



2ej 76

"Escuela Nacional de Estudios Profesionales"

IZTACALA - U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL Y CUELLO

FLAVIO CASTILLO FLORES

SAN JUAN IZTACALA, MEXICO

1 9 8 2



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

CAPITULOS	Págs.
	INTRODUCCION 1
Primero	GENERALIDADES 6
Segundo	CLASIFICACION Y DIAGNOSTICO DE LOS QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL Y CUELLO.....14
	I. Quistes de desarrollo18
	1.-Quistes de origen dental.....18
	2.-Quistes periodónticos19
	a) Quistes periapicales.....19
	b) Quistes laterales23
	c) Quistes residuales.....25
	3.-Quistes dentígeros.....27
	Quistes primordiales31
	4.-Quistes no dentales35
	a) Tipos fisurales36
	i) Quistes nasoalveolares....36
	ii) Quistes medianos37
	iii) Quistes del conducto incisivo(nasopalatinos)...40
	iiii) Quistes globulomaxilares42

CAPITULOS

Págs.

	b) De la hendidura branquial.....	45
	i) Quistes dermoides y epidermoides...	47
	ii) Quistes del con- ducto tirogloso..	51
	II.- Neoplásicos	53
	1.- Ameloblastomas.....	53
	III.- Quistes de retención.....	57
	1.- Quistes mucosos	57
	2.- Ránulas.....	60
Tercero	LESIONES PSEUDOQUISTICAS	63
	1.- "Quiste" óseo ideopático	65
	"Quiste" óseo solitario	68
	2.- "Quiste" óseo aneurismático..	69
	3.- "Quiste" óseo latente.....	72
Cuarto	TRATAMIENTO	74
	1.- Enucleación	79
	2.- Marsupialización	81
	3.- Complicaciones	83
Quinto	CONCLUSIONES	85
	BIBLIOGRAFIA	88

INTRODUCCION

Durante el desarrollo del Servicio Social en la Clínica Dental para trabajadores de la Secretaría de Comercio a menudo encontraba lesiones en los maxilares y a veces en los tejidos blandos de la cavidad oral, que eran difíciles de precisar y diferenciar de otros padecimientos a nivel clínico y radiológico; y debido a mi escaso conocimiento encausaba estos padecimientos a un especialista.

Esto me motivó a abocarme a realizar un trabajo de investigación de conceptos actuales, que facilitará el diagnóstico de estos procesos y entre los más importantes para desarrollar selecciono el tema de "Quistes de la Cavidad Oral y Cuello", considerando que reúne los requisitos que yo deseo explorar.

Hoy en día el Cirujano Dentista debe ser la persona preparada, no solamente en las tareas destinadas a la rehabilitación dental en general sino también es la persona indicada para atender los problemas referentes al estado de salud de los tejidos blandos y duros de la cavidad.

Por otro lado deseo despertar el interés entre el estudiante de Odontología y el Cirujano Dentista, para

que observen con mayor atención estas lesiones, aun no dedicandose a esta especialidad, con el fin de poder re sol ver algunos de estos casos que por su frecuencia y sencillez en el tratamiento deben ser atendidos por el Odontólogo y en caso de presentarse algunos de muy difícil solución ó de difícil diagnóstico, se encausará en su caso a un especialista.

Se debe considerar la posibilidad de un quiste en cualquier paciente que presente un edema en la boca, -- o bien una zona radiolúcida en el hueso, mediante el estudio clínico ó radiográfico respectivamente.

Para que se realice el diagnóstico de presunción, -- es necesario saber distinguirlo de acuerdo a sus carac té res, evolución, benignidad y pronóstico así como su-- origen remontandonos a su iniciación.

El objetivo principal de esta tesis es presentar a grandes rasgos los signos y síntomas clásicos que pre-- sentan las distintas variedades de quistes, que se en-- cuentran en la cavidad oral y cuello. Mostrando además-- las características clínicas, histopatológicas, radio-- gráficas, etiología y tratamientos de los mismos.

Un quiste de la cavidad oral se puede originar en el epitelio no odontogénico ó bien en el epitelio odontogénico, cualquiera de ellos puede ser aséptico ó infectado. Un quiste es una bolsa ó receptáculo sin abertura provisto de una membrana definida y que contiene un material líquido ó semilíquido desarrollado anormalmente, en una de las cavidades naturales ó en el interior de un órgano. En un verdadero quiste de la cavidad oral la membrana consiste en un líquido epitelial dentro de una cápsula de tejido conectivo.

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

Otros nombres de los quistes se basan más en la causa que en la localización, por eso se utilizan tér-

-minos como quiste infeccioso, traumático ó de retención. La nomenclatura del quiste se complica más con las denominaciones que se basan en el origen del componente epitelial celular. Por ello existen nombres como quistes de desarrollo, embrionales, odontogénicos y no odontogénicos.

Otros nombres usados en relación a los quistes se basan en el contenido del quiste y entre ellos se encuentran el quiste dentado, el quiste mucoso y el quiste hemorrágico.

— CAPITULO PRIMERO —
GENERALIDADES

La palabra quiste tiene su origen en la raíz griega que significa vejiga.

En los maxilares y a veces en los tejidos blandos-- pueden existir diferentes lesiones quísticas que son considerados como sacos cerrados provistos de una membrana--definida, dentro de los cuales se encuentra material líquido ó semilíquido que se desarrolla anormalmente en --una de las cavidades naturales ó en el parenquima de un--órgano. Cuando se trata de un quiste verdadera de la cavidad oral su membrana esta formada por un revestimiento epitelial dentro de una cápsula de tejido conectivo

Existen un gran número de teorías que tratan de explicar el origen histopatológico, mecánico, embriológico, etc., de los quistes de la cavidad oral y cuello; de los cuales solo haremos mención de aquellas que se conside--ren más aceptables.

Teoría folicular de Broca.

Esta teoría afirma que el origen de los quistes dentígeros reside en un folículo denterio, dicho folículo--sufre una hidropesia y en consecuencia origina este tumor.

Por esta razón su bolsa quística se encuentra directamente insertada en el cuello del diente afectado. Además esta teoría muestra tres períodos en la formación del diente y a cada período corresponde distintas especies de quistes dentígeros.

El primer período lo denomina embrioplastico y se caracteriza por formaciones histológicas no diferenciadas, pudiendo actuar un factor (X) cualquiera que incidiendo sobre el folículo en formación desvia la normalmecanomorfosis hacia formaciones tumorales. Esta clase de quistes no son frecuentes clínicamente y pertenecen a especulaciones científicas. De acuerdo a las características ya mencionadas no los podemos colocar dentro del cuadro de los quistes dentígeros.

Período odontoplastico. En este período ya iniciada la histodiferenciación, el destino de las células del órgano del esmalte y de la papila dentaria con sus células específicas y su función definida (como los odontoblastos) y el factor (X) actuando sobre el folículo en plena dinámica dará como resultado una bolsa con tejidos dentarios "sin forma anatómica definida" en su interior. Por otra parte quistes muy raros que se clasificarían más en los odontomas quísticos (pero no en el verdadero

quiste coronadentario en donde se observan razgos claros y definidos).

Tercer período llamado coronario. Ya formada la corona del diente sin raíz todavía, rodeado por el saco dentario (resultante de la histodiferenciación del mesenquima) el mecanismo de la formación tumoral puede dar origen a un quiste caracterizado por una bolsa conjuntiva (saco dentario) y epitelial (el epitelio externo del órgano del esmalte) insertado en el cuello de la corona del diente. Por lo tanto no tiene raíz y no puede tenerla según la opinión de Broca, porque el folículo desviado de su función no puede formar la raíz. No se ha encontrado en la literatura médica ningún quiste dentífero con este aspecto. No es muy aceptable la teoría de Broca pero tiene aceptación a ciertas formas tumorales.

Teoría Ombrédane y Chibret.

Discípulos de Malassez sostienen al respecto "todos los tumores son de la misma naturaleza y del mismo origen a pesar de su complejidad aparente, no difieren los unos de los otros más que por el asiento de los restos que son el punto de partida del tumor y por la mayor ó menor actividad del proceso epitelial."

Teoría Tellier y Gauthier.

Modifican la teoría folicular de Broca. Sostienen que las complicaciones periapicales de los dientes vecinos actúan como causa irritativa a distancia del órgano-adamantino. Sus células, bajo el influjo de esta irritación producen un líquido que distiende y empuja los elementos originando así una cavidad quística.

Teoría de Malassez.

Se aplica tanto a tumores paradentarios como odontogénicos. A pesar de lo fidedigna que pudiera parecer la teoría paradentaria no se ajusta a las realidades clínicas que se observan en los quistes dentígeros.

Malassez opina lo siguiente: proporciona a los restos epiteliales un papel importante en la formación de estos tumores. Estas células epiteliales despertadas de su letargo por un factor irritativo se hipertrofian y se asocian. Su unión y vacuolización posterior dan origen a una cavidad que aumentando de volumen da lugar al quiste. Este quiste en contacto con un diente retenido y por una mutua atracción, es perforado por el diente que se inserta exactamente a nivel de su cuello.

Malassez también atribuye a los quistes dentígeros un origen gubernacular. No puede admitir que Broca y Magitot den a estos quistes un origen folicular sobre todo cuando el diente portador ya posee una raíz formada y calcificada. "La corona ha salido de la cavidad folicular y se encuentra en una cavidad que es de origen gubernacular, por su origen y la naturaleza de su epitelio" (malassez). Si un ensanchamiento se realiza en esta cavidad, el quiste resultante no podrá ser llamado folicular, es un quiste que merece el nombre de gubernacular.

Ya esta planteado, con estas palabras de Malassez el mecanismo de la formación de los quistes gubernaculares. Un ensanchamiento por vacuolización de las células del gubernaculum da origen al quiste, dentro del cual el diente viene a introducirse. La bolsa quística se inserta a nivel del cuello del diente.

"El diente se encuentra colocado en relación a la cavidad quística en la misma situación que un diente normal con relación a la encía y de la misma manera que el saco dentario, transformándose en ligamento; la encía se adhiere al cuello del diente y así el saco dentario por el mismo proceso adhiere el quiste al cuello del diente que ha penetrado en él,

Clinicamente han comprobado algunos investigadores que esta teoría no es exacta. Nunca se ha podido encontrar radiográficamente (ni en la realidad anatómica al efectuar la intervención de estos procesos) el momento de la conjunción de estas dos entidades: quiste y diente. En los dientes que quedan retenidos siempre se comprueba radiográficamente su saco dentario rodeando su corona, a expensas del cual se iniciará el quiste. Por eso se considera acertada la frase de Sordoillet: todo diente incluido es un quiste dentífero en potencia".

