

14/26



# ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

---

IZTACALA - U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

COMPOSICION, ORIGEN Y CLASIFICACION DE LOS  
QUISTES ORALES Y SU IMPORTANCIA EN  
CIRUGIA ORAL.

ASTUDILLO PONCE JOSE ALBERTO

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1982



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 DE LA TESIS :

CLASIFICACION, ORIGEN Y COMPOSICION DE LOS QUISTES  
Y SU IMPORTANCIA EN CIRUGIA ORAL.

I.- DESARROLLO DE LA CIRUGIA EN LA HISTORIA.

II.- DEFINICION Y ORIGEN DE LOS QUISTES ORALES.

III.- CLASIFICACION Y LOCALIZACION DE LOS QUISTES ORALES.

a).- CONGENITOS :

- 1.- BRANQUIAL.
- 2.- DERMOIDE.
- 3.- DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

b).- DE DESARROLLO :

1.- DE ORIGEN NO DENTAL ( NO ODONTOGENICO)

A).- DEL TIPO "DE ENDIDURA" :

- ./ MANDIBULAR MEDIANO.
- ./ NASOALVEOLARES.
- ./ NASOPALATINO.
- ./ DE LA LINEA MEDIA.
- ./ GLOBULOMAXILAR.

B).- DEL TIPO DE RETENCION :

- .- MUCCOCELE.
- .- QUISTE MUCOSO.
- .- RANULA.

2.- DE ORIGEN DENTAL ( ODONTOGENICO) :

A).- PERIODONTALES :

- ./ PERIAPICAL.
- ./ LATERAL.
- ./ RECIDUAL.

B).- PRIMORDIALES ( FOLICULARES):

- .- RADICULAR.
- .- RECIDUAL.

C).- DENTIGERO.

D).- QUERATOQUISTE ODONTOGENICO.

E).- QUISTE ODONTOGENICO QUERATINI  
ZANTE Y CALSIFICANTE.

c).- QUISTES NO EPITELIALES ( SEUDOQUISTES ).

A).- CAVIDAD OSEA IDIOPATICA.

B).- HUESO ANEURISMAL.

C).- TRAUMATICO.

d).- QUISTES NO CLASIFICADOS.

## PARTE SEGUNDA.

I .- COMPLICACIONES PREOPERATORIAS Y POSTOPERATORIAS DE  
LOS QUISTES ORALES.

II .- INFECCIONES QUIRURGICAS.

A).- ELECCION DEL ANTIBIOTICO.

B).- MECANISMO DE ACCION DEL ANTIBIOTICO  
Y DOSIS DEL ANTIBIOTICO.

III.- TRATAMIENTO .

A)./ PLANEACION DE LA CIRUGIA ORAL EN EL  
CONSULTORIO :

./ EQUIPO, MATERIAL E  
INSTRUMENTACION.

./ PREMEDICACION Y ANESTESIA.

./ INTERPRETACION RADIOGRAFICA.

B)./ TECNICAS QUIRURGICAS .

.- ASPECTOS GENERALES.

.- ENUCLEACION .

.- MARSUPIALIZACION O TECNICA  
DE PARTHS :

a).- METODO CONSERVADOR.

b).- METODO RADICAL.

## TERCERA PARTE .

I./ CONCLUSIONES.

## PROTOCOLO DEL PROYECTO DE TESIS :

### PREFACIO.

El creciente interes que ha despertado la CIRUGIA ORAL Y MAXILO FACIAL en la educación y la práctica dental fué estímulo para elaborar la siguiente tesis, en donde se trata, de demostrar la importancia que los quistes tienen dentro de la Odontología, tomando como base científica para su composición, diagnóstico y tratamiento a las diversas ramas de las CIENCIAS MEDICAS como son : la HISTOLOGIA, PATOLOGIA, EMBRIOLOGIA Y MEDICINA-ORAL.

La amplia investigación que se lleva a cabo con la cirugía en la actualidad, preside una armonia funcional, entre los componentes de varias ramas médicas, obteniendo datos recientes de conclusión.

El tema de los quistes en la práctica dental, es uno de los aspectos más olvidados y complejos de la Odontología esto nos ha originado un acúmulo de opiniones tomando en cuenta las investigaciones de diferentes autores de distintas ramas de la Odontología y ciencias médicas; Nos encontramos en una época-- en que debemos basarnos en las investigaciones realizadas con conceptos anteriormente empíricos y conocimientos específicos, para tratar un tema que es muy importante. Aunque debemos esperar que en el futuro sigan las investigaciones tanto clínicas-- como basicas y continuen resolviendose los problemas que nos-- presentan los QUISTES. Estas investigaciones deben tener como base, las mejores técnicas clínicas y principios científicos, para reflejar la gama de problemas quísticos que actualmente tenemos.

Aunque podemos diferir algunos en conceptos o sus fundamentos, ésto no significa que se les niegue el lugar que merecen algunas referencias al respecto.

La presente tesis es una recopilación de datos hasta la-

fecha obtenidos para presentar a los estudiantes, pasantes y profesionales de Odontología la importancia del tema ciencia y arte de la cirugía maxilo facial con respecto a los quistes.

Por necesidad un tipo de tesis como está, debe referirse a principios aplicables y principios Patológicos, Histológicos y Fisiológicos que forman una base científica en la práctica clínica de la cirugía oral y maxilo facial y en casi todas las ramas de la Odontología.

Hay una tendencia a la fragmentación de los temas dentales y una falta de unidad en la enseñanza y práctica dental de los quistes, como esto interesa a todos quienes se ocupan en la práctica médico dental, hemos intentado en la presente tesis observar los aspectos Histológicos, Fisiológicos, Patológicos y Clínicos de este tema. El buen tratamiento, así como la destreza en la práctica clínica, es un campo en el cual el estudio y la experiencia son las bases que constituyen el buen éxito del tratamiento.

Debido a esto el siguiente título ó tema de la tesis será el de ; COMPOSICION , ORIGEN Y CLASIFICACION DE LOS QUISTES ORALES Y SU IMPORTANCIA EN CIRUGIA ORAL, que hemos tratado de exponerla de la siguiente manera :

En la primera parte de la presente tesis se tratará los aspectos generales de los quistes.

La segunda parte de la presente tesis se ocupa de los trastornos que nos puedan resultar y originar los quistes.

En la tercera parte y última, se tratá sobre los temas tan importantes como son : las conclusiones y la importancia de los quistes en la cirugía oral.

Esperando pueda servir como ayuda de consulta está tesis a los practicos, estudiantes e investigadores que tengan un interes común sobre la cirugía oral y en especial los quistes orales.

## CAPITULO I HISTORIA DE LA CIRUGIA.

Es ya una tradición el de incluir capítulos de historia de la cirugía en los libros quirúrgicos principales y en las tesis de los últimos años, de hecho algunos capítulos son los más citados en la historia de la cirugía, basta con recordarla a los grandes cirujanos y sus aportes a la cirugía o sólo ocuparse de las intervenciones mayores que son simples variaciones de las técnicas viejas.

Insistiremos en un pasado reciente, aunque el lector debe tener presente que la cirugía es una materia antigua como la humanidad misma.

El cirujano actual claro está, trata de manera diferente que sus colegas en el pasado, pero algunos conceptos de trabajo del cirujano son lo mismo. El factor de mayor importancia que dificultaba el trabajo de los cirujanos en el pasado, era su poco conocimiento de la anatomía. En el antiguo Egipto la medicina tiene dos elementos, uno racional empirico y el otro mágico religioso. Los papiros que se han descubierto se referían a medicina, cirugía, obstetricia, ginecología y problemas de veterinaria, aunque el conocimiento de la anatomía humana era mínimo y se efectuaba por trabajadores modestos que no se interesaban por el avance y estudio de la medicina.

En la antigüedad griega y romana el cirujano existía como especialista, pero sólo actuaba cuando las dietas y drogas no lograban surtir efecto, en presencia de lesiones, el cirujano podía solicitarse de inmediato.

En los siglos XIII y XIV la cirugía no creció en su estudio y la evitaban los médicos quienes se educaban en las universidades que entonces aparecían en Europa. Junto con teología y leyes, la medicina solía constituir una de las facultades básicas, fue el historiador Quesnay del siglo XVIII quien hizo la noción errónea de que la iglesia prohibía la--

pero actua con la mano, es evidente que todas las mejoras--  
proviene principalmente de ello.

Actualmente un cirujano ha de ser joven o por lo menos hallarse más cerca de la juventud que de la vejez; con una mano fuerte y segura que no tiembla, y dispuesto a utilizar la izquierda como la derecha; con un juicio agudo y claro, de espíritu valiente, lleno de piedad y de conocimientos morales, científicos y humanos, de manera que desee curar a su paciente, pero no se impresiona por sus gritos y ruidos del paciente y no siente la necesidad de ir demasiado aprisa o de cortar menos de lo necesario; sabe que hacer en cada caso clínico como si los gritos de dolor no le causaran emoción. Ha de conocer cuatro cosas : la primera, que sea letrado; la segunda, que sea experto; la tercera, que sea ingenioso; y la cuarta, que tenga buenos modales. Como podemos establecer esto es como facultad y profesión.

La historia de los últimos cien años ha demostrado que la mayor parte de los individuos que han actuado en la cirugía en uno y otro momento compartieron sus ideas. Lo que no podían prever era que en un plazo de dos décadas la cirugía se uniría a otras ramas de las ciencias médicas, y así podría aumentar sus horizontes en forma inimaginable.



- 4 -

CAPITULO II DEFINICION Y ORIGEN DE LOS QUISTES.

Se le denomina quiste a una cavidad que se presenta en tejido blando o duro con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso, el volumen del contenido es importante en relación con el tamaño total del tejido. ( Leroy w. Peterson).

La presencia de tejido epitelial en el interior de la médula de los huesos maxilares, es una característica propia de los maxilares y otros huesos del esqueleto, este epitelio puede ser odontogénico o no odontogénico, el epitelio odontogénico son los vestigios de los órganos del esmalte o de la lámina dental, puede existir en los maxilares como órganos del esmalte no desarrollados o como restos epiteliales de malassez, que estan normalmente presentes en el ligamento periodontal. Así dando origen a los quistes verdaderos llamados odontogénicos.

El epitelio no odontológico se encuentra unicamente en el maxilar superior y representa los restos del epitelio que cubría a los procesos embrionarios que generan el maxilar, estos residuos se encuentra a lo largo de la linea de cierre de los procesos embrionarios, es decir a lo largo de la linea media del paladar (fusión de los procesos palatinos), en la zona de los caninos e incisivos laterales del maxilar (fusión de los procesos globular y maxilar), y en la región de cierre o fusión de los procesos nasales medio y lateral con el proceso maxilar. Otra fuente de este epitelio, en el maxilar son los restos del conducto nasopalatino vestigial, este conducto revestido de epitelio que en las primeras etapa de la vida fetal del hombre y en vertebrados inferiores, conecta entre sí la cavidad nasal y bucal. Los restos de este conducto se observan en el canal nasopalatino y en la zona de la papila incisiva.

Patologicamente un quiste esta constituido por una membrana adyacente al hueso, formado por tejido conectivo fibroso o capsular hacia la cavidad quística, el tejido, se hace menos denso, maduro e infiltrado en su mayor parte, con células de infla-

mación crónica. La cavidad central contiene un líquido que varía de consistencia, este líquido está separado del tejido conectivo inflamado adyacente, por un recubrimiento de células epiteliales que se derivan de los restos epiteliales de mala sazón. El líquido quístico de la cavidad deriva parcialmente del tejido necrótico, que originalmente estaba en la cavidad. Las "possees" inflamatorias intermitentes agregan también material a la cavidad quística, una vez que está se ha formado parte de la pared del quiste puede desprenderse de la cavidad y sufrir autólisis. El revestimiento epitelial puede expandirse, por la actividad aumentada del proceso inflamatorio y por el aumento de la presión osmótica dentro del quiste. Si en la lesión se encuentra una invasión bacteriana, aumentada periódicamente dará lugar a un desprendimiento de la pared quística incluyendo el epitelio de esa zona, hacia la cavidad provocando una dilatación vascular y reabsorción ósea, si las defensas del organismo controlan la infección, no se presentan síntomas y si el desprendimiento es severo se manifestará por medio de dolor e hinchazón, virtualmente todo el revestimiento epitelial y algo de tejido conectivo se vuelven necróticos y puede provocar un exudado. Si no se presentan síntomas, el epitelio se extenderá de nuevo sobre la parte desprendida para restablecer el quiste.

Hay otro mecanismo de formación quística, que es el crecimiento continuo del epitelio en una formación concéntrica, hasta que las células del cuerpo del quiste se vuelvan necróticas por una inadecuada nutrición.

CAPITULO II DEFINICION Y ORIGEN DE LOS QUISTES

MICROSCOPICAMENTE :

Los quistes son unas cavidades llenas de líquido, revestido de epitelio, que se localizan en los maxilares y tejidos blandos de cara, cuello y piso de la boca.

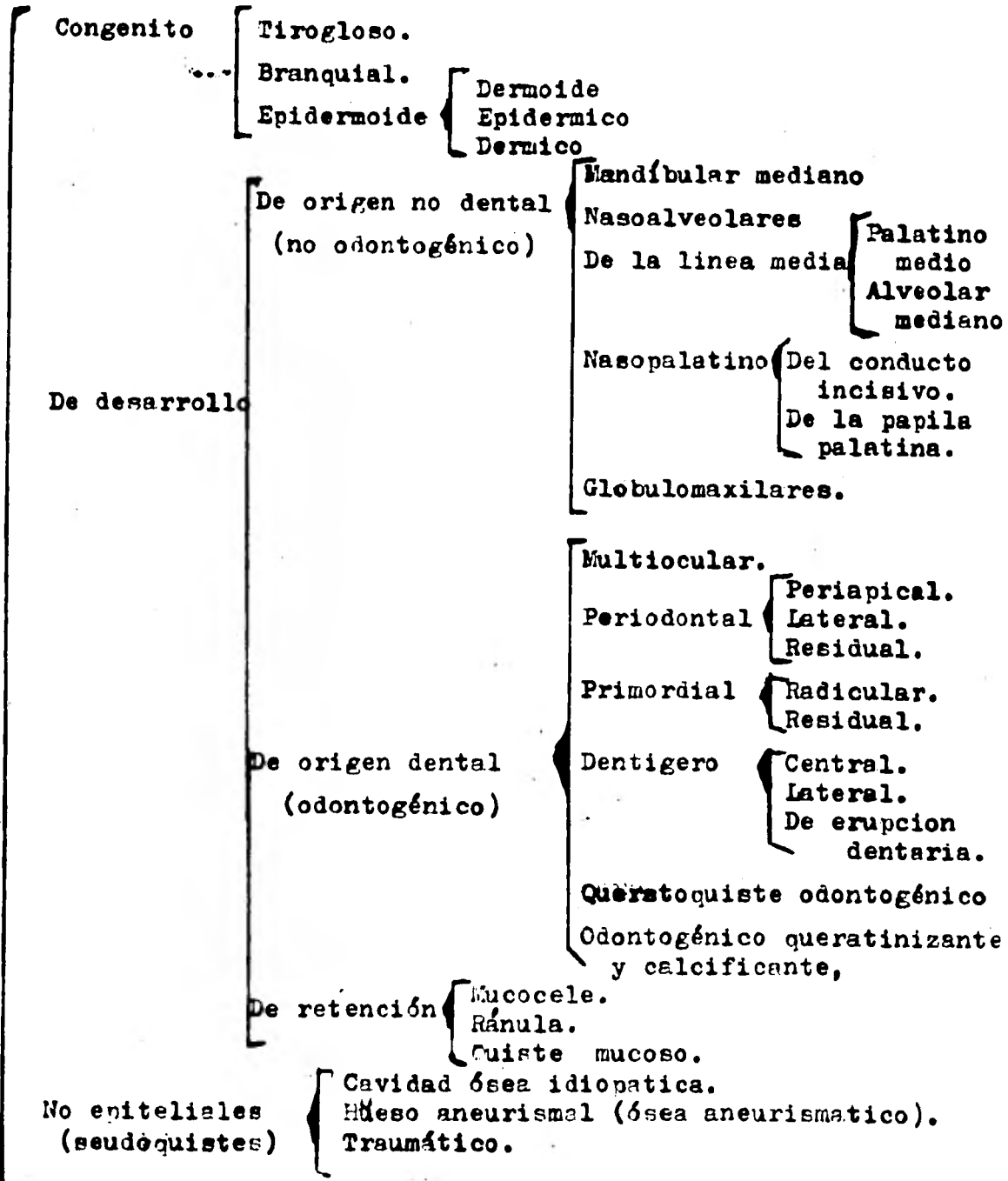
Los maxilares contienen en su médula, epitelio que puede ser de tipo odontogénico o no odontogénico. Pueden causar hinchazones intrabucuales o extrabucuales, de acuerdo a esto encontramos cuatro tipos de quistes ; tres de tipos de origen verdadero que son : los congénitos, los de desarrollo, y los de retención y un cuarto grupo de quistes que no lo son en un sentido estricto, porque no tienen revestimiento epitelial y se le conocen con el nombre de pseudoquistes.

