



2ej. 83

Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala

U. N. A. M.

CARRERA DE: CIRUJANO DENTISTA

**"QUISTES DE LA CAVIDAD BUCAL
Y SU TRATAMIENTO"**

MANUEL SALVADOR CASTRO MIRANDA

Y

MARIA ERNESTINA FONSECA MIRANDA

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.

I N D I C E

Introducción.

TEMA I.

QUISTES BUCALES

Definición.

Generalidades.

Clasificación.

TEMA II.

QUISTES DE TEJIDOS DUROS

Tipos.

Sitios de presentación.

Características clínicas.

Diagnóstico radiográfico.

TEMA III.

QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS

Métodos de diagnóstico.

Tipos.

Sitios de presentación.

Características clínicas.

TEMA IV.

TECNICAS DE TRATAMIENTO

Enucleación.

Canalización.

Marsupialización.

TEMA V.

REVISION DE DIEZ CASOS CLINICOS TRATADOS A NIVEL INSTITUCIONAL COMPLETADO CON MATERIAL FOTOGRAFICO.

CONCLUSIONES.

BIBLIOGRAFIA.

P R O L O G O

El propósito fundamental de nuestro presente trabajo de Tesis, es llevar a cabo una investigación actual y concienzuda de las lesiones bucales conocidas como Quistes de los Maxilares.

Para tal efecto, se realiza una consulta bibliográfica acerca del tema e indagando sobre algunos casos reales, que serán narrados en esta tesis, y que han sido estudiados en una clínica periférica de la ENEP-IZTACALA, como es la Clínica ACATLAN, -- así como en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE.

Por otra parte, pretendemos destacar la importancia que tienen estos padecimientos para despertar un poco más el interés entre los Cirujanos Dentistas, que aunque no se dediquen a esta rama específicamente, sepan resolver algunos casos de éstos, -- pues por su relativa frecuencia y sencillez de tratamiento es menester sean abordados por el Odontólogo general. No obstante, éste procurará reconocer sus limitaciones y concientizarse de que los casos clínicos de solución difícil tendrán remisión al especialista.

El tema nos agradó bastante, dado que es muy apasionante, quizá también por la gran confusión a que se prestan estas lesio-

nes, por su similitud con otras entidades patológicas, tanto -
clínica como radiográficamente, y finalmente por la estrecha -
relación de estas alteraciones con la Cirugía Bucal.

Es por lo tanto necesario insistir en la elaboración de una --
historia clínica completa de cada paciente, sin menospreciar -
ningún dato que nos pueda ser proporcionado por el mismo, así-
como por la observación clínica cuidadosa, complementando con-
el estudio radiográfico e histopatológico, lo que nos guiará -
al establecimiento de un diagnóstico correcto y el posterior -
tratamiento adecuado.

Los Sustentantes.

TEMA I.

QUISTES BUCALES.

QUISTES BUCALES.

DEFINICION.

El Quiste Bucal se ha considerado, según la Asociación Americana de Patología Oral, como una cavidad en forma de saco, - de tipo patológico, conteniendo en su interior una sustancia líquida o semilíquida, y que histológicamente está compuesto por un revestimiento epitelial interno delimitado por una pared de tejido conectivo, localizado anormalmente en el espesor de los tejidos tanto duros como blandos.

GENERALIDADES.

Sabemos científicamente, que dentro de la médula de los huesos maxilares (tanto maxila como mandíbula) existe la manifestación de un tejido de tipo epitelial, hecho que los hace diferir de los demás huesos del cuerpo humano.

Al mismo tiempo, se ha visto que este epitelio puede provenir de dos fuentes muy importantes, como son: epitelio de origen odontogénico y epitelio de origen no odontogénico.

La primera fuente va a estar dada por los vestigios del órgano adamantino u órganos de esmalte no desarrollado, o bien, - por restos epiteliales de Malassez.

La segunda fuente o epitelio no odontogénico se encuentra casi exclusivamente en la maxila, representado por los restos epiteliales que envolvían a los procesos embrionarios formadores del maxilar superior.

En consecuencia, se deduce que estos residuos se hallan entre los espacios de fusión de los procesos embrionarios; por ejemplo, uno lo constituye la línea media del paladar donde-

se unen los procesos palatinos, otro lo forma la región comprendida entre los caninos e incisivos laterales del maxilar superior en el cuál se juntan los procesos globular y maxilar, y finalmente en el área del piso de la narina en la que se fusionan los procesos nasal medio y lateral con el proceso maxilar.

Por otra parte, cabe decir que también se encuentra epitelio no odontogénico en otras áreas adyacentes al maxilar; en relación con lo expresado, podríamos ejemplificar al canal nasopalatino (embriológicamente fué conducto y comunicaba la cavidad nasal con la bucal), así como a la papila incisiva y la zona retromolar de la mandíbula. Igualmente es posible percatarse de inclusiones epiteliales de glándula salival, no obstante son contadas las ocasiones.

Concluyendo, podemos decir que en los maxilares se van a presentar dos tipos esenciales de lesiones quísticas auténticas, o sea, los quistes de naturaleza odontógena y los de naturaleza no odontógena.

Existe un tercer grupo de quistes, en tejidos blandos llamados Quistes de Retención, que aunque no son propiamente verdaderos se han establecido así por reunir la mayoría de las características de estas lesiones, y de la misma manera serán tratados en esta tesis.

Para desarrollar explícitamente cada uno de los tópicos referente a las lesiones quísticas, hemos obtenido una clasificación basándonos en todo momento con la idea dada por cada uno de los autores Bhaskar, Thoma y Guralnick. En lo personal, consideramos que son las más accesibles tomando en cuenta su terminología.

Así mismo, también nos vimos en la necesidad de suprimir un pequeño grupo de la misma, como es el renglón de los Quistes Congénitos o Disontogénicos por el hecho de que no serán vistos en nuestra tesis, pues el enfoque estará específicamente hacia los Quistes Intraorales.

A pesar de todo, no tenemos nada en contra de las clasificaciones de otros autores, es más, pensamos en la estrecha interrelación entre cada una de ellas, sólo que difieren un poco en terminología.

CLASIFICACION.

I. QUISTES ODONTOGENICOS.

A) Quistes Foliculares.

1. Quiste primordial.
2. Quiste dentífero.
3. Quiste multilocular.

B) Quistes Periodontales.

1. Quiste radicular (periapical).
2. Quiste residual.
3. Quiste lateral.

II. QUISTES NO ODONTOGENICOS.

A) Quistes Fisurales.

1. Quiste palatino mediano.
2. Quiste alveolar mediano.
3. Quiste globulomaxilar.
4. Quiste nasopalatino.
5. Quiste mandibular mediano.
6. Quiste nasopalatino.

B) Quistes Oseos.

1. Quiste traumático.
2. Quiste o cavidad ósea ideopática.
3. Quiste óseo aneurismático.

C) Quistes de retención o Pseudoquistes.

1. Ránula.
2. Mucocele.

TEMA II.

QUISTES DE TEJIDOS DUROS.

QUISTES DE TEJIDOS DUROS

Los quistes que se presentan en los tejidos duros de la cavidad bucal los vamos a ver divididos en dos grandes categorías de acuerdo a su origen histológico, es decir, los Quistes de tipo Odontogénico y los Quistes de tipo no Odontogénico.

En esta ocasión empezaremos por analizar primero los que tienen procedencia odontógena, de los cuales se sabe que comprenden dos pequeños grupos:

A) Quistes Foliculares

1. Quiste primordial
2. Quiste dentífero
3. Quiste multilocular

B) Quistes Periodontales

1. Quiste radicular
2. Quiste residual
3. Quiste lateral

Quistes Foliculares.

Los quistes foliculares son lesiones crónicas que pueden tener dos caminos etiológicos, uno, en un germen dentario antes de la formación de esmalte-dentina, y otro, en las células epiteliales de la lámina dentaria.

Dentro de este grupo se han estudiado tres tipos principales: Quiste primordial, dentífero y multilocular.

Quieste primordial.- El quiste primordial como consecuencia de un trastorno prematuro del desarrollo de un germen dentario, el cuál, antes de diferenciarse lo suficientemente como para formar un diente, degenera en una lesión quística. Según Bhaskar, este quiste es muy poco frecuente y desde el punto de vista clínico casi siempre va a tener relación directa con un diente ausente, cuando no sea el germen de un supernumerario la causa.

La lesión está formada por un epitelio escamoso estratificado y puede tener estructura locular.

Ahora bien, por el simple hecho de tener formación a partir del epitelio bucal primitivo, es factible que desarrolle Ameloblastomas, dado que sus células tienen capacidad en un momento oportuno para tal efecto.

Esta lesión quística se hace presente en la segunda o tercera década de la vida.

El sitio de presentación generalmente es en la zona de los molares (en especial, en la región del tercer molar mandibular; no obstante pueden aparecer en cualquier área dentaria), y suelen abarcar incluso, hasta la rama ascendente; observándose con mayor frecuencia en adultos jóvenes. (Dibujo, ver Fig. 1).

Quieste dentífero.- Son todos aquellos quistes nacidos a expensas de los sacos foliculares, que rodean las coronas dentarias en vías de desarrollo. Por lo tanto, contiene en su interior la corona de un diente que no ha hecho erupción.

A pesar de esto, si se forma una lesión de esta naturaleza cuando un diente a erupcionado se le llama quiste de erupción.

Se estima que el quiste dentífero es el más común de entre los foliculares (aproximadamente en un 95%), y aún se manifiesta más en los varones que en las mujeres.

Para Krüger, no debemos olvidar que tanto el quiste primordial como el dentífero significan unos ameloblastomas en potencia; por el sencillo hecho de la formación de germen en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la luz de la lesión pueden constituir el del tumor dental. De ahí que otros autores les denominen quistes neoplásicos (en el caso de Zegarelli).

Histológicamente está revestido de un epitelio escamoso estratificado, y su pared de tejido conjuntivo contiene haces de colágena, con infiltración leve de plasmocitos y linfocitos.

El sitio de presentación se realiza en un 70% para la mandíbula y de un 30% para el maxilar superior.

El tercer molar inferior y el canino superior son las estructuras dentarias más afectadas, pero también es costumbre el descubrirse en el ángulo mandíbular, cavidad antral y piso de la órbita. (Dibujo, ver Fig. 2).

Quiste multilocular.- Al parecer este tipo de quiste está compuesto por un conjunto de quistes primordiales, bien delimitados, mismos que pudiesen estar unidos entre sí, o bien, separados unos de otros por tabiques óseos; sin embargo, dando siempre un aspecto multilocular, como "pompas de jabón". Un detalle muy importante de esta patología es que puede ser de carácter hereditario.

Presentan revestimiento epitelial escamoso estratificado, en determinadas situaciones este epitelio contiene queratina.

Los quistes multiloculares logran extenderse desde la zona - del tercer molar hasta la rama ascendente e incluso hacia la parte anterior o cuerpo mandibular. (Dibujo, ver Fig. 3).

Quistes periodontales.- Los restos epiteliales presentes en la membrana periodontal son capaces de hacer un quiste, todos con carácter inflamatorio, dentro de este grupo se consideran tres tipos muy importantes: quistes radicular, residual y lateral.

Quiste radicular.- También se les conoce con el nombre de periapical, siempre lo vamos a encontrar asociado a una infección pulpar, puesto que serán originados por todos aquellos granulomas que posean epitelio de Malassez, en relación al ápice de un diente. Categóricamente está demostrado ser el más frecuente entre los quistes de los maxilares.

A grandes rasgos, el fenómeno inflamatorio provoca que exista proliferación celular epitelial, en forma de cadenas; de este modo se encierra el tejido granulomatoso, por lo tanto, va a degenerar para transformarse en un estado de licuefacción. A partir de ese momento aparece una cavidad, y el quiste crece por expansión, provocando resorción o atrofia ósea a causa de la presión que ejerce sobre las estructuras que lo circundan, entonces se apone una capa de hueso condensado (llamada "lámina dura") alrededor del quiste.

Dentro de la bolsa quística es posible encontrar: suero, co-

lesterol, fluídos, restos necróticos, etc.

La localización es exclusivamente en la región periapical -- del diente razón por la cuál otros autores lo llaman "Quiste del final de la raíz" (Zegarelli). (Dibujo, ver Fig. 10).

Quiste residual.- Se usa este nombre para señalar a un quiste de naturaleza radicular, que ha pasado inadvertido una -- vez realizada la extracción de la estructura dentaria que le dió origen.

Por otra parte, es posible observar el caso de que en un - - principio sólo se trate de un granuloma, que en un tiempo -- posterior a la extracción se transforma hasta convertirse en un verdadero quiste.

Esta patología se descubre ocasionalmente, en un exámen radiográfico de rutina en la cavidad bucal.

Su sitio de presentación es específicamente en áreas edéntulas. (Dibujo, ver Fig. 11).

Quiste lateral.- Los quistes llamados laterales, representan alteraciones periodontales, patológicas, resultando directamente responsable una inflamación crónica de la membrana --- periodontal; para esto, juegan un papel muy importante los - restos epiteliales de Malassez, que como ya mencionamos, están contenidos en la membrana.

Tanto su origen como su crecimiento suceden de manera análoga que en los quistes radiculares. (Dibujo, ver Fig. 12).

Características clínicas de los Quistes Foliculares y Perio-
dontales.

Los quistes foliculares por lo regular son asintomáticos (a-
menos que se infecten agudamente), se detectan por inspec- -
ción clínica al empezarse a notar una asimetría facial; és- -
tos pueden darse en tal magnitud que provocan desplazamiento
de estructuras dentarias. Por ejemplo, en la mandíbula, pue-
den comprometer todo el cuerpo mandibular o incluso la rama-
ascendente de la misma; en tanto que en el maxilar superior,
son capaces también de involucrar grandes porciones despla- -
zando senos orbitales y paranasales, pero sin invadirlos.

El doctor Ríes Centeno, menciona que cuando un quiste de ése
tipo llega a provocar datos de dolor, y no se encuentren sig-
nos de infección, puede ser efecto de la presión de la bolsa
quiste sobre algún nervio importante.

En la etapa en que la patología quística ha evolucionado - -
enormemente, el hueso nos muestra una delgadez, semejándose-
bastante a una "cáscara de huevo"; tan es así, que al presio-
nar con el dedo sobre la región alterada se capta una sensa-
ción de "crepitación", en la que al dejar de oprimir se nota
como si la cortical volviese a su lugar al dejar de presio- -
nar.

Aunque las probabilidades son casi nulas, pero existe la po-
sibilidad de que se produzca una fractura patológica, en el
momento en que los quistes han avanzado al grado que la del-
gidez ósea lo predispone.

Como ya afirmamos previamente, los quistes odontogénicos sue-
len no manifestar síntomas clínicos significativos; no obs- -
tante, hay determinados casos que son capaces de infectarse-

de una forma tan aguda dándonos manifestaciones clínicas de inflamación, tumefacción, incrementos de temperatura y una considerable leucocitosis.

Los quistes del maxilar superior tienen la manera de invadir la cavidad antral, repercutiendo en una sinusitis severa, -- aunque también se dá el caso de ocurrir lo contrario; es decir, el quiste estando estéril puede ser contaminado por la enfermedad del seno.

Clínicamente, los quistes foliculares o neoplásicos, podemos apreciarlos como una protuberancia, de superficie un tanto lisa, rosácea, con una marcada dureza; pese a esto igualmente, en otros casos se ven como una tumefacción más grande, - en color azulado o rojo pálido. Del mismo modo, se dan situaciones de trayectos fistulosos en la parte central de la tumoración, a través del cual puede canalizarse un exudado seropurulento e inclusive serosanguinolento.

Los quistes periodontales (radiculares, laterales) casi siempre acostumbran tener dimensiones limitadas, y no obstante - de su origen inflamatorio, nunca tendremos capacidad para de terminar un neoplasma como en el caso de los neoplásicos.

Las características clínicas de los quistes residuales son - muy semejantes a la de los radiculares, con la simple diferencia que los primeros siempre se localizan en zonas donde uno o más dientes están ausentes.

Diagnóstico radiográfico.

Es obvio que para llegar al diagnóstico correcto de los quistes odontogénicos se sigan ciertos principios clínicos, histopatológicos y radiográficos, dada la dificultad para diferenciarse ante otras patologías de los maxilares. En cualquier estudio radiográfico de estos quistes, solamente obtendremos datos acerca de su localización y el grado de extensión en las estructuras óseas y en las piezas dentarias.

En términos generales, los quistes de carácter odontógeno, se podrán apreciar como una zona radiolúcida, redondeada, elíptica o lobular (aunque también pueden ser multilobulares), bien delimitada, y que muchas veces ésta demarcación puede hacerse más notoria a través de una línea delgada y blanquesina, que contornea toda la bolsa quística.

Esto obedece a la formación de una capa densa y compacta de hueso por una esclerosis del mismo, a consecuencia de la presión ejercida por el líquido quístico.

Regularmente, éste tipo de lesiones, presentan un contorno liso, circular o lobular; no obstante, si en el quiste ya se hizo presente una infección secundaria, los contornos tienden a manifestarse irregulares.

Características radiográficas particulares de los quistes odontogénicos.