Teoría de Leriche y Cotte.

Buena teoría porque simplifica y aclara el problema de los tumores odontogénicos. Para Lerche y Cotte, los quistes epiteliales pueden considerarse como enclavomas dentarios quísticos. Se trata de procesos de inclusión embrionaria, cuyo origen puede ser el folículo dentario, los restos paradentarios de melares o bien el epitelio gingival, dependiendo del caso que el enclavoma sea mono ó bidérmico.

Teoría de Bloch- Joergensen.

Teoría bien fundada pero que no comparten otros au-

-tores se refiere a lo siguiente: atribuye a los quistes dentígeros este supuesto origen, son quistes paradentarios de los dientes temporarios, en los cuales va a introducirse (por un mecanismo que no confirma la clínica), la corona del diente retenido.

Teoría de Lartschneider.

J. Lartschneider es autor de una teoría que puede sintetizarse con estas palabras: "Los quistes dentígeros no son nada más que folículos dentarios enfermos, infectados por procesos epiteliales de dientes temporarios".

Concluyendo:

A partir de todas estas teorías consideramos que el concepto actual es el siguiente, los quistes dentígeros se deben a trastornos mecánicos en la erupción dentaria que actúan sobre el saco pericoronario (saco dentario, --saco folicular de algunos autores),. Este órgano no sigue las leyes de involución del germen dentario, no se destruye y desaparece sino que irritado y traumatizado (como resultado del trabajo de erupción) produce un líquido entre este saco y la corona del diente. Al aumento de cantidad y tensión de este líquido segregado por células del epitelio externo del órgano del esmalte y del que --

forma por transudación se debe al crecimiento del proceso.

Los quistes paradentarios son tumores inflamatorios--
crónicos que pueden afectar a cualquiera de los maxila--
res, estos quistes estan formados por una bolsa conjunti
voepitelial, conteniendo líquido ó semilíquido y originada
dos por un granuloma, por complicación de una caries de--
cuarto grado ó de un diente modificado sin caries.

CAPITULO SEGUNDO

CLASIFICACION Y DIAGNOSTICO DE LOS QUISTES
DE LA CAVIDAD ORAL Y CUELLO

Clasificación.

Son numerosas las clasificaciones sugeridas para los quistes dentales, pero la mayoría de estas agrupaciones son incompletas ó poco prácticas por lo que mediante a la acción coordinada de cirujanos, patólogos y Cirujanos Dentistas se ha preparado una clasificación de los quistes de los maxilares que abarca también los quistes de los tejidos, dicha clasificación sera mencionada a continuación.

Es importante aclarar que algunos investigadores agrupan a los quistes con los tumores, mientras que otros no son de la misma opinión y los clasifican como entidades separadas.

Existen quistes que son verdaderos pero además existen un número de lesiones que semejan quistes al examen clínico y radiográfico. Entre dichos pseudoquistes incluyen : a) quistes por extravasación (quistes traumáticos), b) neoplasmas que semejan radiográficamente quistes, como resultado de destrucción ósea, c) disfunciones metabólicas que semejan quistes como resultado de destrucción ósea, d) enfermedades inflamatorias que semejan quistes como resultado de destrucción ósea.

I.- Quistes de desarrollo

1.- Quistes de origen dental (odontogénicos)

2.- Quistes periodónticos

a) Quistes periapicales

b) Quistes laterales

c) Quistes residuales

3.- Quistes dentíferos (foliculares)

4.- Quistes no dentales (paradentarios)

a) Tipos fisurales

i) Quistes nasoalveolares (extraalveolares)

ii) Quistes medianos (mesoalveolares)

**iii) Quistes del conducto incisivo
(nasopalatinos)**

iiii) Quistes globulomaxilares

b) De la hendidura branquial (cervicales)

i) Quistes dermoides y epidermoides

ii) Quistes del conducto tirogloso

II.- Neoplásicos

1.- Ameloblastomas

III.- Quistes de retención

1.- Quistes mucosos

2.- Ranulas

I.- Quistes de desarrollo.

1.- Origen dental (odontogénicos).

Los quistes odontogénicos son quistes de desarrollo que se originan en los tejidos formadores del diente. Estos quistes se pueden presentar desde la infancia hasta cualquier edad y en su crecimiento destruyen el hueso; siendo la porción esponjosa la que ofrece mayor resistencia de manera que su crecimiento se realiza através de la porción medular del hueso. El hueso cortical se puede atrofiar debido a la presión y luego volverse muy delgado (semejante a una cáscara de huevo) pudiendo quedar tan erosionado que a veces da lugar a una franca ulceración.

Un quiste puede ocupar la totalidad de un segmento de la arcada ensanchandola hasta el extremo de producir una distorción facial. En general los quistes odontogénicos tienen paredes gruesas.

El diagnóstico de cualquiera de los quistes odontogénicos y su correcta identificación según el tipo dependen del examen microscópico del tejido junto al estudio minucioso de los hallazgos clínicos y radiográficos.

2.- Quistes periodónticos (dentoperiosticos, dentoalveolares, radiculares, raíces dentales apicales).

Los quistes periodónticos son sacos cerrados revestidos de epitelio que se forman en la membrana periodontica y de sus estructuras adyacentes, por lo común se localizan en el ápice de un diente, aunque a veces llega a encontrarse a lo largo de la superficie lateral de su raíz. El epitelio de estos quistes se origina, probablemente, de restos de la vaina de Hertwig ó la lámina dental y que resulta por estimulación de un proceso inflamatorio ó por los mismos factores que originaron la inflamación.

a) Quiste periapical ó radicular.

Suele estar precedido por un granuloma dental en el ápice de un diente sin pulpa. Entre los quistes odontogénos es el más común con la diferencia de que afecta el ápice de un diente erupcionado y que es resultado de una infección por vía pulpar a consecuencia de una caries. - Se desarrollan de un granuloma epiteliado que puede haberse formado en el ápice de un diente, por lo general en el sitio donde se extiende la infección de la pulpa es por un foramen. Se forma una cavidad central en el granu

loma, que esta recubierta por epitelio. La inflamación - que se va a presentar hace que las células epiteliales - proliferen y formen cadenas de epitelio. El tejido englebado va a desarrollar un proceso de necrosis y licuefa--cción, las células epiteliales continuarán proliferando- y secretando dentro del área de licuefacción originando- asi una cavidad.

Este quiste crece por expansión, produciendo una a--trofia por presión del hueso adyacente que forma una lí-nea de hueso condensada alrededor del quiste, al cual va-mos a llamar lámina dura. Su tamaño es variable ya que -puede ser de pocos milímetros de diámetro aunque también los podemos encontrar a varios centímetros. Su forma puede ser redonda, elíptica ó lobulada.

Características clínicas.

Como ya se ha señalado las lesiones pueden variar de tamaño desde un centímetro ó algo menos, hasta una extensión tal que involucre la mayor parte del maxilar supe--rior ó inferior.

No hay diferencia apreciable por sexo. Puede presen-tarse también en la dentición temporal como en la perma-nente asi como en la transición de ambas.

Características radiográficas.

Baumann y Rossman (1956) en una determinación clínica, radiológica e histopatológica de 121 lesiones periapicales llegaron a la conclusión de que : "Las observaciones clínicas y radiológicas son de un valor dudoso en la diferenciación de lesiones quísticas de las no quísticas en las afecciones periapicales". El diagnóstico diferencial entre lesiones quísticas y no quísticas solo puede efectuarse con certeza por medio del estudio microscópico de los cortes histopatológicos. Es de dudar, por lo tanto que debe ponerse gran énfasis en las radiografías, más que para determinar la presencia ó ausencia de una radiolucidez periapical.

Histopatología.

Es una cavidad tapizada por tejido conjuntivo fibroso denso y notorio recubierto por tejido epitelial pavimentoso que puede proliferar y simular una transformación maligna, aunque no se ha visto una franca modificación de este tipo. Cuando la reacción inflamatoria es acentuada, se presentan grandes acumulaciones de linfocitos y plasmocitos. Por la presencia abundante de plasmocitos no es raro encontrar grandes cantidades de macrófagos cargados de grasa. A menudo se forman espículas óseas,

en la pared del quiste. La presencia de colessterina suscita una reacción de células gigantes por cuerpo extraño, cuando llega a ser dominante se le llama "Colesteroma". También podemos encontrar hemorragia y pigmento hemático liberado.

Tratamiento.

El tratamiento de este tipo de quistes varia de acuerdo al tamaño de la lesión y al área que involucra. Pero todos tienen como finalidad la remoción completa de todos los elementos epiteliales.

Cuando la lesión es reducida (menos de 1 a 1.5 cm) es imposible como ya se ha visto distinguirla del granuloma dental sin un examen histológico, lo cual es poco práctico cuando se contempla la posibilidad de un tratamiento endodóntico por la vía del conducto radicular. Será necesario por lo tanto arriesgar acerca de su verdadero carácter ó recurrir a la eliminación quirúrgica (apicectomia ó alguna modificación). Este último enfoque ofrece el mejor medio de evitar las caídas del conducto radicular. El método de fistulización artificial de los quistes, permite su reducción progresiva en los premolares y molares.

Las lesiones mayores quizá sean mejor tratadas por la

enucleación de la membrana quística, aunque a veces se puede intentar la marsupialización, ya que estas lesiones no dan lugar a tumores odontogénicos. Hay que usar antibióticos preoperatoriamente y postoperatoriamente, porque estas lesiones suelen estar masivamente infectadas. Antes de encarar la cirugía hay que tomar las medidas necesarias, como el avenamiento para el control de la infección.

Cuando existe una zona de radiolucidez apical alrededor de un diente a ser extraído y su dimensión es de 1 a 1.25 cm a menudo surge la cuestión de si es mejor eliminarla en el momento de la extracción. Basados sobre la frecuencia de producción de quistes radiculares contra granulomas dentales, favoreciendo a los primeros, de estos se deduce el que esté indicada la remoción consecutiva a la extracción. Pero la incidencia de quistes residuales no apoya esto.

b) Quiste lateral ó periodóntico.

