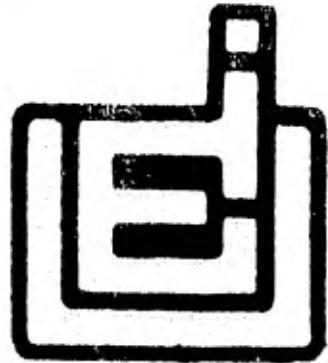


2ej. 385

Escuela Nacional de Estudios Profesionales
Iztacala - U.N.A.M.



CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO:

P R E S E N T A:

Alejandro Rodríguez Franco

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.

C O N T E N I D O
QUISTES DE LA CAVIDAD BUCAL

I N T R O D U C C I O N .

CAPITULO I. DEFINICION GENERALIDADES

CAPITULO II. ESTUDIO PREOPERATORIO

1. Historia Clínica
2. Estudio Radiográfico
3. Pruebas de Laboratorio
4. Diagnóstico de Presunción
5. Plan de Tratamiento
6. Tratamiento
7. Epicrisis

CAPITULO III. C L A S I F I C A C I O N

CAPITULO IV. TECNICAS DE TRATAMIENTO

- a) Método de Partsch I
- b) Método de Partsch II
 1. Con Sutura
 2. Sin Sutura
- c) Procedimiento para disminuir el volumen de los grandes quistes.

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION.

Los Quistes son por lo general cavidades que se presentan en los tejidos. Son de gran importancia dentro de la Patología Estomatológica, ya que son una de las enfermedades más comunes en ella.

El propósito de esta tesis, es presentar a grandes rasgos los signos clínicos que presentan las distintas variedades de Quistes, así como su tratamiento e ingresarlos a la práctica por el Cirujano Dentista. Es decir, en síntesis, se toma en cuenta los siguientes objetivos:

La aplicación de los conocimientos básicos de Cirugía para la presunción y diagnóstico, de acuerdo a la capacidad que tenga cada Cirujano Dentista.

Por otra parte, el Odontólogo tiene que tomar en cuenta la relación que existe entre la Cirugía y las diferentes ramas de la Odontología, pues es bien sabido que se encuentran relacionadas entre sí y para llevar a cabo el tratamiento de un Quiste se tiene que saber o tomar en cuenta las distintas técnicas de otras ramas de la Odontología.

Además debemos de estar concientes de que para realizar el diagnóstico de un Quiste debemos de auxiliarnos de algunos métodos como son:

--- El estudio radiográfico y las pruebas de laboratorio, pues

sin éstas nos sería muy difícil asegurarnos en realidad de qué se trata.

--- Por simple intuición fácilmente caeríamos en un error debido a la gran similitud que existe entre un Quiste y otras enfermedades de tejidos blandos y duros como por ejemplo un granuloma, un absceso periapical o cualquier clase de tumor, ya sea benigno o maligno.

En todo caso lo más importante es que el sentido de una responsabilidad social anime el campo de la Cirugía, porque en ella radican las bases fundamentales para su tratamiento.

CAPITULO I

DEFINICION GENERALIDADES.

A S P E C T O S G E N E R A L E S

Los Quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circulante, pero solo raras ocasiones causan aflojamiento de los dientes a no ser que sean muy grandes. Raras veces la presencia de un Quiste se revela por una fractura o porque el paciente advierte la falta de un diente.

Muchos Quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación, se descubren solamente en un examen radiográfico habitual.

La localización de la tumefacción puede dar un importante indicio sobre la naturaleza del Quiste. Estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, el agujero mentoniano y la fosa incisiva pueden ser confundidas con Quistes, sobre todo si presentan alguna variación y son necesarias varias vistas radiográficas para su diagnóstico.

Hay que tener un mínimo de dos vistas intrabucales formando ángulo recto entre sí, lo ideal es también tomar radiografías intrabucales oclusales y laterales, así como una extrabucal oblicua lateral.

Algunas veces son necesarias algunas radiografías, por ejemplo; una craneal-lateral u occipital se puede utilizar un medio radiopaco especialmente del Quiste nasoalveolar. Algunas veces es útil el uso de la Tomografía.

GENERALIDADES HISTOLOGICAS .

Es de vital importancia para todo profesionista tener en -- cuenta los conceptos básicos, pues sin éstos no podríamos dife -- renciar o diagnosticar una enfermedad, para esto vamos a enume -- rar los componentes histológicos de un Quiste recordando la defi -- nición.

1.- EPITELIO : son células dispuestas en capas regulares so -- bre la superficie natural de la mucosa o serosa. Las capas epite -- liales varían para cada lugar, en el caso de los Quistes de la ca -- vidad bucal, generalmente encontramos epitelio estratificado, y en algunos Quistes encontramos también epitelio columnar respiratorio

2.- TEJIDO CONJUNTIVO: (También recibe el nombre de tejido celular). Este tejido está muy extendido en el organismo, adop -- tando diferentes formas el sostén del Quiste.

3.- QUERATINA: es una proteína albuminoide que constituye la capa externa de la epidermis.

4.- SUERO: es un líquido amarillento y transparente como el plasma y contiene sustancias solubles sobre todo la globulina.

5.- PLASMA: es un líquido amarillento compuesto de proteínas coagulables, lípidos, sustancias orgánicas y sustancias inorgá -- nicas.

6.- CRISTALES DE COLESTEROL: el colesterol se encuentra ampliamente distribuido en todas las células del organismo, pero especialmente en los tejidos nerviosos. Los tejidos que sintetizan el colesterol son: Hígado, Corteza Adrenal, Piel, Intestino, Testículos y Aorta.

7.- SEROGLOBULINA: es la globulina y es una proteína sérica, ésta fracción globulinica de las proteínas es una mezcla muy compleja.

8.- SEROALBUMINA: La albúmina también es una proteína sérica y se encuentra en el suero, la más abundante de ella se sintetiza en el Hígado.

9.- CELULAS EPITELIALES DEGENERADAS: en la mucosa y piel, las células del epitelio pueden al degenerar, constituirse en parte integrante de los Quistes.

CAPITULO II

ESTUDIO PREOPERATORIO.

I.- HISTORIA CLINICA.

a) Estadística Administrativa.

Esta comprende el nombre del paciente, su **domicilio** particular y comercial, número de teléfono, edad, sexo, estado civil, - ocupación, Todo esto nos va a servir para establecer los antecedentes del paciente e información por la manera de responder y el grado de cooperación.

b) Motivos de Consulta.

Molestia principal, si tiene dolor o incomodidad, con qué frecuencia se presenta. Todos aquellos datos que el paciente nos refiere del motivo por el cual acude a la consulta.

c) Antecedentes Patológicos se clasifican en familiares y-
personales:

1.- Familiares: Se anotarán las enfermedades sufridas por - sus familiares, abuelos, padres, hermanos, hijos etc. Con el objeto de detectar padecimientos hereditarios o **bién** de tendencia familiar.

