastoideo o por debajo de la oreja.

Aunque se cree que los quistes de la hendidura branquial

quial generalmente procedían de los residuos epiteliales de los arcos branquiales embrionarios, las investigaciones más frecuentes indican que estos quistes proceden de epitelio atrapado en los ganglios linfáticos de la región de los arcos branquiales.

Se localizan característicamente a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en cualquier parte del cuello. Puede haber un conducto fistuloso que se extiende hasta el músculo digástrico terminando en la fosa amigdalina. Estos quistes o conductos están cubiertos por epitelio escamoso estratificado y ciliado y contienen un líquido mucoso o lechoso. Puede haber una fístula externa.

Quiste del conducto tirogloso. El quiste del conducto tirogloso es otro quiste del desarrollo, poco frecuente, que, como indica su nombre, se presenta a lo largo del conducto tirogloso. Este es un conducto embrionario, recubierto de epitelio que se extiende desde el agujero ciego de la lengua hasta la glándula tiroidea. Por ello, el quiste tirogloso, que parece formarse a partir de los residuos epiteliales del conducto.

La base de la lengua primitiva y de la glándula tiroidea se comunican directamente entre sí durante el desarrollo, por medio del conducto tirogloso. Este conducto normalmente se

atrofia durante la quinta semana intrauterina, pero persiste el sitio ocupado por el foramen ciego. Solo en raras ocasiones puede tornarse quístico el tejido residual.

Puede presentarse en la base de la lengua, pero es más frecuente en la parte anterior del cuello debajo del mentón y por encima de la glándula tiroidea.

Su aspecto clínico es variable, dependiendo por supuesto de la localización específica del quiste y de la presencia o no de infección secundaria. Cuando se localiza en la base de la lengua o en su musculatura, es más probable que encontremos el quiste como una masa en la línea media, que produce gran malestar, sobre todo disfagia. En la región anterior del cuello (su localización más frecuente, en la línea media o ligeramente hacia un lado), lo encontramos como una masa de superficie lisa, que hace protrusión, dura o blanda, de varias milímetros a varios centímetros de diámetro. Suele ser muy móvil, lo que indica que se trata de una masa muy bien circunscrita o encapsulada. Los tejidos que hay por encima son de aspecto normal y también están libres.

A veces el quiste da lugar a un conducto fistuloso que va a parar a la región anterior del cuello, en la línea media, y generalmente cerca del hueso hioides. Puede apreciarse un exudado seroso, o la fistula puede quedar cubierta por una

contras de color pajizo, que son repetidamente eliminadas por el enfermo, siendo remplazadas por unas nuevas. En estos casos, la fistula parece llevar a una masa menos discreta y más aplanada que se adhiere a la piel que la recubre.

La exploración histológica muestra que el quiste está recubierto por epitelio escamoso, ciliado, columnar o de transición, dependiendo en parte del lugar de origen del quiste a lo largo del conducto tirogloso. En las paredes del quiste pueden encontrarse tejido linfoideo, glándulas mucosas, e incluso tejido tiroideo aberrante.

CAPITULO IV

LESIONES MAS FRECUENTES QUE PUEDEN CONFUNDIRSE CON LOS QUISTES VERDADEROS DE LA CAVIDAD BUCAL.

Por la gran frecuencia de los quistes de los maxilares, se piensa equivocadamente que todas las zonas radiolúcidas -- bien circunscritas corresponden a esa lesión. Si bien es cierto que en la mayoría de los casos resulta una suposición correcta, el diagnóstico adecuado del presunto quiste puede revelar hallazgos inesperados. Por ejemplo, se puede tratar de neoplasmas, estados displásicos del hueso y disfunciones metabólicas que pueden parecer lesiones quísticas a la radiografía.

En ocasiones el estudio tisular de una zona radiolúcida-maxilar cambia notablemente el tratamiento planeado primero, que había sido basado sobre datos clínicos y radiográficos.

La importancia del estudio histológico de tejido extraído de zonas radiolúcidas de los maxilares es muy grande, pues permite hacer el diagnóstico correcto y el manejo adecuado -- del caso individual.

Entre las formaciones anormales más frecuentes que pueden confundirse con quistes verdaderos de la cavidad oral señalaremos.

1).-NEOPLASMAS CON ASPECTO QUISTICO:

- 1.-El ameloblastoma
- 2.-El tumor mixto de glándulas salivales

2).-TUMORES BENIGNOS DE LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA CAVIDAD.

BUCAL:

- 1.-Fibroma
- 2.-Lipoma
- 3.-Micoma
- 4.-Hemangioma
- 5.-Linfangioma

3).-NEOPLASMAS Y ESTADOS DISPLASICOS DEL HUESO QUE PUEDEN-

PARECER LESIONES QUISTICAS A LA RADIOGRAFIA:

- 1.-Tumor de células gigantes
- 2.-La displasia fibrosa
- 3.-El carcinoma metastásico e invasor
- 4.-El sarcoma osteolítico
- 5.-Mieloma múltiple

4).-DISFUNCIONES METABOLICAS O GENERALES QUE SEMEJAN QUISTICAS RADIOGRAFICAMENTE, COMO RESULTADO DE LA DESTRUCCION OSEA QUE OCASIONAN:

- 1.-Osteítis fibrosa quística (hiperparatiroidismo)
- 2.-Enfermedades del sistema reticuloendotelial como la -
de Schüller-Christian.

3.-Granuloma eosinófilo.

5).-CAVIDADES HEMORRAGICAS O TRAUMATICAS EN EL HUESO:

1.-Seudo-quiste óseo solitario (óseo hemorrágico, óseo -
traumático).

2.-Seudo-quiste óseo aneurismático.

6).-PROCESOS INFECCIOSOS QUE PROVOCAN DESTRUCCION OSEA CO-
MO:

1.-Osteomielitis

2.-Actinomicosis

3.-Sífilis.

Dentro de los neoplasmas con aspecto quístico: Encontramos el ameloblastoma considerado un neoplasma dental verdadere. Que se origina del revestimiento epitelial del quiste follicular, los restos de la lámina dental, órganos del esmalte o sea de células con potencialidad de formación de esmalte.

Este neoplasma ataca principalmente al hueso, con desplazamiento de los tejidos blandos adyacentes por crescimiento y expansión.

El ameloblastoma radiográficamente puede confundirse con la imagen de un quiste pero clínicamente no, ya que presenta características clínicas muy diferentes.

Por su ubicación más frecuente en la mandíbula es generalmente el odontólogo el primero en observarla.

Suele ser indoloro, de crecimiento lento, causando cierto grado de deformidad facial, aflojamiento y resorción radicular de los organos dentarios que se encuentran en contacto con este (este dato es de suma importancia, ya que el quiste en la mayoría de los casos respeta las raíces de los dientes).

