



Escuela Nacional de Estudios Profesionales  
SAN JUAN IXTACALA

---

## QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL

**T E S I S**

Que para obtener Título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

P r e s e n t a:

**Ma. Guadalupe Galván Hernández**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

# I N D I C E :

	Página
A.-PROLOGO	1-2
B.-DEFINICION	3-5
C.-CLASIFICACION	6-7
D.-QUISTES ODONTOGENOS	8-20
a) Etiología	
b) Manifestaciones Clínicas y Radiográficas	
c) Histopatología	
d) Tratamiento	
E.-QUISTES NO ODONTOGENOS	21-30
a) Etiología	
b) Manifestaciones Clínicas y Radiográficas	
c) Histopatología	
d) Tratamiento	
F.-QUISTES DE ' IDOS BLANDOS	31-37
a) Etiología	
b) Manifestaciones Clínicas	
c) Histopatología	
d) Tratamiento	
G.-PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	38
a) Enucleación	
b) Marsupialización	
c) Comunicación Permanente	
H.-COMPLICACIONE POSTOPERATORIAS	46-48
I.-CONCLUSIONES	49-50
J.-BIBLIOGRAFIA	51-52

P R O L O G O :

El propósito de la presente tesis, es mi inquietud por adquirir conocimientos y profundizar sobre las lesiones conocidas como quistes de la cavidad bucal.

Por lo tanto, intentaré destacar la importancia que tienen estos padecimientos, para despertar el interés entre estudiantes y Cirujanos Dentistas; ya que no deben pensar que su responsabilidad profesional se circunscribe a cierta área limitada y definida, ya que aunque no se dediquen a determinada especialidad, deberán saber resolver algunos casos que por su relativa frecuencia y sencillez de tratamiento, deben ser abor dados por el Odontólogo de práctica general.

Sin embargo en algunos casos que se mencionan, de tratamiento difícil, deberán saber su diagnóstico y remitirlo al especialista.

El tema es muy importante, ya que el diagnóstico de cualquiera de los quistes y su correcta identificación, según su tipo, dependen del examen microscópico del tejido, junto con el estudio minucioso de los hallazgos clínicos y radiográficos.

Los quistes de los maxilares, son de gran importancia clínica, para el Cirujano Dentista, no solamente por que con frecuencia alcanzan gran tamaño y por lo tanto producen asimetría facial, alteración de la dentición, síntomas neurológicos y predisposición a la fractura; además de que constituyen un problema de diagnóstico, ya que se les puede confundir con lesiones metastásicas, displasias óseas y fibrosas.

En el desarrollo del tema " Quistes de la Cavidad Oral", nos vamos a referir a la etiología, manifestaciones clínicas, histopatología y tratamiento, tanto de los quistes odontógenos, que se desarrollan a partir de restos de la lámina dental, restos epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertwig, germen dental; así como de los quistes no odontógenos formados de los restos de células epiteliales, enclavadas en el lugar de fusión de los procesos embriogénicos de los huesos faciales, que son los sitios preferidos para el desarrollo de estos quistes.

Se incluye también quistes de los tejidos blandos.

Es por lo tanto necesario insistir en la elaboración de una historia clínica de cada paciente, sin menospreciar ningún dato que nos pueda ser proporcionado por el mismo paciente, por un acompañante o por la observación clínica cuidadosa y complementando con las pruebas de laboratorio y estudio radiográfico.

---

### D E F I N I C I O N :

El quiste se define, como una cavidad patológica, tapizada por tejido conjuntivo epitelial y por lo general contiene material líquido ó semisólido.

Puede estar situado dentro de tejidos blandos o profundamente en el tejido óseo; así como también puede localizarse sobre una base ósea y producir una superficie depresible.

Por lo general la mayoría de los quistes, se encuentran revestidos de epitelio, razón por la cuál describiré en forma general los tipos de éste tejido y lugares donde se localizan.

En base a las formas de las células de la superficie libre, se distinguen tres grupos de epitelio: escamoso (plano), cuboide y cilíndrico. Cada uno de éstos pueden dividirse en dos subgrupos, dependiendo del número de capas.

A las variedades de una sola capa, se les llama epitelio simple y a las de múltiples capas, se les dá el nombre de epitelio estratificado, de las cuáles tenemos los siguientes tipos.

Epitelio escamoso simple: formado por células planas, está representado en la cavidad bucal, como endotelio en vasos sanguíneos y linfáticos, por las células de conductos de ciertas glándulas salivales. Se encuentra también en algunos túbulos renales y en el epitelio de los sistemas de filtración.

Epitelio escamoso estratificado: formado de múltiples capas con las células más externas planas. Se encuentran dos variedades en la cavidad bucal; la primera compone superficies secas, como piel y borde rojo de los labios y es siempre epitelio córneo ( queratinizado); la segunda cubre superficies hú

medas, tales como el lado bucal de la mejilla, parte inferior de la lengua, piso de 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 encía, paladar duro y lengua.

Epitelio cuboide simple: las células de este tejido, se encuentran formando parte del sistema de conductos de las glándulas salivales y de la cubierta del ovario.

Epitelio cuboide estratificado: Se encuentra en los conductos de las glándulas sudoríparas y sebáceas.

Epitelio de transición: se localiza en aparato urinario como vejiga, uréteres y cámara de salida de orina. Está adaptado para revestir, tubos y estructuras huecas, que periódicamente están sujetas a dilatación por presión interna (como en la vejiga urinaria).

Epitelio cilíndrico simple: reviste las vías digestivas ( estómago a intestino grueso), así como conductos asociados a estas vías.

Epitelio cilíndrico estratificado: excepto en ciertas áreas de la faringe y la laringe, 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 formando el revestimiento de las vías respiratorias ( nariz, seno maxilar, faringe, tráquea, bronquios y bronquiolos).

Dentro de los maxilares, los quistes pueden ser multilo

culares y uniloculares.

Pueden tener su origen en el epitelio odontogénico, es decir, los restos de la lámina dental los órganos del esmalte de los dientes. La proliferación y degeneración de este epitelio, dá lugar a quistes odontogénicos.

Las inclusiones epiteliales suelen ser numerosas, debido a la naturaleza del desarrollo embrionario de los maxilares, - caracterizado por la presencia de línea de unión palatina y alveolar ( sitio de las hendiduras) y de conductos nasopalatinos. Si añadimos a esos los cincuenta y dos primordios u hojas embrionarias primitivas, de los dientes temporales y permanentes, superiores e inferiores y sus respectivos restos epiteliales de Malassez: por lo cual es fácil comprender por que son tan frecuentes los quistes en esos huesos. Además pueden presentarse quistes de retención, en relación con las glándulas salivales mayores y menores.

---

## C L A S I F I C A C I O N

### I.-QUISTES ODONTOGENOS

#### A.-Quistes Foliculares.

- Quiste primordial.
- Quiste Parodontal.
- Quiste Dentífero.
- Transformación neoplásica del quiste dentífero.
- Quiste multilocular.

#### B.-Quistes Radiculares.

- Quiste Radicular Apical.
- Quiste Radicular Lateral.
- Quiste Radicular Residual.
- Quiste Gingival.

### II.-QUISTES NO ODONTOGENOS.

- Quistes de la Fisura media ó Palatino medio.
- Quiste Alveolar medio.
- Quiste Globulomaxilar.
- Quiste Nasoalveolar.
- Quiste Nasopalatino.
- Quiste Mandibular medio.
- Quiste Oseo Aneurismático (seudoquiste)
- Quiste Oseo Traumático (seudoquiste).

### III.-QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS.

- Quiste Dermoides.
  - Quiste Branquial.
  - Quiste Tirogloso.
  - Mucocele (quiste de retención mucosa).
  - Ránula (quiste de retención mucosa).
-

Esta clasificación está basada en cuanto al origen y localización del quiste.

Los quistes de origen odontógeno, surgen del órgano - del esmalte o folículo; por esto reciben el nombre de "Quistes Foliculares".

También los Quistes Radiculares, pertenecen a este grupo (quistes odontógenos) y se originan de los restos epiteliales de Malassez.

Los quistes no odontógenos, reciben el nombre de quistes fisurales, por que surgen de la zona de fusión de los procesos palatinos. En este mismo grupo incluyo los pseudoquistes; como son el quiste óseo aneurismático y el traumático. que aunque no son quistes verdaderos y no presentan revestimiento epitelial, algunas de sus características clínicas y radiográficas, son similares a los quistes verdaderos.

La mayoría de los quistes en la región bucal, se producen en el interior de los maxilares; sin embargo los quistes Dermoides, Bronquial, Tiroideo, Mucocelo y Ranula, se limitan a los tejidos blandos y algunos de ellos con excepción del mucocelo y ranula, se originan de residuos epiteliales, que durante el desarrollo embrionario, pueden quedar y en la vida adulta se manifiestan como quistes de los tejidos blandos.

