

31
24

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE COGEN

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LESIONES QUISTICAS DE LOS MAXILARES

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A
CLAUDIA ISABEL PACHECO DUARTE
Asesor: RODOLFO UGALDE VAZQUEZ
GENERACION 1979-1983
GUADALAJARA, JAL., JUNIO DE 1985



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INTRODUCCION.	8
CAPITULO 1. FORMACION Y DESARROLLO DE LOS DIENTES.	9
CAPITULO 11. FORMACION Y DESARROLLO DE LOS MAXILARES.	14
CAPITULO 111. CLASIFICACION DE LOS QUISTES.	18
CAPITULO IV. ANATOMIA DE LOS MAXILARES	26
CAPITULO V. TRATAMIENTO.	32
CASUISTICA	37
CONCLUSIONES	42
BIBLIOGRAFIA	43

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

En esta tésis se hablará de la importancia que tiene el tratamiento quirúrgico de los quistes.

Se presentarán las clasificaciones de KRUGER, KILLEY, ROBINSON, SEWARD, etc.

Las técnicas más usadas son la enucleación y marsupialización con sus diferentes especificaciones de las cuales se hablará más adelante.

La enucleación: es cuando se quita completamente toda la lesión, se utiliza cuando el quiste es de tamaño pequeño, la cápsula es gruesa y al no estar relacionados con fosas y conductos.

La marsupialización: se utiliza en quistes grandes con cápsulas delgadas; se verán algunas ventajas de estos dos tratamientos, viendo también los principios fundamentales del procedimiento quirúrgico.

Se debe tomar en cuenta un buen diagnóstico para poder decidir que técnica quirúrgica se va a emplear con una buena y benéfica remoción quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico más efectivo es el que más se investiga por medio de las radiografías, datos físicos y biopsias.

C A P I T U L O 1.

FORMACION Y DESARROLLO DE LOS DIENTES.

La cavidad oral y primitiva ó estomatoideo está alineada por ectoeremo y la unión del ectodermo y mesodermo es llamada: MEMBRANA BUCOFARINGEA.

A los 27 días de ruptura de la membrana y estomatoideo se establece a la conexión con la cavidad bucal comenzando así la primera fase del crecimiento del diente.

Unas semanas después de la ruptura de la membrana bucofaringea, cuando el embrión tiene 6 semanas y media y mide más ó menos de 1.3 a 1.4 cm. de largo empieza el desarrollo dental.

Las láminas de formación de la banda del epitelio que corren a lo largo, afuera de la primera línea del arco dental futuro llamada: LAMINA DENTAL, donde se encuentran ciertos puntos que representan los brotes en el maxilar inferior de los cuales van a formar los dientes de la primera dentición.

No todos los organos del esmalte empiezan su crecimiento al mismo tiempo; los primeros en aparecer son: los de la región anterior mandibular.

Es importante tomar en cuenta la formación y desarrollo de los dientes por el posible origen y desarrollo de un quiste.

Se habla acerca de un exámen cuidadoso de la literatura y estudios que concluyen que la proliferación de restos epiteliales atrapados en el canal incisivo desarrollan un quiste incluyendo a la papila incisiva.

Generalmente se piensa que la variedad de quistes odontogénicos y tumores tal vez derivan de restos ó partes de la lámina dental.

Sin embargo hay una pertinente información útil acerca de la vida de la lámina dental en la región de los molares permanentes. PROVENZA Y SICHER (1972) informaron que está falta de conocimientos parece ser la perpetuable especulación del origen de los quistes con una predilección y tendencia de las lesiones a aparecer después de la cirugía.

El keratoquiste odontogénico se piensa que es originado por residuos de lámina dental.

ETAPAS DE CRECIMIENTO.

El crecimiento del diente es un proceso continuo y está dividido en muchas etapas y las principales etapas -- del desarrollo primario y secundario dentales son: Etapa-- de yema, de caperuza y de campana.

FORMACION DE LA CRESTA O LAMINA DENTAL.

En este momento el epitelio de los maxilares em --- brionarios comienzan a engrosar adoptando forma de herra-- dura, el engrosamiento del primer estadio en el desarrollo de la lámina dental vestibular por capa basal y del estrato espinoso.

Alejado de la lámina dental existe un cúmulo -- de células basales que se diferencian en capa externa e -- interna del epitelio dental, sus células se originan a par tir de las capas periféricas.

En este estadio hay una gran actividad metabó-- lica tanto en el epitelio como en el mesodermo y aquí ---- empieza a formarse el alveólo óseo.

La yema epitelial contiene ácido Ribonucleico-- (RNA) y enzimas con actividad hidrolítica y oxidativa en -- cantidades superiores a las del próximo epitelio vesti --- bular, pero es más pobre en glucógeno(Fig.1.-1).

ETAPA DE CAPERUZA.

Es diferente el crecimiento de los brotes cambiando la forma del epitelio o caperuza.

En esta etapa la futura forma del diente es eviden-- te, aquí continúa el crecimiento y la diferenciación de -- capas, comenzando la especialización del órgano del esmal-- te.

Habiendo una formación de una capa externa y otra -- interna en el epitelio dentario formando el NODULO DEL ES-- MALTE.

El mesénquima de la concavidad limitada por el epitelio dental interno, prolifera y se condensa formando la PAPILA DENTAL.

El epitelio del órgano del esmalte, la papila dental y el saco dental son los tejidos formativos del diente y sus estructuras de soporte. (Fig. 1-2).

ETAPA DE CAMPANA.

Al crecer la caperuza dental y profundizarse la -- escotadura, el diente adquiere aspecto de campana, las células mesenquimatosas de la papila adyacente a la capa dental interna, se convierte por diferenciación en odontoblastos.

Cuando comienza el proceso de diferenciación de -- las células estrelladas es al alargarse las células compactas llamándose: CORDON DE ESMALTE.

Aquí empieza a formarse la preentina, habiendo un depósito de sales cálcicas y comienza la amelogenénesis.

Durante el avance de la etapa de campana el límite entre el epitelio del esmalte y los odontoblastos forman - la futura unión amelodentinaria.

La capa de odontoblastos persiste toda la vida --- produciendo preentina la cual se transforma en dentina y las demás células de la papila dental forma la pulpa del diente (Fig. 1-3).

CRECIMIENTO DEL GERMEN DE LA CORONA.