Su interpretación radiografica no siempre es fácil. Se presenta bajo formas atípicas y típicas; las primeras resultan prácticamente imposibles de identificar radiográficamente (Sherman y Cowmartin). Las formas típicas se clasifican en dos tipos: monoquistico y poliquistico.

El tipo monoquistico puede confundirse particularmente con la imagen de un quiste residual o primordial; en los casos favorables ayuda a la diferenciación el límite irregular (arqueado) a menudo con escotaduras y la falta de uniformidad del área radiolúcida.

El tipo poliquistico en algunos casos puede ser confundido con el de quistes multiloculares pero siendo estos relativamente raros ante la imagen poliquistica debe pensarse en el adamantinoma.

Su imagen, como lo indica la denominación, se caracteriza por aparecer formada por varios compartimientos a veces de forma aproximadamente esférica (circular), radiolúcidos, que en conjunto pueden presentar el aspecto de burbujas más o me-

nos deformadas y de mayor o menor tamaño según los casos; otra variante es el aspecto de agrupación de grandes areolas deformadas.

Otro frecuente e importante signo indirecto de los adenomatinosas (mono o poliúísticas) es la resorción radicular que provocan en los dientes con los cuales toman contacto (esta resorción suele ser muy notable). Conviene tener presente que tal signo, particularmente en estos casos, constituye una seria advertencia, ya que representa "uno de los efectos característicos de los tumores epiteliales" (según Greenfield).

Los neoplasmas salivales de células mixtas aparecen más frecuentemente en los tejidos blandos de la región de la parétida, del paladar blando y duro que en cualquiera otra parte de la boca, con excepción posiblemente del carrillo. Para -- vez se presentan en los labios, donde forman una tumefacción palpable similar al mucocele.

El diagnóstico de tumor mixto se logra por medio del examen clínico y la biopsia. La presencia de un tumor encapsulado, firme, lobulado, de bordes bien definidos y antecedentes de crecimiento lento generalmente indica tumor mixto. La confirmación del diagnóstico se logra con la biopsia.

Herniación de la glándula submandibular. Aunque raramente en la región posterior del cuerpo de la mandíbula puede a-

parecer la imagen de una formación inofensiva cuyas características radiográficas son forma elíptica-circular radiolúcida de límites radiopacos relativamente gruesos y ubicación intraalveolar (generalmente debajo del registro del conducto dentario inferior). En algunos casos puede presentarse "sobre" el borde inferior de la mandíbula aparentando una excavadura del mismo. Esta formación anormal (anomalía) cuyo descubrimiento siempre es casual se atribuye a defecto de desarrollo o herniación de la glándula submandibular; esto, por otra parte, explica el hecho de haberse presentado casos con esta formación bilateral o simétrica.

Interpretado por quiste el registro de la herniación de la glándula, daría lugar a una intervención innecesaria y consecuencia, en el mejor de los casos, perjudicial.

Los tumores benignos de los tejidos blandos de la cavidad bucal que pueden tener el aspecto clínico de un quiste incluyen fibroma, lipoma, mioma, hemangioma, linfangioma y papiloma.

Los papilomas son tumores benignos que se forman en el tejido epitelial de las membranas mucosas de la cavidad bucal. Pueden ser pedunculados o sésiles y están formados de epitelio queratinizado sobre una base de tejido conjuntivo. Los papilomas generalmente son pequeños, pero pueden crecer hasta

el tamaño de una uva antes de que el paciente solicite tratamiento. Estos tumores sufren irritación por la dentadura natural o por aparatos artificiales. Las alteraciones malignas pueden ser consecuencia del traumatismo.

Los fibromas son tumores benignos que se originan en los tejidos conjuntivos submucoso y subcutáneo de la boca y cara como consecuencia de traumatismos. Pueden provenir también del periostio de las arcadas. El fibroma es un tumor pedunculado o sénil. Generalmente es redondeado y firme. Los fibromas son más vascularizados que los papilomas. Pueden alcanzar gran tamaño y ser traumatizados por las dentaduras y la masticación.

Los hemangiomas y los linfangiomas se forman en relación con los vasos sanguíneos y linfáticos. Son tumores benignos, parecen tener tendencia hereditaria y se presentan en los jóvenes. Se ignora su etiología y han sido atribuidos a restos embrionarios aberrantes de tejido sanguíneo y linfático en las áreas en las cuales aparecen.

Los hemangiomas pueden ser capilares o cavernosos. El hemangioma capilar se conoce como "mancha de vino". Puede presentarse en la cara o dentro de la boca. Este tumor se torna pálido a la compresión y presenta una coloración rojo azulosa. El hemangioma cavernoso tiene grandes senos sangui-

nees y tiende a invadir los tejidos blandos o destruir las estructuras óseas vecinas por compresión. Puede encontrarse -- pulsación en los hemangiomas de tipo cavernoso.

El lipoma es un tumor benigno formado por tejido adiposo; se desarrolla en cualquier parte de la cavidad bucal donde ha ya tejido adiposo. Los labios y carrillos son localizaciones frecuentes de este tumor. La mucosa que los cubre puede estar distendida por la presión del lipoma en crecimiento.

El lipoma es una masa firme y móvil, de color amarillento. Se ve radiográficamente como una masa nebulosa en los tejidos blandos.

Los miomas son tumores musculares benignos, bien limitados que suelen observarse en la lengua, los labios y el paladar blando. Se presentan como masas firmes de base amplia -- que pueden no estar encapsuladas. El mioma presenta pocos -- síntomas. El paciente puede percibir el abultamiento doloroso en la lengua, los carrillos o los labios. El tumor se -- traumatiza fácilmente por la masticación.

El tumor central de células gigantes es un neoplasma benigno que se desarrolla en el hueso de origen cartilaginoso. -- La sínfisis, los ángulos de la mandíbula y la fosa canina de los maxilares son sitios típicos de localización. Estos tumores se presentan en la segunda o tercera décadas de la vida;

se sospecha que el traumatismo interviene en su etiología. - El dolor y aumento de volumen de la mandíbula con fracturas - ocasionales se presentan siempre cuando el tumor tiene gran - tamaño. El crecimiento expansivo de la mandíbula reduce la - vitalidad del tejido, lo que favorece las fracturas. Las ra- diografías no muestran una imagen siempre uniforme del tumor- central de células gigantes, pues la neoplasia se presenta co- mo zonas multiquísticas de límites irregulares y finas trabé- culas. Los dientes suelen estar móviles, con signos de reab- sorción radicular. La biopsia es indispensable para estable- cer el diagnóstico. Este tumor destruye el hueso esponjoso - y tiende a adelgazar las tablas óseas hasta convertirlas en - una cubierta quebradiza, lo que facilita su perforación. El- tejido del tumor es blando, muy vascularizado y tiende a san- grar mucho cuando se traumatiza. Este tumor puede ser de co- lor rojo amarillento por el pigmento de la sangre.