Las estructuras quísticas descubiertas en los maxilares - por examen radiográfico, deben distinguirse de los crecimientos sólidos de los maxilares, distinción que no siempre puede establecerse observando la radiografía, sin embargo la mayor parte de los quistes son pequeños, y el examen radiográfico puede establecer el ritmo de crecimiento de tales lesiones, y descubrir erosiones de raíces dentales y destrucción cortical, estas últimas características raras de los quistes, pero típica de lesiones malignas. El examen microscópico de las lesiones muchas veces demuestra pequeñas zonas quísticas y áreas de proliferación epitelial. Desafortunadamente, incluso el examen microscópico - del contenido de los quistes y del material obtenido por raspado de la pared del quiste, no siempre logra el diagnóstico definitivo, hay varias ocasiones en las cuales el examen de la pared del quiste proporciona un diagnóstico claro de cierta importancia para el tratamiento y es necesario someter todo tejido - extirpado para el examen histopatológico. El diagnóstico de los quistes frecuentemente tiene que establecerse a base de la historia clínica, datos clínicos radiográficos, microscópicos y patológicos que puedan reunirse.

CAPITULO III CLASIFICACION Y LOCALIZACION DE LOS QUISTES ORALES.

Estas clasificaciones de los quistes orales que se pueden presentar en la cavidad bucal, en la cara y en el cuello, nos basamos en otras clasificaciones como en la de Robinson, Thoma, Velazquez, S.N. Bhaskar, Leroy W. Petterson y otros autores.

Q  
U  
I  
S  
T  
E  
S



Clasificación según su localización en la región bucal;

Quistes que se presentan en tejido blando.

- Mucocele.
- Quiste mucoso.
- Ránula.
- Gingival.
- Epidermoide.
- Nascoalveolar.
- Branquial.
- Linfoepitelial.
- Del conducto tirogloso.

Quistes que se presentan en el apice del diente.

- Radicular.
- Residual.

Primordiales.

Quistes que se presentan en la línea media del maxilar.

- Palatino mediano.
- Alveolar mediano.
- Globulomaxilar.
- Nascoalveolar.
- Del conducto incisivo.
- Papila palatina.

Lesiones que presentan distintos aspectos.

- PERIODONTICO LATERAL.
- TRAUMATICO
- GINGIVAL.
- CAVIDAD OSEA IDIOPATICA.

**QUISTES CONGENITOS .-** En este grupo de quistes lo componen tres tipos de quistes que son: Del conducto tirogloso; Branquial y el Epidermoide que a continuación detallamos.

**QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO .-** Es un quiste que se presenta en los tejidos blandos y se localiza en el conducto tirogloso. Se le denomina conducto tirogloso a la porción del conducto epitelial ciego desciende desde la lengua hasta la colación de la futura glandula tiroides. En la diferenciación de la tiroides, el conducto degenera dejando restos epiteliales, -- que si sufren una modificación pueden provocar quistes; pueden aparecer en cualquier porción de este conducto, clínicamente, - están en la línea media, entre el istmo de la glandula tiroides y el agujero ciego o base de la lengua, presenta un color oscuro, también puede estar muy vascularizado, un sintoma muy importante y frecuente es una hemorragia de la cavidad bucal provocada por las rupturas de las venas sobreyacentes.

Los cortes microscópicos revelan que es un quiste revestido de epitelio cilíndrico ciliado, el quiste generalmente se está en relación íntima con el hueso hioides, puede ser asintomático o puede encontrarse síntomas como resultado de la presión que provoca este quiste en otras partes, como la deglución hace que el quiste se mueva hacia arriba. El quiste puede infectarse y en este caso drenar espontáneamente.

El tratamiento de un quiste es la escisión completa del trayecto quístico hasta la base de la lengua, frecuentemente incluyendo una porción del hueso hioides; es indispensable, para la curación.

El quiste debe eliminarse antes que ocurra una infección del mismo o después de que los síntomas agudos de la infección han disminuidos.

**QUISTE BRANQUIAL.**- Es un quiste que tiene su origen a partir de inclusiones epiteliales en el interior de los ganglios --- linfaticos cervicales, son unas tumefacciones circunscritas y móviles que generalmente se localizan a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en cualquier parte del cuello, no obstante, un 15% se observara en el ángulo mandibular y en raras ocasiones se encuentran en el piso de la boca, puede haber o encontrarse un conducto fistuloso que se extiende hasta el músculo digástrico terminando en la fosa amigdalina. Se trata de lesiones que se presentan habitualmente entre los 20 y 40 años.

Los cortes microscópicos muestran que los quistes branquiales estan revestidas de epitelio escamoso estratificado, y rodeado de tejido linfoide, conteniendo un líquido mucoso y lechoso.- Puede haber una fistula externa. El tejido linfoide posee todas las características de un ganglio linfático, y no obstante, si el quiste es grande puede comprimir la estructura linfática y el tejido linfoide se observara como una zona de células apretadas densamente.

**QUISTE EPIDERMOIDE .-** Estos quistes son relativamente poco-frecuentes en cavidad bucal, tiene tres variantes y son: El quiste dermoide, el quiste epidérmico y el quiste dérmico.

Se presenta como una masa bien circunscrita, libremente móvil, pueden presentarse en el paladar blando y duro, en el dorso de la lengua y más comunmente en el piso de la boca o en la mejilla, los quistes pueden ser encontrados arriba o abajo del músculo genihioides. Ocurren generalmente en la línea media, pero -- pueden ser desplazados lateralmente durante el desarrollo y deben de diferenciarse de los quistes de origen branquial.

Estos quistes no son faciles de descubrir si no existe una tumefacción debajo del mentón o en el piso de la boca, elevando la lengua y dificultando la fonación y la masticación. A la palpación estos quistes dan una sensación similar al caucho, pero puede ser fluctuante, generalmente contiene una secreción amarillenta parecida al queso, el color ayuda a diferenciarlo de la ránula

que es azulosa y vesicular.

El examen radiográfico ayuda a distinguir al quiste epidermoide con otras lesiones, debido al contenido de la cavidad quística, frecuentemente con sustancias radiopacas.

Microscópicamente tiene un revestimiento de epitelio de -- escamoso estratificado y queratinizado, frecuentemente su cavi-- dad contiene queratina, en la parte de la pared de tejido conec-- tivo del quiste, es posible encontrar cabellos, y glándulas sebá-- ceas y sudoríparas, folículos pilosos, así como estructuras den-- tales.

El término dermoide, aunque ha veces aplicado a está le-- sión, debería reservarse para las lesiones teratomatosas neoplá-- sicas que aparecen en la línea media de la cavidad bucal.

#### QUISTES DE ORIGEN NO DENTAL ( NO ODONTOGENICOS, DE ENDIDURA ).

En este grupo de quistes lo componen los siguientes tipos-- de quistes : El mandibular mediano, nasopalatales, della línea-- media, globulomaxilares y nasopalatino, que a continuación des-- cribiremos.

QUISTE MANDIBULAR MEDIANO.- Es uno del grupo que se forma-- en la zona de fusión de los procesos faciales, a nivel de la lí-- nea media del maxilar inferior, como no se ha comprobado que pre-- sente epitelio fisural está zona, a tales lesiones erróneamente-- se le dedomina quiste fisural, estos quistes representan a los - quistes primordiales que se originan a partir de un germen denta-- rio accesorio, es un quiste que afecta a tejido blandos.

QUISTE NASOPALATALES .- Es una lesión que afecta a los-- tejidos blandos, es de origen fisural, a veces produce resorción de hueso, se forma en la union de los procesos globular, lateral, nasal y maxilar superior, es uno de los menos comunes entre los-- quistes no odontogénicos y no epiteliales de los maxilares, este



quiste suele observarse en la raza negra y se localiza en la inserción del ala de la nariz y al crecer invaden la cavidad nasal, todos los dientes de la región afectada son vitales. Estos quistes suelen estar cubiertos por epitelio de tipo nasal, pero también tienen células escamosas estratificadas. Los datos radiográficos son negativos debido a que estos quistes no son lesiones centrales de hueso, sin embargo puede aparecer una radiolucencia si el quiste produce resorción ósea por presión desde el lado del periostio, las características microscópicas son iguales a los quistes mediano y globulomaxilar.

El tratamiento consiste en la escisión quirúrgica completa, generalmente se procede intrabucalmente por una escisión cuidadosa de la membrana sobreyacente enucleando al quiste.

QUISTE DE LA LINEA MEDIA DEL MAXILAR SUPERIOR.- Este tipo de quistes se forman en la hendidura media del paladar siendo un quiste de hueso, y según su localización recibe los nombres de :

PALATINO MEDIANO; cuando la lesión se presenta en la línea-media del paladar, y el de ALVEOLAR MEDIANO ; por referirse a una lesión cerca del proceso alveolar, inmediatamente por detrás de los incisivos centrales.

Estas lesiones se originan a partir de las células epiteliales que quedan aprisionadas en la línea media del maxilar durante el desarrollo, Robinson afirma que estas lesiones no son quistes de la línea media verdaderos, ya que los huesos que se unen en estas regiones, se originan de tejido mesenquimatosos profundos sin oportunidad de inclusión de restos epiteliales. El cree que solo son quistes primordiales de germen de dientes supernumerarios.

Clinicamente, las dos lesiones se presentan como tumefacción sólida en la línea media del paladar. La túnica mucosa puede ser pálida o blanqueada, pero siempre está intacta, no hay ulceración, la lesión es indolora pero pueden causar molestias durante la fonación y la masticación. Estos quistes comprenden tan sólo--

cerca de 7.5% de los quistes no odontogénicos y pseudoepiteliales de los maxilares según Bhaskar.

Los datos radiográficos son desorientados, por la superposición de las sombras de los senos paranasales, se observan zonas radiolúcidas circunscrita, la inyección de un material radiopaco delinea al quiste y debido a su posición, el quiste alveolar mediano puede confundirse con el nasopalatino, pero se distingue de él por su situación más baja y anterior.

Los cortes microscópicos nos muestran una lesión revestida de epitelio columnar ciliado (respiratorio), escamoso estratificado o pseudoestratificado. En algunos casos se observa ambos tipos de epitelio, la cavidad quística contiene restos celulares, líquido, o queratina, o como en otros quistes puede haber espacios de cristales de colesterol rodeado por células de cuerpos extraños.

El tejido conectivo periepitelial puede mostrar una leve infiltración linfocítica y plasmocítica.

El tratamiento puede ser simplemente por enucleación, una escisión quirúrgica o utilizar el método de Partsch, muchas veces se alcanza la lesión haciendo un colgajo mucoperióstico desde la pared labial del maxilar y del paladar porque estos quistes están cerca del piso de la nariz e invaden la cavidad nasal.

**QUISTE NASOPALATINO .-** Este tipo de quistes se componen de dos tipos: El quiste del conducto incisivo y el quiste de la papila palatina, según que el quiste se localiza en la papila incisiva o en el conducto nasopalatino, es un quiste de tejido blando, estos quistes no crecen dentro del hueso, ni alteran de una manera importante la mucosa sobreyacente. Este quiste nasopalatino comprende cerca del 54% de los quistes no odontogénico y no epiteliales. Se diferencia de un quiste óseo por medio de la radiografía y por examen quirúrgico. Puede ser asintomático o producir una elevación de la parte anterior del paladar. Generalmente estos quistes cuando se infectan se puede notar una descarga de pus, que sale al presionar la lesión, la perforación generalmente deja que escape un líquido, pero la tumefacción reaparece--

si el quiste no se extrae quirúrgicamente.

La imagen radiográfica es de gran valor para hacer el diagnóstico, se observara una zona radiolúcida circunscrita en la parte anterior del maxilar, sin embargo, el tamaño del canal incisivo no es constante de manera que un canal y un agujero grande puede dar la apariencia de un quiste. Por lo general, la "sombra" de la espina nasal, se superpone a la radiolucencia comunicando a ésta en contorno en forma de corazón. El quiste se sitúa por encima y detrás en relación con la localización habitual del quiste alveolar mediano. El quiste de la papila palatina no produce, por lo común ninguna imagen radiolúcida. Sin embargo erosiona el hueso desde la superficie palatina, y en los desdentados, el quiste puede aparecer más cerca de la superficie.

Microscópicamente se observa un revestimiento de epitelio respiratorio y o escamoso estratificado, presencia de glándulas mucosa y nervios en la pared de tejido conectivo (característica única), e infiltración de linfocitos y plasmocitos ( en dicho tejido hay infiltración inflamatoria debido a la infección secundaria de la cavidad quística). Para la vía de acceso quirúrgico es hacer un colgajo palatino después de una incisión a lo largo de los márgenes gingivales linguales. Elevando el colgajo con cuidado se conservan los nervios y los vasos que están en el agujero y que salen en la papila, frecuentemente estos nervios y vasos se cortan para un mejor acceso a la lesión. Esto no trae secuelas indeseables; generalmente el quiste se quita de tejido blando o hueso según el caso.