Al principiar la diferencia morfológica del primer grupo de ameloblastos, aquí hay un ciclo de diferenciación en los grupos de células contiguas que llegan hasta el --- lazo cervical, en los gérmenes de la corona donde ya se -- encuentra formado el folículo y hueso alveolar alrededor - de ellos.

Al crecer el folículo desaparece el hueso creando espacio para el diente.

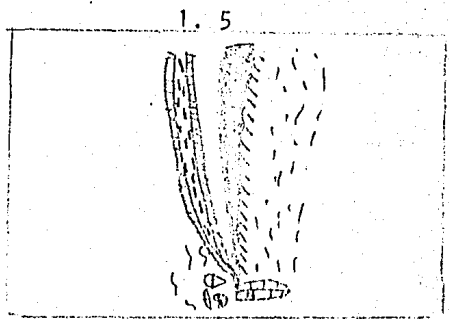
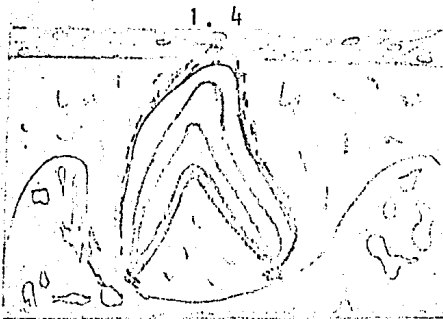
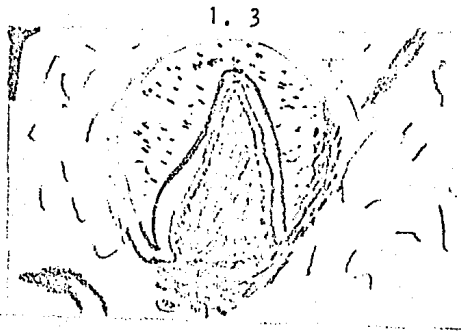
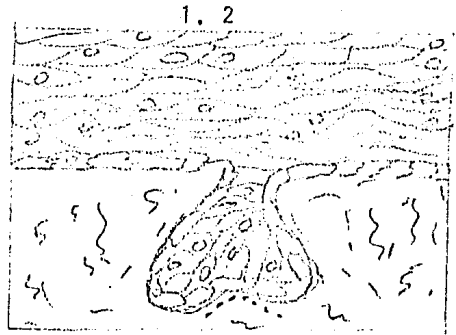
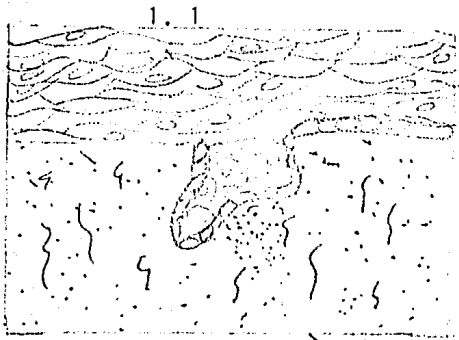
Desde las paredes de los ameloblastos, se extienden prolongaciones protoplasmáticas para formar el prisma-periférico del esmalte hexagonal o pentagonal llamadas: -- FIBRAS DE TOMES. Y la última función de los ameloblastos-- es formar la cutícula primaria o membrana de Nasmyth que cubre la superficie del esmalte y orgánicamente se une a él. (Fig. 1-4).

FORMACION DE LA RAIZ.

El crecimiento de la raíz, comienza cuando el órgano del esmalte ha formado completamente la corona y las capas epiteliales dentales internas y externas adosadas en la región del cuello del diente, se introducen más profundamente en el mesénquima y forman la vaina radicular epitelial de Hertwig.

Y en el interior del tubo epitelial se diferencian odontoblastos de las células conjuntivas que producen la dentina de la raíz.

Al desarrollarse la raíz dentaria procede la formación de la vaina radicular, desde el epitelio adamantino de la corona crece en dirección hacia el ápice en forma de vaina dentro del tejido conjuntivo y en el lado interno este apéndice, se empiezan a depositar los odontoblastos dando lugar a la dentificación de la raíz(Fig.1-5).



C A P I T U L O 11.

FORMACION Y DESARROLLO DE LOS MAXILARES.

El crecimiento de la región facial comienza en la cuarta semana de vida intrauterina y es completada en la veintiava semana.

En la cuarta semana es rápido el crecimiento de la membrana bucofaríngea, esta membrana marca el lugar de desarrollo de la cara.

Un mes después de la fertilización en centro de crecimiento muestra un aumento en su actividad, rápidamente está creciendo el mesénquima en áreas específicas produciendo placodas (abultamientos), donde hay un engrosamiento considerablemente grande formándose ahí cinco elevaciones del mesénquima llamadas: ARCOS BRANQUIALES.

En esta semana ocurre la desintegración de la membrana bucofaríngea, quedando formado el primer arco branquial ó arco mandibular; el arco mandibular es el primero de los cinco pares de arcos, branquiales.

Los cinco arcos mandibulares en la quinta semana están separados por la hendidura media, aquí los procesos nasales laterales ó procesos nasolaterales crecen muy rápido; los procesos nasomedianos forman la porción central del labio superior y todo el paladar primitivo.

Al mismo tiempo el mesodermo maxilar incrementa considerablemente su volumen de tal manera que la distancia entre las aberturas nasales van disminuyendo hasta quedar bastante cerca.

Cuando se fusionan los procesos medios y nasales en la superficie profundamente conocidos como; segmento intermaxilar ó apófisis palatina del maxilar superior formará tres partes;

- 1).- El componente labial (reborde que forma el surco del labio superior llamado: filtrum).
- 2).- El componente del arco maxilar (llevando cuatro incisivos).
- 3).- El componente palatino (forma de paladar primario triangular).

Sin embargo el crecimiento propio de la cara es considerado sólo por el primer arco mandibular con la --- unión de la protuberancia del tejido de arriba del cerebro llamado: PROCESO FRONTAL NASAL.

El crecimiento normalmente de la cara es:

- 1).- La eliminación a la misma rapidez desarrollo de los otros procesos.
- 2).- La eliminación de la hendidura entre los procesos -- faciales adyacentes que son eliminados por la proliferación del mesénquima sobre el ectodermo siguiendo la parte más horizontal de la hendidura.

Porque la proliferación de las hendiduras está controlada por crecimiento del proceso facial anterior.

Si las hendiduras, la hendidura facial puede -- resultar una malformación congénita como una hendidura -- facial completa; bilateral ó unilateral.