El tratamiento consiste en la enucleación del tumor des- pués de su exposición completa. Las paredes y el fondo de la cavidad resultante se electrocauterizan completamente para -- destruir las posibles zonas residuales que puedan conducir a- su reproducción. Como este tumor es benigno y de crecimiento lento, el tratamiento conservador preserva la continuidad de- la mandíbula.

El osteofibroma o displasia fibrosa del hueso, es un tumor benigno de crecimiento lento que tiende a alcanzar su mayor desarrollo en la segunda década de la vida. Es un tumor difuso, poco diferenciado, endóstico, que reemplaza el tejido esponjoso normal con tejido fibroso. Pueden presentarse áreas irregulares de calcificación al aparecer nuevas formaciones óseas en el tumor. El neoplasma en crecimiento puede desplazar los dientes y levantar las tablas del maxilar. El osteofibroma tiende a ser más frecuente en las mujeres que en los hombres y es más común en los maxilares que en la mandíbula. Este tumor puede obliterar los senos maxilares y extenderse a los huesos vecinos. No invade las estructuras nasales. Esto tiene importancia diagnóstica pues tanto en las hiperostosis como en la enfermedad de Paget los senos nasales están obliterados. Este tumor se confunde en ocasiones con el fibrosarcoma debido a que su estructura histológica es parecida. El osteofibroma crece lentamente. El fibrosarcoma, por el contrario, crece rápidamente. El osteofibroma presenta radiopacidad a medida que experimenta calcificación. La invasión extensa de la mandíbula da lugar a un borde inferior curvo y agrandado. El tratamiento de estos tumores benignos es la operación conservadora. La masa del tumor puede separarse del hueso normal por medio de raspado local sólo cuando

es pequeña.

Los sarcomas osteogénicos se originan en células productoras de hueso. Estos tumores sumamente malignos son raras y suelen presentarse en niños durante períodos de crecimiento activo. Se conocen tres tipos generales.

1.-Sarcomas osteolíticos, que se acompañan de considerable destrucción ósea, células tumorales inmaduras y escasa formación de hueso nuevo.

2.-Sarcomas osteoblásticos, que producen hueso nuevo en abundancia con signos de pequeñas áreas de actividad tumoral - diseminadas en el hueso.

3.-Sarcomas telangiectásicos, que son muy vascularizados, se desarrollan más rápidamente e invaden por extensión los tejidos blandos vecinos.

Se considera al traumatismo el principal factor etiológico de todos los sarcomas osteogénicos. Los síntomas incluyen dolor, aumento de volumen del hueso, interferencia con las funciones de la arcada y movilidad y desalojamiento de los dientes. Las radiografías ponen de manifiesto una masa tumoral de bordes difusos con áreas de destrucción ósea y áreas de formación de nuevo hueso con aspecto punteado. El característico aspecto de rayos solares en los sarcomas osteoblásticos proviene de las espículas radiadas del hueso que se ex-

tienden hacia afuera desde la capa cortical. Las formas menos diferenciadas de sarcoma osteogénico se desarrollan rápidamente e invaden los tejidos vecinos. Las formas esclerosantes y osteoblásticas parecen crecer lentamente. Todos los tipos de sarcoma producen metástasis a los pulmones a través de la corriente sanguínea. El tratamiento del sarcoma osteogénico se instituye tempranamente y consiste en resección radical del hueso que contiene el tumor.

El mieloma múltiple puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, pero el primer signo de su presencia puede aparecer en la mandíbula. Este tumor es de etiología desconocida. Se cree que se origina en las células de la médula ósea. Los mielomas múltiples aparecen en individuos de edad avanzada, desde la cuarta a la séptima décadas. Las costillas, el esternón, las clavículas y las vértebras presentan, en el 90 por 100 de los casos, pequeñas lesiones redondas radiolúcidas. El cráneo y los maxilares están menos afectados pero deben estudiarse radiográficamente en todos los casos de esta enfermedad.

Un síntoma sobresaliente es el dolor de tipo migratorio. La presencia de cuerpos de Bence-Jones en la orina es un signo diagnóstico. El nivel sanguíneo de fosfataza alcalina es normal en el mieloma múltiple. La hipercalcemia es frecuente.

La biopsia local de una lesión accesible confirma el diagnóstico. Esta enfermedad se acompaña de anemia. Se observan -- fracturas cuando están afectados los huesos largos, las costillas o la mandíbula. El tratamiento consiste en irradiación de las áreas afectadas para detener el crecimiento de las células tumorales y aliviar el dolor. La quimioterapia sirve -- como auxiliar del tratamiento. Las hormonas y la mostaza nitrógenada se emplean como complementos de la terapéutica. -- Las hormonas ayudan a aliviar el dolor. La quimioterapia puede retardar la evolución de la enfermedad.

El carcinoma epidermoide, y en general los tumores malignos de la cavidad bucal pueden invadir el hueso mandibular maxilar dando como resultado zonas osteolíticas visibles en -- las radiografías que pueden confundirse con quistes.

Sobre este importante aspecto resulta valiosa la indicación de Dulac y Chavanne, de que la interrupción de la definición de los límites en un punto (borrosidad muy limitada) del registro del quiste constituiría índice de lesión maligna.

Si bien es cierto que en la mayoría de los casos resulta una suposición correcta, el estudio histológico del presunto quiste puede revelar hallazgos inesperados. Por ejemplo, se puede tratar de una metástasis de un tumor maligno en los maxilares, y el estudio histológico es el único medio de esta--

blecer el diagnóstico, o bien se trata de tumores de las estructuras vecinas, como en el caso del carcinoma del seno maxilar.

La lesión ósea bucal patognomónica avanzada del hiperparatiroidismo primario es la pérdida de la lámina dura, considerada como una forma especial de reabsorción subperióstica. Aunque se ha observado en otras enfermedades, es un signo valioso y debe llamar la atención hacia la posibilidad del hiperparatiroidismo, que produce estos otros cambios notables en las estructuras óseas de sostén de los dientes: las trabéculas óseas se adelgazan y se ven finas e íntimamente mezcladas, como encaje. Con la agravación del proceso se desarrolla osteoporosis y aparecen quistes.

Enfermedad de Hand, Schüller y Christian. Este proceso está formado por la siguiente tríada: defectos craneales, exoftalmos y diabetes insípida. Pertenecer, como el granuloma eosinófilo, al grupo de las histiocitosis X.

Las lesiones bucales y dentales pueden ser los primeros signos de esta enfermedad. En algunos pacientes el proceso patológico está limitado a los tejidos duros y blandos de la cavidad bucal, y su identificación tiene gran importancia para el enfermo porque puede simular otros procesos bucales cuya pronóstico es totalmente diferente.