---

## QUISTES ODONTOGENOS:

### A.-Quistes Foliculares.

Los Quistes Foliculares se dividen para su estudio en:

Primordial ( simples), Dentígero ( centrales),  
Periodontal ( lateral ) y Multilocular(múltiple).

Quiste Primordial ( simple):

Etiología: Este tipo de quiste se forma, por degeneración y licuefacción, del retículo estrellado del órgano de esmalte; antes de que se forme esmalte o dentina calcificada, así el quiste primordial se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociado con él.

Otro de sus orígenes son directamente de la lámina dental, así como también a partir de un órgano dental supernumerario, de tal manera que en algunos casos - están todos los órganos dentarios.

El impacto ó la malposición de un diente que sufre las presiones de la erupción, puede tener también - importancia etiológica. Por lo tanto este quiste resulta por una acumulación del líquido, entre el epitelio externo e interno del esmalte del folículo dental, durante la etapa temprana de la formación del diente.

Manifestaciones clínicas y radiográficas: el quiste primordial varía de tamaño, pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes - por presión. En ocasiones, está asociado con un diente - orinario persistente. La lesión no es dolorosa a menos - que se infecte en forma secundaria. Todos los dientes de la región poseen vitalidad; afectándose la mandíbula con mayor frecuencia que el maxilar. Este quiste se forma en

época temprana de la vida, pero puede no ser descubierto hasta mucho más tarde. La lesión habitualmente se presenta en la segunda ó tercera década de la vida, con igual distribución por sexos.

Este tipo de quiste se encuentra con más frecuencia en el lugar del tercer molar del maxilar inferior ó por detrás del mismo, en el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

El quiste primordial, aparece como una lesión radiolúcida, redonda ú oval y bien delimitada; puede ser unilocular ó multilocular. Se localiza debajo de las raíces de los dientes, entre las raíces de las piezas adyacentes ó cerca de la cresta del reborde alveolar, en el lugar de un diente ausente en forma congénita en particular de un tercer molar superior ó inferior; también hay casos en que se presentan en la zona de premolares superiores e inferiores, así como en el canino superior.

Este tipo de quiste, lo podemos diferenciar de los quistes periodontales y dentígeros, en que no contienen elementos calcificados.

Histopatología: las características microscópicas del quiste primordial, es similar al de algunos otros quistes odontogénicos. Sus paredes se componen de tejido conjuntivo fibroso, cuya densidad es variable y que habitualmente, aunque no siempre, está libre de células inflamatorias crónicas, en la mayor parte encontramos linfocitos y plasmocitos, mezclados con leucocitos polimorfonucleares ( neutrófilos), en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo. En la superficie interna que mira hacia la luz, se encuentra revestido de una capa de epitelio escamoso estratificado, que suele presentar Paraqueratina ó Queratina. El epitelio ( escamoso plano), aun

que es de grosor variable, por lo general consta solo de 4 a 8 células de espesor.

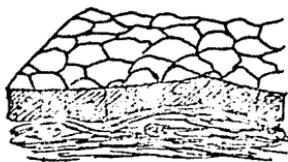
Tratamiento: consiste en su enucleación quirúrgica, con un cureteado cuidadoso del hueso, en particular si se produce fragmentación del revestimiento, con el objeto de asegurar su eliminación completa del epitelio. En este tipo de quistes, el porcentaje de recidiva es elevado.

---

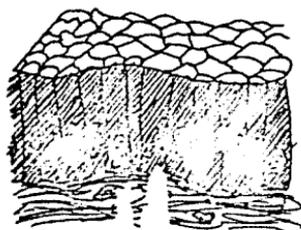
TIPOS DE EPITELIO QUE SE  
ENCUENTRAN EN LAS SUPERFICIES  
HUMEDAS



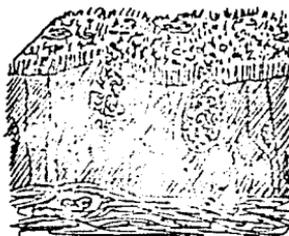
Piano simple



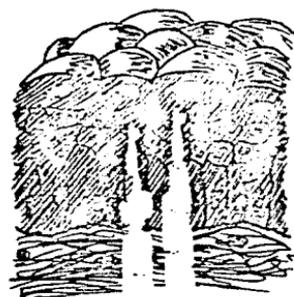
Cúbico simple



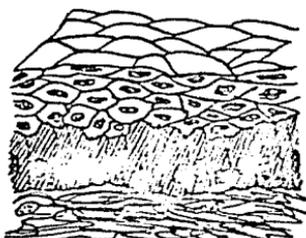
Cilíndrico simple



Cilíndrico pseudoestratificado cilíado



De ...



Piano estratificado  
(no queratinizado)

Quiste Periodontal ( lateral):

Etiología: se origina directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente que a hecho erupción.

Algunos investigadores plantean la posibilidad deque tengan su origen de brotes supernumerarios de la lámina dental.

Manifestaciones clínicas y radiográficas: es poco frecuente; se presentan principalmente en adultos. La mayor parte de estos quistes han aparecido en la zona de - premolares inferiores; por lo general no presentan signos o síntomas clínicos.

Cuando el quiste se localiza en la superficie vestibular de la raíz, puede haber una pequeña mesa o abultamiento perceptible, pero la mucosa subyacente es normal. El diente afectado tiene vitalidad. Se localiza en la cara lateral del diente, comunmente cerca de la unión Dentina- Esmalte- cemento.

El quiste periodontal lateral, se presenta como - una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de una raíz dental. Es una lesión pequeña raras veces mayor de un centímetro de diámetro y puede o no ser bién - circunscrita; en la mayor parte de los casos los bordes - son definidos y en ocasiones puede estar rodeado de una - delgada capa de hueso esclerótico.

Histopatología: el quiste se presenta como un saco vacío, con una capa de tejido conectivo, con revestimiento en la superficie interna de epitelio escamoso estratificado. Este epitelio suele ser delgado y ofrece pocos - signos de proliferación; en algunos casos este epitelio - forma Paraqueratina u Ortoqueratina. Comunmente se presenta

tan también, invagaciones papilares de la pared quística; puede haber células inflamatorias en la pared conectiva.

Tratamiento: El tratamiento de elección es la enucleación y la extracción del diente causante, si se considera necesario, o bien un tratamiento de conductos y apicectomia.

A este tipo de quiste no se le conoce tendencia a recurrir, después de su enucleación quirúrgica.

#### Quiste Dentígero ( central):

Etiología: se origina por la alteración del epitelio reducido del esmalte, después que la corona dental se ha formado completamente, con acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental.

Manifestaciones clínicas y radiográficas: este quiste está siempre asociado con la corona de un diente retenido. Se encuentra localizado más comunmente en la zona del tercer molar inferior, de los caninos superiores y esto es debido a que son dientes, que con más frecuencia son retenidos; muy rara vez está asociado a dientes temporales.

El quiste dentígero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva; llegan a ser bastante grandes para causar la expansión de las corticales óseas y tumefacción facial; hay desplazamiento de dientes, resorción-intensa de las piezas adyacentes y dolor. La lesión quística puede producir, por la presión que ejerce el líquido, reabsorción del hueso esponjoso y abarcar hasta la rama ascendente, llegando a la apófisis coronoides y el cóndilo mandibular. Generalmente puede desplazarse el diente en dirección apical y con frecuencia la formación de la raíz no es completa.

En el caso de un quiste del canino superior, suele haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente, puede parecer una sinusitis aguda o una celulitis. Los quistes dentígeros pueden encontrarse en cualquier parte de la mandíbula o de los maxilares superiores; se localizan con más frecuencia en el ángulo de la mandíbula, en los maxilares a nivel de los terceros molares, región de los caninos, cavidad entral y también en el piso de la órbita. Es algo más frecuente en los hombres que en las mujeres y suele presentarse en la segunda y tercera década de la vida.

El aspecto radiográfico del quiste dentígero, varía según el tamaño de la lesión; en general se presenta como una radiolucidez bien circunscrita, asociada a un diente retenido que puede estar desplazado ó no.

En quistes grandes de la zona del tercer molar mandibular, la radiolucencia, puede extenderse hacia el interior de la rama ascendente. El quiste dentígero es una lesión unilocular lisa, pero en ocasiones pueden presentarse unos con aspecto multilocular. Algunas veces la zona radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica, que representa la reacción ósea.

Histopatología: se compone de una delgada pared de tejido conectivo, que consiste en haces de colágeno, con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso estratificado, que frecuentemente muestra queratinización. En su pared de tejido conectivo, suele mostrar una infiltración leve de linfocitos y plasmocitos.

El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre.

