

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



QUISTES EN CAVIDAD BUCAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A :

MARIA TERESA JULIA RODRIGUEZ LERIN

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. J. Rodriguez Lerin', is written over the printed name.



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 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

	Pág.
CAPITULO I	
PROLOGO	1
CAPITULO II	
INTRODUCCION	2
CAPITULO III	
GENERALIDADES	4
CAPITULO IV	
DEFINICION	7
CAPITULO V	
CLASIFICACION	9
CAPITULO VI	
QUISTES CONGENITOS	12
1. Quistes del conducto tirogloso	12
2. Quistes branquiales	13
3. Quistes dermoides	14
CAPITULO VII	
QUISTES DE DESARROLLO	16
1) De origen no dental	16
A. Tipos de Hendiduras	17

	Pág.
a) Quistes del conducto palatino anterior	17
b) Quistes nasoalveolares	20
c) Quistes de la línea media	21
d) Quistes globulomaxilares	22
B. De retención	23
a) Mucocele	23
b) Ránula	23
2) De origen dental	24
A. Periodontales	25
a) Quiste periapical	25
b) Quiste periodontal lateral	30
c) Quiste residual	32
B. Primordiales (Folicular)	34
C. Dentígero	35
D. Queratoquiste	47
 CAPITULO VIII	
QUISTES DE LOS MAXILARES NO EPITELIALES	51
1. Quistes Hemorrágicos	51
2. Quistes Solitarios	53
 CAPITULO IX	
DIAGNOSTICO	54
 CAPITULO X	
TRATAMIENTO	56
I. Preoperatorio Mediato	56
A. Historia clínica	58
B. Examen de laboratorio	60
C. Examen radiográfico	62
II. Preoperatorio Inmediato	64

	Pág.
A. Medicación prequirúrgica	64
B. Asepsia y Antisepsia	68
C. Instrumental	70
D. Anestesia	79
E. Técnica Quirúrgica	82
1. Quistes de tejidos blandos	83
a) Quistes congénitos	84
- Quiste tirogloso	84
- Quiste y fístulas branquiales	85
- Quiste dermoide	86
b) Quistes de retención	86
- Mucocèle	87
- Ránula	88
2. Quistes óseos	90
III. Tiempo Posoperatorio	97
A. Tratamiento local posoperatorio	98
B. Fisioterapia posoperatoria	99
C. Cuidados de la herida	100
 CAPITULO XI	
CONCLUSIONES	102
 BIBLIOGRAFIA	104

CAPITULO I

P R O L O G O

La Medicina Bucal estudia las importantes relaciones que existen entre enfermedades bucales y generales, y sugiere posibilidades para una mayor y más íntima colaboración entre médicos y odontólogos con el fin de brindar a nuestros pacientes comunes la mejor ayuda posible.

Al establecer el plan de esta tesis, el primer problema que se nos plantea es el de seleccionar los temas a tratar, ordenándolos y atribuirles la importancia que cada uno merece.

En esta tesis tratamos de plasmar todos los conocimientos sobre este tema que es el de "QUISTES EN CAVIDAD BUCAL" - obtenidos durante nuestro tiempo de licenciatura.

Entre los factores que contribuyen al gran intercambio de conocimientos, y a difundir los diferentes métodos clínicos prácticos, contamos con textos, tesis, tratados, artículos en revistas y otros medios para congresos, conferencias y cursos breves de actualización específica de la profesión. Contando por supuesto, con los tratados clásicos que rigen en la enseñanza y que se conservan como orientación, surgiendo en ellos modificaciones y variaciones de gran utilidad para actualizar la práctica de la profesión.

CAPITULO II

INTRODUCCION

En su mayoría las afecciones de huesos maxilares dejan huella o tienen íntima importancia con su arquitectura.

Estas afecciones actúan de dos maneras distintas: de acuerdo con la intensidad y evolución del proceso. Las osteopatías agudas, de comportamiento rápido, y brusco supongamos una oteomilitis aguda, producen sobre las estructuras óseas determinado tipo de lesión que es producto de la agresión masiva y rápida; este hueso mostrará grados variables de destrucción y reconstrucción que deberá ir acorde a la intensidad del ataque. Así podremos observar imágenes radiolúcidas, que representarán pérdida de hueso alternándose con radiopacas que significan destrucción seguida de defensa o neoformación. Esto no sucede en las afecciones crónicas es decir de marcha y evolución lenta como sería un quiste dentígeno en maxilar inferior. Su pausado crecimiento le permite al hueso que lo aloja, formar una barrera ósea a manera de defensa, lo que llamaríamos la cortical. Esta clase de proceso como todos los cavitarios, están caracterizados por una imagen radiolúcida rodeado por línea radiopaca que sería una reacción ósea de defensa o cortical. Las imágenes radiográficas obte-

nidos tras la iluminación ósea por ostectomía que sería por -- ejemplo la extracción de un diente retenido o la resección de un quiste u otro proceso con asiento óseo conserva su línea radiopaca de la cortical lo cual no ocurre, naturalmente en la eliminación quirúrgica de una osteomielitis o algunos tumores. Esta ausencia de cortical se observa en gran número de afecciones locales o generales. El grado de la intensidad de la imagen radiolúcida varían las diversas patologías que se desarrollan en maxilares según sea la destrucción de la tabla vestibular, lingual o de ambas. En la interpretación correcta del tinte radiográfico reside el éxito del diagnóstico. Las cavidades u orificios que realizamos en huesos secos con cualquier fin tienen intensidad diferentes a las cavidades óseas de los pacientes así el tamaño y dirección de las eliminaciones del tejido óseo dará un exacto valor a los estudios radiográficos.