El quiste lateral ó periodóntico se produce a lo largo de la superficie de la raíz, en general como secuela de un absceso lateral originandose en el surco gingival, aunque también puede ser el resultado de inflamación que progresa desde la pulpa através de un orificio pulpar situado lateralmente.

En raras ocasiones encontraremos el quiste lateral ó periodóntico. Nacen en el ligamento periodontal lateral - de un diente erupcionado, se observan principalmente en - adultos y no específicamente en un sexo. La mayor parte - de estos quistes han aparecido en la zona de premolares - inferiores, la mayoría son asintomaticos y se han descu- bierto durante exámenes radiográficos dentales de rutina. Si no existe otra lesión el diente afectado tiene vitali- dad, si el quiste se infecta puede semejarse a un absceso- periodontal lateral y establecer un drenaje.

Radiograficamente encontraremos una zona radiolucida en aposición a la superficie lateral de una raíz dental. Generalmente la lesión es pequeña y puede estar ó no cir- cunscrita. En la mayoría de los casos los bordes son defi- nidos y a veces se encuentra rodeada de una delgada capa - de hueso esclerótico.

Características clínicas.

Son lesiones que varían desde menos de un centímetro hasta una extensión que abarque gran parte del maxilar y - es asintomatico.

Características histológicas.

Esta constituido por una pared de tejido conjuntivo,

tapizado por una capa de epitelio pavimentoso estratificado, generalmente este es delgado con poca proliferación. Presenta aspecto peculiar, las células individuales muestran citoplasma muy claro y núcleos pequeños de tinción - intensa. Como reacción secundaria pueden presentarse células inflamatorias en el tejido conjuntivo.

Tratamiento.

Enucleación total de la lesión.

No hay tendencia a la recidiva.

c) Quiste residual.

El quiste residual puede quedar después de la extracción de un diente, seguido de enucleación incompleta de cualquiera de los tipos mencionados precedentemente.

Por lo general los quistes que se manifiestan en posición lateral con respecto a las raíces de dientes permanentes anteriores al primer molar, y que contienen cemento y dentina, constituyen variantes de quistes periodónticos en las raíces retenidas de dientes temporarios. -- También podemos encontrar este tipo de quistes, en maxilares desdentados, cuando ha sido necesario extraer el -

diente sin que haya sido notada la existencia de un quistte. Este quiste al crecer hace que la formación de la -- apófisis alveolar impida que el paciente use la dentadura artificial ó probablemente se infecte, produciendo dolor ó tumefacción. En algunos casos resulta una deformación notable de la cara.

Características clínicas.

Son asintomáticos y se descubren accidentalmente ó -- casualmente en una exploración radiológica habitual de -- la boca.

Características radiográficas.

Las características arriba mencionadas hacen pensar -- en otras lesiones centrales, como el Mieloma Múltiple, -- la histiocitosis, la neoplasia metastásica y otros tipos de quistes. Para su diagnóstico diferencial habrá que recordar que la radiotransparencia anormal de los maxilares más frecuentes es ocasionada por la patosis periapical -- (en estas se encuentra el quiste periapical).

Los datos clínicos y radiográficos son similares al -- de los radiculares, con la excepción de que se pueden -- presentar en un lugar en donde falta un diente causal ó bien se puede localizar en una zona donde falten comple -- tamente las piezas dentarias como ya mencionamos.

Tratamiento.

Enucleación total de la lesión.

3.- Quistes dentígeros.

Se trata de sacos cerrados, revestidos de epitelio formados alrededor de las coronas de dientes que no han aparecido ó anomalías dentales (odontomas). Suelen contener coronas de dientes u odontomas, excepto en casos — insólitos cuando se extrae el diente dejando atrás al — quiste (quiste residual). Estos quistes se han descrito como originados a raíz de una desintegración del retículo radiado de los órganos productores de esmalte una vez completa la formación de la corona, pero la mayoría de ellos son quizá el resultado de cambios degenerativos en el reducido epitelio adamantino. Esto ubica su tiempo de desarrollo con posteridad al depósito de esmalte y no antes de él.

Los llamados quistes eruptivos se forman en los dientes que están a punto de erupcionar, encontrándose inmediatamente debajo de la encía (que puede aparecer inflamada) pudiendo dificultar la erupción ó bien impedir la.

El tipo lateral se va a formar del mismo modo que el central, sólo que su desarrollo va a ser en un período - posterior, por lo tanto ocurre en la parte lateral en lugar de la oclusal del órgano del esmalte donde persiste el retículo estrellado.

En los grandes quistes dentígeros el diente a veces será trasladado hasta la periferia del maxilar, debido a que la presión del líquido quístico empuja al diente en dirección apical quedando detenidas las raíces en su desarrollo al tropezar con el hueso cortical.

Características clínicas.

El quiste dentígero tiene la capacidad de transformarse en una lesión agresiva. Se presenta en personas jóvenes pasando inadvertidos durante años.

Existe una expansión del hueso y en consecuencia una asimetría facial, desplazamiento de dientes, resorción intensa de las piezas adyacentes y dolor cuando el agrandamiento del quiste sea continuo . Cuando esta lesión quística se produzca en un tercer molar inferior retenido -- provocará el ahuecamiento de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y el cóndilo. En el caso de encontrarse en un canino superior, habrá expansión del sector maxilar anterior y podrá parecer una sinusitis aguda

ó una celulitis que será superficialmente.

Características radiográficas.

En el examen radiográfico del maxilar que tiene un quiste dentífero encontraremos una zona radiolucida de alguna manera vinculada con la corona de un diente que no ha erupcionado. Los quistes dentíferos centrales se forman siempre alrededor de la corona de un diente distinguiéndose en la radiografía con una radiolucidez simétrica, en este caso debemos tener cuidado de no confundirlo con el saco folicular normal. En otros casos, la zona radiolucida proyectada lateralmente desde la corona dental es el quiste dentífero lateral. Puede existir el diente que lo causa aunque por lo general erupciona por no ejercerse presión en su superficie oclusal pero puede estar inclinado por la presión ejercida sobre su raíz. Ocasionalmente, la zona radiolucida está rodeada de una línea esclerótica que representa la reacción ósea.

Características histopatológicas.

En la mayoría de los casos en que encontraremos esta lesión quística, el saco del quiste es una membrana que fácilmente se desprende del hueso. Mediante el examen microscópico encontraremos que esta compuesta de te

-jido conectivo fibroso. La superficie interna del saco del quiste esta revestida de epitelio, siendo en muchos de los casos una capa gruesa de epitelio escamoso estratificado muy semejante a la del alvéolo del cual se deriva, podremos encontrar también pseudo-hiperqueratosis. Los tejidos del diente generalmente serán de estructura normal pudiendo estar las raíces dobladas o detenidas en su desarrollo . El contenido del quiste es un líquido -- claro ambar, si contiene cristales de colesterol tiene -- brillo metálico obscuro. Siendo en otros casos espeso y de carácter mucoso con células epiteliales descamadas y con frecuencia restos hemorrágicos. Cuando existe una infección secundaria existirán células inflamatorias en la pared del quiste y en el epitelio que con frecuencia se destruye. En tales casos habrá exudado purulento, líquido del quiste, bacterias y pus.

Tratamiento.

El tratamiento de estos quistes va a variar según el tamaño. Siendo la enucleación total cuando el quiste es de pequeño tamaño, la eliminación parcial es peligrosa ya que al dejarse alguna membrana patológica el epitelio puede desarrollar las características de un ameloblastoma . En los quistes de gran tamaño , el tratamiento será mediante la inserción de un drenaje quirúrgico ó

marsupialización , este procedimiento nos ayuda a disminuir la presión y contraer gradualmente el espacio quístico-- por aposición periférica del hueso nuevo. Se presentará una recidiva cuando haya habido fragmentación del revestimiento quístico y hayan quedado restos, esto es relativamente raro.

La denominación de quistes folliculares ha sido a veces aplicada a estas lesiones, pero origina confusión. La denominación de "quistes dentígeros" debe ser reservada para sacos de tejido conectivo revestidos de epitelio escamoso estratificado que contiene la corona de un diente ó alguna anomalía dental y líquido . Este líquido yace entre el revestimiento del quiste y el diente. En algunos casos puede hayarse la cutícula adamantina alrededor del esmalte pudiendo estar presente en los quistes dentígeros. Estos quistes pueden ser algo mayores que la corona del diente ó bien adquirir tamaño tal que incluyan una gran porción de los maxilares. En estos casos puede resultar imposible diferenciarlos de quistes periodontales de gran tamaño y es probable que diferenciarlos solo revista interés académico.

Quistes primordiales.

Estos quistes están constituidos por sacos revesti-

-dos de epitelio formado por retrogresión radiado en los órganos productores del esmalte que comienza antes que-- haya sido depositada ninguna estructura dental calcificada. Contrariamente a lo que ocurre con los quistes periodónticos y dentígeros, aquellos no poseen estructuras-- calcificadas.

El término "primordial" ha sido aplicado a estos --- quistes, porque el de "folicular" que tenían antes carecía de precisión. Se eligió la palabra primordial pues denota la característica más sencilla. Al igual que el resto de los quistes dentales están revestidos de epitelio escamoso estratificado y pueden ser de naturaleza uniculada, -- multiloculada ó múltiple. Es esencial un cuidadoso estudio clínico e histológico para hacer un diagnóstico exacto de este quiste.

No es muy frecuente encontrar este tipo de quistes.-- Los localizamos principalmente en la zona del tercer molar de la mandíbula, aunque podemos localizarlos en el maxilar y otros dientes. Se puede presentar en pacientes -- adultos ó jóvenes.

Etiopatogenia.

Se forman por la degeneración quística y licuefacción del

retículo estrellado del órgano del esmalte antes de que se forme esmalte ó dentina como hemos mencionado con anterioridad. Por lo tanto, al ser una anomalía temprana del desarrollo puede derivarse de un órgano normal del esmalte y así el quiste primordial se encuentra en lugar de un diente, también puede originarse de un órgano dental supernumerario, en este caso se encuentran todos los dientes.

Este tipo de quiste presenta cierta dificultad para establecer un diagnóstico, ya que el quiste residual y aún el dentígero puede confundirse con un quiste primordial.

Características clínicas.

El quiste primordial varían ampliamente de tamaño, raramente suele alcanzar un tamaño superior a 2 cm de diámetro, pero posee un potencial para expandir hueso y desplazar a los dientes adyacentes por presión. En algunas ocasiones puede encontrarse asociado con un diente primario persistente. La lesión no es dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria, en raras ocasiones presenta manifestaciones clínicas obvias.