Tratamiento: dependiendo del tamaño del quiste, si es pequeño, puede ser enucleado por cirugía; los de tamaño mayor que producen una pérdida ósea importante y adelgazan en forma peligrosa el hueso, suelen ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización. Este procedimiento elimina la presión y contrae gradualmente el espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo.

#### Transformación neoplásica del quiste dentífero.

Existe la posibilidad de transformación neoplásica del epitelio de los quistes odontogénicos y por lo tanto estos deben considerarse como tumores potenciales, además de la posibilidad de una recidiva a causa de la remoción quirúrgica incompleta. De ellas se pueden derivar: 1) formación de un ameloblastoma, derivado del epitelio del revestimiento ó restos del epitelio odontogénico de la pared quística; 2) formación de un carcinoma epidermoide con las mismas fuentes epiteliales y 3) formación de un carcinoma mucoepidermoide; básicamente un tumor maligno de glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento del quiste dentífero que contiene células secretorias de moco ó por lo menos células con este potencial.

La disposición a la proliferación epitelial neoplásica, con características de ameloblastoma, es mucho más pronunciada, en el quiste dentífero que en otros quistes.

La formación de tal tumor se manifiesta, como un engrosamiento nodular de la pared quística; y solo podemos identificarlo por medio de estudios microscópicos de la proliferación neoplásica de la pared del quiste.

El aspecto radiográfico del ameloblastoma, se presenta como una imagen festoneada, erosionando las raíces y envolviendo los dientes adyacentes.

Quiste Multilocular ( múltiple):

Etiología: se origina a partir de restos epiteliales múltiples, probablemente del epitelio externo del esmalte o de la lámina dental, que forman varios folículos adyacentes, cada uno de los cuáles se convierte en un quiste separado; no se asocian con un diente en desarrollo.

Manifestaciones clínicas y radiográficas: este tipo de quiste no es muy frecuente. El aspecto clínico de esta lesión, se presenta como un agrandamiento del hueso afectado; los quistes multiloculares suelen ocupar la zona del tercer molar y pueden extenderse anteriormente hasta el cuerpo ó posteriormente por la rama ascendente de la mandíbula y frecuentemente hay migración dentaria.

Las radiografías muestran una zona de aspecto multiquístico ó semejante a pompas de jabón; no obstante durante las intervenciones quirúrgicas, este tipo de lesiones quísticas se presentan como un quiste único, con varios tabiques óseos que le dan el aspecto antes mencionado.

Los quistes multiloculares, pueden ser hereditarios y pueden estar asociados con otras alteraciones del desarrollo, tales como quistes cebóceos múltiples de la piel, deformidad de las vértebras cervicales y exóstosis múltiples ( tumor óseo).

Un quiste unilocular se puede transformar en mul

tilocular, al producirse una degeneración quística - de sus paredes. Hay que tener mucho cuidado en el diagnóstico de los quistes multiloculares, pues sabemos - que los ameloblastomas, pueden tener la misma apariencia múltiple de este tipo de quiste ; por lo cual debemos reafirmar nuestro diagnóstico con el examen histopatológico, de la zona afectada.

Histopatología: los cortes al microscopio, muestran en apariencia, una cantidad numerosa de quistes primordiales, adheridos unos a otros, ó comunicados entre sí. Están revestidos de epitelio escamoso estratificado y sus paredes de tejido conectivo, pueden presentar una cantidad mínima de células inflamatorias; en algunos casos el epitelio de revestimiento se encuentra queratinizado.

Tratamiento: los quistes multiloculares, requieren una enucleación y curetaje cuidadoso; hay que tener en cuenta el tamaño del quiste, si este es muy extenso, podemos emplear la técnica modificada de marsupialización.

#### B.-Quistes Radiculares.

Son los que se presentan con mayor frecuencia en los maxilares, siendo capaces de extenderse y afectar otros dientes, destruyendo grandes áreas de hueso.

Existen tres tipos de quistes radiculares:

- a) Quiste radicular apical: que afecta el ápice del diente.
- b) Quiste radicular lateral: abarca la superficie la

teral de la raíz del diente, que se forma en este lugar, cuando hay un conducto ó canal accesorio - involucrado ó por una lesión en esta área, que produce inflamación.

- c) Quiste residual: es el que permanece después de la extracción de un diente, frecuentemente puede confundirse con el quiste folicular, por lo cuál es necesario tener una historia clínica completa del paciente; además de los estudios radiográficos y posterior exámen histopatológico del quiste.

Etiología: Los quistes radiculares, son consecuencia de procesos inflamatorios, en los restos de la capa radicular de Hertwig, de la membrana periodontal. Estos procesos inflamatorios son causados por caries, traumatismo y dan como resultado una infección dental, con necrosis de tejido pulpar y transformación degenerativa, de los restos de células epiteliales de Malassez, atrapadas en ésta área, dando como consecuencia la formación de un quiste.

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 de epitelio. Estas células epiteliales, continúan proliferándose por la irritación continua de los productos químicos de la inflamación y del contenido de la cavidad. Además de que la presión ocasionada por el líquido en el interior del quiste, motiva el crecimiento gradual del mismo.

Manifestaciones clínicas y radiográficas: los quistes radiculares, afectan por igual ambos maxilares; se

presentan en cualquier edad y no muestran preferencia por sexo.

En ocasiones puede producir deformidad, rara vez hay dolor; frecuentemente el diente asociado con el quiste, no es vital y casi siempre presenta caries dentaria.

Radiográficamente, presenta áreas radiolúcidas, situadas más frecuentemente en el ápice de los dientes, su tamaño puede variar; suelen tener bordes bien definidos y son ovales ó redondos. Pueden agrandarse y afectar los dientes vecinos ó solo el hueso adyacente. El quiste puede aumentar de volúmen, hasta cubrirse de una capa delgada de hueso cortical y a veces destruye el hueso, produciendo una fístula que drena a la cavidad bucal ó a la piel. Pueden presentarse como zonas radiolúcidas múltiples.

Histopatología: consiste en una pared de tejido conjuntivo fibroso, la cuál por lo general es moderadamente vascular; puede estar infiltrada por elementos de inflamación crónica, aguda ó subaguda. En ocasiones presenta cristales de colesterol, células gigantes de cuerpo extraño, corpúsculos de Russell y pigmentos sanguíneos.

Estos quistes suelen estar revestidos de epitelio escamoso estratificado, cuyo grosor varía y generalmente, se encuentra infiltración de células redondas; en ocasiones la pared del revestimiento, provoca una producción exagerada de queratina, que hace que la lesión, parezca un quiste dermoide, el cuál solo se diagnostica por su localización, la presencia de queratina, glándulas sebáceas y folículos pilosos.

**Tratamiento:** el tratamiento de los diversos tipos de quistes radiculares, solo varía en relación al tamaño de la lesión y el área afectada; esto implica la extirpación quirúrgica completa de todos los elementos epiteliales; esto puede llevarse a cabo por medio de la enucleación completa de la pared del tejido conjuntivo y el revestimiento epitelial o en caso de grandes quistes, en los cuáles el defecto es muy grande, para ser llenado por un proceso de reparación normal, está indicado el procedimiento de comunicación permanente.

Las raíces de los dientes que penetran en la cavidad ó sea, después de la extirpación del quiste, deben ser amputadas a continuación de la conductotera ó bien deben ser extraídas si así se considera necesario para su completo restablecimiento.

#### Quiste Gingival.

**Etiología:** tiene su origen probablemente, en una formación quística, a partir de los restos de la lámina dental, del órgano del esmalte ó islas epiteliales de ligamento periodontal y también la implantación traumática del epitelio.

**Manifestaciones clínicas y radiográficas:** se presenta a cualquier edad, pero es más común en los adultos mayores de 40 años. Esta lesión aparece como un edema pequeño, bien circunscrito e indoloro en la encía, a veces muy semejante al mucocelo superficial; tiene el mismo color que la mucosa normal adyacente, a veces es móvil. La lesión quística se localiza en la encía libre ó insertada. Es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar, y en algunos casos la tabla cortical es erosionada desde el lado perifóstico, la cuál en muy raras ocasiones puede

ser observada en las radiografías, aunque podemos confundirlas con otras estructuras como es: el agujero mentoniano. La superficie bucal de la región, entre el incisivo lateral mandibular, hasta el segundo premolar, constituye la localización más común. Ambos sexos son afectados por igual; los dientes de la zona son vitales.

**Histopatología:** puesto que esta afección es un quiste verdadero, constituido por una cavidad tapizada de epitelio, que suele contener líquido; el epitelio de revestimiento, es por lo general escamoso, aplanado y muy delgado; aunque el quiste gingival por implantación es más grueso y más escamoso, puede presentar se cierta formación de queratina. En el tejido conectivo no se observan células inflamatorias, aunque puede presentar un infiltrado mínimo.

