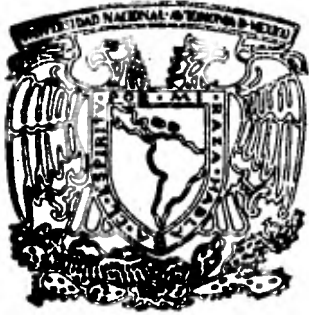


1ej. 160

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Escuela Nacional de Estudios Profesionales IZTACALA**



---

---

**CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA**

**QUISTES DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS  
DE LA CAVIDAD BUCAL**

**CARMEN GONZALEZ HERNANDEZ**

**SAN JUAN IZTACALA, MEXICO**

**1982**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

INTRODUCCION	1
CAPITULO I	
Generalidades	4
CAPITULO II	
Historia Clínica	7
Estados o Situaciones de Orden General	10
Estados Patológicos Específicos de Interés en Cirugía Oral	12
Examen Físico Bucal	27
CAPITULO III	
Diagnóstico	28
CAPITULO IV	
Examen Radiográfico	30
CAPITULO V	
Clasificación	32
CAPITULO VI	
Quistes Odontogenicos	33
CAPITULO VII	
Quistes no Odontógenos	44
CAPITULO VIII	
Quistes de Tejidos Blandos	57
CAPITULO IX	
Técnicas Quirúrgicas	70
CAPITULO X	
Complicaciones Posoperatorias	84

## CAPITULO XI

### Conclusiones

## INTRODUCCION

Este es un tema de gran importancia para todo Odóntologo, ya que se trata de una de las lesiones patológicas que se presenta en la cavidad oral, ya que si no tenemos los suficientes conocimientos, podemos llegar a confundirlo con un neoplasma y por otro lado, si no se trata puede llegar a ser un ameloblastoma, estas lesiones son los QUISTES DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS DE LA CAVIDAD BUCAL, fue el tema de mas interés para realizar mi tesis.

En el contenido de este tema nos profundizaremos un poco. Dentro de las generalidades del quiste se mencionará que es una cavidad llena de líquido, formada de restos epiteliales y se presenta en tejidos blandos y duros, el dolor no suele ser un síntoma habitual salvo que se haya infectado secundariamente o cuando hay presión de un nervio.

Son de gran importancia ya que son muy frecuentes, pueden permanecer en la cavidad oral por muchos años sin ninguna manifestación, se detecta cuando el paciente acude al consultorio y se le toma una serie radiográfica o cuando se presenta por una tumefacción, pero hay otros que si presentan dolor y pueden alcanzar gran tamaño y producir alteraciones de la dentición, síntomas neurálgicos y predisposición a las fracturas. Para poder diagnosticar un quiste es ne

cesario que todo Cirujano Dentista y estudiante realicemos una detalla da historia clínica, valoración radiográfica, debemos prestar atención cuidadosa ya que nos muestran la localización y extensión del quiste - en el hueso y dientes, generalmente tiene un contorno liso, redondo, - lobular o multilobular, sin embargo cuando hay infección secundaria - los bordes pueden ser irregulares.

El diagnóstico nunca se puede hacer positivamente por los datos radiográficos, ya que muchas enfermedades neoplasicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quistes.

Se debe hacer un examen clínico completo inclu - yendo las pruebas de vitalidad, el examen histológico muchas veces - esencial.

Dentro de la clasificación mencionaremos los quis tes dentígeros son los que se presentan mas comunmente entre ellos - está el radicular que va a "nacer" de un granuloma el cual también - vamos a mencionar, aunque quiero aclarar que no todos los granulo - mas van a originar quistes.

Los no odontógenos van a hacer inclusiones epitelia les en las líneas de fusión de la apófisis embrionaria.

También nos referimos a los quistes de tejidos blan - dos como los congénitos entre ellos tenemos al Tirogloso que por lo ge neral se va a encontrar en cuello, los quistes de retención como es la ránula.

En el trayecto de cada quiste mencionaremos su etiología, manifestaciones clínicas, histopatología, valoración radiográfica y su tratamiento.

El tratamiento es médico quirúrgico, nunca únicamente médico, ya que la membrana quística nunca desaparece sólo con los medicamentos.

Los principios del "quirúrgico" están encaminados a la erradicación de complicaciones surgidas del quiste así como su extirpación, incluyendo su cubierta epitelial.

Se mencionarán dos técnicas la enucleación y marsupialización que sabiéndolas utilizar dan buenos resultados.

## CAPITULO I

### GENERALIDADES DEL QUISTE

El quiste es una lesión que consiste en un saco o espacio anormal (ya sea en los tejidos blandos o duros de la cavidad oral), que contiene una sustancia líquida o semisólida que está limitada por un epitelio y encerrada en una cápsula de tejido conectivo.

Como mencionamos arriba por lo general la mayoría de los quistes se encuentran revestidos de epitelio. A continuación mencionaremos en forma general los tipos de este tejido y lugares donde se localizan.

Basándonos en la forma de las células de la superficie libre, se distinguen tres grupos de epitelio escamoso plano, cuboide y cilíndrico, éstos a su vez se pueden dividir en dos subgrupos dependiendo del número de capas.

Cuando tiene una sola capa se le llama epitelio simple, y a las de múltiples capas se les da el nombre de epitelio estratificado de los cuales tendremos los siguientes tipos.

Epitelio escamoso simple: Formado por células planas está representado en la cavidad bucal por endotelio en vasos sanguíneos y linfáticos, por las células del conducto de ciertas glándulas salivales, se encuentran también en algunos tubulos renales y en el epitelio de sistemas de filtración.



Epitelio escamoso estratificado formado de multi-  
ples capas con las células mas externas planas, se encuentran dos -  
variedades en la cavidad bucal. La primera compone superficies se -  
cas como piel y borde rojo de los labios y es siempre epitelio córneo  
(queratinizado), la segunda cubre parte inferior de la lengua, piso de  
la boca, paladar blando y normalmente no es córneo (no queratinizado).  
En la cavidad bucal se encuentra epitelio parcialmente queratinizado, -  
sobre superficies que están sujetas a fricción a este tipo se le llama -  
epitelio masticatorio y se encuentra en encia, paladar duro y lengua.

Epitelio cuboide estratificado excepto en ciertas --  
áreas de la faringe, no está presente en la cavidad bucal o nasal en -  
los grandes conductos glandulares o en algunos lugares puede ser ciliado.

Epitelio cilíndrico pseudoestratificado. Se encuentra  
formado el revestimiento de las vías respiratorias; nariz, seno maxilar,  
faringe, traquea y bronquios.

La presencia de tejido epitelial en el interior de la  
médula del maxilar y en la mandíbula, constituye una de las tantas se-  
mejanzas entre los maxilares y otros huesos del esqueleto. La fuente -  
de ese epitelio es tanto odontogénica como no odontogénica.

El epitelio odontogénico, que representa los vestigios  
de los órganos del esmalte o de la lámina dental, puede existir en los -  
maxilares en forma de órgano de esmalte no desarrollados o como res -

tos epiteliales (restos de Malassez).

El epitelio no odontogénico se observa únicamente en el maxilar superior y representa los restos del epitelio que cubría los procesos embrionarios que generan en el maxilar. Como es de esperar, estos residuos se encuentran a lo largo de la línea media del paladar (línea de fusión de los procesos palatinos), en la zona entre los caninos e incisivos laterales del maxilar (línea de fusión de los procesos globulares y maxilar) y en la región de la base de la nariz (línea de cierre de los procesos nasales medio y lateral con el proceso maxilar). Afortunadamente en la boca y en los maxilares, sin embargo, aunque sólo hay pocos tipos en la literatura se han utilizado numerosas denominaciones para nombrarlos. Algunas denominaciones se basan en la localización específica del quiste como ejemplo, el quiste periapical, el quiste del final de la raíz y el quiste radicular indican todos una localización relacionada con el ápice o una raíz; de forma parecida el quiste globulomaxilar, el quiste sutural y el quiste de la línea media indican la localización de la anomalía.

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

Una clasificación de los quistes es útil cuando contribuye a clasificar o mejor, a comprender o cuando ayuda a diferenciar los distintos tipo de quistes, los separamos en tres grandes grupos, en la siguiente página los mostramos.

## CAPITULO II

### HISTORIA CLINICA

En el ejercicio de la cirugía oral, debe recordarse de una forma constante el viejo adagio que dice: "detrás de cada diente existe un paciente". En ningún momento de la historia es más cierto este axioma que en la época actual. La gran cantidad de descubrimientos conseguidos por nuestros médicos en el campo del diagnóstico y terapéutica, han permitido que los cirujanos orales puedan tratar a muchos enfermos que en épocas anteriores no hubieran podido sobrellevar sus enfermedades. Es necesario pues, en los cirujanos orales, un profundo conocimiento de los procesos patológicos básicos y saber valorar los resultados que sus tratamientos pueden tener sobre el paciente y su enfermedad. El cirujano deberá valorar el estado del enfermo y determinar cuándo se utilizará la anestesia local o general. Deberá decidir cuándo el paciente puede ser tratado en régimen ambulatorio o cuándo deberá ser hospitalizado para poder conservar todo ello, necesitará reunir la suficiente información que le permita lograr sus objetivos de forma adecuada.

El instrumento diagnóstico más útil para el cirujano oral es también el más sencillo: Una buena historia clínica, el paciente debe sentir que las preguntas a las que se le somete de una forma discreta y científica, tiene una gran importancia en relación al tratamiento a que va a ser sometido y que no se trata sólo de una

curiosidad académica o habitual. Muchas veces un enfermo nos dirá - que su estado de salud es perfecto y luego, casi de una forma forzada, nos revelará que ha tenido un reciente infarto miocárdio debido al cual está tomando "medicamentos de acción sanguínea". Hay que evitar esta tendencia a ocultar enfermedades insistiendo al paciente en la importancia que tiene su estado general de salud para las técnicas de cirugía y anestesia.

Hay seis preguntas de orden general que nunca deben omitirse:

1. ¿ Se encuentra el enfermo actualmente bajo el cuidado de algún médico, o lo ha estado con anterioridad?
2. ¿ Toma actualmente algún fármaco o lo ha tomado con anterioridad?
3. ¿ Ha padecido alguna enfermedad grave o ha sufrido alguna intervención?
4. ¿ Ha sufrido alguna vez reacciones desagradables con los medicamentos que se le han administrado?
5. ¿ Conserva algún mal recuerdo de intervenciones quirúrgicas anteriores?
6. ¿ Ha padecido reciente o con anterioridad algún proceso hemorrágico de importancia, particularmente durante las intervenciones?

Una respuesta afirmativa a cualquiera de estas pre -

guntas dará lugar a otra serie de preguntas más específicas dirigidas a esclarecer el problema. Si el paciente no sabe de una forma clara el problema por el cual se está tratando o desconoce los fármacos - que ha consumido, deberá recurrirse a una consulta con su médico de cabecera. Muchos enfermos se encuentran en un estado total de ignorancia en relación a sus padecimientos y sólo una comunicación directa con su internista puede arrojar, en ocasiones, la luz necesaria para poder realizar un trabajo eficiente y seguro.

## ESTADOS O SITUACIONES DE ORDEN GENERAL

### Embarazo

Existe cierto temor a realizar intervenciones quirúrgicas en la mujer embarazada.

Los problemas que se presentan más a menudo suelen ser respecto al empleo de los rayos X, en especial durante el primer trimestre y al uso de la anestesia general.

La cantidad de radiación que puede absover el feto al practicar una serie completa radiológica de la boca es francamente muy pequeña. Sin embargo, debido al alto porcentaje de abortos durante el primer trimestre, se aconseja no practicar radiografías innecesarias y emplear proctores de plomo sobre el abdomen de la embarazada en todos los exámenes radiológicos.

En lo que se refiere al empleo de la anestesia general, existe una gran diversidad de opiniones entre los obstetras en relación a la seguridad del feto. Sería de desear en estos casos, recoger la opinión personal del médico.

Quando sea necesaria una intervención quirúrgica con empleo de la anestesia general durante el embarazo, se acepta que la época mejor es la comprendida en el segundo trimestre, en el cual se puede mantener un estado de oxigenación más adecuado.

### Obesidad

Esta eventualidad es una de las que se presenta con

ma frecuencia; todavía debemos considerar la obesidad como un tanto peligrosa para las intervenciones, puesto que los individuos obesos presentan muchos problemas en su tratamiento.

En estas personas existe siempre la posibilidad de que se encuentre en un estado mas o menos declarado una enfermedad cardiovascular o metabólica, como la diabetes. La inyección intravenosa de barbitúricos a un paciente obeso representa siempre una acumulación de dificultades en relación a la absorción y distribución del fármaco. La anestesia local debe ser administrada siempre que sea posible; además, es aconsejable en todos los casos un examen previo realizado por el internista, así como una profunda exploración antes de realizar una anestesia general.