QUISTE GLOBULO MAXILAR.- Estos quistes son sacos formados de epitelio, se originan a partir de restos epiteliales que se quedaron en la línea media de fusión de los procesos globular y maxilar del proceso facial embrionario. Por tanto se le observa entre el canino y el incisivo lateral del maxilar superior, donde puede producir un agrandamiento, divergencia de las raíces de los dientes (canino e incisivo) así como la migración -

de los dientes adyacentes. Este quiste comprende alrededor del 17% de todos los quistes no odontológicos y no epiteliales (seno quistes). Es por demás asintomático, y todos los dientes de la región son vitales, como otros quistes de la cavidad bucal, se infecta secundariamente y sufren alteraciones inflamatorias agudas.

Las radiografías revelan una zona radiolúcida, el diagnóstico depende de la localización de la lesión además de una valoración clínica de los dientes adyacentes para diferenciarlos de un quiste de origen dental, la zona radiolúcida es piriforme y se localiza entre el canino e incisivo lateral y sus raíces suelen estar separadas por la imagen radiolúcida.

Los cortes microscópicos revelan una membrana de tejido conectivo (cavidad quística) revestida de epitelio escamoso estratificado o respiratorio. La pared del quiste muestra infiltración de plasmocitos y linfocitos. (contiene las mismas características de los quistes palatino mediano y alveolar mediano).

El tratamiento es quirúrgico; se trata por enucleación completa y cuidadosa, pero se puede utilizar el método de Partsch, generalmente los dientes adyacentes no se tocan, si la operación se planifica y realiza correctamente. Se levanta un colgajo mucoperiostico de la pared labial del hueso para lograr un acceso adecuado a la región. La mayoría de éstos quistes sanan por primera intención y la cicatrización primaria puede obtenerse sin usar apósito ni otras sustancias para obturar la cavidad.

#### QUISTES DE ORIGEN DENTAL ( ODONTOGENICOS).

Este grupo de quistes los forman los quistes : multiocular, primordial, dentífero querato odontogénico, odontogénico queratinizante y calcificante.

QUISTE MULTIOCULAR.- En raros casos un germen dentario puede originar quistes múltiples que, no se asocian con un diente desarrollado. Comprenden menos del 1% de los quistes foliculares.

Clinicamente se presenta como agrandamiento del hueso afectado. La zona molar mandibular es su localización más frecuente.

Radiográficamente muestra una zona radiolúcida en los maxilares que pueden presentar el aspecto de pompas de jabón; es común que los dientes migren .

Microscópicamente muestran que parece ser una cantidad numerosas de quistes primordiales, adheridos, comunicandose entre sí. Están revestidas de epitelio escamoso estratificado, y sus paredes de tejido conectivo pueden presentar un número de células inflamatorias. A veces se observa que el epitelio de revestimiento está queratinizado y los quistes contienen queratina. Los quistes maxilares múltiples son un hallazgo constante en una anomalía del desarrollo que se denomina síndrome del neobasocelular. Además los pacientes presentan múltiples carcinomas basocelulares y quistes sebáceos de la piel, y deformidades esqueléticas ( abovedamiento frontal, costillas aplanadas, fusión de vértebras, etc.)

El tratamiento requiere una escisión local cuidadosa y radical y raspaje de la lesión.

QUISTE PERIODONTAL.- Este tipo de quiste está formado por restos epiteliales o de la membrana periodontal, así tenemos que este grupo de lesión lo conforma tres tipos de quistes que de acuerdo a su localización reciben un nombre; así tenemos a los QUISTES RADICULARES que se localizan generalmente en el ápice del diente; QUISTES LATERALES a los que se localizan y se forman a lo largo de la pared del diente y los QUISTES RESIDUALES que se localizan en regiones desdentadas y se debe a la remoción incompleta de tejido patológico cuando se extrae un diente infectado.- Todos son de origen inflamatorio y son el resultado de una infección dental, con necrosis de tejido pulpar y transformación degenerativa de granuloma a quiste. La formación de un quiste depende de la disolución de la parte central del granuloma y la trabudación de líquido a través del saco de tejido conectivo con forro de epitelio hasta el interior de la lesión. Estos quistes suelen estar revestidos de epitelio de tipo escamoso estratificado y ge-

neralmente se encuentra infiltración de células redondas (plasmocitos, linfocitos y edema), y otros signos de inflamación crónica, en la cavidad del quiste encontraremos restos necróticos carente-- de estructura o sustancia eosinófila homogénea, además algunas células vivas y cristales de colesteroína circundadas por células gigantes, hemosiderina y grandes macrófagos pálidos (células espumosas o de pseudoxantoma). Alrededor del tejido conectivo se pueden encontrar trabéculas óseas.

Si se extrae íntegramente el quiste, ofrece el aspecto de una bolsa que una vez cortado, exuda líquido o bien se encuentra lleno de restos necróticos; la superficie interna es lisa.

En las radiografías se caracterizan por una radiolúencia de limitada, en forma más o menos clara en la zona de lesión, ésta varía considerablemente de tamaño, suele ser más grande que un granuloma y puede extenderse a dos o más dientes, en raras ocasiones se puede observar un quiste que abarca casi todo el cuadrante de maxilar, considerando el tamaño de la radiolúencia apical, se ha sugerido que: si sobrepasa los 200mm<sup>2</sup>, se trata de un quiste periodontal.

El tratamiento es hacer una enucleación del quiste. Sin embargo, es mejor hacer un colgajo desde la cara labial o bucal del alveolo, esto asegura mejor visibilidad de la región patológica y permite la remoción más completa de la lesión. Estos quistes, cuando son grandes, afectan varios dientes y es muy importante que los dientes vitales no sean extraídos innecesariamente y cuando hay peligro de dañarlos, el método de preferencia es el de Partsch. Las raíces de los dientes que penetran en una cavidad ósea después de la enucleación de un quiste deben ser amputados después de la conductoterapia o bien extraídos. Existe el peligro de una remoción incompleta de la lesión en regiones poco accesibles ya que muchas veces la lesión no se observa bien o los dientes adyacentes impiden su acceso quirúrgico. En todos los casos el tratamiento es por enucleación o marsupialización (técnica de Partsch).

**QUISTE PRIMORDIAL.**- Estos quistes se diferencian de los quistes periodontales y dentígeros en que no contienen elementos calcificantes. El término folicular se ha aplicado a este tipo de lesión y puede utilizarse como sinónimo, porque éste quiste primordial comprende aproximadamente el 5% de todos los quistes foliculares y alrededor de 1.75% de los quistes odontogénicos. La palabra primordial implica una estructura más sencilla y menos de enrollada.

Esta lesión proviene de un germen dentario que, en vez de formar un diente, se degenera convirtiéndose en quiste.

Clínicamente esta lesión se asocia con un diente ausente (a menos que se origine de un germen supernumerario), se presenta a los 20 o 30 años de vida, puede producir un agrandamiento del maxilar o ser asintomática, es indolora, pero si es grande la lesión provoca migración de dientes, los dientes son vitales.

Radiográficamente la lesión se manifiesta como zona radiolúcida bien demarcada, que no se asocia directamente con un diente erupcionado o no.

Los estudios microscópicos revelan una cavidad quística cubierta de epitelio escamoso estratificado y puede ser locular, multicocular o múltiple y una pared de tejido conectivo que está libre de células inflamatorias (no siempre), y puede contener pequeños islotes de epitelio odontogénico o ameloblástico (primitivo bucal epitelio) y por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma (neoplasma dental verdadero). En estos quistes las células epiteliales tienen capacidad neta de desarrollar neoplasmas.

El tratamiento de los quistes primordiales consiste en raspaje local ó escisión cuidadosa.

**QUISTE DENTIGERO.**- Es el más común de los quistes foliculares pues comprende el 95% de esas lesiones y el 34% de quistes odontogénicos, es más frecuente en los hombres que en las mujeres y suele presentarse en la segunda o tercera década de la vida. Un 70% de las lesiones se aparece en la mandíbula, y un 30%

en el maxilar. ( casi el 62% en zona molar, el 12% en la región--- canina y un 12% en la región premolar y el 14% restante se distri- buye sobre las demas zonas de los maxilares según Bhaskar).

El quiste dentífero proviene del órgano del esmalte, después de la terminación parcial de la corona. Estos quistes se desarro- llan despues del depósito de esmalte y probablemente son resultados de cambios degenerativos en el epitelio redicudo que forman el es- malte.

La lesión produce agrandamiento del maxilar que, algunos ca- sos, es bastante acentuado.

Cuando el quiste rodea completamente la corona se le dedomi- na: QUISTE DENTIGERO CENTRAL, y cuando esta adherido a un costado de la corona se le dedomina QUISTE DENTIGERO LATERAL, y si se for- ma un quiste cuando un diente ha hecho erupción, recibe el nombre de: QUISTE DE ERUPCION. Sin embargo, ésta distinción no es impor- tante ni necesaria. Estos quistes se encuentran más comunmente en el niño y en el adulto joven, y puede acompañar a cualquier diente.

Las radiografías muestran un diente que no ha erupcionado, cu ya corona está rodeada por una zona radiolúcida. Los quistes dentí- gero agrandados pueden causar gran desplazamiento del diente. La- presión del líquido acumulado puede causar desplazamiento del dien- te en dirección apical y con frecuencia la raíz no se forma comple- tamente.

Debe recordarse que los quistes dentíferos y primordiales son unos ameloblastomas en potencia.

Los cortes microscópicos de la lesion revelan que la corona-- del diente está completamente formada ó que se encuentra en vías-- de formación, el quiste que lo rodea, está revestido de epitelio-- escamoso estratificado, en ocasiones el revestimiento es queratini- zado, contiene células mucosas y está cubierto parcial ó totalmen- te por células granulares. Frecusntemente los quistes con revesti- miento epitelial grueso tienden más a la recidiva que los quistes- con epitelio delgado, especialmente si son múltiples.

La pared de tejido conectivo consiste en haces de colágena y



suele mostrar una infiltración leve de linfocitos y plasmocitos.- En el 82% de estos quistes, el tejido conectivo de la pared presenta pequeños islotes ó restos de epitelio odontogénico. Este es inactivo y carece de significación clínica. Sin embargo el 5 ó 6% de los quistes dentígeros y primordial, el revestimiento quístico o la pared de tejido conectivo, muestran proliferación ameloblástica. En contados casos, el revestimiento epitelial del quiste dentígero puede experimentar una transformación maligna (disqueratósica) y se ha demostrado que en esas lesiones puede originar un carcinoma in situ y un carcinoma de células escamosas.

Si se aconseja tratamiento, está indicado la enucleación completa del quiste. La escisión parcial es peligrosa y cualquier parte que se deje de la lesión puede formar un tumor dental.

El tratamiento de elección, aun en las lesiones quísticas extremadamente grandes, es su enucleación cuidadosa, ( si fuere necesario, se puede hacer una incisión o marsupialización en los quistes de erupción).

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

Cuando la expansión y asimetría han ocurrido, el proceso de reparación restablece el contorno normal de hueso y la regeneración es completa, siempre que la operación sea adecuada y no haya recurrencia del quiste.

QUERATOQUISTE ODONTOGENICO.- Cerca del 8% de los quistes dentígeros, primordiales y multiloculados (en raros casos algún quiste radicular o residual) presenta caracteres histológicos singulares por los cuales fueron clasificados como queratoquiste-odontogénico, pero estas lesiones son comunes entre los quistes que se ven en el síndrome de neovascularización.

Este tipo de quiste es dos veces más común en el maxilar inferior que en el superior y la localización más frecuente es la región del tercer molar, se presenta en la segunda década de la

vido y se asocia siempre con molares retenidos.

La radiografía no ofrece nada excepcional.

Microscópicamente es lo que nos lleva a una denominación particular, comprende un revestimiento epitelial escamoso estratificado que elabora queratina, un brote proliferativa en la capa basal del revestimiento epitelial y tiene microquistes en la pared del tejido conectivo del quiste. Se sabe que el 45% de los queratoquistes odontogénicos recidivan, deben vigilarse con atención despues de extirparlos.

**QUISTE QUERATINIZANTE Y ODONTOGENICO.**- Tambien recibe el nombre de quiste odontogénico calcificante ó tumor odontogénico calcificante quístico, puede aparecer en cualquier edad, 50% se ven en pacientes menores de 40 años, ( el 30% en la segunda década de la vida), no hay predilección sexual, el 80% se produce en los maxilares y el 20% restantes en tejido blando adyacente.

Los caracteres clínicos no difieren con respecto a los de cualquier quiste odontogénico.

Las radiografías muestran una radiolúcencia solitaria o multilocular pero delimitada, con manchas radiopacas en su interior. Estas lesiones miden entre 1 y 7 cms.

Microscópicamente las características de la lesión son singulares. Consiste en áreas de epitelio columnar y estrellado (igual al ameloblastoma), áreas de estromas celulares (células epiteliales que contienen material queratinoso), áreas de queratina y --- áreas de calcificación focales. A veces las células epiteliales contienen melanina.

Esta lesión, sea intraosea ó extraosea, es benigna; la extirpación conservadora local contiene la curación.

Aunque tanto los quistes que surgen del órgano del esmalte, o cuyo revestimiento deriva de los restos epiteliales descritos por Malassez se incluyen bajo el nombre de quistes odontogénicos su comportamiento es diferente. Los quistes primordiales, dentígeros y multiloculares son capaces de convertirse en ameloblastoma

Se ha calculado que el 25% o el 30% de los ameloblastomas, se originan de esas lesiones. También, en casos muy raros, el revestimiento de los quistes foliculares pueden dar origen a un carcinoma de célula escamosa, razón por la cual esos quistes requieren una extirpación cuidadosa.

#### QUISTES DE RETENCION .

Hay inchazones que pueden afectar las glándulas salivales principales, y zonas de tejido glandular salival menor distribuidas en la mucosa de labios, carrillos, suelo de boca y tercio posterior del dorso de la lengua. Los quistes o tumores de las glándulas salivales principales son relativamente raros, muchas veces difíciles de localizar, recidivan y se difunden; de ello se deduce que interesa la rápida extirpación de los nodulos formados por glándulas salivales, estos quistes generalmente se localizan en la cavidad bucal y son tratados por escisión simple o marsupialización, según su tamaño y localización.

**MUCOCELE.-** Es una lesión frecuente en la cara interna de los labios, en realidad es una pequeña ampolla de la mucosa oral llena de moco, causada por extravasación y acumulación de la secreción de una glándula salival, es una lesión de origen traumático, (puede producirse cortando el conducto glandular). Esta lesión se rompe durante la masticación y curan espontáneamente.

Es una lesión solitaria, vesicular, remitente, translúcida, a veces azulada; si se abre la lesión descarga una secreción mucoides.

Microscópicamente es un tumor que contiene mucus y esta revestido de tejido de granulación; la glándula afectada puede mostrar inflamación intersticial; a veces hay ausencia de quiste pero mucus disperso en tejido conectivo.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica completa; haciendo una incisión cuidadosa a través del epitelio delgado supra yacente, (este esta tenso sobre el quiste). Una incisión de alter

nativa que preserva la mucosa suprayacente, para ayudar a asir la lesión durante la enucleación del mucocelo. El quiste o tumor mucósido tenderá a sobresalir de su lecho de tejido blando y puede librarse cuidadosamente usando pinzas de disección roma (o con pinzas de hemostasia curvas, cureta o elevador de periostio), hay que tener cuidado de no romper el saco, sino la disección sería más difícil y no se podría tener la certeza de haber eliminado el quiste. Shira describe una técnica donde aspira el contenido quístico e inyecta una mezcla ligera de material de impresión con base de caucho, deja endurecer la mezcla y así se delinea claramente la lesión, ayudando así a la enucleación.