**Tratamiento:** la extirpación quirúrgica local de la lesión, es lo recomendado en personas adultas; la lesión no tiende a recidivar.

No se ha comunicado la existencia de potencial neoplásico.

---

## QUISTES NO ODONTÓGENOS:

Quistes de la Fisura media o Palatino medio.

**Etiología:** tiene su origen en el epitelio que se encuentra atrapado a lo largo de la línea de fusión de las apófisis palatinas del maxilar.

**Manifestaciones clínicas y radiográficas:** se localiza entre la línea media del paladar duro, entre las apófisis palatinas laterales, cerca de la unión de los paladares blando y duro.

Puede presentar edema ó abultamiento sólido, el cuál es visible clínicamente: su forma generalmente es redondeada al no estar obstaculizado por las raíces de los dientes; su tamaño es variable, no hay dolor a menos que haya infección secundaria; puede causar molestias durante la masticación y fonación.

Estas lesiones se presentan radiográficamente como áreas radiolúcidas redondeadas; frente a la zona de premolares y molares, frecuente mente está limitada por una capa de hueso esclerótico.

**Histopatología:** los cortes microscópicos estudiados de estos quistes, muestran un revestimiento de epitelio columnar ciliado (respiratorio), escamoso estratificado o pseudoestratificado. En algunos casos se pueden observar ambos tipos de epitelio. La cavidad quística contiene restos celulares, líquido ó coagula. El tejido conectivo puede mostrar una leve infiltración linfocítica y plasmocítica.

**Tratamiento:** consiste en la eliminación quirúrgica y curetado minucioso. En los quistes suturales suele haber una superficie que no está cubierta por hueso;

éstos pueden ser enucleados y la superficie se -  
hace menos profunda, quitando los bordes salien-  
tes de hueso, permitiendo que la mucosa cubra el-  
defecto.

### Quiste Alveolar Medio.

**Etiología:** el quiste alveolar medio, se forma de los restos epiteliales, en la unión de los procesos palatinos de los huesos maxilares y la premaxila.

**Manifestaciones clínicas y radiográficas:** se encuentra situado en la parte anterior de la línea media del paladar, en relación a los incisivos centrales superiores, entre sus raíces.

Su tamaño es variable, se presenta un abultamiento, es indolora, puede causar molestias con la masticación.

En los estudios radiográficos se presenta como una zona radiolúcida, bien delimitada oval.

**Histopatología:** están recubiertos de epitelio que puede ser escamoso estratificado ó semejante al epitelio respiratorio. La pared consta de tejido conjuntivo fibroso ( algunas veces con colágena ) y suele estar infiltrado por algunos elementos inflamatorios crónicos; pueden observarse algunas características de los quistes odontogénicos, como son las células gigantes de cuerpo extraño, cristales de colesterol y corpúsculos de Russell.

**Tratamiento:** consiste en la enucleación quirúrgica completa y cureteado minucioso.

---

### Quiste Globulomaxilar.

**Etiología:** se origina a partir de restos epiteliales, -- que quedaron en la línea de fusión de los procesos globulares y maxilares, del proceso facial embrionario.

**Manifestaciones clínicas y radiográficas:** raras veces el quiste globulomaxilar, presenta manifestaciones clínicas.

Se encuentra solamente en los maxilares superiores -- entre las raíces del incisivo lateral y del canino -- y en la línea de sutura del proceso globular y maxilar. Cuando el quiste aumenta de tamaño puede ocasionar un abultamiento en la parte bucal del hueso y la mucosa. Puede ejercer suficiente presión como para -- desplazar las raíces de los dientes hacia los lados; estas lesiones rara vez se acompañan con dolor, este no se manifiesta hasta que se ha hecho lo suficientemente grande y si se infecta secundariamente. Los -- dientes de la región son vitales: no hay predilección por sexos, suele aparecer antes de los treinta años.

Las radiografías revelan una zona radiolúcida bien -- definida, piriforme invertida entre el canino y el incisivo lateral con desplazamiento radicular; el quiste puede presentarse bilateralmente.

**Histopatología:** se encuentra tapizado de epitelio escamoso estratificado o pseudoestratificado columnar. El -- resto de la pared se compone de tejido conectivo fibroso, que por lo general presenta infiltrado celular inflamatorio ( plasmocitos y linfocitos ).

**Tratamiento:** este tipo de quiste, debe ser enucleado quirúrgicamente, preservando, si es posible los dientes--

adyacentes.

#### Quiste Nasoalveolar.

Etiología: proviene de restos de células epiteliales - que permanecen en la unión de los procesos globular, lateral, nasal y maxilar superior.

Manifestaciones clínicas: este quiste es muy raro, se presenta en la parte alta del fondo del pliegue mucobucal del maxilar, por encima de la zona comprendida entre el incisivo lateral y el canino, se puede extender sobre el suelo de la nariz o sobre la cara o por debajo del ala de la nariz. Los quistes son frecuentemente fluctuantes, pueden ocasionar asimetría de la cara. Puede presentarse tumefacción, que puede verse y palpase, debajo del labio superior, así como en el piso nasal y por el cuál puede drenar; todos los dientes de la zona poseen vitalidad. Afecta con más frecuencia al sexo femenino, cuya aparición era entre 41 y 46 años de edad.

Histopatología: están revestidos de epitelio cilíndrico pseudoestratificado que a veces es ciliado, frecuentemente con células caliciformes ó de epitelio escamoso estratificado.

Tratamiento: los quistes nasoalveolares, rara vez abarcan el tejido óseo, y se llega a ellos haciendo una incisión en el vestíbulo. Se hace la enucleación del quiste y la mucosa se cierra, teniendo cuidado de no perforar ni aplastar la lesión.

#### Quiste Nasopalatino.

En el canal incisivo se originan dos quistes: quistes de canal incisivo y los de la papila incisiva.

Etiología: se originan a partir de restos epiteliales

de los conductos nasopalatinos. a) El primero de ellos está situado dentro del tejido óseo ; mientras que el b) segundo está limitado completamente a los tejidos blandos y se presenta en el orificio del canal.

Manifestaciones clínicas y radiográficas: los quistes del canal incisivo, pueden ocasionar un abultamiento en la parte del hueso del paladar, en la región de los incisivos centrales superiores. El dolor no es un síntoma frecuente.

Radiográficamente la lesión se presenta como un área radiolúcida en forma de corazón ; puede confundirse con el quiste alveolar medio, pero generalmente el quiste del conducto incisivo, está situado más alto en los maxilares, que este último.

No es de gran tamaño; en las radiografías oclusales -- los quistes aparecen por detrás de los incisivos centrales; los dientes en la zona son vitales.

Los quistes de la papila palatina, se forman en los tejidos blandos del epitelio del foramen incisivo y ocasionan un abultamiento en la región del orificio del canal incisivo; son blandos y fluctuantes; cuando se presiona sobre ellos, puede exprimirse líquido. Radiográficamente no se observa ya que no afecta el hueso; puede romperse e infectarse secundariamente y producir dolor.

Pueden presentarse a cualquier edad, más frecuentemente del cuarto al sexto decenio de la vida.

Histopatología: los quistes nasopalatinos presentan un revestimiento de epitelio cilíndrico pseudoestratificado (respiratorio) ó epitelio escamoso estratificado;

con presencia de glándulas mucuosas palatinas y nasopalatinas en la pared del tejido conectivo, e infiltración de linfocitos y plasmocitos en dicho tejido.

tratamiento: el tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa y sutura del defecto. No han sido comunicados transformaciones malignas del epitelio de revestimiento de este quiste. Además, estos quistes raras veces se agrandan o destruyen cantidades apreciables de hueso.

#### Quiste mandibular medio.

Etiología: todavía no se establece con seguridad el origen de los quistes mandibulares medios, algunos investigadores opinan que es debido a una anomalía del desarrollo, que se origina por la proliferación de los restos epiteliales, atrapados en la fisura mandibular media, durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales.

También sugieren que la lesión representa un quiste primordial, originado de un órgano del esmalte supernumerario en el segmento anterior de la mandíbula .

Manifestaciones clínicas y radiográficas: son lesiones extremadamente raras, asintomáticas, pocas veces produce expansión perceptible de las láminas óseas corticales; los dientes vecinos al quiste, reaccionan normalmente a las pruebas de vitalidad pulpar.

Radiográficamente se puede observar una zona radiolúcida unilocular ó también puede ser multilocular bien delimitada; se puede observar también divergencias de las raíces de los incisivos centrales -

inferiores y una superposición de los ángulos mesio--  
incisales de las coronas.

**Histopatología:** el examen histopatológico, revela un epi-  
telio escamoso estratificado, delgado con pliegues y  
proyecciones que tapizan una luz central, también se  
ha encontrado epitelio columnar ciliado pseudoestrati-  
ficado; su pared consta de tejido conjuntivo fibroso.