2.- Personales: Aquí se anotarán todas las enfermedades sufridas por el paciente, tanto remotas como recientes o presentes. Se deben de realizar una serie de preguntas que nos lloven a la - detección de algún problema Patológico. Preguntas tales como :

¿ Ha estado bajo tratamiento médico prolongado o lo está -- ahora ?

¿ Ha tenido que administrarse algún medicamento durante mucho tiempo, o lo hace ahora ?

¿ Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica ?

¿ Ha sufrido situaciones desagradables durante la administración de un fármaco o con el uso de anestesia local?

¿ Presento en alguna ocasión problemas hemorrágicos ? .

Preguntas como estas y otra serie de preguntas enfocadas a la inspección de otros aparatos y sistemas, nos llevarán a decir si nuestro paciente puede o no ser intervenido.

En esto se investigará el grado de alimentación, todo lo relacionado a su hogar, ocupación actual y anteriores, deportes que practica o ha practicado, higiene general e inmunizaciones.

d) Examen Extrabucal.

El examen extrabucal comprende la inspección o exploración-- tomando en cuenta signos vitales, glándulas salivales, adenopatías, articulación temporo-mandibular, lesiones dermatológicas, simetría facial etc.

e) Examen Endobucal.

Este examen comprende la inspección de los tejidos blandos y duros incluyendo encías, carrillos, lengua, piso de la boca, paladar, dientes, articulación temporomandibular etc.

2.- EXAMEN RADIOGRAFICO.

En este examen vamos a tomar una serie de radiografías tales como: Oclusales, Orttopantomográficas (panorámicas) , Extraoral del Cráneo etc.

Las radiografías nos van a dar las siguientes informaciones:

- 1.- Localización.
- 2.- Dimensión (importante la toma de tres radiografías variando la angulación horizontal del rayo).
- 3.- Probable diagnóstico diferencial (Entre otras variantes de quistes).
- 4.- Vecindad, con entidades anatómicas cercanas, agujeros in fraorbitarios-Mentoniano-Nasopalatino, conducto dentario inferior, cavidades nasales y naso maxilar etc.
- 5.- Estado Odontológico General (Coronario, radicular de los dientes involucrados y perirradicular).

3.- PRUEBAS DE LABORATORIO.

A fin de despejar cualquier duda posible, es necesario llevar a cabo el examen de laboratorio rutinario.

- 1.- Tiempo de Coagulación.
- 2.- Tiempo de Sangrado.
- 3.- Tiempo de Protombina
- 4.- Biometría Hemática.
- 5.- Química sanguínea
- 6.- General de orina.

5.- Gral. de Orina.

4.- DIAGNOSTICO DE PRESUNCION.

Después de haber realizado el interrogatorio y estudiado los exámenes clínicos, radiográficos etc, podremos llegar a una conclusión que será el diagnóstico, en algunas ocasiones definitivo como en el caso de dientes retenidos, etc.. Sin embargo en otros casos nuestro diagnóstico será presuntivo, principalmente cuando se trata de otro tipo de lesiones patológicas, en donde el Histopatólogo será el único capacitado para dar un diagnóstico definitivo basándose en la muestra que nosotros le enviemos.

5.- PLAN DE TRATAMIENTO.

En este punto quedará asentada toda técnica que vayamos a utilizar.

6.- TRATAMIENTO A REALIZAR.

Debe hacerse alguna descripción de todo lo que hayamos realizado desde la preparación del campo, hasta el momento de la sutura.

7.- EPICRISIS.

Es un juicio comprobatorio, desde el momento en que termina la intervención, hasta que el paciente es dado de alta.

CAPITULO III

CLASIFICACION.

CLASIFICACION DE LOS QUISTES .

Según ROBINSON, THOMA y otros, los tipos de Quistes que pueden presentarse en la cavidad bucal, en la cara y en el cuello son: Congénitos, de Desarrollo y de Retención, siendo los más comunes los de origen dental.

Otros autores clasifican a los Quistes de acuerdo a su origen o etiología, ubicación o apariencia. La Radiografía lumbar todavía no está bien definida. La que a continuación se presenta es una de las más usuales:

Basandonos en IRVING MEYER tenemos que:

- | | |
|------------------|------------------------------------|
| | 1.- Primordial (Unilocular Simple) |
| a) Foliculares | 2.- Dentígero (Corona Dentaria) |
| | 3.- Multilocular |
| A) ODONTOLOGICOS | 1.- Periapical |
| b) Radiculares | 2.- Residual |
| | 3.- Lateral |
| I.- Mediales | 4.- Gingival |
| a) Maxilar | |
| B) FISURALES | b) Mandibular |
| | 2.- Globulo Maxilar |
| | 3.- Naso Alveolar |
| | 4.- Naso Palatino |
| C) OSTEOGENICOS | a) Aneurismático |

D) POR RETENCION

- 1.- Mucocelo
- 2.- Ránula y Quiste Sublingual

E) DISONTOGENICO

- 1.- Dermoide
- 2.- De la Hendidúra Branquial
- 3.- Del Conducto Tirogloso

A) QUISTES ODONTOGENICOS.

Los Quistes Odontogénicos provienen de un Gérmen dentario-que, en vez de formar un diente degenera convirtiéndose en un -
Quiste .

TOLER reconoce dos clases principales de Quistes Odontogé-
nicos, cada uno de los cuales tienen su origen en diferentes --
tipos de restos celulares epiteliales, son Quistes no Querati --
nisados y Queratoquistes.

Los Quistes no Queratinizados aumentan de tamaño principal-
mente debido a las características degenerativas de sus revesti-
mientos.

Los Queratoquistes aumentan de tamaño principalmente por -
un proceso de multiplicación de las células epiteliales y tie--
nen mayor tendencia a recurrir.

a) Quistes Foliculares: Estos Quistes surgen del órgano dentario o folículo, por eso reciben el nombre colectivo de Quistes-Foliculares. De acuerdo a su clasificación tenemos:

I.- QUISTE PRIMORDIAL.

Este Quiste así llamado es el menos común de los Quistes de origen dentario. Se desarrolla a partir del germen dentario, su degeneración quística y licuefacción del retículo estelar del mismo, anterior a la formación de dentina y esmalte, abortando por -- así decirlo, la formación de la pieza dentaria. El Quiste Primordial es en consecuencia encontrado en el lugar de un diente y no asociado a partir de un germen supernumerario y encontrar un número normal de piezas dentarias en la cavidad bucal.

Es muy importante la elaboración de un buen examen para lograr un diagnóstico preciso, es susceptible de confundirse con cualesquiera de los tumores odontógenos, con el óseo aneurismático, residual etc. Generalmente se descubre en exámenes Radiográficos de rutina.