La hendidura entre el maxilar y el proceso nasal medio es la última en ser eliminada ocurriendo alrededor de la sexta semana.

La hendidura de la barba está entre los dos --- procesos mandibulares y es la primera en eliminarse, alrededor de la cuarta semana.

Hay una abertura que conecta a la cavidad nasal primitiva y la cavidad oral, el filamento de los tejidos -- corre horizontalmente en frente de esta conjunción entre -- la cavidad oral y las dos cavidades nasales llamadas: PALADAR PRIMITIVO.

Está formado por la combinación del proceso --- nasal medio y una pequeña parte del proceso de ambos maxilares esta empieza con el labio superior y parte frontal del arco alveolar del maxilar superior gradualmente el -- hueso del septum crece adyacente a los gérmenes dentales -- y más tarde el canal primitivo mandibular que es separado por la cripta dental que es llamada: LAMINA DE HUESO.

La cara está formada por dos huesos homólogos maxilar-- superior y premaxila, los centros de osificación de la pre--maxila está separada por algún tiempo y se une por un centro de osificación común.

La composición del maxilar y premaxila está indicada -- por la fisura incisiva, la cual es claramente visible en cráneos jóvenes esto es visto en el paladar que se extiende del foramen incisivo al alveolo del canino.

La mandíbula a la sexta semana de vida intrauterina separece a una estructura bilateral con un delgado hueso lateral y alguna distancia del cartilago de Meckel y a la mitad de la línea está curvada hacia arriba al hueso y hace contacto al otro lado con el cartilago, la parte más grande del -- cartilago de Meckel desaparece contribuyendo a la formación del hueso de la mandíbula.

Solo una parte del cartilago de Meckel, sigue siendo el sitio de osificación endoconcral, aquí el cartilago calcifica y es destruido por condroblastos, existiendo un reemplazo de tejido conectivo y después con hueso.

A lo largo de la vida, fetal, la mandíbula es hueso par, la mandíbula derecha e izquierda son unidas en la mitad de la línea media por fibrocartilago en la sínfisis mandibular.

Los pequeños huesos irregulares crecen y al final del-- primer año se fusionan el cuerpo de la mandíbula, el segundo hueso que comienza su desarrollo es el maxilar inferior, y -- su desarrollo comienza al inicio de la séptima semana por la subdivisión de las células mesénquimatosas de cada lado del cartilago de Meckel.

Como los huesos intramembranosos, se desarrolla el maxilar inferior formando y organizando por un laberinto de espículas en una dirección específica cerca del cartilago de Meckel.

Los huesos de la parte superior de la cara crecen por -- osificación intramembranosa.

El maxilar superior es el tercer hueso que se desarrolla del cuerpo, donde hay tres centros de osificación, que inician el desarrollo óseo intramembranoso del maxilar superior siendo estos; uno para cada uno de los procesos del maxilar superior y otro para el segmento intermaxilar.

Cuando el proceso toma su posición arriba de la lengua, las reorientaciones progresivas la van desplazando cada vez más abajo, habiendo así un crecimiento diferenciado de la mandíbula de la cavidad oral, quedando formado definitivamente la mayor parte del paladar duro y todo el paladar blando.

Este paladar está formado por dos procesos que crecen a la superficie del proceso maxilar que está dentro de la cavidad bucal primitiva, los dos procesos palatinos crecen primero por atrás a lo largo del crecimiento de la lengua alrededor de la mitad de la octava semana.

El proceso nasal da lugar a la unión entre los bordes del proceso palatino y la estructura media, esta unión implica la proximidad de los bordes de estas estructuras.

La unión del paladar ocurre en la parte de adelante hacia atrás, cuando la última parte del paladar blando se une; después al desarrollarse los dientes las espículas óseas se forman, dentro de ellos y se incorporan al cuerpo del maxilar superior y del maxilar inferior.

C A P Í T U L O 111.

CLASIFICACION DE LOS QUISTES.

Los quistes que se presentan en la cavidad bucal son congénitos, de desarrollo y de retención. Los quistes más comunes son los de origen gental.

Las clasificaciones se realizan seleccionando ciertas características que son comunes a cierto número de condiciones y agrupándola en base a las propiedades comparativas.

CLASIFICACION DE ROBINSON (1945).

QUISTES DE DESARROLLO.

a).- Del tejido odontogénico.

- 1).- Quiste Periodontal
 - a).- Tipo radicular ó de ápice dentario.
 - b).- Tipo lateral.
 - c).- Tipo residual.
- 2).- Quiste dentífero.
- 3).- Quiste globulomaxilar.

b).- De tejido no odontogénico.

- 1).- Quiste medio.
- 2).- Quiste de canal incisivo.
- 3).- Quiste globulomaxilar.

CLASIFICACION THOMA-ROBINSON-BERNIER. (1960)

QUISTES ODONTOGENICOS ECTODERMICOS EPITELIALES.

a).- Quistes foliculares.

- 1).- Quistes primordiales.
- 2).- Quistes dentíferos.
 - i).- Lateral.
 - ii).- Central.

b).- Quistes periodontales (radiculares)

- 1).- Apical.
- 2).- Lateral.

- c).- Quistes residuales.
 - 1).- Follicular.
 - 2).- Periodontal.
- d).- Quistes múltiples.
- e).- Quistes multiloculados.
- f).- quistes policistomas.
- g).- Colestoma.

QUISTES NO-ODONTOGENICOS ECTODERMICOS EPI TELIALES.

- A).- Quistes intraóseos.
 - 1).- Medio.
 - 2).- Intramaxilar.
 - 3).- nasoalveolar.
- B).- Quistes nasopalatinos.
 - 1).- Quiste de canal incisivo.
 - 2).- Quiste de papila palatina.

CLASIFICACION DE KRUGER.

- A).- Quistes congénitos.
 - 1).- Tirolgoso.
 - 2).- Branquigénico.
 - 3).- Dermoideo.
- B).- Quistes de desarrollo.
 - 1).- Origen no-odontogénico.
 - a).- Fisurales.
 - 1).- Nasoalveolares.
 - 11).- Medio.
 - 111).- Canal incisivo (nasopalatino)
 - 1V).- Globulomaxilar.
 - b).- Retentivos.
 - 1).- Mucoccele.
 - 11).- Ranula.
 - 1).- Origen odontogénico.
 - a).- Periodontal.
 - 1).- Periapical.
 - 11).- Lateral.
 - 111).- Residual.