CAPITULO III

GENERALIDADES

La carie dentaria, causa principal de pérdida de dientes hasta el cuarto decenio de la vida, se caracteriza por una destrucción progresiva inducida por bacterias de los componentes minerales y orgánicos del esmalte externo y de la dentina subyacente. Se han efectuado numerosos y largos estudios de salud pública que han demostrado con claridad que la fluoridación artificial del agua potable, trae consigo una disminución de 50 a 75% de las caries.

Si las caries progresa sin tratamiento, se presenta una infección de la pulpa dentaria que da lugar a la pulpitis aguda. Durante las fases tempranas de una pulpitis, los cambios térmicos, y en particular las bebidas frías provocan dolor moderado. Al ser atacada más profundamente la pulpa por las caries avanzadas, el calor o el inclinar el cuerpo pueden provocar dolor más intenso y continuo. En esta fase, el daño de la pulpa es irreversible y el tratamiento consiste en la extracción o la extirpación completa de los restos contenidos en la cámara de la pulpa y los conductos radioculares.

Si no se trata de pulpitis, la infección puede extenderse fuera del ápice del diente hasta el ligamento periodontal,

causando dolor a la masticación o a la percusión. La manifestación más común de enfermedad periapical es el granuloma periapical, masa localizada de tejido de granulación crónica -- que se extiende progresivamente a expensas del hueso alveolar circunvecino. El granuloma periapical crónico puede presentar los síntomas antes mencionados o puede ser asintomáticos. Si se permite que persista sin tratamiento, el granuloma puede originar un quiste periapical o un absceso periapical; a los rayos X estas tres lesiones aparecen como áreas radiolúcidas.

Podríamos considerar que un quiste es una unidad particular nosológicamente hablando, que es caracterizada por estar compuesta por una bolsa conjuntivo-epitelial, con un contenido líquido o semilíquido, y que bajo circunstancias especiales está en relación con un órgano dentario que puede ser adulto o embrionario. En otros casos esta bolsa puede no existir, en cuyo caso se le consideraría como un quiste no epitelial. Con relación a estos quistes, los no epiteliales, trataremos de estudiarlos en sus dos variedades; quistes hemorrágicos y quistes solitarios.

Los quistes odontogénicos para su estudio representan -- dos grandes subdivisiones: Inflamatorios, o sea los que se forman a través de una complicación crónica de una gangrena pulpar y que son los quistes paradentarios y los quistes resi

duales. Y los que tienen su origen a partir de los tejidos embrionarios del diente o del desarrollo, los quistes dentígeros, quistes primordiales, queratoquistes y quistes periodónticos laterales.

A pesar de que los quistes no odontogénicos son poco frecuentes en su ocurrencia su estudio es muy interesante; éstos son: los quistes del conducto palatino anterior, los quistes-globulomaxilares, y los quistes nasopalveolares.

Obviamente la anestesia ocupa un lugar preponderante en muchas de las maniobras quirúrgicas, es por esto que trataremos de adentrarnos en este tema refiriéndonos a las técnicas que más utilizaremos en el tratamiento quirúrgico que mejores resultados han arrojado al cirujano bucal, así como los cuidados pre y post-operatorios, antibioterápica, etc. que conlleva el tratamiento de estas patologías.

CAPITULO IV

DEFINICION

Podríamos considerar que un quiste es una unidad particular nosológicamente hablando, que es caracterizada por estar compuesta por una bolsa conjuntivoepitelial, con un contenido líquido o semilíquido, y que bajo circunstancias especiales - está en relación con un órgano dentario que puede ser adulto o embrionario. En otros casos esta bolsa puede no existir, - en cuyo caso se le consideraría como un quiste no epitelial. - Con relación a estos quistes, los no epiteliales, trataremos de estudiarlos en sus dos variedades; quistes hemorrágicos y quistes solitarios.

Los quistes odontogénicos para su estudio representan -- dos grandes subdivisiones: Inflammatorios, o sea los que se -- forman a través de una complicación crónica de una gangrena - pulpar y que son los quistes paradentarios y los quistes residuales. Y los que tienen su origen a partir de los tejidos - embrionarios del diente o del desarrollo, los quistes dentígeros, quistes primordiales, queratoquistes y quistes periodón-ticos laterales.

A pesar de que los quistes no odontogénicos son poco frecuentes en su ocurrencia su estudio es muy interesante; éstos

son: los quistes del conducto palatino anterior, los quistes-globulomaxilares, y los quistes nasoalveolares.

Obviamente la anestesia ocupa un lugar preponderante en muchas de las maniobras quirúrgicas, es por esto que trataremos de adentrarnos en este tema refiriéndonos a las técnicas que más utilizaremos en el tratamiento quirúrgico de los quistes. Asimismo expondremos algunas de las técnicas quirúrgicas que mejores resultados han arrojado al cirujano bucal, -- así como los cuidados pre y post-operatorios, antibioterapia, etc. que conlleva el tratamiento de estas patologías.