El término "Quiste Folicular" ha sido aplicado a éste tipo de Quiste, término pobre, ya que el folículo dental corresponde al tejido conjuntivo que rodea a un diente no erupcionado, y el Quiste es derivado del epitelio y no del tejido conjuntivo. También se le ha designado el nombre del "Quiste Dentífero", más debe ser reservado para el tipo específico, el asociado con la corona de un diente.

--- Manifestaciones Clínicas.

Clínicamente el Quiste Primordial no alcanza el volumen del Quiste Dentífero, pero se han reportado casos en los cuales ha provocado migraciones por la presión ejercida. Puede estar ocasionalmente relacionado con un diente temporal no exfoliado. --- Por lo general no es doloroso, a menos que, sufran una infección secundaria no presenta manifestaciones clínicas obvias.

Al examen Radiográfico se verá una superficie radiolúcida bien definida, sin asociación directa con pieza dentaria, reemplazándola.

--- Histopatología.

Los cortes histológicos se caracterizan por una cavidad quística revestida por epitelio escamoso estratificado y una capa de tejido conjuntivo. En algunos casos se han encontrado células inflamatorias entre el tejido conjuntivo y la capa epitelial.

--- Tratamiento.

Eliminación quirúrgica en caso de presentarse ruptura y fragmentación de la pared del Quiste. Hay que efectuar un raspado minucioso de la pared ósea.

2.- QUISTE DENTIGERO.

Estos Quistes se desarrollan en dientes que quedan retenidos en los maxilares y siempre se presentan radiográfica y estructuralmente constituidos por una valla quística alrededor de la corona de un diente. Con respecto al origen de este Quiste también llamado por BERNIER "Quiste Folicular Central", existen dos tendencias por las cuales se inclinan los patólogos; la primera es la tendencia del origen intra folicular (BOEA, LARSTONNEIDER RIES CENTENO), dice que los Quistes Dentígeros son un crecimiento del folículo dentario que rodea la corona de un diente no erupcionado.

Se ha propuesto diversa etiología que explique la separación del folículo dentario de la corona, por irritación del folículo debido a inflamación o a las dificultades mecánicas con las que tropieza el germen durante la erupción.

Los partidarios de la teoría extrafolicular son: MALASSEZ, SPRAWSON y BLOCH, JORGENSEN, nos sugiere que en un principio el Quiste se desarrolla de residuos epiteliales extrafoliculares y posteriormente se unen al folículo de un diente en erupción.

--- Desarrollo.

Su evolución es hacia la tabla externa, en el maxilar superior a excepción correspondiente al camino cuya marcha y evolución es casi siempre palatina.

En el curso de su evolución el diente retenido es en general

empujado centrífugamente y desviado hacia lugares insospechables.

En el maxilar inferior se hace casi siempre a expensas de las dos tablas.

Su evaluación es más variable desde pequeños Quistes pericoronarios del tamaño de una haba, hasta el tamaño de una nuez.

--- Manifestaciones Clínicas.

Son observados en pacientes más o menos jóvenes generalmente pero ocasionalmente, se llegan a presentar en pacientes de edad. Clínicamente la lesión es capaz de producir un crecimiento de maxilares o mandíbula que en algunos casos es bastante notorio.

Las piezas más frecuentemente involucradas son : Caninos, Premolares y terceros molares inferiores, por ser éstas las que con mayor frecuencia se encuentran en mala posición o incluidas. No es frecuente que un diente supernumerario provoque un Quiste Dentífero.

--- Diagnóstico Diferencial.

Toma la apariencia de una zona radiolúcida conteniendo la corona de un diente, dá la apariencia de un folículo de mayor tamaño que el normal y se puede llegar a observar el desplace de su posición habitual. En algunas ocasiones la misma apariencia la provoca un adamantinoma. Suele ser una lesión lisa unilocular, con una sola membrana quística.

--- Tratamiento.

En casos excepcionales en los que la corona del diente se encuentra en buena posición puede intentarse la marsupialización del Quiste, con la elaboración de exámenes periódicos sobre la evolución de la pieza, de no ser favorable, se lleva a cabo la extracción del diente, la enucleación del Quiste con un raspado y curetaje minucioso. Por lo general es el tratamiento de elección por la posibilidad de convertirse este Quiste en un ameloblastoma.

3.- QUISTE MULTILOCULAR.

Se parece mucho al Quiste Primordial en relación a su localización más frecuente y sus características radiográficas, excepto en que se compone de dos o más zonas radiotransparentes bien limitadas, separadas por estrechos tabiques óseos, esta variedad suele ser de gran tamaño, de varios centímetros de diámetro y se extiende a menudo a distancias variables en el interior del cuerpo de la rama ascendente de la mandíbula incluso más adelante por debajo de las raíces de los molares contiguos, desplazándolos a menudo de sus posiciones normales.

--- Manifestaciones Clínicas.

Esta lesión se presenta como un agrandamiento del hueso afectado. La zona molar mandibular constituye la localización más frecuente. También se han señalado defectos oculares y anomalías endócrinas. Es común que los dientes migren.

--- Características Radiográficas.

Presenta una radiolucencia multiquística bien limitada, separada por estrechos tabiques óseos dan un aspecto de pompas de jabón.

--- Tratamiento.

Los Quistes Multiloculares requieren una insición local cuidadosa residual y raspaje.

B) Quistes Radiculares. Estos Quistes surgen de restos epiteliales de molares que se encuentran en las vecindades de las raíces dentarias, pudiendo originarse así mismo de la vaina epitelial - de HERTWIG, que se deriva de otras extensiones del epitelio del órgano del esmalte o de remanentes de la lámina dental. Estos -- Quistes se clasifican en:

I.- QUISTE PERIAPICAL.

Es el más frecuente de los Quistes, es una secuela común, - pero no inevitable del granuloma periapical, originado como resultado de la destrucción microbiana de la pulpa dental casi siempre consecutiva a una involucración cariosa del diente.

--- Forma de Crecimiento.

Al propagarse el proceso inflamatorio llamado granuloma apical, dentro de esta masa proliferan extremadamente residuos epiteliales de malassez, normalmente presentes en el espacio del ligamento periodontal. Aunque se reconoce que el estímulo es la inflamación, por la cual todos los granulomas derivan en la formación del Quiste. Es posible que si los granulomas Periapicales - persistieran un período bastante prolongado, terminarían todos en Quistes. La proliferación epitelial sigue un patrón de crecimiento irregular y a veces ofrece un aspecto atemorizante a causa del carácter pseudo invasor de las células. Al continuar la proliferación con aumento de tamaño en la masa epitelial por la división -

celular periférica que corresponde a la capa bucal de un epitelio superficial, la porción central queda cada vez más alejada de sus fuentes nutritivas, los capilares y el líquido intercelular.

--- Manifestaciones Clínicas.

Generalmente las lesiones son de dimensión variable pueden aplicar unos milímetros o llegar a ocupar una gran parte de maxilares o mandíbula, afectándolas indistintamente sin predilección por alguna.

--- Histopatología.