#### Edad

Los problemas que se presentan en el tratamiento de las personas de edad se devuelven entre dos hechos básicos. En primer lugar, el concepto de vejez es muy susceptible a variación dentro de cada individuo y es mas probable que, en edades avanzadas exista un mayor número de enfermedades. Además, como el metabolismo corporal disminuye con la edad las necesidades y los deseos de nutrición del individuo también disminuye y ello trae como resultado estados deficitarios que varían desde la carencia vitamínica hasta los estados de desnutrición con carencia proteica. En segundo lugar, incluso en la ausencia de enfermedades orgánicas.

En estas condiciones, los tratamientos quirúrgicos han de traer en cuenta una manipulación muy cuidadosa de los tejidos orales y la evitación de cualquier traumatismo indebido que muy a menudo trae como consecuencia la formación de extensos hematomas.

En los estados de edad avanzada en los que coexista un estado de salud deficiente, el tratamiento deberá tener en cuenta principalmente dos aspectos. En el caso de enfermedades por deficiencia, antes de realizar cualquier otro procedimiento. En las enfermedades orgánicas, el tratamiento deberá dirigirse de la misma forma que si se tratase de un paciente joven aquejado de un proceso similar. Debido a la mayor frecuencia de enfermedades orgánicas en la senectud, no se empleará la anestesia general a menos que exista una buena razón y no haya contraindicaciones específicas.

## ESTADOS PATOLOGICOS ESPECIFICOS DE INTERES EN CIRUGIA ORAL

### Aparato Cardiovascular

#### Enfermedades de las Arterias Coronarias.

Debido a la naturaleza inherente de estas enfermedades y a la frecuencia de desenlaces fatales, se impone una consulta previa con el médico de cabecera de estos pacientes, tanto desde un punto de vista facultativo, como por razones medicolegales.

#### Angina de Pecho.

Esta enfermedad se produce por un estrechamiento de las arterias coronarias y se caracteriza por la presentación



de un dolor retroesternal en los excesos físicos o emocionales, que se ve aliviada por el descanso y la administración de vasodilatadores coronarios. A un paciente con esta enfermedad no se le debe permitir ningún tipo de excitación; por otra parte la medicación previa es de todo punto imprescindible. Esta medicación puede ir acompañada de la adición de barbitúricos de acción rápida.

El número de ataques que haya padecido un enfermo durante una semana suele ser un buen índice para juzgar la severidad de la enfermedad. Un gran número de ataques en un período dado o bien la presentación del dolor anginoso durante el descanso, indica la necesidad de consultar previamente con el médico del enfermo y estudiar la posibilidad de hospitalizarlo. La administración profiláctica de algún vasodilatador coronario, puede estar indicada, pero siempre bajo vigilancia del internista. Se recomienda la anestesia local en la mayoría de los casos, acompañada de una premedicación cuando el paciente sea muy apesivo.

Se debe tener especial cuidado en evitar la inyección intravascular a causa de la adrenalina contenida en las soluciones anestésicas, dicho fármaco resulta deseable, ya que el anestésico local sin vasoconstrictor difunde en el interior del aparato circulatorio a una velocidad demasiado rápida.

Esta rápida difusión puede dar lugar a una anestesia inadecuada y el dolor resultante probablemente daría lugar a la apa

rición de adrenalina de origen endógeno en mucha mayor cantidad que la que pudiera estar contenida en una dosis anestésica normal.

### Infarto Miocárdico.

Mucho con relación a la angina de pecho se podría aplicar a los pacientes con una historia de infarto miocárdico; por ejemplo el empleo de premedicación, la anestesia local y evitar las inyecciones intravasculares.

En un paciente con infarto de miocárdio existe, no obstante dos características sustanciales. La primera es el factor — tiempo.

El enfermo que durante seis meses o más después de la presentación del infarto, permanece sin aquejar sintomatología alguna, se presenta generalmente a la realización de alguna intervención quirúrgica, incluso con anestesia general, siempre que se realice bajo régimen hospitalario. Sin embargo, si el enfermo ha padecido un infarto reciente, los seis meses que siguen a su presentación hay que considerarlos bajo vigilancia médica y dejar al internista que decida sobre la oportunidad de realizar cualquier intervención y bajo las circunstancias que crea convenientes. En segundo lugar, estos enfermos suelen estar tomando anticoagulantes y el problema consiste en saber cuándo deben suspender la medicación.

Recientes publicaciones señalan que existe un — aumento del riesgo de trombosis intravascular al cesar la administración de los anticoagulantes. Cuando se consigue que el tiempo de protombina —

se mantenga con un nivel óptimo de 1.5 a 2.5 y se realiza la determinación en el mismo día de la intervención, podemos considerar que si, al mismo tiempo, se realiza una meticolosa aplicación de hemostasia local (esponja de gelatina en los alveolos, con o sin sutura), el resultado es que el paciente se recupera en un período muy corto incluso si se han realizado extracciones múltiples.

### Fiebre Reumática y Enfermedades Cardiacas de Origen Reumático.

La fiebre reumática es una infección no supurada producida por el estreptococo B-hemolítico del grupo A, que suele lesionar el corazón dando como resultado una enfermedad cardiaca reumática.

La zona principal de afectación cardiaca es el endocardio de las válvulas. Una vez lesionadas las válvulas, es particularmente significativa la tendencia que tienen las bacterias a implantarse en las paredes del endocardio, dando lugar a una endocarditis bacteriana. Esta afección, fatal en la época preantibiótica continua siendo en la actualidad un serio problema, causa de un 15% de mortalidad y que, en cualquier caso, puede ser origen de ulteriores lesiones en las ya comprometidas válvulas.

Hace ya tiempo que se ha observado el hecho de que cualquier manipulación dental produce un estado de bacteriemia en gran cantidad de personas, esta bacteriemia transitoria puede ser suficiente para producir una endocarditis bacteriana en un individuo susceptible, a no

ser que se hayan empleado medidas profilácticas adecuadas. Estas medidas consisten en la administración de un antibiótico adecuado antes de realizar la intervención. La penicilina es considerado el fármaco de -- elección, por su gran efectividad sobre los microorganismos bucales -- responsables de la endocarditis bacteriana. La dosis de penicilina que se da a muchos enfermos para prevenir la recurrencia de la fiebre reu-- mática es insuficiente para evitar la endocarditis bacteriana y debe -- aumentarse en la cantidad adecuada, llegado el momento de la interven-- ción. En caso de que el paciente sea alérgico a la penicilina puede sus-- tituirse por eritromicina (250 mg. cuatro veces al día).

#### Insuficiencia Cardíaca Congestiva

Esta situación de insuficiencia cardíaca conges-- tiva se alcanza cuando la producción del corazón no está de acuerdo con las demandas que de él exige tanto la circulación general como la pul -- monar.

En estos casos el cirujano debe investigar cuida-- dosamente el estado de compensación del paciente, indagando la admi -- nistración de fármacos y la dieta a que está sometido el enfermo. Nor -- malmente, estos individuos se encuentran bajo la administración de pre -- parados digitálicos y con una dieta pobre en sodio. También se emplea con bastante frecuencia el uso de diuréticos produce una excesiva reten -- ción de líquido; ello es de especial importancia puesto que estos medica -- mentos pueden producir en ocasiones hipotensión ortostática.

El grado de compensación o descompensación car

diaca se puede establecer dirigiendo nuestro interrogatorio hacia la existencia de una disnea de esfuerzo, ortopnea y disnea nocturna paroxística. Serán síntomas indicativos de que existe descompensación cardíaca, cuando se presenta disnea al subir cierto número de escalones, la imposibilidad de dormir sin varias almohadas y la respiración entrecortada a mitad de la noche. En esta situación, se debe posponer todo acto quirúrgico y entablar contacto con el médico internista. El traumatismo quirúrgico que supone una intervención oral en un paciente descompensado, puede ser motivo de la presentación de un edema agudo de pulmón con todas sus graves consecuencias. Por otra parte, cualquier tratamiento en la boca debe esperar a que pase el momento de gravedad que supone el estado de descompensación de un paciente. Lo mismo que con otros enfermos cardíacos es de desear una premedicación y el empleo exclusivo de anestesia local en el gabinete.

### Bloqueo Cardíaco

El bloqueo cardíaco se produce cuando las ondas de excitación cardíaca se ven retardadas o interrumpidas en un punto del camino sobre el cual son normalmente conducidas. Existen varios tipos de bloqueo cardíaco y diferentes grados de gravedad dentro de cada tipo. Estos tipos se pueden distinguir por sus características electrocardiográficas. Una consulta previa con el internista se impone siempre antes de realizar cualquier intervención en un paciente con bloqueo cardíaco. El empleo de la atropina puede estar indicado antes de la intervención cuando el bloqueo cardíaco es de origen vagal, pero puede-

no ser útil e incluso perjudicial en otros tipos de bloqueo debido a la taquicardia que produce (La atropina como antisialogogo no tiene aplicación en las intervenciones de pacientes dentales con desórdenes cardiovasculares).

Los enfermos con bloqueo cardíaco completo a causa de la facilidad con que presentan síncope del tipo de Adams-Stockes, no deben ser intervenidos sin la ayuda de un monitor cardíaco y de todos los instrumentos necesarios para la resucitación cardíaca.

#### Enfermedades Hipertensivas Cardiovasculares

Las condiciones en que deben tratarse los pacientes hipertensos con aumento de la presión sistólica y media, secundarias al aumento de las resistencias periféricas, están determinadas en gran parte por la efectividad del tratamiento a que se ven sometidos. En los hipertensos no tratados o cuyo tratamiento no resulte efectivo, existe siempre el peligro de que un estímulo lo suficientemente grande, pueda ocasionar un aumento de la ya elevada presión sistólica sanguínea y producir una hemorragia cerebral o cualquier otro accidente vascular. Esta posibilidad puede evitarse siempre que se realice una premedicación antes de la intervención y se ponga especial cuidado en evitar la inyección intravascular de las soluciones anestésicas que contengan adrenalina. Los hipertensos compensados que no presenten ninguna otra alteración orgánica, no suponen ningún riesgo mayor del que podrían presentar otros individuos sanos de su misma edad.

## Asma

Al tratar con enfermos afectos de asma bronquial, hay que tener en cuenta tres principios importantes. - En primer lugar, cualquier exceso emocional puede ser causa de un ataque asmático, tanto bajo anestesia general como local. Por otra parte, se debe tener a mano todos los fármacos necesarios - para combatir un acceso asmático agudo, por ejemplo adrenalina - y aminofilina. La segunda consideración hace referencia al tipo de anestesia que debe emplearse. La anestesia local será la de elección; sin embargo, si otras consideraciones aconsejan el empleo de la anestesia general se empleará un agente anestésico del tipo del - Fluothane, debido a su acción dilatadora directa sobre los músculos bronquiales. Con el fluothane se han conseguido anestesia satisfactorias, por lo que hay que preferirlo a los barbitúricos. Finalmente - diremos que los pacientes con asma severa acostumbran a tomar - cantidades considerables de corticosteroides durante períodos bastante prolongados, lo cual deberá también tenerse en cuenta para la - anestesia.

## Bronquitis Crónica y Enfisema

Los cambios patológicos que se producen en estas dos enfermedades pulmonares crónicas (en el árbol traqueo bronquial, en la bronquitis crónica y en los alveolos pulmonares en el enfisema), producen graves impedimentos en la función respiratoria. Los anestésicos generales empleados con barbitúricos produ -

cen una acción depresora del centro respiratorio, debe tenerse especial cuidado con estos enfermos, de modo que el estado de acidosis que se producen como consecuencia de todo ello no sobrepase los límites de tolerancia. La anestesia local es la de elección, pero cuando se considere necesario el empleo de la anestesia general, ésta deberá aplicarse únicamente si el enfermo está internado en un hospital.

### Aparato Gastrointestinal

#### Enfermedades del Hígado

El cirujano oral se encuentra a menudo en la necesidad de tratar pacientes que presentan algún tipo de lesión hepática. La extensión de la lesión, prescindiendo del tipo (cirrosis, hepatitis), determina la posibilidad de someter al paciente a los actos quirúrgicos y de anestesia. Las dos consideraciones más importantes de las enfermedades hepáticas son : sus efectos sobre la hemostasia y las repercusiones del empleo de la anestesia general, especialmente de los barbitúricos.

En las lesiones hepáticas ligeras y graves la producción de protombina por parte del hígado está en un grado variable. La gravedad del déficit de protombina suele ser proporcional al grado de lesión hepática.