Este quiste se forma en épocas tempranas de la vida pero puede no ser descubierto hasta mucho más tarde.

Características radiográficas.

Aparece como una lesión radiolúcida, redonda, oval ó elíptica y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional. Se localizan debajo de las raíces dentales, entre las raíces de piezas adyacentes ó cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita.

Características histopatológicas.

Frecuentemente el saco de quiste es una membrana que fácilmente se desprende del hueso. El examen microscópico muestra que esta compuesta de tejido conectivo fibroso, la pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas cuya densidad es variable. Del lado externo hay una capa de hueso compacto en la superficie interna que mira hacia la luz, esta revestido de una capa intacta ó interrumpida de epitelio escamosoestratificado que comúnmente presenta parénquima ó en otras ocasiones ortoqueratina. Esta queratina tiene con frecuencia una superficie acanalada. El epitelio aunque de grosor variable generalmente consta de cuatro á ocho células de espesor, sin brotes epiteliales bien definidos. No es frecuente que muestre una tendencia marcada por proliferación hacia la pared de tejido conectivo que lo rodea.

Tratamiento.

El tratamiento de este quiste consiste en su enucleación quirúrgica con curetaje al fondo del hueso, particularmente cuando se produce la fragmentación del revestimiento para asegurar la eliminación completa del epitelio.

4.- Quistes de desarrollo no dentales.

Se forman en la unión de la apofisis mesonasal, la lateronasal y maxilar, ósea en la base del ala nasal. Por regla general se encuentran en depresiones de la superficie ósea, en lugar de incluidos en la sustancia ósea propiamente dicha, y originan asimetrías de la nariz y la cara al aumentar de tamaño. Los quistes están revestidos con epitelio del tipo respiratorio y contienen un líquido mucoso. Clínicamente pueden confundirse con quistes de origen dental ó con abscesos dentoalveolares en los dientes anteriores del maxilar superior. Su característica principal y distintiva de estos quistes es su origen a partir de las células del epitelio de desarrollo ó embrionario como las de las suturas ó líneas de fisura ó aquellas que son restos de las estructuras embrionarias.

a).- Tipos fisurales.

Se producen cuando falla la función ósea ó en la época de desarrollo embrionario. El epitelio ó restos epiteliales quedan englobados durante la fusión y más tarde comienzan a proliferar para dar lugar a la formación de un quiste fisural.

i).- Nasoalveolares (extraalveolares).

Quiste nasoalveolar, se forma en la unión de los mamelones globular, lateral nasal y maxilar y forma una tumefacción en la inserción del ala de la nariz. Puede descubrirse como una tumoración localizada de pequeño tamaño ó puede apreciarse una tumefacción en el suelo de la nariz. Puede mostrarse como una hipertrofia de los tejidos mucobucuales por encima de los ápices de los dientes incisivo lateral y canino.

Características clínicas.

El quiste nasoalveolar puede producir una hinchazón en el pliegue mucovestibular así como en el piso de la nariz y localizarse cerca de la inserción del ala de la nariz en el maxilar. Estos quistes son capaces de producir la erosión superficial externa del maxilar, cabe señalar que no son primariamente lesiones centrales y

por ello pueden no ser visibles en las radiografías.

Características radiográficas.

Como ya se ha dicho, las radiografías, no son --- significativas, porque este quiste no es una lesión cen_ tral. Sin embargo puede demostrarse si se inyecta una-- sustancia radioopaca.

Histopatología.

El quiste nasoalveolar esta tapizado de epitelio -- columnar pseudoestratificado que a veces es ciliado con frecuencia con células caliciformes ó de epitelio esca-- moso estratificado.

Tratamiento.

El quiste nasoalveolar debe ser eliminado quirúrgi- camente aunque habrá que tener cuidado de no perforar ni aplastar la lesión.

ii) Quistes medianos (quiste mesoalveolar y mesoman_ dibulares).

Quiste mesoalveolar. Este tipo de quistes es proba-

-ble que se formen del epitelio derivado de la lámina -- dental, asienta en esta fisura entre los dos mamelones-- globulares que forman en esta fisura entre los dos mame- lones globulares que forman el hueso intermaxilar. Lo lo calizamos en las raíces de los incisivos centrales, los- cuales pueden ser normales en todo sentido salvo que sus raíces por la presión que ejerce el quiste al crecer, -- causando la inclinación de los dientes.

Etiopatogenia.

El quiste medio tiene un saco de tejido conectivo - que puede contener una gruesa capa de fibras de colágena revestidas de epitelio escamoso. Los quistes pequeños -- tienen una cavidad muy pequeña y contiene muy poco líqui do.

Características clínicas.

Su aspecto clínico es muy variable. Los quistes --- más pequeños e incluso los de tamaño moderado pueden ser asintomaticos, en estos casos no hay agrandamiento, no-- hay asimetría y muchas veces tampoco síntomas subjetivos. Este tipo de quiste lo llegamos a descubrir de forma --- accidental durante una exploración radiográfica habitual.

Los quistes de mayor tamaño y los que se han infec-

-tado de forma secundaria los descubrimos por sus signos clínicos. Aparece como una masa redondeada de superficie lisa, rosada, situada a lo largo de la línea media. A la palpación puede mostrar una consistencia semisólida, a veces crepitación y cuando hay una infección secundaria, hiperestesia ó dolor. En algunas ocasiones puede tener un conducto fistuloso por el que se obtiene un líquido seroso ó purulento.

Características radiográficas.

Aparece como una zona radiolúcida situada en la línea media del maxilar que puede ser de forma redondeada, ovalada ó elíptica. Puede extenderse entre las raíces de los incisivos centrales ó incluso desplazarlos de su posición normal, algunas veces en el caso de un quiste de gran tamaño puede apreciarse una forma lobulada, con ramificaciones del quiste que se extiende entre varias ó todas las raíces de los dientes anteriores.

Radiograficamente el quiste tiene unos bordes bien delineados, una línea hiperostótica circundante y una radiolucidez uniforme.

Tratamiento.

El tratamiento de este tipo de quistes es la extirpación quirúrgica.

iii) Del conducto incisivo (nasopalatinos).

Los quistes del conducto nasopalatino ó quiste del conducto incisivo pueden estar localizados en el conducto incisivo y en la profundidad del hueso ó en el tejido blando de las papilas palatinas. Este último tipo también ha recibido el nombre de quiste de la papila palatina. - El conducto incisivo se encuentra en el punto de la unión de las dos apofisis palatinas laterales, con la apofisis palatinas anteriores. El quiste nasopalatino, se encuentra en la región anterior del maxilar por detras de los ápices de los incisivos centrales, crece a partir de los residuos epiteliales de los vestigios del conducto ó conductos nasopalatinos. Debido a que la localización y la anatomía de las estructuras nasopalatinas embrionarias varían mucho pueden ser bilaterales, unilaterales ó pueden unirse en la línea media dando lugar a un canal único, --- los residuos epiteliales de los que proceden los quistes también tendrán distintas localizaciones. Si el quiste se forma a partir de un solo resto epitelial embrionario en cualquiera de los dos lados de la línea media, tendremos un quiste redondo nasopalatino unilateral. Si el quiste se forma a partir de los residuos a ambos lados de la línea media tendremos un quiste nasopalatino redondo bilateral, si el quiste se forma a partir de residuos en ambos lados pero cerca de la línea media la lesión resul--

-tante es un quiste único que puede ser central ó de forma acorazonada.

Características clínicas.

Los signos de los quistes nasopalatinos son raros, ya que por lo general son de pequeño tamaño y se localizan en zonas profundas del maxilar anterior. Solamente si se infectan por algún mecanismo desconocido producen dolor e inflamación y se puede presentar una pequeña -- fistula.

Histopatología.

Este quiste nasopalatino esta tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado, pseudoestratificado y epitelio cuboide ó bien cualquiera de las combinaciones. La pared de epitelio conectivo de este quiste frecuentemente presenta infiltrado celular inflamatorio, a veces se observan acumulos de glándulas mucosas así como varios vasos y nervios grandes.

Características radiográficas.

Las características radiográficas son muy variables. En algunas ocasiones el quiste nasopalatino se presenta como una zona radiolucida redondeada única y unilateral-

de pocos ó muchos milímetros de diámetro, localizándose por encima ó junto al ápice de un incisivo central, en otros casos se encuentra zonas radiolúcidas ó bilaterales y a veces se encuentra la forma radiolúcida acorazonada.

Tratamiento.

El tratamiento de elección es la enucleación total-quirúrgica de la lesión, consiste en reflejar el perios-
tio mucopalatino hasta descubrir el canal incisal y enu-
clear el quiste. En ocasiones se tendrá que ligar ó cor-
tar el paquete neurovascular en el apex, si esto fuese--
necesario se empleara catgut para no producir hemorragia.
Después de la eliminación de la lesión se procede a la--
colocación del colgajo y sutura del mismo con puntos ais-
lados interdentarios. Cuando haya presencia de infección
secundaria en la lesión se indicara la terapeutica preo-
peratoria y postoperatoria.

iiii) Quiste globulomaxilar.

El quiste globulomaxilar se encuentra dentro del --
hueso y se forma en la unión de la porción globular de--
la apófisis nasal media y la apófisis maxilar. Este quis-

-te se puede confundir facilmente con un quiste radicu--
lar. Por lo general se localiza en la apófisis alveolar--
entre la raíz del incisivo lateral y canino, ocasionando
la separación de estas raíces a veces hay desplazamiento
de las coronas de sus posiciones normales.

En algunas ocasiones el quiste globulomaxilar es de
gran tamaño pudiendose extender por encima de los ápices
de los caninos, de los incisivos laterales y alcanzar el
ápice del incisivo central ó del primer molar. Las pie--
zas dentales adyacentes poseen pulpa vital, a no ser que
esta haya sido dañada por alguna pulpitis ajena al pro--
ceso. Estos quistes pueden ser diagnosticados erroneamen--
te como quistes periodónticos. Existe la posibilidad de--
que se manifieste un quiste globulomaxilar entre el pri--
mero y el segundo incisivo ó entre el canino y el primer
premolar, puesto que la fisura globulomaxilar a veces pa
sa a través de estos espacios interdentes, como lo evi
dencian las hendiduras congénitas del maxilar superior.