Quiste primordial: existe la manifestación de una zona radiolúcida, única y circular, pudiendo ser ovalada o elíptica. En contados casos crece más de 2 cm. de diámetro; pero cuando llega a hacerlo, tienden a expandir la cortical, con el consecuente desplazamiento de dientes. Son capaces de involucrar la rama ascendente o el cuerpo mandibular.

Quiste dentífero: Se observa en la radiografía una zona radiotransparente, claramente delimitada, misma que rodea la corona de una pieza dentaria que no ha erupcionado. El quiste dentado es capaz de llegar a un tamaño tan considerable que destruye gran parte de la rama. También es uno de los quistes que desplaza dientes.

Quiste multilocular: al estudio radiográfico se visualizan dos o más zonas radiolucencia, bien demarcadas (muy parecidas al quiste primordial); pueden estar comunicadas entre sí, o bien, separadas por delgados tabiques óseos; pero siempre dando un aspecto multiquístico, semejantes a "pompas de jabón". En su mayoría, son de varios cm. de diámetro de crecimiento, puesto que su distancia de extensión es variable, se le observa desplazando raíces de molares adyacentes.

Quistes radicular: se caracteriza radiográficamente por una rarefacción ósea, radiolúcida, circular, cuya situación está dada en el periápice de un diente asociado con una necrosis del órgano pulpar. De la misma manera aparece un ensanchamiento de la membrana periapical. La forma y tamaño son muy inconstantes, pero dicen unos autores que casi siempre es mayor que un granuloma dentario. Su extensión es posible a dos o más dientes.

Quiste residual: ante los rayos X, el quiste residual presenta características idénticas al radicular, con la única excepción de que el residual siempre se ubicará en una zona desdentada.

Quiste lateral: encontraremos un área radiotransparente, que lo mismo puede ser redonda que ovalada (para Bháskar es más frecuente su estructura ovalada). Tiene predilección por la mandíbula, en caninos y premolares. Por su tamaño relativamente pequeño, solamente se extiende hacia las raíces de dientes contiguos.

Los quistes fisurales o del desarrollo tienen un antecedente de origen cuando se presenta una alteración de la función ósea durante la etapa de su desarrollo embrionario. Es decir, que en el momento de unión embrionario de algunos procesos óseos faciales, se va quedando atrapado entre éstos un tipo de tejido epitelial (llamado restos epiteliales), y que, posteriormente, por causas desconocidas, este empieza a multiplicarse, de tal manera que a la postre forma un quiste fisural.

De los quistes fisurales no odontogénicos, se conocen seis tipos muy importantes:

A) Quistes fisurales

- 1) quiste palatino mediano
- 2) quiste alveolar mediano
- 3) quiste globulomaxilar
- 4) quiste nasoalveolar
- 5) quiste mandibular mediano
- 6) quiste nasopalatino

Quiste palatino mediano y Quiste alveolar mediano: Estas dos lesiones quísticas tienen la particularidad de manifestarse en la línea media del paladar duro del maxilar superior, o sea, en la línea de unión de los procesos palatinos.

El quiste palatino mediano se sitúa exactamente en la mitad de dicho paladar, en tanto que, el quiste alveolar mediano también lo hace sobre ésta línea, pero más anterior y próximo al proceso alveolar. (Dibujos, ver Fig. 4 y 5).

Desde el punto de vista histológico, ambas patologías presentan un saco de tejido conjuntivo y con un revestimiento de epitelio estratificado, conteniendo cristales de colesterol en el interior de la cavidad.

Quiste globulomaxilar. - Es una bolsa de tejido conectivo, de estructura piriforme, que se desarrolla a base de restos epiteliales que han quedado incluidos en la línea de fusión del proceso globular con el proceso maxilar, durante la etapa embrionaria.

Su ubicación es, exclusivamente, en el espacio comprendido entre el incisivo lateral y el canino del maxilar respectivamente. (Dibujo, ver Fig. 6).

La observación microscópica nos revela una bolsa compuesta por tejido conectivo y revestimiento epitelial estratificado.

Quiste nasoalveolar. - Propiamente no es un quiste de tejidos duros, sino que se asienta en tejidos blandos; sin embargo se le ha incluido dentro de este grupo, por el simple hecho de tener origen fisural.

Aunque se localice en tejidos nobles, es capaz de inducir una resorción del hueso.

El doctor Archer menciona que el quiste nasoalveolar es de los quistes fisurales considerados como más raros y también nos habla de la tendencia de tal alteración por la raza negra.

La situación del quiste nasoalveolar es fundamentalmente en la base de las narinas, a nivel de la inserción del ala de la nariz. (Dibujo, ver Fig. 7).

El estudio histológico nos enseña un tejido conjuntivo cuyo interior está tapizado por epitelio nasal, aunque pudiese notarse la presencia de células escamosas estratificadas.

Quiste mandibular mediano.- En la misma magnitud que el anterior, es considerado dentro de las alteraciones quísticas muy poco frecuentes. No obstante la situación de éste en la línea de unión de los dos procesos mandibulares, inciertamente se ha estimado como quiste de tipo fisural, puesto que, para Bhaskar, no se conoce ningún dato de tejido epitelial embrionario en la línea media del cuerpo mandibular.

Pese a que otros autores opinan diferente, Bhaskar sostiene que es más obvio pensar en quistes primordiales, provocados por gérmenes dentarios accesorios.

El quiste mandibular mediano ocasiona desplazamiento de las raíces de los incisivos centrales, pero sin involucrar para nada al órgano pulpar. Pueden extenderse hacia toda la parte anterior de la mandíbula. (Dibujo, ver Fig. 8).

Quiste nasopalatino.- En contraposición con el mandibular mediano, es el quiste con mayor índice de presentación dentro del grupo de los fisurales no odontogénicos (aproximadamente en un 54% en estadística realizada por Bhaskar); es factible de hacerse presente tanto en el conducto incisivo, como en la papila incisiva. (Dibujo, ver Fig. 9).

A groso modo, la situación de la lesión quística es por encima y detrás respecto al quiste alveolar mediano.

Quistes óseos.- Se les ha llamado convencionalmente "quistes", por mostrarse casi como tales en cuanto a la morfología y estructura. Al igual que los verdaderos quistes, se observan como zonas radiolúcidas bien circunscritas, pero carecen de revestimiento epitelial y lámina dura alrededor de la radiotransparencia; generalmente estas cavidades están vacías y secas, sin embargo, a veces pueden guardar suero en pequeñas cantidades, fibrillas atróficas y pigmentos negros.

Por lo regular, suele existir un antecedente de traumatismo y el sitio de predilección es mandibular.

Los quistes óseos se clasifican en tres tipos para su estudio:

A) Quistes óseos

- 1) quiste traumático:
- 2) quiste o cavidad ósea idiopática
- 3) quiste óseo aneurismático

Quiste traumático: Los autores lo han nominado de distintas maneras, quiste solitario, quiste hemorrágico, etc.

Etiología : La etiología aún no se sabe con precisión, no obstante, han surgido por ahí algunas teorías aunque no completamente satisfactorias. Por ejemplo, la que tiene más aceptación es aquella que se apoya en un origen traumático; así existe otra haciendo alusión a una neoplasia benigna intraósea preexistente que no llega a desarrollarse, se absorbe y deja como se queda una cavidad vacía, de la misma manera, otra teoría asegura que una anomalía del desarrollo puede desencadenar este tipo de Pseudoquiste..

Conclusiones: suele hacerse más notorio en los varones que en las damas, sobre todo en personas menores de 20 años.

El canino inferior, así como la rama ascendente y la sínfisis mentoniana, son las zonas anatómicas predilectas de estacionamiento para el quiste traumático.

Clínicamente es asintomático en lo absoluto, no obstante el ensanchamiento mandibular a que da lugar en ciertos casos.

Por otra parte, la vitalidad pulpar no se ve comprometida, a pesar de haber un dato previo de traumatismo.

En la exploración quirúrgica, se observa una cavidad vacía, o bien, conteniendo una mínima cantidad de líquido claro o sanguinolento. El escasísimo revestimiento de tejido no se estima como muy importante.

Al estudio radiográfico se aprecia una amplia región radiotransparente, con expansión de las tablas corticales de la mandíbula.

Un detalle distintivo del quiste traumático es que su distribución interdientaria es festoneada.

La sencillez de su composición histológica se traduce a una cavidad de tejido óseo, cubierto por una capa extremadamente delgada de tejido conectivo.

Cavidad ósea idiopática: Es conocido igualmente como defecto óseo embrionario. No se trata de un quiste auténtico, pero, dada la semejanza, desde el punto de vista clínico y radiográfico, hacia éstos se incluyen dentro de dicho grupo.

Generalmente su localización se lleva a cabo debajo del conducto dentario inferior, mas específicamente entre el ángulo mandibular y el primer molar. Este pseudoquiste no tiene preferencia por un sexo determinado.

La sintomatología clínica es nula completamente y se puede detectar a través de un exámen radiográfico de rutina.

La exploración quirúrgica nos pone de manifiesto una cavidad ósea mandibular, en la que es posible encontrar alojada una

porción de glándula salival, lo mismo puede ser submaxilar que sublingual; también se ha visto tejido conectivo o linfoide.

La lesión ósea idiopática se forma a causa de un defecto de inclusión, es decir, en la etapa embrionaria una porción de la glándula queda atrapada en la mandíbula de desarrollo por lo tanto, se sigue formando tejido óseo en su derredor, a excepción de una zona que es por donde se continúa dicha glándula hacia los tejidos blandos de la cavida bucal.

Quiste óseo aneurismático: En similitud con las dos lesiones anteriores, se asigna como un pseudoquiste del tejido óseo. Los casos se presentan en menores de 20 años y existe un antecedente traumático. Su localización también es mandibular.

Como característica clínica, notaremos un aumento de volúmen sólido e insensible, en tanto que la mucosa de revestimiento es bastante normal. La oclusión la vamos a ver alterada debido a la asimetría de los tejidos.

La cavidad ósea aneurismática se encuentra obliterada por un tipo de tejido de color pardo-rojizo.

Radiográficamente; el aspecto de la radiolucencia es multilocular, semejando "pompas de jabón", pero también se han descubierto de forma unilocular.

Microscópicamente: se visualizan numerosos remansos de tejido sanguíneo, revestidos de células fusiformes de tejido conjuntivo, y el tejido, entre éstos remansos se halla estructurado por fibroblastos, células gigantes, focos de hemosiderina y finalmente vasos sanguíneos muy minúsculos.

Características clínicas de los quistes fisurales no odontogénicos:

En forma global podemos decir, que los signos clínicos de los quistes fisurales no odontogénicos son muy semejantes entre sí, pues en su mayoría vamos a encontrar que no presentan ningún síntoma objetivo o subjetivo considerable, a menos que tomen un tamaño muy importante y sean objeto de una infección aguda, detectándose datos de inflamación.

Generalmente, por medio de inspección, veremos un aumento de volumen o una tumefacción firme, de aspecto redondeado, con superficie lisa, que puede ser rosada y sobre todo no dolorosa.

Por lo regular, los quistes de origen fisural, no crecen tan extensos como los foliculares; a pesar de esto, se han dado casos de quistes no odontogénicos con un desarrollo enorme, repercutiendo en consecuencia una sintomatología clínica severa como dolor, hiperestesia, inflamación y aparición de conductos fistulosos, por los cuales puede escapar un líquido purulento.

Cuando el quiste a crecido grandemente es posible palpar una sensación de "crepitación", debido a la expansión y adelgazamiento de las tablas corticales del hueso, dada la presión ejercida por el contenido quístico sobre las mismas.

Las patologías de tal naturaleza desplazan raíces dentarias por presión, sin influir en ningún momento sobre la actividad biológica del órgano pulpar. Un quiste fisural jamás se encontrará asociado con una patología de la pulpa.

La cavidad antral puede ser alterada por un quiste del maxilar, siendo capaz de orillar a una sinusitis; aunque es factible, de la misma manera, que se establezca el caso contrario,

en otras palabras, una infección sinusítica contaminaría al quiste, y así se modificaría el cuadro clínico.

Diagnóstico Radiográfico: Los quistes del desarrollo proporcionan una notoria dificultad para identificarlos en los estudios radiográficos, así también como para diferenciarlos ante otras patologías de los maxilares. Ello estriba en la gran similitud que éstos prestan con algunas otras entidades desarrolladas en los maxilares.

Por otra parte la numerosa superposición de sombras óseas igualmente nos hacen dudar cuando se tiene la sospecha de un padecimiento dado; por lo antes dicho, jamás lograremos establecer un diagnóstico positivo y previsto si nos basamos únicamente en las impresiones radiográficas. Más sin embargo, el análisis radiográfico es un medio de diagnóstico muy importante que debemos conjugarlo con otros métodos como, la anamnesis, inspección clínica, estudio histopatológico, etc, para poder llegar al veredicto lo más acertado posible.

Manifestaciones radiográficas propias de los quistes fisurales.

Quistes de la línea media (palatino mediano y alveolar mediano): Son manifestaciones radiolucientes claramente circunscritas, que tanto pueden dar forma redonda como ovalada, cuya situación se halla denotada en el trayecto de la línea media del paladar duro.

Como ambos tienen la particularidad de presentarse en la línea media, se denomina Quiste Alveolar Mediano, si su ubicación es en la parte anterior de dicha fisura. A veces el quiste alveolar se puede confundir con el nasopalatino; pese a tal hecho, el primero se localiza más anterior e inferior con referencia al segundo.

Se llamará Quiste Palatino Mediano, a aquel que también se sitúa en la línea media, pero en tanto más posterior con respecto al alveolar descrito.

Quiste Globulomaxilar: Su manifestación radiográfica la apreciamos como una zona radiolúcida, homogéneamente oscura y al mismo tiempo dando una apariencia piriforme, en el espacio comprendido entre las raíces del incisivo lateral y canino.

De tal manera que, por decirlo así, el cuello de la "pera" se dispone en la cresta ósea que separa las coronas de ambos dientes, y el cuerpo de la misma se extiende entre las raíces de los incisivos antes mencionados.

Se ha visto que la tabla ósea de la cara distal del lateral y de la cara mesial de canino desaparecen completamente.

Es muy probable observarse desplazamiento radicular moderado ó intenso de las estructuras dentarias involucradas.

Quiste nasoalveolar: Habíamos hablado con anterioridad que el quiste nasoalveolar se desarrollaba fundamentalmente en los tejidos blandos, razón por la cual casi nunca podremos ver una imagen de rarefacción como en los demás, no obstante, en un momento determinado, es posible que sí se manifieste; pero se deberá a una resorción del periostio donde se apoya la mucosa que lo aloja.

Quiste Mandibular Mediano; Radiográficamente se nos muestra como un área radiotransparente, ubicada sobre la línea media de la mandíbula (en la unión de los dos procesos propiamente); generalmente sufre extensión por debajo de los ápices de los incisivos centrales inferiores, incluso puede alcanzar hasta laterales o caninos de ambos lados.

Quiste nasopalatino: La visualización radiográfica será a nivel del conducto nasopalatino. El quiste nasopalatino es la radiolucencia más frecuente del grupo fisural, además tiene la característica, en la radiografía, de aparentar una forma "acorazonada", por la superposición de la espina nasal anterior ante los rayos x.

Su situación es en la parte anterior del maxilar, por encima y detrás respecto a la localización común del quiste alveolar mediano.

Con la finalidad de darnos una idea más clara, topográficamente, acerca de la ubicación de los quistes que involucran la cavidad bucal, nos hemos dado a la tarea de representarlos gráficamente mediante los siguientes dibujos, ilustrando mejor la explicación narrada anteriormente.