Presenta tejido conectivo con plasmocitos, linfocitos y neutrófilos.

--- Tratamiento.

El tratamiento debe hacerse al conducto radicular o bien recurrir a la extracción del diente afectado.

2.- QUISTE RESIDUAL.

Es un término que se usa generalmente para referirse a un -- Quiste Radicular que se ha dejado, una vez que se ha eliminado el diente responsable de su formación. Generalmente como sucede en otros Quistes de pequeño tamaño, el Quiste Residual es un hallazgo accidental o casual en el lugar de una exploración radiológica habitual de la boca.

--- Manifestaciones Clínicas.

El Quiste Residual se parece al Quiste Radicular, con la - excepción de que falta el diente causal de que el Quiste Residual puede localizarse en una zona en las que falten completamente -- dientes. Por ello el resultado final dependerá de la interven -- ción quirúrgica y del resultado histopatológico.

---- Características Radiográficas.

Presenta radiolucencia circunscrita, por lo general solita - ria y asintomática, ubicada en espacio edentado (antecedentes de extracción).

--- Histopatología.

La pared del Quiste se encuentra formada por tejidos conjuntivo fibroso denso, moderadamente vascular, variando en grosor de un lado a otro. Puede existir infiltración de elementos de inflamación crónica o subaguda, caracterizada por acumulación de linfocitos y plasmocitos, puede encontrarse así mismo células gigantes

y cristales de colesterol. El epitelio es generalmente del tipo -pavimentoso estratificado y en ocasiones del respiratorio modificado.

--- Tratamiento.

Por la imposibilidad de elaborar un diagnóstico preciso al -observar radiográficamente una lesión periapical o lateral, efectuaremos tratamiento endodóntico con observaciones periódicas con el fin de poder determinar si realmente se trata de un Quiste o -de otra lesión.

En algunos casos está indicado el método de Marsupialización en los Quistes que por su tamaño han envuelto el nervio dental inferior, una Parestesia del labio inferior unilateral, y en donde la reunión de la capa epitelial pudiera lesionar irremediablemente el paquete vásculo nervioso. Así mismo en aquellas lesiones en las cuales sospecha la posibilidad de una fractura patológica, o exista la duda de la total remoción de la membrana.

3.- QUISTE LATERAL.

Este Quiste muestra una peculiar predilección a presentarse en la región de los Caninos y Premolares de la mandíbula, aunque también se ha encontrado en otras localizaciones.

--- Patogenia.

No está muy bien clara (algunos investigadores que es un verdadero Quiste Primordial a partir de un brote supernumerario a bortado). También se cree que crece a partir de los residuos epi teliales de la membrana peridental y aún otros lo atribuyen a res tos de la lámina dental.

--- Manifestaciones Clínicas.

Cuando el Quiste es muy grande o su localización es más bu -- cal puede encontrarse un bulto de color normal y de superficie -- más lisa. La infección de un Quiste generalmente estéril puede -- dar lugar a una tumefacción dolorosa de la zona, a la formación -- de un conducto fistuloso con un drenaje purulento o ambos.

--- Características Radiográficas.

La radiolucencia puede ser de forma redondeada pero más ame -- nudo es ondulada o elíptica, se localiza generalmente en la zona -- mandibular de los Caninos y de los Premolares. Su extensión suele -- limitarse a la zona situada entre las raíces de los dientes conti -- guos, extendiéndose muy pocas veces más a las de sus ápices, pocas -- veces ejerce fuerzas excesivas como para desplazar dientes vecinos

Generalmente son pequeños.

--- Histología.

El saco del Quiste se compone de un recubrimiento de epitelio escamoso estratificado y una pared de tejido conjuntivo.

--- Tratamiento.

Enucleación, si hay diente desvitalizado, se efectúa tratamiento de conducto radicular o extracción.

4.- QUISTES GINGIVALES DE LOS RECIEN NACIDOS.

A estos pequeños Quistes se les puede llamar perlas de "Epstein" o nódulos de "Bohn".

Estos Quistes predominan en niños de raza blanca, los Quistes a nivel de mucosa alveolar se les llama comunmente "Quistes Gingivales".

--- Manifestaciones Clínicas.

Se les localiza perfectamente en Paladar y Mucosa que recubre la cresta alveolar. Tiene un tamaño que oscila entre 1 y 3 mm. Son blandos, ligeramente elevados y se muestran como prominencias pequeñas, pálidas, duras y no dolorosas.

--- Características Radiográficas.

Presentan pequeña Radiolucencia.

--- Histopatología.

El Quiste Gingival es un Quiste verdadero, es decir, consiste en una cavidad cubierta por epitelio escamoso estratificado.

--- Tratamiento.

No está indicado en los recién nacidos ya que tiende a desaparecer por sí solo al cabo de algunos meses por abertura de la superficie de la mucosa. Son de poca importancia patológica. En adultos sí está indicada la insición.

B) QUISTES FISURALES.

Estas lesiones se originan a partir de las células epiteliales que quedan apricionadas en la línea de insición de los procesos óseos durante el desarrollo, o bien por la obliteración de dicho conducto.

De acuerdo a su clasificación tenemos:

I.- QUISTES MANDIBULARES.

Este tipo de Quistes se presenta en la línea media y de acuerdo con su localización en paladar o mandíbula. Se le aplican diferentes denominaciones; si se presenta en medio de los incisivos -- centrales anteriores, superiores o ligeramente hacia atrás, recibe el nombre de Quiste Alveolar Medio. Si se presenta por detrás del canal incisivo se aplica el término de Quiste Palatino Medio y el menos frecuente es el de la Sínfisis Mandibular, llamándose Quiste Mandibular Medio.

El Quiste Alveolar Medio se localiza como ya se mencionó anteriormente entre las raíces de los incisivos anteriores, superiores. La presión que ejerce sobre la pieza dentaria, está relacionada directamente con su dimensión, provocando migraciones de éstas hacia Distal.

El Quiste Palatino Medio se encuentra en la línea media del paladar duro. Puede llegar a ser lo suficientemente grande como para provocar un aumento de volumen palatino^v clínicamente visible. Se observa en algunos casos una tumefacción en el paladar duro que abarca la Papila Palatina extendiéndose hacia el área de los molares. Existe la posibilidad de confusión con aquellos Quistes que afectan al canal incisivo y la Papila Palatina. El Quiste Medio Mandibular se localiza al igual que el alveolar Medio, entre los incisivos centrales. Es el menos frecuente de los Quistes Medios.

--- Etiología.

Se desarrollan a expensas de restos epiteliales en las áreas de fusión embrionarias de paladar duro o bien de la Sínfisis Mandibular. Se ha dicho que el tratamiento desempeña un papel muy importante en su desarrollo.

Otra teoría nos dice que acaso se trata de un Quiste Primordial, de un órgano de esmalte supernumerario, de ser así se clasifica dentro de los Quistes Odontogénicos. Esta teoría se encuentra apoyada por el hecho de presentarse Mesiodens. Con Mayor Frecuencia que los Quistes Mediales.