#### Enfermedades Metabólicas y Endocrinas



## Diabetes

La diabetes (enfermedad hereditaria o - adquirida en la que existe una alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono, secundaria a una deficiencia absoluta o relativa de insulina) presenta una serie de problemas de interés para el cirujano oral.

El primero se refiere al mantenimiento de los niveles sanguíneos de glucosa, mientras se está realizando la intervención oral. Esto es importante, sobre todo en el caso de que se emplee anestesia general. La posibilidad de mantener el balance de glucosa dentro de unos niveles correctos está en relación inversa a la gravedad de la enfermedad.

Para hacernos una idea de la severidad de la misma nos puede servir como indicativo el averiguar qué clase y qué cantidad de agente hipoglucémico está tomando el enfermo para mantener unos valores relativamente normales. Este es un dato que ha de obtenerse siempre de un paciente diabético.

## Hipertiroidismo

Las dificultades que se presentan en los hipertiroides, se reducen a las personas que no está bajo tratamiento o que éste resulta insuficiente. El enfermo tiroideo que está compensado puede ser tratado de una forma similar al paciente que goza de buena salud. El enfermo hipertiroides puede ser reco

nocido por algunos signos, tales como nerviosismo, fino temblor de los dedos al realizar movimientos de extensión y recientes - pérdidas de peso, conservando un buen apetito. La citugía y la anestesia deben practicarse con sumo cuidado en los hipertiroi- des, por la posibilidad de que se presente un derrumbamiento - tiroideo, en el que aparece una crisis con gran exacerbación de todos los signos y síntomas de las crisis hipertiroidea y desen- lace fatal.

## Sistema Nervioso

### Epilepsia

La epilepsia es una alteración paroxísti- ca crónica de la función cerebral caracterizada por la presenta- ción de ataques recurrentes que producen cambios en el estado - de la conciencia y que puede ir acompañada de convulsiones. El- paciente que está bajo un tratamiento adecuado suele presentar po- cos problemas. Mediante la historia clínica se puede obtener una idea bastante aproximada del estado en que se encuentra el enfer- mo. No obstante, estos pacientes son susceptibles de presentar un ataque del gran mal mientras están sentados en la sala de espera o en el sillón dental. El primer tratamiento que se les debe prac- ticar es aflojar las ropas del cuello y evitar la mordedura de la - lengua colocando un bloqueo apropiado entre sus dientes. Si el ata- que se alarga demasiado o se hace continuo, puede administrarse -

un barbitúrico, de acción ultracorta juiciosamente administrado - por vía endovenosa para hacer cesar la convulsión.

### Alteraciones Hemáticas

#### Anemias

En todas las anemias existe una insufi-- ciencia en la capacidad de transporte de oxígeno, debida a déficit del número de células rojas o de la cantidad total de hemoglobina contenida por unidad de volumen de sangre. Esto tiene un interés particular durante la anestesia general. Debe tenerse en cuenta - que la mayoría de los casos con anemia moderada pueden tolerar los anestésicos generales con bastante facilidad, en cambio, los - que presentan anemia grave pueden encontrar muchas dificultades, sobre todo durante las anestесias prolongadas.

Para que la anestesia general en los pa - cientes anémicos sea menos peligrosa, será conveniente mantener al enfermo en oxigenación al 100% durante la intervención. Ade - más de los efectos de la anestesia, los enfermos anémicos tole - ran muy mal las pérdidas de sangre, tienen una marcada disminu - ción de la resistencia frecuente a las infecciones y un estado de - salud general más bien bajo.

#### Policitemia

En contraste con los pacientes anémicos, - los enfermos con policitemia que tienen un aumento absoluto o re\_

lativo del número de células rojas de la sangre, pueden manifestar cianosis en presencia de adecuados niveles de oxihemoglobina, debido a un exceso de hemoglobina. El cirujano dental ha de tener en cuenta el hecho de que los enfermos con policitemia sangran abundantemente después de las extracciones. La hemostasia se debe practicar con mucho cuidado.

### Agranulocitosis

Esta enfermedad se caracteriza por un severo dolor de garganta, marcada postración y disminución muy acentuada e incluso desaparición de los granulocitos de la sangre. Normalmente, está producida por una respuesta idiosincrásica frente a la ingestión de algunos fármacos. El cirujano oral es a menudo consultado por las alteraciones que suelen presentarse en la boca. Cuando empieza a aumentar el número de leucocitos, se pueden realizar las intervenciones dentales que afecten a las piezas mas severamente infectadas y siempre bajo una amplia cobertura de antibióticos. En los pacientes hospitalizados se atenderá desde luego al estado general mediante controles a través de monitores que ofrecen las mayores garantías de seguridad.

### Leucemia

La leucemia se caracteriza por una proliferación amplia y anormal de leucocitos y de sus precursores a través de todo el cuerpo, especialmente del sistema reticuloendo

telial. Las formas de leucemia pueden ser agudas y crónicas y fatalmente terminan con la muerte del enfermo en cuestión de meses o años.

Los profesionales cirujanos dentales son consultados a veces para tratar a pacientes leucémicos, por las mismas razones que los de agranulocitosis. Son necesarias las mismas precauciones para evitar las infecciones aunque las células blancas están aumentadas, ya que su capacidad para contrarrestar las infecciones se haya muy disminuida, las plaquetas están también disminuidas en número, por lo que se pueden producir severas hemorragias postoperatorias. A veces muchos enfermos de leucemia tienen sólo como síntoma la presentación de hemorragias graves después de intervenciones de exodoncia. Se deberá tener un cuidado especial en cuanto a la hemostasia local.

#### Pacientes Sangradores

Para el correcto tratamiento de los pacientes sangradores debe tenerse en cuenta la exacta naturaleza así como el grado de déficit que presentan. Es preciso una buena historia clínica, que muchas veces arrojará más datos que las pruebas más específicas de laboratorio. La profilaxis y los cuidados dentales que se realizan de una forma rutinaria, nos ayudarán a detectar estas anomalías, siempre que se hagan con minuciosidad. Todas las medidas preventivas que se empleen en

los pacientes hemofílicos, redundarán en un ahorro de moles -  
tias e incluso de gastos, puesto que la estancia en un hospital -  
supone un grave quebranto económico, por el tiempo perdido, -  
múltiples transfusiones. En estos pacientes lo ideal es el em -  
pleo de anestesia general con óxido nitroso. Pero sobre todo, -  
el perfecto conocimiento de la enfermedad y la preparación or -  
ganizada del tratamiento pre y postoperatorio, sin dejar nada al  
azar es de una importancia vital.

### Enfermedad Actual

Los síntomas que orientan más en la his  
toria de la enfermedad actual son: la naturaleza y duración de -  
sus comienzos; la presencia o ausencia de dolor dentario, tanto  
en el pasado como en el presente, la existencia de alguna rela -  
ción entre un traumatismo y el estado actual, la existencia de -  
factores desencadenantes del dolor o que alteren las característi  
cas del mismo y el estado físico y emocional del paciente como  
resultado de la enfermedad. La valoración de estos datos no sólo  
ayuda a establecer un diagnóstico sino también influye en el tipo -  
de tratamiento que se debe dar por ejemplo, una hinchazón de la  
zona palatina adyacente a un molar superior, sin historia de do -  
lor dentario ni evidencia de ninguna enfermedad dental, puede ha -  
cer sospechar la existencia de una neoplasia como parte del diag  
nóstico diferencial.

## Examen Físico Bucal

De similar importancia dentro de la cadena de procedimientos que nos deben llevar a la consecución del adecuado tratamiento, es el examen del paciente. Hay que practicar con todo cuidado el examen físico de la boca y de los tejidos vecinos y con la ayuda de todos los elementos diagnósticos de que dispongamos: La prueba pulpar, los rayos X, y el sencillo termómetro clínico. Por inspección, palpación y radiografías, normalmente será posible determinar si un diente es la causa de la dolencia. Por otra parte nos podemos encontrar con una descarga purulenta o con un material fluctuante procedente de un conducto salivar, en cuyos casos más que diagnosticar absceso alveolar estableceremos el diagnóstico de una sialadenitis. Por medio del examen digital y el espejo nos aseguraremos de la movilidad dentaria y por la palpación bimanual estableceremos el grado de fluctuación de una zona edematizada y consiguientemente el tratamiento de elección. El simple hecho de tomar la temperatura del enfermo, de rutina en cualquier enfermedad se olvida a menudo en los pacientes dentales. Los resultados del examen clínico aunado a la historia obtenida establecerán las bases de un diagnóstico diferencial.

## CAPITULO III

### DIAGNOSTICO

El diagnóstico de cada caso debe fundarse en una combinación de datos físicos, historia clínica, valoración radiográfica y biopsia. El examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto, pero también son necesarios otros estudios clínicos de laboratorio. No se debe hacer una biopsia inmediatamente para eliminar otros estudios. La biopsia debe hacerse cuando sus indicaciones sean bastantes claras.

Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial.

El dolor puede ser causado por la presión del quiste sobre un nervio y asimismo puede haber parestesia. Los quistes pueden ser múltiples e indicar una enfermedad general.

Debido a que los quistes de los tejidos blandos del cuello se presentan muchas veces tensos, la diferenciación entre el quiste y los tumores sólidos pueden ser difícil. La presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un signo de quiste más que de tumor, debido a que los quistes frecuentemente se infectan secundariamente. Sin embargo, la dureza del quiste y la movilidad de los tejidos del cuello frecuentemente hacen que la fluctuación no sea un signo seguro de la presencia de líquido. La localiza-



ción, movilidad, fijación, consistencia, cambios locales y enfermedades asociadas son los factores más importantes en el diagnóstico.

En los quistes grandes de hueso que producen asimetría facial la extensión se verifica generalmente a lo largo de la línea de menor resistencia en el hueso y una sola dirección.

El neoplasma verdadero suele crecer en el hueso y a través de él en todas direcciones. Los nervios, vasos sanguíneos y senos paranasales generalmente son desplazados por la presión ejercida por el contenido líquido del quiste en contraste con el neoplasma que invade y rodea estos tejidos.

## CAPITULO IV

### EXAMEN RADIOGRAFICO

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

Debido a la complejidad de las lesiones patológicas que se presentan en los maxilares y en la mandíbula éstos problemas son difíciles de diagnosticar. Los quistes generalmente tienen un contorno liso, redondo y lobular y pueden ser multiloculares. Sin embargo, cuando hay infección secundaria los bordes pueden ser irregulares.

Los quistes de los maxilares superiores son muy difíciles de ver en la radiografía debido a que se sobre-

ponen las sombras de los senos paranasales. Una substancia radiopaca, como aceite yodado (lipiodol) puede inyectarse en la cavidad quística. Después de aspirar el contenido del quiste. Se utiliza una aguja grande de calibre 19 o 20 en una jeringa Luer de tres a cinco centímetros cúbicos. Después que se ha aspirado el líquido en la jeringa, se quita la aguja que se deja en su lugar y entonces se inserta otra jeringa Luer con Lipiodol.

La abertura que se ha hecho en la cavidad debe obturarse inmediatamente con un hemostático o torunda y la radiografía debe hacerse tan pronto como sea posible para evitar la salida del líquido. Esta técnica también puede utilizarse para visualizar quistes de tejido blando y conductos venosos que de otra manera no podrían verse en la radiografía. Los quistes dermoides pueden contener material radiopaco.

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

## CAPITULO V

### CLASIFICACION

#### I. QUISTES ODONTOGENOS

- a) Quistes Radiculares o Periodontales :
- 1) Periapicales
  - 2) Laterales
  - 3) Residuales

- b) Quistes Foliculares o Dentigenos:
- 1) Central
  - 2) Lateral
  - 3) Residual

#### 2. QUISTES NO ODONTOGENOS

- a) Suturales:
- 1) Medios
  - 2) Nasoalveolares
  - 3) En la línea media
  - 4) Nasopalatino
  - 5) Globulomaxilar

#### 3. QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS

- a) Congénitos:
- 1) Tirogloso
  - 2) Branquial
  - 3) Dermoide

- b) Retención :
- 1) Ránula
  - 2) Mucocele

## CAPITULO VI QUISTES ODONTOGENICOS

En general, los quistes odontogénicos se originan por la inflamación de alguna porción de la lámina dental, - del órgano del esmalte o de sus restos, ya sea durante la forma - ción del diente o después de ésta. Existen dos tipos: el radicular, en relación con las raíces de los dientes, y el folicular, con las - coronas de los dientes. Ambos tipos puede pasar inadvertidos du - rante muchos años, y ser solamente descubiertos en un examen ra - diológico de rutina. Sin embargo, la falta o muerte de un diente - puede indicar que dicho proceso existe. Los quistes odontogénicos - son lesiones benignas y no se ha observado ninguno que se convier - ta en maligno, pero puede recidivar si no se extirpan por comple - to. Ya que algunos investigadores han demostrado que 33 por 100 - de todos los ameloblastomas acompañan a quistes foliculares, los - tipos de quistes odontogénicos deben diferenciarse.