Características clínicas.

En raras ocasiones el quiste globulomaxilar da mani--
festaciones clínicas. La mayoría de estos casos se han--
descubierto mediante exámenes radiológicos de rutina. --
Cuando son de gran tamaño el quiste se observará como un

bulbo rosado, de superficie lisa en la corteza labial entre y por encima de las raíces de los incisivos laterales y caninos . La tumoración puede ser de consistencia ósea y asintomática ó se puede apreciar una sensación de crepitación que hace pensar en un adelgazamiento de la corteza labial . Al desarrollarse una infección secundaria del quiste puede encontrarse dolor a la palpación ó un conducto fistuloso.

Histopatología.

La descripción de este quiste es la siguiente: consta de una membrana de tejido conectivo revestida en su superficie interna de epitelio escamoso estratificado y columnar cilíndrico teniendo proyecciones profundas en el tejido subyacente, presentando infiltrado celular inflamatorio.

Características radiográficas.

Este quiste se presenta en las radiografías intrabucales como una zona radiolúcida homogéneamente oscura; la lámina dura de la cara distal de la raíz lateral y de cara media de la raíz del canino suelen faltar, el borde periférico no está bien delimitado.

El tratamiento es quirúrgico, que consiste en la enucleación del quiste, preservando los dientes adyacentes-- en todo lo posible.

b) De la hendidura branquial (cervicales).

Surgen a raíz del cierre incompleto de las hendiduras branquiales en el embrión. Se trata de sacos epiteliales cerrados y suelen encontrarse en la parte anterior y por debajo del músculo esternocleidomastoideo ó por debajo de la oreja.

El quiste de la hendidura branquial es un quiste del desarrollo poco frecuente que se desarrolla generalmente por debajo y por delante del músculo esternocleidomastoideo como ya mencionamos ó por debajo del oído. Anteriormente este quiste fué descrito como originado de los restos de los arcos branquiales ó sacos faríngeos. Sin embargo las investigaciones más recientes nos indican que no tiene relación con los arcos branquiales, si no que proceden de epitelio atrapado en los ganglios linfáticos de la región de los arcos branquiales. No se ha determinado si las fistulas branquiales ó fistulas cervicales laterales tienen alguna relación con esta lesión.

El aspecto clínico de esta lesión se presenta como--

una masa prominente de crecimiento lento, puede tener -- una duración de semanas a muchos años, no es dolorosa y es circunscrita en la zona lateral superior del cuello, -- por lo común cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Aunque la mayoría de estos quistes se desarrollan -- en el cuello se han encontrado en otras regiones, como -- son el ángulo de la mandíbula, en la zona submaxilar e -- incluso en las zonas periauricular y parotídea.

La masa varia de tamaño según su tiempo de evolución y de la presencia ó no de una infección secundaria, pero generalmente es blanda y fluctuante a la palpación, su superficie lisa de bordes curvados bien delimitados y es tá recubierta generalmente de una piel no adherente de -- aspecto normal. La mayoría de estos quistes se presentan en los adolescentes y en los niños.

Este quiste suele estar tapizado de epitelio escamo so estratificado, aunque contener epitelio columnar es -- tratificado. La pared del quiste se compone, por lo gene ral de tejido linfoide con la forma típica del nódulo -- linfático. En la pared tambien puede haber gran cantidad variable de tejido conectivo. El quiste puede contener -- líquido acuoso claro ó un material mucoside gelatinoso es peso.

El tratamiento de este quiste es la eliminación quirúrgica minuciosa, puede llegar a haber recidiva si se dejan restos ó si simplemente se aspira ó se drena la lesión . Es muy raro que se presente la malignización.

Higroma quístico.

Los higromas quísticos son quistes del cuello y de la cabeza en los niños recién nacidos. Están tapizados por endotelio y llenos de un líquido linfático, pueden llegar a tener un gran tamaño. Debido a la extrema delgadez de sus paredes son muy difíciles de extraer, este tipo de quistes pertenece al campo de la Cirugía General.

i) Quistes dermoides y epidermoides.

Los quistes dermoides se encuentran principalmente en los ovarios y testículos, pero también pueden hallarse en cualquier punto de fusión de desarrollo del cuerpo. Son el resultado de la inclusión de epitelio en el mesodermo y a veces se observan en el piso de la boca ó adheridos al paladar ó a la lengua.

El quiste dermoide es una forma de teratoma quístico derivado principalmente del epitelio germinal embrionario,

pero en algunos casos también contiene estructuras de—
otras capas germinativas. Se desarrolla a partir de las
células epiteliales atrapadas debajo de la superficie—
durante el cierre ó fusión de los tejidos blandos duran—
te la vida fetal. Estos atrapamientos pueden abarcar —
también células de otras capas germinales ya que los com—
ponentes no epiteliales pueden participar también en el
proceso de desarrollo, el quiste dermoide contiene siem—
pre tejidos y estructuras de origen no epitelial. Pode—
mos localizarlos en el paladar, ángulo de la mandíbula,
glándulas salivales y en los testículos y ovarios. En—
contrados en la cavidad oral en la línea media del piso
de la boca con más frecuencia. Raras veces los encontra—
mos en el momento del nacimiento cuando emergen en el pi—
so de la boca. La mayoría de los quistes dermoides se —
presentan en los adultos jóvenes sin presentar predile—
cción por el sexo.

Clínicamente encontramos un bulto en el piso de la—
boca que suele causar la elevación de la lengua y prove—
car dificultades en la fonación y en la masticación. Es—
to sucede si el quiste se encuentra sobre el músculo ge—
niohiodeo, entre éste y la mucosa bucal. Si está a mayor
profundidad entre los músculos geniohiodeo y milohioi—
deo se encontrará el abultamiento en la zona submentonia—
na. Su tamaño va a variar alcanzando varios centímetros—

de diámetro. A lapalpación se percibe como "masilloso", pudiendo ser fluctuante según el contenido del quiste.

En algunas ocasiones suelen infectarse y formar trayectos fistulosos que se abren en la boca ó en la piel.

El aspecto histológico va a variar según la complejidad de la lesión. Pueden estar compuestos unicamente-- por una pared de tejido conectivo tapizada en la superficie interna por una delgada capa de epitelio escamoso es tratificado, generalmente queratinizado, la luz puede es tar ocupada por queratina. En otros casos hay numerosas glándulas sebaceas e incluso folículos pilosos además de una que otra glándula sudorípara. La luz contiene mate-- rial sebaceo así como queratina.

Su tratamiento será la enucleación quirúrgica, sin-- que sea común la recidiva.

Quiste epidermoide.

Los quistes epidermoides son similares a los dermoi des en su formación, también a partir de las células epi teliales atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blan dos durante el desarrollo fetal. Debido a la localización, patogenia y aspecto clínico es difícil diferenciarlo del

quiste dermoide. Si en cambio histologicamente el quiste epidermoide se diferencia del dermoide ya que contienen-unicamente un revestimiento de epitelio escamosoestratificado generalmente bien queratinizado y una pared de tejido fibroso sin contar con anexos cutáneos que va a ser lo que lo va a diferenciar del quiste dermoide.

El quiste epidermoide podemos considerarlo también como un quiste de inclusión, ya que puede formarse también a partir de las masas epiteliales que se han separado de la superficie epitelial. Esta puede ocurrir durante el desarrollo ó puede ser resultado de un traumatismo en el que el epitelio haya sido desplazado en forma normal.

Los quistes epidermoides de inclusión podemos localizarlos en diversos tejidos blandos como son: en el piso de la boca, en los repliegues mucobucales, en las mejillas y raras veces dentro de los maxilares donde se cree que se deben a epitelio gingival desplazado ó incluido a una zona odontogénica.

Su tratamiento es la enucleación quirúrgica.

ii) Quistes del conducto tirogloso.

La base de la lengua primitiva y de la glándula tiroides se comunican directamente entre sí durante el desarrollo por medio del conducto tirogloso. Este conducto normalmente se atrofia durante la quinta semana intrauterina pero persiste el sitio ocupado por él como el foramen ciego. Solo en raras ocasiones puede tornarse quístico el tejido residual. Estos quistes yacen entre el foramen ciego y el piso de la boca, a lo largo de la tiroides en el cartílago tiroideo al nivel del cartílago cricoide ó en la escotadura supraesternal. Se manifiestan en la línea media del cuello.

Más esplicitamente es poco frecuente como indican otros investigadores (como indica su nombre) se presenta a lo largo del conducto tirogloso. Es un conducto embrionario recubierto de epitelio que extiende desde el agujero ciego de la lengua hasta la glándula tiroides. Se origina de los remanentes obliterados de estos conductos.- La causa de la formación de este quiste es desconocida, pero puede ser desencadenada por la infección del tejido linfoide en la zona de los restos del conducto tirogloso por el drenaje proveniente de una infección de los órganos respiratorios superiores.

Su aspecto clínico es variable dependiendo de su lo

-calización y de la presencia de una infección secundaria. Cuando lo localizamos en la base de la lengua ó en su musculatura se presenta como una masa en la línea media que produce gran malestar, sobre todo disfagia. Cuando se encuentra en la región anterior del cuello se presenta como una masa de superficie lisa que hace protrusión dura ó blanda de varios milímetros ó varios centímetros de diámetro. Suele ser muy móvil lo que indica que se trata de una masa muy bien circunscrita ó encapsulada. Los tejidos que hay por encima son de aspecto normal y también están libres.

El quiste del conducto tirogloso está tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado ó tipo intermedio de transición, al aumentar la presión intraquística las células se aplanan. La pared de tejido conectivo del quiste contendrá frecuentemente zonas de tejido linfoide, tejido tiroideo y glándulas mucosas.

Su tratamiento es la escisión quirúrgica radical. Este procedimiento debe ser relativamente radical si se desea evitar la recidiva.

II.- Neoplásicos.

1.- Ameloblastomas (adamantinomas, adamantoblastomas, quistes multiloculares, tumores odontogénicos mixtos).