CAPITULO V
CLASIFICACION

Los tipos de quistes que pueden presentarse en la cavidad bucal en la cara y en el cuello son: congénitos, de desarrollo y de retención. Los quistes de origen dental son los más comunes.

A) Quistes congénitos.

1. Tirogloso
2. Branquial
3. Dermoides

B) Quistes en desarrollo.

1. De origen no dental

a) Tipos de hendidura

- 1) Quistes del conducto palatino anterior
- 2) Nasoalveolares
- 3) En la línea media
- 4) Globulomaxilares

b) De retención

- 1) Mucocelo
- 2) Ránula

2. De origen dental

a) Periodontales

- 1) Periapical
- 2) Lateral
- 3) Residual
- b) Primordiales (folicular)
- c) Dentígero
- d) Queratoquistes

C) Quistes de los maxilares no epiteliales.

- 1. Quistes Hemorrágicos
- 2. Quistes Solitarios

No se incluyen en esta clasificación los neoplasmas con aspecto quístico, pero los que se encuentran más comúnmente son el ameloblastoma y el tumor mixto de glándulas salivales. El ameloblastoma, neoplasma dental verdadero, tal vez no presente otras características clínicas que las de una lesión quística. Este neoplasma ataca principalmente al hueso, con desplazamiento de los tejidos blandos adyacentes por erosión y expansión.

Los neoplasmas salivales de células mixtas aparecen más frecuentemente en la región de la parótida de paladares blando y duro que en cualquier otra parte de la boca, con excepción posiblemente del carrillo. Rara vez se presentan en los labios, donde forman una tumefacción palpable similar al mucocele.

Los tumores benignos de los tejidos blandos de la cavi--

dad bucal que pueden tener el aspecto clínico de un quiste incluyen fibroma, lipoma, mioma, hemangioma, linfangioma y papiloma.

Hay otros neoplasmas y estados displásicos del hueso que pueden parecer lesiones quísticas a la radiografía. Estos -- neoplasmas incluyen el tumor de células gigantes, la displasia fibrosa, el fibroma osificante, el carcinoma metastático e invasor, el sarcoma osteolítico, otros tumores óseos primarios que no son comunes y el mieloma múltiple.

Las disfunciones metabólicas o generales que pueden dar como resultado lesiones con aspecto radiográfico de quistes -- son la osteítis fibrosa quística y las enfermedades del sistema reticuloendotelial

Las cavidades hemorrágicas o traumáticas en el hueso y -- las cavidades óseas idiopáticas descritas por Stafne y otros, también pueden confundirse con los quistes verdaderos de los maxilares y de la mandíbula.

CAPITULO VI

QUISTES CONGENITOS

Quistes del conducto tirogloso. Los quistes tiroglosos pueden aparecer en cualquier porción del conducto tirogloso; por lo tanto, están en la línea media y generalmente son de color obscuro. También pueden estar tan vascularizados que se parecen al hemangioma. Un síntoma importante y frecuente es la hemorragia en la boca por rotura de las venas sobreyacentes.

El conducto tirogloso está en la línea que une la glándula tiroidea y el agujero ciego de la lengua.

El quiste del conducto tirogloso suele darse en personas jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad. Clínicamente, es una masa quística, firme, de la línea media, cuyo tamaño varía de algunos milímetros a varios centímetros. Puede estar a un lado de la línea media. La hinchazón se desarrolla con lentitud y es asimétrica, salvo que esté en una ubicación alta en el conducto, cerca de la lengua. En estos casos, puede haber disfagia. El quiste puede encontrarse en el agujero ciego, en el piso de la boca, o más abajo, cerca del cartílago cricoides o tiroidea.

Debido al conducto tirogloso el quiste puede infectarse.

En tal caso puede drenar espontáneamente, pero también puede hacerse la incisión. Debe quitarse antes que ocurra la inyección o después que los síntomas agudos han disminuido. La escisión completa del trayecto fistuloso hasta la base de la lengua, frecuentemente incluyendo una porción del hueso hioides, es indispensable para la curación.

Quistes branquiales. Este tipo de quistes es conocido también con el nombre de quiste linfoepitelial cervical benigno el cual se produce en la zona lateral del cuello y fue descrito clásicamente como originado en los restos de los arcos branquiales o sacos faríngeos. Sin embargo, hay considerables pruebas que indican que este tipo de quiste no tiene relación con los arcos branquiales. No es quiste fisural verdadero, pero es mejor considerarlo como tal por su origen en el desarrollo. Sus pruebas convencen de que el origen estaría en la transformación quística del epitelio atrapado en los nodulos linfáticos cervicales. La fuente de este epitelio es desconocida, pero es probable que provenga de glándulas salivales, como otra posibilidad embriológica.

La mayoría de estos quistes aparecen en adultos jóvenes, aunque pueden tornarse evidentes en la niñez temprana. Son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semanas a muchos años.

La lesión se presenta como una masa movable asintomática

y circunscrita en la zona lateral del cuello superior, por lo común cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Aunque la mayoría de estos quistes se produce en el cuello, muchos fueron observados en el ángulo de la mandíbula, en la zona submaxilar e incluso en las zonas periauricular y parotídea.

Este quiste debe ser tratado por medio de una remoción quirúrgica minuciosa. Hay recidiva si se dejan restos o si simplemente se aspira o se drena la lesión.