**Tratamiento:** se hace una incisión y enucleación quirúrgi-  
ca minuciosa, tratando siempre de preservar los dien-  
tes cercanos por medio de conductoterapia y apicecto-  
mía; toda vez que ésto fuera posible; sino su pronta-  
eliminación.

**Quiste óseo aneurismático (seudoquistes).**

**Etiología:** este quiste puede ser causado habitualmente--  
por traumatismo ó por la extracción de dientes.

**Manifestaciones clínicas y radiográficas:** no se trata de  
un quiste verdadero. Se presenta en personas menores-  
de 20 años y suele haber antecedentes de traumatismo;  
la lesión tiene duración de uno a seis meses y por lo  
general se desarrolla en la mandíbula, en el lado a--  
fectado hay un agrandamiento sólido e insensible; puede  
de haber maloclusión como consecuencia de la deformi-  
dad.

Durante la exploración se encuentra una cavidad ósea-  
llena de tejido pardo rojizo, el raspaje ocasiona una  
profusa hemorragia, no demasiado difícil de controlar.

En las radiografías se presenta una zona radiolúcida-  
que puede ser unilocular, pero puede presentar aspec-  
to multilocular ó semejante a un panal de abejas; la-

mandíbula suele estar dilatada.

**Histopatología:** la lesión al microscopio se observan nu merosos espacios cavernosos llenos de sangre, limi tados por tejido conjuntivo joven, el tejido conj untivo de la pared contiene hemosiderina, cantidades-variables de células gigantes, neoformación ósea - ocasional.

El estroma que rodea la cavidad, presenta fibroblas tos jóvenes, células gigantes, vasos sanguíneos y - focos de hemosiderina.

**Tratamiento:** cura por medio de rapado local del quiste óseo aneurismal.

Quiste óseo traumático. ( pseudoquiste)

**Etiología:** es desconocida, aunque hay varias teorías - de las cuáles la más aceptada, es la causada por - el traumatismo.

**Manifestaciones clínicas y radiográficas:** este quiste - es más frecuente en personas jóvenes que no han lle gado al crecimiento ó desarrollo completo. El sexo- masculino es el que se ve afectado con mayor fre - cuencia, a veces existe una historia previa de trau matismo.

En ocasiones es asintomático, puede producir agran damiento del maxilar, la lesión es pocas veces dolo rosa. La zona afectada con mayor frecuencia, se en - cuentra se encuentra en el canino inferior y la ra ma ascendente, aunque también se presentan en la - sínfisis mandibular; los dientes de la región afec tada siguen vitales.

Durante la exploración quirúrgica, la cavidad puede -  
contener pequeñas cantidades de líquido de color vaji  
zo, restos de coágulo sanguíneo necrótico ó aparecer-  
vacía. El examen radiográfico revela una zona radiolú-  
cida suavemente contorneada de tamaño variable, a ve-  
ces con un delgado borde esclerótico, según sea la an-  
tiguedad de la lesión. Cuando la radiolucidez engloba-  
las raíces de los dientes, la cavidad puede tener as-  
pecto lobulado ó festoneado, dado por la extensión en-  
tre raíces; es raro que los dientes se desplacen, y en  
la mayor parte de los casos la lámina dura está intac-  
ta.

Histopatología: muestra solamente hueso cubierto por una -  
capa extremadamente delgada de tejido conectivo. Nun-  
ca se ha observado la formación de una pared epitelial.

Tratamiento: el tratamiento consiste en extirpación de la-  
tabla externa ó interna del quiste, lo que permite que  
el área se llene con sangre; después se cierra la zona  
con el tejido blando adyacente.

## QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS:

### Quiste Dermoides.

**Etiología:** estos quistes provienen de restos ectodérmicos incluidos en el mesodermo, cuando se fusionan - las fisuras embrionarias.

**Manifestaciones clínicas:** el quiste dermoide de la cavidad oral, es un quiste que se presenta en la línea media del piso de la boca, puede localizarse por encima - ó por debajo de los músculos milohioideo y geniogloso; si está por encima de estos músculos la lesión se localiza en la parte anterior del piso de la boca, pero si se haya por debajo de estos músculos aparecen en el área del mentón.

La lesión se presenta como una masa bien circunscrita - libremente móvil, habitualmente en el piso de la boca; puede dificultar el habla y la masticación al igual - que la deglución; es pastoso al tacto, puede ser fluctuante, puede variar de tamaño, que va de medio centímetro a diez centímetros de diámetro

No hay predilección por sexo, suelen aparecer clínicamente entre 12 a 25 años de edad. Si se encuentra el - abultamiento en la región submentoniana, este se advierte por el edema que es indoloro en esta región y - que se extiende desde el maxilar inferior hasta el hueso hioides, dando el aspecto de un mentón doble.

**Histopatología:** formado por tejido conjuntivo fibroso, que contiene glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos.

El interior está revestido por epitelio escamoso - - estratificado y queratinizado, generalmente contiene

una secreción amarilla parecida al queso.

**Tratamiento:** el tratamiento es la extirpación quirúrgica total. El procedimiento depende de la situación y extensión del quiste.

#### Quiste branquial.

**Etiología:** se ha demostrado que se originan a partir de inclusiones epiteliales en el interior de los ganglios linfáticos cervicales. La gran frecuencia con que aparece después de haber alcanzado la madurez sexual, se debe al hecho de que el epitelio glandular encerrado en los ganglios linfáticos, probablemente empiezan a proliferar después de la pubertad.

**Manifestaciones clínicas:** aparecen en el adulto joven, aunque pueden presentarse en la niñez. Son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semanas a muchos años. Se caracteriza por aumento de volumen, blando, fluctuante, en la parte lateral superior del cuello por delante del esternocleidomastoideo y también en la región parotídea, en el ángulo de la mandíbula, en la zona submaxilar e incluso en la zona periauricular. En algunas ocasiones son bilaterales, libremente móvil, no adherentes a la piel y con frecuencia drenan una secreción mucosa o purulenta, a través del canal que se abre en la superficie de la piel, en la base del helix o a lo largo del tragus de la oreja. En algunas ocasiones drenan intrabucalmente; puede estar inactivo durante muchos años sin llegar a producir síntomas, pero puede manifestarse repentinamente durante el embarazo ó cuando hay disminución de las resistencias.

**Histopatología:** el quiste suele estar tapizado de epi

telio escamoso estratificado, pero puede contener -  
epitelio columnar estratificado; por lo general la -  
pared del quiste se compone de tejido linfoide con -  
la forma típica de nódulo linfático; también puede -  
haber una cantidad variable de tejido conectivo.

El quiste puede contener un líquido acuoso claro ó -  
un material mucoso gelatinoso espeso.

Tratamiento: este quiste debe ser tratado por medio de -  
una remoción quirúrgica minuciosa y completa. Hay re -  
cidiva si se dejan restos o si simplemente se aspira -  
o se drena la lesión.

#### Quiste tirogloso.

Etiología: se origina de remanentes no obliterados del -  
conducto tirogloso ó conducto glandular tiroideo. Se  
forman estos quistes en cualquier parte de la trayec -  
toria seguida por el conducto tirogloso durante el -  
descenso de la glándula tiroides desde la lengua, de  
manera normal el conducto tiroides se atrofia y desa -  
parece, pero pueden persistir residuos del mismo y -  
dar origen a quistes en la lengua o línea media del -  
cuello, por lo común se extiende atravez del hueso -  
hioides.

Manifestaciones clínicas: suele presentarse este quiste  
en personas jóvenes, pero puede aparecer a cualquier  
edad.

La lesión se presenta como una masa quística, firme -  
en la línea media cuyo tamaño varía; el edema se de -  
sarrolla con lentitud y es asimétrico, a menos que -  
se encuentre en una ubicación alta en el conducto, -  
cerca de la lengua, en estos casos puede haber dis -  
tasia, por lo general hay movilidad del quiste duran

te la deglución, hay ronquera o dificultad para la fonación ó accesos de ligera asfíxia.

El quiste puede encontrarse en el agujero ciego, en el piso de la boca o más abajo, cerca del cartílago cricoides o tiroides. A veces se forma una fístula que se abre en la superficie cutánea o mucosa, hay dolor en estos casos. Es muy vascularizado por lo que frecuentemente hay hemorragia en la boca.

**Histopatología:** se encuentra tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o tipo intermedio de transición. La pared del tejido conectivo del quiste contendrá frecuentemente pequeñas zonas de tejido linfóide, tejido tiroideo y glándulas mucosas.

El quiste es casi siempre de paredes delgadas y el contenido es acuoso ó ceroso, a no ser que esté infectado.

**Tratamiento:** el tratamiento consiste en una extirpación quirúrgica completa, es importante que se extirpe el quiste en su totalidad para evitar recidivas, cuando el conducto se extiende a través o por debajo del hueso hialoides, es necesario seccionar dicho hueso para extirpar todo el conducto epitelial. Cuando el conducto se continua hacia la base de la lengua, la incisión debe llevarse hasta el revestimiento epitelial de la misma.