Los más frecuentes son ardor, hinchazón, necrosis y ulceración de la encía, que se ve cubierta con exudado purulento-grisáceo. El esmalte de los dientes en las partes afectadas es gris, opaco y pálido y el aliento es fétido, parecido al de la infección de Vincent. Ocasionalmente los enfermos se quejan de parestesia, ocasionada probablemente por el ataque al nervio alveolar inferior. A veces hay tumefacciones localizadas, con tensión dolorosa en los maxilares y aflojamiento y caída de los dientes. Algunos enfermos pierden los dientes por desprendimiento espontáneo y otros por extracción para aliviar el dolor.

El dato radiográfico más común es la destrucción del hueso alveolar y el desplazamiento de los dientes, formados en etapa de formación, sobre todo en los maxilares superiores. Casi invariablemente las lesiones se inician en las regiones molares y premolares. En las personas de mayor edad el proceso comienza cerca de las superficies laterales de las raíces de los dientes posteriores permanentes; sólo se afectan las apófisis alveolares anteriores cuando la enfermedad es progresiva. En los casos más generalizados las lesiones avanzan hasta el cuerpo, al ángulo y las ramas del maxilar inferior.

El granuloma eosinófilo del hueso afecta con menor frecuencia a los maxilares que a otros huesos del esqueleto y es

más común en personas adultas.

Las lesiones bucales causan destrucción del hueso alveolar, gingivitis, formación de bolsas gingivales y pérdida de los dientes correspondientes.

El aspecto radiográfico de las lesiones no da el diagnóstico seguro, que solamente puede hacerse con la biopsia.

Seudoquiste óseo solitario (simple). Los términos empleados para esta lesión son los siguientes: seudoquiste óseo hemorrágico, seudoquiste de extravasación hemorrágica y seudoquiste óseo traumático.

Estas lesiones son sumamente raras, pero conviene considerarlas en el diagnóstico diferencial de los procesos radiolúcidos de los maxilares. La falla en identificar un seudoquiste traumático puede dar lugar a cirugía radical innecesaria.

El criterio para aceptar casos de seudoquiste óseo solitario es el siguiente: debe ser solitario, sin revestimiento epitelial ni datos de infección aguda o crónica, contener principalmente líquido, sus paredes estar formadas por hueso, y los hallazgos clínicos y patológicos estar de acuerdo con el diagnóstico de quiste solitario.

La etiología y la patogénesis son mal conocidas, pero se acepta que se desarrollan a consecuencia de traumatismos. Se

supone que primero aparece un hematoma intrabóseo, en una zona de hueso esponjoso, que contiene medula hemopoyética rodeada por una capa gruesa de hueso compacto. Al fallar la organización del coágulo y sobrevenir licuefacción se forma el pseudoquisté; así la hemorragia se rodea por una cápsula, y la trasudación de líquido hacia la zona distiende más el pseudoquisté, hecho que reabsorbe más el hueso. El pseudoquisté se origina de diversos modos, pero la mayor parte proviene de la aplicación de fuerzas físicas suficientes para romper los vasos, seguidas de respuesta reparadora.

Macroscópicamente, a menudo el pseudoquisté contiene líquido claro y en ocasiones se acumula poco líquido espeso y oscuro. Casi todos se encuentran en la zona comprendida entre el ángulo del maxilar inferior y el canino.

La tendencia del defecto a rodear las raíces dentales de tal modo que se extiende en forma de prolongaciones, tiene cierta importancia diagnóstica.

Se han informado pocas descripciones histológicas y el dato sobresaliente es la reabsorción erosiva o la formación de túneles en el hueso cortical, caracterizada por canales de Havers considerablemente ensanchados que continúan osteoclastos en la cara cortical. La membrana limitante, cuando existe, está formada por tejido conjuntivo mal definido o vascu-

lar laxo que contiene numerosos eritrocitos y pigmento hemático.

Clinicamente, la mayoría de los quistes óseos solitarios presenta poco o ningún síntoma subjetivo y se diagnostica durante el estudio radiográfico hecho por algún otro motivo, o después de una fractura patológica del hueso debilitado. La mayor parte de los enfermos recuerda el antecedente de un traumatismo en la zona afectada. Durante la exploración quirúrgica la cavidad puede aparecer vacía, contener líquido serosanguinolento o un coágulo deshilachado en desintegración. La falta de una membrana definida diferencia a simple vista esta lesión de los quistes verdaderos de la cavidad oral.

En casos favorables, la interpretación diferencial puede facilitarse sobre la base de los siguientes datos:

-Límites menos regulares (curvas leves) y menos definidos que los del quiste

-Rara vez se extiende hasta ocupar el espacio interdentario.

-Festonea las raíces molares.

y además debe tenerse presente el antecedente de trauma (interrrogatorio).

El tratamiento del pseudo-quiste traumático consiste simplemente en drenaje. También se informa sobre su resolución-

espontánea.

Confundir su imagen con la del quiste puede llevar innecesariamente a una intervención quirúrgica cruenta con pérdida de piezas dentarias sanas y aun a la resección de la mandíbula.

Seudoquiste óseo aneurismático. Este pseudoquiste es idéntico a los descritos en otras partes del esqueleto. En los maxilares se asocia habitualmente a la extracción de dientes o cualquier otro traumatismo en enfermos menores de 20 años.

Macroscópicamente el tejido de la lesión presenta aspecto esponjoso y en la exploración sangra profusamente, lo que dificulta cohibir la hemorragia. Es benigno y no recurre después de la extirpación y el raspado local.

Bajo el microscopio la lesión consiste en numerosos espacios cavernosos llenos de sangre, sin trombosis, limitados por tejido conjuntivo joven, pero desprovistos de revestimiento endotelial, de tejido elástico y de elementos musculares. El tejido conjuntivo de la pared contiene hemosiderina, cantidades variables de células gigantes, y neoformación ósea ocasional.

El estroma que rodea las cavidades presenta fibroblastos jóvenes, células gigantes, vasos sanguíneos y focos de hemozi

derina. En general la imagen es similar a la del granuloma reparador de células gigantes.

Clinicamente, el pseudoquistc óseo aneurismático se manifiesta por aumento de volumen de algunos meses de duración, y el aspecto radiográfico en panal de abejas o burbujas de jabón es característico. En la exploración quirúrgica la lesión sangra abundantemente en capa.

Por último debemos recordar la importancia de no establecer el diagnóstico exclusivamente en base a los datos radiográficos, sin suplementarlos en biopsia, datos clínicos y demás criterios diagnósticos.

CAPÍTULO V

MÉTODOS GENERALES DE TRATAMIENTO

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen dos métodos generales de tratamiento:

1).-Enucleación total del quiste, y

2).-La operación de Partsch o marsupialización, por la cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.