Esto no lo debemos interpretar como que el 33 por 100 de todos los quistes foliculares son ameloblastomas.

### A) Quistes Radiculares

Los quistes radiculares merecen mencio - narse por ser los más frecuentes en los maxilares y porque son - capaces de extender y afectar otros dientes, destruyendo grandes - areas de hueso.

En algunos casos todos el hueso de un - cuadrante puede estar reemplazado por un gran quiste. Existen -

tres tipos de quiste radicular apical, radicular lateral y radicular residual.

a) Etiología

Estos quistes son consecuencia de procesos inflamatorios en los restos de la capa radicular de Hertwig de la membrana periodontal. Como su nombre lo indica, están situados en la región de las raíces de los dientes.

La formación de un quiste radicular se observa mejor cuando hay un diente con una caries profunda, con complicación pulpar. Las bacterias que penetran en la cámara pulpar provocan una respuesta inflamatoria que abarca el tejido alrededor del ápice del diente. Esto puede dar por resultado un absceso o granuloma dental. En el último caso el granuloma puede contener uno o varios restos epiteliales, que son remanentes de la vaina de Hertwig. Aún cuando con frecuencia estos restos celulares permanecen inactivos, pueden ser estimulados por la intensidad de la reacción inflamatoria en esta área y crecen. Al proliferar las células forman una gran masa, las centrales se vuelven necróticas debido a la irrigación sanguínea inadecuada y dan lugar a una cavidad que está revestida por epitelio. Estas células epiteliales continúan proliferando por la irritación continua de los productos químicos de la inflamación y del contenido de la cavidad. Además de la presión ocasionada por el líquido

en el interior, da motivo al crecimiento del quiste radicular. La ulceración del revestimiento con la reparación resultante explica también el crecimiento del quiste. En ocasiones, varios grupos - de células proliferan y a veces confluyen para formar un quiste - más grande.

#### b) Manifestaciones Clínicas

El aspecto clínico de estos quistes es de un tumor liso, de forma globular, indoloros si no existe infección o inflamación aguda. Por regla general su contenido es un fluido - viscoso de color ámbar, o cristales de coles<sup>te</sup>sterina. Cuando se infectan, se forma pus en la cavidad quística. Los registros que se - han hecho demuestran que los quistes radiculares se encuentran - principalmente en la región del canino y de los premolares. En la mandíbula se sitúan en la región de los premolares y de los molares.

#### c) Histopatología

El quiste radicular consiste en una pared - de tejido conjuntivo fibroso, la cual, por lo general, es moderada- mente vascular. Puede estar infiltrada por elementos de inflama - ción crónica aguda o subaguda. En ocasiones habrá cristales de colesterol, células gigantes de cuerpo extraño, corpúsculos de Russell y pigmentos sanguíneos. El interior suele estar revestido de epitelio escamoso estratificado, cuyo grosor varía. Existen numerosas varianan

tes sobre todo en relación con la membrana de revestimiento que en ocasiones puede ser ciliar cúbica y aún cilíndrica, sin que influya la localización de la lesión, ya sea en los maxilares o en la mandíbula. En ocasiones la pared de revestimiento provoca una producción exagerada de queratina que hace que la lesión parezca un dermoide el cual solamente se diagnostica por su localización, la presencia de queratina glándulas sebáceas y folículos pilosos. No debe confundirse el epitelio hiperplástico con una alteración maligna, ni tampoco con alteraciones ameloblásticas. A veces se observan macrófagos cargados de grasa, pero no indican necesariamente una alteración general.

#### d) Tratamiento

El tratamiento de los diversos tipos de quistes radicales sólo varía en relación al tamaño de la lesión y al área afectada. El tratamiento implica la extirpación quirúrgica completa de todos los elementos epiteliales. Esto puede lograrse ya sea por medio de enucleación completa de la pared de tejido conjuntivo y el revestimiento epitelial, o en caso de grandes quistes, en los cuales el defecto es muy grande para ser llenado por un proceso de reparación normal, está indicado el procedimiento de Partsch. En este caso el revestimiento epitelial del quiste se une a la mucosa bucal de la porción vestibular del proceso. Después de extirpar el hueso que lo cubre, el revestimiento epitelial



de la cavidad quística se sutura al epitelio bucal, produciendo una gran abertura en el quiste. Después de un largo período, el hueso llena la cavidad y desplaza la membrana quística hacia fuera, hasta lograr un contorno normal del proceso alveolar. En algunos casos los grandes quistes también pueden extirparse por enucleación y el defecto se repara colocando en la cavidad hueso vivo o algún otro material como Gelfoam. Esto va seguido de cierre primario de la mucosa.

El pronóstico es excelente. La extirpación completa del quiste da por resultado la curación. Sin embargo, debe esperarse la recidiva si una porción de la membrana de revestimiento no se extirpa.

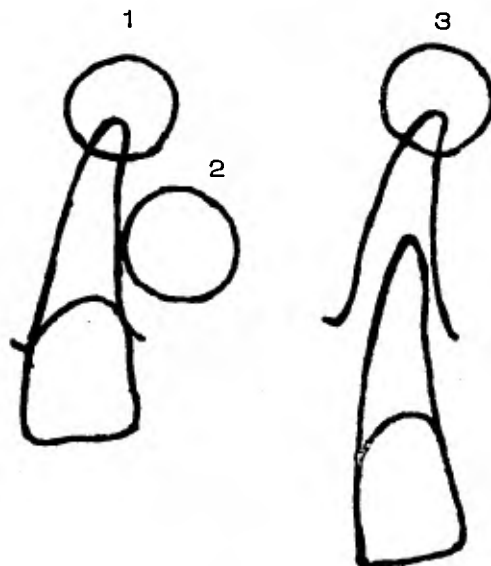
La recidiva puede afectar grandes porciones de los maxilares e invadir otro diente.

1).- El quiste apical es el quiste de los maxilares más común y se presenta con mayor frecuencia en relación con la caries profunda y el trauma.

2).- El quiste lateral. Esta es una lesión rara que se clasifica como quiste odontógeno desarrollado a lo largo de una superficie radicular lateral. Por lo general los caninos y premolares inferiores suelen ser los dientes afectados.

3).- El quiste residual se manifiesta algunos meses o años después de la extracción de un diente posiblemente ya

existía antes de la extracción pero no fue descubierto.



1 APICAL

2 LATERAL

3 RESIDUAL

#### B) Quistes Foliculares

Los quistes foliculares pueden ser simples, centrales y laterales.

##### a) Etiología

Los quistes foliculares se originan del organo del esmalte o de los restos de la lámina dental y son de gran importancia para el dentista, ya que puede dar origen a un amelo -

blastoma. En general estos quistes se desarrollan como resultado de una inflamación en el area de un folículo dentario, la cual ocasiona una alteración en el intercambio de líquidos entre el órgano del esmalte y los capilares de los espacios tisulares contiguos. Debido a una alteración en este intercambio el líquido excesivo se almacena en el órgano del esmalte y ocasiona un quistefolicular. El revestimiento está formado por células de retículo estrellado, las cuales son desplazadas contra el interior y exterior del epitelio del esmalte.

El quiste simple primordial folicular (dentígero), suele presentarse en la región del tercer molar se desarrolla antes que ninguna formación dura del diente y se origina del órgano del esmalte o de los restos de la lámina dental.

El quiste folicular central (dentígero) se presenta sobre la corona del diente después que la misma ha sido formada. Un pequeño quiste de este tipo se conoce también como quiste de erupción.

El lateral folicular dentígero se forma a un lado después que una parte de la corona se ha desarrollado y, a veces, impide el desarrollo ulterior y la erupción. Estos quistes pueden aparecer como lesiones múltiples en un diente y se observan con mas frecuencia en la regiones anteriores.

El quiste residual folicular (dentígero) es un quiste lateral folicular que permanece después de la erupción

o extracción de un diente. También puede desarrollarse del órgano residual del esmalte que permanece en los tejidos profundos - cuando se extirpa un diente incluido.

#### b) Manifestaciones Clínicas

Los quistes foliculares suelen presentarse en las regiones de los molares y de los caninos, principalmente en individuos jóvenes, aunque pueden en individuos de cualquier - edad, sin preferencia por uno de los sexos. Rara vez hay dolor, aunque puede aparecer cuando el quiste es grande y presiona un - nervio o se infecta secundariamente. En algunas ocasiones hay - aumento de volumen y deformidad facial. Pueden ser características un diente faltante, desplazamiento de los dientes vecinos o - del diente afectado. En algunas ocasiones hay parestesia del la - bio, cuando la presión del quiste contra el nervio dental inferior es lo bastante grande para impedir su función normal. El quiste tiene bordes bien definidos y su tamaño varía desde varios milí - metros hasta varios centímetros.

#### c) Histopatología

La histopatología puede ser, y es con - frecuencia idéntica a la del quiste radicular. Los quistes odonto - génicos se diferencian entre sí histológicamente cuando aparecen alteraciones amelobásticas en el quiste folicular. Es particular -

mente difícil separar histológica o clínicamente, es una edéntula, un quiste residual radicular de un quiste simple folicular o de un quiste residual folicular. La radiografía antes de las extracciones y una buena historia clínica son de gran ayuda y con frecuencia el único medio de hacer un diagnóstico diferencial. En general la pared del quiste consta de tejido conjuntivo fibroso, que contiene elementos inflamatorios crónicos o subagudos, cristales de colesterol y pigmentos sanguíneos. El interior suele estar cubierto por epitelio escamoso, aún cuando pueden encontrarse diferentes tipos de epitelio.

#### d) Tratamiento

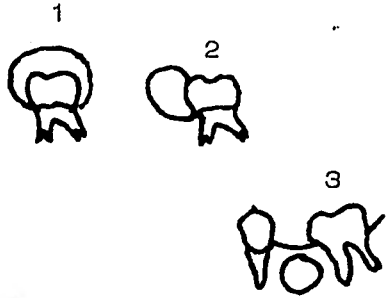
El tratamiento de un quiste central folicular depende de si se debe conservar el diente afectado. Cuando el propósito del procedimiento es conservar el diente y permitirle que haga erupción o que se desplace en oclusión normal, el procedimiento de partsch debe realizarse sin afectar la unión del diente con el hueso vecino.

Por otro lado, cuando el diente se encuentra desplazado y se cree necesario sacrificarlo debe extirparse junto con la totalidad del quiste, debe recordarse que cualquier resto epitelial que se deje es capaz de producir una recidiva, y en algunos casos puede ocasionar un ameblastoma. En el quiste folicular muy grande, en el que hay destrucción de una gran parte del hueso y aquél se extiende hacia arriba e invade la totalidad de la ra

ma ascendente de la mandíbula, el hueso puede estar tan adelgazado que la enucleación del quiste dará por resultado una fractura patológica. En estos casos pruebas clínicas de ameloblastoma, el tratamiento de elección consiste en abrir la cavidad quística por extirpación del área entre la cavidad quística con alguna substancia como, por ejemplo gasa yodoformada. La gasa debe cambiarse frecuentemente, para permitir que la cavidad se llene de tal manera que la cavidad y la pared del quiste se conviertan en una porción de la cavidad bucal. Ya que los quistes foliculares tienen tendencia a originar ameloblastomas una vez que han cicatrizado deben vigilarse a menudo mediante estudios radiológicos y a intervalos regulares durante varios años después que se han extirpado. En caso de que se produzca una recidiva puede diagnosticarse antes de que se convierta en destruictiva. Otro método para tratar los grandes quistes foliculares destruictivos es la enucleación extrabucal y el llenado del defecto hueso anorgánico o hueso de banco. En todos estos procedimientos cuando el quiste ha desplazado al nervio, debe tenerse cuidado de no dañarlo al extirpar la pared del quiste.

El pronóstico del quiste folicular es —  
excelente si se extirpa completamente. Cualquier engrosamiento de la pared del quiste puede indicar alteraciones ameloblastoma,

indicándose entonces la biopsia.



1 CENTRAL

2 LATERAL

3 RESIDUAL

## CAPITULO VII

### QUISTES NO ODONTOGENOS

Son quistes que provienen de inclusiones epiteliales en las líneas de fusión de la apófisis embrionarias que forman los maxilares.