**Mucocele.** ( quiste de retención mucosa)

**Etiología:** es causado por traumatismo ó una lesión que afecta glándulas (submaxilar y sublingual) y conductos salivales accesorios.

Manifestaciones clínicas: es más frecuente en labios inferiores, pero también aparece como una lesión pequeña y circunscrita en el paladar, carrillos, lengua y piso de la boca.

Según su localización presentará su aspecto clínico como superficial o profundo. La lesión superficial es una vesícula elevada y circunscrita de tamaño de uno a varios milímetros, con un tono azulado traslucido.

La lesión más profunda se manifiesta también como un edema, pero debido al espesor del tejido que lo cubre, color y aspecto superficial son los de una cosa normal. Son fluctuantes y aparecen en cualquier edad, sin distinción de sexos.

Histopatología: la mayoría de estos quistes de retención mucosa, consisten en una cavidad circunscrita con tejido conectivo y submucosa; rara vez la cavidad tiene revestimiento epitelial y por lo tanto no se le considera un quiste verdadero.

Su pared se compone de tejido conectivo fibroso y comprimido y además fibroblastos. El revestimiento del quiste por lo general está formado únicamente por tejido de granulación y muy rara vez por tejido epitelial. Hay infiltración de neutrófilos, linfocitos y plasmocitos.

Tratamiento: el tratamiento es la extirpación quirúrgica completa del quiste y de la glándula afectada, en un mismo tiempo quirúrgico. Debe tenerse cuidado de no traumatizar las glándulas o nervios adyacentes. Si las glándulas vecinas se lesionan, se forman nuevos mucocelos; si se seccionan los nervios, puede origi-

narse un neuroma que ocasiona dolor persistente o -  
sensación de quemadura en la región.

#### Ránula.

Etiología: tiene su origen en una obstrucción que puede ser un cálculo, un tapón mucoso u oclusión, debida a lesión mecánica o inflamación.

Es un quiste de retención de las glándulas salivales principales. ( Sublingual, submaxilar ).

Manifestaciones clínicas: lesión rara, grande que se -  
presenta como una masa blanda, indolora, fluctuante,  
de agrandamiento lento a uno ó ambos lados del piso-  
de la boca; puede impedir la masticación y el habla.

Presenta una lesión de color azulado ó violeta; no-  
produce dolor, se presenta a cualquier edad, y es -  
algo más frecuente en las mujeres.

Histopatología: pared de tejido conjuntivo fibroso del-  
gado y su interior está recubierto de epitelio esca-  
moso aplanado, en su interior hay restos celulares-  
y mucosa. Se aprecia una sialodentitis crónica y una  
dilatación de los conductos.

Tratamiento: la simple incisión y drenaje de la ránula-  
va siempre seguida de recurrencias. La enucleación -  
de una ránula, sin romper la pared delgada, es prac-  
ticamente imposible y traé muchas complicaciones im-  
portantes.

La marsupialización de una ránula, se considera el -  
mejor procedimiento quirúrgico. Consiste en la inci-  
sión 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.

Estos son los siguientes pasos: primero se coloca una serie de suturas alrededor de los márgenes 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 incisión de la pared superior, inmediatamente por dentro de la sutura. El fondo del quiste se eleva a su posición normal, al salir el contenido líquido y se hace continua con el piso de la boca. La membrana quística se transforma y asume las características de los tejidos adyacentes.

---

## PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS :

El procedimiento quirúrgico debe basarse en principios fundamentales como son: la preservación del aporte sanguíneo a la región, evitar traumas excesivos a las fibras y troncos nerviosos de la zona, control de la hemorragia, técnica aséptica, manejo atraumático de los tejidos blandos, colgajo adecuado para que brinde un buen acceso a la región del quiste, evitar llegar a inserciones musculares y grandes vasos, suturas correctas, readaptación de los tejidos blandos sobre una base ósea; esto siempre sana mejor y con menos dolor postoperatorio.

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

- A.- Enucleación.
- B.- Marsupialización.
- C.- Comunicación permanente.

El mejor tratamiento para los quistes es la enucleación completa; pero en ocasiones es necesario modificar este criterio para adaptarse a situaciones particulares que son reales.

Después de haber obtenido todos los estudios y radiografías completas del paciente, hacemos nuestro plan de tratamiento, escogemos la técnica más adecuada, si es necesario medicación preoperatoria, explicar al paciente lo que se va a hacer ; que riesgos o consecuencias se pueden presentar, después de la intervención, cuidados postoperatorios.

En parte, el éxito de la intervención quirúrgica, depende del uso adecuado del instrumental; por lo cual menciono los instrumentos y equipo que con mayor frecuen

cia son usados en cirugía bucal.

INSTRUMENTAL:

- 1.-Mangas estériles para cubrir los cables y extensiones de la máquina dental portátil.
- 2.-Dos piezas de mano rectas y en ángulo.
- 3.-Varios tipos de fresas. ( preferibles las de carburo)
- 4.-Mango de bisturí y hojas No.10 y 15.
- 5.-Espejo bucal plano y mango.
- 6.-Osteotomo No. 4
- 7.-Cinceles de Stout para hueso.
- 8.-Cinzel con un solo bisel.
- 9.-Legra roma de Lane, de 19.5 cm. de largo.
- 10.-Curetetas de Malt, rectas No.2 y 4.
- 11.-Martillo de metal.
- 12.-Conjunto de retractores para operaciones generales.
- 13.-Retractor de Cushing para venas.
- 14.-Retractor de Hups, para tráquea de 3 puntas roma de 16.5cm.
- 15.-Retractor de Kny-Scheering para tráquea de dos puntas roma.
- 16.-Gancho de Dural-Adson para piel.
- 17.-Pinzas hemostáticas rectas(14 y 19cm.) y curvas (16cm) de Rochester-Ochsner.
- 18.-Portaagujas de Mayo- Hager de 18 cm. y 15 cm.
- 19.- " " " Sterz- Brown de 14 cm.
- 20.-Pinzas hemostáticas rectas y curvas de Halsted de 13 cm(mosquito).
- 21.-Pinzas hemostáticas de Kelly, curvas de 14 cm.
- 22.-Pinzas rectas de Allis para tejido de 15 cm.
- 23.- " de campo de Backhaus de 8 cm.
- 24.-Tijeras curvas de Aufricht, para cirugía general de 14 cm.
- 25.-Tijeras rectas con un bocado punteagudo, para cirugía gral.14cm.
- 26.-Pinzas rectas de Graefe, de fijación de 11.5 cm.
- 27.- " de Brown -Adson, para tejidos de 11.5 cm.
- 28.- " para apósitos rectas de 13cm.
- 29.-Sonda para aspiración.

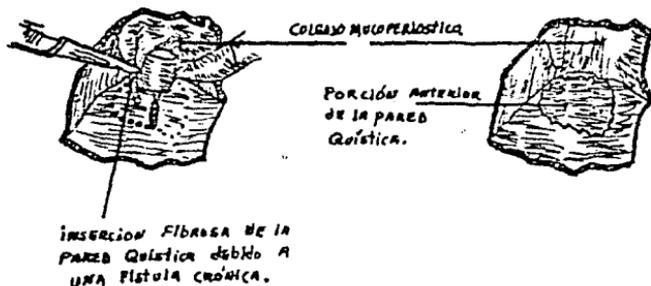
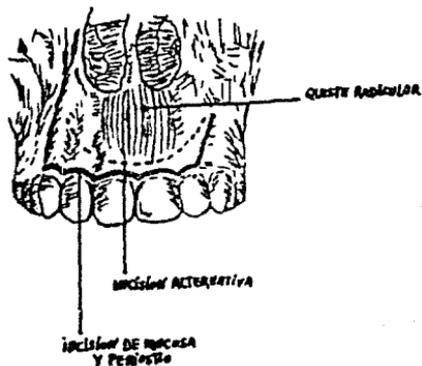
- 30.-Sonda para aspiración laríngea.
- 31.-Tubo de hule para aspiración.
- 32.-Aguja de medio círculo, para sutura No.12
- 33.- " cortante para sutura de trs octavos de círculo No.20.
- 34.-Catgut quirúrgico para sutura ( sencillo y crómico) 3- 0
- 35.-Carretes de seda negra para sutura No. 3-0, 4-0, 5-0.
- 36.-Algodón blanco para sutura No. 2-0, 3-0.
- 37.-Gasa de 5 x 5 cm., 10 x 10 cm.
- 38.-Campo quirúrgico 1.04 x 1.78 m.
- 39.-Abrebocas de Jennings
- 40.- " " " Denhardt
- 41.-Empaque para garganta de un hilo.