**RANULA.**- Es una tumoración grande que puede alcanzar gran volumen y verse en los planos tisulares del cuello antes de manifestarse en el suelo de la boca. Es de consistencia blanda y llena de mucus, (líquido verde azulado pálido). Se llama ránula por la similitud con la hinchazón sublingual de la piel de una rana, la ránula es idéntica al mucocelo, salvo que la ránula está asociada con glándulas de mayor tamaño. Se produce como consecuencia de un defecto en el conducto de Wharton (glándula submaxilar) ó en el de Bartholin (glándula sublingual). Generalmente la lesión es unilateral y, según su volumen, puede interferir con las funciones de la boca.

La simple incisión y drenaje de la ránula va siempre seguido de recurrencias. La enucleación de una ránula sin romper la pared delgada es prácticamente imposible, cuando el quiste se ha roto es muy difícil distinguirla su continuación de la cubierta y si no se remueve totalmente la lesión es fácil que recidive.

Con la técnica de Partsch o marsupialización de una ránula se considera el mejor procedimiento quirúrgico. Se hace una incisión de la pared superior de la ránula suturando la cubierta del quiste a la mucosa del piso de la boca y haciéndola continua con la cavidad bucal, se colocan una serie de suturas alrededor de los márgenes del quiste, que atraviesen la mucosa normal del piso de la boca y pared del quiste, cuando está bien delineado con las

suturas se hace una incisión de la pared superior inmediatamente por dentro de las suturas, el fondo del quiste se eleva a su posición normal al salir el contenido líquido y se hace continuo con el piso de la boca. La membrana quística se transforma y obtiene las características de los tejidos adyacentes, se termina la disección de la pared superior del quiste y se colocan suturas periféricas. Esta técnica se hace con anestesia local con bloqueo del nervio lingual, la infiltración local suele ser necesaria. Algunos autores dicen que hay ránulas más profundas que otras y frecuentemente es necesario eliminar la glándula sublingual vecina. Esto se hace con la anestesia quirúrgica lógica y se basa en patogénesis y anatomía patológica de la lesión, y que no se justifica una intervención dogmática de la lesión, y para el tratamiento de lesiones quísticas del piso de la boca.

**QUISTE MUCOSO.**- Este es una lesión quística de la cavidad bucal, que suele aparecer en los labios, mejillas o lengua. Se trata de un pequeño crecimiento remitente cuyo tamaño pocas veces excede de unos milímetros.

Microscópicamente se caracteriza por una cavidad quística llena de mucus, revestida por un epitelio cúbico o cilíndrico que consiste en células mucosas. Esta lesión se diferencia del mucocelo en que su causa no radica en la ruptura de un conducto, en que esta revestida de epitelio y en que no se asocia, con glándula mucosa.

La escisión quirúrgica es curativa.

#### QUISTES NO EPITELIALES (SEUDO QUISTES).

Es un grupo de quistes que no lo son en un sentido estricto, porque no están revestidas de epitelio, pero de acuerdo a la clasificación se les incluye en la presente tesis.

Este grupo abarca a tres tipos de quistes que son: La cavidad ósea idiopática, el quiste traumático y el hueso aneurismal.

**CAVIDAD ÓSEA IDIOPÁTICA.**- No es en realidad un quiste del maxilar, tiene una similitud clínica y radiográfica de las lesiones quísticas, también recibe los nombres de: Defecto óseo embrionario ó cavidad ósea mandibular lingual. Se presenta en la mandíbula y se localiza debajo del conducto dentario inferior, entre el ángulo mandibular y el primer molar, es más frecuente en hombres que en mujeres, la lesión es asintomática y se descubre en oportunidad en un examen de rutina.

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida bien delimitada, situada debajo del conducto dentario inferior, se puede encontrar un defecto en la tabla cortical lingual y una cavidad en la mandíbula. La cavidad suele estar ocupada por una porción de la glándula sublingual o submaxilar o contener tejido linfático ó conectivo, el contenido de la cavidad está en relación con los tejidos blandos de piso de la boca debido al defecto cortical lingual.

Puede presentar un defecto de inclusión acaecido durante el desarrollo de la mandíbula, pero clínicamente no es evidente hasta la edad adulta, una parte de la glándula salival queda incluida en la mandíbula en desarrollo, y el tejido óseo se forma a su alrededor excepto en una zona. La lesión no requiere tratamiento.

**QUISTE TRAUMÁTICO.**- Recibe el nombre de quiste óseo solitario, quiste hemorrágico, quiste de extravasación ó quiste unicameral.

Suele observarse en personas menores de 20 años, es más común en los hombres. La lesión a veces es asintomática, puede producir un agrandamiento del maxilar, la zona afectada más frecuentemente es el canino inferior y la rama, ó en la sínfisis mandibular, pueden persistir mucho tiempo, los dientes del lugar de la lesión son vitales, habitualmente existen antecedentes de un traumatismo.

Radiográficamente se presenta una zona radiolúcida amplia,

que pueda expandir las tablas del maxilar. La radiolúcencia se extiende por entre los dientes y posee un contorno festoneado. Esta última característica es casi exclusiva de este quiste. La etiología de este quiste es desconocida; se proponen varias teorías, tales como; la hemorragia de hueso, seguida de lisis del coágulo, metabolismo cálcico deficiente y necrosis isquémica de la médula. Posiblemente sea un desarrollo de un tumor benigno, que sufra una lisis espontánea y deja un espacio vacío.

Microscópicamente el tejido de la pared del quiste traumático muestran sólo hueso cubierto por una capa microscópica de tejido conectivo, en la exploración u operación, el cirujano encuentra que la lesión esta vacía o que tiene líquido de color claro o sanguinolento (en realidad la lesión es una gran cavidad en el hueso).

En ocasiones se observa que el nervio alveolar inferior y vasos sanguíneos estan libremente en la cavidad.

El tratamiento es relativamente fácil, consiste en abrir la lesión, raspaje de hueso y cierre con sutura. El coágulo sanguíneo resultante pronto se organiza y el defecto óseo cura rápidamente.

**QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO.**- No se trata de un quiste verdadero, se presenta en personas mayores de 20 años y suele haber antecedentes de traumatismos, tiene una duración de 1 a 6 meses y por lo general se desarrollan en la mandíbula. Puede existir maloclusión como consecuencia de la deformidad, en la exploración se observa una cavidad ósea llena de un tejido pardo rojizo, similar al tejido hepático, pletórico de sangre, el raspaje ocasiona una hemorragia no demasiada difícil de controlar.

Radiográficamente hay una radiolúcencia unilocular, pero por general presenta un aspecto multilocular (semejante a pompas de jabón), la mandíbula esta dilatada, pero las tablas óseas no se destruyen.

Las características microscópicas de ésta lesión ayuda al diagnóstico, numerosos remansos de sangre están revestidas de células fusiformes de tejido conectivo y el tejido entre los remansos-

esta compuesto de: fibroblasto, numerosas células gigantes, focos de hemosiderina y vasos sanguíneos.

El raspado local del quiste óseo aneurismal es curativo.

El quiste traumático y el quiste óseo aneurismal, no son exclusivos de los maxilares, ambos tienen equivalentes en otros huesos del esqueleto.

#### QUISTES NO CLASIFICADOS.

Estos grupos son verdaderas lesiones quísticas microscópicamente; aunque son parecidos o semejantes a otros quistes que se encuentran clasificados, son diferentes y por lo tanto nosotros lo mencionaremos aparte. Estos quistes son; El quiste gingival, quiste de la lámina dental y el quiste linfoepitelial.

QUISTE DE LA LAMINA DENTAL.- También recibe el nombre de: Perla de Epstein o nódulo de Bohn, se presenta en el paladar o la mucosa alveolar de aproximadamente el 85% de los recién nacidos, según Bhaskar. Es una pequeña lesión blanca o blancogrisácea de consistencia firme. Puede estar en la línea media del paladar, a lo largo de la cresta alveolar de los maxilares, o en las caras bucal y lingual de las crestas maxilares.

Habitualmente son muchos, pero no aumentan de tamaño.

Microscópicamente revela el nódulo representando un quiste superficial pequeño, llenos de queratina y revestido de epitelio escamoso estratificado. Debido a su localización superficial, se desprende espontáneamente en el término de pocas semanas.

QUISTE LINFOEPITELIAL.- Es una lesión relativamente rara que se presenta en la glándula parótida o tejido blando y puede producir un agrandamiento clínicamente discernible, tiene un tamaño que varía de 3mm por 3mm hasta 1.5cm por 1.5cm, según Bhaskar. La lesión se desplaza con facilidad, es indolora, asintomática y no ulcerada, que puede perdurar pocos meses o muchos ---



años, es más frecuentemente en el hombre y aparece en la edad de 15 a 65 años, su localización de un 100% de las lesiones un 60% - se presenta en el piso de la boca y un 40% en la superficie lateral y ventral de la lengua. En raras ocasiones, en el paladar blando o la zona palatoglosa.

Los cortes microscópicos nos reportan que es un quiste revestido de epitelio escamoso estratificado y rodeado de una densa zona de linfocitos. Toda la lesión está cubierta por la mucosa oral.

Se cree que esta lesión se origina en una formación de la mucosa bucal (amígdala bucal). Se trata de estructuras nodulares circunscritas, de 1 a 3 mm, están compuestas por una cripta revestida de epitelio y circundada por tejido linfoide ( en el quiste de tejido blando). En el quiste linfoepitelial de las glándulas salivales se desarrolla como consecuencia de un cambio quístico en las inclusiones epiteliales que se observan en los ganglios linfáticos parotídeos, ( es idéntico al quiste branquial y a los linfoepiteliales de los tejidos bucales blandos), como estos quistes imitan tumores, habitualmente se les escinde, después de lo cual no recidivan. Por lo consiguiente el tratamiento de elección consiste en la simple enucleación.

**QUISTE GINGIVAL.**- Es un quiste renitente de los tejidos blandos de la cavidad bucal, su localización es en el piso de la boca; con menor frecuencia en la mejilla, labio y lengua.- Se presenta en los adultos, en ambos sexos, Clínicamente es una lesión rara, pequeña, asintomática; renitente si es grande; a la palpación suele revelar pequeña lesión quística. Los dientes de la zona son vitales.

Radiográficamente es un quiste revestido de epitelio escamoso estratificado; el quiste se halla en la encía, pero produce resorción del hueso desde el lado gingival. Radiográficamente -- puede aparecer una pequeña zona radiolúcida en el sitio de la lesión, es confundido con un agujero mentoniano ó un quiste perio-

dental.

En el tejido conectivo no se observa células inflamatorias, aunque puede presentar un infiltrado mínimo.

El tratamiento es el de la escisión o la simple enucleación.

TEMA I.- COMPLICACIONES PREOPERATORIAS Y POSTOPE-  
RATORIAS DE LOS QUISTES ORALES.

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.- Los quistes congénitos, siem-  
pre son tratados por medio de cirugía en el sitio de la lesión, la  
mejor manera de evitar complicaciones es la de prevenirlas con un  
diagnóstico completo y una técnica quirúrgica de lo mejor, sin em-  
bargo, las complicaciones ocurren y es conveniente conocerlas para  
que cuando se presenten se puedan tratar; así tendremos que las --  
complicaciones más frecuentes son; Tumefacción, infección, forma--  
ción de hematomas, traumatismos de nervios motores y sensitivos,--  
obstrucción de vías respiratorias, fracturas de huesos, fístula --  
bucal y hemorragia primaria y secundaria.

El Traumatismo.- Puede ser de nervios motores y la obstruc--  
ción de vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar le--  
siones que abarcan la disección en cuello y región submandibular.

El edema es normal y fisiológico después de los procedimien--  
tos quirúrgicos en maxilares y mandibulares. Estas operaciones por  
lo regular son traumáticas, con la retracción prolongada de teji--  
dos, se obstaculiza el drenaje linfático normal de la región, esto  
aunado con la reacción inflamatoria, produce un edema o una tume--  
facción en la región, debe advertírsele al paciente que presentará  
una hinchazón que desaparecerá gradualmente, si no hay infección--  
secundaria, ni formación de hematomas. Los agentes anti inflamato-  
rios pueden, en ciertos casos ser útiles para controlar el edema.-  
Deben de administrarse con un conocimiento completo de sus efectos  
y contraindicaciones.

La infección puede ser mínima usando antibióticos y una buena  
asepsia quirúrgica, cualquier infección aguda que se presente en -  
la lesión debe dominarse antes de hacer la intervención quirúrgica.

El hematoma se evita cohibiendo la hemorragia inicial por el-  
uso adicional de apósito de gasa y presión; los vasos de grueso ca

TEMA II INFECCIONES QUIRURGICAS.

Muchas infecciones quirúrgicas pueden evitarse mediante una buena valoración preoperatoria del caso clínico y utilizando una buena técnica quirúrgica y una asepsia rigurosa, con los instrumentos quirúrgicos bien esterilizados.

Todo cirujano dentista que este ejerciendo, debe tener un equipo que este completamente preparado para las situaciones de infecciones, sin embargo habrá ocasiones en las que surjan episodios desagradables de infecciones, después del acto quirúrgico.

Evidentemente, la prevención es la mejor forma del tratamiento cuando se produce cuadros de infección, incluso cuando se han tomado las mejores medidas profilácticas.

La elección inicial del antibiótico para infecciones graves antes de los informes relativos a pruebas de sensibilidad en el paciente son;

TIPO DE BACTERIA	Fuente	Elección inicial del antibiótico
Cocos Gram positivo en racimos (estafilococcus).	Cualquiera	Nafcilina y Penicilina o Cefalotina (en caso de alergia dar Lincomicina o Gentamicina).
Cocos Gram positivos en cadenas (streptococcus)	Cualquiera	Penicilina G.
Bastoncillos Gram positivos.	Cualquiera.	Penicilina G. casi siempre con Tetraciclina.

**TIPO DE BACTERIA**

Elección inicial  
del antibiótico.

**Bastoncillos Gram  
negativos**

Vías respiratorias  
inferiores

Gentamicina ó Ka-  
namicina.

Septicemia.

Ampicilina ó Ce-  
falosporina y -  
Gentamicina o -  
Kanamicina.

Abcesos profundos.

Lo mismo que en-  
septicemia y --  
drenar bien.

**Flora mixta germe-  
nes Gram positivos  
y Gram negativos.**

Mordedura humana

Penicilina y Te-  
traciclina.

Septicemia.

Penicilina y Gen-  
tamicina ó Kana-  
micina.

**A.- SELECCION DEL ANTIBIOTICO.**

Es esencial identificar la antes posible el germen causal, y determinar su sensibilidad a los antibioticos, no es aconsejable la terapéutica del "Perdigonazo", quizá en infecciones graves establecidas cuando la muerte del paciente parece probable - antes de tener el resultado de las pruebas, es bastante más aceptable recurrir a dos antibióticos que cubran un amplio espectro y no muchos antibacterianos en grandes dosis. Cuando el microorganismo está bien identificado se administrará el antibiótico de -- elección así tenemos:

**MICROORGANISMO**

Antibiótico de  
elección.