B).- Primordial.

C).- Dentífero.

CLASIFICACION DE SEWARD.

A).- De epitelio no-odontogénico.

1).- Maxilar.

a).- Nasopalatino.

(1).- Quistes de canal incisivo.

(11).- Quistes de papila incisiva.

b).- Quiste globulomaxilar.

c).- Quiste palatino medio.

d).- Quiste nasolabial.

2).- Mandibular.

a).- Quiste mandibular medio

B).- De epitelio odontogénico.

(1).- Asociado con la corona del diente.

a).- Quiste de erupción.

b).- Quiste dentífero.

1).- Pericoronario.

2).- Lateral.

3).- Residual.

C).- Quiste dentífero extrafolicular.

(2).- Asociado con la raíz dentaria.

a).- Quiste periodontal inflamatorio ó -
quiste radicular.

1).- Apical.

2).- Lateral.

3).- Residual.

b).- Quiste periodontal de desarrollo.

(3).- No asociado con el diente.

- a).- Primordial.
- b).- Entidades raras.

(1).- Quistes de la papila interdientaria.

(2).- Algunos quistes gingivales.

(4).- Neoplasmas quísticas.

- a).- Ameloblastoma.
- b).- Adeno-ameloblastoma.
- c).- Odontoma-ameloblástico.

CLASIFICACION DE WAITE.

A).- Quistes odontogénicos.

- 1).- Periodontales.
 - a).- Apical.
 - b).- Lateral.
 - c).- Residual.
- 2).- Dentífero (folicular).
- 3).- Primordiales.

B).- Quistes fisurales.

- 1).- Globulomaxilar.
- 2).- Nasolabial.
- 3).- Mandibular medio.
- 4).- Nasopalatino.
 - a).- Quistes del conducto incisivo.
 - b).- Quistes de papila palatina.

C).- Quistes óseos.

- 1).- Cavidad idiopática, de stafne.
- 2).- Quiste óseo solitario.
- 3).- Quiste óseo aneurismal.

CLASIFICACION DE LUCAS.

QUISTES INTRAÓSEOS:

- A).- Quistes fisurales.
 - 1).- Mandibular medio.
 - 2).- Palatino medio.
 - 3).- Nasopalatino.
 - 4).- Globulomaxilar.
 - 5).- Nasolabial.
- B).- Quistes odontogénicos.
 - 1).- De desarrollo.
 - a).- Primordial.
 - b).- dentífero.
 - 2).- Inflamatorio.
 - 3).- Radicular.
- C).- Quistes óseos no-epiteliales.
 - 1).- óseo solitario.
 - 2).- óseo aneurismático.

CLASIFICACION HERBERT HARNISH.

QUISTES DISGENÉTICOS:

- A).- Quistes de período de desarrollo dentario.
 - 1).- Quiste de listón dentario.
 - 2).- Quiste de desarrollo odontógenos sin diente.
 - 3).- Quiste de desarrollo odontógeno con rudim^{en}tos.
- B).- Quistes odontógenos.
 - 1).- Quistes de la raíz dentaria.
 - a).- Quistes radiculares.
 - b).- Quistes paradentales.
 - c).- Quistes residuales.
 - d).- Quistes de la dentición temporaria.
 - 2).- Quistes de la corona dentaria.
 - a).- Quistes foliculares, típicos.
 - b).- Quistes del molar del juicio de distintos orígenes.

CLASIFICACION DE GORLIN.

QUISTES ODONTOGENICOS:

- 1).- Dentígeros.
- 2).- De erupción.
- 3).- Gingival del recién nacido.
- 4).- Periodontal lateral y quiste gingival.
- 5).- Queratinizante y quiste odontogénico calcificante.
- 6).- Radicular (Periapical).
- 7).- Queratoquistes odontogénicos.
 - a).- Quiste primordial.
 - b).- Queratoquiste de los maxilares, carcinomas de células basales múltiples cutáneas y anomalías esqueléticas.

QUISTES NO-ODONTOGENICOS Y FISURALES.

- 1).- Quiste del conducto tirogloso.
- 2).- Nasoalveolar.
- 3).- Nasopalatino.
- 4).- Mandibular medio.
- 5).- Lingual anterior.
- 6).- Dermoideo y Epidermoideo.
- 7).- Palatino del recién nacido.

QUISTES DEL CUELLO PISO DE BOCA Y GLANDULAS SALIVALES.

- 1).- Quiste Linfoepitelial.
- 2).- Quiste oral con epitelio gástrico o intestinal.
- 3).- Quiste de Glándula Salival.
- 4).- Mucocelo y Ranula.

PSEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.

- 1).- Quiste óseo Aneurismático.
- 2).- Quiste óseo estático.
- 3).- Quiste óseo traumático.

CLASIFICACION DE MAIN.

QUISTE PRIMORDIAL.

- a).- De remplazo.
- b).- Envoltente.
- c).- Externo.
- d).- Colateral.

NO-ODONTOGENICO.

- a).- Palatino Medio.
- b).- Interpuesto.
- c).- Nasopalatino.

DENTAL.

- a).- Coronario.
- b).- Subfollicular.
- c).- Inflamatorio.
- d).- Residual.
- e).- Inflamatorio Colateral.

CLASIFICACION DE ARCHER.

QUISTES DISONTOGENICOS.

- 1).- Quistes Fisurales.
 - a).- Quistes del antro nasal.
 - b).- Quistes Globulomaxilares.
 - c).- Quistes del conducto nasopalatino.
 - d).- Quistes palato-fisurales.
 - e).- Quistes mandibulares centrales.
- 2).- Quistes del Tirogloso.
- 3).- Quistes Branquiogenos.
- 4).- Quistes Dermoides y Epidermoides.
 - a).- Teratomas quisticos.

CLASIFICACION DE LOS OMS.

QUISTES EPITELIALES:

A).- De desarrollo:

1).- Odontogénicos.

- a).- Quiste Gingival.
- b).- Quiste Primordial.
- c).- Quiste de Erupción.
- d).- Quiste dentífero.

2).- No-odontogénicos.

- a).- Nasopalatino.
- b).- Quiste Globulomaxilar.
- c).- Quiste Nasolabial.

B).- Inflamatorios:

a).- Radicular.

C A P I T U L O 1 V.
ANATOMIA DE LOS MAXILARES.