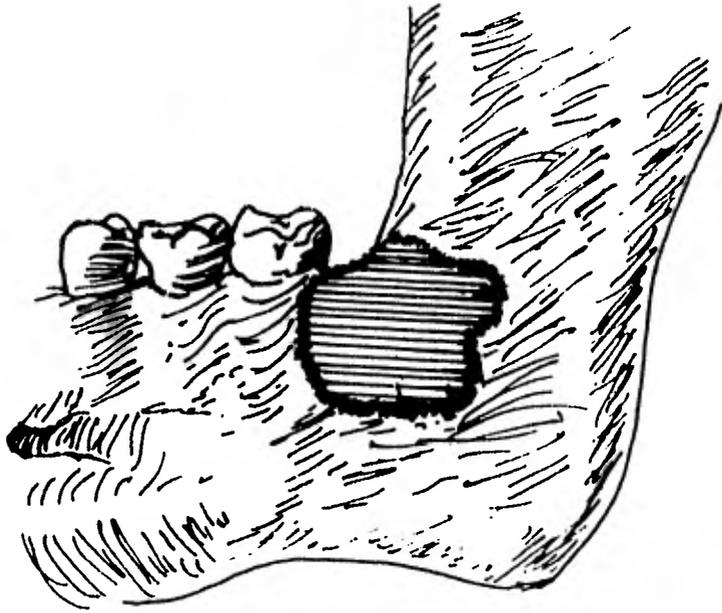


Fig. 1 Quiste Primordial

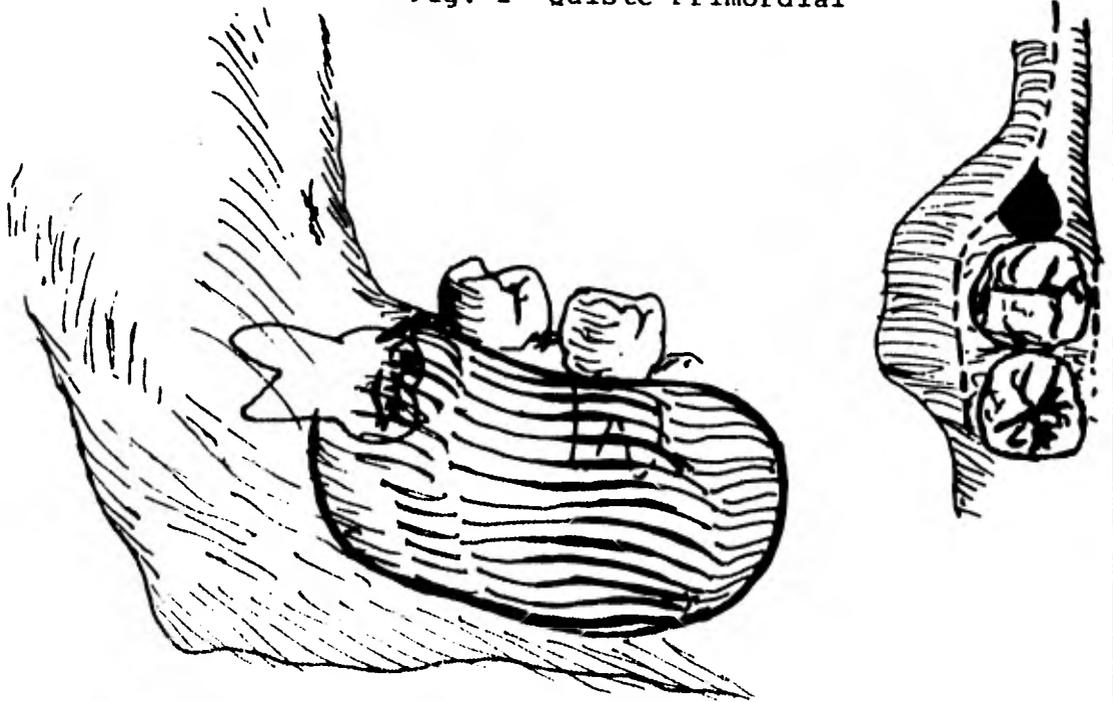


Fig. 2 Quiste Dentígero

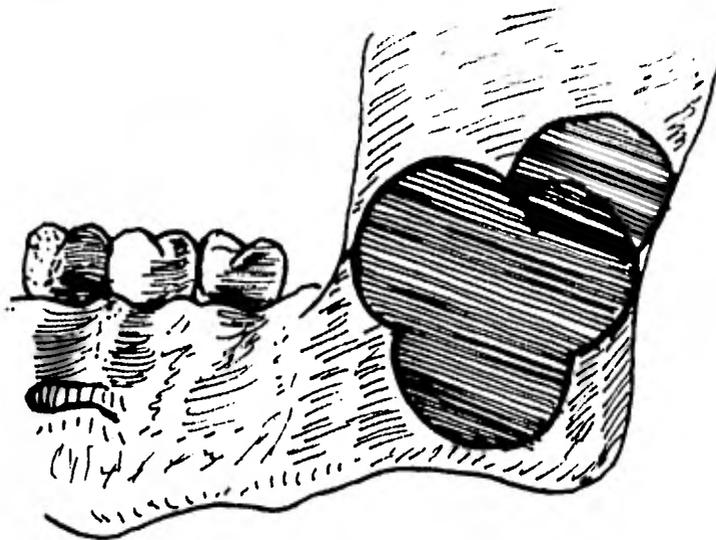


Fig. 3 Quiste Multilocular

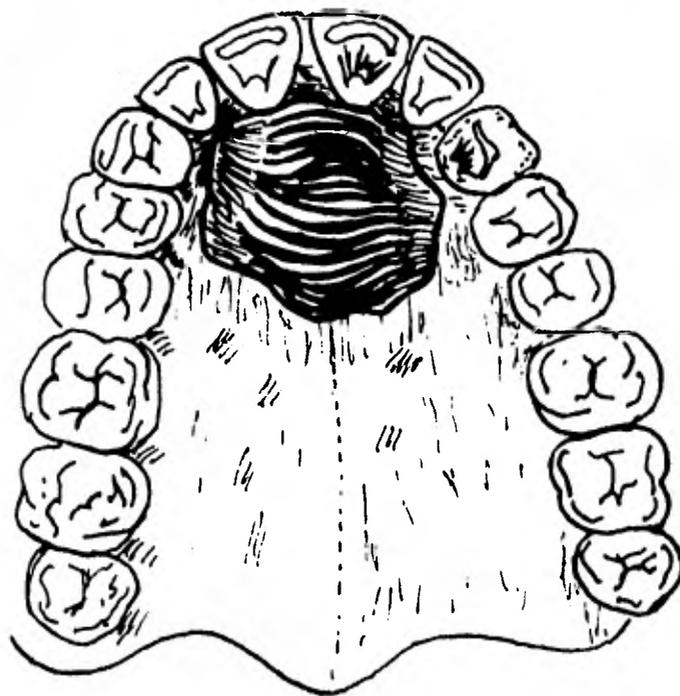


Fig. 4 Quiste Alveolar Mediano

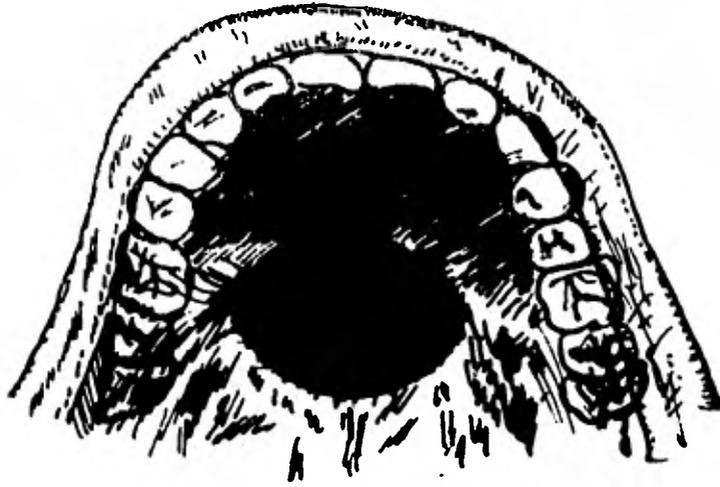
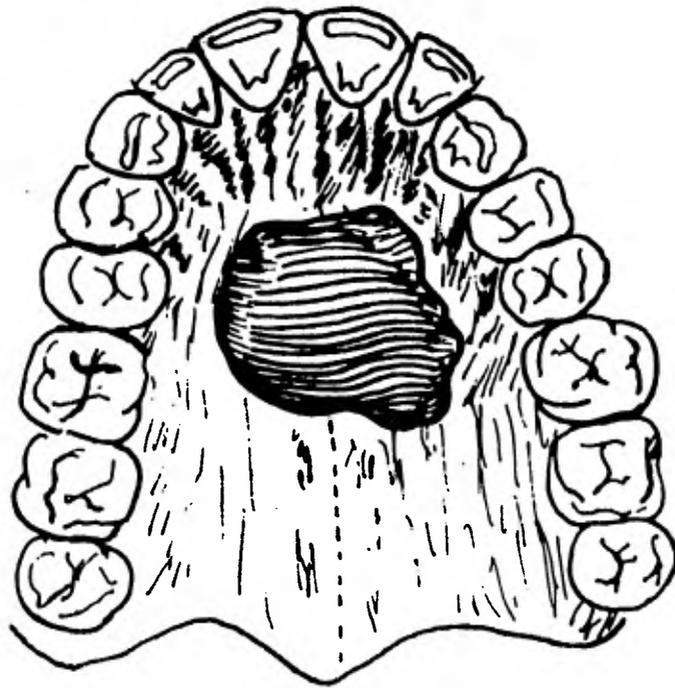


Fig. 5 Quiste Palatino Mediano



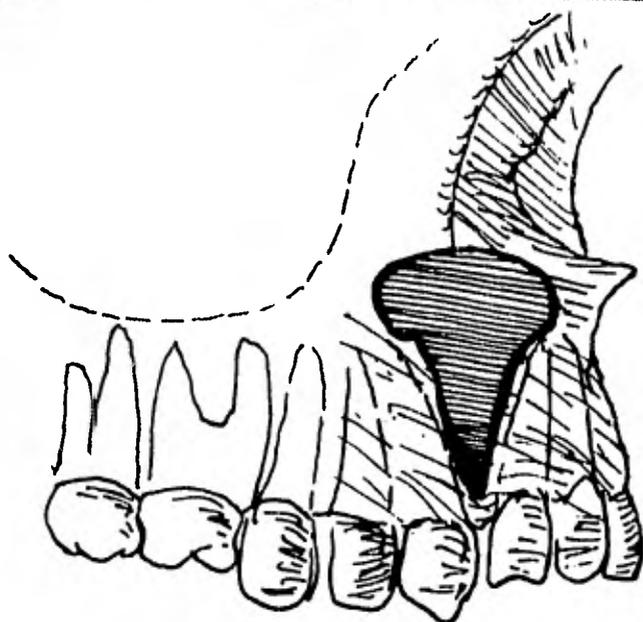


Fig. 6 Quiste Glóbulo Maxilar

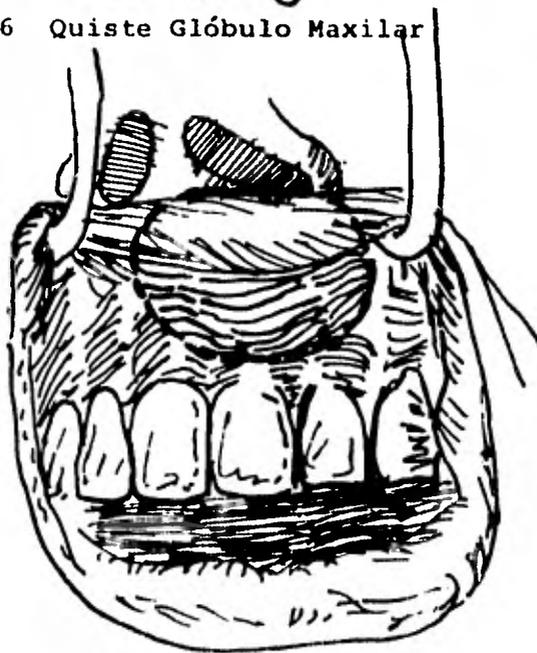


Fig. 7 Quiste Nasoalveolar

Fig. 8 Quiste Mandibular Mediano

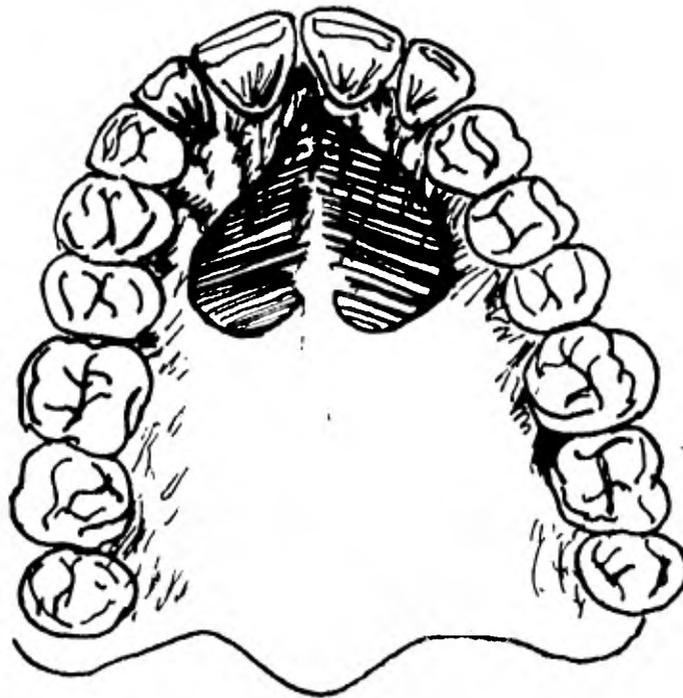
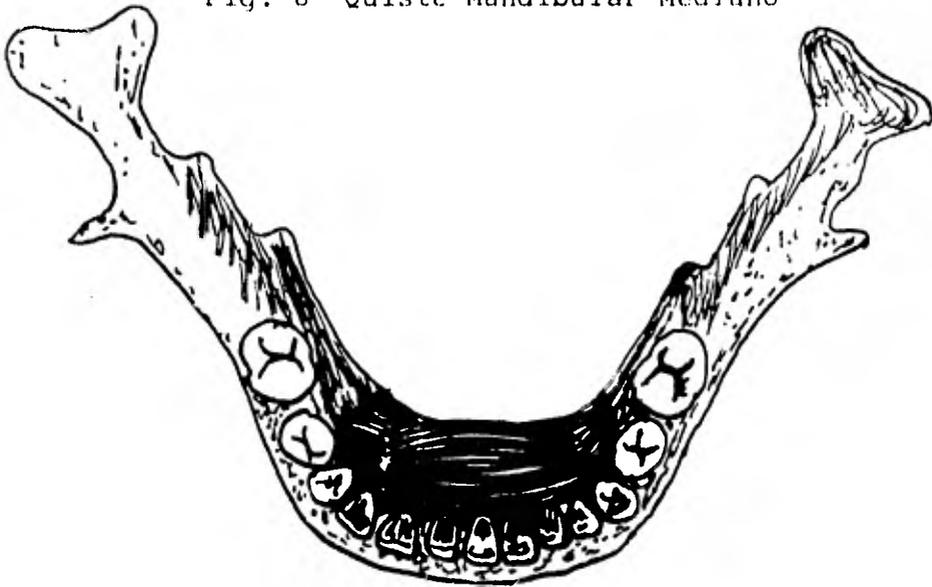


Fig. 9 Quiste Nasopalatino

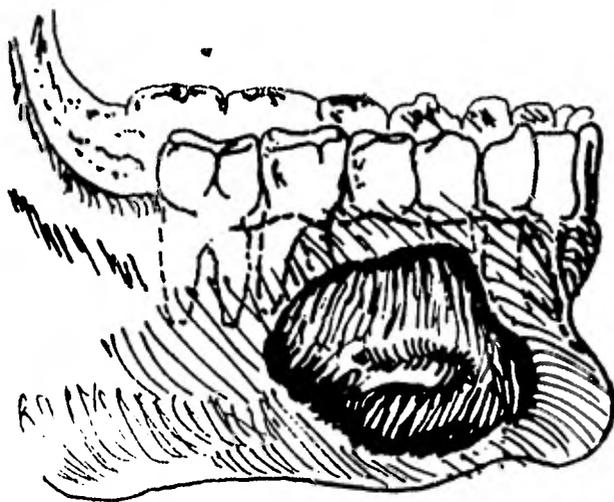


Fig. 10 Quiste Periapical

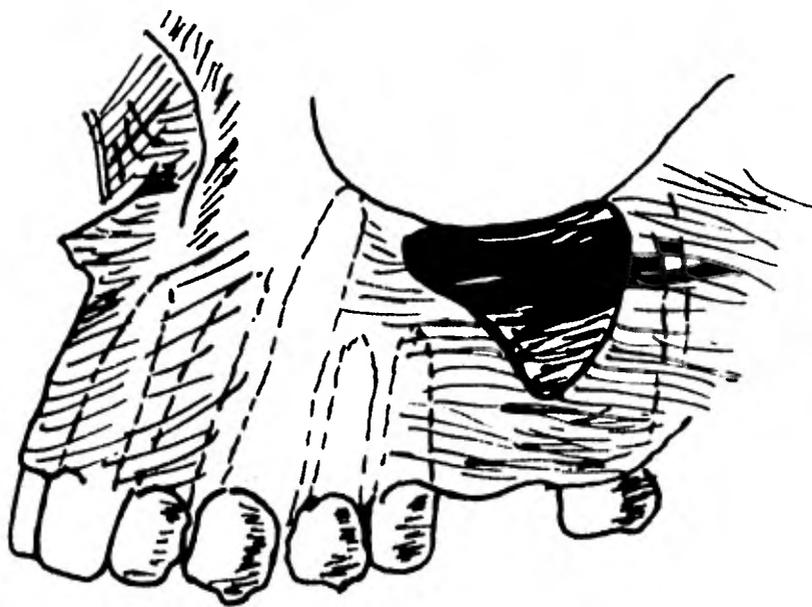


Fig. 11 Quiste Residual

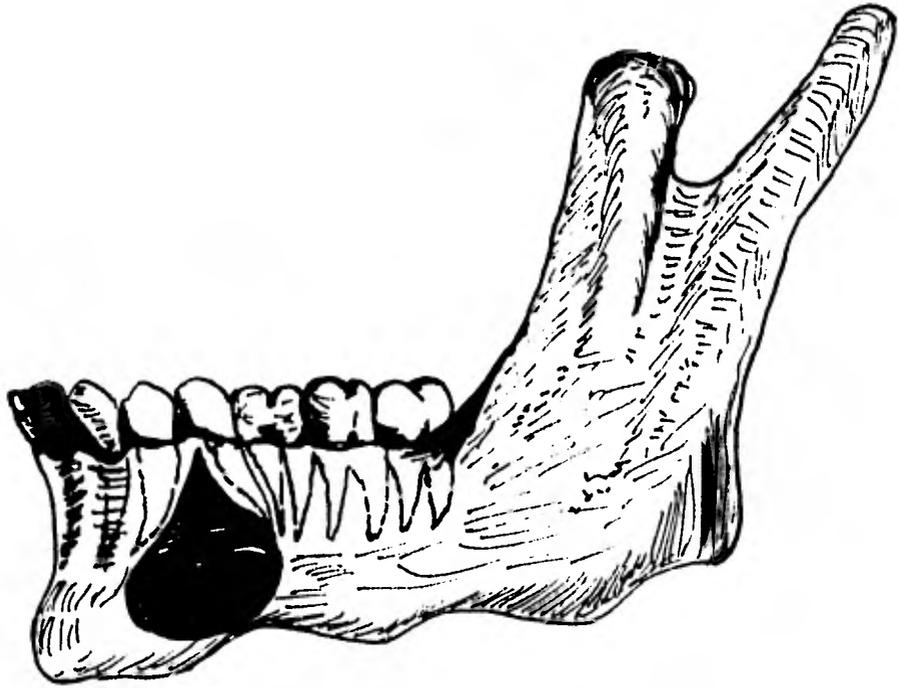


Fig. 12 Quiste Lateral

TEMA III.

QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS.

QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS (PSEUDOQUISTES)

En este capítulo nos corresponde hablar de lesiones o fenómenos de retención dentro de los quistes de la cavidad bucal, - los mismos se diferencian de los ya estudiados en que, van a tener asiento exclusivamente en los tejidos nobles de la boca, en tanto que, los otros supimos que se formaban a expensas de la médula ósea de los maxilares.

El grupo que ahora vamos a tratar, se les ha llamado a criterio de varios autores, Pseudoquistes de Retención y se clasifican en dos tipos principales: RANULA Y MUCOCELE.

La obstrucción o sección del conducto de una glándula salival puede inducir consecuentemente al establecimiento de un pseudo quiste.

Los conductos de las glándulas submaxilares, sublinguales ó - parotídeas son largos y relativamente amplios, de tal manera que, es rara la obstrucción parcial o total de dichas estructuras.

La mayoría de las distenciones permanentes submaxilares y parotídeas que se conocen, ha sido a causa de cuerpos extraños - o constricciones cicatrizales. Por otro lado, se tiene conocimiento de oclusiones congénitas, así como un reducido número de quistes en que no pudo encontrarse ningún signo de oclusión por lo que se les denomina como pseudoquistes de rentención.

METODOS DE DIAGNOSTICO

Los métodos de diagnóstico que tenemos a nuestro alcance para

diagnosticar los pseudoquistes de retención se pueden realizar a través del siguiente medio.

- Método clínico.

El diagnóstico clínico se obtendrá al elaborar una historia -- clínica completa y detallada del paciente, haciendo hincapié -- tanto en el estado sistémico, como en el estomatológico; ade-- más, en la etapa de exploración física de tal expediente, pra_c tificar minuciosamente la inspección, palpación y percusión.

- Frotis y Citología.

Como complemento de la historia clínica para el diagnóstico de los quistes mucosos, también se incluyen otros procedimientos- auxiliares muy importantes, tales como:

1. Sialometría.
2. Análisis de la saliva.
3. Sialografía.
4. Estudio de la resorción de los medios de contraste.
5. Histología.

La sialometría nos ayudará a medir el flujo salival espontáneo. Se puede hacer introduciendo un fino y delgado tubo de polietileno en el conducto glandular, de esta manera detectaremos la cantidad de flujo durante 20 minutos.

Los valores normales oscilan entre 0.1 y 0.7 ml/min.

En el análisis de la saliva se estudiará el contenido de sodio y potasio (por la técnica de fotometría de ignición), además -- la presencia de proteínas (por medios fotométricos). Se encon-- trará elevado el potasio en padecimientos de sialadenosis, so-- bre todo en la de tipo hormonal.

Si existe una alteración en el funcionamiento de la glándula -- submaxilar, el índice de potasio será superior a los 24 mEq/--

litro.

La sialografía, es la observación radiográfica de los conductos salivales, inyectando anticipadamente una sustancia radiopaca.

En estados de inflamación crónica, el sistema normal de conductos excretores, se verá desplazado por una tumoración, -- adenopatías intrasialoadenales, etc.

Por otra parte, la inflamación alérgica de fuente reumática (conocida como síndrome de Sjögren) nos dará una imagen en forma de "capullos de cerezo".

La sialadenosis provocada por la tumefacción de los acinos y que estrechan los conductos excretores, proporcionan una imagen de "árbol en flor".

Si en una sialografía habitual, se muestra un depósito local de medio contraste, es muy probable que ha habido destrucción del tejido glandular, causada por una tuberculosis, o bien, por una necrosis tumoral.

Mediante el estudio de la resorción de los medios de contraste, tenemos la oportunidad de saber el grado de resorción -- normal del epitelio del conducto salival. Por ejemplo, volviendo a la sialadenosis hormonal la resorción se efectúa rápidamente, mientras que, en la inflamación crónica y en la sialadenitis crónica alérgica, el proceso es más lento y débil.

Es posible llevar a cabo estas pruebas seriadas complementadas con una biopsia (estudio histológico) aspirativa, puesto

que se han sacado muy buenos resultados, de la misma forma si practicamos la técnica del exámen con radioisótopos.

RANULA

Se atribuye con el término de "ránula" a una tumoración enquistada, de origen salival, provocado por la retención de líquido de glándula submaxilar o sublingual, debido a una obstrucción del conducto en las mismas.

El concepto "ránula" se aplica a este tipo de quiste del piso bucal, por la semejanza que presenta con el "vientre" de una rana.

El conducto glandular sublingual resulta ser el más afectado y está situado por debajo de la mucosa bucal y el cuerpo de la glándula sobre el músculo milohioideo, a uno y otro lado de la línea media del piso de la boca.

La lesión acostumbra presentarse junto a la base de la lengua, comúnmente es unilateral; debe su origen, como se dijo previamente, al congestionamiento del conducto por cálculos sialolitos o a la sección traumática del mismo, hechos que impiden la evacuación normal de saliva. Adquiere la forma de un pseudoquiste unilocular, conteniendo en su interior el líquido de secreción, de aspecto claro, hilante, que mantiene en suspensión algunas celdillas epiteliales, y en composición, rico en albúmina y mucina.

Características clínicas.

La ránula es frecuente en los jóvenes, sobre todo en el sexo masculino. Su desarrollo es relativamente lento, carente de

sintomatología hasta lograr un volúmen considerable. Tiende a alterar los movimientos de la lengua, a la que desplaza al --- igual que el suelo bucal. La profundidad es moderada y su mayor tamaño es exterior. El enfermo puede tartamudear, morderse la lengua y se le dificulta la deglución.

Cuando el pseudoquiste adquiere tamaño importante, la mucosa - toma un color azulado y grisáceo o gris rojizo, motivado por - su abundante irrigación.

La ruptura se produce espontánea o provocadamente para reaparecer más tarde.

Microscópicamente se describe una capa fibroelástica periférica, con vasos sanguíneos y fibras musculares; posteriormente - una capa de tejido embrionario, igualmente vascularizado; y -- por último, una capa epitelial, a la que se han descrito tipos diversos, tanto en la forma del epitelio como en su disposi--- ción.

MUCOCELE

Recibe el nombre de mucocele, pseudoquiste mucoso ó fenómeno - de retención mucosa.

También se estima como pseudoquiste de retención, puesto que - es una adhesión pequeña, circunscrita, elevada, translúcida y azulada; puede aparecer en cualquier parte de la mucosa bucal - (los sitios predilectos son cara interna del labio inferior, - carrillos, lengua y en raras ocasiones en piso de boca), excep - tuando la parte anterior del paladar duro, pues carece de glán - dulas. El tamaño oscila entre 2 a 3 mm hasta 15 mm (según ob - servaciones en Shafer).

Cuando se encuentra en planos profundos, a la palpación se --
desplaza con suma facilidad, mientras que al ser superficial--
les se rompen y descargan una sustancia mucoide viscosa, a la
postre se colapsa y aparece nuevamente; éste período de cie--
rre y descarga, puede durar meses. Hasta la fecha no se han--
reportado datos de malignidad.

De manera similar que la rónula, su etiología se atribuye a --
un traumatismo del conducto excretor de las glándulas y la --
posterior acumulación de fluídos. El pseudoquistes mucoso es--
tá asociado a glándulas salivales menores.

Microscópicamente, un mucocelo bien desarrollado consiste en--
una cavidad quística, rellena de una sustancia homogénea, ba--
sófila, en cuyo interior existen células redondas tumefactas--
en vías de degeneración; así mismo existe infiltración de neu--
trófilos, linfocitos y plasmocitos; la bolsa se ve compuesta--
de tejido granulomatoso con escaso epitelio plano simple.

TEMA IV.

TECNICAS DE TRATAMIENTO.

Tratamiento Quirúrgico de los Quistes Bucales

Independientemente del origen, tipo y ubicación de los quistes bucales, el tratamiento se basará casi siempre en 2 métodos generales:

- a) Marsupialización
- b) Eucleación
- c) Canalización

Bajo cualquier circunstancia, el procedimiento quirúrgico debe fundarse en sólidos principios esenciales, tales como los si - guientes:

- 1) Mantener el aporte sanguíneo en la región
- 2) Evitar el trauma excesivo, a través del manejo - - atraumático de los tejidos nobles
- 3) Control adecuado de la hemorragia
- 4) Técnica lo mejor aséptica posible
- 5) Realizar un buen colgajo, mismo que nos brindará un mejor acceso a la localización del quiste
- 6) Procurar no abordar las inserciones musculares y vasos importantes.
- 7) Denotar incisiones nítidas para poder llevar a cabo una readaptación de los bordes lo más estética y funcional posible, siempre sobre una base ósea, para una más rápida cicatrización.

La técnica del tratamiento quirúrgico que ahora vamos a ver fué aportación de tres ilustres autores, de renombre mundial en el -

campo de la odontología, como son: Dupuytren, Heath y Partsch, quienes nos legaron importantes principios en Cirugía Bucal.

Sin embargo, es a Partsch, célebre cirujano alemán, a quién--- se atribuye las modernas adquisiciones y conceptos quirúrgicos.

Hablaremos de los dos métodos principales pregonizados por éste autor. Dichos métodos se designan I y II de Partsch respectivamente.

Anestesia.

La anestesia juega un papel muy importante en cualquier intervención quirúrgica. En el caso particular del tratamiento de los quistes, como operación larga y laboriosa, comúnmente exige un período anestésico perfecto, y así poder lograr los tiempos operatorios con el máximo de comodidad tanto para el paciente como para el cirujano.

Anestesia para intervenir los quistes del maxilar superior.

Región anterior (incisivos y caninos). La anestesia para los quistes localizados en ésta región, se recomienda infraorbitariamente, complementada con puntos palatinos preservando las técnicas usuales.

Región media y posterior (premolares y molares). Los quistes pequeños que, clínica y radiográficamente, no están relaciona-

dos con el antro maxilar, se pueden enuclear con anestesia local.

En tanto que los grandes quistes con complicación de los órganos vecinos, es preciso intervenirlos mediante anestesia regional. Se aplica a nivel de los nervios dentarios posteriores; también se puede bloquear el tronco del nervio maxilar superior concretamente en su emergencia del agujero redondo mayor (en la fosa ptérigomaxilar).

La anestesia puede seguir una técnica intraoral o bien extraoral, pero siempre complementada con puntos locales.

Como en toda intervención, en éstos procedimientos es aconsejable hacer una anestesia más amplia que los límites del tumorístico para evitarnos sorpresas desagradables en el transoperatorio.

Anestesia para los quistes del maxilar inferior.

En las operaciones de las lesiones quísticas de la mandíbula se ha utilizado comúnmente la de tipo regional. Dicha anestesia, complementada por vía intraoral bloqueando el nervio bucal y en algunas ocasiones extraoral, anestesiando el plexo cervical superficial, nos permite intervenir aún en los grandes quistes mandibulares.

Los quistes de la región mentoniana pueden ser tratados bajo anestesia local, sin embargo a veces se conjuga con la mento-

niana. Para prevenir los bloqueos anestésicos deficientes, la cirugía necesita de una juiciosa administración de psicosedantes, como auxiliares en la potencialización del agente bloqueador. Ante el temor de fracasos por anestésias infiltrativas - insuficientes, entonces podríamos indicar la anestesia general

Por ejemplo, en pacientes temerosos o simplemente hipersensibles, los cuales constituyen problemas importantes en la cirugía de los quistes de ambos maxilares. La entubación del paciente en caso de utilizar anestesia general se realizará por vía endotraqueal.

Vías de Acceso

El abordaje de los quistes, cualquiera que sea su tamaño y situación, se recomienda casi siempre la vía vestibular.

La ubicación del tumor hace que ésta vía de acceso sufra las variantes topográficas respectivas. Resumiendo, ya se trate de quistes del maxilar superior o de la mandíbula, la vía accesoria debe ser en todo momento la región vestibular. Todas las demás son insuficientes, peligrosas y antiquirúrgicas.

No obstante, ciertos casos de excepción pueden ser intervenidos por vía palatina en el maxilar superior, y por vía alveolar -- agrandada en el maxilar inferior.

METODO DE PARTSCH I.

Este método implica principalmente en transformar al quiste en una cavidad accesoria de la cavidad oral preservando una porción de la membrana quística la cual, dada su estructura epi--

telial, adquiere en corto tiempo todas las características del epitelio bucal.

En términos generales, tal técnica consiste en trazar una incisión misma que nos permitirá abordar la lesión, después procedemos con osteotomía de la porción ósea que lo cubre, enseguida-apertura y vaciamiento del quiste, pero conservando el hemisferio interno de éste.

El resultado del procedimiento anterior es que el quiste se va aplanando y en un tiempo variable acaba por desaparecer.

Técnica para el Método de Partsch I.

Las indicaciones específicas del Partsch I son las siguientes:

- Se realizará en todas aquellas lesiones quísticas de gran tamaño o medianamente grandes, en los que la enucleación de la bolsa nos ocasionaría respecto al hueso, tales como: --- fracturas, hemorragias, apertura del seno maxilar, y por -- parte de los dientes, lesiones del endodonto en estructuras dentarias vecinas.

Ventajas del Método de Partsch I.

1. Sencillez de ejecución.
2. Buena visualización del campo operatorio.
3. La superficie ósea queda revestida en toda su extensión por epitelio
4. Se evita la infección ósea y lesión de dientes vecinos-- dada la conservación de la bolsa quística.

Desventajas del Método de Partsch I.

1. Al dejar parte de la membrana epitelial patológico corremos el riesgo de que el quiste experimente cambios tumorales o en su defecto recidivar bajo la forma de un nuevo quiste.
2. No siempre la membrana quística mantiene su integridad - histológica (sobre todo cuando la lesión se encuentra infectada), pues a veces la vamos a observar degenerada, - por consecuencia, su conservación será más problemática.
3. La cavidad artificial resultante favorece la acumulación de restos alimenticios y su putrefacción, con los inconvenientes deducibles.

Tiempos quirúrgicos de la Técnica Partsch I.

1. Incisión.
2. Legrado del colgajo.
3. Osteotomía.
4. Tratamiento de la bolsa quística.
5. Tratamiento del diente causante.
6. Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos.
7. Tratamiento postoperatorio.

Incisión. Se practica en forma circular siguiendo los límites de la proyección del quiste sobre la cara vestibular. Así mismo debe situarse en un lugar equidistante entre el surco gingival y el borde libre de la encía. Deberá tener una profundidad hasta el -

hueso, seccionando tejido blando y periostio.

En todos aquellos casos en que el quiste se ha exteriorizado, por desaparición de la tabla externa y el saco está por lo tanto, en íntimo contacto con el periostio, entonces tendremos la precaución de no abrir extemporáneamente el quiste, dado que a la postre la maniobra de desprendimiento de la bolsa quística del periostio no resulta ser muy simple, por la difícil tarea de individualizar la pared quística.

Legrado del colgajo. Se puede lograr mediante una legra pequeña o también con una espátula roma. Se empieza pinzando la porción superior de la fibromucosa incidida con la ayuda de una pinza de dientes de ratón o con una de Kocher, iniciando el procedimiento a partir del centro del arco. La pinza se sostiene con la mano izquierda y la legra con la derecha y separamos el colgajo con movimientos leves de insinuación, con preferencia a expensas de la fibromucosa, procurando no herir el saco quístico.

Es importante que el asistente mantenga levantado el labio del paciente mediante un separador de Farabeut, para una mejor maniobra quirúrgica.

El colgajo se alza hasta los límites superiores del quiste, fijados en la radiografía. Si hay desaparición del tejido óseo, el colgajo debe ser separado hasta hallar hueso sano, incluso algunas veces más lejos de los límites radiográficos del quiste.

Osteotomía. El corte del hueso que cubre a la lesión se obtiene con varios instrumentos, aplicables según el grado de resorción ósea.