Otros.

**Cocos Gram positivos**

**Diplococcus pneumoniae**

Penicilina G.

Eritromicina; Ce-  
falosporina; Lin-  
comicina.

MICROORGANISMO

Antibiótico de elección.

Otros.

**Staphylococcus aerus:**

No productor de penicilaza.

Penicilina G.

Cefalosporina;--  
Eritromicina ;--  
Lincomicina. --

Productor de penicilaza.

Dicloxacilina o Nafcilina u otro Penicilinaza resistente.

Cefalosporina;--  
Gentamicina ; --  
Eritromicina ;--  
Lincomicina. --

**Streptococcus anaerobis**

Penicilina G.

Tretamicina;---  
Eritromicina. --

**Streptococcus pyogenes grupos A,B,C y D.**

Penicilina G.

Eritromicina ;--  
Cefalosporina;--  
Lincomicina. --

**Streptococcus Viridans**

Penicilina G. con Estreptomina ó sin ella.

Eritromicina con Estreptomina ó sin ella; Vancomicina, Cefalosporina.

**Escherichia Coli :**

Enteropatogenia

Kanamicina por via bucal.

Tetraciclina.

Sepsis.

Ampicilina.

Kanamicina; Polimixina; Tetraciclina; Cefalosporina.

Haemophilus ducreyi Chancroide.

Tetraciclina.

Sulfamida; Estreptomina.

Haemophilus influenzae.

Ampicilina

Tetraciclina---; Cefalosporina;-- Cloranfenicol -- con Estreptomina ó sin ella.

MICROORGANISMO	Antibiótico de elección.	Otros.
<b>Escherichia Coli:</b>		
Especies de <u>Salmo</u> <u>-nella.</u>	Cloranfenicol.	Ampicilina,
Actinomicetos <u>israely</u>	Penicilina G. y una sulfamida.	Tetraciclina,
Especies de <u>Nocardia</u>	Sulfamida.	Tetraciclina,
<b>Hongos :</b>		
<u>Cándida albicans</u>	Anfoterica B.	Ninguno.
<u>Cryptococcus</u> <u>neoformans</u>	Anfoterica B.	Ninguno.
<u>Coccidioides</u> <u>immitis</u>	Anfoterica B.	Ninguno.
<u>Fusospiroquetas</u>	Penicilina G.	Eritromicina; Tetraciclina.

B.- MECANISMO DE ACCION DE LOS ANTIBIOTICOS

Y DOSIS USUALES EN ADULTOS.

Los agentes antimicrobianos pueden dividirse en aquellos que modifican la estructura de las paredes de la célula bacteriana, y los que afectan la síntesis de proteína, ya sea esta medida por efectos sobre el ribosoma o sobre la síntesis de ácido ribonucleico. Habiendo reunido en el estudio siguiente los mecanismos principales de acción de los antibióticos más frecuentemente usados por el dentista.

Sulfamídicos.- Es una droga bacteriostática se da a dosis de 4 a 6g por día en cuatro ó seis dosis fraccionada para formas de acción breve; actua de modo antagonista competitivo con ácido paraminobenzoico que da lugar a inhibición de la actividad de transferencia de un carbono, la cual inhibe la síntesis de nucleótido y, por lo tanto, de DNA. Tiene reacciones alérgicas frecuentes, cálculos en vías urinarias, discracias sanguíneas, nefrotoxicidad y neuritis.

Penicilinas.- Penicilina G. es a dosis de 2 a 30 millones de unidades por vía parenteral, en cuatro o seis dosis fraccionadas ó 200 mil unidades por vía intramuscular diarias. Es un bactericida, todas las penicilinas inhiben la síntesis de la pared celular produciendo protoplastos. No ácido estable. Dada la alta presión osmótica de las bacterias, absorben agua a partir de los líquidos corporales isotónicos y experimentan explosión o ruptura. Requiere células en crecimiento para efecto. Probablemente actúen por interferencia con la actividad de transpeptidaza, evitando el enlace cruzado en las paredes de la célula. Frecuentemente presenta reacciones alérgicas, irritabilidad del sistema nervioso central y convulsiones con dosis altas.

Penicilina V. es a dosis de 400 mil unidades cada seis o cuatro horas por vía bucal. Es un ácido resistente y se absorbe por el tubo gastrointestinal. Frecuentemente presenta reacciones alérgicas.



Penicilina (cont.).- Oxaciclina se da a dosis de 2 a 12g -- al día divididas en 4 o 6 dosis. Es un ácido estable que puede presentar reacciones alérgicas y efectos sobre el sistema nervioso -- central.

Nafcilina se da a dosis de 2 a 12g por día en 4 o 6 dosis divididas. Es un ácido estable. Es posible obtener niveles adecuados de ella, actúa a la alta excreción de bilis y puede provocar ictericia colestática y efectos sobre el sistema nervioso central.

Cloxacilina es a dosis de 2 a 12g por día en 4 ó 6 dosis fraccionadas. Difiere de la oxaciclina por un ion  $\text{Cl}^-$ , pero la concentración en suero es doble después de administrarse por vía bucal. 95% se une a la proteína sérica. Presenta reacciones alérgicas y efectos sobre el sistema nervioso central.

Dicloxacilina se da a dosis de cuatro gramos por día en cuatro o seis dosis fraccionadas ( tan solo por vía bucal). Tiene la mejor absorción que todas las penicilinas sintéticas a nivel del tubo gastrointestinal, por lo tanto, droga por vía bucal recomendable contra estafilococcus productores de penicilinasa. Puede presentar reacciones alérgicas.

Ampicilina es a dosis de 2 a 12 gramos al día en 4 a 6 dosis fraccionadas. Es un ácido resistente y bien absorbida. El modo de acción contra bacterias Gram negativas es similar a la penicilina contra bacterias susceptibles Gram positivas.

Su eficacia quizá dependa de la mayor capacidad para penetrar en las paredes de la célula de las bacterias Gram negativas.

Parte de la droga queda fija en las proteínas séricas (25%). Puede ser destruida por penicilinasa. Frecuentemente presenta -- reacciones alérgicas ( erupción cutánea en 9.5 % ) y efectos sobre el sistema nervioso central, y puede provocar diarrea.

Cefalosporina .- Cefalotina y Cefaloridina.- Se da a dosis de 2 a 6 gramos por día en 4 o 6 dosis fraccionadas por vía parenteral. Es un bacteriostático que inhibe la síntesis de mucopéptidos de la pared de la célula por inhibición del enlace cruzado final de los monómeros de peptidoglicano. Es resistente a penicilinas, pero puede ser degradada por cefalosporinasa, ( Cefaloridina no se une a proteínas séricas, Cefalixina se da dosis de 4gramos - por vía bucal al día). Son análogas a la penicilina por su estructura. Puede producir reacciones alérgicas en algún paciente ocasional sensible a penicilina (un 10%). Puede ser destruida por cefaloridinasas.

Aminoglucósido.- Estreptomina.- Es a dosis de 1 a 2 gramos por día en 2 a 4 dosis fraccionadas, por vía intramuscular solamente. Es un bacteriostático que inhibe la síntesis de proteína. Tiene una acción primaria sobre el ribosoma y dificulta la acción del mRNA o interfiere con la asociación de las subunidades 30S y 50S. Puede provocar una lesión del nervio auditivo (sordera), desarrolla fácilmente resistencia bacteriana y neuropatía periférica y discrasias sanguíneas raras veces se observa.

Kanamicina.- Se usa intramuscular solamente, se da a dosis de 1 a 1.5mg /Kg /día en dos o tres dosis fraccionadas. Actúa del mismo modo que la estreptomina y es ototóxico frecuentemente, en ocasiones presenta nefrotoxicidad y rara vez reacciones alérgicas, neuropatía periférica y discrasias sanguíneas.

Gentamicina.- Es a dosis de 1.5 a 3mg/Kg por vía intramuscular en 4 dosis fraccionadas. Actúa del mismo modo que la estreptomina y puede producir lesión vestibular y sordera; a veces nefrotoxicidad.

Cloramfenicol.- Se da a dosis de 1 a 4 gramos por día en dos a seis dosis fraccionadas por vía bucal, intramuscular o intravenosa. Es un bacteriostático que inhibe la síntesis de proteínas, interfiriendo con la aglomeración de aminoácidos en la síntesis de péptidos, probablemente por efectos sobre el RNA o sobre la formación de enlaces peptídicos. Puede producir en ocasiones anemia ---

Cloramfenicol (cont).- aplásica, trombocitopenia y neutropenia. Puede producir neuropatía óptica y periférica y causar inmunosupresión en dosis clínicas.

Tetraciclinas .- Por vía bucal se da a dosis de 1 a 2 gramos diarios fraccionadas en 4 o 6 dosis, por vía intramuscular se da 1 gramo por día en 4 o 6 dosis fraccionadas. Es un bacteriostático que inhibe la síntesis de proteína bloqueando la transferencia de aminoácidos desde el RNA aminoácido al polipéptido. Inhibe la síntesis enzimática de las bacterias. ( Quelantes eficaces de metales pesados;  $Mg^{++}$  puede ser importante).

Agente catabólico; puede producir aumento del nitrógeno de la urea sanguínea, trastornos gastrointestinales, tiñe los dientes en niños y puede afectar los huesos. Los productos de degradación son nefrotóxicos, reacciones de fotosensibilidad. Causa en ocasiones hepatotoxicidad en dosis excesivas. Son raras las reacciones alérgicas, discrasias sanguíneas, trastornos visuales e interferencias con el metabolismo de las proteínas.

Eritromicina ( familia Macrólidos).- Es a dosis de 1 a 4 g. por día en 4 dosis fraccionadas. Es un bacteriostático que inhibe selectivamente la síntesis de proteína, útil para el tratamiento de formas I y micoplasma. Produce trastornos hepáticos y gastrointestinales y puede desarrollar resistencia durante el tratamiento.

Lincomicina.- Se da a dosis de 1 a 2 gramos por día en 4 dosis fraccionadas por vía bucal; 600mg por vía intramuscular. Es un bacteriostático que inhibe la síntesis de proteína por fijación de las unidades 50S de los ribosomas e inhibe la formación de enlaces peptídicos. Acción similar a la de eritromicina y cloramfenicol.-- Puede provocar trastornos gastrointestinales, diarrea, disfunción hepática alérgica ( un nuevo derivado, clindamicina, produce menos efectos indeseables).

Amfotericina B.- Se dá a dosis de 250mg/Kg/día inicialmente por vía intravenosa. Es un fungistática o fungicida por interacción con las membranas celulares. Muy nefrotóxico, produce fiebre, anemia, síntomas gastrointestinales frecuentes. En ocasiones se obser

evitar la acumulación de sangre a lo largo de las paredes del caquillo y del tubo.

Equipo de esterilización.- Es necesario que los instrumentos y materiales que se van a usar en el acto quirúrgico, estén absolutamente estériles. Entre los métodos completamente eficaces están los que se realizan por medio de autoclave, la esterilización por gas ( bióxido de carbono), y la que se hace a altas temperaturas en calor.

Material.- Muchos artículos que se usan en cirugía bucal pueden adquirirse en forma lista para emplearse, empacados previamente en unidades estériles.

Jeringas y agujas hipodérmicas.- Se pueden adquirir en tres diferentes tipos; La jeringa de cristal, la jeringa desechable de plástico y la de cartucho. ( los cartuchos desechables conteniendo una droga específica).

Las agujas hipodérmicas serán seleccionadas según su longitud, diámetro y bisel. Este bisel puede ser corto o largo; el corto es más útil en el consultorio. Las agujas hipodérmicas pueden comprarse en forma desechable y estéril o para volverse a usar.

Agujas de sutura.- Cada operador debe juzgar por sí mismo si le resulta más económico utilizar agujas a material de sutura, estériles y de paquete, o preparar y esterilizar agujas y material de sutura en el consultorio, la aguja pequeña, semicircular, de borde cortante, es ideal para la mayor parte de la sutura intrabucales.

Material de sutura.- La seda negra trenzada de tamaño tres ceros (000) es bastante satisfactoria en trabajos intrabucales, es suficientemente fuerte, para no romperse al estarse suturando, no es voluminosa y no molesta al paciente, ni los nudos que se hacen con ella, resultan demasiado grandes. El trenzado impide que el hilo se tuerza y se enrede durante el procedimiento de sutura. - La seda negra de sutura de tamaño cuatro ceros o cinco ceros se usa para cerrar algunos tipos de incisiones cutáneas. El número creciente de ceros en el tamaño del material de sutura indica un diámetro decreciente. La fibra trenzada de poliéster, han sido trata

das de modo que puedan usarse como hilos monofilamentosos no absorbibles. Los hilos monofilamentosos de catgut, nylon y acero inoxidable se usan como material de sutura sin trenzar y sin enrollar, que no tiene la propiedad capilar de la seda trenzada.- El catgut es el más irritante, y el catgut crómico (catgut teñido para aumentar su resistencia y aumentar el retardo de su reabsorción), es el menos resistente de los hilos de catgut, es reabsorbible, pero el tiempo necesario para la reabsorción no puede predecirse, generalmente se usan para cerrar los planos más profundos de tejido en heridas quirúrgicas y en laceraciones profundas. Las suturas de catgut se reabsorberán a su tiempo, pero las de seda negra tendrá que quitarse en fecha posterior. Las heridas intrabucales que deben cerrarse por medio de suturas, pero que no serán accesibles al cirujano por un largo periodo, pueden cerrarse mejor con catgut. El material de sutura fino de acero inoxidable, de diámetro cuatro ceros o cinco ceros es el menos irritante de los materiales de sutura monofilamentosos, su desventaja es la rigidez, que puede causar irritación en la cavidad bucal, porque los cabos cortados pueden proyectarse a mejillas y lengua.

Líquidos de irrigación.- La cirugía bucal que incluye exposición y penetración profunda de hueso, requiere un líquido para irrigación, debe ser estéril e isotónica. Una jeringa grande de pera o de 10ml con enchufe de Luer-lock y cánula de plata maleable (Skla No 1015), es adecuada y conveniente para aplicar la solución salina estéril directamente en el extremo del instrumento cortante rotatorio de alta velocidad, o dentro de defectos óseos, o en el surco del colgajo reflejado, para asegurar la irrigación completa del área de trabajo.

Separadores de boca.- El separador de bloque de goma intrabucal de Mc Kesson, pasa totalmente dentro de la cavidad bucal, tiene montado un cordón para control y extracción rápida y fácil, y es más cómodo para el paciente, relaja los maxilares del paciente, no obstruye la visión del operador, no puede morder al operador o asistente, el paciente y no puede haber despla-

zos de instrumentos inadvertidos. Un separador de boca, deberá esterilizarse después de su empleo y mantenerse estéril.