Ameloblastomas. Se trata de neoplasmas de tipo embrionario derivados de las células de potencialidad para la formación de esmalte (epitelio bucal, láminas dentales, órganos productores de esmalte ó restos amelogénicos embrionarios). Estos tumores constituyen en principio homólogos sólidos del tejido amelogénico en desarrollo, pero mas tarde se tornan quísticos a expensas de -- sus células estreñadas. Puesto que retrogradan con rapidez y se convierten en quistes, es necesario discutirlos conjuntamente con estas últimas lesiones. La transición de sólida ó quística no ha podido ser observada en una serie de preparados histológicos, pero se ha seguido clínicamente. Las células del ameloblastoma semejantes a -- ameloblastos no se tornan funcionales, es decir no forman esmalte. Los ameloblastomas varían de tamaño, desde agrupaciones microscópicas de células hasta enormes masas que llegan a pesar casi un kilogramo.

El ameloblastoma se encuentra en proporción casi -- igual en hombres y mujeres (predominando en adultos jóvenes) y es cinco veces más frecuentes en el maxilar infe-

-rior que en el superior. Se trata de formaciones persis
téntes que invaden la trabecula ósea y resisten la enu-
cleación. Como consecuencia de ello a menudo presentan--
recidivas tornandose más invasores después de cada opera-
ción. El cuadro histológico del ameloblastoma varia des-
de tumores sólidos como matrices a las del órgano del es-
malte y la lámina dental hasta quistes múltiples revesti-
dos de epitelio, en un denso estroma de tejido conectivo.

Los ameloblastomas también pueden presentarse en la
apófisis provenientes de epitelio aportado por la boca--
primitiva a través del saco de Rathke. Tumores que especi-
ficamos tenían el aspecto de ameloblastomas han sido ha-
llados en la tibia y aun más raramente en el cúbito. No-
pudo establecerse si se trata de verdaderos ameloblasto-
mas.

La posibilidad de clasificar los tumores odontogé--
nicos de la boca es tema que ha sido tratado en varias--
ocasiones. Algunos patólogos bucales han clasificado el
ameloblastoma en varias subcategorías, sobre la base de--
su aspecto histológico es decir: primitivo, plexiforme,
estrellado, folicular y acantomoso.

Una forma con características netas es el odontoame-
loblastoma, que se trata de un ameloblastoma asociado --

con un odontoma que produce tejidos dentales calcificados.

Otra lesión discutida en la actualidad es el adenameloblastoma en la cual sugieren varios autores que esta formado por preameloblastos y proponen la denominación de tumor adenomatoide ameloblástico. Otros autores opinan que se origina en el epitelio adamantino externo, en la pared de un quiste folicular y que las estructuras semejantes a conductos no son de origen glandular sino odontogénico. Esta lesión cualquiera que sea su nombre es menos invasora que la variedad común del ameloblastoma y rara vez recidiva después de una simple enucleación. Clínicamente el hemangiobeloblastoma se comporta como otros ameloblastomas y puede estar constituido por un ameloblastoma vascularizado ó dos tumores benignos en un único lugar.

El fibroameloblastoma tiene tejido conectivo y epitelial de tipo neoplásico semejando tejidos odontogénicos. Se comporta en forma similar al ameloblastoma, al igual que los fibromas odontogénicos en los cuales el elemento neoplásico es tejido conectivo y el tejido no-neoplásico es epitelio de tipo odontogénico.

No resulta claro el lugar ocupado por el tumor odon

-to, gónico epitelio calcificante en esta clasificación. --
Son pocos los casos identificados pero se ven áreas ra--
diolucidas y/o radioopacas, en general vinculadas a un --
diente que no ha hecho erupción. Se ven cuerpos eosinofi
los homogéneos entre grandes zonas de células epitelia--
les claras. Su evaluación clínica es similar a la del --
ameloblastoma.

III.- De retención.

1.- Quistes mucosos (mucocelos).

Los mucocelos son cavidades repletas de una sustancia homogénea que contiene mucina, producto de las glándulas salivales. Se manifiestan como proliferaciones algo esfericas en las glándulas salivales del labio inferior, mucosa bucal, lengua ó piso de la boca. Al parecer suelen ser el resultado de obstrucción de los conductos, dilatación y ruptura de los conductos y acumulación del líquido así derramado en el tejido conectivo. La cavidad semejante a un quiste, esta revestida de tejido conectivo comprimido en lugar de células epiteliales.

El fenómeno de retención mucosa, al que se le atribuye origen traumático, es una lesión que afecta como--- arriba mencionamos glándulas y conductos salivales. Es--- frecuente encontrarlo en ambos sexos y a cualquier edad. Anteriormente se creía que se debía a una obstrucción -- del conducto de la glándula mucosa, las recientes investigaciones han demostrado que la separación traumática, como puede ocurrir en la mordedura ó corte de los labios, es la responsable de la colección de líquido dentro de-- los espacios hísticos, produciéndose así un fenómeno de-

retención mucosa más que un quiste de retención.

Características clínicas.

Podemos encontrarlo en casi todos los lugares de la boca, siendo con mayor frecuencia en la mucosa labial inferior y menos frecuente en la mucosa bucal, el paladar, la parte ventral de la lengua, en piso de la boca y otras.

Su aspecto clínico es variable dependiendo muchas veces de la profundidad de la lesión. Cuando la lesión es superficial se observa como una vesícula elevada y circunscrita variando de diámetro de un milímetro a un centímetro ó más con un tono azulado translucido. Las lesiones más superficiales pueden parecerse a un hemangioma, distinguiéndose éste por el color azul más intenso y su aspecto más firme. Las lesiones más profundas no se reconocen fácilmente debido al engrosamiento de tejidos que la recubren presentandose como un tumor discreto redondo, de superficie lisa, móvil que puede confundirse con un fibroma.

Histopatología.

La mayor parte de estos quistes consisten en una cavidad circunscrita de tejido conectivo y submucosa---

que produce una elevación de la mucosa con el adelgazamiento del epitelio. La cavidad propiamente dicha en raras ocasiones tendrá un revestimiento epitelial, por lo tanto no será un verdadero quiste. Su pared se compone de un revestimiento de tejido conectivo fibroso, comprimido y fibroblastos. No siendo raro la pared de tejido conectivo puede ser esencialmente tejido de granulación, presentando infiltración de abundantes cantidades de leucocitos polimorfos nucleares, linfocitos y fagocitos mononucleares.

Los acinos glandulares salivales adyacentes en la zona del quiste y los correspondientes al conducto afectado suelen presentar alteraciones, las cuales consisten en inflamación intersticial dilatación de conductos intralobulares en acumulación de moco y destrucción de células mucosas en acinos, lo cual origina la formación de minúsculas zonas de moco acumulado.

Tratamiento.

El tratamiento de este quiste es la incisión; si solamente se incide la lesión su contenido saldrá pero rápidamente volverá a llenarse en cuanto la incisión cicatriza. Después de la enucleación se presentarían algunas recidivas, pudiendo evitarlo al eliminar los acinos-

glandulares salivales correspondientes.

2.- Ránulas.

Se trata de cavidades de naturaleza semejante a la de un quiste, que se forman en el piso de la boca a raíz de la retención de líquido en glándula sublingual ó sus conductos (rara vez la glándula submaxilar), ó de manera similar al mucocelo. La ránula comienza a formarse en -- uno u otro lado del maxilar inferior, mediante lenta expansión ocupa todo el piso de la boca. A medida que se -- expande, los tejidos subyacentes adquieren un espesor -- estremadamente delgado y la lesión se torna azulada. Con tiene un líquido mucoso derivado de las células secretoras de las glándulas.

La ránula es una forma de quiste de retención mucosa del piso de la boca que aparece con una frecuencia relativa. La causa de este tipo de quiste se debe a la --- obstrucción traumática de un conducto de la glándula sublingual y con menos frecuencia en la submaxilar.

Características clínicas.

El aspecto clínico de este quiste va a depender de-

su tamaño y profundidad. Con mucha frecuencia la ránula es de tamaño pequeño y superficial de uno a tres centímetros de diámetro, en este caso la lesión se presenta como una masa blanda, redondeada, de superficie lisa, azulada ó rojiza que hace protrusión en un lado del piso de la boca. Cuando la lesión es más grande desplaza la lengua e interfiere en la función bucal, algunas veces la ránula puede ser profunda de manera que el grosor de los tejidos situados por encima tienen su aspecto translucido, en este caso tiene un color rosado normal.

La ránula comienza a uno y otro lado del maxilar-- con un crecimiento expansivo que llena el piso de la boca, a medida que se expanden los tejidos que la circundan adquieren la delgadez de un papel.

Características histopatológicas.

El aspecto microscópico es similar al de quistes de retención más pequeños excépto que a veces hay un de finido revestimiento epitelial. Contienen un líquido mu coso derivado de las glándulas secretoras.

Debido a la posibilidad de existencia de calculos-salivales que esten obstruyendo los conductos, deben --

practicarse radiografías tanto oclusales como extraorales. Sin embargo, en muchos casos la obstrucción no se debe a cálculos si no a residuos orgánicos y entonces-- la radiografía no nos revelará nada.

Tratamiento.

El tratamiento es quirúrgico, puede ser la extirpación completa ó unicamente eliminado el techo del quiste.

Si una lesión radiolúcida en el hueso ó una tumefacción en un tejido blando inducen a pensar en un quiste, casi no existe lesión que en determinado momento no pueda simularlo. Cuando una persona joven recibe un golpe en la mandíbula (especialmente en el ángulo) pueden resultar aplastadas unas pocas trabeculas óseas dando lugar a hemorragia. Esta reacción traducirá en una zona radiolúcida, una cavidad sin revestimiento neto que contendrá restos sanguíneos y tejido conectivo ó aparecerá representada como cavidades óseas vacías.

Se les puede llamar también enfermedades de aspecto quístico de la mandíbula y maxilar. Estas lesiones cumplen uno ó varios pero no todos los criterios de las enfermedades quísticas. Es conveniente enumerarlos ya que muchas veces se encuentran estos quistes en la literatura médica.

En este grupo incluimos los "quistes" óseos ideopáticos (traumático, hemorrágico, solitario, progresivo), el quiste óseo aneurismático, el quiste óseo latente y la cavidad lingual mandibular.

1.- "Quiste" óseo ideopático.

No es a pesar de su nombre una verdadera enfermedad quística, ya que la cavidad carece de revestimiento epitelial no tiene cápsula y muchas veces está vacía. Sin embargo radiologicamente su aspecto es el de un quiste-- ya que se representa como una lesión homogénea y radiolúcida con una periferia curvilínea y bien delimitada.

Aunque no se conoce la etiología exacta de este --- "quiste", se han propuesto que tratan de explicar dicha causa pero ninguna ha sido definitiva. Sin embargo la -- más aceptable es aquella que se refiere a que el origen es de tipo traumático.