En todo caso, el procedimiento quirúrgico debe basarse en sólidos principios fundamentales. Estos principios incluyen la preservación del aporte sanguíneo a la región, evitar el trauma excesivo a las fibras y troncos nerviosos de la región, control de la hemorragia, técnica aséptica, manejo traumático de los tejidos blandos, colgajo adecuado para obtener relajación suficiente que brinde un buen acceso a la región del quiste, evitar llegar a inserciones musculares y grandes vasos, suturas correctas y readaptación de los tejidos blandos. La incisión nítida, de manera que los tejidos blandos sean readaptados sobre una base sana, siempre sana mejor y con menos dolor postoperatorio que cuando el tejido es desgarrado, lacerado o suturado directamente sobre un defecto

del hueso.

La técnica quirúrgica que estudiaremos comprende el tratamiento de quistes de hueso y de tejidos blandos.

Quistes de tejidos blandos. Los quistes de tejidos blandos entre los que se incluyen el tirogloso, branquial, dermoide, epidermoide, etc., que ocurren principalmente en el cuello, y los quistes de retención, mucocoele y ránulas que se observan principalmente en la cavidad bucal. Las técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de estos quistes tienden principalmente a explicar el procedimiento correcto y no la disección detallada frecuentemente necesaria en el cuello.

Estos quistes se presentan generalmente en el cuello, en la región submaxilar y submentoniana. Son benignos, pero necesitan disección y escisión completa para su curación.

Quiste tirogloso. Las anomalías del conducto tirogloso deben ser tratadas por escisión quirúrgica. Son inútiles las perforaciones repetidas del quiste, salvo para aliviar la inflamación aguda. También están contraindicados los agentes esclerosantes y la irradiación.

La escisión quirúrgica se efectúa con una incisión transversa sobre el quiste. Se separan cuidadosamente los tejidos suprayacentes y el trayecto fibroso se identifica y luego se sigue disecciondo. Inyectar un colorante para resaltar más clia

ramente el trayecto fistuloso es inconveniente, ve que con frecuencia el colorante se difunde y tñe otros tejidos, obscureciendo así el campo operatorio. Generalmente el trayecto fibroso puede ser seguido, sin inyectar colorantes. Para facilitar la exposición se separa el hueso hioides para examinar arriba de este punto y permitir la escisión del agujero ciego que es el punto de terminación del conducto tirogloso.

Al cerrar la herida los músculos de la lengua se juntan con puntos separados de seda o catgut crómico y los bordes cortados del hueso hioides se aproximan con suturas a través del periestio o la fascia adyacente y se coloca profundamente en los músculos de la lengua un pequeño tubo de hule para el drenaje a través de la incisión cutánea.

Quiistes y fistulas bronquiales. Al extirpar las fistulas bronquiógenas se utiliza una substancia radiopaca, de preferencia Lipiodol, para precisar la extensión y localización de la fistula. Se puede introducir una sonda en el conducto fistuloso para facilitar su identificación mientras se avanza en la disección. La técnica de escalero de Hamilton Bailey es útil para seguir el conducto fistuloso hasta su terminación en la pared faríngea. Este procedimiento de dos facetas hace mínima la cicatriz.

El conducto se liga con seda fina o catgut en la entrada

a la faringe y las heridas se cierran como de costumbre dejando un drenaje. El drenaje suele quitarse a los dos o tres días.

El mejor acceso al quiste branquial es a través de una incisión centrada en la parte más saliente del quiste y paralela al borde anterior del músculo esternomastoideo. Puede haber infecciones en troncos nerviosos y vasos importantes y es necesario lograr una exposición adecuada para visualizar al quiste. Debe tenerse mucho cuidado para evitar la ruptura del quiste durante la disección. Cualquier epitelio que se deje originará la recurrencia. La herida se cierra en capas y la piel se sutura de modo que se logre el mejor resultado estético. Se deja un pequeño drenaje durante uno o dos días.

Quistes dermoides. Los quistes dermoides son, por regla general, más superficiales que los de la hendidura branquial y no están insertados a la pared lateral faríngea. Frecuentemente es difícil hacer una distinción cuidadosa entre estos quistes antes de la operación, pero la remoción quirúrgica es el tratamiento de elección en todos los casos. Los quistes dermoides sublinguales del piso de la boca se quitan intrabucalmente.

Quistes de retención. Los quistes de retención generalmente se localizan en la cavidad bucal y son tratados por enu

elección simple o marsupialización, según su tamaño y localización.

Mucocele. El tratamiento de elección es la enucleación quirúrgica completa. Se hace una incisión cuidadosa a través del epitelio delgado suprayacente, que suele estar tenso sobre el quiste mucoso. Generalmente el quiste mucoso tiende a herniar y puede ser liberado por disección roma con una pinza hemostática pequeña y curva, una cureta o un elevador de perióstio. Se debe tener cuidado para no romper el saco, ya que entonces la disección se hace más difícil y nunca se está seguro de que el quiste ha sido totalmente extirpado. La recurrencia de estas lesiones es muy frecuente.

Ránula. La simple incisión y drenaje de la ránula va siempre seguida de recurrencias. La enucleación de una ránula sin romper la pared delgada es prácticamente imposible y trae muchas complicaciones importantes. Una vez que el quiste se ha roto es muy difícil distinguir la continuación de la cubierta y si no se remueve en su totalidad la ránula es fácil que recidive. Se puede utilizar un dedal en forma de lazo de alambre para intentar restablecer una abertura del conducto cerrado de epitelio, pero este frecuentemente falla.

La operación de Partsch o marsupialización de una ránula se considera el mejor procedimiento quirúrgico. Consiste en-

la escisión de la pared superior de la ránula suturando la cu-
bierta del quiste a la mucosa del piso de la boca y haciend-
la continua con la cavidad bucal.

Se utiliza la siguiente técnica; se coloca una serie de-
suturas alrededor de los márgenes del quiste; las suturas a--
traviesan la mucosa normal del piso de la boca y la pared del
quiste. Cuando el quiste está bien delineado con las suturas
se hace la escisión de la pared superior inmediatamente por -
dentro de las suturas. El fondo del quiste se eleva a su pe-
rición normal al salir el contenido líquido y se hace conti--
nua con el piso de la boca. La membrana quística se transfor-
ma y asume las características de los tejidos adyacentes.

Algunos operadores quitan una pequeña porción de la pa--
red superior, aspiran el contenido del quiste y lo limitan --
llenándolo con gasa estéril. Se termina la disección de la -
pared superior del quiste y se colocan las suturas periféri--
cas. Este procedimiento se hace mejor con anestesia local --
con bloqueo del nervio lingual. La infiltración local comple-
mentaria no suele ser necesaria. Si la tumefacción atraviesa
la línea media entonces es necesario el bloqueo bilateral.