--- Características Radiográficas.

Los Quistes Alveolar Medio y Mandibular, se presentan como una zona radiolúcida bien circunscrita entre las raíces de los incisivos centrales, hallándose éstas distalizadas y no incluídas en la lesión. Generalmente se observa de forma redonda o ligeramente ovalada.

El Quiste Palatino Medio lo observamos como una masa radiolúcida redondeada, comprendida en la línea media por detrás del canal incisivo, bien circunscrita llegando por enfrente de los premolares. Es siempre una sola cavidad, no tomando la apariencia de corazón, como la que presenta el Quiste Nasopalatino.

--- Histopatología.

Se observa un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, acompañado o en combinación con epitelio Pseudoestratificado ciliado y del tipo columnar.

Tratándose de un Quiste de la Sínfisis, es en este momento - cuando queda establecido el diagnóstico ya que las manifestaciones clínicas y la sintomatología es muy similar a la presentada - por el Quiste Oseo Aneurismático aún desde el punto de vista Radiográfico.

--- Tratamiento.

Extirpación quirúrgica, incluyendo la membrana epitelial del revestimiento. En casos extremados es necesario el sacrificio de los dientes.

2.- QUISTE GLOBULO MAXILAR.

Los Quistes Globulo Maxilares son sacos formados por epitelio que se forma en la unión de los procesos globular y maxilar, entre los incisivos laterales y caninos. Generalmente causan una divergencia de las raíces de estos dientes y aparecen como radiolucideces Piriformes en la Radiografía. Como otros Quistes de la cavidad bucal se infectan secundariamente y sufren alteraciones inflamatorias agudas.

Son de muy poca frecuencia y según la mayoría de los autores no coinciden con los otros reportados por FERENCZEKY basados en sus hallazgos Embriológicos y Radiológicos en los cuales nos menciona que estos Quistes se forman típicamente en la unión de la Premaxilar y el proceso maxilar, esto es, entre el lateral y el canino.

Clasificado dentro de los Quistes Fisurales o de desarrollo por su origen a expensas de restos epiteliales, incluido dentro de los procesos ya mencionados.

THOMA menciona la posibilidad de una relación hereditaria.

--- Manifestaciones Clínicas.

Quiste con ausencia de síntomas en su iniciación y por un período prolongado. Posteriormente se desarrolla como una lesión no fluctuante provocando una separación notoria en las raíces de los

dientes conforme aumenta su volumen,

Estas divergencias de las raíces dentarias es un sistema inicial y puede constituir el primer factor que indique la presencia de una lesión Quística.

Por su expansión progresiva puede provocar un adelgazamiento de las paredes óseas y fistulizar por su parte vestibular o progresar hacia el seno maxilar y llegar a invadirlo.

En los casos en que los dientes vecinos se encuentran completamente sanos, el diagnóstico es más sencillo, no siendo así cuando éstos se encuentran afectados por caries o aún más si están devitalizados.

--- Características Radiográficas.

Se observa como una zona Radiolúcida bien definida, en forma de pera, localizada en incisivos laterales y caninos superiores. Cuando la lesión se ha extendido en todas direcciones y ha envuelto los dientes adyacentes semejando un gran Quiste radicular, la sombra de las piezas vecinas se proyectarán sobre la sombra del Quiste, sin estar realmente involucradas en él.

El diagnóstico diferencial se efectuará con pruebas de Vitalidad Pulpar.

--- Histopatología.

La pared del Quiste se encuentra formado por tejido conjuntivo fibroso, revestida en su interior por una capa de epitelio escamoso estratificado, variando el número de células en diferentes zonas, el diagnóstico depende casi completamente de su localización

entre el incisivo lateral y el canino, además de una valoración - clínica de los dientes adyacentes para diferenciarlos de un Quiste de origen Dental.

--- Tratamiento.

Extirpación quirúrgica completa y consiste en una escisión - cuidadosa, pero se puede utilizar el método de PARTSCH. Generalmente los dientes adyacentes no se tocan si la operación se planifica 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 éstos sanan por primera intención y la cicatrización primaria puede obtenerse sin usar apósitos ni otras sustancias para obliterar la cavidad.

3.- QUISTE NASOALVEOLAR.

Este Quiste está comprendido dentro de los Quistes Fisurales o de desarrollo. Se origina en la unión de los procesos Globular, Nasal, Lateral y Maxilar mismos que se encuentran recubiertos por epitelio y que al efectuarse la fusión, no es eliminado, quedando incluido como restos atrofiados. Estos restos epiteliales con una estimulación proliferan y conducen a la formación del Quiste.

--- Manifestaciones Clínicas.

Se aprecia como un abultamiento del surco Nasogeniano llegando a la narina correspondiente, labio, piso de las fosas nasales pudiendo drenar por este sitio.

Provoca por consiguiente una asimetría de las facies del individuo afectado. Tenemos que tomar en cuenta que esta área puede ser afectada por diversos factores capaces de producir patología parecida; indicándose en procesos alveolares (abscesos). Fosas Nasales, Piel y Tejidos Subcutáneos.

--- Sintomatología.

Generalmente produce mínima molestia y puede llegar a drenar por sí solo. No se asegura si afecta la vitalidad de los dientes aunque generalmente no lo hacen.

--- Características Radiográficas.

Por encontrarse localizado sobre tejidos blandos no se ob--

serva radiográficamente a menos de ser llenado con medio de contraste. En ciertos casos produce reducción ósea por presión sobre el hueso en el cual descansa y da imagen radiográfica.

--- Histología.

Quiste recubierto con tejido epitelial, con mayor frecuencia de origen en mucosa y no bucal, de tipo Pseudo-estratificado, escamoso, cilíndrico y ciliado (respiratorio), con infiltración de células plasmáticas, linfocitos y macrófagos.

--- Tratamiento.

Desde luego quirúrgico por enucleación completa procurando la eliminación total de la bolsa quística (Membrana Epitelial).

4.- QUISTE NASO PALATINO.

Los Quistes que se presentan en el centro del hueso son -- llamados Quistes del canal incisivo. A veces se forma un Quiste de tejido blando en la Papila Palatina. Estos Quistes no crecen dentro del hueso ni alteran de una manera importante la mucosa (sobreyacente). Se le llama Quiste de la Papila Palatina y se diferencian de un Quiste oseo por medio de la Radiografía o por examen quirúrgico. Como su nombre lo dice se origina del conducto Nasopalatino.

Comprenden cerca del 54% de los Quistes Odontogénicos y no epiteliales de los maxilares.

Se dividen en dos tipos: a) El quiste del Conducto Incisivo y b) Quiste de la Papila Palatina. Según el Quiste, se localiza en la Papila Incisiva o en el conducto Naso Palatino.

--- Etiología.