Esta teoría nos afirma que una lesión ó un golpe en el maxilar, en los primeros años de vida da lugar a una hemorragia intramedular con la subsecuente resorción del hueso y de la cavidad. Otras teorías nos proponen los siguientes mecanismos etiológicos del "quiste" óseo ideopático que son: una neoplasia benigna intraósea preexistente (como sería un mixoma ó un condroma) que no llegó a desarrollarse, siendo esta reabsorbida y en consecuencia-- la presencia de una cavidad; una infección intraósea tam

-bién produce la formación de "quiste" óseo ideopático; el quiste óseo ideopático puede ser también una anomalía de desarrollo ó hemartoma.

Dicha alteración es poco frecuente y se trata de una enfermedad de la infancia ya que se descubren enfermos cuyas edades oscilan entre ocho y quince años. No hay diferencias en relación al sexo, siendo más frecuentes según los estudios en la mandíbula que en el maxilar.

Se descubren casualmente por medio de una exploración radiográfica habitual, ya que la mayoría de los pacientes no presenta alteraciones clínicas detectables. La lesión es intraósea, radiolucida, su diámetro va de uno a siete centímetros ó más. Su forma puede ser redonda, oval ó elíptica, pudiendo ser en algunos casos de forma multilobulada cuyas ramificaciones se extienden entre las raíces de los dientes contiguos. Los bordes periféricos de las zonas radiolucidas están bien delimitadas y en ocasiones acentuados por una pequeña línea hiperostótica.

En la mayoría de los casos no se presentarán signos de expansión quística ó de agrandamiento, observaremos la mandíbula simétrica y los dientes en su posición nor-

-mal. En otros casos podemos apreciar un ligero movimiento de los dientes y una expansión de la cortical radiográficamente y clínicamente.

Debido a la localización podemos confundirnos con un quiste periapical dentario. El diagnóstico diferencial entre ambos será la vitalidad pulpar. Las técnicas para diagnosticar este tipo de quiste casi nunca presentan alteraciones demostrables, ya que la concentración de fósforo y calcio, la actividad de las fosfatasas alcalinas y el valor del hemograma son normales. Pueden intentarse técnicas aspirativas, pero con resultados erróneos ya que de algunos quistes no obtendremos nada mientras que de otros podremos aspirar un líquido seco ó serosanguíneo.

La principal técnica de diagnóstico consiste en una intervención y exploración quirúrgica. El hallazgo de una cavidad en el hueso que no está rodeada por epitelio y que puede ó no contener líquido bastará para confirmar que se trata de un "quiste" óseo idiopático.

De un aspecto histológico es poco lo que puede decir, ya que como máximo se encuentran diminutos fragmentos quísticos y aunque se sospeche su origen conjuntivo,

la mayor parte de estos quistes son de difícil identificación.

La técnica quirúrgica empleada como medio de diagnóstico nos sirve también como tratamiento de elección. Ya-- que la eliminación de una parte de la corteza bucal esta-- por debajo de la cavidad ósea, la eliminación de residuos orgánicos permitirá que el espacio se llene con sangre de los tejidos contiguos y la recolocación y sutura de los-- tejidos producirá el llenado de la cavidad por el hueso.-- Pudiendo no observarse una curación completa del proceso-- al cabo de unos meses.

"Quiste" óseo solitario.

Es un término usado para referirse a las enfermeda-- des pseudoquisticas del esqueleto, siendo muy parecido al "quiste" óseo ideopático de los maxilares. El quiste óseo-- solitario se observa en la tibia, en el femur, en el húme-- ro y muy raramente en los huesos planos. Su incidencia,-- sus características radiográficas y su aspecto clínico--- son muy parecidos al "quiste" anteriormente mencionado.-- Su aspecto histológico es el de una mínima cantidad de te-- jido fibroso y falta de epitelio.

2.- "Quiste" óseo aneurismático.

El "quiste" óseo aneurismático que se localiza en los maxilares puede parecerse en algunas ocasiones al tumor aneurismático de células gigantes; es una lesión central poco frecuente y única de los maxilares. Este tipo de "quiste" se presenta con más regularidad en otros huesos del sistema esquelético, sobre todo en las vertebras y en los huesos largos y menos a menudo en las manos, etc., más que en los maxilares. La localización más frecuente será en la mandíbula y más raramente en el maxilar.

Los "quistes" óseos aneurismáticos se encuentran frecuentemente en las personas jóvenes al igual que los "quistes" óseos ideopáticos y su diferenciación suele ser difícil tanto clínicamente como radiológicamente.

El "quiste" óseo aneurismático no es una verdadera enfermedad quística puesto que no cumple todos los criterios de esta. Dicho "quiste" se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso muy vascularizado que contiene muchos espacios cavernosos ó sinusoidales ocupados por sangre. Estos espacios pueden presentar trombosis ó no. Los fibroblastos jóvenes son abundantes en el estroma co

-nectivo así como células gigantes.

La etiología y patogenia de esta lesión sigue siendo controvertidas pese a los estudios que se han hecho. La explicación más aceptada es que el "quiste" aneurismático se desencadena por una lesión traumática que da lugar a la ruptura de un vaso sanguíneo y la consecuente hemorragia intramedular, produciéndose la resorción de hueso que da lugar a una cavidad ósea y su contenido.

Los signos clínicos no siempre existen, si los hay son de mínimo valor diagnóstico. En algunos casos no hay ni tumoración y puede que falten los síntomas subjetivos. En estos casos descubriremos la lesión casualmente durante un estudio radiográfico dental habitual. En algunos casos se observa una prominencia ósea pequeña ó moderada de superficie lisa recubierta de tejidos blandos de color normal. A la palpación se puede demostrar una tumoración asintomática de consistencia por lo que puede sugerir una masa semisólida, hipersensible ó ligeramente dolorosa. Los dientes que se encuentran en la región de la lesión suelen no estar afectados ó relacionados con ella, siendo completamente normales.

Las características radiográficas son variables. En algunas ocasiones, el "quiste" óseo aneurismático nos ---

proporciona una imagen que no puede diferenciarse de la de los verdaderos quistes óseos, como son el quiste radicular ó el primordial, es decir una lesión radiotransparente única redondeada ó elíptica con bordes periféricos bien delimitados por una zona hiperostótica. Cuando se localiza entre las raíces de los dientes la lesión se presenta como una zona radiotransparente gris brumosa, que contiene unas finas e irregulares trabeculas óseas que le dan un aspecto de burbujas de jabón ó de panal de miel. Muchas veces esta variedad no se puede distinguir de un mixoma central, de un hemangioma, de un ameloblastoma ó de un granuloma reparativo. Para el diagnóstico definitivo dependerá muchas veces de la exploración quirúrgica y del estudio microscópico de la muestra.

La exploración quirúrgica muestra una cavidad ósea llena de un tejido blando pero muy vascularizado que sangra profusamente y que algunas veces es difícil de controlar.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa y un legrado total invariablemente hay reparación ósea y relleno de la cavidad.

3.- "Quiste" óseo latente.

Se conoce con este nombre a la concavidad lingual-mandibular, describiéndose como una enfermedad quística a pesar de no reunir ninguno de los requisitos de este. Sin embargo, generalmente se cree que se trata de un defecto congénito del desarrollo, una depresión de la superficie lingual de la mandíbula de suficiente profundidad como para dar una imagen radiolúcida bien delimitada.

Muchas veces es necesaria la exploración quirúrgica para diferenciar la concavidad lingual mandibular de otras lesiones de aspecto parecido pero anatomopatológicamente diferente como la neoplasia benigna central, -- los quistes verdaderos e incluso el mieloma. La exploración quirúrgica nos mostrará que el defecto es una depresión ó concavidad de localización lingual, está recubierta por tejidos blandos normales y puede contener tejido linfoide, musculatura estriada, tejido graso ó tejido glandular salival submaxilar. Cuando se encuentran los componentes de la glándula submaxilar principal y -- representa un atrapamiento de tejido glandular.

Por lo general no hay signos ó síntomas clínicos --

detectables. A veces es posible por exploración digital a lo largo de la superficie lingual de la mandíbula palpar una depresión, este dato así como las características radiográficas típicas y la ausencia de manifestaciones locales ó generales de enfermedad ósea son suficientes para hacer un diagnóstico de concavidad ósea mandibular lingual.

Radiologicamente se encuentra una lesión radiolucida de uno a tres centímetros bien delimitada, redonda ó elíptica, homogéneamente oscura que se localiza entre el ángulo de la mandíbula y el primer molar y casi siempre por encima ó debajo del canal mandibular. Raramente se localiza en región de premolares u otros sitios, su localización en la corteza inferior de la mandíbula da lugar a un festoneado ó deformación de esa estructura.

Debido a que esta lesión no tiene significado patológico no se debe realizar ningún tratamiento, pero será necesario una exploración quirúrgica por objetivos-- únicamente diagnósticos.

.. CAPITULO CUARTO ..

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección de los quistes dependerá del tipo de quiste que se trata. Siendo el mejor tratamiento la escisión total. En algunas ocasiones será necesario modificar este criterio con el fin de acomodarse a situaciones particulares, tales como las que se producen en aquellas lesiones extensas en que la eliminación y enucleación podrían ser causa de una fractura. Además de la enucleación existe también la marsupialización como método de tratamiento de los quistes.

Para llegar a realizar un buen tratamiento y que éste tenga éxito debemos tomar en cuenta ciertos principios quirúrgicos con los siguientes pasos operatorios:

Colgajo. Una vez que se ha decidido la vía de abordaje del quiste, se hará un colgajo mucoperiostio de forma que se produzca un obstáculo mínimo en el aporte sanguíneo. Siempre que sea posible se hará incisión en el pliegue mucobucal como continuación de la incisión oclusal. Siendo esto preferible en las incisiones que se extienden desde cada extremo del corte horizontal, con lo cual se produce un grave obstáculo en el aporte de sangre procedente de tres direcciones. La incisión debe ser siempre aguda para evitar el desgarre de los tejidos.

El colgajo se deberá separar y deslindar del hueso subyacente con un periostomo. Al despegar grandes colgajos podemos colocar un pedazo de esponja sobre la hoja del periostomo, con lo cual será más fácil separar el periostio del hueso subyacente.