A).- OSTEOLOGIA:

Situada en la parte inferior y anterior del cráneo, hay una masa ósea cuyo conjunto constituye la cara, la cual se divide en dos partes: LA MANDÍBULA Y EL MAXILAR.

El maxilar superior se compone de trece huesos -- donde solo uno es impar; el vomer y todos los demás son pares como el hueso malar, el unguis, huesos palatinos, huesos propios de la nariz, el maxilar superior y la concha inferior.

MAXILAR SUPERIOR.

El maxilar superior es hueso par, formado por dos caras una externa y otra interna, cuatro bordes y cuatro ángulos.

En su cara interna se encuentra la apófisis palatina que es aplanada de arriba de abajo y de forma cuadrilateral, formando la espina nasal anterior y las porciones suprapalatinas y las infrapalatinas.

En su cara externa se encuentra formado por:

- A).- Fosita multiforme; está un poco por encima de los dos incisivos.
- B).- La eminencia canina está por detrás de la fosita -- multiforme, está muy marcada y corresponde a la raíz del canino.
- C).- Apófisis piramidal: EN LA CARA EXTERNA HAY, una considerable prominencia transversal que tiene forma de pirámide con base triangular, esta apófisis tiene -- tres caras que son: La superior, la anterior y la -- posterior.

HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ.

Son dos láminas óseas rectangulares integrantes de la pirámide nasal.

UNGUI.S.

Es también llamado: hueso lacrimal, está en el espacio circunscrito entre el maxilar superior, frontal y etmoide.

HUESOS PALATINOS.

Son la continuación hacia atrás, ocupando la parte más posterior de la cara formando la bóveda palatina, fosas nasales, orbita y fosa pterigomaxilar.

CONCHA O CORNETE INFERIOR.

Lámina ósea en forma de hueso alojada en la fosa nasal.

VOMER.

Único hueso impar, que contribuye a formar la parte posterior del tabique de las fosas nasales.

MAXILAR INFERIOR.

La mandíbula hueso impar, comprendiendo su cuerpo horizontal en que están los alveolos para los dientes y dos ramas a cada lado.

Este maxilar se divide en dos partes: Parte media o cuerpo y dos extremos laterales, la parte media o cuerpo del maxilar, tiene forma de herradura y tiene dos caras: La anterior y la posterior.

La cara anterior: Tiene su parte media y ahí una línea vertical llamada: SINFISIS MENTONIANA.

HUESO MALAR.

Hueso malar o hueso cigomático, tiene aspecto de un cuadrilátero conteniendo dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos.

Las caras son: La externa y la interna, la cara externa: Es lisa y convexa y la cara interna, forma parte de la fosa temporal y de la fosa cigomática.

B).- INERVACION:

Los nervios que se tratan en este capítulo son el trigémino y el facial.

NERVIO TRIGEMINO (5 PAR).

Es un nervio mixto, con un componente motor y dos sensitivos, por sus filetes sensitivos tiene bajo su dependencia la sensibilidad de la cara.

Las fibras propioceptivas de la raíz motora se encuentra en los receptores de la presión relacionado con los dientes.

El componente aferente somático general del trigémino da inervación sensitiva al paladar, cavidad bucal, los dientes y los dos tercios anteriores de la lengua y otras partes de la cara.

El ganglio que se encuentra en la raíz sensitiva del trigémino recibe el nombre de: GANGLIO DE CASSER, por este pasa el nervio trigémino y se divide en tres partes: Oftálmica, maxilar y mandibular.

Se hablará solo de los nervios más importante-- en este capítulo, la rama maxilar es exclusivamente sen-- sitiva; sus ramas colaterales son: nervio meningeo, or-- bitario, esfenopalatino el cual se divide en ramas ter-- minales que son: orbitaria, nasales superiores, pterigo-- palatino, nasopalatino y palatino anterior medio y pos-- terior.

La rama nasopalatina: inerva la mucosa que ta-- piza la zona de los incisivos, la rama palatina anterior inerva la mucosa de la cara inferior del velo del pala-- dar, la rama palatina media inerva la mucosa de la cara-- superior del velo del paladar.

Los nervios dentarios posteriores: inervan los-- molares y premolares con sus alveolos y la mucosa sinual, y se anastomosa con: el nervio dentario medio que inerva la raíz del primer molar y los premolares y el nervio -- dentario anterior que inerva los incisivos y caninos con sus alveolos.

La rama mandibular: es sensitivo y sus ramas -- colaterales son: La rama recurrente meningeo, nervio tem-- porobucal, nervio temporal profundo medio, nervio tempo-- romaseterino y nervio auriculotemporal.

Las ramas colaterales de este nervio son las -- más importantes; nervio dentario inferior inervan raíces de molares y premolares.

Las ramas terminales del dentario inferior son: el nervio mentoniano y el nervio incisivo. El nervio lin-- gual; es muy superficial y corre adyacente a la mucosa -- del piso de la boca.

C).- IRRIGACION:

La irrigación sanguínea de cabeza y cuello pro-- viene de las carótidas.

La arteria carótida externa: Irriga la cara, la boca, el paladar y la parte anterior superior del cuello esta arteria corre hacia arriba, por detrás de la rama -- ascendente y el condilo de la mandíbula, para terminar -- enfrente el conducto auditivo externo y el tragus de la-- concha, donde se divide en sus ramas terminales.

La carótida externa tiene muchas ramas de gran-- tamaño, y las más importantes son: lingual y maxilar ex-- terna y la rama, terminal se divide en: LA MAXILAR INTER-- NA.

La rama lingual: esta arteria corre por la parte anterior que se relaciona con los maxilares y que nace por encima de la arteria tiroidea superior corre hacia adelante por encima del hasta mayor del hueso hioides, pasa por un lado de la lengua y sigue hacia adelante hasta su punta irrigando la mayor parte de la lengua.

Las ramas colaterales son cuatro: La más importante es; la rama sublingual, irrigando el suelo de la boca y la encía de los dientes anteriores.

La arteria maxilar externa; nace de la carótida externa inmediatamente por encima de la arteria lingual, sale del triángulo carotídeo, luego entra en el triángulo submaxilar y corre por la pared faríngea debajo de las amígdalas, entre la glándula submaxilar y la mandíbula, haciendo superficial en la cara.

Las ramas cervicales de la arteria maxilar externa que más interesan son: la palatina ascendente -- rama mentoniana.

La rama palatina ascendente: corre hacia arriba en la cara lateral de la faringe, dando ramas a las amígdalas y a la trompa de eustaquio.