Quistes dermoides. Los quistes dermoides son relativamente poco frecuentes en cavidad bucal. Los quistes dermoides consisten en una pared fibrosa cubierta por epitelio escamoso estratificado. Los quistes frecuentemente contienen cabello y glándulas sebáceas y sudoríparas, así como estructuras dentales. Pueden presentarse en el paladar blando y duro, en el dorso de la lengua y más comúnmente en el piso de la boca. Causan una tumefacción en el mismo sitio que los quistes sublinguales de retención y deben ser diferenciados de ellos. No tienen el aspecto vesicular de la ránula. Los quistes dermoides pueden estar localizados arriba o abajo del músculo geniohioideo. Ocurren generalmente en la línea media, pero pueden ser desplazados lateralmente durante el desarrollo y como tales deben ser diferenciados de los quistes de origen branquial.

Los quistes dermoides no son fáciles de descubrir si no existe una tumefacción debajo del mentón o en el piso de la boca. A la palpación estos quistes dan una sensación similar a la del caucho; generalmente contienen una secreción amarilla parecida al queso. El color ayuda a diferenciar los quistes dermoides de la rínula, que tienen color azuloso. El examen radiográfico puede ayudar a distinguir un quiste dermoide de otras lesiones similares debido a su contenido, frecuentemente con sustancias radiopacas.

El tratamiento es la remoción quirúrgica de todo el tumor.

CAPITULO VII

QUISTES DE DESARROLLO

1. DE ORIGEN NO DENTAL

Los quistes no odontogénicos, son aquellos que se apartan del estudio general de los quistes de los maxilares; son procesos que no tienen relación con el aparato dentario (embrionario o adulto) y su epitelio proviene de tejidos embrionarios que quedan en los maxilares como reliquias de la edificación de los huesos de la cara, de epitelios remanentes de las hendiduras faciales o de epitelios que se mantienen relegados en las líneas de soldadura del maciso maxilar.

Estos quistes no odontogénicos han sido ordenados de manera diferente por los distintos autores que se han ocupado del tema. Thoma los estudia bajo la denominación genérica de quistes de las hendiduras faciales y los clasifica en quistes fisurarios y quistes nasopalatinos; subdivide a estos quistes en tres especies, en relación con las tres hendiduras embrionarias de la región maxilar superior: nasoalveolares, palatinos y globulomaxilares.

A) TIPOS DE HENDIDURAS

Quistes del conducto palatino anterior. Estos procesos eminentemente embrionarios se desarrollan en el conducto anatómico, que une las fosas nasales con la bóveda palatina. Pero recordemos, que en la cara interna de la apófisis palatina del hueso maxilar superior está labrado un canal que se dirige de arriba a abajo, de atrás a adelante y de fuera a dentro; este conducto se inicia en la fosa nasal correspondiente y -- termina a nivel de la bóveda palatina por detrás de los incisivos centrales. En la bóveda este conducto es único, porque se han fusionado los dos canales mencionados. En el piso de las fosas nasales se abre uno a cada lado del tabique. Este canal se une con uno semejante del lado opuesto, formando entre ambos el conducto palatino anterior. Por este conducto discurren nervios y vasos. Este conducto está tapizado por una mucosa con epitelio ciliado o estratificado, según proveniga de las fosas nasales o de la cavidad bucal; en el adulto pueden quedar reliquias de los epitelios embrionarios de ambas cavidades. Es a expensas de estos restos epiteliales embrionarios que se desarrollan los quistes del conducto palatino anterior.

Estos quistes, también denominados nasopalatinos, son -- frecuentes; su número, en relación con los procesos quísticos de los maxilares, es importante.

Estos quistes han sido denominados de diversas maneras: - quistes del conducto palatino, quistes del conducto incisivo y quistes nasopalatinos.

Este conducto, que normalmente se oblitera en el hombre en los primeros meses, queda abierto en muchas especies animales: monos, perros, conejos.

Dentro de este conducto anormal se encuentran tejidos embrionarios (restos epiteliales), a cuyas expensas van a desarrollarse los quistes.

Un factor capaz de provocar la organización quística del epitelio encerrado en el conducto, puede ser el traumatismo originado por la masticación, presión ejercida por la prótesis, infecciones dentarias o gingivales vecinas.

SINTOMATOLOGIA. - Estos procesos pasan muchas veces inadvertidos.

Su sintomatología es escasa o casi nula, a no ser que se infecten, teniendo en estas ocasiones todas las características de los quistes dentarios supurados.

El tamaño del proceso no tiene nada que ver en cuanto a las posibilidades de infección y supuración; un pequeño quiste, poco mayor que el diámetro normal del conducto palatino, provocó un absceso que se fistulizó en la bóveda palatina; -- una sonda introducida por la fistula lleva hasta el quiste.

La mayor parte de estos procesos tienen tendencia a desarrollarse hacia la bóveda palatina, provocando el descenso de la tabla ósea, pudiendo percibirse la sensación de crepitación apergaminada. El color de la fibromucosa que cubre al quiste es generalmente rojo-vinoso. En otras ocasiones, el proceso se desarrolla hacia la tabla vestibular, con todas las características que presentan los quistes paradentarios, a saber: abombamiento de la tabla ósea vestibular, sensación de fluctuación o de renitencia, modificación del surco vestibular y cambio de las líneas fisonómicas.