Pasos a seguir en la técnica de enucleación:

- 1.-Incisión.
- 2.-Retracción del colgajo mucoperióstico.
- 3.-Osteotomía.
- 4.-Remoción del quiste.
- 5.-Extracción del diente afectado ó tratamiento con servador.
- 6.-Cierre.

- 1.-Incisión: siempre que se pueda se hará la incisión en el pliegue mucobucal. La incisión debe ser siempre aguda para evitar el desgarre de los tejidos; las incisiones, cuando son limpias y bien definidas, curan mucho antes que las sinuosas.
- 2.-Colgajo mucoperióstico: el colgajo se deberá separar del hueso con un periostótomo, y se realizará de manera que una vez finalizada la intervención, la sutura se practica sobre hueso sólido, porque si el colgajo no se ha hecho como es debido y la sutura queda sobre una zona sin hueso el colgajo se puede necrosar constituyendo una puerta de entrada para la contaminación directa de la cavidad dentro del hueso.

# ENUCLEACION DE UN QUISTE.



3.-Osteotomía: una vez obtenido el colgajo mucoperióstico, se practica una ventana ósea, en muchas ocasiones esta abertura ya está presente por la reabsorción del hueso por el quiste y solo es necesario agrandarla, esto lo podemos hacer con un martillo y osteótomo, unas pinzas gubias o con una fresa especial para hueso. Cuando empleamos la fresa se hacen una serie de perforaciones, alrededor de la zona de la lesión quística determinada radiográficamente, después se unen las perforaciones usando un cincel que permite la fácil eliminación de la lámina ósea.

4.-Remoción del quiste: el quiste se removerá de las paredes óseas, por medio de curetas o periostótomos pequeños.

En la mandíbula se encuentra muchas veces comprometido el canal mandibular; por lo que debe observarse un cuidado especial al separar las paredes quísticas a lo largo de esta zona en el maxilar también debemos tener precaución por que puede presentarse que el quiste haya invadido el seno maxilar o se encuentra separado por una capa muy delgada que puede ser perforada muy facilmente, poniendo en peligro la integridad de esta estructura.

Muchos cirujanos antes de separar el quiste de la cavidad, aspiran el contenido del quiste, por medio de una jeringa Luer, de tres a cinco centímetros cúbicos con una aguja de calibre 18 ó 19. Se introduce la jeringa y se aspira el contenido, eliminando de esta forma la presión central del quiste, este líquido se coloca en un frasco, conteniendo formol al 10%, al igual que el tejido quístico, para su posterior examen histopatológico.

5.- Eliminación del agente causal: cuando se ha enucleado el

quiste conviene eliminar también el diente; pero si este diente se considera muy importante para la arcada dentaria, se podrá hacer un tratamiento conservador; como es el tratamiento de conductos y posteriormente apicectomía, todo en la misma sesión.

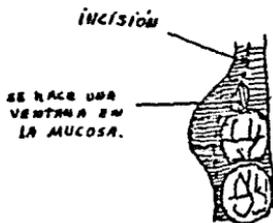
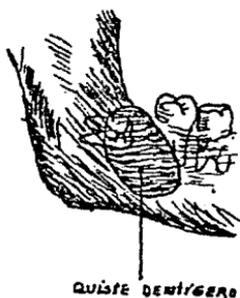
6.- Cierre: el cierre primario de la lesión por medio del colgajo, una vez extraído el quiste; será el procedimiento de elección, sobre todo cuando no hay infección. La obliteración del espacio formado se puede conseguir por la propia presencia del coágulo sanguíneo ó mediante la colocación del gelfoam u oxycel, en el interior de la cavidad; se pueden usar también los injertos de banco de hueso, combinando con el empleo general de los cuéles han tenido éxito, en las cavidades quísticas no infectadas; lo ideal sería que la cavidad cicatrice sin la adhesión de ningún material de relleno.

La cavidad quística infectada se puede tratar colocando un drenaje de gasa yodofórmica en la cavidad, antes de suturar el colgajo. El drenaje se puede ir eliminando gradualmente durante los días siguientes hasta quitarlo por completo.

Para la sutura empleamos seda número tres ceros o las de algodón, que se eliminan a los cuatro o cinco días. En ocasiones es recomendable pasar ligadura alrededor de los cuellos de los dientes para mantener el colgajo en posición.

---

TÉCNICA MODIFICADA DE  
MARSUPIALIZACIÓN.

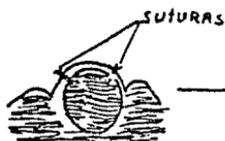


SE EXTIRPA EL MOLAR AFECTADO Y SE QUITA UNA PORCIÓN QUISTICA PARA SU EXÁMEN MICROSCÓPICO.

## MARSUPIALIZACIÓN DE UNA RANÚLA.



Colocación de las  
suturas en la  
periferia, a través  
de la mucosa hasta  
la pared quística.



VISTA DE UN  
CORTE TRANSVERSAL



SE HACE UNA VENTANA  
Y SE ASPIRA EL CONTE-  
NIDO DEL QUISTE.

## B.- Técnica de Marsupialización:

- 1.-Colocación de suturas ( abarcando mucosa y pared quística).
- 2.- Corte o incisión transversal.
- 3.- Aspiración del contenido.

1.-Colocación de suturas: se coloca una serie de suturas alrededor de los márgenes del quiste, las suturas - atraviesan la mucosa normal del piso de la boca y la pared del quiste.

2.-Incisión transversal: cuando el quiste está bien deli<sub>neado</sub> con las suturas, se hace la incisión de la pa<sub>red</sub> superior inmediatamente por dentro de las sutu<sub>ras</sub>. Al salir el contenido líquido, el fondo del - quiste se eleva a su posición normal y se hace conti<sub>n</sub>uo con el piso de la boca. Con el tiempo la membrana quística se transforma y asume las características - de los tejidos adyacentes.

3.-Algunos operadores quitan una pequeña porción de la - pared superior, aspiran el contenido del quiste y lo limitan llenándolo con gasa esteril, colocando con - anterioridad suturas en la periferia.

## C.- Comunicación permanente:

- 1.-Incisión.
- 2.-Levantamiento de colgajo.
- 3.-Aspiración del contenido quístico.
- 4.-Eliminación del diente causante.
- 5.-Colocación del drenaje.

1.-Incisión: la incisión debe ser bien definida; cumplien<sub>do</sub> con los principios fundamentales que se mencionan - al principio de este tema.

- 2.- Levantamiento de Colgajo: se levanta el colgajo - mucoperióstico con cuidado, procurando estar sobre una superficie ósea firme, para evitar problemas postoperatorios.
- 3.- Aspiración del contenido quístico: para la aspiración del contenido quístico, empleamos una jeringa Luer de 3 a 5 cm. cúbicos con una aguja calibre 18 ó 19. Si esta no penetra podemos desgastar la cubierta ósea con fresas de carburo y hacer más sencilla la penetración de la aguja.  
El objeto de la aspiración en este tratamiento es eliminar la presión central del quiste y evitar que siga creciendo y afectando estructuras vecinas, al no haber presión, empieza el proceso de reparación.
- 4.- Eliminación del diente causante: hacemos la extracción del diente causante, si así se requiere; pero si este diente se considera muy importante se podrá hacer un tratamiento de conductos y su posterior apicectomía.
- 5.- Colocación del drenaje: se coloca el drenaje en la zona donde se hizo la extracción del diente causante o bien, podemos hacer una pequeña abertura al quiste y se inserta el tubo de drenaje.  
El drenaje puede estar confeccionado de acrílico, plástico, metal; se sujeta por medio de ligaduras a los dientes adyacentes.  
El drenaje mantiene abierta la herida, además de que este aditamento puede ser acortado, mientras progresa la cicatrización y puede ser irrigada la cavidad para conservarla limpia.  
Se toma muestra de tejido quístico para su estudio histopatológico, mientras se lleva a cabo la intervención quirúrgica.  
Algunos cirujanos quitan la cubierta quística con una segunda operación, después que se ha formado -

suficiente aposición de hueso al haber eliminado la presión interna del quiste.

Mientras se lleva a cabo la aposición del hueso, se coloca gasa vodoformada, cambiándola cada 3 ó 4 días hasta que la cavidad disminuya de tamaño.

En todos los tratamientos de los quistes debe llevarse periódicamente un control radiográfico de la zona, para detectar a tiempo si se presenta alguna degeneración.

La Marsupialización y la comunicación permanente, están indicadas: en la conservación de dientes permanentes, cuando existen pequeños quistes dentígeros foliculares, o quistes de erupción en los pacientes jóvenes.

La marsupialización de los quistes requiere un control y una vigilancia continua, para evitar acumulaciones de partículas de alimento.

Además de existir el peligro de la formación de nuevos quistes, a partir de la membrana quística que ha quedado.