Si el hueso se encuentra muy adelgazado puede ser seccionado con un bisturí para hueso, si su destrucción es parcial se completa la enucleación con una pinza gubia, y finalmente cuando se detecta firmemente, es preferible hacer la osteotomía con fresa quirúrgica. Se ha visto que proporciona buenos resultados.

Generalmente se usan fresas redondas del número 4 ó 6 y se practican orificios que coincidan con el diámetro del quiste retirando la capa ósea con pinza gubia. Se toma la bolsa quística con una pinza de Kocher y, con un bisturí, se abre ampliamente en toda la extensión del quiste. Realizado esto se vacía el contenido y se lava el interior con solución isotónica.

Tratamiento de la bolsa quística. Para una mejor evolución del proceso existen autores que recomiendan la obturación de la cavidad resultante con un tapón de Stens, mismo que es retirable por la noche y así actúe la presión negativa del aire bucal.

Si se elige el taponamiento de dicha cavidad se usa con bastante éxito la gasa yodoformada, dado que no se adhiere a los tejidos, siendo fácilmente removida.

Se introduce en el interior de la cavidad el colgajo de tejido gingival, donde quedará mantenido por la gasa, ambos tejidos llegan a adherirse íntimamente.

La otra variación del método trata de seccionar el colgajo gingival y suturar el borde de éste al borde de la bolsa quística. La cantidad de gasa aplicada irá en función del volumen de la cavidad, evitando taponamientos por compresión excesiva, ya sea del-

colgajo gingival o del saco quístico. La gasa es renovable cada 24 horas aproximadamente.

En el dado caso que se infecte y dé mal olor, es necesario cambiar la más frecuentemente. Obviamente cada desecho de gasa amerita un lavado meticoloso con solución fisiológica o con fenol alcanforado se seca con gasa común y se obtura nuevamente en cantidades cada vez menores.

Tratamiento del diente causante. Dependiendo del tipo de afección del diente causante, los caminos a seguir son de 2 tipos:

1. Conductoterapia y apicectomía.
2. Extracción.

Gran cantidad de piezas dentarias pueden ser conservadas por medio de endodoncia y sección del ápice.

La esterilización y obturado del conducto es realizado en sesiones previas a la operación, de acuerdo a la técnica que se prefiera.

La amputación del ápice radicular en el método de Partsch I exige de cierta destreza, pues la sección del ápice debe hacerse de la bolsa quística y por la brecha operatoria ya creada.

Cuidadosamente se desprende ésta de la porción apical y se sostiene alejada con una gasa. Enseguida se corta el ápice usando una fresa quirúrgica, también se bruñe el cuerpo obturador del conducto eliminando los restos de dentina que pudieran quedar por el frosado de la raíz; retiramos la torunda y regresamos la bolsa a su sitio.

hora bien, si se ha optado por la exodoncia del diente es conveniente hacerla algunos días antes de la intervención, desde luego teniendo precaución de no fracturar el hueso alveolar.-- Por lo tanto, la extracción se hará tomando en cuenta el estado del maxilar observable en la radiografía y a criterio del operador.

Tratamiento de las cavidades y dientes vecinos. Dentro de éste método no se puede temer en cuanto a la integridad del seno maxilar y menos por las fosas nasales, puesto que la membrana -- del quiste actúa como un "telón" de seguridad protegiendo estos órganos; claro que siempre y cuando el tabique óseo esté lo necesariamente resistente.

Para estar seguro de ello es preciso puncionar el sitio de estas posibles comunicaciones.

Si el tabique óseo no existe, o sea, que esten en contacto membrana sinusal con la quística, en una extensión a un diámetro -- mayor al 1 cm, entonces la operación no se concluye como lo dice Partsch; en lugar de eso vamos a comunicar ampliamente al -- quiste con el órgano vecino de quién se trate y suturaremos la incisión en arco.

En cuanto a los dientes desviados por el crecimiento expansivo del tumor, han de ser conservados durante un tiempo prudente, -- con el fin de no fracturar la porción alveolar, no creando golfos quirúrgicos en el mismo.

Tratamiento postoperatorio. El tratamiento postoperatorio consiste en los cuidados de los cambios de gasa yodoformada y lavajes de la cavidad quística con solución salina, pese a que el tratamiento es largo y hasta cierto punto molesto.

Después de un período de control, 20 o 30 días, por parte del profesional, se deja la cavidad abierta, pero sin gasa.

El paciente se encargará del cuidado de la herida, de manera que él mismo realice los lavados por medio de una jeringa adecuada.

Resultados del Método de Partsch I.

- Detención inmediata del crecimiento del quiste, por omisión de la presión endoquística.
- Gradual adquisición, por parte del epitelio quístico, de los caracteres del epitelio de la mucosa bucal.
- Aplanamiento progresivo de la pared de la lesión hasta su desaparición.

No obstante los resultados bastante aceptables, únicamente debe aplicarse al método en los estados indicados anteriormente. Pero el factor que más nos debe poner a pensar es en el posible peligro de una degeneración de la membrana quística.

Método Radical de Partsch (Enucleación)

El método radical de Partsch se traduce como la total extirpación o enucleación de la bolsa del quiste. De ahí que el lecho donde se encontraba la lesión queda vacío. La técnica de obtu-

ración se llevará a cabo de acuerdo a la derivación que se le dé al método.

Este procedimiento comprende 2 derivaciones:

- 1.-Técnica de Partsch I con sutura.
- 2.-Técnica de Partsch II sin sutura (obturación ósea).

En el primero, la etapa de osificación se hará de acuerdo a la constitución del coágulo sanguíneo, mientras que en el segundo la cavidad se revestirá poco a poco con epitelio.

Método de Partsch II con sutura;

Indicaciones

En todos aquellos quistes dentígeros y radicales en los que su diámetro no sea mayor a 3 cm.

Contraindicaciones

En quistes de tamaño normal, pues se corre el riesgo de infección del coágulo con la consecuente supuración. De ahí que la asepsia es primordial. La obturación con elementos sean hemostáticos o antisépticos, reducen al mínimo las probabilidades de infección, así como una retracción del coágulo.

Técnica del Método de Partsch II (con sutura)

Los tiempos quirúrgicos son los siguientes:

- 1.-Incisión
- 2.-Legrado del tejido gingival
- 3.-Trepanación ósea
- 4.-Extirpación 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

Incisión: Con bisturí en mano trazamos la incisión sobre el área vestibular, más o menos a nivel de los ápices dentarios, debiéndose extender más allá de los límites de la lesión y en cuanto a profundidad se undirá hasta toparse con hueso, procurando no desgarrar el saco tumoral, como es en el caso de los quistes que provocan un adelgazamiento considerable. Mientras tanto el ayudante seca el campo quirúrgico, para que el operador pueda tomar los bordes de la herida con unas pinzas.

Legrado del tejido gingival: Auxiliándonos de una espátula de Freer, o con un periostotomo separamos precavidamente el tejido gingival de su inserción ósea mas allá de la extensión del proceso. ¿ Porqué hacemos incapié sobre la amplitud quirúrgica ? Porque de ésta manera se conseguirá un acceso más adecuado a la lesión.

Cuando el quiste no está infectado, la inserción de la encía a éste es bastante adherente, propiciando una tarea bastante delicada.

Ahora bien, en el caso contrario, si el quiste presenta supuraciones, tales inseciones son todavía más acentuadas; ante éstas situaciones nos valemos de la punta y borde romo del bisturí. Una situación similar nos ocurre con las lesiones de tipo fistuloso.

Para poder retirar las pinzas de Kocher que sostienen los colgajos, se colocan unos separadores de Farabeut, trabajo asumido por el ayudante.

Trepanación ósea; Varios autores sugieren el uso de escoplo, martillo y pinzas. El escoplo debe ser de preferencia fino y delgado (de media caña), nos servirá para oradar una ventana en la tabla ósea externa; posteriormente con la pinza se ensancha dicha apertura, hasta que el diámetro sea mayor o igual que los límites del quiste.

Inmediatamente terminada la osteotomía podremos visualizar la masa tumoral, impresionando con su color azulado rojizo que lo caracteriza; sobre todo también por su brillo nacarado y de consistencia un tanto inconstante, todo en función de la presión ejercida por el líquido quístico.

Enucleación de la bolsa quística: Antes de desprender la bolsa se hace un vaciamiento del contenido, especialmente en los de gran tamaño. El objetivo que perseguimos es estrechar la lesión a su mínima expresión, para impedir el derrame del contenido quístico sobre la bolsa, succionando el contenido en una jeringa de vidrio.

Concluído lo anterior, se efectúa una limpieza de la porción interior del tumor, para esto usaremos gasas estériles y un ejetor.

El paso siguiente es la enucleación en sí del saco patológico.

Se sujetan los bordes de la incisión con unas pinzas de Kocher, es recomendable aplicar dos pinzas para cada lado, de

esa manera se tiene un mejor control del tejido enucleado función requerida por la mano izquierda, mientras que la opuesta podrá desprender la bolsa de su lecho óseo mediante un legrado.

En la presente etapa del tratamiento se nos pueden manifestar dos situaciones distintas, por ejemplo, cuando la lesión pertenezca a los quistes puros, entonces el procedimiento se verá facilitado considerablemente, dado que en este caso las delimitaciones del tumor son nítidas, dando una guía de extirpación absoluta.

En el supuesto caso de que tal padecimiento resultase de carácter supurativo, es lógico pensar que la enucleación nos llevará por un camino laborioso, dada la sólida unión de la membrana en las paredes del hueso que la hospeda. Tan es así que, para ciertos casos, es preciso reseca tal estructura con cucharillas.

Realizada la extirpación total, una hemostásis adecuada de la cavidad no se hace esperar pues se ha traumatizado recientemente al hueso; las gasas estériles son de gran utilidad.

Cabe hacer notar una vez más que en casos de quiste supurado siempre se recomendará el legrado o curetaje minucioso del tejido óseo, extendiéndonos hacia todos los ángulos y divertículos óseos, de manera que nos sea posible retirar hasta las porciones más pequeñas de membrana, pues nos debemos olvidar que cualquier vestigio de ésta puede ser semilla de un nuevo quiste.

Cohibida la hemorragia lavamos la cavidad con agua oxigenada, si es posible en una torunda embebida, completamente con unos toques de cloruro de zinc al 10%.

Tratamiento de las cavidades vecinas. El presente punto será tratado en forma apartada al finalizar éste capítulo, dado que cada caso varía de acuerdo al órgano invadido y al grado de evolución.

Tratamiento del diente causante. Aquí nos encontramos ante 2 caminos a seguir, pero ambos conducen hacia un solo propósito: la eliminación del foco séptico.

Dichos caminos pueden ser: la exodoncia del diente causante, llevándose a cabo inmediatamente después de la extracción del saco; también la resección apical por medios quirúrgicos.

Tratamiento de la cavidad ósea: Revisamos el interior de la cavidad, si la vemos carente de coágulo sanguíneo entonces tendremos que curetear zonas blandas adyacentes a la misma para lograr la obliteración con líquido hemático.

Para algunos autores de experiencia clínica personal, el espolvorear sobre el hueso un compuesto yodoformado o simplemente sustancias desinfectantes brinda muy buenos resultados. En la actualidad se han estado usando las sulfamidas.

Witzel y Newman usan el relleno de parafina, Mauberriser utiliza relleno con plasma sanguíneo de animales (vivocoll). Lartschenider obturaba con vaselina. A pesar de todo, muy recientemente se ha preferido un compuesto llamado "oxicel"; el cual es aplicado enseguida de enuclear el quiste, se juntan los colgajos en sus sitios correctos y se termina con una sutura de hilo seda.

Sutura; Es una gran mayoría de los autores que coinciden en la idea de suturar al término de una quistectomía, siempre y cuando la operación se haya realizado bajo una rigurosa asepsia, dado que en función de ésta será el éxito o fracaso de la

intervención.

Cuando el coágulo llega a infectarse con aparición de síntomas como dolor, inflamación, enrojecimiento, local e inclusive repercusión sobre el estado general, lo primero por hacer, es cortar las suturas, canalizando ampliamente la cavidad, y se atiende como herida abierta. Posteriormente se efectúan lavajes con suero y obturar con gasa yodoformada.

El hilo sutura que suele emplearse comunmente es el tipo de seda 000, distanciados uno de otro en intervalo de 1/2 a 1 cm, y el número dependerá de la longitud de la incisión. Los puntos se retirarán a los 7 días.

Tratamiento postoperatorio: Al finalizar la intervención el paciente deberá permanecer en reposo completo, al menos en las primeras 24 hrs., la dieta será líquida 100% durante 48 hrs. Al tercer día introducirá alimentos semi-sólidos. La medicación triple A (antibiótico, analgésico, antiinflamatorio), además de la aplicación de hielo y fomentos de agua tibia.

La higiene será de lo más periódica y estricta posible, para una mejor evolución del proceso de cicatrización.

Método de Partsch II sin sutura

En la siguiente derivación del método de Partsch no se indica la sutura y es casi una réplica del anterior, a excepción de dos pasos: el correspondiente al tratamiento de la cavidad y al período postoperatorio.

Tratamiento de la cavidad ósea. Este paso incluye los lavajes de la cavidad con solución isotónica y agua oxigenada, luego se seca el campo con gasas estériles. Algunos clínicos pincelan las paredes óseas con un antiséptico.

Antes de empezas con la obturación de la cavidad incorporamos dentro de ésta el borde superior de la incisión (borde inferior cuando la mandíbula sea la intervenida), enseguida se obtura con la gasa yodoformada.

Pero, ¿ que fines, o más bien, que ventajas podríamos lograr al conducir la técnica?'

Generalmente se consiguen 2 muy importantes, que nos van a determinar el éxito del procedimiento.

- 1o. Es posible prevenir la manifestación de una hemorragia del hueso, que en muchos casos es motivo de alarma, pues es factible observarla después de la operación cuando cesa el efecto del vasoconstrictor contenido en el agente bloqueador.
- 2o. Por otra parte, impedimos la infección del lecho óseo, puesto que la gasa actúa como una barrera para evitar la entrada de microorganismos habitantes en la cavidad bucal.

Habíamos mencionado la utilización de la gasa yodoformada en tiras con bordes orillados para no dejar hebras en la cavidad. Necesariamente se retira la obturación de 24 a 96 hrs, dependiendo del estado en que se encuentre el material. Esto se

decide por su olor.

En cavidades grandes en las que el cambiar la curación podría provocar una nueva hemorragia, es preferible desprender el material en porciones proporcionales a su longitud. De tal ma-nera que a los 9 ó 10 días la cavidad queda libre, no han san-grados y la maniobra se realiza con poco dolor.

Es muy importante tener siempre en cuenta que , el estado del hueso y la hemorragia darán la pauta para una posible y nueva obturación.

Postoperatorio: En el presente nivel es muy indispensable la paciencia y cooperación por parte del paciente, tolerando las frecuentes molestias a que dan lugar las repetitivas curacio-nes.

Pasadas 48 hrs, de la cirugía revisamos al paciente, si es necesario se cambia la gasa, procurando impregnarla con agua oxigenada de preferencia caliente, así conseguiremos desprenderla de la cavidad evitando una nueva hemorragia.

Lavamos una y otra vez con suero tibio, luego se aplican to-ques en las paredes con antiséptico, para obturarse nuevamente con la gasa yodoformada. Nuevamente se cita al paciente a las 48 hrs, esto se repite durante 6 ó 7 sesiones hasta observar que la cavidad no emite sangrado, suspendiéndose hasta ese mo-mento la aplicación de la gasa.

A través de un proceso lento, la cavidad se va cubriendo de una membrana verde-rojiza, signo de una epitelialización.

Tratamiento de los quistes de los maxilares relacionados con cavidades o regiones vecinas.

Cuando realicemos un estudio, tanto clínico como radiográfico, de los límites topográficos de los quistes, nos daremos cuenta que son capaces de extenderse hasta cavidades o regiones adyacentes, tales como: seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina, fosa ptérigomaxilar, órbita, conducto dentario inferior, agujero mentoniano, etc. Ello indica que el tratamiento quirúrgico de dichas lesiones deban sujetarse a determinadas reglas propias y normas quirúrgicas especiales, a fin de conservar la integridad anatómica y funcional del órgano involucrado.

Quistes en relación con el seno maxilar

En este caso, el tumor quístico puede actuar de dos formas distintas:

- 1.-El seno maxilar no es alterado en su integridad anatómica y funcional, dado que la lesión se halla lejos del seno separado por un tabique óseo.
- 2.-La membrana del quiste se presenta en estrecha relación con la membrana sinusal. En ésta situación la evolución puede verse de dos maneras:
 - a) El tumor es estéril y el seno maxilar no tiene ninguna infección.
 - b) El quiste está en estado infeccioso con o sin alguna infección del seno.

Quistes lejos del seno

Cuando lleguemos al diagnóstico de un quiste en el maxilar superior, y por el estudio nos haga pensar que el mismo ha respetado

a dicho órgano, y si se ha conservado intacta la membrana sinusal, la intervención se realiza por el método de Partsch I y II.

Sin embargo, si en el transcurso de la operación, luego de extirparse la membrana del quiste, se descubre con el seno pueden tomarse dos medidas:

- 1.-En comunicaciones minúsculas (que será...2 ó 4 mm), así como quistes no supurados, se deberá concluir la cirugía con sutura inmediata para evitar una infección del seno, y sobre todo, no inducir a una comunicación patológica bucosinusal.
- 2.-Ahora bien, en comunicaciones mayores conviene hacer del quiste y del seno una sola entidad.