Compresas .- Con frecuencia se usan gasas estériles de 5 por 5cm durante el acto quirúrgico, para retirar pequeñas cantidades de sangre, tienen que ser sin relleno de algodón porque los fragmentos de algodón se adhieren a las membranas mucosas y funcionan como cuerpos extraños dentro de la herida, produciendo complicaciones posoperatorias, como curación retardada y osteítis alveolar localizada. Las compresas deben ser estériles y se pueden utilizar como apósitos hemostáticos. El tamaño de 5 por 5 centímetros es suficientemente pequeño para adoptar la compresa sobre un alveolo vacío. Además, a menudo puede controlarse el sangrado ejerciendo presión digital contra el punto sangrante.

Instrumentos.- Los instrumentos necesarios varían grandemente, dependiendo de la operación que se intente realizar. Hay muchas variantes de todos los tipos de instrumentos y los dentistas los usan de acuerdo a su preferencia. El número que el dentista necesite de cada uno de ellos dependerá de la amplitud de su práctica. Aquí mostramos una lista mínima de instrumentos:

- a).- Aspirador de mano.
- b).- Boquilla aspiradora.
- c).- Bisturí (mango Bard - Parker No 3).
- d).- Hojas de bisturí (Bard- Parker tipo No 15, 11 y 12).
- e).- Tijeras (tipo DEAN, rectas o en ángulo).
- f).- Pinzas gubia (clásicas o tipo Blumenthal).
- g).- Lima de hueso (de dos puntas Hu Friedy No 25).  
Lima de joyero Nos. 12 y 11.
- h).- Periostótomo (elevador de periostio Molt No 9).
- i).- Espátula de cera No 7.
- j).- Retractor de tejido No 23.
- k).- Jeringa ( tipo Carpulie).
- l).- Fresas quirúrgicas ( de bola y de fisura).
- ll).- Pinzas de extracción (superiores universales No 150 inferiores universales No 151 y cuerno de vaca No23).

instrumentos mínimo necesarios continua :

- m).- Elevadores ( recto No 1 y 80 Hu Friedy y de Cryer No44).
- n).- Punzones para puntas de raíces ( Heidbrink No 2 y 3 ).
- o).- Curetas ( doble punta, quirúrgica clásica de Miller  
Nos. 10, 11, y 12 Hu Friedy y de torno No 5 y 6 ).
- p).- Porta agujas ( Gardner, de 12.5 o de 15cm).
- q).- Pinzas hemostáticas y de mosquito tanto curvas como  
rectas.

b).- Premedicación y anestesia.

El uso responsable de las drogas y los agentes anestésicos es una condición de la buena odontología, el dentista no puede conformarse con aprender cómo proporcionar una terapéutica de drogas adecuadas y aceptables y creer que lo único que necesita es recordar esto. La farmacología cambia más rápidamente que todos los campos de importancia para el dentista; se presentan continuamente drogas más usadas y se descubren nuevos reportes acerca de las antiguas. Aquí se expondrán solamente drogas convencionales más usadas en los procedimientos quirúrgicos bucales y los anestésicos locales y generales se mostrará una lista de cuatro grupos de anestésicos

Premedicación.- Los medicamentos que se necesitan en el periodo preoperatorio, al operar y durante el periodo posoperatorio serán de acuerdo al problema que se va a manejar, la exploración física, historia clínica y la valoración del tipo de la lesión. Algunos pacientes, pueden estar recibiendo tratamiento específico para combatir sus enfermedades o su conjunto de enfermedades. Debe investigarse el origen, nombre o cualquier efecto antagonista o sinérgico entre las drogas que el paciente este tomando y las que podría necesitar durante el tratamiento del problema bucal, se debe de estar enterado del método de desintoxicación y eliminación de las drogas que se administran y conocer sus manifestaciones de toxicidad. Los pacientes que reciben tratamiento para diabetes, hipotiroidismo o algunas enfermedades de la colágena, deben ser valoradas cuidadosamente y consultar con el médico general que atiende al paciente; para presentar y explicar al médico general el plan a seguir en la atención dental que se necesite. El médico general apreciará en la atención que se le informe acerca de la duración del acto quirúrgico, las características del tratamiento que se llevará a cabo, y de los tipos de medicamentos que se necesitarán durante el tratamiento.

A continuación damos algunos medicamentos que es necesario conocerlos:



**Analgésicos-** Aspirina.- Es una droga analgésica más común y probablemente la más recetada, no deprime la función cortical cerebral, su dosis es de 325mg en niños de 5 a 10 años de edad y de 650mg para personas de más de 10 años, es igual a una y a dos tabletas habituales de aspirina (32 a 35 mg).

Propoxifeno .- ( Darvón) es un analgésico más potente, eleva el umbral de dolor del paciente, es de 32 a 65mg.

Etoheptacina (citrate de Zactana) es a dosis de 100mg.

Pentazocina ( Talwin), es de 50mg.- estas dos drogas no -- crean adicción y, según algunos autores, puedan acrecentar su acción, asociando a su administración 325 a 650mg de aspirina.

**Narcóticos .-** Codeína .- Es la más usada, se administrará-- en dosis de 30 a 60mg. Puede darse en combinación con 325 a 650mg. de aspirina, y así controlar los dolores de origen dental menos -- agudo y graves, provoca náuseas y se deberá determinar antes de re cetar la droga.

.- Clorhidrato de alfaprodina.- (clorhidrato de nisentil), se administrará en forma subcutánea o intramuscular, pero puede hacerse por inyección intrabucal, en el vestibulo de la - boca, en el área de los repliegues mucobucuales de los maxilares. La dosis habitual es de 0.6 mg/Kg de peso corporal, su eficacia aumenta tomando una cucharada sopera ( 19mg aprox.) de jarabe de prometacina (fenergán) por vía bucal, es eficaz en niños y su efecto es rápido si se administra en ayunas.

.- Meperidina (demerol).- Es más potente que la codeína y se administrará por vía bucal, intramuscular o intraveno sa a dosis de 100mg. Esta droga crea adicción, y puede provocar -- náuseas y vómito.

.- Morfina.- Es el más potente y se administrará en forma subcutánea a la dosis de 10mg. No existe ninguna presentación satisfactoria que pueda administrarse por vía bucal y, cuando el paciente no pueda recibir inyecciones, se substituye por meperi dina, está droga crea adicción y puede provocar náuseas y vómito.

Clorhidrato de nalorfina (clorhidrato de nallina) y el Tartrato de Levalorfán (Lorfán).- Son antagonistas narcóticos. Debe consultarse el instructivo que acompaña a la presentación farmacológica, cuando se emplean drogas narcóticas en el consultorio como parte del tratamiento conjunto para control del dolor, se debe tener a disposición inmediata de estos antagonistas narcóticos.

Hipnóticos .- El Fenobarbital.- Es un barbitúrico de acción prolongada. A menudo se receta a dosis superiores de 100mg como medicación previa al acostarse, para ayudarlos a conciliar el sueño.

.- Pentobarbital sódico (Nembutal).- Puede tomarse por vía bucal o intravenosa. La dosis varía de 50 a 100mg, su eficacia aumenta si el paciente está tomando ansiolíticos, anti-histamínicos o alcohol, la sobredosificación de esta droga implica la posibilidad de depresión respiratoria.

.- Hidrato de cloral .- Es un excelente hipnótico para pacientes de edad, en los que su acción es breve, pero muy eficaz. Es irritante para el estómago y por esta razón no se deberá usar en pacientes con úlcera. Este fármaco no causa depresión respiratoria.

.- El Paraldehído.- Es un hipnótico sedante, no posee ninguna cualidad depresora, motora o respiratoria, su gran desventaja es su penetrante olor que algunas personas encuentran de mal gusto, su efecto depresor del sistema nervioso central es muy semejante al del alcohol étílico.

Tranquilizantes.- (agentes ansiolíticos), se emplean en forma poco frecuente en odontología y, por lo tanto, si están indicados, deberán revisarse sus características en un texto de farmacología.

Los del grupo de Fenotiacina producen síntomas extrapiramidales que puedan manifestarse con espasmos de músculos de la cara o de la masticación. El clorhidrato de hidroxicina (Atarax, Vistaril), posee propiedades antihistamínicas tanto como sedantes y -- atropínicas, estas últimas varían en grados, en diversos antinisi-

tamínicos y se ha sugerido su empleo para sedación preoperatoria cuando están contraindicadas otros tipos de analgésicos o hipnóticos.

**Antibióticos.**- La premedicación con antibióticos está reservada para pacientes con enfermedades generalizadas que podría complicarse por bacteremia resultante del acto quirúrgico. Estas drogas pueden causar complicaciones, que varían desde manifestación alérgica simple (urticaria y dermatitis) hasta la complicación más grave que es el choque anafiláctico. (los antibióticos y sus nombres en especial ya fueron observados en un tema aparte).

Es necesario revisar periódicamente la farmacología de las drogas que se usan en odontología, para estar al tanto de los nuevos usos, presentaciones médicas y de los efectos colaterales más recientemente comunicados.

**Anestésia.**- Aquí como ya hemos dicho mostraremos una lista de cuatro grupos de anestésicos locales:

Esteres del ácido paraaminobenzoico	Eutetamina ( Monocaína ).
	2 - Cloroprocaina ( Nesacaína ).
	Procaina ( Novocaína ).
	Propoxicaína ( Ravocaína ).
Esteres del ácido metaaminobenzoico	Tetracaína ( Pontocaína ).
	Metabutetamina ( Una caína ).
	Metabutoxicaína ( Primacaína ).
	Isobucaína ( Kincaína ).
Derivados del ácido benzoico	Meprilcaína ( Oracaína ).
	Piperocaína ( Meticaína ).
	Lidocaína ( Xilocaína ).
Derivados anilínicos no estearícos ( amidas )	Mepivacaína ( Carbocaína ).
	Pirrocaína ( Dinacaína ).

La anestésia adecuada es importante para el éxito de todo procedimiento quirúrgico. Un trabajo reciente de Knapp, D.E., y Mejjie S. (Role of protein synthesis in recovery from local anesthetic induced conduction blockade. Page 189-194 No 1969) sugiere-

que los anestésicos locales puedan retardar la síntesis de las proteínas y, por lo tanto, hay posiblemente un factor que demora en la reparación y permite la invasión de bacterias.

La anestésia local se obtiene mediante el empleo de técnicas que producen bloques de áreas extensas, en oposición a las técnicas de infiltración múltiple, la técnica de bloques proporciona una anestésia más profunda y más diseminada, con menos volumen de solución y menos lesión de tejidos inyectados. Para aumentar la firmeza de los tejidos y reducir la cantidad de sangre dentro de esa área, por compresión del lecho capilar producida por el volumen de la solución anestésica que se estila, se emplearán técnicas de infiltración.

La lidocaína es probablemente el agente anestésico que más frecuentemente se utiliza en odontología. Es ligeramente más tóxica que la procaína a igual concentración, esto representa un problema pequeño para el dentista, porque la dosis tóxica de la lidocaína se encuentra entre 400 y 500mg. Y un cartucho de solución anestésica que contenga 1.8ml de una concentración al 2% tendrá, por lo tanto, 36mg de lidocaína. Según esto, se tendrá, que inyectar poco más de 11 cartuchos de solución anestésica para llegar a la dosis tóxica y rara vez se administrará en procedimientos quirúrgicos esta cantidad de solución.

A veces, es problemático obtener una buena anestésia local, esto puede ser por dificultades en la inyección, asociadas a anomalías subsecuentes a traumatismos o a la destoxificación rápida de la solución anestésica en algunos individuos.

El dentista que se enfrente a problemas asociados con la administración de anestésicos locales, debería revisar cuidadosamente su técnica y la anatomía del área antes de llegar a la conclusión, de que algunos factores poco comunes que se describieron puede ser la causa de sus dificultades.

ANESTESIA GENERAL.- Ocasionalmente la alergia a los anestésicos locales, la inestabilidad emocional o la extensión del acto quirúrgico pueden hacer necesario el empleo de un anestésico general,

más que el de un local, será necesario enviar al paciente a un cirujano bucal, que es el especialista y recibió estudios de anestesia general y tiene experiencia sistemática, o solicitar la cooperación de un anestésista.

**c.- Interpretación radiográfica.**

La interpretación radiográfica de la práctica dental, tiene que ver con lesiones o anomalías de los maxilares. Así, de todas las lesiones de las cuales se toma biopsia en el consultorio, más del 33% son de los maxilares.

Una mayoría de lesiones de los maxilares se producen de ellos, es decir, dentro de las tablas corticales interna y externa, y se dedominan centrales por su localización. Algunas sin embargo, se producen en la superficie perióstica y llevan el nombre de periféricas o periósticas. En todos los casos, la gran variedad de la patología que hay en los maxilares, desde el punto de vista radiográfico, sólo se observa de tres formas:

- 1.- Lesiones que pueden ser radiolúcidas.
- 2.- Lesiones que se ven radiopacas.
- 3.- Lesiones que se ven parcialmente radiolúcidas, y parcialmente radiopaca ( mixtas ).

Hay que destacar que el grupo radiolúcido es mucho más frecuente que los otros dos. Se calcula que el 92% de las lesiones se presentan como radiolúcidas, el 7% son radiopacas, y sólo alrededor del 1% son mixtas.

En la interpretación radiográfica de las lesiones de los maxilares, se tienen en mente los siguientes principios generales :

**I.- Antes de establecer un diagnóstico, hay que verificar la vitalidad de los dientes de la zona de lesión.**

**II.- Es preciso tener en cuenta que si un diente resulta " sin vitalidad " con los exámenes de vitalidad comunes, el tejido pulpar no necesariamente está necrotico, puede haberse dañado la inervación del diente y el tejido pulpar está vivo y su irrigación es normal, salvo que el diente tenga lesiones periapica**

les o síntomas de necrosis pulpar, no hay que emprender de inmediato el tratamiento endodóntico.

III.- La localización, duración y tamaño de la lesión, así como la edad y sexo del paciente, tienen gran significado para el diagnóstico (el quiste traumático es más común en pacientes jóvenes).

IV.- La presencia de síntomas neurológicos tales como la parestesia, el dolor o la parálisis señalan que la lesión es traumática maligna.

V.- La destrucción de la tabla cortical ósea suele indicar que la lesión es de crecimiento rápido. Esas lesiones son malignas o bien representan enfermedades inflamatorias agudas.

VI.- La "expansión" de la tabla cortical ósea, sin destrucción, está generalmente asociada con lesiones de crecimiento lento, tal procedimiento indica que el crecimiento óseo compensatorio y es proporcional al crecimiento del proceso patológico del maxilar. (esto ocurre en muchas lesiones de los maxilares, como los quistes o tumores odontogénicos y quistes no odontogénicos).

VII.- En el diagnóstico de lesiones radiolúcidas de los maxilares, la aspiración es un complemento diagnóstico valioso así la aspiración de una zona radiolúcida de los maxilares significa que la lesión es quística, si se aspira el líquido de la lesión, mientras que la ausencia de líquido, significaría que se trata de un tumor sólido de algún tipo.

VIII.- La presencia de síntomas sistémicos o lesiones o su ausencia, en otras zonas del esqueleto, suele ser importante para el diagnóstico de la lesión.

IX.- La reabsorción de raíces asociadas con una lesión suele significar que el crecimiento del tejido conectivo es lento. Hay, sin embargo, excepciones a la regla, y las lesiones epiteliales, incluso quistes, así como lesiones de crecimiento rápido como los tumores malignos pueden producir reabsorción radicular.