La rama mentoniana: Corre por debajo del cuerpo de la mandíbula y cruza el borde de la mandíbula cerca de la sínfisis.

Las ramas grandes que nacen de la cara anterior son: Labial inferior, labial superior, nasolateral, y arteria angular.

La rama labial inferior: Nace de la arteria maxilar externa debajo de la comisura de la boca y es la principal irrigadora del labio inferior, pasando por la línea media para quedar en la submucosa.

La rama labial superior: Nace casi a nivel de la comisura de la boca y corre en la línea media para distribuirse en el labio superior quedando en la mucosa.

La arteria maxilar interna: Es la otra rama terminal de la carótida externa, su origen es atrás -- del condilo y el ligamento esfenomandibular.

Esta arteria se divide en tres ramas: la más importante es: La arteria mandibular, que se divide en arteria alveolar inferior, que nace detrás de la rama de la mandíbula y hacia adelante del esfenomaxilar, -- para entrar en el agujero alveolar inferior.

También se divide en: Rama mentoniana y rama incisiva.

En la rama incisiva, nacen las ramas para los caninos e incisivos.

CAPITULO V.

TRATAMIENTO.

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

- 1).- Enucleación de todo el quiste.
- 2).- Marsupialización por lo cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal ó las regiones adyacentes.

El procedimiento quirúrgico debe basarse en sólidos principios que son:

- 1).- Preservación del aporte sanguíneo a la región.
- 2).- Evitar el trauma excesivo a las fibras y troncos nerviosos.
- 3).- Control de la hemorragia.
- 4).- Técnica aséptica.
- 5).- Manejo atraumático de los tejidos blandos.
- 6).- Colgajo adecuado.
- 7).- Evitar llegar a inserciones musculares y grandes vasos.

Hay varias razones por las cuales los quistes benignos necesitan tratamiento:

- 1).- Por su aumento de tamaño.
- 2).- Porque suelen infectarse.
- 3).- Su presencia en la mandíbula puede resultar fácil de fracturarse.
- 4).- Por no saber realmente su naturaleza.

EXISTEN 5 OBJETIVOS EN EL TRATAMIENTO DE LOS QUISTES.

- a).- Eliminar la cápsula ó permitir que el organismo del paciente reordene la posición del tejido anormal siendo retirado del interior del hueso maxilar.

- b).- Realizar esto con la mínima traumatización posible para el paciente, concordante con el resultado exitoso de la operación.
 - c).- Preservar las estructuras adyacentes importantes -- tales como nervios y piezas dentales vitales.
 - d).- Lograr la rápida cicatrización de la herida quirúrgica.
 - e).- Restituir la zona a su forma normal y devolverle su función.
- A).- ENUCLEACION: Es el tratamiento de elección y es la técnica directa para la extirpación de un quiste -- totalmente y su contenido después de la enucleación si la cavidad es pequeña deberá considerarse el riesgo sanguíneo primeramente.

En tales casos puede permitirse que parte de la cavidad se llene con sangre anticipando la organización del coagulo también se usará esta técnica si existe sospecha de tumor verdadero.

Ultimamente han postulado enuclear en lo --- posible de la bolsa quística para permitir un amplio control histológico.

Un tratamiento para la lesión es la Hemimandibulectomia pero es demasiado agresiva para la terapia de una lesión no maligna, sin embargo la recurrencia de los quistes multiloculares se necesita una meticulosa -- enucleación.

Se emplea en la mayoría de los casos un tratamiento definitivo como es la resección mandibular seguida de una reconstrucción inmediata, esto fué rechazado -- por ser una terapia agresiva a una lesión no maligna. --- pero la enucleación de la lesión era imposible por vía -- intraoral normal y se decidió a hacer una incisión sagital.

En los casos de incisión sagital en mandibular será probado un buen acceso cerca del nervio dentario inferior y pequeños multiples quistes.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE ENUCLEACION.

ENUCLEACION CON CIERRE DE LA HERIDA:

Este procedimiento quirúrgico deja la abertura --- quirúrgica dentro de la cavidad quística cubierta por -- un colgajo mucoperiostico y el espacio ocupado por un -- coágulo sanguíneo, se organiza para formar huesos en el método más satisfactorio, ya que al paciente se le evita el inconveniente de una cavidad amplia en la boca.

ENUCLEACION Y CIERRE PRIMARIO:

El procedimiento tiene ciertas ventajas como es el el mantenimiento del contorno óseo, un rápido incremento en la fuerza del hueso mientras el injerto óseo consolida; sus desventajas son: El agregado de dificultad que resultan de la presencia de fragmentos óseos infectados donde se produce la rotura de la herida.

ENUCLEACION SECUNDARIA CON CIERRE DE LA HERIDA:

En esta técnica cuando se ha depositado suficiente hueso para cubrir y proteger las estructuras particularmente en peligro, la cápsula será engrosada y estirada por un tejido fibroso en desarrollo el límite entre la cápsula y cavidad ósea será irregular con espículas de hueso, en la cavidad se acumulan impurezas infectadas y se debe hacer la remoción completa y preparar un colgajo que cubra el defecto.

ENUCLEACION COMPLETA:

Se utiliza en los quistes de desarrollo dental --- cuando la insición parcial es peligrosa y cualquier parte pequeña que se deje puede formar un tumor dental verdadero.

Quizás se espere que en algunos casos la insición mediana y sagital de mandíbula nos da un adecuado acceso y contribuye a la disminución de la recurrencia en la -- mandíbula.

La insición se traza siguiendo los límites de la -- proyección del quiste de la cara vestibular, usando una hoja de bisturí # 15.

El desprendimiento del colgajo se realizará con -- una legra, la extracción del hueso delgado con bisturí, -- se está parcialmente destruido con pinzas gubias, con -- fresa o escoplo.

Si se colocara gasa sería yodoformada y envasada, el hilo de sutura utilizada es de 3 ceros quitándose esta al sexto u octavo día, se debe seguir el curso postoperatorio, exámenes radiograficos cada seis meses.

ENUCLEACION CON MODIFICACION DE PARTSCH 11.

Este procedimiento se lleva a cabo mediante la remoción de la bolsa quística y taponeamiento de la herida ósea con un obturador de acrílico o silicón.

B).- MARSUPIALIZACION:

Este procedimiento provee la extirpación de la porción más accesible de la pared quística solamente, en ocasiones cuando el quiste se encuentra próximo a membranas del antro y la nariz.