Quistes en íntima relación con el seno.

Quistes y seno sin infección

En estos casos la comunicación es amplia, no obstante, la preservación del saco quístico, con la idea de que éste en un momento dado pueda reforzar la pared de la mucosa sinusal.

Por lo contrario, si se decide extirpar la membrana lo haremos mediante un bisturí cortando la mucosa sinusal, en límites coincidentes con la ventana ósea quísticosinusal, la comunicación se logra por el meato inferior, realizando una especie de perforación en el mismo hasta unir quiste con seno. Posteriormente obturamos la cavidad quística y sinusal con gasa yodoformada, de la que en un extremo se sacará por la oradación del meato inferior, y finalmente se sutura la herida con hilo seda.

Quiste infectado y seno normal:

Aquí la única medida a elegir es la enucleación completa eliminando el tabique quisticosinusal, a través del método ya explicado.

Quiste y seno infectados

La situación de estos casos se soluciona con 3 pasos:

- Eucleación total del saco
- Resección de la pared quisticosinusal
- Tratamiento radical del seno maxilar, desprendiendo la membrana enferma, y canalización del contenido patológico (se termina con la técnica de Partsch I).

Método rinológico

A grandes rasgos, se trata en hacer del quiste y del seno una sola entidad, de tal manera que ambas cavidades puedan ser canalizadas a través de las fosas nasales; la incisión bucal, se sutura con hilo seda. De ahí, que a éste método se le conozca como " operación radical del maxilar superior ". (según Wassmund)

Técnica

Para este fin es menester el bloqueo del nervio maxilar superior, para insensibilizar al maxilar propiamente al seno y fosas nasales. Se requiere que la anestesia se aplique extraoralmente.

Incisión

Será la de Newman, es decir, cortes paralelos entre sí, siguiendo el eje longitudinal de las raíces de los dientes. Dichos

cortes estarán unidos por otro en posición horizontal de acuerdo al contorno gingival.

Legrado

Se desprenden los colgajos con una espátula de bordes romos.

Osteotomía

Se procede de forma análoga a como se ha anunciado con anterioridad.

Tratamiento de la bolsa quística

Pueden optarse varias conductas: su conservación total (o parcial), o su extirpación. Por ejemplo, existen autores (como Wassmund) que prefieren dejar intacta la membrana del quiste, en tanto que otros deciden por cortar la pared externa del mismo (cavina), Richter, hace algo diferente pues legra la membrana hasta dejarla sangrante (sin resecarla), luego éste sufre un proceso de granulación y a la postre aparecerá epitelio normal.

Por otra parte, Maryhofer, expone 3 nuevos métodos rinológicos los cuales se basan en la conservación de manera parcial o total, de la pared anterior del quiste y concluir la operación de acuerdo a los principios de Cald-Well-Luc.

Ventana quisticosinusal

Se produce a la apertura amplia del tumor para drenarlo después se valoriza la comunicación quisticosinusal; de acuerdo a eso se corta o se deja la membrana. En caso de que la comunicación hacia el seno nos incline por el método radical, entonces labramos una ventana contorneando el hueso sano.

También se analiza el estado de la mucosa sinusal y dependiendo de esto se reseca o no.

Lo importante en este nivel no es tanto la técnica, sino más bien la intención por eliminar todos los posibles divertículos provocados por el quiste en su etapa de invasión postoperatorias. (supuraciones sinusíticas).

Comunicación con las fosas nasales

La canalización deberá ubicarse en un sitio vecino al piso del seno para evitar los estancamientos y favorecer los cuidados y lavados en el postoperatorio.

La instalación de tal drenaje será a nivel de la cara externa de las fosas nasales, por debajo del cornete inferior a veces es necesario extraer la cabeza de dicho cornete. El hueso se puede retirar con escoplo pues ya no tiene gran resistencia en esa zona.

Ante una situación como la anterior ya no se hace indispensable el uso de la gasa yodoformada, dado que origina serios trastornos u retiros. Por lo tanto, actualmente se refiere en sus paredes algún tipo de antibiótico.

Sutura de la incisión bucal.

La unión de los bordes de la herida con hilo seda se realiza como sellado hermético ante reacciones indeseables por la acción de los fluidos bucales.

El descanso del paciente por espacio de 2 ó 3 días es aconsejable, pasando ese tiempo deberá visitar al C.D., para efectuarle lavados del seno con soluciones antisépticas a intervalos de 3 ó 4 veces por semana.

La maniobra se hace por el meato inferior preparado, procurando extraer toda secreción y coágulos que puedan ser estancados en el interior; está indicado hasta en aquellos casos en que se ha empleado la gasa yodoformada.

Quistes en relación con las fosas nasales

Los dientes incisivos superiores se encuentran en estrecha relación con el suelo de las fosas nasales, por su ubicación anatómica, de ahí, que el desarrollo de lesiones quísticas originados por dichos dientes afecten directamente a tan importantes estructuras, cuando no se dirigen hacia la parte posterior con la consecuente invasión palatina.

Sin embargo, cuando el tumor alcanza desarrollo alarmante es capaz de involucrar simultáneamente tanto el piso nasal como la bóveda palatina, e incluso a veces hasta el seno maxilar.

Quistes sin relación con el piso nasal

Podemos observar ante la placa radiográfica, una gran porción de tejido que aún no está destruido pese al abultamiento del piso nasal y a la carencia de sintomatología en la palpación externa de las fosas nasales.

El tratamiento se basa en la extirpación total, acompañada de la sutura inmediata; de esta manera el coágulo, y su ulterior organización, es capaz de reforzar el piso nasal dañada u obtener una perforación ósea no muy extensa.

Quiestes en relación con el piso nasal

A este nivel de evolución ya podemos encontrar seriamente destruido el suelo de las fosas nasales, así como la estrecha relación de la membrana del quiste con la nasal.

Para tal situación los procedimientos de enucleación completa son insuficientes y peligrosos, dado que pueden provocarse perforaciones de la mucosa nasal, con los consecuentes dramáticos cuadros clínicos de infecciones postoperatorias.

El método clínico más apropiado para estos casos es el enunciado por Wassmund.

A groso modo, el autor dice que es posible emplear el colgajo mucoperióstico obtenido, para tapizar el piso nasal debilitado o ya perforado, conservando el hemisferio interior del quiste, mismo en el que este autor adosa dicho, que se mantiene fijo con puntos de sutura.

Técnica

Incisión: El trazo empieza desde el surco vestibular hasta el borde libre de la encía, se trazan dos incisiones verticales tangentes a la circunferencia del quiste; la profundidad de ésta será hasta el hueso.

El colgajo es desprendido a criterio del cirujano de tal manera que se logre descubrir el orificio anterior de la fosa nasal. Por otra parte, el periostio se separa de la mucosa nasal con espátula de bordes romos o también con una torunda de gasa simple.

El fin de ésta última es hacer más extensible el colgajo, para su utilidad práctica, incidiendo horizontalmente en su cara interna, dada la carencia de elasticidad en el periostio.

Tratamiento del quiste

Secuencia:

Se toma aguja e hilo y se perfora el colgajo cerca del borde libre.

Con la misma aguja se travieza el paladar en un sitio localizado frente a la perforación hecha previamente en el colgajo. pasándose la aguja por la vía palatina creada por tal.

Se repite la acción en el otro extremo del colgajo enhebrando de nuevo la aguja con el lado opuesto del hilo, el cual permanece en la cavidad quística y ambos cabos se anudan de éste modo en el paladar.

El colgajo se fija con un tapón sutura que se fabrica de la forma que vamos a indicar: se toma un trozo de gasa yodoformada, con esta, una vez plegada, se obtura la cavidad quística sin presionar demasiado, luego se le pasa el hilo que va a servir de sutura en dos puntos extremos.

Se enhebra la aguja en un punto extremo del hilo y se atravieza el colgajo.

Se repite la maniobra con el otro extremo del hilo, pudiendo hacerse tal cometido con dos agujas, perforan -

do el colgajo en el ángulo opuesto al de la primera perforación.

El tapón sutura está, por lo tanto, adosado a la cara bucal del colgajo, manteniendo por los dos hilos que cuelgan de su cara interna.

Con cada aguja perforamos la bóveda palatina, los dos extremos del hilo que salen por ésta sirven para traccionar el colgajo y llevarlo a su sitio, los hilos se anudan a la bóveda.

Para extraer el tapón sutura, se corta el hilo en la cavidad quística, se retiran los hilos por la boca así como el tapón de tal cavidad del quiste.

Quistes en relación con el seno maxilar, fosas nasales y bóveda palatina:

En el maxilar superior pueden desarrollarse quistes tan enormes que son capaces de involucrar estos tres órganos si multáneamente. La lesión tumoral se abordará siempre por la vía vestibular, para unir el quiste con el seno maxilar, haciendo una canalización por medio de las fosas nasales, apeándose en todo momento al método rinológico.

Quistes en relación con la órbita

No nos debe extrañar que los quistes del maxilar superior también dañen el piso de la órbita, siendo una estructura anatómica adyacente al seno del mismo. Aunque si bien es cierto de que el quiste no llega a desplazar el piso orbitario (originando Exoftalmia, Diplopia u otras lesiones oculares) pueden destruir el seno maxilar, la región ósea facial y adelgazar el piso orbitario, de tal manera que el globo ocular queda debilitado de sus protecciones óseas.

El tratamiento de elección es la enucleación total.

Quistes del Maxilar Inferior

Como último punto en el tema del tratamiento de los quistes en casos especiales, haremos mención, dada la importancia de que sob objeto, de los quistes ubicados sobre la región mentoniana, región de los premolares, y a los desarrollados en la rama ascendente.

Quistes de la región mentoniana

La región mentoniana casi siempre debe ser operada por el método de la enucleación total de la bolsa en la que se puede usar sutura o prescindir de ella de acuerdo al caso tratado, no obstante se sugiere más la sutura inmediata.

Quistes de la región de los premolares

Para intervenir esta zona se seguirán las técnicas anteriores. Además, aquí el detalle importante consiste en el tratamiento y protección que debemos proporcionarle al paquete dentario inferior y de manera análoga al mentoniano.

El descubrimiento, exposición e incluso lesión de tal estructura puede acarrear serios trastornos tales como: hemorragias abundantes, así como neuritis, neuralgias y parestesias.

El primer accidente se puede detener por taponamiento de la herida con Gelfoam o gasa común corriente.

El primer accidente se puede detener por taponamiento de la herida con Gelfoam o gasa común corriente.

Por otro lado, el traumatismo sobre los nervios es posible prevenirlo, cubriendo el nervio expuesto con el colgajo gingival.

Cuando los quistes se hallen cercanos al ramillete mentoniano, la incisión vamos a prolongarla mesialmente, o sea, cuanto más cerca de la línea mejor, pues de lo contrario el trazo vertical de la misma incidiría dicho órgano.

La intervención terminada en sutura nos evitará una neuritis postoperatoria, además se recomienda una buena antibioterapia (antibiótico terapia) para descartar una posible infección de nuestro coágulo.

Quistes de la rama ascendente.

Cualquiera que sean sus dimensiones, deben ser extirpados por vía bucal. El método de enucleación total se impone en esta región, dado que en el caso presente no se puede confiar en el aplastamiento del quiste como lo dice Partsch II.

En los grandes quistes, que llegan al cóndilo y apófisis coronoides, la incisión debe ser amplia, de acuerdo al borde anterior del maxilar desde las vecindades de la coronoides hasta por delante de los límites del quiste.

Innumerables lesiones de este tipo han podido destruir el borde anterior de la rama ascendente exteriorizándose. La bolsa quística se resaca completamente buscando planos de clivaje.

Debemos tener muy en cuenta la relación que puedan tener los quistes con el músculo masetero y la posible lesión del paquete vasculonerviosos, cuando tales lesiones se desarrollan muy adosadas a dichas estructuras.

El último detalle a considerar en estos tratamientos es el riesgo de alguna fractura ósea, ya sea en el transcurso de la operación o espontáneamente por debilitamiento del hueso a causa del desarrollo quístico. Para esto se usan aparatos de contención, sea para continuar la extirpación o para demorarla, dependiendo del estado supurativo en que se encuentra el tumor.

CANALIZACION (Drenaje)

La canalización, comunmente conocida como Drenaje, es un procedimiento de naturaleza quirúrgico que consiste en crear una vía de salida a la sustancia contenida dentro de una cavidad o bolsa infecciosa o no infecciosa, con el propósito de disminuir el volúmen convenientemente para una posterior intervención.

Objetivos

La finalidad esencial perseguida es reducir al mínimo el tamaño de la tumefacción, que por su considerable extensión hacia uno o más organos de vital importancia no es posible la remoción quirúrgica inmediata; y que dependiendo de la efectividad de dicha técnica será su ulterior extirpación.

Indicaciones

El método de Drenaje se indica en el maxilar inferior, cuando en la operación se comprometa la integridad de cualquier región del hueso mandibular o cuando se tema por la lesión severa del paquete Vasculonervioso Dentario Inferior.

En el maxilar superior, se recomienda en quistes en vecindad con el seno maxilar, seno frontal, fosas nasales, etc. En general, cuando el hueso maxilar vaya a ser dañado completamente. En ambos maxilares cuando las lesiones quísticas se presenten en íntima relación con dientes vitales.

La infección aguda del quiste determina los fenómenos de inflamación local con fuertes dolores en el sitio o irradiados tumefacción de la región y vecindades, enrojecimiento de los tejidos blandos y repercusión más o menos marcada en el estado general como : adinamia, anorexia, dolores musculares, fiebre, etc.

En general, el quiste no debe ser operado hasta que el proceso se enfríe, para lo cual se drenará dicho quiste tratando de eliminar su contenido purulento y así se mejorarán las condiciones del paciente, auxiliándonos también, mediante antibióticos y otros medicamentos adecuados.

El drenaje puede hacerse por vía canalicular del diente causal, perforando la bolsa quística a través del conducto por medio de una sonda, o puede realizarse la extirpación dentaria en caso muy necesario.

La vía gingival de drenaje nos lleva más pronto a la remisión de los síntomas y está indicada cuando el hueso no es muy sólido, procurando que la incisión operatoria posterior sea la continuación de las incisiones de drenaje.

Si la infección es extremadamente aguda se practicará una ventana de canalización por la que, además., se pueda lavar la cavidad con sustancias antisépticas, antibióticas, utilizando para ello anestesia local, y en raros casos la general..

Técnica

Un procedimiento para disminuir el volumen de los grandes quistes consiste en abrir una ventana hacia la cavidad bucal en espera de que la naturaleza realice un trabajo inverso al crecimiento en un plazo de 8 meses a 2 años, tiempo en que puede transformarse en un quiste de pequeñas dimensiones.

Esta técnica también puede efectuarse en el caso de quistes dentígeros, en los cuales el diente puede erupcionar, especialmente en los que afectan a los incisivos medio y lateral pues los caninos ofrecen mayores dificultades.

En este caso se trata de conservar las piezas dentarias sobre todo en las personas jóvenes y tratándose de dientes anteriores.

Por medio de inspección y palpación se busca el punto más declive o el de más fácil acceso para obtener una ventana quirúrgica, con ayuda de un bisturí, comunicando la cavidad quística con la bucal, y así permitir el vaciamiento libre y continuo de la lesión.

Igualmente se puede partir del alveolo de un diente extraído para lograr la evacuación, por ejemplo, cuando estemos ante un quiste paradentario.

Posteriormente se activarán lavados de la cavidad infectada con irrigaciones antisépticas como la alcohólica de fenol al canforado (en un vaso con agua hervida mezclar 20 gotas de fenol alcanforado) alternando con soluciones antibióticas.

Esta acción será repetida periódicamente hasta erradicar la agudez del proceso.

Para evitar el cierre inoportuno de la cavidad artificial es posible seguir canalizándolo a través de un tubo de polietileno fijado con 4 puntos de sutura a la encía vecina y que se mantiene durante 8 ó 10 días, esperando que los bordes de la cavidad terminen de epitelizarse.

Transcurriendo un tiempo adecuado se vuelve a valorar al paciente con anamnesis y estudio radiográfico nuevamente para saber si ya es factible de ser intervenido.

Para terminar, cabe hacer la aclaración de que el tiempo de reducción varía de un caso a otro, influyendo factores individuales, tales como : edad del paciente, tamaño del quiste y la neoformación ósea.

TEMA V.

REVISION DE DIEZ CASOS CLINICOS TRA
TADOS A NIVEL INSTITUCIONAL COMPLE-
MENTADO CON MATERIAL FOTOGRAFICO.

REVISION DE CASOS CLINICOS TRATADOS A NIVEL INSTITUCIONAL COMPLEMENTADO CON MATERIAL FOTOGRAFICO.

Durante la etapa de nuestra revisión casuística, en la Clínica Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, no fué una tarea tan fácil del todo, dado que nos topamos con una serie de problemas y desavenencias; los mismos hicieron variar un poco el objetivo completo de nuestro presente trabajo. Sin embargo, pese a tales circunstancias logramos captar una idea global acerca del índice de presentación en cuanto a padecimientos quísticos, en dicho Centro Hospitalario, durante el período de 1976 a 1979 respectivamente.