X.- El aflojamiento de los dientes de la zona de le--

sión, indica crecimiento rápido.

XI.- La migración de los dientes se produce en lesiones de crecimiento lento.

XII.- Una radiolucidez que rodea completamente las raíces de los dientes indica crecimiento rápido (carcinoma-invasor de hueso, osteomielitis, absceso y granuloma eosinófilo).

XIII.- La radiografía que revela una lesión con bordes nítidos, indica que el crecimiento es lento, y el borde impreciso e irregular significa que la lesión es infiltrativa y de crecimiento rápido. Las lesiones de crecimiento lento destruyen completamente el hueso de la zona y ocupa un espacio, por eso su límite están bien definido.

XIV.- Toda vez que la localización, los bordes u otra característica de una lesión no se destaca con nitidez en una radiografía o cuando los aspectos clínicos no coinciden con el aspecto radiográfico, hay que tomar en cuenta y estudiar otras radiografías con diferentes angulaciones.

XV.- Las lesiones pueden ser mayores o menores que su tamaño radiográfico. Así un quiste radicular casi siempre ocupa sólo una parte de la sombra radiolúcida que aparece en la radiografía. En el resto de la zona está rellena de tejido de granulación.

XVI.- En el hombre hay tres tipos de tejido óseo: maduro, inmaduro y fasciculado.

El tejido óseo maduro se encuentra en el esqueleto normal del adulto y la mayor parte de los huesos después del primer año de vida, este hueso es radiopaco.

El hueso inmaduro es el que se encuentra en el feto y está presente hasta el primer año de vida. En el adulto aparece en zonas de reparación ósea (extracciones, en cicatrizaciones, o fracturas óseas en vías de reparación).

El tejido óseo fasciculado es el que existe en las zonas del esqueleto que dan inserción a los ligamentos y tendones, y contiene una mayor cantidad de sales de calcio por unidad

de superficie que el hueso maduro. Este es más radiopaco que el hueso maduro. En los maxilares, la lámina dura está compuesta de este tipo de tejido óseo.

CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE IMAGENES RADIOLUCIDAS  
EN LA LÍNEA MEDIA DEL MAXILAR.

Localización	Aspectos radiológicos y clínicos	Diagnóstico
Vestíbulo de la zona lateral y canino.	En todos los dientes vitales hay radiolucidez sólo si este quiste de tejido blando reabsorbe hueso desde el lado periodontal; alrededor del 3% de las imágenes radiolúcidas de la línea media.	Quiste nasolabial o quiste nasoalveolar.
Entre el canino y el incisivo lateral.	Dientes vitales; imagen con forma de "bota invertida" alrededor del 21% de las imágenes radiolúcidas de la línea media.	Quiste globulomaxilar.
Entre incisivos centrales.	Dientes vitales; lesiones - cuya forma no es acorazonada; la papila y el conducto incisivos no están afectadas.	Quiste alveolar de la línea media.
Entre incisivos centrales (zona del conducto incisivo)	Imagen radiolúcida acorazonada; dientes vitales; imagen radiolúcidas más comunes de la línea media del maxilar comprende alrededor del 66% de esas lesiones.	Quiste del conducto incisivo o quiste de la papila incisiva (quiste nasopalatino).
Por detrás de la papila incisiva.	Hinchazón y zona radiolúcida en la línea media del paladar duro; sólo alrededor del 9% de las lesiones de la línea media.	Quiste palatino de la línea media.



B.- TÉCNICAS QUIRÚRGICAS.

a).- ASPECTOS GENERALES.- LA naturaleza del método quirúrgico depende de la localización y extensión de la zona de la lesión, la anestésia y una buena técnica quirúrgica es la base de toda buena intervención quirúrgica, en las intervenciones quirúrgicas de los quistes, empleamos sistemáticamente la anestésia regional; solución de novocaína al 2% realizada a la altura de la espina de Spix en los problemas inferiores y en superiores se inyectará en la región anterior en el nervio infraorbitario y los demás con anestésia local en el sitio de lesión.

El acceso al quiste tiene que lograrse cortando y elevando un colgajo de mucoperiostio, y la intervención de los quistes --- cualquiera que sea su volumen, tamaño y situación, el colgajo debe de hacerse siempre por vía vestibular, esta región es la de mayores éxitos operatorios, todas las demás vías de acceso son insuficientes, peligrosas y antiquirúrgicas.

El acceso por las vías alveolar o palatina, ensayadas con fines terapéuticos en el maxilar superior, además de los inconvenientes que presentan para la intervención, dan posteriormente retracciones, cicatrices en la arcada alveolar, las cuales resultan insuficiente y dolorosa para el paciente y retarda su curación definitiva.

B.- ENUCLEACION TÉCNICA.- Es una de las más usadas frecuentemente en el tratamiento de los quistes y se empieza de esta manera: Se hará una incisión en el borde alveolar, en forma semilunar, alrededor de la lesión, y se levanta un colgajo mucoperiostio grande, para limitar la cavidad quística se harán perforaciones con fresas para hueso a través de la pared cortical. El cincel para hueso también puede utilizarse, o bien el alveolótomo si la perforación en el hueso es lo suficientemente grande para penetrar en ella, se retira el hueso para poder observar la porción anterior de la pared quística, con una cureta, su parte posterior se separa la pared quística de los lados de la cavidad ósea, esta liberación se realiza haciendo tracción sobre la pared

quísticas con pinzas para tejido, y separando con cureta la porción profunda. En los dientes devitalizados se hace endodoncia, apicectomia o extracción. Si los dientes permanecen en la boca se coloca una gasa en la cavidad, que se pueda retirar a través de una incisión en el colgajo, cuando se utiliza un apósito de gasa es bastante segura la gasa yodoformada de 1.5 a 2.5cm y se quitara, al quinto ó septimo dia despues de la operación.

Se sutura la herida, el material que se utiliza es la seda-- negra de tres ceros y los puntos de sutura deben de distar entre-- si con una medida de medio a un centímetro, la sutura debe descansar sobre base ósea firme.

c).- MARZUPIALIZACION O TECNICA DE PARTSCH.- 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. Las indicaciones para está técnica, incluye los estados en los tejidos vitales adyacentes, como-- los dientes, pueden ser atacados si el contenido del quiste es completamente enucleado y si hay peligro de llegar a los senos nasales adyacentes o evitar un gran defecto óseo.

La técnica consiste, en resumen, en practicar una incisión-- que nos permita abordarlo, la osteotomía de la porción ósea que lo cubre y apertura y vaciamiento del quiste, conservando su hemisferio interno. Por este procedimiento, el quiste se aplana y en un-- tiempo variable desaparece.

METODO CONSERVADOR.- (PARTSCH I 1892).- Es tan indicada en quistes de gran tamaño, en los cuales la enucleación de la bolsa, traería aparejados trastornos por parte del hueso ( hemorragias, fracturas, apertura del seno maxilar), y por parte de los -- dientes ( lesión de la pulpa de dientes vecinos). Las ventajas de está técnica son: sencillez de su ejecución; buena visualización-- de la cavidad; la superficie ósea queda cubierta en toda su extensión por epitelio; se evita la infección ósea y lesión de los dientes vecinos porque se conserva la bolsa quística.

Las ventajas que se tienen en cuenta son: es que el epitelio quístico es un elemento patológico que debe ser eliminado, porque puede sufrir transformaciones adamantinas o tumorales o recidivar bajo la forma de un quiste; por otra parte, la integridad histológica de la membrana quística no es siempre absoluta. En muchos casos el quiste esta infectado y la membrana degenerada y de ser así su conservación es problemática, la cavidad artificial creada permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales y su putrefacción con los inconvenientes comprensibles.

Esta técnica se divide en varios tiempos quirúrgicos que son los siguientes :

- 1.- Incisión.
- 2.- Desprendimiento de colgajo.
- 3.- Osteotomía.
- 4.- Tratamiento de la bolsa quística.
- 5.- Tratamiento del diente causante.
- 6.- Tratamiento de las cavidades vecinas.
- 7.- Tratamiento postoperatorio.

que a continuación explicaremos cada uno de estos tiempos.

1.- Incisión.- Esta se traza siguiendo los límites de la proyección del quiste sobre la cara vestibular, debe ser circular, mayor que el diámetro horizontal del quiste, pues si el quiste no es abierto ampliamente; el aplanamiento del mismo no se produce, siendo posible la recidiva del proceso, la incisión debe llegar en profundidad hasta el hueso, cortando encia y periostio.- Si el quiste se ha exteriorizado por desaparición de la tabla ósea externa y la bolsa quística esta en íntimo contacto con el periostio, tener la precaución de no abrir extemporáneamente el quiste, porque después la separación y desprendimiento de la bolsa quística y del periostio no es muy simple por la dificultad de individualizar la pared quística.

2.- Desprendimiento del colgajo.- Se realiza con una legra pequeña o con una espátula roma. Se toma el labio superior de fibromucosa incidida con una pinza de disección, para faci

litar la separación del colgajo de su base ósea o de la bolsa quística. Se inicia la maniobra desde el centro del arco; la pinza se sostiene con la mano izquierda y la legra con la mano derecha; con movimientos suaves se separa el colgajo, tratando de no herir la bolsa quística, el labio del paciente debe ser levantado con un separador de Farabeuf por el ayudante; para que no moleste en el curso del acto quirúrgico.

El colgajo debe levantarse hasta los límites superiores del quiste, prefijado por la radiografía, en casos de desaparecer el tejido óseo, el colgajo debe ser separado hasta encontrar hueso sano, el hueso, muy paniráceo o delgado puede fracturarse o necrosarse y al actuar como cuerpo extraño, engendra supuraciones que exigen una nueva operación, para eliminar el sequestro.

3.- Osteotomía.- Puede hacerse con diversos instrumentos de acuerdo al grado de destrucción de la osteoestructura, si esta muy delgada, puede seccionarse con bisturí, cuando el tejido óseo esta ligeramente destruido, la enucleación es con pinzas gubia, y si el hueso es firme y sólido, debe practicarse la osteotomía con escoplo o fresa. El escoplo es sostenido con la mano izquierda y golpeando con el martillo que se sostiene con la mano derecha. Las fresas es menos traumatizante que el escoplo, se usa fresas redondas No 4 o 6 y se practican orificios coincidentes con el diámetro del quiste. La tana ósea se extrae con pinza gubia o con el escoplo, ya que en presencia de la bolsa quística, esta se toma con una pinza de Kocher, y con el bisturí se abre ampliamente en toda la extensión del quiste, se vacía su contenido y se lava en su interior con suero fisiológico, es importante el empleo de una solución isotónica al plasma celular, para no producir lesiones en el epitelio quístico. Varios autores practican tocamientos en el interior de la bolsa quística con alcohol, yodo y otros medicamentos, que juzgamos dañinos para el epitelio quístico. Si el epitelio se desprende de su inserción ósea, se le vuelve a adosar con una torunda o gasa " pues no es muy exigente en sus condiciones de vida " Wassmund.

Algunos autores suturan el tejido gingival a la periferia -- de la bolsa quística; no es necesario la adherencia de ambas entidades, se produce con facilidad, siempre que no exista tejido óseo entre ellas.

4.- Tratamiento de la bolsa quística.- Varios autores, fabrican un tapón de Stens, con el cual obturan la cavidad y -- que debe ser retirado por la noche, para que actúe la presión negativa del aire bucal. Este tapón puede también construirse de caucho (no tengo práctica en esto). En caso de preferirse el taponamiento de la cavidad, se usa gasa yodoformada vaselinada que no se adhiere a los tejidos y es fácilmente removida; esto se empaca en la cavidad para que haga presión contra cualquier punto que muestre tendencia al sangrado y se quita, ya sea parcialmente o totalmente, al quinto o séptimo día después de la operación, es mejor -- aflojar el apósito gradualmente y quitarlo en secciones en un periodo de 10 a 12 días.

Vários autores utilizan apósitos en sustitución de la gasa -- a productos resorbibles de celulosa como Gelform, Surgical, astillas de hueso ( conservado, congelado y deshidratado en los bancos óseos), yeso de paris y otros sustitutos inorganicos ( los autores reportan resultados favorables en sus casos clínicos).

La cantidad de gasa que se necesite para la obturación de la cavidad quística, debe estar en proporción con el volumen de la cavidad y evitar el taponamiento a presión. El colgajo gingival se -- introduce dentro de la cavidad, donde quedará mantenida por la gasa.

5.- Tratamiento del diente causante.- Este no puede ser conservado, sin el peligro de recidiva y son dos los caminos a seguir: la apiceptomía, o su extracción. Si se opta por la extracción es preferible realizarse algunos días antes de la operación, -- tratando de no fracturar el hueso alveolar por las consecuencias -- estéticas y funcionales que puedan acarrear. Con la extracción -- precoz del diente puede abrirse el quiste. Por lo tanto, la extracción esta condicionada por el estado del maxilar observable en la-

radiografía y el criterio del cirujano que está a cargo del acto-- quirúrgico.

6.- Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos.- Con el método conservador no hay que temer por la integridad del-- seno maxilar, ni de las bolsas nasales (fosas nasales). La membra-- na quística actúa como barrera de seguridad que defiende estos ór-- ganos. Si el hueso separador no existe, (la bolsa quística y mem-- brana sinusal o nasal esta en contacto íntimo en un diámetro mayor a lo) hay que comunicar ampliamente al quiste con el órgano veci-- no de que se trate y suturar la incisión en arco.

Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivo-- del quiste han de ser conservados durante un tiempo prudente, para no fracturar la porción alveolar que resultan molestos estética y-- funcionalmente.

7.- Tratamiento postoperatorio.- Este consiste en -- los sucesivos cambios de gasa yodoformada y lavado de la cavidad-- bucal y quística con suero fisiológico o con solución alcohólica-- de fenol alcanforado. Este tratamiento es largo y molesto, es uno-- de los inconvenientes de este método. Después de una vigilancia de 20 a 30 días por parte del profesional, se deja la cavidad abierta el paciente debe encargarse del cuidado de su cavidad, prácticamen-- te, practicándose, él mismo lavados con una jeringa apropiada.

#### 6).- METODO RADICAL DE PARTSCH ( PARTSCH II 1910).

El método radical, consiste en la completa enucleación de la-- bolsa quística, la cavidad ósea que la aloja quedá vacía y el meca-- nismo de relleno se hace, según las derivaciones que se dan al mé-- todo en cuestión, estas derivaciones, de las cuales depende la re-- generación ósea son :

I.- Método de Partsch II, con sutura.

II.- Método de Partsch II, sin sutura

En el primero, la cavidad ósea se llena de sangre, y , la -- organización del coágulo depende la osificación, y , en el método -- sin sutura, la cavidad ósea se tapan lentamente de epitelio por-

un mecanismo análogo, por el cual se aplana el quiste en el método de **Partsch I**, tiene lugar la regeneración de las cavidades patológicas creadas por el proceso.

a).- Método radical, con sutura.- Las indicaciones son las siguientes: En todos los quistes dentígeros y radiculares de un diámetro no mayor de 3cm. ( para quistes mayores la operación debe terminarse con taponamiento). El peligro del método radical, con sutura reside en que el coágulo puede infectarse y supurar, con todas las secuelas que una infección trae consigo, esto puede evitarse dando al acto quirúrgico todas las seguridades de asepsia -- que exige una intervención y que sean factibles de aplicar en la cavidad oral. La obturación de las cavidades quísticas con sustancias hemostáticas, antisépticas y obturadores, salvo las inconvenientes de la infección y retracción del coágulo.