Quistes bacia. El acceso al quisteáneo tiene que lo--
grarse cortando y levantando el mucopericostio. La naturaleza
del método quirúrgico depende de la localización y extensión-

del quiste. Si el quiste óseo es completamente enucleado e se trata con el método de Partsch o sus modificaciones depende más de su tamaño y localización que del diagnóstico real del mismo. Cuando la enucleación es el método de elección, el hueso suprayacente tiene que quitarse con cincelos, alveólomas o fresas para hueso. Muchas veces el hueso es sumamente delgado y puede quitarse fácilmente con una pinza hemostática. Frecuentemente existe erosión a través de todo el hueso y la membrana quística se inserta al periostio o cubiérta de tejido blando y tiene que ser separada de éstos. Ello se complica a veces con infección secundaria y formación de un conducto fistuloso con gran cantidad de tejido cicatrizal. El saco quístico tiene que ser expuesto para levantarle cuidadosamente de su lecho óseo.

Morse ha aconsejado hacer un colgajo osteoperiostico anticipar tumores y quistes grandes de la mandíbula con cubierta ósea delgada. Esta técnica consiste esencialmente en hacer a la vez una incisión a través del mucoperiostio y de la capa cortical ósea. Esto puede hacerse con un bisturí si el hueso es delgado o colocando un cincel afilado en la incisión del colgajo dándole unos golpes ligeros para que penetre en el hueso. Entonces se levanta el hueso adherente al mucoperiostio para exponer la lesión quística. Este procedimiento se

hace en las paredes labial y bucal de los maxilares superior y la mandíbula. Después de la remoción del quiste regresa el colgajo a su posición original y se sutura. La conservación del hueso insertado al periostio aumenta las superficies osteogénicas de los tejidos alrededor del coágulo sanguíneo que llena la cavidad quística. Esto aumenta la posibilidad de cicatrización por primera intención y también forma un mejor núcleo para la regeneración del hueso. Las fracturas que ocurren en este hueso delgado cuando se levanta el colgajo no son importantes siempre que los fragmentos de hueso no se separen totalmente del periostio. Si se desinsertan entonces se quitan y se descartan.

La cureta de hoja delgada es un instrumento adecuado para despegar la pared quística del hueso. Se debe utilizar la cureta más grande que se pueda introducir fácilmente en el quiste. El lado convexo de la cureta se coloca contra el hueso y se introduce con cuidado entre la pared del quiste y el hueso. Se debe tener cuidado de no romper el saco quístico y permitir que salga su contenido líquido. Son esenciales una buena iluminación y la visión directa para poder determinar si se ha quitado todo el quiste. Frecuentemente en los quistes grandes se puede utilizar la punta de un aparato de aspiración para separarlos de su lecho óseo. En los quistes gran

dos los nervios y vasos generalmente están empujados hacia un lado y no se deben traumatizar. Los bordes óseos del quiste deben rasparse antes de suturar los tejidos blandos y de cerrar la herida. Esto puede hacerse con un alveolótomo, una fresa para antro o una lima para hueso. La medicación antibiótica general es aconsejable cuando hay inflamación e infección.

La aplicación de empaques de gasa, Gelfoam o astillas de hueso depende del tamaño y localización del quiste. Estos apósitos tienden a evitar el sangrado y la formación de hematomas con la disolución resultante del coágulo sanguíneo y el drenaje séptico, y también ayudan a la cicatrización.

En los quistes más pequeños de 15 a 20 milímetros de tamaño generalmente no es necesario el apósito ya que la herida sana por primera intención. Esto es cierto especialmente en los maxilares superiores. Se forma un coágulo sanguíneo en la cavidad que trae como consecuencia la proliferación de tejido conjuntivo joven y la formación de hueso nuevo. En las cavidades más grandes la herida sana por segunda intención con la aposición gradual de tejido que rellena la cavidad. El coágulo sanguíneo original no tiene oportunidad de sobrevivir y se presenta la necrosis antes de que la proliferación secundaria de la nueva irrigación pueda formarse para salvar su --

centro.

Cuando se utiliza un apósito de gasa es bastante satisfactoria la gasa yodeformada de 1,5 a 2,5cm o gasa simple humedecida en bálsamo del Perú. La gasa se empaca en la cavidad para que haga presión contra cualquier punto que muestre tendencia al sangrado y generalmente se quita, ya sea parcial o totalmente, al quinto o séptimo día después de la operación. Si se presenta hemorragia considerable durante la operación, generalmente es mejor aflojar el apósito gradualmente y quitarlo en secciones en un período de 10 a 12 días. La cavidad puede ser irrigada cuidadosamente cuando se quite el apósito y éste se pone de nuevo dos veces por semana hasta que se ha efectuado la cicatrización de las paredes óseas donde antes existía el quiste. El tiempo de curación generalmente es de 15 a 20 días.

Una cavidad quística grande también puede ser empacada con astillas de hueso que se obtienen del banco de huesos. El hueso seco congelado preparado cuidadosamente de hueso esponjoso o cortical en pequeños fragmentos puede ser empacado en la cavidad ósea. Es preferible el hueso esponjoso. A veces algunos de los pequeños fragmentos de hueso pueden obrar como cuerpo extraño y ser exfoliados. Sin embargo la mayoría de los fragmentos se conservan y sirven como fuente de susto-

génesis. También parece que existe estímulo del tejido con-
juntivo joven, lo que aumenta la actividad fibroblástica y es-
teoblástica y la velocidad de cicatrización.

El hueso anorgánico ha sido utilizado para llenar las ca-
vidades quísticas después de la remoción del tejido patológi-
co. En este tipo de hueso la fracción orgánica no existe, lo
que disminuye la posibilidad de reacción de cuerpo extraño. -
Se ha encontrado que las cavidades quísticas en las cuales se
ha colocado el hueso anorgánico muestran una organización más
temprana del coágulo sanguíneo, actuando las partículas de in-
jerto como núcleos para la regeneración ósea a las dos semanas
después de la operación. El hueso anorgánico se obtiene más
fácilmente que el otro, pero se necesita mayor investigación
para valorar completamente sus ventajas en las lesiones quís-
ticas.

La técnica de morafialización descrita anteriormente pa-
ra el tratamiento quirúrgico de la rínula, también se puede -
utilizar en los quistes óseos. El quiste es "destachado" y -
se sutura el mucoperiostio adyacente a los márgenes de la pa-
red quística o se mantiene en su lugar con apósitos. Esto ha
ce que la pared quística se haga continua con la cavidad bu-
cal.

Después de levantar el colgajo mucoperiostico el hueso -

que está sobre el quiste se quita cuidadosamente teniendo cuidado de no penetrar en el quiste. Cuando se llega a la periferia de la cavidad se pueden utilizar unas tijeras afiladas para certar la membrana expuesta. Este tejido se manda al laboratorio para su examen histológico. Después que se evacua el contenido del quiste, se permite que el mucoperitoneo entre en la cavidad y se sutura a la cubierta del quiste. La posición se mantiene por presión con apósitos de gasa.