#### A) Quistes Suturales

Los quistes suturales no son odontogénicos y se forman en la línea de sutura de la mandíbula y de los maxilares, de restos de células epiteliales que continúan después de la unión de los huesos faciales y ciertos procesos embrionarios. Estos quistes son benignos, pero pueden recidivar cuando no se extirpan por completo. Existen diversos tipos, la mayoría de los cuales se presentan en los maxilares y cada uno de ellos los estudiaremos por separado.

#### 1) Quistes Medios :

Basándonos en su situación, los quistes medios se dividen en tres tipos: Medio Alveolar, Palatino medio y quistes de la sínfisis.

#### a) Etiología

Los quistes medios se forman en la línea media, a partir de restos epiteliales persistentes en la sutura o de formaciones rudimentarias. El traumatismo y la inflamación tiene importancia en su desarrollo.



El quiste medio alveolar se forma de los restos epiteliales en la unión de los procesos palatinos de los huesos maxilares y de la premaxila. Está situado en la parte anterior de la línea media del paladar y lingualmente en relación a los incisivos centrales superiores, pero entre sus raíces. Su forma es oval elíptica.

El quiste palatino medio está colocado en la línea media del paladar, pero más hacia atrás cerca de la unión de los paladares blando o duro, su forma es generalmente redondeada al no estar oprimido por las raíces de los dientes. Algunos autores consideran este quiste como un simple quiste folicular.

El quiste de la sínfisis se forma como su nombre indica, en la línea media de la mandíbula y en la unión de los procesos mandibulares, y suele ser redondo es menos frecuente que los otros dos.

#### b) Manifestaciones Clínicas

Estos tres tipos de quistes medios son casi idénticos en su comportamiento. Por lo tanto, serán tratados como uno sólo. Como regla, su tamaño varía desde varios milímetros hasta varios centímetros. Se puede apreciar un abultamiento especialmente en el paladar. El dolor no es una característica clínica, a menos que haya infección secundaria.

#### c) Histopatología

Los quistes medios están recubiertos de epitelio que puede ser escamoso estratificado o semejante al epitelio respiratorio. La pared consta de tejido conjuntivo fibroso — (algunas veces con colágena abundante) y suele estar infiltrado — con elementos inflamatorios crónicos. Puede observarse algunos caracteres de los quistes odontogénicos como células gigantes de cuerpo extraño, cristales de colesterol y corpúsculos de Russell. Para hacer el diagnóstico diferencial es de suma importancia la — situación del quiste por medio del examen radiológico.

#### d) Tratamiento

El tratamiento de los quistes suturales es el mismo que el de los quistes radiculares; esto es, extirpación — completa del quiste ya sea por enucleación o resección. Debido a — que los quistes suturales suele haber una superficie que no está cu bierta por hueso, éstos pueden ser enucleados y la superficie se ha ce menos profunda quitando los bordes salientes de hueso, convirtien do así la deformidad en un defecto ligeramente cóncavo, sin paredes laterales, que permite que la mucosa cubra el defecto.

#### 2) Quistes Nasoalveolares

##### a) Etiología

Los quistes nasoalveolares provienen de los restos de células epiteliales que permanecen en la unión de los procesos globulares, lateral nasal y maxilares y dan lugar a un abulta miento situado en la cavidad nasal.

#### b) Manifestaciones Clínicas

En el examen radiológico es de poco valor porque el quiste rara vez se presenta en el hueso, pero señalamos que no son primariamente lesiones centrales y por ello no pueden ser visibles en la radiografías. Sin embargo, pueden hacerse visibles en la radiografías si se inyecta con lipiodol, los quistes son frecuentemente fluctuantes, pueden ocasionar asimetría de la cara y se observa en la nariz, por la cual drena.

#### c) Histopatología

El quiste es un saco de tejido conectivo con epitelio cilíndrico que contiene células calciformes y un líquido espeso mucoso, que puede ser de color pardusco.

#### d) Tratamiento

Los quistes nasopalatales rara vez abarcan el hueso y se llega a ellos haciendo una incisión en el vestíbulo. Se hace la enucleación del quiste y la mucosa se cierra.



QUISTE NASOPALATAL

### 3) Quistes de la Línea Media

#### a) Etiología

El quiste de la línea media es un quiste de hueso que se forma en la hendidura media del paladar por restos embrionarios, tienen un saco de tejido conectivo cubierto por epitelio estratificado. Como en otros quistes puede haber espacios de cristales de colesterol rodeados en algunos casos por células de cuerpo extraño.

Los quistes más pequeños e incluso algunos de tamaño moderado pueden ser asintomáticos no habiendo agrandamiento ni asimetría y muchas veces ni síntomas subjetivos. Estos quistes suelen descubrirse de forma accidental durante una exploración radiológica habitual.

Por otra parte los quistes de mayores tamaños y los que se han infectado de forma secundaria se suelen descubrir por sus signos clínicos. Pueden observarse como una masa redondeada, de superficie lisa, rosada situada en cualquier lugar a lo largo de la línea medial del paladar. La palpación puede mostrar una consistencia semisólida, a veces crepitación y, cuando hay una infección secundaria, hiperestesia o dolor. En algunos casos se descubre un conducto fistuloso por el que se obtiene un líquido seroso o purulento.

En ocasiones puede apreciarse un desplazamiento de los incisivos centrales, debido a la fuerza expansiva del quiste entre las raíces. Sin embargo, desde el punto de vista de la vitalidad del diente, el quiste de la línea media no afecta a los incisivos centrales.

En la radiografía se presenta la lesión en forma redonda, ovalada o elíptica, mostrándose como una zona radiotransparente situada en el centro o en la línea media del maxilar.

Cuando la localización es más anterior puede extenderse entre las raíces de los incisivos centrales e incluso desplazarlos de su posición normal. A veces en el caso de quistes de un tamaño grande inhabitual, puede apreciarse una forma lobulada, con ramificaciones del quiste que se extiende entre varias o todas las raíces de los dientes anteriores.

Otras señales radiográficas del quiste de la línea media son unos bordes bien delineados, una línea hiperostótica circudante y una radiotransparencia uniforme, que son las características de todas las variedades de quistes de la línea media.

#### c) Histopatología

Se ve que el quiste está cubierto por epitelio escamoso o a veces, por epitelio respiratorio. En ambos casos el epitelio está rodeado por una cápsula de tejido fibroso -

el espacio quístico suele estar libre de elementos inflamatorios, pero cuando se desarrolla una infección secundaria, la histología muestra un infiltrado inflamatorio.

#### d) Tratamiento

La escisión quirúrgica de estos quistes es el tratamiento de elección, pero se puede utilizar el método de Partsh. Frecuentemente estos quistes tienen que alcanzarse haciendo un colgajo mucoperiostico desde la pared labial del maxilar superior y del paladar. Estos quistes están cerca del piso de la naríz e invaden la cavidad nasal.

#### 4) Quistes Nasopalatinos

En el canal incisivo se originan dos -- quistes: Los quistes del canal incisivo y los de la papila palatina.

##### a) Etiología

Tanto el quiste del canal incisivo como el de la papila palatina se originan a partir de los restos epiteliales de los conductos nasopalatinos, como resultado de una inflamación o traumatismo. El primero de ellos está situado dentro del hueso, mientras que el último está limitado completamente a los tejidos blandos y se presenta en el orificio del canal.

##### b) Manifestaciones Clínicas

Los quistes del canal incisivo pueden ocasionar un abultamiento en la parte lingual del hueso, en la región de los incisivos centrales superiores, y el paciente suele no

tar un líquido que drena del canal. El dolor no es un síntoma notable. Radiográficamente la lesión se presenta como un area radiolúcida, en forma de corazón, cuando ambos conductos están invadidos y si es lo suficientemente grande para ejercer presión sobre las espinas nasales, lo cual ocasiona una indentación central.

Aunque puede confundirse con un quiste alveolar medio, generalmente está situado más alto, en los maxilares, que este último. El quiste del canal incisivo, rara vez alcanza gran tamaño, por estar más o menos limitado por los tejidos adyacentes. Cuando se extirpa un quiste del canal incisivo debe tenerse cuidado de no cortar el nervio nasopalatino, ya que la lesión de dicho nervio puede producir un neuroma y dolor postoperatorio intenso.

Los quistes de la papila palatina se forman en los tejidos blandos del epitelio del forámen incisivo, y ocasionan un abultamiento en la región del orificio del canal incisivo, son blandos y fluctuantes. -- Cuando se ejerce presión sobre ellos puede exprimirse líquido. Esta lesión no se observa en el examen radiológico, ya que no afecta el hueso. Puede romperse e infectarse secundariamente, produciendo dolor.

#### c) Histopatología

Estos quistes están tapizados de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado pseudoestratificado

y epitelio cuboide o cualquiera de las combinaciones. La variabilidad del tipo de epitelio indica que estos quistes se originan en el conducto nasopalatino, pues este conducto se compone de los mismos tipos de epitelio: respiratorio en la porción nasal y escamoso en la bucal. La pared de tejido conectivo de este quiste presenta con frecuencia infiltrado celular inflamatorio. Además, suelen observarse acúmulos de glándulas mucosas, así como varios vasos y nervios grandes.

Como estos quistes no son de origen -- odontogénico, hay que poner atención y no confundirlos con el quiste peiodontal correspondiente a un diente y permitir así la extracción innecesaria de dientes sanos.

#### d) Tratamiento

No han sido comunicadas transformaciones malignas del epitelio de revestimiento de este quiste. Además, estos quistes raras veces se agrandan o destruyen cantidades apreciables de hueso. El tratamiento en la extirpación quirúrgica completa y sutura del defecto, sobre todo en pacientes desdentados no es raro que el no enuclear un quiste antes de instalar un aparato de prótesis favorezca la infección aguda, mas la perforación de la mucosa con drenaje de pus.





Diagrama anteroposterior de un quiste del canal incisivo

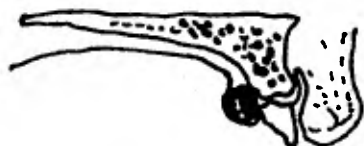


Diagrama anteroposterior de un quiste de la papila palatina

## 5) Quistes Globulomaxilares

Aun cuando estos quistes suelen considerarse como quistes suturales, algunos autores creen que son foliulares (simples).

### a) Etiología

El quiste proviene de los restos de células epiteliales o vestigios que permanecen como un resultado directo de inflamación o trauma.

### b) Manifestaciones Clínicas

Los quistes globulomaxilares se encuentran solamente en los maxilares superiores entre las raíces del incisivo lateral y del canino y en la línea de sutura del proceso globular y el maxilar. Cuando el quiste aumenta de tamaño puede ocasionar un abultamiento en la parte bucal del hueso y la mucosa. El diagnóstico de los quistes globulomaxilares depende casi completamente de su localización entre el incisivo y el canino además de una valoración clínica de los dientes para diferenciarlos de un quiste dental.

Generalmente estos dientes responden favorablemente a las pruebas de vitalidad. Rara vez el dolor acompaña a estas lesiones, éstas no se manifiestan hasta que se han hecho lo suficientemente grandes. Radiológicamente el quiste se presenta con una area radiolucida en forma de cúpula, con una punta o ápice que se extiende hacia abajo en me-

dio de las raíces de los dientes. En algunas ocasiones los quistes aumentan de tamaño y afectan todo un lado del maxilar, en cuyo caso pierden sus características de forma. Los dientes adyacentes a un quiste globulomaxilar no están necesariamente -- afectados, lo cual es un carácter importante para diferenciarlos de los quistes radiculares.

#### c) Histopatología

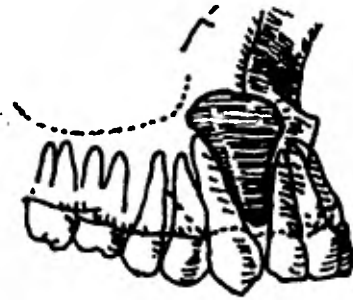
La membrana de revestimiento suele -- ser de epitelio ciliado pseudoestratificado cilíndrico, pero a veces, se observa epitelio de la variedad escamosa. En la pared de tejido conjuntivo fibroso rara vez hay cristales de colesterol o células de cuerpo extraño. Los quistes globulomaxilares son -- semejantes a los quistes odontogénicos y a otros quistes suturales. Por ello se necesitan un examen radiográfico minucioso y una historia clínica detallada para hacer un diagnóstico definitivo.

#### d) Tratamiento

Es quirúrgico y consiste en incisión cuidadosa, pero se puede utilizar el método de Partsch.

Generalmente los dientes adyacentes no se tocan si la operación se planifica y realiza correctamente. -- Se levanta un colgajo mucoperióstico de la pared labial del hueso para lograr acceso adecuado a la región enucleándose cuidadosamente el quiste. La mayoría de estos sanan por primera in

tención y la cicatrización primaria puede obtenerse sin usar apósi-  
tos ni otras sustancias para obliterar la cavidad.