Entre los muchos factores que han sido considerados como el más significativo en la causa de este Quiste, ha sido el factor traumático en forma de golpe a la zona o por irritación mecánica durante la masticación, particularmente tratándose de pacientes con prótesis totales.

La infección bacteriana se considera factor etiológico por invasión vía bucal o nasal hacia el conducto, al igual que la extensión de una patología Periapical de los dientes vecinos.

--- Manifestaciones Clínicas.

El signo más frecuente es el aumento de volúmen de las partes anteriores del paladar duro, principalmente en los Quistes de la Papila Palatina. El drenaje puede presentarse espontáneamente de aquí el sabor salado y la aparente resolución de la lesión por un tiempo indeterminado.

--- Características Radiográficas.

Las radiografías muestran una zona Radiolúcida, circunscrita en la parte anterior del maxilar. Por lo general la sombra de la espina nasal se superpone a la Radiolucencia, comunicando a ésta un contorno en forma de corazón. El Quiste se sitúa por encima y detrás en relación con la localización habitual del Quiste Alveolar Mediano. El Quiste de la Papila Palatina no produce por lo general ninguna imagen Radiolúcida. Sin embargo, si erodea el hueso desde la superficie Palatina, podrá verse la zona Radiolúcida correspondiente.

--- Histopatología.

Los Quistes Naso Palatinos muestran un revestimiento de epitelio respiratorio y epitelio escamoso estratificado.

Presencia de glóbulos, mucosas y nervios de la pared del tejido conectivo (lo cual distingue esta lesión de otros Quistes) e infiltrando de Linfocitos y Plasmocitos en dichos tejidos.

--- Tratamiento.

Está indicada la extirpación quirúrgica completa del Quiste

C) QUISTES OSTEOTRAUMATICOS.

Son Quistes no Odontogénicos, ni Epiteliales (Seudo-Quistes) , su origen no está muy claro, pero se atribuye a antecedentes de tipo traumático.

De éstos se desprende una sola clasificación, que a continuación se explicará:

I.- QUISTE ANEURISMÁTICO.

Esta lesión ha sido descrita con una gran variedad de nombres, tales como: Ostiomielitis Hemorrágica, Hematoma Osificante, Osteítis Fibrosa Quística y Tumor de Células Gigantes. Actualmente recibe el nombre de Quiste Hemorrágico por extravasación.

Es fácilmente confundible con otros tipos de lesiones, tales como: tumor de células gigantes, Granuloma de reparación de células gigantes, Ameloblastoma etc.

--- Etiología.

Se extiende al factor traumático debido a un traumatismo. Se forma una hemorragia, seguido por una lesión de coágulo, dejando así un espacio en el hueso.

--- Manifestaciones Clínicas.

Se presenta generalmente en individuos jóvenes, con historia de traumatismo, pueden descubrirse en un examen radiográfico rutinario al haberse sospechado, por no existir ningún cambio en maxilares y en mandíbula o por lo contrario encontrarse con aumento de volumen.

El aumento será capaz de modificar la oclusión.

--- Sintomatología.

Sensación de dolor sordo, opresión, descarga de exudado

a través de una fístula por la que escapa el contenido del Quiste.

--- Características Radiográficas.

Se observa como una zona radiolúcida puede apreciarse unilocular o multilocular con o sin expansión de la cortical sin destrucción de ella. Aunque algunos autores afirman que existe destrucción.

--- Histopatología.

Microscópicamente se observan múltiples espacios hemorrágicos, con células gigantes multinucleares. El mayor número cercano a la superficie de la hemorragia. Puede observarse un estroma más denso y algunas travéculas de hueso nuevo.

--- Tratamiento.

Consiste en abrir la lesión, raspaje del hueso y cierre con sutura. El coágulo sanguíneo resultante pronto se organiza y el defecto óseo cura rápidamente.

Algunos autores recomiendan el relleno de la cavidad con gasa (THOMA) y otros reportan resultados satisfactorios con el relleno de Gel- Foan.

D) QUISTE POR RETENCION.

Los Quistes por Retención se forman como consecuencia de una-ruptura traumática del conducto excretor de una Glándula Salival y la posterior acumulación de saliva en los tejidos.

De este tipo de Quistes se desprenden dos clases:

I - MUCOCELE DEL LABIO, CARRILLO Y LENGUA.

Estos son Quistes de Retención que se presentan como abultamiento único de la mucosa; aparece en las regiones de las glándulas salivales de la mucosa bucal.

--- Patogenia.

El abultamiento se debe a la acumulación de moco que se retiene por estar ocluido, el orificio del conducto excretor de una glándula mucosa que puede deberse a mordedura u otra lesión del labio o de la lengua (evolución de una semana o más).

--- Manifestaciones Clínicas.

Se presenta como una lesión pequeña y circunscrita de la mucosa, generalmente elevada, translúcida y azulada. Si se localiza profundamente, la palpación pone de manifiesto una formación circunscrita que se desplaza con facilidad, con excepción de la mitad anterior del paladar duro (que carece de las glándulas salivales) . Puede producirse en cualquier lugar de la cavidad bucal. Las lesiones superficiales se abren frecuentemente y luego de descargar una substancia mucoides viscosa, se colapsan.

Apenas parecen haber curado, residivan. Esta secuencia clínica de ruptura, descarga y la recurrencia puede continuar durante meses.

--- Histopatología.

Microscópicamente la cavidad Quística contiene " Mucus ". - Pueden observarse células redondas, tumefactas al parecer en - degeneración. El revestimiento del Quiste está formado única-- mente por tejido de granulación y en raras ocasiones por epite-- lio.

--- Tratamiento.

El tratamiento consiste en la escisión local, o sea, la ex-- tirpación de la superficie externa del Quiste y así se deja el - conducto. En caso de reproducción se extirpará completa, inclu-- yendo la glándula adyacente.

2.- RANULA Y QUISTE SUBLINGUAL.

Los Quistes que se forman en el piso de la boca, generalmente de una glándula sublingual, se llaman Ránula y Quistes Sublinguales.

La Ránula se forma de una manera similar al mucocelo, pero adquiere un tamaño mayor. Se forman poco a poco en el suelo de la boca, generalmente en un lado pero de manera gradual puede ocupar todo el espacio interior de la mandíbula. Cuando llega a ser de tamaño grande; la mucosa se adelgaza y el Quiste presenta un color azulado.

--- Manifestaciones Clínicas.

Produce abultamiento en el piso de la boca, puede levantar la lengua y dificultar el habla, la masticación, deglución etc.

--- Sintomatología.

Generalmente no existe síntoma. No hay dolor ni hipersensibilidad dolorosa. La Ránula puede romperse cuando se lesiona y entonces se escapa el líquido mucoso pegajoso. Pero se reaccumula después cuando sana la lesión. La Ránula es mucho más firme que el Angioma, que se encuentra a veces en el piso de la boca.