Si se utilizan apósitos de gasa, pueden quitarse a los siete a diez días, pero puede ser necesario cambiarlos varias veces. Si se ha hecho una gran abertura durante la marsupialización del quiste, generalmente no hay necesidad de otra cosa mientras progresa la cicatrización. Si solamente se ha hecho una pequeña ventana para obtener acceso a la cavidad quirúrgica algunas veces es necesario construir un tapón de acrílico que puede perforarse haciéndolo hueco para mantener el drenaje y también para mantener abierta la herida mientras progresa la cicatrización. La herida puede ser irrigada para conservar la limpia a través de la abertura.

Al quitar la presión líquida en el huero, ocurre la regeneración y la pared epitelial del quiste se transforma en una mucosa normal por evaginación de las regiones adyacentes. La técnica de drenaje por tubo para el tratamiento de quistes --

grandes aconsejada por Thomas es también una modificación del método de Partsch. Se hace una pequeña abertura al quiste y se inserta un tubo de metal sujetado por ligaduras a los dientes adyacentes para mantener el drenaje. Se utiliza un tubo de metal flexible que se adapta fácilmente a la abertura del quiste. Esto alivia la presión dentro del quiste y se hace la obliteración gradual de la cavidad por aposición de tejido blando y hueso que cierra la abertura. Se lleva a cabo la irrigación periódica a través del tubo, que puede ser acertado mientras se produce la cicatrización.

Las indicaciones para la marsupialización de un quiste incluyen los estados en que los tejidos vitales adyacentes, como los dientes, pueden ser atacados si el contenido del quiste es completamente enucleado o si hay peligro de llegar a los senos paranasales adyacentes o si se quiere evitar un gran defecto óseo. También se elimina la posible aparición de parétesis por el traumatismo quirúrgico a la sección de un nervio.

Esta técnica es aplicable a gran número de quistes de la cavidad bucal. Sin embargo, tiene que ser utilizada con cautela en las lesiones quísticas capaces de originar un tumor. En estas circunstancias, se debe hacer una exposición adecuada para que la pared del quiste pueda ser examinada clínica-

mente y en muchos casos tiene que hacerse biopsia de cualquier porción sospechosa. Este tipo de lesión tiene que ser examinado frecuente y cuidadosamente después de la operación por examen clínico y radiográfico.

Algunos operadores quitan el quiste o el epitelio con una segunda operación después que se ha llevado a cabo suficiente aposición de hueso al aliviarse la presión. Esto elimina el peligro de la enucleación primaria, pero hace que el paciente sufra una segunda operación y no afecta materialmente el resultado del tratamiento.

CAPITULO VI

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS.

Las posibles complicaciones de enucleación o marsupialización de los quistes incluyen tumefacción, infección, formación de hematomas, traumatismo de nervios motores y sensitivos, hemorragia primaria o secundaria, fístula bucal, fractura de huesos y obstrucción de vías respiratorias. El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar lesiones que exigen disección en cuello y región submandibular.

La mejor manera de evitar complicaciones post-operatorias es prevenirlas por un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica correcta. Sin embargo, las complicaciones ocurren y conviene conocerlas para tratarlas cuando se presentan.

El edema es normal y fisiológico después de procedimientos quirúrgicos en maxilares y mandíbula. La mayor parte de estas operaciones son traumáticas y la retracción prolongada de los tejidos contribuye a obstaculizar el drenaje linfático normal de la región. Esto, unido con la reacción inflamatoria, produce edema y tumefacción. Debe advertirse esto al paciente, y que espere el máximo de inflamación alrededor del

segundo día postoperatorio: desaparecerá gradualmente si no hay infección secundaria ni formación de hematomas. La aplicación inmediata de frío es de poco beneficio, pero puede utilizarse en las primeras ocho a diez horas que siguen a la operación.

La posibilidad de infección puede ser mínima usando antibióticos y una buena técnica quirúrgica, y siguiendo estrictamente las reglas de asepsia. Cualquier infección aguda que se presente en estas lesiones debe dominarse perfectamente antes de hacer cualquier intervención quirúrgica. Deben elegirse cuidadosamente los antibióticos y se administrarán en dosis terapéuticas, ya sea empíricamente o por pruebas de sensibilidad.

El hematoma puede evitarse cohibiendo la hemorragia inicial y por el uso adicional de apósitos y presión. Los vasos de grueso calibre deben ser ligados, pero la hemorragia suele provenir de regiones inaccesibles a la ligadura y se cohibe por la presión. Los colgajos de tejido blando deben suturarse bien y se aplicará presión externa adecuada en la herida durante las primeras horas del postoperatorio.

Un hematoma persistente fácilmente accesible, debe ser aspirado y drenado. De otra manera, ocurrirán desagregación del coágulo y drenaje séptico. En período incipiente de la

formación de hematoma, puede ser útil la terapéutica enzimática, con hialuronidasa, por ejemplo, pero debe evitarse si hay peligro de infección secundaria. Las enzimas inyectadas en los tejidos abren los espacios intersticiales y facilitan la absorción y difusión rápidas de líquidos desde la región queferma.

Los troncos nerviosos sensitivos generalmente están desplazados por las lesiones quísticas y muchas veces puede separarse la pared del quiste del nervio, por disección cuidadosa. Cuando se descubre un nervio sensitivo en una cavidad, suele ocurrir parestesia. La duración del trastorno no puede predecirse, porque la velocidad de regeneración del nervio varía considerablemente. Sin embargo, los troncos nerviosos grandes generalmente no se cortan durante procedimientos quirúrgicos cuidadosos, y suele recuperarse la sensibilidad. Los pequeños nervios que se sacrifican en estas regiones quirúrgicas de ordinario tienen inervación cruzada de manera que el efecto inmediato no es notado por el paciente. Debe advertirse al paciente de esta complicación, y entonces puede aceptar de mejor manera la pérdida de la sensación. Debe explicarse cuidadosamente que un traumatismo posible del quinto par afecta solamente la sensibilidad y no la función motora, de manera que no ocurrirán cascos patentes en la cara. Sin embargo,

para hacer la disección de tejidos blandos, debe conocerse -- perfectamente la anatomía del nervio facial, pues la lesión - de este nervio motor originará parálisis.

La hemorragia primaria debe cohibirse durante la operac-- ción. La secundaria generalmente ocurre cuando se ha traum-- tizado un vaso de grueso calibre al operar. También puede q-- currir por trauma inesperado de vasos neoformados, al quitar-- los apósitos quirúrgicos. Esta complicación suele cohibirse-- por la presión. Deben extirparse los grandes coágulos y se - buscará el origen de la hemorragia antes de aplicar la pre-- sión de una manera adecuada. Algunas veces el vaso puede id-- entificarse y ligarse.