Las radiografías de estos quistes se asemejan extraordinariamente a las de los paradentarios. La vitalidad conservada de los dientes y el estudio clínico e inclusive la profundización del examen radiológico sirven para hacer el diagnóstico del proceso y el diagnóstico diferencial.

El examen radiográfico es semejante, en casi todos los casos: una imagen circular situada centralmente, entre los incisivos superiores. Esta mancha puede ser excéntrica en algunas ocasiones, como cuando el quiste se ubica en un conducto lateral, o tienen forma de corazón, cuando dos quistes, uno a cada conducto, se ponen en contacto en la línea media.

Estos procesos son casi siempre indoloros; cuando son dolorosos, esta sensación es de tipo reflejo, manifestándose sobre el ala de la nariz, arcada dentaria y ojos. Los quistes-

del conducto palatino anterior pueden presentarse en maxilares con todos sus dientes o parcial o totalmente desdentados.

El tratamiento de estos quistes es quirúrgico; la eliminación total de la bolsa, o el método conservador, cuando las condiciones lo requieran o lo permitan.

La vía de elección para intervenirlos debe estar de acuerdo con dos factores: tamaño del quiste, por lo tanto vecindad con las tablas palatina o bucal y la presencia de dientes.

Quistes Nasoalveolares. En la patología de los maxilares son procesos poco frecuentes. Para Bhaskar deberían ser estudiados entre los quistes de los tejidos blandos. Se ubican en el piso de una fosa nasal y hacen un crecimiento descendente; en tales circunstancias, se les puede localizar por la inspección clínica y manual, dando idéntica sintomatología a la de los otros quistes de los maxilares. Un levantamiento del piso de la fosa nasal, visible a la inspección, los denuncia. Son más comunes entre los individuos de la raza negra. Se inician en el lugar donde los procesos mediano y nasal lateral se juntan con el proceso maxilar. Se desarrollan a expensas de los restos epiteliales, reliquias de la fusión de los procesos mencionados.

Radiográficamente no dan ninguna imagen; sólo los quistes antiguos pueden horadar ligeramente la tabla vestibular,-

originando una imagen muy poco neta.

El tratamiento es quirúrgico; la vía de acceso es el vestíbulo bucal.

Quistes de la línea media. El quiste de la línea media es un quiste de hueso que se forma en la hendidura media del paladar por restos embrionarios. Se han descrito quistes de la línea media alveolares. Robinson afirma que estos no son quistes de la línea media verdaderos, ya que los huesos que se unen en estas regiones se originan de tejidos mesenquimatosos profundos sin oportunidad de inclusión de restos epiteliales. Robinson cree que son quistes primordiales de gérmenes de dientes supernumerarios. Hemos ya descrito quistes en la línea media del maxilar inferior; son extremadamente raros.

Los quistes de la línea media se diferencian de los quistes del canal incisivo debido principalmente a su localización, ya que éstos ocurren más hacia atrás en el paladar. -- Los datos radiográficos son desorientadores, por la superposición de las sombras de los senos paranasales. La inyección de un material radiopaco delineará al quiste.

La escisión quirúrgica de estos quistes es el tratamiento de elección, pero se puede utilizar el método de Partsch. -- Frecuentemente estos quistes tienen que alcanzarse haciendo un colgajo mucoperiosteico desde la pared labial del maxilar superior y del paladar. Estos quistes están cerca del piso --

de la nariz e invaden la cavidad nasal. Tienen un saco de te jido conectivo cubierto por epitelio estratificado. Como en otros quistes, puede haber espacios de cristales de colestero~~l~~ rodeados en algunos casos por células de cuerpo extraño.

Quistes Globulomaxilares. Los quistes globulomaxilares son procesos que se ubican y desarrollan en el espacio óseo entre el incisivo lateral y el canino del maxilar superior.

Su etiopatogenia es causada por una proliferación de los restos epiteliales ubicados en el lugar correspondiente a la fusión o soldadura de los procesos globular y maxilar. Según Bhaskar, ocupan el 17% de los quistes no odontogénicos. Se encuentran en una mayor proporción en la raza negra.

Clínicamente no dan ningún síntoma aparente; lo único real, es el rechazo de los dientes citados. Cuando adquieren mayor volumen pueden infectarse, dando los síntomas de crepitación y fluctuación. La vitalidad de los incisivos y caninos se conserva. Radiográficamente se presentan en "forma de pera", con límites precisos. Algunos autores señalan, que desde este enfoque radiográfico "la lámina dura en distal del incisivo lateral y en mesial de canino, ha desaparecido; los bordes de la imagen, no están generalmente, tan bien delineados y definidos como en las radiografías de los otros quistes de los maxilares".

El tratamiento quirúrgico de estos quistes, es el mismo

que estudiaremos para los otros quistes de los maxilares.

B) DE RETENCION

Mucoceles. Los quistes mucosos o mucoceles resultan de la obstrucción de un conducto glandular y generalmente aparecen en el labio, carrillo y piso de la boca. Pueden también encontrarse en la porción anterior de la lengua donde las glándulas están localizadas en la superficie inferior. Son tumefacciones pequeñas, redondas y translúcidas ovales; generalmente tienen color azulado y pueden confundirse con una hemangioma. El mucocele es movable y suele encontrarse inmediatamente debajo de la mucosa. Algunas veces los mucoceles pueden perforarse accidentalmente o romperse espontáneamente, pero se forman de nuevo. El tratamiento de elección es la escisión completa. Si su remoción es incompleta, tienden a reaparecer, pero no se conocen casos de malignización.