Los Quistes Sublinguales se encuentran situados más pro --

fundamente en el tejido, de manera que no se reconoce tan fácilmente al examinar la boca, además causa generalmente tumefacción de la glándula submaxilar, se desarrollan más rápidamente que la Ránula verdadera y presentan dolor y otros síntomas de inflamación.

--- Histopatología.

Consiste en una cápsula recubierta por tejido de granulación en cuyo interior el contenido que presenta es "el Mucus" .

--- Tratamiento.

Consiste en la escisión o extirpación de todo el Quiste (Marsupialización). Generalmente en el caso de residiva está indicada la extirpación completa del Quiste y de la Glándula.

E) QUISTES DISONTOGENICOS.

Los Quistes Disontogénicos se originan a partir de restos -
epiteliales incisivos en degeneración.

De acuerdo a la clasificación de estos Quistes tenemos:

I.- QUISTES DEAMOIDES.

Lesión Quística poco frecuente que se presenta con mayor incidencia según algunos autores en el piso de la boca, otros aseguran mayor frecuencia en los geniales y muy raras veces en la lengua.

--- Manifestaciones Clínicas.

Quiste suave, móvil, se observa generalmente sobre el piso de la boca, de volumen variable y de acuerdo a él. Puede provocar la elevación de la lengua y llegar a dificultar la deglución masticación y fonación.

Puede manifestarse a nivel del músculo Milohioideo, pudiendo encontrarse por encima, por debajo o incluido en el músculo. Algunos casos fistulizan en piel o intrabucalmente.

Otras fístulas son el resultado de la infección secundaria establecida por otro medio.

Existen lesiones muy semejantes clínicamente a este quiste de las cuales hay que diferenciarlo: Ránula, Quiste Tirogloso, etc.

--- Histopatología.

Se observa una capa de epitelio escamoso estratificado, generalmente queratinizado y presencia de queratina en la luz del quiste. Pueden encontrarse glándulas Cebáceas, Folículos Pilosos, Glándulas Sudoríparas etc.

--- Tratamiento.

Extirpación quirúrgica completa, variando el procedimiento de acuerdo a su localización, ya sea en lengua o sobre el músculo Milohioideo, depende de la altura de localización sobre este músculo.

2.- QUISTE BRANQUIAL.

Los Quistes Branquiales son tumefacciones circunscritas y móviles que generalmente aparecen en el costado del cuello. No obstante un 10 o 16% se observa en el ángulo mandibular y en raras ocasiones se encuentra uno en el piso de la boca. Se trata de lesiones que se presentan habitualmente entre los 20 y 40 años.

--- Etiología.

En un tiempo se creyó que este Quiste deriva de los vestigios del arco Branquial; sin embargo, se ha demostrado que se origina a partir de inclusiones epiteliales en el interior de los Ganglios linfáticos Cervicales. La gran frecuencia con que se aparece después de haber alcanzado la madurez sexual, se debe al hecho de que el epitelio ganglionar encerrado en los ganglios linfáticos, probablemente empieza a proliferar después de la Pubertad.

--- Manifestaciones Clínicas.

El Quiste Branquial se encuentra asociado íntimamente con las fístulas branquiales drenando através de ellas. Si el material de la fístula no drena, habrá un aumento de líquido en su interior. Es interesante tener en cuenta que algunos casos la comunicación al exterior de la fístula se observa por delante del Tragus.

A pesar de su volumen muy variable no dificulta la deglución. Se diferencia de los Tiroglosos en que aquellos se localizan sobre la línea media.

--- Histopatología.

Los cortes microscópicos muestran que los Quistes Branquiales, por lo general, están revestidos de epitelio escamoso estratificado, y rodeados de tejido linfoide, este último posee todas las características de un ganglio linfático. No obstante, si el Quiste es grande puede comprimir la estructura linfática y en este caso el tejido linfatoide se ve tan solo como una zona de células densamente apretadas.

--- Tratamiento.

Consiste en la escisión o extirpación completa del Quiste.

3.- QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

Estos son localizados generalmente en la línea media del cuello, desde la base de la lengua con límite superior, hasta la glándula Tiroides en su límite inferior.

La razón o causas probables de éste es desconocida, debido a que las células epiteliales que lo provocan con su proliferación, ha estado presente por muchos años generalmente en los adultos sin patología.

--- Manifestaciones Clínicas.

En la mayoría de los casos se presenta en pacientes jóvenes, pero pueden ocurrir en cualquier edad y sin predilección de sexo.

Su tamaño varía de unos cuantos milímetros o centímetros, su movilidad está en relación con su tamaño.

Los pequeños pueden ser desplazados físicamente, mientras que los de mayor tamaño solo se mueven ligeramente por la resistencia de los tejidos vecinos.

El Quiste del Tracto Tirogloso es redondeado y sin lobulaciones, la aspiración de su contenido, nos dará como resultado células epiteliales y cristales de colesterol.

--- Histopatología.

Debido al origen de su desarrollo, el revestimiento epitelial varía de: Epitelio Columnar Cillado, Epitelio Estratificado

escamoso o alguna transición de ellos. En ocasiones pueden ser observadas glándulas mucosas y tejido tiroideo contenido en las paredes del Quiste.

--- Tratamiento.

La extirpación completa del Quiste deberá ir acompañada por remosión de la parte media del Hioides facilitando así la elimi nación de las células epiteliales adheridas a él.

La resección quirúrgica completa temprana, es causa de frecuentes fracasos.

La incisión inicial es transversal, permitiendo así mayor -- visualización y una estética postoperatoria satisfactoria.

CAPITULO IV .

DISTINTAS TECNICAS DE TRATAMIENTO .

A) METODO DE PARTSCH I .

Este método está indicado en aquellos Quistes de gran tamaño o de tamaño mediano, en los cuales la enucleación de la bolsa traería aparejados trastornos por parte del hueso (hemorragias, fracturas, apertura del seno maxilar) y por parte de los dientes --- (lesiones de la pulpa de los dientes vecinos) .

Ventajas de este método.

- 1.- Sencilles de su ejecución
- 2.- Buena visualización de la cavidad
- 3.- La superficie ósea queda cubierta en toda su extensión, por epitelio.
- 4.- Se evita la infección ósea y lesión de los dientes vecinos, - porque se conserva la bolsa Quística.

Las desventajas son dignas de tomarse en cuenta.

El epitelio quístico es un elemento patológico que puede ser eliminado porque puede sufrir transformaciones adamantinas, tumorales, recidivar bajo la forma de un nuevo Quiste por otra parte, la integridad histológica de la membrana quística no es siempre absoluta.