Quiste Globulomaxilar

## CAPITULO VIII

### QUISTES DE TEJIDO BLANDOS

Hay dos tipos de quistes que se desarrollan en los tejidos blandos de la boca y de zonas vecinas. Los quistes congénitos que proceden de epitelio atrapado durante el desarrollo fetal o de residuos epiteliales de las estructuras embrionarias, como son el quiste tirogloso, branquial o conducto branquial y dermoide. El segundo es el quiste por retención que son los que proceden de la retención de líquido, como el quiste mucoso y rana.

#### 1) Quiste del Conducto Tirogloso

##### a) Etiología

El quiste del conducto tirogloso es un quiste del desarrollo poco común que se forma en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso embrionario entre el agujero ciego en la base de la lengua, hacia abajo a través del hueso hioides en la aponeurosis profunda cerca del istmo del tiroides se forma debido a la incompleta obliteración del conducto o canal.

##### b) Manifestaciones Clínicas

La lesión se presenta como una masa blanda fructuante en la parte superior y en la línea media del cuello. En muchos casos se forma por debajo del hueso hioides, pero puede encontrarse en cualquier porción desde la base de la

lengua en el forámen ciego hasta la horquilla del esternón. Es libremente móvil y rara vez produce síntomas subjetivos, y solamente dolor cuando se infecta. La deglución, generalmente, ocasiona movimiento del quiste, por lo regular se descubre por la deformación que origina. A veces, se forman fístulas que actúan como una válvula de escape del contenido del quiste y que se abre en la porción anterior del cuello, y generalmente cerca del hueso hioides. Puede apreciarse un exudado seroso, o la fístula puede quedar cubierta por unas costras de color pajizo, que son repetidamente eliminadas por el enfermo, siendo remplazadas por unas nuevas. En estos casos, la fístula parece llevar a una masa menos discreta y más aplanada que se adhiere a la piel que la recubre.

#### c) Histopatología

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

#### d) Tratamiento

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa. Es importante que extirpemos el quiste en su totalidad para evitar las recidivas. Cuando el conducto se extiende a través o por debajo del hueso hioides, es necesa

rio seccionar dicho hueso para extirpar todo el conducto epitelial. Cuando este conducto se continúa hacia la base de la lengua, la incisión debe llevarse hasta el revestimiento epitelial de la misma.

## 2) Quiste Branquial

### a) Etiología

Es un quiste que se desarrolla en la región lateral superior del cuello y se forma de los restos ectodérmicos o endodérmicos de los arcos o fisuras branquiales, o bien de los restos de los senos epiteliales cervicales, debido a la inflamación o traumatismo de algún tipo.

### b) Manifestaciones Clínicas

Las características son las de una masa prominente, de crecimiento lento, no dolorosa fructuante, en la parte lateral superior del hueso por delante del esternocleidomastoideo y también en la región parótida, en algunas ocasiones son bilaterales. Son libremente móviles, no adherentes a la piel y con frecuencia drenan a través de un canal que se abre en la superficie de la piel en la base de hélix o a lo largo del tragus de la oreja. En algunas ocasiones drenan intrabucalmente. Estos conductos en cualquiera de los casos se denominan fístulas branquiales. El quiste branquial puede permanecer inactivos por muchos años y nunca llegar a producir síntomas. Sin embargo pueden manifestarse repentinamente durante el embarazo o cuando hay disminución de las resistencias.

### c) Histopatología

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

### d) Tratamiento

El tratamiento es la extirpación quirúrgica, y debe ser completa. Sin embargo, si el quiste no ocasiona síntomas agudos, rara vez es urgente la intervención, ya que extirpar un quiste branquial extenso es un procedimiento de mucha importancia.

El tratamiento de la fístula branquial es el mismo que el del quiste.

En algunas ocasiones los quistes branquiales y las fístulas sufren infecciones repetidas y se les trata como infecciones locales. En estas circunstancias, el quiste tendrá que ser extirpado eventualmente durante un período de remisión de los síntomas.

### 3) Quiste Dermoide

#### a) Etiología

El quiste dermoide es otra variedad del quiste del desarrollo, a partir de las células epiteliales atrapadas



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

#### b) Manifestaciones Clínicas

Los quistes dermoides algunas veces se presentan en el piso de la boca o en sus cercanías, pero también en otras partes de la cavidad bucal.

Puede presentarse en el paladar blando, en el dorso de la lengua y mas comunmente en el piso de la boca. Se caracterizan por ser masas de tamaño variable ( de 2 o más cms. de diámetro) redonda de superficie lisa, bien delimitada de color rosa, y la palpación muestra muchas veces que la masa es semisólida pero su consistencia depende a menudo del contenido, variable del quiste. Generalmente contienen una secreción amarilla parecida al queso. El color ayuda a diferenciar los quistes dermoides de la ránula, que tiene color azulado.

Debido a que causa una tumefacción en el mismo sitio que los quistes sublinguales de retención y deben ser diferenciados de ellos, no tienen el aspecto vesicular de la ránula, los quistes dermoides también pueden estar localizados arriba o -

abajo del músculo genihioideo ocurre generalmente en la línea media pero pueden ser desplazados lateralmente durante el desarrollo y como tales debemos diferenciarlos de los quistes de origen branquial.

Cuando el quiste se localiza por debajo de los músculos genihioideos se ve fuera de la boca, como una tumefacción de la línea media de superficie lisa inmediatamente debajo del mentón, en ocasiones dificulta la deglución e interfiere en el habla.

En el examen radiográfico puede ayudar a distinguir un quiste dermoide de otras lesiones similares debido a su contenido frecuentemente con sustancias radiopacas.

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

### c) Histopatología

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

ces material sebáceo y queratina.

d) Tratamiento

El tratamiento es la extirpación quirúrgica total el procedimiento depende de la situación del quiste. Por ejemplo un quiste dermoide del piso de la boca puede ser extirpado por vía intrabucal o extrabucal. Si se practica éste último procedimiento, la incisión se hace en la parte submental y la contaminación se evita de este modo, disminuyendo el riesgo de infección postoperatoria.

B) QUISTES DE RETENCION

I. Ranula

Una ránula es un quiste que se forma en el piso de la boca, generalmente de una glándula sublinguales principales.

a) Etiología

La ránula se observa de modo principal, en la glándula sublingual y no implica el conducto de las submaxilares o parótidas. Tiene origen en una obstrucción, que puede ser un cálculo, un tapón mucoso u oclusión debida a lesión mecánica o inflamación. La glándula continúa secretando y el líquido se acumula detrás de la obstrucción. Entonces el conducto se dilata hasta que la presión se vuelve lo suficientemente grande y produce rotura del epitelio del conducto, lo que se aprecia en un escape del líquido a los tejidos contiguos. Se forma una pared fibro-

sa. El tamaño de la ránula está determinado por la cantidad de secreción producida por la glándula afectada. Mientras sea mayor la presión secretora que la presión de la cavidad quística, la cavidad se llenará con más líquido. Ya que la resistencia del tejido del piso de la boca no es suficiente para superar esta presión secretora, el quiste puede agrandarse hasta el punto de contener 50 mm. o más de líquido. Cuando la presión se vuelve lo bastante grande para anular la presión secretoria, el quiste ya no crece más. Su tamaño puede disminuir, ya sea por absorción del contenido líquido o por rotura de la mucosa, con el consiguiente drenaje. Esto último, generalmente, va seguido de recidiva.

La ránulas no se forman por obstrucciones de los conductos de la glándula submaxilar o de la parótida, porque las paredes de estos conductos no son lo suficientemente fuertes para soportar la presión secretoria y solamente se presenta una dilatación del sistema de conductos que da como resultado un aumento de volúmen en la glándula. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de que la ránula provenga de restos de los senos cervicales.

#### b) Manifestaciones Clínicas

El aspecto clínico detallado depende muchas veces del tamaño y profundidad del quiste. Generalmente la ránula es superficial y de pequeño tamaño, 1 a 3 cms., de diámetro. En estos casos, es una masa blanda, redondeada, de su-

perficie lisa, azulada o violeta indolora que puede abarcar uno o ambos lados del piso de la boca. A veces es más grande, en cuyo caso desplaza la lengua e interfiere en la función bucal. - La rotura de esta lesión es frecuente y provoca la salida de un líquido mucosa y pegajoso. Tan pronto como tiene lugar la cicatrización de esta rotura, la substancia mucoide se acumula nuevamente y la ránula vuelve a formarse. Esta formación puede ser lisa o lobular, produciendo aumentos de volúmen numerosos e irregulares.

Tiene importancia diagnosticar el hecho de que aumente de tamaño inmediatamente antes o durante las comidas y disminuya de tamaño, después de las mismas. No es frecuente obtener en la historia clínica una total desaparición de la lesión, debido a que el drenaje del líquido quístico, se sigue únicamente de una posterior recidiva.

Deben practicarse radiografías, tanto oclusivas como extraorales, para saber si hay o no cálculos salivales que a veces son los responsables de la obstrucción. Sin embargo, en muchos casos, la obstrucción no se debe a cálculos sino a residuos orgánicos y entonces las radiografías no revelan nada importante. La infección es una complicación poco frecuente.

### c) Histopatología

La pared de tejido conjuntivo fibroso es delgada y su interior está recubierto de epitelio escamoso aplana-

do. Sin embargo, este último, a veces, no se observa como resultado de la presión e infección. En el interior hay restos celulares y mucosos. En ocasiones el contenido mucoso se infiltra en la pared del quiste o en los tejidos vecinos y provoca una respuesta inflamatoria. Se aprecia una sialadenitis crónica y una dilatación de los conductos. En el mucocele como en la ránula el epitelio metaplásico de los conductos puede semejar tanto a un tumor mixto que el diagnóstico certero es difícil, en especial en los casos en que no hay pruebas de obstrucción. Debe tenerse cuidado y no interpretar equivocadamente los signos patológicos.

#### d) Tratamientos

La ránula puede tratarse por dos medios. El mejor procedimiento es la extirpación quirúrgica del quiste, en su totalidad, y de la glándula afectada de este modo la ránula no recidiva. Durante el curso de este procedimiento debe tenerse cuidado de no dañar ninguna de las formaciones glandulares vecinas, ya que cualquier traumatismo sobre estos tejidos da a veces por resultado una formación quística semejante.

El conducto de la glándula submaxilar debe protegerse durante la intervención, ya que cuando se lesiona se puede producir una adenitis crónica de la glándula. El otro medio por el que puede tratarse la ránula es escindir el techo de la cavidad quística y suturar el epitelio del piso de la boca con la pared quística. Este procedimiento sólo tiene éxito cuando el revestimiento del

quiste es epitelial y hay cicatrización y unión de este último - con el epitelio bucal formando una abertura permanente para el vaciamiento de las secreciones de la glándula afectada. Si el - revestimiento del quiste es una pared fibrosa, este procedimiento puede fallar, ya que el epitelio bucal quizá cubra el defecto - y de este modo bloquea nuevamente las secreciones.

## 2) Mucocele

El mucocele es un quiste muy común. Generalmente es pequeño, la mayor parte de las veces se localiza en la mucosa labial inferior. Otras localizaciones, aunque - menos frecuentes son la mucosa bucal, el paladar, la parte ventral de la lengua, y en otras partes.

### a) Etiología

Tiene su origen en una obstrucción, que puede ser un cálculo, un tapón mucoso u oclusión debida a la lesión mecánica o inflamación. La glándula continúa secretando y - el líquido se acumula detrás de las obstrucción. Entonces el conducto se dilata hasta que la presión se vuelve lo suficientemente grande y produce rotura del epitelio del conducto, lo que se aprecia en un escape de líquido, se forma una pared fibrosa. El Tamaño del mucocele está determinado por la cantidad de secreción producida por la glándula afectada. Su tamaño puede disminuir, ya sea por absorción del contenido líquido o por rotura de la mucosa, con el consiguiente drenaje, esto último, generalmente va seguido de la

recidiva.

## b) Manifestaciones Clínicas

El mucocele relativamente común es más pequeño que la ránula y se observa con mas frecuencia en los labios y los carrillos, las lesiones se presentan como aumentos de volúmen redondeados u ovaes, translucidos y de color azulo-oso. Con frecuencia se rompen, cicatrizan y vuelven a romperse cuando se llenan otra vez de moco. Son fluctuantes y benignos y aparecen en cualquier edad, sin distinción de sexo. Cuando este tipo de quiste abarca las pequeñas glándulas situadas por debajo de la porción anterior de la lengua, se le denomina quiste de las glándulas de Blandin y de Nuhn.