Tuvimos la oportunidad de trabajar con una población de nueve casos clínicos reales y auténticos, de los cuales no fué posible fotografiar las correspondientes placas radiográficas por razones muy propias del Hospital de tipo estatutarias; los cuáles ante la petición nos respondieron que a principios de 1980 realizaron un proceso de selección y desecho dentro del archivo de Rx, por tanto las placas que nos interesaban habían sido retiradas.

No obstante, auxiliandonos de una revista odontológica importante pudimos captar un caso clínico de especial interés, tratado en el mismo hospital, y que ha sido impreso en nuestra tesis como un medio compensativo ante el esfuerzo llevado a cabo.

También es importante hacer mención de la inclusión de un caso clínico sumamente interesante, que nos fué otorgado por la Clínica periférica ACATLAN de la ENEP IZTACALA, al cual sacamos provecho por la localización e impresión del estudio radiográfico tanto preoperatorio como postoperatorio.

A continuación podemos apreciar la secuencia fotográfica en ambos casos clínicos.

CASOS CLINICOS

HERRERA LOPEZ JUANA

Paciente de sexo femenino, de 29 años de edad, originaria de Actopan Hgo, empleada, y su estado civil es casada con antecedentes heredo-familiares sin importancia para el padecimiento actual. También tiene antecedentes de intervención quirúrgica en 1968 de quiste en un ovario, en la actualidad padece hemorroides controladas.

Es conocida por nuestro servicio la cual fué operada anteriormente para extirpación de Quiste primordial.

Actualmente acude al Centro Hospitalario por presentar sintomatología casi igual a su antiguo padecimiento. El paciente acusa dolor indurado, localizado, con secreción purulenta; a la apreciación física se nota aumento de volumen a nivel de los 3ros. molares inferiores a ambos lados de la mandíbula, con anodoncia parcial, mucosas bucales hidratadas y ligeros cambios de coloración en las regiones afectadas.

Se le indica estudio de Rx-Ortopantográficos, en la que se aprecia aumento de volumen óseo e imágenes compatibles con Quiste Dentífero. Dados los resultados se decide su operación para enucleación total, solicitándose exámenes de laboratorios rutinarios.

Se celebra la operación el 19 de abril de 1976 bajo anestesia general, sin complicaciones ni accidentes transoperatorios. El paciente pasa luego a recuperación en buenas condiciones generales, únicamente se le transfunde una unidad de sangre total. Se le indicó medicación analgésica, antibiótica y antiinflamatoria (Penicilina, Estreptoquinasa y Ac.

Acetil Salicílico). Durante los 5 días de permanencia en el C.H., Observa una evolución satisfactoria, por lo que se autoriza su egreso el día 24 de abril de 1976 para seguir siendo controlado por el servicio de consulta externa.

Diagnóstico preoperatorio: Quiste Dentífero

Diagnóstico Postoperatorio: mismo

Operación realizada: Eucleación y Curetaje amplio

Diagnóstico anatomopatológico: Quiste primordial (queratociste).

Aportación del caso clínico por el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Expediente: 76-02801

R 3879 E 61

Paciente de sexo masculino de 51 años de edad, originario de Irapuato Gto, empleado, con estado civil no especificado; inicia su padecimiento actual hace aproximadamente un año, con dolor en incisivo lateral superior izquierdo, desde entonces observa gradual aumento de volúmen, acude a su clínica de adscripción donde se le indica terapia no especificada por el paciente, sin notar mejoría, el paciente refiere que la inflamación aparecía y desaparecía intermitentemente; después acude al IMSS de Irapuato donde le recetan tratamiento paliativo. Hace 15 días llega a su clínica de adscripción del ISSSTE de Irapuato donde le hacen un estudio para ser canalizado a éste C.H., para revaloración y tratamiento.

Aquí se le manda a practicar Rx periapicales y ortopantografía. Clínicamente se detecta aumento de volúmen en la región lateral de la nariz izquierda abarcando parte del labio superior.

Intraoralmente se nota cambio de coloración en el incisivo lateral superior izquierdo y aumento de volúmen en fondo de saco así como región palatina del mismo lado. En la Rx se capta una zona radiolúcida que involucra del lateral al 2o. premolar de este lado, diagnosticándose Quiste Nasoalveolar. Se interviene quirúrgicamente bajo anestesia general el día 27 de octubre de 1977 a través de una Marsupialización. No presentando riesgos quirúrgicos ni anestésicos, para la recuperación en buenas condiciones, su evolución postoperatoria resultó muy satisfactoria, por lo que se decide su egreso de éste hospital el 29 de octubre de 1977, para continuar su control en la consulta externa.

Diagnóstico preoperatorio: Quiste nasoalveolar

Diagnóstico postoperatorio: mismo

Operación realizada: Marsupialización

Diagnóstico anatomopatológico: Quiste globulomaxilar
con inflamación aguda.

Aportación del caso clínico por el Centro Hospitalario
"20 de Noviembre" del ISSSTE.

Expediente: 77-12879

R E-38

QUISTE PRIMORDIAL O PRIMITIVO

MA. TERESA FERNANDEZ

Paciente de sexo femenino, de 51 años de edad originaria del D.F., y con residencia en el mismo, casada, ama de casa; misma que es enviada en Abril de 1979 al servicio de Cirugía Maxilo Facial del Centro Hospitalario " 20 de Noviembre" para diagnóstico, pronóstico y tratamiento de un aumento de volú - men en hemicara derecha.

Inicia padecimiento actual 15 días antes de su aparición a nuestro servicio con un ligero aumento de volúmen en hemicara del lado derecho con paulatino crecimiento. Posteriormente se presenta dolor en la región de la A.T.M., y sensación de adormecimiento en la región labial y mentoniana de dicho la - do.

Por lo antes mencionado acude con el dentista particular el cual le toma Rx periapicales y descubre zonas quísticas, por lo que es remitida a éste C.H.

A la exploración física la tumefacción es indurada, dolorosa a la palpación. Intraoralmente: mucosa bucales bien hidrata - das de consistencia y coloración normales; del mismo modo se detecta aumento de volúmen en la región retromolar derecha, con ausencia de molares inferiores derechos, sin la presen - cia de limitación de movimientos funcionales.

Radiográficamente una zona radiolúcida multilocular en hemi - mandíbula derecha abarcando apófisis coronoides, cóndilo, rama y extendiéndose hasta la región del segundo premolar del mis - mo lado.

La paciente fué internada en las camas del servicio de Ciru - gía Maxilo Facial de éste Centro Hospitalario el 24 de Abril de 1979. El día 3 de mayo del mismo año fué intervenida bajo anestesia nasotraqueal. El transcurso de la operación de hemi - mandibulectomía resultó de lo más normal sin la presencia de

complicaciones, la paciente se recupera sin novedad postquirúrgica con la única observación y administración de tratamiento analgésico, antibiótico y antiinflamatorio.

Diagnóstico preoperatorio: Quiste folicular

Diagnóstico postoperatorio: Quiste dentífero

Operación realizada: Eucleación con hemimandíbula -
lectomía del lado derecho.

Diagnóstico anatomopatológico: Quiste primordial ó
primitivo.

Aportación del caso clínico por el Centro Hospitalario "20 de
Noviembre" del ISSSTE a través de la Asociación Dental Mexi-
cana.

ARIAS HERRERA ALEJANDRA

Paciente de sexo femenino de 5 años de edad, originaria del D.F., y residida en el mismo, estudiante, soltera, los antecedentes heredo familiares carecen de importancia significativa para el padecimiento actual, el cual lo ha iniciado desde hace 2 meses y medio al sufrir caída, no tanto aumento de volúmen en el lado derecho de la narina, no refiriendo procesos dolorosos. A la exploración física se nota aumento considerable de volúmen en la región geniana derecha hasta labio superior. Intraoralmente se descubre anodoncia parcial en incisivos superiores usando prótesis de mantenedor de espacio removible. En fondo de saco vestibular superior se palpa una superficie indurada, molar aproximadamente del lado derecho.

Radiográficamente se muestra una radiolucencia en la misma zona, por lo que se decide su intervención quirúrgica el día 15 de octubre de 1976, bajo anestesia general por medio de intubación endotraqueal.

Después de la operación pasa a recuperación en buenas condiciones, y debido a su buena evolución se decide su egreso el día 19 de octubre de 1976 para ser controlado por medio de consulta externa. El manejo postoperatorio fué a base de penicilina procaína, tripsina y quimiotripsina, dimetilpirazolona.

Diagnóstico preoperatorio: Quiste dentífero

Diagnóstico postoperatorio: mismo

Operación realizada: Enucleación

Diagnóstico anatomopatológico: Tumor reparativo de células gigantes.

Aportación del caso clínico por el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Expediente: 76-0997

R 3852 E 21

MORALES MORENO MA. RUFINA

Paciente de sexo femenino, de 15 años de edad, originaria del D.F., y con residencia en el mismo, estudiante, soltera; los antecedentes heredo-familiares carecen de valor para el padecimiento actual, es enviada de su clínica de adscripción para que se le estudie la aparición de tumoración blanda en cara interna de labio inferior con casi un año de evolución, indoloro, del mismo color de la mucosa circundante, con movilidad discreta, renitente, de aproximadamente medio cm. de diámetro, sin acompañarse de otra sintomatología. Se le hace Historia Clínica general y se le mandan exámenes de laboratorio para operar el tumor en la próxima cita de la semana siguiente.

En la impresión Diagnóstica se determina Mucocele. El 9 de septiembre de 1976, se interviene el paciente bajo anestesia local, sin percances durante el transoperatorio, se retira el enfermo el mismo día de la intervención, manejándose con medicación antibiótica y analgésica para citarse 5 días después para su control y retiro de suturas en la consulta externa.

Diagnóstico preoperatorio: Mucocele
Diagnóstico postoperatorio: mismo
Operación realizada: Eucleación
Diagnóstico anatomopatológico: Mucocele

Aportación del caso clínico por el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Expediente : 76-17842

R 4302 E 17

VELAZCO LEUCONA ANGEL ALFONSO

Paciente de sexo masculino, de 11 años de edad, originario de Jalapa Veracruz, estudiante, soltero: los antecedentes heredo familiares sin interferir en el padecimiento actual; fué referido de su clínica de adscripción para tratamiento de Quiste Radicular, mismo que se observaba aumentado de volúmen con material de secreción purulento.

Se toma Rx observándose zona radiolúcida a nivel de incisivo lateral, central inferior derecho e izquierdo.

El día 2 de enero de 1978 se drenó el quiste a presión sobre mentón, para canalizar el contenido por fondo de saco, enseguida se le colocó PEN ROSE y finalmente se le prescribe penicilina procaína y Dicloxacilina.

Al posterior control radiográfico se nota que ha disminuído la zona radiolúcida a nivel de los incisivos laterales, apreciándose esta sólo en centrales, se envía al paciente a la clínica de especialidades dentales para terapia de conductos.

El día 16 de enero de 1978 es intervenido bajo anestesia local con excisión total del quiste. El enfermo pasó a recuperación en condiciones aceptables manejándose con penicilina procaínica y Lincomicina. En lo subsecuente será controlado en consulta externa. El día 28 de febrero de 1978.

Diagnóstico preoperatorio: Quiste radicular

Diagnóstico postoperatorio: Mismo

Operación realizada: Enucleación total y curetaje regional.

Diagnóstico anatomopatológico: Quiste de pared fibrosa con inflamación crónica y aguda, leve osificación intramembranosa y tejido de granula

Aportación del caso clínico por el Centro Hospitalario "20 de
Noviembre" del ISSSTE.

Expediente: 77-17966

R 4425 E 62

BANDA PEREZ RODOLFO JOSE

Paciente masculino, de 27 años de edad, originario de Piedras Negras Coahuila. con antecedentes heredo-familiares sin interés fundamental para el padecimiento actual que lo inicia hace 20 días aproximadamente, al notar una sensación de comezón hormigueo y movilidad dentaria en dientes anteriores inferiores. continuando dichos movimientos con dientes antagonistas al morder durante la masticación y mal hábito con la lengua.

Un dentista particular en Piedras Negras le hace pruebas de vitalidad pulpar y extracción de líquido por medio de punción y enviado a laboratorio donde reporta en 24 hrs. resultados negativos.

A la inspección intraoral encontramos mucosas bien hidratadas, de buena coloración, ausencia de dientes 3rs. molares así como movilidad de dientes anteriores inferiores. además una tumoración en el repliegue mucogingival en zona mentoniana, de aproximadamente 4 cm, blanda al tacto, no móvil, dolorosa a la presión digital, no crepitante.

Se le toman Rx oclusales y periapicales viéndose una radiolucencia a nivel de dientes móviles antes mencionados, de 3 cm. de diámetro con zona ósea periférica no delimitada, por lo que se descarta Mixoma y Ameloblastoma, dando imagen aparente de Quiste traumático.

Se le revisan exámenes de laboratorio, encontrándose normal por lo que se programa para cirugía menor el día 20 de enero de 1978 bajo anestesia local.

El postoperatorio evolucionó como se esperaba con ayuda anti-biótica y analgésica.

Diagnóstico preoperatorio: Quiste traumático.

Diagnóstico postoperatorio: Quiste óseo traumático con extravasación.

Diagnóstico anatomopatológico: Quiste óseo traumático con extravasación.

Operación realizada; Enucleación.

Aportación del caso clínico por el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Expediente: 78-01490

R 4642 E 64

MORENO SOTO EDNA EMMA

Paciente femenino de 16 años de edad, originaria de Mazatlán Sinaloa y con residencia actual en el D.F., soltera, estudiante; inicia el padecimiento actual hace alrededor de 5 meses al notar pequeño aumento de volumen del piso de boca del lado izquierdo, mismo que fué creciendo progresivamente con ligera resequedad de la boca, asintomático. Fue remitido de su clínica de adscripción con una impresión, Diagnóstico de obstrucción de glándula. A la exploración intraoral se palpa aumento de volumen de aproximadamente 2.5 cm. dado que abarca hasta la cara distal del 1er. molar inferior izquier. A la palpación es indoloro, de consistencia semidura y semiflutuante, de coloración roja-azulosa, notándose las mucosas orales ligeramente pálidas pero regularmente hidratadas.

Por lo antes descrito se diagnóstica Ránula.

Se programa al paciente para ser operado el día 3 de agosto de 1978, mientras tanto se le piden exámenes de laboratorio acostumbrados y fotografía clínica.

La intervención se lleva a cabo dentro de los márgenes adecuados sin percances y el paciente se retira el mismo día de la cirugía manejándose con Dicloxacilina, Dimetilpirazolona y Acetilpiridinio, a la postre será controlado en consulta externa.

El enfermo se dá de alta hasta el día 14 de octubre de 1978, porque el pasado día 8 del corriente mes se intentó retirar los puntos pero se dejó una sutura dado que aún no cerraba bien la herida.

Diagnóstico preoperatorio: Ránula

Diagnóstico postoperatorio: mismo

Operación realizada: Marsupialización

Diagnóstico anatomopatológico: Mucocele

Aportación del caso clínico por el Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE.

Expediente: 78 - 1848

R 4566 E 65

Paciente de sexo masculino, de 6 años de edad originario del D.F., y con residencia donde mismo, los antecedentes heredo-familiares sin importancia alguna ante su padecimiento actual. Padece frecuentemente amigdalitis así como amibiasis. El padecimiento actual lo comienza el 21 de mayo de 1978, al darse cuenta de un aumento de volúmen en piso de boca izquierdo; es llevado al médico en clínica ISSSTE donde le prescriben Penicilina G y antiinflamatorios, citándose a los 8 días no consiguiéndose mejoría.

Por tanto es canalizado al C.H., para su revaloración y tratamiento. A la inspección oral se nota aumento de volúmen en piso de boca izquierdo, de aproximadamente 3 cm, de coloración blanca azulada, con aspecto de panza de rana, el resto de mucosa oral de coloración normal y bien hidratadas. A los Rx, no se observó ningún sialolito.

La impresión diagnóstica fué de Ránula.

Se programa para intervenirse el día 21 de junio de 1978 y se le mandan practicar exámenes de laboratorio.

Se somete a operación el día señalado bajo anestesia local, el transoperatorio transcurre sin problema, el paciente se marchó el mismo día de la cirugía bajo control antibiótico y analgésico y se le citó en 5 días.

El 31 de julio de 1978 el paciente se presenta por recidiva de la ránula, se interviene nuevamente el día 2 de agosto de 1978, dándose de alta al paciente el 16 de agosto del mismo año y ahora sí por óptima evolución de la cicatrización.

Diagnóstico preoperatorio: Mucocèle

Diagnóstico postoperatorio: mismo

Operación realizada: Marsupialización

Diagnóstico anatomopatológico: Ránula

Aportación del caso clínico por el Centro Hospitalario "20 de
Noviembre" del ISSSTE.

Expediente: 78-13517

R 4556 E 34

REPORTE DE UN CASO CLINICO ESPECIAL
(QUISTE PRIMORDIAL MULTILOCULADO)

ARMANDO AVALOS RIVAS

Paciente de sexo masculino, de 21 años de edad, originario del Estado de México y con residente en el D.F., soltero, estudiante y empleado en la compañía Uniroyal de México.