El colgajo deberá realizarse de manera que una vez finalizada la intervención, la sutura se practique sobre hueso sólido. Si el colgajo no cumple con los requisitos antes mencionados y la sutura queda sobre una zona sin hueso, el colgajo se puede colapsar dentro de esta área. Lo que puede originar desgarros, infecciones y escarificaciones de los tejidos blandos, también puede constituir una puerta de entrada para la contaminación directa de la cavidad dentro del hueso.

Sutura. Esta deberá de ser de forma expeditiva. Con seda del número tres ceros aunque también puede usar catgut, suturas de nylon ó las de algodón que se eliminan a los cuatro ó cinco días. En ocasiones es útil pasar ligaduras alrededor de los cuellos de los dientes para mantener el colgajo en posición.

Cierre. El cierre primario del colgajo una vez que se ha extraído el quiste, será el procedimiento de elección. Sobre todo cuando no existe infección. La obliteración del espacio formado se puede conseguir por la propia presencia del coágulo sanguíneo o mediante la introducción de Gelfoam u Oxycel en el interior de la cavidad. Los injertos intraorales de banco de hueso con empleo general de antibióticos han tenido éxito en las cavidades quísticas no infectadas. Sin embargo el procedimiento que proporciona más seguridad es permitir que la cavidad cure y cicatrice sin adhesión de un relleno.

Las cavidades quísticas infectadas se pueden tratar colocando un drenaje de gasa simple ó de gasa yodoformica en la cavidad antes de suturar el colgajo. El drenaje se puede ir eliminando gradualmente durante los días siguientes hasta quitarlo por completo.

Cauterización. Durante muchos años se ha empleado la cauterización química de la cavidad ósea, que consiste en pincelar la cavidad con un agente cáustico como el fenol y el nitrato de plata y neutralizarla posteriormente con alcohol. La dificultad que representa este tratamiento es que el agente cáustico destruye las células

-las epiteliales que hayan podido quedar.

Existen varias objeciones contra el empleo de los -
agentes cáusticos ya que son un insulto adicional al hues
so, en la mandíbula el agente neurovascular puede lesio-
narse cuando el canal ha quedado expuesto en el maxilar,
los agentes cáusticos pueden lesionar la mucosa que ta--
piza el antro. Por lo anterior cuando se ha realizado --
una técnica quirúrgica cuidadosa el empleo de agentes --
cáusticos no está recomendado.

1.- Enucleación.

Una vez que se ha obtenido el colgajo mucoperiostico y se ha reflejado se realiza una ventana en la cortical ósea, algunas veces esta abertura ya esta presente y solo es necesario agrandarla. La ventana se puede practicar con un martillo y osteotomo, pinzas gubias ó una fresa para hueso. Cuando se utiliza la fresa se realizan -- una serie de agujeros de alrededor de cinco milímetros-- sobre la zona de la lesión quística determinada radiográficamente, después se unen las perforaciones por medio-- de un cincel que permite la fácil eliminación de la lámina ósea, para eliminar este hueso se pueden emplear unas pinzas gubias ó socabadas. La ventana tendrá un tamaño - suficiente como para permitir un fácil acceso que vacíe la cavidad quística. El quiste se separará completamente de las paredes óseas por medio de curetas ó periostomos-pequeños. En la mandíbula cuando el canal mandibular está relacionado debe tenerse especial cuidado al separar las paredes quísticas a lo largo del canal. En el maxilar se debe tener precaución si el quiste ha penetrado-- en el antro maxilar ó si la atrofia producida por la lesión ha creado una delgadísima capa de separación entre la pared quística y el antro. Cuando se ha enucleado un-

dentígero conviene eliminar el diente, en cuyo folículo se ha desarrollado el quiste. Si el diente es de considerable importancia se reimplantará posteriormente en un canal labrado en el hueso para su erupción posterior.

Muchos dientes con quistes periapicales sobre todo en la parte anterior, se pueden conservar combinando tratamientos conservadores con la cirugía apical. La técnica se practica en una sola intervención obturando los conductos radiculares, apicectomía y quistectomía.

2.- Marsupialización.

La marsupialización consiste en la eliminación de una considerable cantidad de mucoperiostio de recubrimiento del hueso y de la pared quística adyacente en la evacuación del quiste mediante aspiración y legrado suave.-- El reborde de la mucosa se sutura al borde incidiendo la pared quística en toda su circunferencia. Se coloca un poco de gasa en el interior de la herida, cambiandola a intervalos de tres a cuatro días hasta que el quiste disminuya de tamaño. Con el tiempo el quiste queda completamente obliterado y el hueso remodelado.

Está técnica requiere un control y una vigilancia -- continua para evitar la acumulación de partículas de alimentos y otros detritus. También existe el peligro de que se formen nuevos quistes a partir de la membrana quística que ha quedado.

En lo posible se debe evitar la marsupialización, -- siendo más segura la enucleación completa del quiste. Si el quiste es demasiado extenso para la inmediata enucleación se practicará un drenaje y un taponamiento con yodoformo, hasta que haya disminuido lo suficiente para permi

tir su eliminación completa.

Tratamiento de los quistes muy extensos.

Cuando el quiste es tan grande que se teme que se-- produzca una fractura quirúrgica, se aconseja aplicar barras y ferulas en los dientes antes de la intervención.- Si se produce una fractura se puede aplicar la fijación- inmediata. En lesiones muy extensas es mejor abrirlas y- practicar una biopsia. En el momento en que se exteriori- za se colocarán directamente en la cavidad quística una- gasa yodoformica que se cambiará periódicamente, además- de los drenajes el yodoformo se ha usado con mucho éxito los tubos de plata y de plástico. Con esta técnica se colapsa el cuerpo del quiste permitiendo el relleno del espacio quístico por compresión del nuevo hueso que se forme por fuera del quiste. Cuando se ha formado la canti-- dad de hueso suficiente se debe enuclear todo el quiste- y practicar un cierre primario.

3.- Complicaciones.

Infección. Los quistes con infección aguda se trata rán en dos etapas: control de la infección aguda e inter vención quirúrgica definitiva para erradicar el quiste. La primera fase se controla mediante un drenaje y un tra tamiento con antibióticos. Una vez que ha cedido la fase aguda, el quiste se debe enuclear dejando un drenaje si existe pus residual. Los antibióticos se continúan duran te cinco a siete días postoperatoriamente.

Los quistes con infección crónica se pueden elimi-- nar sin el drenaje inicial ya que existe una localiza--- ción de la infección. También está indicada la cobertura antibiótica dependiendo de cada caso se establecerá la - colocación de un drenaje en la herida y de la sutura pri maria.

Las infecciones postoperatorias se controlarán lo-- calmente con irrigaciones y taponamiento de la cavidad-- ósea y mediante el empleo de antibióticos. Las cavidades óseas que han quedado abiertas deben irrigarse frecuente-- mente con el fin de evitar la acumulación de restos de-- alimentos.

Fracturas. Las fracturas espontáneas ó patológicas que se deben a la formación quística son una complicación relativamente rara, a pesar que en algunos quistes-dentígeros alcanzan grandes tamaños. Las fracturas que podemos producir durante las intervenciones quirúrgicas se pueden evitar si se realizan con cuidado y con una técnica traumática.

Donde existen grandes quistes no es raro encontrar fracturas traumáticas. Algunas veces son el primer indicio de la existencia de una zona patológica. Cuando se produce la fractura traumática en una zona quística su tratamiento resulta un verdadero problema. Primeramente hay que eliminar completamente el quiste, entonces se reducirá y estabilizará, si el quiste esta infectado hay que drenarlo, tratar la infección y luego reemplazar la parte pérdida mediante un injerto óseo.

— CAPITULO QUINTO —

CONCLUSIONES

La mayoría de los quistes se llegan a localizar mediante el estudio radiográfico, dicho estudio debe ser--realizado como un procedimiento de rutina por el Cirujano Dentista.

Si se sospecha de la existencia de un quiste al realizar el estudio radiográfico el paciente deberá ser remitido al especialista en Cirugía bucal, para que esta a su vez realice la historia clínica pertinente y un mejor estudio radiográfico para que así nos pueda confirmar ó negar la existencia del padecimiento.

Llegando a la conclusión de que los quistes más frecuentes son los quistes radiculares.

Se dice que un granuloma es una predisposición a un quiste. Los quistes son esteriles y asintomaticos pero--podemos encontrarlos también infectados. Generalmente --los quistes de la cavidad oral y cuello no tienden a malignizarse.

La finalidad de esta tesis fué reunir de varios autores sus conocimientos, nuevas aportaciones y conceptos actuales. Así como algunas teorías, encontrando diversidad en algunas y afinidad en otras para lograr obtener--nuestros propios criterios.

Muestro como ya mencione conceptos actuales y exploraciones clínicas que faciliten un diagnóstico más completo y preciso. Para así llevar a cabo una buena intervención ya sea para su tratamiento cuando se presente alguno de los quistes enunciados ó para su prevención.

Debido a la gran cantidad de quistes que existen, espero sea útil a mis compañeros estudiantes de Odontología y Cirujanos Dentistas para facilitarles el estudio y conocimientos de estas lesiones así como su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Archer W. H. "Cirugía bucal" .
Tomo II 2a. Edición, Editorial
Mundi, S.A. C.I.F.
- 2.- Burker W. Lester. "Medicina bucal diagnóstico
y tratamiento".
Traducido a la 2a. Edición
Editorial Interamericana, S.A.
1954 México, D.F.
- 3.- Costich- White. "Cirugía bucal".
1a. Edición en español, Edito-
rial Interamericana.
- 4.- Guralnick, Walter C. "Tratado de Cirugía oral"
Salvat Editores, 1971.
- 5.- K. H. Thoma "Patología bucal".
Tomo I.
- 6.- Orban Balnet. "Periodoncia" .
1a. Edición . Editorial --
Interamericana S.A. 1960
México, D.F.

- 7.- S. N. Bhaskar. "Patología bucal".
2a. Edición . Editorial El Ate-
neo 1974 Buenos Aires Argentina.
- 8.- Shafer William. "Patología bucal":
Editorial Mundi 1961 Buenos --
Aires Argentina.
- 9.- Walter c. Gurelnick. "Tratado de Patología Oral"
Salvat Editores 1971 Bar-
celona España.
- 10.- Zegarelli V. Edward. "Diagnóstico en Patología
Oral".
Reimpresión Salvat edito-
res S.A. 1974 España.