Ahora en día es mejor recomendado extirpar quistes pequeños pero la mayoría de los cirujanos orales o maxilofaciales prefieren la marsupialización, especialmente en grandes quistes donde pueden dañarse organos cercanos.

De acuerdo con los hallazgos citológicos la emoción radical del quiste odontogénico está recomendado por muchos autores; si la remoción es llevada a cabo sin dañar organos.

INDICACIONES DE LA MARSUPIALIZACION:

- 1).- Cuando se pudiera fracturar la mandíbula.
- 2).- Al implacarse la vitalidad de los ápices dentales.
- 3).- Al haber dientes incluidos.

Al hacer la marsupialización se puede colocar un apósito quirúrgico, conservando la cavidad abierta para su drenaje promoviendo que el defecto se rellene con hueso.

La marsupialización es un método de tratamiento satisfactorio en niños siempre que se puede hacer una amplia y ancha abertura adecuada dentro del quiste y enviar una muestra para el control histológico.

VENTAJAS DE LA MARSUPIALIZACION:

- 1).- No requiere habilidad quirúrgica.
- 2).- Se tiene buena visualización de la cavidad.
- 3).- La superficie ósea queda cubierta totalmente por el epitelio.
- 4).- Se evita la lesión de los dientes vecinos.

Los quistes residuales o recidivantes de gran tamaño deben ser marsupializados, son muchas las razones esgrimidas para desalentar el tratamiento conservador de la marsupialización de estos grandes quistes dentales.

DESVENTAJAS DE LA MARSUPIALIZACION:

- 1).- La lenta reorganización ósea.
- 2).- Se deja tejido patológico.
- 3).- La cavidad creada permite la acumulación de alimentos.
- 4).- A una abertura pequeña se le construirá un obturador.

La marsupialización se usa como tratamiento quirúrgico de la ranula y de algunos quistes, la conservación de la bolsa puede ser de gran utilidad para defender la cavidad sinusal o el piso de las fosas nasales debilitadas o desaparecidas por un proceso quístico.

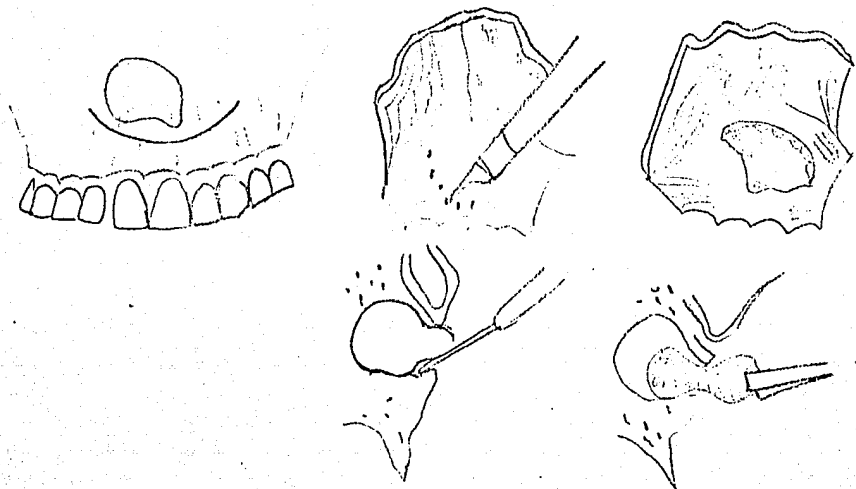
MARSUPIALIZACION CON ELIMINACION INCOMPLETA DE LA CAPSULA:

Esta técnica consiste en producir quirúrgicamente una ventana en la pared capsular y liberar la tensión intranquística, y el colgajo puede colocarse dentro de la cavidad, suturando el margen de la mucosa, se inyecta con una solución de suero caliente y se empaqueta con gasa.

PROCEDIMIENTO OPERATIVO PARA MARSUPIALIZACION CON ELIMINACION COMPLETA DE LA CAPSULA:

La cápsula se separa de la cavidad y se elimina la cavidad, se empaqueta abierta y cualquier tejido con exceso debe recortarse del colgajo mucoperiostico.

A).- Enuclación



B).- Marsupialización



CASO CLINICO # 1.

NOMBRE: GUSTAVO ALCARAZ CEBALLOS.
EDAD: 17 AÑOS
SEXO: MASCULINO
OCUPACION: CONTADOR.

TRATAMIENTO:
ENUCLEACION DE QUISTE
DENTIGERO.

Este paciente se hospitalizó, dando indicaciones proo peratorias.

- 1).- Dieta normal durante el día anterior.
- 2).- Ayuno completo ese día.
- 3).- Se avisó al departamento de anestesiología para la -- realización preoperatoria.
- 4).- Pasar al quirófano al enfermo.

Se pasó al paciente al quirófano, se realizó el lavado de manos y se preparó al paciente para la intervención quirúrgica.

Se realizó la asepsia extraoral e intraoral para que se realizara la técnica de anestesia local para la cual se realizó con Xilócaína con epinefrina, ya anestesiada la zona a operar se procedió a hacer la incisión, con una hoja de bisturí # 15, ya hecha la incisión, esta fué de tipo -- NEWMAN, que abarcó del central superior derecho hasta la -- cara distal del segundo premolar superior, se realizó el -- desprendimiento del colgajo el cual la cápsula quística -- venía pegado a la parte interna de la mucosa.

Se localizó el canino retenido y se realizó la extracción de este, eliminando el órgano dentario, se procedió -- a la eliminación del quiste el cual fué desprendido en su totalidad y eliminándolo de la cavidad bucal, se lavó perfectamente con suero fisiológico y se exploró la cavidad -- para ver si no había quedado resto del tejido quístico, el cual al hacer esta inspección, se encontró que había quedado un segundo diente (MESIODENT), donde se procedió a eliminarlo, ya extraído se, volvió a lavar la cavidad que fué ocupada por el quiste y diente, que procedió a colocar el material reabsorbible GELFOAM, ya empaquetado este se bajo el colgajo a su posición normal.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

y se suturó utilizando hilo de seda de dos ceros suturando con puntos aislados, cerrando perfectamente los bordes de la incisión y así se terminó la intervención quirúrgica, se dieron las indicaciones postoperatorias --- necesarias.

CASO CLINICO # 2.

NOMBRE: SILVIA CASTRO RODRIGUEZ.
EDAD: 18 AÑOS.
SEXO: FEMENINO.
OCUPACION: SECRETARIA.