El paciente se presenta por vez primera a consulta el 27 de mayo de 1979, en la Clínica Acatlán de la Universidad, donde es valorado por alumnos pasantes del 8o. semestre. Mismos que percatan un aumento de volúmen en la porción lateral izquierda y posterior de la mandíbula con evolución de 10 meses.

Durante el anamnesis refiere el paciente que desde hace un -- año aproximadamente notó lo anterior, con dolores ocasionales con un ligero adormecimiento de dicho sitio que se acentuaba por las tardes (no siempre).

Se examinó la zona retromolar inferior izquierda y se detectó la carencia del tercer molar (así como otras piezas) y una zona bastante tumefacta, de consistencia firme y de coloración variable.

En la misma cita se somete al paciente a estudio Rx periapical revelándonos áres rarefactas por lo cual se ordena ORTOPANTOGRAFIA.

Conjugando los métodos de exploración, Historia Clínica y Rx Ortopantográfico, se llegó al diagnóstico de muy probable Quiste Dentífero.

Por medio de anestesia local (general) se realiza la intervención el 20 de junio de 1979, sin riesgos y complicaciones.

Después de 3 horas el paciente se retira a su hogar para recuperación sin faltar las recomendaciones de rutina, así como tratamiento de triple A.

Diagnóstico preoperatorio: Quiste Dentífero
Diagnóstico postoperatorio: Quiste Primordial
Operación realizada: Enucleación total y Exodoncia
Diagnóstico Anatomopatológico: Quiste Primordial
Multiloculado.

Aportación del caso clínico por el Dr Guillermo Silva, titular de la materia de Cirugía Bucal, de la Clínica Periférica - Acatlán de la ENEP IZTACALA.

MATERIAL FOTOGRAFICO

Quiste primordial o Queratoquiste

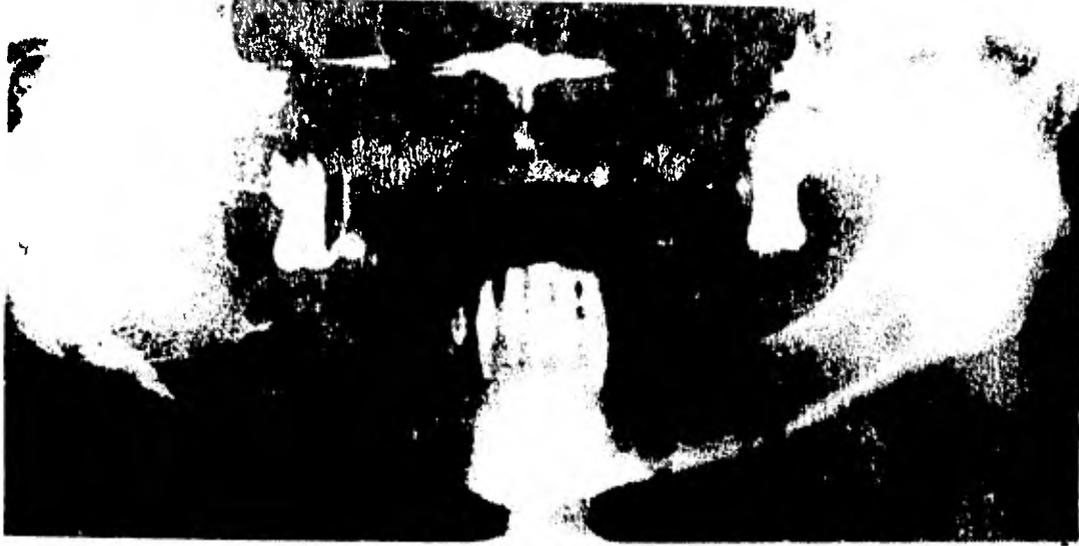


Fig. 1 Zona radiolúcida multilocular que abarca apófisis coronoides, cóndilo y rama.



Fig. 2 Técnica quirúrgica extraoral.

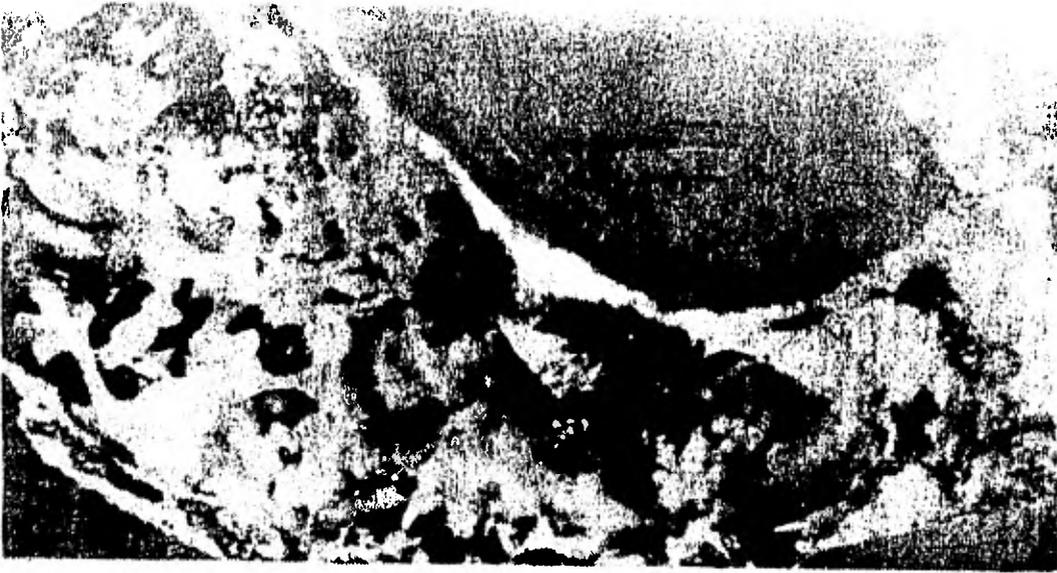


Fig. 3 Estructura quística multilocu
lar.

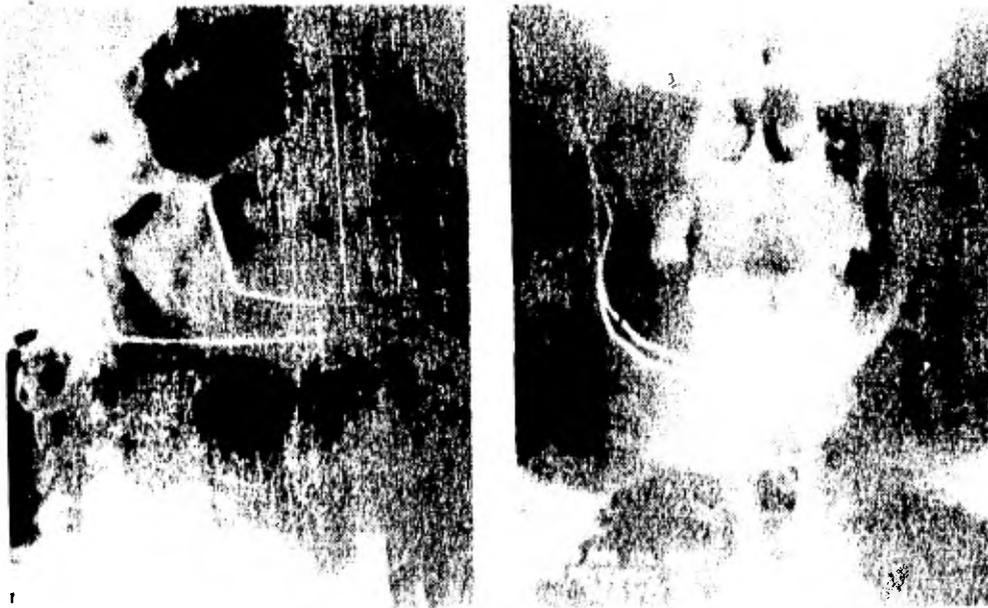


Fig. 4 Reconstrucción con un clavo
de Kirschner



Fig. 3 Estructura quística multilocu
lar.



Fig. 4 Reconstrucción con un clavo
de Kirschner



Fig. 5 Estudio histológico. Por--
ción epitelial fina y uniforme cu-
bierta por una capa paraqueratíni-
ca.

Quiste Multiloculado

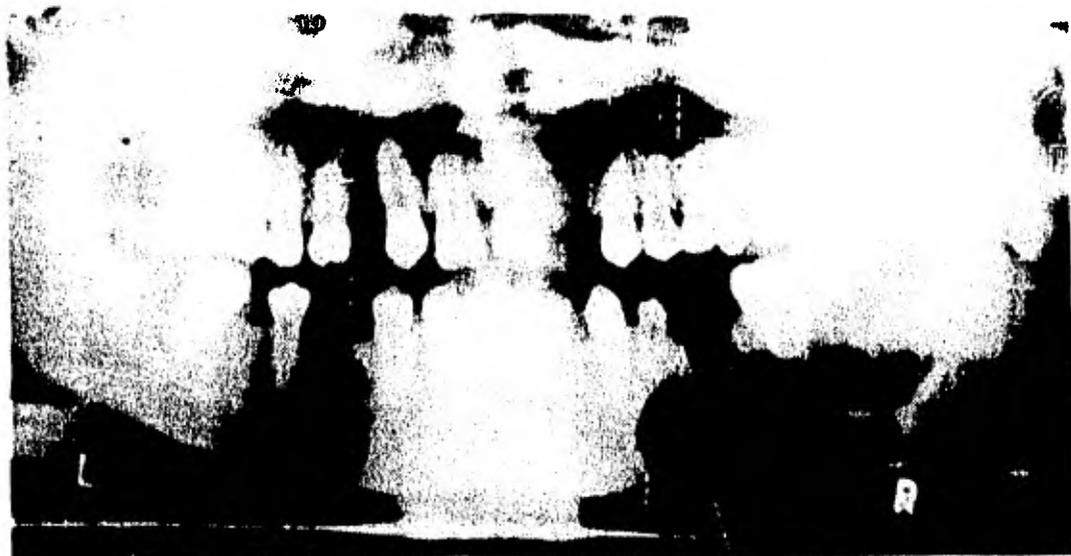


Fig. 6 Aspecto radiográfico preoperatorio del caso clínico aportado por la clínica Acatlán de la ENEP-IZTACALA.

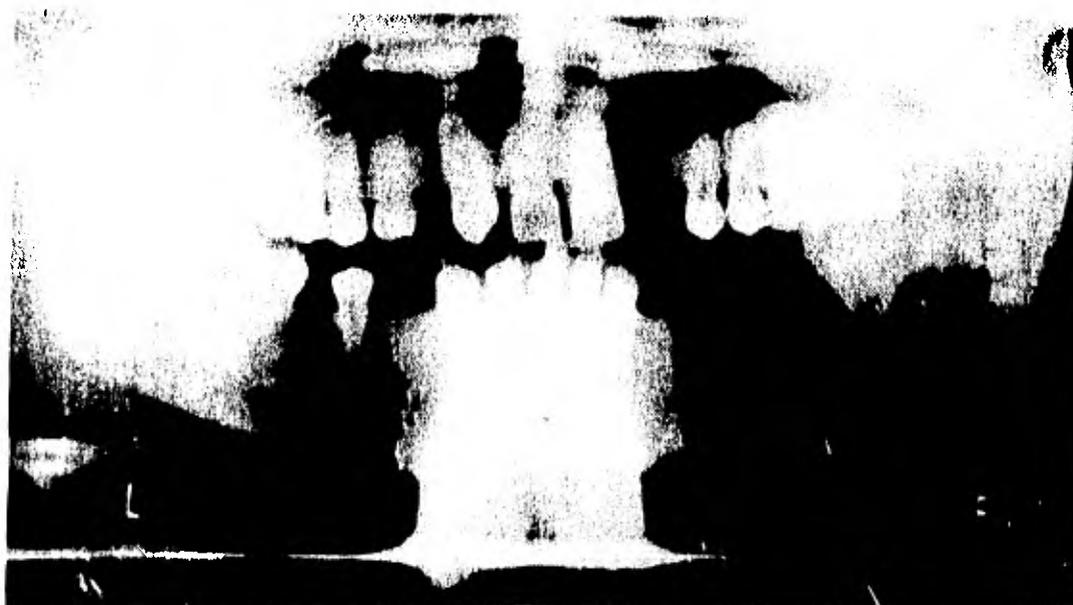


Fig. 7. Panorama postoperatorio del mismo caso.

C O N C L U S I O N E S

En el transcurso de la revisión de los 9 casos clínicos aportados por el C. H., "20 de Noviembre" percatamos algunos hechos muy importantes, como por ejemplo, que el padecimiento Quiste Primordial o Primitivo ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencia, -- por lo menos en esa población específicamente; posteriormente se presentan los pseudoquistes de retención Mucoccele, Ránula y le sucede el Quiste Traumático (haciendo hincapié que estamos hablando desde el punto de vista índice de presentación).

De manera análoga observamos que de los quistes fisurales (palatino mediano, alveolar mediano y mandibular mediano), representan al menor grado de manifestación clínicamente. También se nos pasaba incluir al Quiste Nasopalatino dentro de éstos.

Por otro lado notamos que en el sexo femenino resultó ser el más afectado por este tipo de patología oral.

Ahora bien, en relación a la edad nos dimos cuenta que fué difícil precisar, por el hecho de hallar edades muy variables, pero en tal población encuestada, por pequeña que es, existe una tendencia hacia las personas adultas, un tanto menos en adolescentes y casi nulas en niños.

La técnica quirúrgica más predominantemente utilizada fué la Enucleación total, con el propósito de no obtener recidiva alguna del tumor quístico en un tiempo posterior

La técnica de Marsupialización se le empleó más apropiadamente en los pseudoquistes Ránula o Mucoccele; sin embargo, se suscitaron 2 casos de recidiva, probablemente por un deficiente desarrollo del transoperatorio.

Resulta verdaderamente muy apasionante cuando uno mismo, como estudiante, se atreve a adentrarse hacia un tema determinado, en especial cuando se siente una atracción sin medida sobre el mismo tal ha sido el caso de nosotros, que desde un principio tuvimos la idea de esforzarnos por realizar un buen trabajo dentro de los altibajos predichos con anterioridad.

Pensamos que, a pesar de no haber logrado cubrir la totalidad de nuestros propósitos, esta tarea nos ha dejado, en lo personal, una notable satisfacción porque aquí hemos aprendido que lo más importante no es llegar a un fin determinado sin haber entendido el objetivo auténtico, sino procurar avanzar comprendiendo suficientemente procedimientos.

Los Sustentantes

B I B L I O G R A F I A

- 1) Archer, W. Harry, Hamilton B.G. Robinson.
CIRUGIA BUCAL
2a. Edición, Editorial Mundi 1978
Tomo I Cap. 10, págs. 399...407, Cap.11, págs.
408...476, págs. 485...492.
- 2) Bhaskar, S. N.
PATOLOGIA BUCAL
3a. Edición, Editorial Ateneo 1974
Cap. 9, págs. 146...162, Cap. 14, págs. 283, 284,
285.
- 3) Ginestet, G.
ATLAS DE CIRUGIA ESTOMATOLOGICA Y MAXILO FACIAL
Buenos Aires, Editorial Mundi 1967
- 4) Guralnick, Walter C., Irving Meyer.
TRATADO DE CIRUGIA ORAL
Barcelona, España. Editorial Salvat Editores 1971
Cap. 22 págs. 413...429.
- 5) Ham, Arthur W.
TRATADO DE HISTOLOGIA
7a. Edición, Editorial Interamericana 1975
Cap. 6 págs. 156...169, Cap. 7 págs. 172...188 --
Cap. 8 págs. 190...199, Cap.15 págs. 352...402.
- 6) Krüger, Gustavo O., S. Elmer Bear, Philip J. Boyne
Leroy W. Peterson.
TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
4a. Edición, Editorial Interamericana 1978
Cap. 14 págs. 197...207, págs. 209...216.
- 7) Orban, Balint Joseph, Irving B. Stern, Franck G. -
Everett, Daniel A. Grant.
TEORIA Y PRACTICA DE PERIODONCIA
4a. Edición, Editorial Interamericana 1975
Cap. I, págs. 3...12, Cap. II, págs. 13...42, Cap.
III, págs. 43...62.

- 8) Revista "Asociación Dental Mexicana"
Quiste primordial ó primitivo (Caso clínico)
Volumen XXXVII Nº 1, Enero-Febrero 1980
Artículo 28, págs. 28, 29, 30.

- 9) Ríos Centeno, Guillermo A.
CIRUGIA BUCAL
8a. Edición, Editorial Ateneo 1979
Cap. 32, págs. 580...608, Cap. 33, págs. 609...678.

- 10) Shafer, William G., Maynard K. Hine, Barnet M. Levy
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
3a. Edición, Editorial Interamericana 1977
Cap. 4, págs. 238...252.

- 11) Thoma, Kurt Hernann.
PATOLOGIA ORAL
México, D.F. UTEHA, Editorial Hispano Americana 1955
Tomo II, Cap. 31, págs. 946...959, Cap. 46, págs. --
1401, 1402, 1403, 1404.

- 12) Zegarelli, Edward V., Austin H. Kutscher, George A.
Hyman.
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL
Salvat Editores, S.A. 1978
Cap. 41, págs. 186...203, Cap. 42, págs. 204, 205, -
206, 209, 210.