El método sólo puede aplicarse en los quistes estériles. Los quistes infectados deben operarse por el método abierto. La indicación será dada al apreciar las condiciones de la bolsa y de su contenido.

El método o técnica consta de los siguientes tiempos, cuya sincronización y orden son necesarios para llevar al buen término nuestra intervención :

- 1.- Incisión.
- 2.- Desprendimiento de colgajo y su confección (tejido gingival).
- 3.- Trepanación ósea.
- 4.- Enucleación de la bolsa quística.
- 5.- Tratamiento de las cavidades vecinas.
- 6.- Tratamiento del diente causante.
- 7.- Tratamiento de la cavidad ósea.
- 8.- Sutura.
- 9.- Tratamiento postoperatorio.

Con un examen radiográfico exacto, nos dará la ubicación y -- extensión del proceso y con la preparación del enfermo, iniciamos nuestra sesión quirúrgica. Imaginaremos que el quiste tipo está si

tudo en el maxilar superior en un período de exteriorización. Esto lo haremos para un mejor entendimiento de la explicación:

1.- Incisión.- En la región vestibular, a la altura de los--ápices dentarios, efectuaremos un corte del tejido gingival, debe--abarcarse una extensión mayor que los límites del quiste o lesión y--debe de llegar hasta tejido óseo en profundidad, para no lesionar--con el bisturí la bolsa quística en caso de que el tejido óseo se--encuentre adelgazado, se tomarán las precauciones debidas en este--tiempo operatorio. El ayudante seca el campo operatorio con gasa y se toman luego los bordes de la herida con pinzas de Kocher, pasan--do al segundo tiempo.

2.- Desprendimiento del colgajo y su confección (tejido gin--gival).- Con una espátula de bordes romos, con leguas, o con un pe--riostotomo, se separa con especial cuidado el tejido gingival de--su inserción en el hueso, abarcando un límite mayor que la exten--sión de la lesión, porque sólo así tendremos un acceso fácil a la--bolsa quística. En caso de que el tejido óseo cubra el sitio de le--sión se encuentra destruido por la invasión del quiste, el despren--dimiento del tejido gingival debe realizarse hasta encontrar teji--do óseo sano y sólido. Es una maniobra delicada de estos tejidos--este tiempo.

Cuando el quiste es supurado (período crónico), estas adhe--rencias son mayores, siendo necesario en estas situaciones, para--desprender el tejido gingival, utilizar la punta y borde romo del--bisturí o con tijera. Se precede luego a retirar las pinzas de Ko--cher y sostener los colgajos obtenidos, usando un par de separado--res de Farabeuf, que el ayudante sostiene.

3.- Trepanación ósea.- Aquí nos encontramos con dos situacio--nes distintas, o bien el tejido óseo está sano, con o sin modifica--ción de sus límites, abombamiento de la tabla externa por ejemplo o se encuentra destruido y en este caso la fibromucosa está direc--tamente en contacto íntimo con la vaina conjuntiva de la lesión --quística.

De acuerdo con esta disposición, serán dos las maneras de ac



tuar en el primer caso, para llegar al tumor quístico será necesario trepanar el tejido óseo, esta osteotomía se realiza por medio de escoplo, martillos y pinzas gubias, ( escoplo de media caña de Simal y los mastoideos) se fabrica una ventana en la tabla externa, luego, con pinzas gubias o las de Lombard, se aumenta los diámetros de la abertura ósea, cuya extensión debe ser igual o mayor que los límites de la zona de la lesión.

En el segundo caso, será suficiente agrandar, la abertura patológica creada por el proceso. Así tendremos una amplia visión del contenido óseo.

Se nos presentará, despues a la osteotomía, la bolsa quística con su color azulado rojizo característico, de brillo anacarado y de consistencia variable, según la presión del líquido quístico.

4.- Enucleación de la bolsa quística.- Se procederá a vaciar la bolsa quística antes de hacer su enucleación, sobre todo en los quistes grandes. Esto tiene por objeto disminuir el volumen del tumor, reduciendolo a su menor expresión, e impedir el vaciamiento del contenido quístico en la boca del paciente, esto se hace punzando la bolsa quística con una aguja del calibre mediano y haciendo la succión del contenido quístico con una jeringa de vidrio.

Después de vaciado el quiste, seccionamos su pared con un bisturí o tijeras y se practicará la limpieza del contenido quístico con gasa, o con el aspirador, estando todo listo para practicar la enucleación de la bolsa quística. Aquí tomaremos los bordes de la incisión de la bolsa quística con pinzas de Kocher o de Chaput (dos para cada borde); sosteniendo las cuatro pinzas esgrinadas con nuestra mano izquierda, se tiene un perfecto dominio de la lesión.

Con la mano derecha se toma la espátula de bordes romos y se realiza el desprendimiento de la lesión del alojamiento óseo.

La enucleación de la bolsa quística se realiza siguiendo los límites superiores, para dedicarnos en seguida, a la porción inferior del quiste, así conseguiremos desprender en su totalidad la membrana quística, quedando adherida nasa más su inserción al cuello del diente productor de la lesión. ( Colliere Kustique como--

la llama Maurel). Esta "golilla quística" debe ser enucleada siguiendo varias vías, raspando de la misma por vía alveolar, después de extraído el diente causante, extraída en su totalidad la bolsa quística se practicará la hemostasis de la cavidad ósea, con gasa, se procederá a pincelar luego la cavidad ósea con agua oxigenada y se efectuarán toques con una solución de cloruro de zinc al 10% con el objeto de eliminar todos los restos quirúrgicos.

5.- Tratamiento de las cavidades vecinas.- En el caso que un quiste invada las cavidades vecinas, seno maxilar o fosas nasales, bóveda palatina por ejemplo, se realizará el tratamiento de ellas.

La relación variable del quiste con estas cavidades y regiones hace que el tratamiento de estos tumores deban contemplarse ciertas reglas y normas particulares con objeto de mantener la integridad anatómica y funcional del órgano vecino y realizar con éxito los fines de la intervención; la eliminación del quiste como entidad patológica.

6.- Tratamiento del diente causante.- Dos son las conductas a seguir, teniendo ambas la misma finalidad la de supresión del foco séptico. Estas conductas son: la extracción del diente causante la cual se efectuará de inmediato a la enucleación de la bolsa quística o la resección quirúrgica de su ápice.

7.- Tratamiento de la cavidad ósea.- Si la cavidad ósea la encontramos vacía se provocará una hemorragia ligera en las partes blandas vecinas, raspando con cucharillas; así se llenará de sangre la cavidad, y se espolveará la cavidad con yodoformo o sustancias desinfectantes. Algunos autores los llenan de parafina, plasma sanguíneo, polvos de sulfamida, oxycel de Parke Davis, del tamaño aproximado a la cavidad a obturarse y se desciende el colgajo y se sutura.

8.- Sutura.- En este paso, este método está indicado en los quistes que son de tamaño chicos y medianos (3cm. ya señalado), el material de sutura es el hilo común de lino, la seda negra o nylon, los puntos deben medir entre sí de medio a un centímetro y -

descansar sobre base ósea firme, por eso la incisión debe preveer, en lo posible, esta ubicación. Los puntos se retiran al sexto u -- octavo día.

9.- Tratamiento postoperatorio.- El enfermo guarda cama el día de la operación por lo menos; debe permanecer semisentado, descansando con varias almohadas colocadas detrás de la cabeza.

El tratamiento de los quistes del maxilar inferior es igual, con ligeras variantes, sean estos paradentarios o dentíferos.

b).- Metodo de Partsch II sin sutura (obturando la cavidad ósea con distintos materiales.- La operación sigue en todos los principios señalados para el método con sutura. Los tiempos son los mismos, con la única variación localizada en los tiempos séptimo y octavo. Aquí los explicaremos.

7.- Tratamiento de la cavidad ósea.- Obturación de la cavidad ósea con materiales extraños al organismo. Terminada la enucleación de la bolsa quística y alisado los bordes óseos, se lava la cavidad ósea con suero fisiológico y agua oxigenada, se seca con gasa simple. Aquí aconsejaremos el tocamiento de las paredes óseas con cloruro de zinc al 10%.

El labio superior del colgajo (labio inferior de ser en la mandíbula), se introduce dentro de la cavidad ósea y sobre él se rellena la cavidad una gasa de obturación ( así se prevee la producción de una hemorragia ósea). Está hemorragia puede presentarse después de la intervención, cuando el efecto de la adrenalina del anestésico ha desaparecido, se evitará cualquier infección de la cavidad ósea, impidiendo, con esta barrera la introducción de los microorganismos bucales.

Se emplea para este fin la gasa yodoformada, en tiras con bordes orillados, con el objeto de que no queden hilachos en la cavidad. La gasa se retira después de un tiempo variable ( 24 a 96 horas) en relación con el estado de conservación de este material, reconocible por su olor. En las cavidades grandes, el cambio de gasa es doloroso y condiciona una nueva hemorragia, retiramos el--

material por pequeños trozos, proporcionados a su longitud. Así - en ocho o diez días, la cavidad queda libre, no hay hemorragias y se hace con escaso dolor. El estado de hueso y la hemorragia indican la necesidad de una nueva obturación.

3.- El postoperatorio.- A las 48 horas revisamos al paciente si creemos necesario cambiar la gasa yodoformada, hay que impregnarla perfectamente en agua oxigenada caliente; con el objeto de despegarla de la cavidad ósea, evitando dolores y hemorragia, esto se hace lentamente (despegamiento de gasa), una vez retirada la gasa, se efectúan lavados con suero fisiológico tibio, en abundancia. Se pincela la cavidad ósea con cloruro de zinc al 10% y se vuelve a obturar con gasa yodoformada. No hay que olvidar dejarla otras 49 horas; idéntica maniobra se repite durante cinco o seis sesiones, hasta que se compruebe que la cavidad no sangre más. Desde ese momento se suspende la gasa yodoformada. No hay que olvidar que la gasa es un material extraño al organismo, cuanto menos tiempo pueda estar, será más fácil y útil su acción. Lentamente y por espacios de varios días, la cavidad ósea se va cubriendo de una membrana color verde rojiza, índice de una tentativa de epitelización.

A los veinte días o treinta, la cavidad ósea esta cubierta de epitelio y con toda lentitud, y durante largo tiempo tiene lugar su proceso de reducción.

El estudio que se realizó logró captar algunos problemas verdaderamente significativos, para el tratamiento quirúrgico de los quistes, también logró establecer que para practicar una operación, se tendrá que ayudar de otras ramas de la ciencia médica, y como todo orden de cosas, la investigación y los adelantos técnicos han permitido a la cirugía oral practicar con éxito algunas innovaciones.

La realidad que se plantea conduce obligadamente a optar por alternativas como la cirugía oral, que no puede ser el mejor camino, como recelosamente se piensa, pero hasta el momento es el único confiable, desde el punto de vista científico.

Para emprender con éxito cualquier operación quirúrgica de los quistes se consideran varios factores, como una buena historia clínica, estudios radiográficos completos, datos patológicos de la lesión así como histológicos, así como conocer las diferentes técnicas a emplearse en el acto quirúrgico, como el conocimiento de la anatomía de cabeza y cuello, además de seleccionar bien el caso clínico con el cual se tratará de corregir la lesión quística.

El cirujano dental reconoce que como en cualquier acción humana es posible cometer errores, existen peligros y se producen recidivas o fracasos.

El cirujano que se dedique a esta especialidad, según ellos mismos reconocen, debe ser un médico integro tanto en sus valores personales como en su honestidad profesional, debe poseer conocimientos profundos del caso clínico y también penetración psicológica, para describir a sus pacientes la intervención quirúrgica que practicará y los posibles problemas que pueda presentar la lesión para así despertar su curiosidad e interés por la lesión al paciente y así darle a mostrar que se encuentra en manos de un profesional capacitado para reparar la lesión.

El ejercicio de la cirugía, es complejo y requiere de mucha preparación, en cada intervención quirúrgica se presentan situaciones difíciles e imprevisibles que dependen de la naturaleza orgánica de la lesión, motivo por el cual es necesario que el Odontólogo estudie el caso clínico sin apresuramiento. La intervención quirúrgica, en buenas opiniones pueden ser un desastre si no se adoptan las mínimas precauciones necesarias como asepsia, aislamiento, las personas anémicas desnutridas o de presión arterial muy alta deben someterse a un tratamiento previo especial, preoperatorio con el objeto de evitar cualquier contingencia ulterior.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.- BHASKAR S. N.  
Interpretación radiografica para el Odontologo.  
Primera edición. Ed. Mundi.  
pgs. 166 - 167 ; 137 - 231.
- 2.- BHASKAR S. N.  
Patología bucal.  
Tercera edición. Ed. El ateneo.  
pgs. 162 - 183; 328 - 337 ; 426.
- 3.- BRADBY M. PATTENN.  
Embriologia humana.  
Quinta edición. Ed. Mundi.  
pgs. 329 - 332.
- 4.- DAVIS CRISTOPER.  
Tratado de patología quirúrgica.  
Decima edición Ed. Interamericana.  
pgs. 1 - 22 ; 98 - 115 ; 280 - 303.
- 5.- EMMETT R. COSTICH y RAIMOND P. WHITE Jr.  
Cirugia bucal.  
Cuarta edición Ed. Interamericana.  
pgs. 22 - 26 ; 43 - 58 ; 96 - 105 ; 173 - 175.
- 6.- KORNFELD MAX.  
Rehabilitación endodontica, procedimientos clínicos  
y de laboratorio.  
Edición de 1972 Ed. Mundi.  
pgs. 397 - 458.
- 7.- KRUGER, GUSTAV O.  
Tratado de cirugia bucal.  
Cuarta edición. Ed. Interamericana.  
pgs. 196 - 216.

- 8.- LESTER W. BURQUET.  
Medicina bucal, diagnostico y tratamiento.  
Septima edición de 1973. Ed. Interamericana.  
pgs. 129 - 138 - 188.
- 9.- MADDEN L. JOHN.  
Atlas de tecnicas en cirugia.  
Segunda edición de 1967. Ed. Interamericana.  
pgs. 172 - 175.
- 10.- RIES CENTENO, GUILLERMO A.  
Cirugia bucal.  
Edición de 1979. Ed. el Ateneo.  
pgs. 315 - 320 ; 758 - 829.
- 11.- RALPH FREDERICK SOMMER.  
DARL OSTRANDER F.  
CROWLEY, MARY C.  
Endodoncia clínica.  
Tercera edición. Ed. Labor, S.A.  
pgs. 102 - 107 ; 404 - 406 ; 534 - 536.
- 12.- TIECKE, RICHARD W.  
ORION, STUTEVILLE H.  
CALANDRA, JOSEPH C.  
Fisiopatología bucal.  
Edición de 1960 Ed. Interamericana.  
pgs. 285 - 307.