Su tamaño varía desde 1 o 2 mms. hasta 1 cm. o más de diámetro. Generalmente el quiste mucoso es único, pero en algunos casos pueden encontrarse dos o más muy -- próximos uno al otro, pareciéndose a un racimo de uvas. Los quistes más superficiales pueden parecerse a un hemangioma, pero el color azul más intenso y el aspecto más firme del tumor vascular, lo distingue del quiste mucoso ampoloso y translucido.

Los quistes mucosos más profundos no se reconocen tan facilmente, ya que debido al engrosamiento de los tejidos que lo recubren, se presenta como un tumor discreto, redondo, de superficie lisa y de color rosado normal. La palpa-



ción nos muestra una masa dura muy móvil, y, por ello, puede confundirse con una neoplasia benigna, como un fibroma. Sin embargo, el diagnóstico más definitivo de quiste mucoso puede obtenerse mediante la punción aspirativa de la lesión y la obtención de un líquido espeso de color pajiso.

#### c) Histopatología

La pared de tejido conjuntivo fibroso es delgada y su interior está recubierto de epitelio escamoso aplanado, sin embargo, éste último, a veces no se observa como resultado de la presión e infección. En el interior hay restos celulares mucosos, en ocasiones el contenido mucoso se infiltra en la pared del quiste o en los tejidos vecinos y provoca una respuesta inflamatoria.

#### d) Tratamiento

Consiste en la extirpación quirúrgica del quiste y de la glándula asociada, si quiere prevenirse la recidiva debe tenerse cuidado de no traumatizar las glándulas o nervios adyacentes.

Si las glándulas vecinas se lesionan, se forman nuevos mucocelos, si se cortan los nervios puede originarse un neuróma que ocasiona dolor persistente o sensación de quemadura de la región.

## CAPITULO IX

### TECNICAS QUIRURGICAS

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

1.- Eucleación de todo el quiste.

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

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

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

## Quistes de Tejidos Blandos

Como ya mencionamos anteriormente los quistes de tejidos blandos incluyen los de origen congénito, que ocurre principalmente en el cuello, y los quistes de retención, mucocele y ránula que se observan principalmente en la cavidad bucal. Las técnicas quirúrgicas que describiremos para el tratamiento de los quistes congénitos tienen principalmente a explicar el procedimiento correcto y no la disección detallada frecuentemente necesaria en el cuello.

## Quistes Congenitos

Se presentan generalmente en el cuello, en la región submaxilar y submentoniana. Son benignos, pero necesitan disección y escisión completas para su curación.

## Quiste Tirogloso

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

La escisión quirúrgica se efectúa con una incisión transversa sobre el quiste. Se separan cuidadosamente los tejidos subyacentes y el trayecto fibroso se identifica y luego se sigue disecando. Inyectar un colorante para resaltar más claramente y el trayecto fistuloso es inconveniente, ya que con frecuencia el co

lorante se difunde y tiñe otros tejidos, obscureciendo así el campo operatorio. Generalmente el trayecto fibroso puede ser seguido sin inyectar colorantes. Para facilitar la exposición se separa el hueso hioides para examinar arriba en ese punto y permitir la — escisión del agujero ciego que es el punto de terminación del conducto tirogloso.

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

#### Quiste y Fistulas Branquiales

Al extirpar las fístulas branquiogenas se — utiliza una substancia radiopaca, como aceite yodado (lipoidol), y — yofendilato (Pantopaque) para precisar la extensión y localización — de la fístula. Se puede introducir una sonda en el conducto fistuloso para facilitar su identificación mientras se avanza en la disec — ción.

El mejor acceso al quiste branquiógeno es — a través de una incisión centrada en la parte más saliente del quiste y paralela al borde anterior del músculo esternomastoideo. El — quiste puede tener adherencias en importantes troncos nerviosos — y vasos, y por lo tanto es necesario lograr exposición adecuada al

examinar el quiste.

Debe tenerse mucho cuidado para evitar - la rotura del quiste durante la disección. Cualquier epitelio que - se deje originará la recurrencia. La herida se cierra en capas - y la piel se sutura de modo que se logre el mejor resultado esté tico.

Se deja un pequeño drenaje durante uno o dos días.

#### Quistes Dermoides

Son por lo general, más superficiales que los de la hendidura branquial y no está insertados a la pared fa - ríngea. Frecuentemente es difícil hacer una distinción cuidadosa - entre estos quistes antes de la operación, pero la remoción qui - rúrgica, es el tratamiento de elección en todos los casos. Los quis - tes dermoides sublinguales del piso de la boca se quitan intrabucal - mente.

#### Quistes de Retención.

Generalmente se localizan en la cavidad bu - cal y son tratados por escisión simple o marsupialización, según - su tamaño y localización.

#### Mucocele

El tratamiento de elección es la escisión - quirúrgica completa. Se hace una incisión cuidadosa a través del -

epitelio delgado suprayacente, que suele estar tenso sobre el quiste mucoso. Una incisión de alternativa que preserva la membrana mucosa suprayacente, para ayudar a asir el tejido durante la enucleación del mucocele, frecuentemente facilita la disección. Generalmente el quiste mucósico tenderá a sobresalir de su lecho de tejido blando, y puede liberarse cuidadosamente usando disección roma con pinzas de hemostasia curvas, cureta, o elevador de periostio pequeños. Deberá tenerse gran cuidado de no romper el saco, puesto que entonces la disección sería más difícil y no se podría tener la certeza de haber eliminado el quiste en su totalidad.

En este tipo de lesiones las recidivas son comunes. También hay otra técnica en la cual se aspira el contenido de un mucocele e inyecta una mezcla ligera de alginato o material de impresiones con base de caucho. Esto endurece y delinea claramente toda la extensión de la lesión, ayudando así a disecarla.

#### Ránula

La simple incisión y drenaje de la ránula va siempre seguida de recurrencias. La enucleación de una ránula sin romper la pared delgada es prácticamente imposible y trae muchas complicaciones importantes. Una vez que el quiste se ha roto es muy difícil distinguir la continuación de la cubierta y si no se remueve en su totalidad la ránula es fácil que recidive.

Se puede utilizar un dedal en forma de lazo de alambre para intentar restablecer una abertura del conducto forrado de epitelio, pero esto frecuentemente falla. Se ha encontrado eficaz el radio para el tratamiento de la ránula.

La operación de partsch o marsupialización de una ránula se considera el mejor procedimiento quirúrgico. Consiste en la escisión de la pared superior de la ránula suturando la cubierta del quiste a la mucosa del piso de la boca y haciéndola - continua con la cavidad bucal.

Se utiliza la siguiente técnica: se coloca - una serie de suturas alrededor de los margenes del quiste, las suturas atraviesan la mucosa normal del piso de la boca y la pared del quiste.

Cuando el quiste está bien delineado con las suturas se hace la escisión de la pared superior inmediatamente - por dentro de las suturas. El fondo del quiste se eleva a su posición normal al salir el contenido líquido y se hace continuo con el piso - de la boca. La membrana quística se transforma y asume las características de los tejidos adyacentes.

Algunos operadores quitan una pequeña por - ción de la pared superior, aspiran el contenido del quiste y lo limi - tan llenándolo con gasa estéril. Se termina la disección de la pared superior del quiste y se colocan las suturas periféricas. Este pro -

cedimiento se hace mejor con anestesia local con bloqueo del -  
nervio lingual. La infiltración local complementaria no suele -  
ser necesaria. Si la tumefacción atraviesa la línea media enton-  
ces es necesario el bloqueo bilateral.

Hay que recordar que ciertas ránulas -  
son de origen más profundo que otras, y frecuentemente es ne-  
cesario eliminar la glándula sublingual vecina.

### Quistes Oseos

El acceso al quiste óseo tiene que lo -  
grarse cortando y levantando el mucoperiotio. La naturaleza del  
método quirúrgico depende de la localización y extensión del quis-  
te. Si el quiste óseo es completamente enucleado o se trata con  
el método de partsch o sus modificaciones, depende más de su -  
tamaño y localización que del diagnóstico real del mismo. Cuan-  
do la enucleación es el método de elección, el hueso suprayacen-  
te tiene que quitarse con cinceles, alveolótomos o fresas para -  
hueso. Muchas veces el hueso es sumamente delgado y puede qui-  
tarse fácilmente con una pinza hemostática. Frecuentemente exis-  
te erosión a través de todo el hueso y la membrana quística se  
inserta al periostio o cubierta de tejido blando y tiene que ser -  
separada de éstos. Ello se complica a veces con infección secun-  
daria y formación de un conducto fistuloso con gran cantidad de -  
tejido cicatrizal.



El saco quístico tiene que ser expuesto para levantarlo cuidadosamente de su lecho óseo.

Quando existe un quiste en mandíbula - con cubierta ósea delgada, podemos utilizar la siguiente técnica que consiste esencialmente en hacer a la vez una incisión a través del mucoperiostio y de la capa cortical ósea. Esto puede - hacerse con un bisturí si el hueso es delgado o colocando un - cincel afilado en la incisión del colgajo dándole unos golpes ligeros para que penetre en el hueso. Entonces se levanta el hueso adherente al mucoperiostio para exponer la lesión quística. Este procedimiento se hace en las paredes labial y bucal de los maxilares superiores y mandíbula. Después de la remoción del quiste regresa el colgajo a su posición original y se sutura. La conservación del hueso insertado al periostio aumenta las superficies - osteogénicas de los tejidos alrededor del coágulo sanguíneo que - llena la cavidad quística.

Esto aumenta la posibilidad de cicatrización por primera intención y también forma un mejor núcleo para la regeneración del hueso. Las fracturas que ocurren en este hueso delgado cuando se levanta el colgajo no son importantes siempre que los fragmentos de hueso no se separen totalmente del periostio. Si se desinserta entonces se quitan y se descartan.

La cureta de hoja delgada es un instrumento

to adecuado para despegar la pared quística del hueso. Se debe utilizar la cureta más grande que se pueda introducir fácilmente en el quiste.

El lado cóncavo de la cureta se coloca contra el hueso y se introduce con cuidado entre la pared del quiste y el hueso. Se debe tener cuidado de no romper el saco quístico y permitir que salga su contenido líquido. Son esenciales una buena iluminación y la visión directa para poder determinar si se ha quitado todo el quiste. Frecuentemente en los quistes grandes se puede utilizar la punta de un aparato de aspiración para separarlo de su lecho óseo.

En los quistes grandes los nervios y vasos generalmente están empujados hacia un lado y no se deben traumatizar. Los bordes óseos del quiste deben rasparse antes de suturar los tejidos blandos y de cerrar la herida. Esto puede hacerse con un alveólotomo, un fresa para antro o una lima para hueso. La terapéutica antibiótica local con sulfonamida en polvo puede ayudar a la cicatrización de la herida. La medicación antibiótica general es aconsejable cuando hay inflamación o infección. El uso local de un antibiótico debe reforzarse con la terapéutica general.

La aplicación de empaques de gasa, o astillas de hueso depende del tamaño y localización del quiste. Estos

apósitos tienden a evitar el sangrado y la formación de hematomas con la disolución resultante del coágulo sanguíneo y el drenaje séptico, y también ayuda a la cicatrización.

Los quistes pequeños generalmente sanan por primera intención sin provocarse complicaciones. En la cavidad se forma un coágulo sanguíneo organizado, que lleva a proliferación de hueso nuevo. En la cavidad más grande la herida sana por segunda intención, con oposición gradual de tejido que va obliterando el defecto. Si el método elegido es el cierre primario, deberán controlarse bien hemorragia y escurrimiento, y la herida deberá estar libre de infecciones. Los bordes óseos deberán estar bien ahuecados para permitir que los colgajos mucoperiosticos se colapsen dentro de la cavidad. Es útil usar Hemovac para controlar la formación de hematomas.

Generalmente, en quistes grandes, se ha utilizado un apósito de sustitución en forma de gasa, productos reabsorbibles de celulosa como Gelfoam y Surgicel, astillas de hueso, yeso de París y otros substitutivos anorgánicos.

Cuando se utiliza un apósito de gasa es bastante satisfactoria la gasa yodoformada de 1.5 a 2.5 cm. o gasa simple humedecida en bálsamo de Perú. La gasa se empaca en la cavidad para que haga presión contra cualquier punto que muestre tendencia al sangrado y generalmente se quita, ya sea parcial

o totalmente, al quinto o séptimo día después de la operación. Si se presenta hemorragia considerable durante la operación, generalmente es mejor aflojar el apósito gradualmente y quitarlo en secciones en un período de 10 a 12 días. La cavidad puede ser irrigada cuidadosamente cuando se quita el apósito y éste se pone de nuevo dos veces por semana hasta que se ha efectuado la cicatrización de las paredes óseas donde antes existía el quiste.