Las fístulas buconasales o bucoantrales a veces resultan de haber elegido mal los procedimientos quirúrgicos, o de q-- rror en la técnica. Ello puede evitarse por una disección -- cuidadosa; la pared quística frecuentemente puede despegarse de otras membranas sin penetrar en cavidades nasal o antral.- El método de Partsch, cuando se puede aplicar, evitará esta - complicación. Si ocurren pequeñas aberturas, suele lograrse-- la curación adecuada por sutura cuidadosa y las instrucciones detalladas al paciente. El cuidado postoperatorio es de gran importancia en muchos casos para evitar la formación de una - fístula permanente que necesita cierre secundario. Debe evi-

tarse la infección secundaria. Se aconsejará al paciente man tener la boca abierta al estornudar o toser, para igualar la presión en los senos paranasales y evitar la fuerza excesiva en la región donde la herida comunica con la cavidad bucal.

El hueso se debilita por la presencia de un quiste; la magnitud del debilitamiento depende del tamaño y la extensión de la lesión. La posibilidad de fractura durante la cirugía suele ser remota, a menos que se produzca traumatismo excesivo sobre el hueso o que ambas tablas corticales sean muy delgadas. El traumatismo al hacer un movimiento de torsión es más capaz de fracturar el hueso que la presión directa. Por la naturaleza del quiste, que se expande primariamente en una sola dirección, es probable que esté intacta una tabla cortical que preserva la continuidad del hueso. La profilaxia es la mejor terapéutica; debe utilizarse una técnica quirúrgica cuidadosa, particularmente en los quistes que contienen dientes que no han hecho erupción, y que son difíciles de extraer. Si ocurre fractura, debe continuarse la enucleación del quiste, y después se empaca bien la cavidad con apósitos de gasa o partículas de hueso, para mantener la posición de los fragmentos y evitar su desplazamiento. La mandíbula también debe inmovilizarse. Cuando hay quistes maxilares voluminosos, debe aconsejarse al paciente que evite los traumatismos, tanto

antes de la operación como después de ella, ya que un golpe puede causar más fácilmente fractura en un hueso debilitado que en uno normal.

La obstrucción postoperatoria de vía aérea puede ser consecuencia de intervenciones quirúrgicas en maxilares, lengua y cuello. Los factores contribuyentes son edema masivo, formación de hematomas e infección. Si existen signos de respiración difícil y de intercambio respiratorio inadecuado, debe hacerse traqueotomía. Esta debe ser, en la medida de lo posible, un procedimiento de elección y no de urgencia.

La asistencia postoperatoria adecuada es tan importante para el bienestar del paciente como el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIONES

I.- Los quistes de la cavidad oral y tejidos adyacentes son muy frecuentes, y su origen muy diverso: Algunos nacen de los dientes o sus primordios, otros provienen de la llegada de la inflamación de la pulpa dental a la región apical, haciendo proliferar a la vaina de Hertwig. Las inclusiones embrionarias (epiteliales) en los puntos de fusión de los procesos embriogénicos de los huesos faciales y otros tipos de alteraciones dan lugar a otros grupos de quiste.

II.-El odontólogo halla a menudo lesiones quísticas en los maxilares y en los tejidos blandos de la cavidad bucal. Se debiera considerar la posibilidad de un quiste en todo paciente portador de una tumefacción en la boca y sus vecindades o cuando presenta radiográficamente alguna zona radiolúcida en el hueso. Pero esto no significa que todas las zonas radiolúcidas en el hueso o tumefacciones bucales deban ser clasificadas como quistes.

III.-El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de los hallazgos clínicos (historia y datos físicos),

valoración radiográfica y la biopsia.

IV.-Tres signos caracterizan la imagen radiográfica básica -- del quiste intraóseo: 1) Área circular radiolúcida; 2)- Delimitación lineal radiopaca; y 3) Expansión.

V.- La importancia del estudio histológico de tejido extraído de zonas radiolúcidas de los maxilares es muy grande, --- pues permite hacer el diagnóstico correcto y el manejo adecuado del caso individual.

VI.-Por la gran frecuencia de los quistes de los maxilares se piensa equivocadamente que todas las zonas radiolúcidas -- bien circunscritas corresponden a esa lesión. Si bien es cierto que en la mayoría de los casos resulta una suposición correcta, el diagnóstico adecuado del presunto quiste puede revelar hallazgos inesperados. Por ejemplo, se puede tratar de neoplasmas, estados displásicos del hueso y disfunciones metabólicas que pueden parecer lesiones -- quísticas a la radiografía.

VII.-En ocasiones el estudio tisular de una zona radiolúcida- maxilar cambia notablemente el tratamiento planeado prim

ro, que había sido basado sobre datos clínicos y radiográficos.

VIII.-Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen dos métodos generales de tratamiento: 1).-Enucleación total del quiste, y 2).-La operación de Partsch o marsupialización, por la cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.

IX.-La mejor manera de evitar complicaciones post-operatorias es prevenirlas por un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica correcta. Sin embargo, las complicaciones ocurren y conviene conocerlas para tratarlas cuando se presentan.

X.- La asistencia post-operatoria adecuada es tan importante para el bienestar del paciente como el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-ABRAMS, A.M.; HOWELL, F.V. Y BULLON, W.
NASOPALATINE CYSTS. ORAL SURG.
1963
- 2.-ARCHER, W. HARRY
CIROLOGIA BUCAL
TOMO I
Ed. MUNDI, S.A.C.I.F.
2aed. 1968
- 3.-BHASKAR, S.N.
PATOLOGIA BUCAL
Ed. "EL ATENSO" BUENOS AIRES
2aed. 1975
- 4.-GARDNER S.F.
ODONTOGENIC CYST AS A POTENTIAL CARCINOMA
A CLINIC PATHOLOGIC APPRAISAL, J. AMER DENT. A 78.
1969.
- 5.-GONZALEZ MATTALDI, RICARDO A.
PATOLOGIA ODONTOLOGICA
Ed. MUNDI, S.A.
1968
- 6.-GORLINS, J.R.
PATOLOGIA ORAL
Ed. SALVAT,
1973.
- 7.-GORLING, J.R. Y COL.
THE CALCIFYING ODONTOGENIC CYST-A POSSIBLE ANALOGUE OF THE
CUTANEOUS CALCIFYING EPITHELIOMA OF MALHERBE ORAL SURG.
1962

- 8.-KRUGER, GUSTAV O.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Ed. INTERAMERICANA, S.A.
1ªed. 1960
- 9.-PINDBORG, J.J.
ATLAS DE LAS ENFERMEDADES DE LAS MANDIBULAS
Ed. SALVAT
1976
- 10.-SANCHEZ TORRES, JAVIER. et al.
QUISTES DENTIGEROS MULTIPLES
ADM. VOLUMEN XXXV No 3 274-277
MAYO - JUNIO 1978
- 11.-THOMA
PATOLOGIA ORAL
Ed. SALVAT, S.A.
1ªed. 1975
- 12.-VELASQUEZ, TOMAS
ANATOMIA PATOLOGICA
DENTAL Y BUCAL
Ed. PRENSA MEDICA MEXICANA
1ªed. 1966
- 13.-ZIGARELLI EDVARD,
DIAGNOSTICA EN PATOLOGIA ORAL
Ed. SALVAT.
1971