Ránula. Una ránula es un quiste que se forma en el piso de la boca, generalmente en una glándula sublingual. La ránula se forma de una manera similar al mucocele, pero adquiere un tamaño mayor.

Cuando llega a ser de tamaño grande, la mucosa se adelgaza y el quiste presenta un color azulado. Es una lesión no dolorosa, pero la lengua puede ser levantada, lo que dificul-

ta la masticación y la fonación. La ránula puede perforarse cuando se traumatiza, escurriendo un líquido mucoso que se acumula de nuevo cuando sana la lesión.

El tamaño de la ránula no puede calcularse por su aspecto dentro de la boca. Está tensa y fluctuante, pero se deprime a la presión. Pocas veces causa una tumefacción externa y rara vez se infecta. Es indolora y contiene un líquido mucoso. La ránula es mucho más firme que el angioma, que se encuentra a veces en el piso de la boca. Los quistes dermoides dan una sensación de masa a la palpación y ocurren más frecuentemente en la línea media. Los lipomas son más firmes. Los quistes del conducto submaxilar generalmente causan tumefacción de la glándula submaxilar, se desarrollan más rápidamente que la ránula verdadera y presentan dolor y otros síntomas de inflamación.

El mejor tratamiento es la cirugía en forma de marsupialización.

II. DE ORIGEN DENTAL

Toler reconoce dos clases principales de quistes odontógenos, cada una de las cuales tiene su origen en diferentes tipos de restos celulares epiteliales. Son quistes no queratinizados y queratoquistes odontógenos, que se producen con

menor frecuencia. Los quistes no queratinizados aumentan de tamaño principalmente debido a las características degenerativas de sus revestimientos. Los queratoquistes aumentan su tamaño principalmente por un proceso de multiplicación de las células epiteliales y tienen mayor tendencia a recurrir. Sin embargo, será necesario realizar más estudios para dilucidar el origen a la naturaleza de estos quistes.

Según la clasificación que se expone en este capítulo, son importantes los siguientes tipos de quistes.

A) PERIODONTALES

Quiste periapical. Es conocido también con el nombre de quiste periodontal apical. Es el más común de los quistes -- odontógenos. A diferencia de los otros tipos, afecta el ápice de un diente brotado y con gran frecuencia es resultado de una infección por vía pulpar, casi siempre después de la formación de una caries. Es un quiste verdadero, pues la lesión consta de una cavidad patológica tapizada de epitelio, con frecuencia ocupada por líquido. El revestimiento epitelial deriva de los restos epiteliales de Malassez, que proliferan como resultado del estímulo inflamatorio en un granuloma preexistente. Como se señaló en la sección sobre granuloma apical, el epitelio proviene en algunos casos de: 1) epitelio --

respiratorio del seno maxilar cuando la lesión periapical se comunica con éste, 2) epitelio bucal de un trayecto fistuloso, y 3) epitelio bucal que prolifera apicalmente desde una bolsa periodontal.

Este tipo de quiste presenta una luz que, casi invariablemente, está cubierta por epitelio escamoso estratificado, en tanto que la pared está compuesta de tejido conectivo condensado. Si bien se sabe que el estímulo para la proliferación del epitelio del quiste periodontal es la inflamación -- del granuloma periapical, no se sabe la razón por la cual no todos los granulomas se transforman en quistes. Esto es particularmente curioso, puesto que los restos de Malassez están siempre presentes en el ligamento periodontal de todos los -- dientes. Podría ser que si todos los granulomas periapicales persistieran un periodo suficientemente prolongado, terminarían todos en quistes.

El modo de formación del quiste es un fenómeno interesante. La reacción inicial que lleva a la formación de éste es una proliferación de los restos epiteliales de la zona periapical que abarca el granuloma. Esta proliferación epitelial tiene un patrón de crecimiento irregular y a veces presenta un cuadro alarmante debido a la naturaleza seudoinvasora y aspecto inflamatorio alterado de las células. A medida que esta proliferación prosigue, y la masa epitelial aumenta de tamaño por la división celular en la periferia, que corresponde

a la capa basal del epitelio superficial, las células de la porción central se van separando cada vez más de su fuente de nutrición, los capilares y el líquido tisular del tejido conectivo. Cuando estas células centrales dejan de obtener los nutrimentos suficientes, degeneran, se necrosan y licuefacionan. Esto crea una cavidad revestida de epitelio y llena de líquido, es decir, el quiste periodontal apical.

También es posible que el quiste se forme por proliferación del epitelio para tapizar una cavidad preexistente formada por necrosis focal y degeneración del tejido conectivo del granuloma periapical. Pero no es común hallar epitelio o proliferación de éste cerca de una zona de necrosis, de manera que la formación del quiste de esta manera es, presumiblemente, poco común.

La mayor parte de los quistes periodontales apicales son asintomáticos y no dan indicios evidentes de su presencia. Es raro que el diente esté doliendo o sensible a la percusión. Este tipo de quiste muy pocas veces tienen un tamaño tal que destruya hueso, y menos todavía que produzca la expansión de las láminas corticales.