El tiempo de curación generalmente es de 15 a 20 días.

Una cavidad quística también puede ser empacada con astillas de hueso que se obtienen del banco de huesos. El hueso seco congelado preparado cuidadosamente de hueso esponjoso o cortical en pequeños fragmentos, puede ser empacado en la cavidad ósea. Es preferible el hueso esponjoso. Se pueden incorporar antibiótico o sulfas antes de colocar en su sitio el colgajo y suturar la herida cuidadosamente. A veces algunos pequeños fragmentos de hueso pueden obrar como cuerpos extraños y ser exfoliados.

Sin embargo la mayoría de los fragmentos se conservan para servir como estructura de sostén al cuálgulo de sangre. También parece que existe estímulo del tejido conectivo joven, lo que aumenta la actividad fibroblástica y osteoblástica y la velocidad de cicatrización.

También se ha estado utilizando hueso esponjoso del banco de huesos, tomado de la cabeza del fémur, como es -

estructura sobre la cual podía llevarse a cabo el remodelado del defecto. La médula se raspa y se toma con pinzas de gubia del fémur, y se coloca en una solución que contenga cinco millones de unidades de penicilina y aproximadamente 30 ml. de solución salina. La herida se irriga cuidadosamente con solución de penicilina antes de taponear el defecto con tanto hueso del banco como sea posible. Se trata de obtener cierre impermeable de la mucosa, utilizando sutura de colchonero horizontal y continua y punto de beisbol corredizo suprayacentes.

Se ha usado diversos substitivos óseos para obliterar cavidades quísticas después de la eliminación de tejido patológico. Como el hueso de banco, yeso de París para obliterar cavidades óseas con resultados que han sido muy favorables. La búsqueda, continúa para encontrar un substitivo óseo apropiado que puede usarse para llenar grandes cavidades quísticas en hueso, de manera que se pueda suturar el tejido suprayacente con firmeza, sin necesidad de taponear ni de retirar tiras de gasa. El substitivo debería estar formado idealmente por tejido de especies inferiores para estar comercialmente disponible. Debería estar tratado de manera que la reacción inmunológica no causara rechazo del injerto, pero que, asimismo, pudiera estimular la actividad osteoclástica y osteoblástica del huésped.

El quiste es "retirado" y se sutura el mucoperiostio adyacente a los márgenes de la pared quística o se mantiene

ne en su lugar con apósitos.

Esto hace que la pared quística se haga continua con la cavidad bucal.

Después de levantar el colgajo mucoperióstico el hueso que está sobre el quiste se quita cuidadosamente teniendo cuidado de no penetrar en el quiste. Cuando se llega a la periferia de la cavidad se puede utilizar una tijeras afiladas para cortar la membrana expuesta. Este tejido se manda al laboratorio para su examen histológico. Después que se evacua el contenido del quiste se permite que el mucoperiostio entre en la cavidad y se sutura a la cubierta del quiste. La aposición se mantiene por presión con apósitos de gasa.

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

La herida puede ser irrigada para conservarla limpia a través de la abertura.

Al quitar la presión líquida en el hueso, ocul

re. La regeneración y la pared epitelial del quiste se transforma en una mucosa normal por invaginación de las regiones adyacentes. La técnica de drenaje por tubo para el tratamiento de quistes grandes es también una modificación del método de partsch, se hace una pequeña abertura al quiste y se inserta una sonda de polietileno o metal sujeta por ligaduras a los dientes adyacentes para mantener el drenaje. Cualquiera de las sondas se adapta fácilmente a la abertura del quiste. Esto alivia la presión dentro del quiste y se hace la obliteración gradual de la cavidad por aposición de tejido blando y hueso que cierra la abertura. Se lleva a cabo la irrigación periódicamente a través del tubo, que puede ser acortado mientras se produce la cicatrización.

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

Esta técnica es aplicada a gran número de quistes de la cavidad bucal. Sin embargo, tiene que ser utili-

zada con cautela en las lesiones quísticas capaces de originar un tumor. En estas circunstancias, se debe hacer una exposición adecuada para que la pared del quiste pueda ser examinada clínicamente y en muchos casos tiene que hacerse biopsia de cualquier porción sospechosa. Este tipo de lesión tiene que ser examinado frecuentemente después de la operación por examen clínico y radiográfico. Durante mucho tiempo se ha defendido la técnica de marsupialización para tratar grandes quistes en maxilares y evitar la pérdida de dientes afectados y otras complicaciones que dan por resultado el llamado lisiado dental. Algunos operadores quitaban el quiste o el epitelio con una segunda operación después que se ha llevado a cabo suficiente aposición de hueso al aliviarse la presión. Esto elimina el peligro de la enucleación primaria, pero hace que el paciente sufra una segunda operación y no afecta materialmente el resultado del tratamiento.

En la operación de Partsch la aposición de hueso para obliterar una cavidad puede ocupar mucho tiempo. Sin embargo, en la mayoría de los casos no existe contraindicación para hacer la reparación protética que sea necesaria. Muchas veces sólo se necesita una buena higiene bucal para mantener limpia la región después que ha ocurrido epitelización normal.



## CAPITULO X

### COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

Después de la intervención quirúrgica las complicaciones de enucleación o marsupialización de quistes congénitos y embriológicos incluyen tumefacción, infección, formación de hematomas, traumatismo de nervios motores y sensitivos, hemorragía primaria o secundaria, fístula bucal, fractura de hueso y obstrucción de vías respiratorias. El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar lesiones que exigen disección en el cuello y región submandibular.

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

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

rio; desaparecerá gradualmente si no hay infección secundaria ni formación de hematomas. La aplicación inmediata de frío es de poco beneficio, pero puede ser en las primeras ocho o diez horas que siguen a la operación. Los agentes antiinflamatorios como fármacos corticosteroides y enzimas de plantas y animales pueden — en ciertos casos, ser útiles para controlar el edema posoperatorio.

Estos agentes deben administrarse con un conocimiento completo de sus posibles efectos secundarios y sus contraindicaciones.

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

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

Un hematoma persistente fácilmente accesible, debe ser aspirado y drenado. De otra manera, ocurrirán disgregación del coágulo y drenaje séptico. En período incipiente de la formación de hematoma, puede ser útil la terapéutica enzimática, con hialuronidasa, por ejemplo, pero debe evitarse si hay peligro de infección secundaria. Las enzimas inyectadas en los tejidos abren los espacios intersticiales y facilitan la absorción y difusión rápida de líquido desde la región enferma.

Los troncos nerviosos sensitivos generalmente están desplazados por las lesiones quísticas, y muchas veces puede separarse la pared del quiste del nervio, por disección cuidadosa.

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

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

La hemorragia primaria debe cohibirse durante la operación. La secundaria generalmente ocurre cuando se ha traumatizado un vaso de grueso calibre al operar. También puede ocurrir por traumatismo inesperado de vasos neoformados, al quitar los apósitos quirúrgicos. Esta complicación suele cohibirse por la presión. Debe extirparse los grandes coágulos y se buscará el origen de la hemorragia antes de aplicar la presión de una manera adecuada. Algunas veces el vaso puede identificarse y ligarse.

Las fístulas buconasales y bucoantrales a veces resultan de haber elegido mal los procedimientos quirúrgicos o de error en la técnica. También puede ser resultado de una relación anatómica normal de algunas enfermedades con la estructuras existentes. Estas complicaciones pueden evitarse por una disección cuidadosa; la pared quística frecuentemente puede desprenderse de otras membranas sin penetrar en cavidades nasal o antral.

El método de Partsch, cuando se puede aplicar evitará esta complicación. Si ocurre pequeñas aberturas, suele lograrse la curación adecuada por sutura cuidadosa y las instrucciones detalladas al paciente. El hueso se debilita por la presencia de-

un quiste; la magnitud del debilitamiento depende del tamaño y la extensión de la lesión.

La posibilidad de fractura durante la cirugía suele ser remota, a menos que se produzca traumatismo excesivo sobre el hueso o que ambas tablas corticales sean muy delgadas. El traumatismo al hacer un movimiento de torsión es más capaz de fracturar el hueso que la presión directa. Por la naturaleza del quiste, que se expande primariamente en una sola dirección, es probable que esté intacta una pared cortical que preserva la continuidad del hueso.

La obstrucción posoperatoria de vías aéreas puede ser consecuencia de intervenciones quirúrgica en maxilares, lengua y cuello. Los factores contribuyentes son edema masivo, formación de hematoma e infección. Si existe signos de respiración difícil y de intercambio respiratorio inadecuado, debe hacerse traqueotomía. Esta debe ser en la medida de lo posible, un procedimiento de elección y no de urgencia.

## CAPITULO XI

### CONCLUSIONES

En nuestro trabajo diario que realizamos los Cirujanos Orales y estudiantes debemos recordar lo mencionado - en páginas anteriores que dice "detrás de cada diente existe un paciente". En ningún momento de la historia es más cierto este axioma que en la época actual. La gran cantidad de descubrimientos conseguidos - por nuestros médicos en el campo del diagnóstico y terapéutica, han - permitido que cirujanos orales y estudiantes podamos tratar a muchos enfermos que en épocas anteriores no hubieran podido sobrellevar sus enfermedades.

Es necesario que tengamos un profundo conocimiento de los procesos patológicos básicos y saber valorar los resultados que su tratamiento puede tener sobre el paciente y su enfermedad.

Debemos valorar el estado del enfermo y - determinar cuándo se utilizará la anestesia local o general. Se deberá decidir cuándo el paciente puede ser tratado en régimen ambulatorio o cuándo deberá ser hospitalizado.

Para poder conseguir todo ello necesitamos reunir la suficiente información que le permita sus objetivos de forma adecuada como son los siguientes:

- 1.- Una buena historia clínica es la piedra

angular que sirve de punto de partida para un correcto examen.

2.- Tomemos en cuenta que el diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiográficos y que muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quiste. Debido a la complejidad de las lesiones patológicas que se presentan en el maxilar y en la mandíbula, éstos problemas son difíciles de diagnosticar.

3.- Los exámenes de laboratorio y estudios histopatológicos son de gran ayuda para establecer un diagnóstico correcto.

4.- Tomemos en cuenta que los quistes son de gran importancia, ya que son muy frecuentes y pueden permanecer en la cavidad oral por muchos años sin ninguna manifestación, casi por lo regular se detecta cuando se le toma una radiografía o cuando se presenta por una tumefacción, pero hay otros que si presentan dolor, pueden alcanzar gran tamaño y producir alteraciones de la dentición, síntomas neurológicos y predisposición a las fracturas.

Tomemos en cuenta que el dolor no puede ser un síntoma habitual salvo que se haya infectado secundariamente o cuando hay presión de un nervio.

5.- Hay que tener mucho cuidado en la intervención quirúrgica principalmente en vasos, nervios y senos paranasales, ya que podríamos ocasionar parálisis facial.

6.- En el procedimiento quirúrgico debemos basarnos en sólidos principios que van a ser fundamentales. Estos incluyen la preservación del aporte sanguíneo a la región, control de la hemorragia, técnica aséptica colgajo adecuado para obtener suficiente visión que brinde un buen acceso a la región del quiste.

7.- El cuidado posoperatorio es de gran importancia en muchos casos para evitar la formación de una fístula permanente, que necesita cierre secundario.



GIUTA, J. Jhon

Patología Bucal  
México, Interamericana, 1978  
123p.

GRINSPA, David

Enfermedades de la Boca  
México Interamericana, Ed. Mundi, 1976  
2155p. ilustr.

HAYAS, V. Lovis

Diagnóstico Clínico de las Enfermedades Bucales  
México, Interamericana, 1975

KRAEER, Fercusón

Cirugía de Pacientes no Hospitalizados 4a. Ed.  
México, Interamericana 1969

KRUGER, O. Gustavo

Tratado de Cirugía Bucal 4a. Ed.  
México, Interamericana 1978  
846p

RHOADS, E. Jonathan

Principios y Práctica de Cirugía 2a. Ed.  
México, Interamericana, 1972

ROBBINS, L. Stanley

Patología Estructura y Funcional  
México, Interamericana, 1975  
1490p.

SCHW, Artuz

Patología Quirúrgica  
México, La Prensa Médica Mexicana. 1976

THOMA Kurt, Hernan

Patología Oral  
México Salvat Barcelona, 1973

TIEKE, Richard W.

Fisiopatología Bucal  
México, Interamericana 1960  
494 p.

VELAZQUEZ, Tomás

Anatomía Patológica Bucal y Dental. La reimpresión 1977  
México, La Prensa Médica Mexicana  
359 p.

WAITE E. Daniel

Cirugía Bucal Práctica  
México Interamericana, 1978  
540p.