En general debe evitarse la marsupialización; es mucha más segura la enucleación completa del quiste. Si el quiste es demasiado extenso para la enucleación inmediata, podemos emplear la técnica modificada de marsupialización (comunicación permanente).

Los quistes con infección aguda se tratarán en dos etapas:

- 1) control de la infección aguda y
- 2) intervención quirúrgica definitiva para erradicar el quiste.

Para controlar la fase aguda habrá que establecer un drenaje e instaurar un tratamiento con antimicrobianos; una vez que haya cedido la fase aguda, el quiste se deberá enuclear dejando un drenaje, si existe exudado purulento residual. Los antimicrobianos se continúan postoperatoriamente, durante cinco ó siete días.

Los quistes con infección crónica, pueden eliminarse, sin el drenaje inicial, ya que existe una localización de la infección; también está indicado la administración de antimicrobianos.

La sutura primaria o la colocación de un drenaje en la herida, dependerá de cada caso particular.

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

Entre las posibles complicaciones postoperatorias que se pueden presentar tenemos: tumefacción, infección, formación de hematomas, traumatismos de nervios motores y sensitivos, hemorragia, fístula bucal, fractura de huesos y obstrucción de vías respiratorias.

1.- El edema es normal después de procedimientos quirúrgicos en maxilares y mandíbula. La mayor parte de estas intervenciones son traumáticas por la retracción prolongada de los tejidos, obstaculizando el drenaje linfático normal; esto aunado con la reacción inflamatoria produce el edema y la tumefacción.

2.- Infección: Las infecciones postoperatorias se controlarán localmente, con irrigación y taponamiento de la cavidad ósea y mediante el empleo sistemático de antimicrobianos. Las cavidades óseas que han quedado abiertas, deben irrigarse frecuentemente, con el fin de evitar la acumulación de restos de alimentos.

3.- Hematoma: puede evitarse cohibiendo la hemorragia inicial y por el uso adicional de apósitos y presión. La hemorragia en estos casos suele provenir de regiones inaccesibles a la ligadura, por lo cual se cohibe por presión.

Después de haber suturado los tejidos blandos se aplicará presión externa adecuada en la herida, durante las primeras horas de la intervención.

4.-Traumatismo de nervios: los troncos nerviosos sensitivos, generalmente se encuentran desplazados por -

Las lesiones quísticas, las cuáles en ocasiones pueden ser separadas por disección cuidadosa, puede haber parestesia. Los pequeños nervios que se cortan en estas zonas de intervención quirúrgica de ordinario tienen inervación cruzada, de manera que el efecto inmediato no es notado.

Debemos explicar al paciente de estas complicaciones, antes de cualquier tratamiento; pues un traumatismo del quinto par craneal afecta la sensibilidad y no la función motora, en este caso no ocurren cambios apreciables en la cara.

Sin embargo, para hacer disección de tejidos blandos, debemos conocer perfectamente la anatomía del nervio facial, pues la lesión de este originará parálisis.

5.- La hemorragia: primeramente debe cohibirse durante la intervención. La hemorragia secundaria generalmente ocurre cuando se ha traumatizado un vaso de grueso calibre al operar; también puede ocurrir por trauma de vasos neoformados, al quitar los apósitos quirúrgicos. Estas complicaciones suelen cohibirse por la presión. Deben eliminarse los grandes coágulos y se buscará el origen de la hemorragia, antes de aplicar la presión de una manera adecuada.

6.- Fístula: las fístulas buconasales o bucoantrales pueden evitarse por una disección cuidadosa; la pared quística frecuentemente puede separarse de otras membranas sin penetrar en cavidad antral.

El método de marsupialización y de comunicación permanente, evitará esta complicación. El cuidado postoperatorio es muy importante, porque en muchos casos se podrá evitar la formación de una fístula permanente. Se aconseja al paciente mantener la boca abierta al estornudar o toser para igualar la presión en los senos paranasales y evitar la fuerza excesiva en la región donde la herida comunica con la cavidad bucal.

7.- Las fracturas espontáneas o patológicas, debidas a la formación quística, son complicaciones poco frecuentes, aún cuando algunos quistes alcanzan tamaños -

enormes. Las fracturas producidas por nuestra manipulación en la intervención quirúrgica, se pueden evitar si se realizan con cuidado y con una técnica atraumática. El traumatismo al hacer un movimiento de torsión, es más capaz de fracturar el hueso, que la presión directa.

Cuando se produce la fractura traumática en una zona quística, lo primero de todo es eliminar el quiste por completo, seguido de la reducción y estabilización de la fractura; si el quiste está infectado, hay que drenarlo, tratar la infección, y luego reemplazar la parte perdida, mediante injerto óseo, una vez que se ha eliminado la infección.

Como precaución, antes de la intervención en la que puede presentarse fractura, se aconseja aplicar barras y férulas en los dientes, antes de la intervención.

3.-Obstrucción de vías respiratorias: ocurren principalmente al extirpar lesiones que exigen disección en maxilares, lengua y cuello. Los factores que contribuyen son: edema masivo, formación de hematoma e infección. Si existen signos de dificultad respiratoria debe hacerse traqueostomía.

La mejor manera de prevenir y evitar complicaciones, es teniendo un buen diagnóstico, técnica quirúrgica correcta y cuidados postoperatorios adecuados.

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

- 1.- Es muy importante tener en cuenta la anatomía de las zonas-  
por intervenir, para evitar seccionar estructuras tan funda-  
mentales como son: venas, arterias, nervios, etc., que son-  
de importancia para el buen funcionamiento del tejido de la  
región.
- 2.- Una historia clínica bien hecha, al igual que los exámenes-  
de laboratorio, estudio histopatológico del tejido afectado  
y estudio radiográfico, nos ayudará a dar un diagnóstico -  
más acertado y en consecuencia un tratamiento más adecuado.
- 3.- Es de gran importancia insistir, en el estudio histopatoló-  
gico del tejido afectado, pues radiograficamente los quistes  
y el ameloblastoma son similares y es la única forma de  
saber de que alteración se trata.
- 4.- El cirujano dentista de práctica general, debe de estar al-  
tanto de estas alteraciones, de su tratamiento y si no cree  
conveniente operarlos él mismo, deberá remitirlos al espe-  
cialista.
- 5.- Cualquiera de los tratamientos (enucleación, marsupializa-  
ción, comunicación permanente), de los quistes de la cavi-  
dad oral, dan buenos resultados sabiéndolos escoger y apli-  
car para el tratamiento de cada lesión.
- 6.- Hay que tener especial cuidado en la eliminación completa  
del saco quístico, de no ser así volverá a recidivar.
- 7.- Las lesiones quísticas frecuentemente constituyen un pro-  
blema de diagnóstico, se pueden confundir con algunas alte-  
raciones como son: displasias óseas, lesiones metastásicas,  
etc.
- 8.- Lo avanzado de las técnicas y conocimientos, en la actua-

lidad han hecho que no sea suficiente que el cirujano dentista tenga como única tarea la reparación de las lesiones dentarias.

9-En la práctica general del cirujano dentista, no es frecuente la localización de quistes en la cavidad bucal; muchas veces al tomar una radiografía para localizar alguna otra lesión, descubre por casualidad el quiste.

10-Hay que tener en cuenta siempre la posibilidad de una transformación maligna de algunas de las lesiones quísticas.

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

- 1).- Baskar S.N.  
Patología Bucal  
2a. Ed., Ed. Ateneo, Méx., 1974.  
456 P.
- 2).- Guralnick Walter C.  
Tratado de Cirugía Oral.  
Ed. Salvat Editores, Méx. 1971.
- 3).- Kruger Gustav O.  
Cirugía Bucal  
Traducido: Dr. Rafael Lozano  
Dr. Julio Soto  
Méx., 1960.  
Ed. Interamericana  
556 P.
- 4).- Mitchel, David F.  
Propedéutica Odontológica  
2a. Ed., Ed. Interamericana, Méx. 1973.  
446 P.
- 5).- Provenza Vicent  
Histología y Embriología Odontológica.  
Ed. Interamericana, Méx., 1974.  
272 P.
- 6).- Sicher Harry  
Embriología Bucal de Orban  
Ed. La Prensa Médica Mexicana  
Méx., 1969.
- 7).- Thoma Kurt H.  
Patología Oral  
Ed. Salvat, Barcelona, 1973.

B I B L I O G R A F I A : ( Continuación )

8).- Tietcke, S.C.  
Fisiopatología Bucal  
Méx., Ed. Interamericana, 1960  
494 P.

9).- Velásquez Toma  
Patología Bucal y Dental  
Ed. La Prensa Médica Mexicana  
Méx., 1966,  
359 P.

10).- William G. Shafer  
Tratado de Patología Bucal  
3a. Ed., Ed. Interamericana  
Méx., 1977  
846 P.

---