El quiste periodontal apical es una lesión que representa un proceso inflamatorio crónico y se desarrolla solo, en periodos prolongados. A veces, uno de estos quistes de larga duración pueden experimentar una exacerbación aguda del proceo

so inflamatorio y transformarse rápidamente en un absceso, -- que a su vez evolucionen hacia una celulitis o establece una fístula. No se conoce la causa de esa empeoración repentina, pero podría ser por la pérdida de la resistencia generalizada o local de los tejidos.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.- El aspecto radiológico -- del quiste periodontal apical es idéntico, en gran parte de -- los casos, al del granuloma apical. Como lesión es progresivamente crónica originada en un granuloma preexistente, puede ser de mayor tamaño que el granuloma en razón de su mayor duración, pero esto no es invariable.

Priebe y colaboradores comprobaron que es imposible distinguir entre un granuloma apical y un quiste, sólo mediante la radiografía. Los diagnósticos verdaderos fueron establecidos por el examen histológico del tejido, luego de la extracción. Ocasionalmente, el quiste periodontal apical presenta una línea radiopaca delgada alrededor de la periferia de la -- zona radiolúcida, y esto indica una reacción del hueso a la masa que se expande lentamente. El granuloma también presenta esta característica en muchas ocasiones.

Este estudio de Priebe y colaboradores nos habla de la -- falacia del intento de distinguir entre granuloma y quiste, -- aunque tal distinción tiene derivaciones endodónticas impor-- tantes. Así, las zonas radiolúcidas periapicales se rellena-

rán de hueso, en evidente reparación, después del tratamiento radicular de algunos dientes. En otros casos, aun después de un tratamiento idéntico, la reparación no se produce. Estos últimos casos serían ejemplos de quistes periodontales que repararían, por supuesto, muy lentamente, si es que lo hacen, luego del tratamiento endodóntico.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El tratamiento de este tipo de quiste es similar al del granuloma apical. Se extrae el diente afectado y se curetea minuciosamente el tejido periapical. En ciertas condiciones, se puede efectuar el tratamiento endodóntico con apicoectomía de la lesión quística.

El quiste no recidiva si la enucleación quirúrgica es -- cuidadosa. Si el saco quístico estuviera muy fragmentado, y dejara restos epiteliales, o si se hiciera la remoción incompleta del granuloma periapical y quedaran restos epiteliales, es posible que en esa zona aparezca un quiste residual al cabo de algunos meses o hasta años.

El quiste periodontal apical no parece poseer una marcada propensión a la transformación ameloblastomatosa como la del quiste dentífero. Como se dijera antes, el epitelio de revestimiento puede generar un carcinoma epidermoide, pero esto es raro.

Si no se trata, aumenta lentamente de tamaño a expensas del hueso circundante. El hueso se resorbe, pero es raro que

haya una expansión compensadora pronunciada de las tablas corticales como la que se ve con frecuencia en el quiste dentígero.

Quiste periodontal lateral. Es un tipo de quiste odontógeno raro pero bien reconocido. Estos nacen directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente brotado y se -- han sugerido varias posibilidades para explicar cómo se forma. Se pensó, por ejemplo, que la lesión puede generarse inicialmente como un quiste dentígero a lo largo de la superficie lateral de la corona. Si la expansión de este es lenta, el brote dental puede ser normal y finalmente el quiste adoptará -- una posición cercana a la superficie lateral de la raíz. Asimismo, se ha pensado que el quiste periodontal lateral se forma directamente en el ligamento periodontal, de restos de Malassez. En este caso, no hay nada que indique la causa de la proliferación.

Asimismo, se ha sugerido un posible origen en los quistes gingivales. Muchos investigadores estudiaron el quiste gingival del adulto, y la mayoría concluyó que esta lesión deriva de los remanentes celulares de la lámina dental. En algunos casos, durante el crecimiento de los maxilares el quiste gingival llegaría a ubicarse en la superficie radicular lateral, aunque tal posibilidad es bastante remota.

La explicación más aceptable para el quiste periodontal-

es que representa simplemente un quiste en un saco hueco con una pared de tejido merario. La predilección de este quiste por originarse en la zona de canino y premolares inferiores - se corresponde bien con la conocida frecuencia elevada de los dientes supernumerarios en la zona de premolares inferiores. - Soskilne y Shear coinciden en lo referente a este origen del quiste periodontal lateral pero, además, sugieren que también surge de brotes supernumerarios de la lámina dental, sin que necesariamente se diferencie primero en órgano del esmalte. - Además opinan que esta lesión debería ser denominada simplemente quiste primordial, y reservarse el término "quiste periodontal lateral" para la lesión inflamatoria que nace en el ligamento periodontal lateral, en los restos de Malassez. Esta modificación en la terminología sería por demás conveniente. Sin embargo, el empleo de la denominación "quiste periodontal lateral" para la lesión aquí descrita está tan arraigado en la literatura que ese cambio sería muy difícil y llevaría a confusiones.

El quiste periodontal lateral ha sido registrado principalmente en adultos, pero se han estudiado muy pocas lesiones como para poder extraer conclusiones significativas sobre la edad específica o la predilección por sexo. La mayor parte de estos quistes han aparecido en la zona de premolares inferiores.