TRATAMIENTO:
ENUCLEACION DE UN QUISTE PRIMORDIAL.

Se procedió a realizar la asepsia y antisepsia de la zona a operar, se anestesió con Xilocaína con epinefrina con puntos locales supraperiosticos y palatina usandose 3 cartuchos.

Se hizo la incisión con bisturí de BARD PARKER, y hoja No. 15 separando el colgajo con periostotomía desde la línea media hasta el primer molar superior izquierdo.

Se realiza la enucleación del quiste utilizando la legra y cucharilla de alveolo para separarlo y sacarlo de su cavidad, se limpió con gasas y solución fisiológica -- revisando que no quedaran restos se procedió a hacer osteotomía, en la zona del lateral y abriendo una ventana ósea en la zona del premolar utilizando una fresa de bola de baja velocidad. Se colocaron gasas con curación empaquetándolos en la cavidad vacía se procedió a cerrar el colgajo, utilizando hilo de seda tres ceros, colocandolos puntos aislados; se dieron indicaciones postoperatorias.

CASO CLINICO # 3.

NOMBRE: JOSE COBARRUBIAS CRUZ.
EDAD: 60 AÑOS.
SEXO: MASCULINO.
OCUPACION: NINGUNA.

TRATAMIENTO:
MARSUPIALIZACION
QUISTE RADICULAR.

Se realizó asepsia y antisepsia intraoral y extraoral.

Se anestesió localmente con la técnica supraperiostica con carbocaina con vaso constrictor, se procedió a hacer la incisión de NEWMAN, incompleta y palatina con bisturí BARD PARKER, con hoja No. 15.

Se procedió a despegar colgajo mucoperiostico -- con legra, se produjo una línea en la pared de la cápsula y el colgajo se colocó dentro de la cavidad, suturándose el margen de la mucosa, se inyecta suero caliente -- para lavar y se empaca gasa, se dan las indicaciones --- postoperatorias.

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

Debemos elegir cuidadosamente el método apropiado a cada lesión específica, las técnicas más usadas son - enucleación y la marsupialización.

La enucleación ha sido una técnica quirúrgica --- efectiva en el tratamiento de algunas lesiones quísti-- cas y otros quistes se han eliminado por marsupializa-- ción con un buen resultado sin que se presente una reci-- diva posterior.

Para que un tratamiento sea más efectivo necesita mos de un buen diagnóstico, datos físicos, historia cli-- nica, radiografías y de una biopsia.

La biopsia se hace cuando sus indicaciones son -- bastante claras, utilizándose para conocer la naturale-- za de la lesión, este estudio se realiza y se debería-- realizar en todos los quistes pues así sabremos la na-- turaleza histológica ayudándonos a dar un diagnóstico-- definitivo correcto y completo.

Se debe tener cuidado al diagnosticar un quiste-- para poder utilizar la técnica quirúrgica correcta.

Las complicaciones postoperatorias de la interven-- ción quirúrgica son: La infección, tumefacción, hemato-- mas, hemorragias, fractura de hueso, obstrucciones de - vías respiratorias y traumatismo de nervios, Estas se - pueden prever teniendo el cuidado necesario para no -- afectar al tejido circunóante.

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

- 1.- L. Testut A. Latarjet, ANATOMIA HUMANA, ESPAÑA, Editorial Salvat, edición novena 1978.
- 2.- Walter C. Gural. TRATADO DE CIRUGIA ORAL, ESPAÑA, Editorial Salvat, 1971.
- 3.- Gustav O. Kruger, TRATADO DE CIRUGIA BUCAL, MEXICO, Editor Interamericana, cuarta edición, -- 1982.
- 4.- William Archer, CIRUGIA BUCAL, ARGENTINA, Editorial Mundi, 1968.
- 5.- Orbans Bahaskar, ORAL HISTOLOGY AND EMBRIOLOGY- St. Louis, Editorial Mosby Company, novena edición, 1980.
- 6.- H.C. Killely L.W. Kay G.R. LESIONES QUISTICAS -- BENIGNAS DEL MAXILAR, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO, primera edición, 1979.
- 7.- I.A. Mjor J.J. Pindborg, HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA, ESPAÑA, Editorial Labor 1974.
- 8.- Letty Moss Salentijn Marlene Klyvert, DENTAL -- AND ORAL TISSUES, Philadelphia, Lea y Febiger, - 1980.
- 9.- Dimond Mosses, ANATOMIA DENTAL, México, Editorial Hispanoamericana 1980.
- 10.- Jan Legman, Embriología MEDICA, México, Editorial Interamericana, 1976.
- 11.- J.C. Junqueira, HISTOLOGIA BASICA, México, Editorial Salvat reimpresión, 1974.
- 12.- Vicent Provenza, HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA ODONTOLOGICAS, Editorial Interamericana 1974.

- 13.- DANIEL WAITE, CIRUGIA BUCAL PRACTICA, Editorial Continental, 1972.
- 14.- MARIO E. FIGUN, ANATOMIA ODONTOLOGICA FUNCIONAL Y APLICADA, Editorial Ateneo 2da. Edición 1978.
- 15.- Journal of oral and maxilofacial Surgery, Rittersma J.A. Vuairgool, Surgical access to multi cystic lesions by sagital splitting of the -
lo Wer jaw, volum 7, august 79, # 3, pág. 246 -
248.
- 16.- Internacional Journal of oral surgery, Mans he-
din, Agneta Klamfeldt and Gunnar Persson, Surgi-
cal treatment of nasopalatine duct cysts, volu-
me 7, October 78, # 5, pág. 427-433.
- 17.- Journal of maxilofacial surgery, P.H. Von Sker-
st H.H. Rummel KWURSTER, Citological findings -
in cases marsupialized odontogenic cysts, volu-
me 9 February 81, # 1, pág. 35-41.
- 18.- Oral surgery oral medicine oral pathology, Ri-
chard A. Kraut Lieutenant Colonel, Fibromatosis
Following enucleation of an odontogenic Kerato-
cyst volume 5, January 81, # 1, pág. 10-15.
- 19.- Journal of oral pathology, P.J.W. Stoelinga, --
Studies on the lámina dental lamina asrelated -
to its role in the Etiology of cysts and tumors,
volume 5, September 76, pág, 65-73.
- 20.- Hillinshead W. Henry, anatomia para los ciruja-
nos dentistas, México, Editorial Latinoamerica-
na, 1983.