En muchos casos está infectado y la membrana degenerada siendo así su conservación problemática,

La cavidad artificial creada permite la acumulación de ali--

mentos y líquidos bucales y su putrefacción, con los inconvenientes comprensibles. A pesar de estas contraindicaciones, el PARTSCH I tiene sus formales indicaciones, sobre todo en el maxilar superior, en los quistes vecinos al antro o nariz

La conservación de la bolsa, reglada por normas quirúrgicas especiales, puede ser de gran utilidad para defender la cavidad sinusal en peligro o para reforzar el piso de las fosas nasales, debilitado o desaparecido por un proceso quístico.

TIEMPOS QUIRURGICOS.

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

B) METODO DE PARTSCH II .

I.- Con Sutura.

La operación propiamente dicha consta de los siguientes tiempos, cuya sincronización y orden son necesarias para llevar a buen término nuestra intervención.

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento del tejido Gingival y confección de los colgajos
- 3.- Trepanación Osea
- 4.- Enucleación de la bolsa quística
- 5.- Tratamiento de las cavidades
- 6.- Tratamiento del diente causante
- 7.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 8.- Sutura
- 9.- Tratamiento Postoperatorio

El tratamiento de los Quistes del maxilar inferior sigue con ligeras variantes.

- 1.- Incisión
- 2.- Desprendimiento de la Mucosa Fibrosa
- 3.- Trepanación
- 4.- Enucleación de la bolsa quística
- 5.- Tratamiento de los dientes vecinos

- 6.- Tratamiento de la cavidad ósea
- 7.- Sutura
- 8.- Tratamiento Postoperatorio

METODO DE PARTSCH II

2.- Sin sutura.

Este método se diferencia de PARTSCH II (con sutura) en el séptimo tiempo que consiste en observar la cavidad ósea con distintos materiales extraídos al organismo.

C) PROCEDIMIENTOS PARA DISMINUIR EL VOLUMEN DE LOS GRANDES QUISTES

Este procedimiento está indicado en el maxilar inferior, a aquellos casos que por su volumen, la operación del Quiste, es capaz de comprometer la integridad del hueso o puede lesionar severamente el paquete vasculonervioso dentario inferior. En el maxilar superior puede practicarse en quistes en vecindad con el seno maxilar o fosas nasales, o en Quistes que por su gran volumen comprometen la integridad o anatomía del hueso. En ambos maxilares cuando los Quistes se presentan en íntima relación con los dientes vitales, o cuando queremos que el diente causante del Quiste ocupe su lugar en la arcada.

La técnica a seguir es la siguiente. Buscamos por inspección y por palpación el sitio más declive o el de más fácil acceso. Pa

ra crear una ventana quirúrgica que comunique la cavidad quística con la cavidad bucal, en algunas oportunidades, en lugar de esta ventana puede obtenerse por extracción del diente originador, en un diente paradentario.

Con anestesia local infiltrativa se practica una ventana en el lugar señalado. Por intermedio de un Bisturí que se seccionará en forma circular que la mucosa bucal, el perióstio en presencia del hueso, que en Quiste voluminoso suele ser delegado hay papiración, se realiza una ventana en éste, con escoplo, pinzas, Gubias o fresas, y se secciona la bolsa quística permitiéndose el vaciamiento del Quiste,

La cavidad quística se lava con suero fisiológico solo y tibio, o bien con una solución alcohólica de fenol alcanforado (veinte gotas en un vaso común).

Para evitar el cierre de la ventana quirúrgica debe colocarse a nivel, un tubo de goma o polietileno el cual se mantendrá con puntos de sutura a la encía vecina, puede funcionar también un tubo de gasa Iodo-formada. La disminución del Quiste es variable de acuerdo al tamaño del Quiste, al poder, y a la edad del paciente. Este tiempo es variable en distintos individuos, pero ocupa de seis meses a un año y medio o dos. Después de este período cuando el examen radiográfico así lo aconseje, porque el volumen del Quiste haya realmente disminuido hasta adquirir las condiciones que la aplicación del método indican, se operará el Quiste.

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

Existen numerosas nomenclaturas y clasificaciones de Quistes pero no se ha logrado un acuerdo para hacer una clasificación universal.

Son lesiones que se observan y las más comunes son las de origen radicular.

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de datos físicos, historia, valoración Radiográfica y Biopsia. El género histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto.

El examen radiográfico nos muestra la localización y extensión del Quiste en el hueso y en los dientes.

Los Quistes son estériles no importando su origen. El granuloma es considerado por algunos autores como un estado Patológico prequístico.

Los Mucocelos, así como los Osteotraumáticos no se han clasificado como Quistes verdaderos por carecer de un recubrimiento epitelial (se forma por ruptura de un conducto salival y no por una obstrucción).

En las mismas circunstancias podemos encontrar a la Ránula - aunque generalmente sí se origina por obstrucción del conducto.

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

El Cirujano Dentista debe estar capacitado para diagnosticar los diferentes tipos de Quistes.

Los Quistes son generalmente asintomáticos siempre que no estén fistulizados.

El tratamiento de todos los Quistes es generalmente quirúrgico (hecho por un especialista) ya sea marsupialización o enucleación total.

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

- Biblioteca Omega, Tratamiento de las Enfermedades Orales, Trad. , Bernier Josepha, 2' ed., Buenos Aires, Argentina, Ed., Mandi, 1962, 884 p.
- B. M. Leny, M. K. Hine, W. G. Shafer, Patología Bucal, Trad., Horacio Martínez, 3' ed., México D.F., Ed., Interamericana, 1977, 846 p.
- C.J. Calandra, O.H. Ville Stute, R.W. Telke, Fisiología Bucal, trad., Javier Soto, México D.F., Ed., Interamericana, 1969, 494 p.
- Clark B. Henry, Práctica de la Cirugía Bucal, trad., Basilio Arunza, Buenos Aires, Argentina, Ed., Bibliográfica, - 1957, 440 p.
- Duarte Ciro Avellanal, Cirugía Odonto Maxilar, 2' ed., Buenos Aires, Argentina, Ed., Ediar, 1968, 553 p.
- Gouman Henry, Garlin Robert L, H. Thoma, Patología Oral, 6' ed., Buenos Aires, Argentina, Ed., Barcelona Salvat, 1973, 1273 p.
- Grisparo David, Enfermedades de la Boca , 2' ed., Buenos Aires, Argentina, Ed., Mandi, 1970, 735 p.
- Kruger O. Gustav, Tratado de Cirugía Bucal, trad., Rafael - lozano, México D.F. Ed., Interamericana, 1960, 557 p.

-
- S.N. Bhaskar, Patología Bucal, 3^a ed., Buenos Aires, Argentina, Ed., El Ateneo, 1971, 436 p.
 - U. H. Thoma, Patología Bucal, México D.F., Ed., Interamericana, 1961, 878 p.
 - U. Lovis Hayes, Diagnóstico Clínico de las Enfermedades de la Boca, México D.F. Ed. Hispano, 1954, 459 p.
 - W.H. Archer, Cirugía Buco Dental, Tomo I, 2^a ed., Buenos Aires, Argentina Ed., Mandi, 1978, 614 p.
-