La mayor parte de los casos no han presentado signos o -

síntomas clínicos, y han sido descubiertos durante exámenes radiográficos dentales de rutina. A veces, cuando el quiste se localiza en la superficie vestibular de la raíz, puede haber una pequeña masa perceptible, pero la mucosa suprayacente es normal. Si no tiene otra lesión el diente correspondiente tiene vitalidad. Si el quiste se infecta, puede asemejarse a un absceso periodontal lateral, y hasta trata de establecer el drenaje.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS. La radiografía periapical revela al quiste periodontal lateral como una zona radiolúcida en aposición a la superficie lateral de una raíz dental. Por lo común, la lesión es pequeña, raras veces mayor de 1 cm de diámetro, y puede o no ser bien circunscrita. En la mayor parte de los casos, los bordes son definidos y a veces está rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO. El quiste ha de ser enucleado por cirugía en lo posible sin extraer el diente afectado. Si esto no fuera factible, hay que sacrificarlo. Es de especial importancia que se establezca el diagnóstico debido a la similitud del aspecto de este quiste con otras lesiones más graves, como un ameloblastoma incipiente. A este tipo de quiste no se le conoce tendencia a recidivar después de su enucleación quirúrgica.

Quistes Residuales. Los quistes residuales, descendien-

tes directos de los quistes paradentarios, son los últimos -- procesos que permanecen en los maxilares después de realizada la extracción del diente que los originó. Esto se debe a que al efectuar la exodoncia, sin el correspondiente examen radiográfico que debería ser de rutina, se ignora la presencia del quiste. Después de un breve periodo inflamatorio, postracción, el quiste permanece latente y, por un mecanismo análogo al de los demás quistes estudiados, crece y aumenta de volumen hasta adquirir tamaños considerables.

Según nuestra estadística, son más frecuentes en el maxilar inferior.

Son silenciosos y asintomáticos hasta que adquieren cierto volumen, lo que les permite ser más lábiles a la infección; tal periodo ocurre con frecuencia, y son descubiertos por el examen clínico y radiográfico, o un examen radiográfico de rutina, los pone en evidencia. El término "infección" no es -- muy exacto, pues permanecen potencialmente infectados; originan estados inflamatorios agudos, con supuración, dolor y tumefacción análogos a los estudiados en los quistes paradentarios.

Algunos autores denominan quistes residuales a los quistes mesiales y distales del tercer molar inferior que pueden permanecer y desarrollarse en los maxilares, si no son enucleados. Estos dos últimos deben situarse en el cuadro de --

los quistes dentígeros por su epitelio odontogénico.

El examen radiográfico muestra la imagen radiolúcida característica de los quistes, sin la presencia del diente causante, extraído tiempo atrás.

El tratamiento de los quistes residuales es el que se indicará para los quistes de los maxilares.

B) PRIMORDIALES (FOLICULAR)

Los quistes primordiales se diferencian de los quistes periodontales y dentígeros en que no contienen elementos calcificados. El término folicular se ha aplicado a este tipo de lesión y puede utilizarse como sinónimo. En los quistes primordiales el retroceso del retículo estrellado en el órgano del esmalte se verifica antes de la calcificación del diente. La palabra primordial implica una estructura más sencilla y menos desarrollada. El quiste está forrado por un epitelio escamoso estratificado y puede ser locular, multilocular o múltiple. Los quistes odontógenos, como los primordiales, se forman del epitelio bucal primitivo y por lo tanto es tán relacionados con el ameloblastoma, un neoplasma dental -- verdadero. En estos quistes las células epiteliales tienen capacidad neta de desarrollar neoplasmas.

Con excepción de la ausencia de las estructuras dentales en el periodo de desarrollo, cuando los cambios quísticos pueden verificarse, estos quistes primordiales y dentígeros son idénticos en todo en lo que respecta al tratamiento quirúrgico y su diagnóstico hasta cierto punto es enteramente académico.

C) DENTIGERO

Se caracterizan los quistes dentígeros por estar constituidos por una bolsa conjuntivoepitelial, en cuyo interior se encuentra la corona de un diente, el cual permanece retenido.

En la literatura médica, los quistes dentígeros se han denominado de distintas maneras: quistes foliculares, quistes dentígeros, quistes coronodentarios, quistes embrionarios, --adamantinomas quísticos de origen gubernacular.

Los quistes dentígeros se desarrollan en dientes que quedan retenidos en los maxilares. Y siempre se presentan radiográfica y estructuralmente constituidos por una bolsa --quística alrededor de la corona de dicho diente.

El mecanismo de la formación de la bolsa quística ha sido explicado por diversos autores:

TEORIA FOLICULAR DE BROCA. Para Broca el origen de los-

quistes dentígeros reside en el folículo dentario. Este folículo sufre una hidropesía, la cual se origina este tumor, por cuya razón su bolsa quística se encuentra directamente insertada en el cuello del diente atacado.

Broca distingue tres periodos en la odontogénesis. A cada uno de estos tres periodos corresponden tres especies distintas de quistes dentígeros.

Periodo embrioplástico.- Caracterizado por formaciones histológicas blandas, no diferenciadas, puede actuar un factor cualquiera que incidiendo sobre el folículo en formación, hace desviar la normal mecanomorfosis hacia formaciones tumorales. El bulbo sufre un proceso de atrofia debido al crecimiento excéntrico y expansivo del líquido quístico y se tiene instalada la tumoración, la cual, por consiguiente, no presenta tejidos dentarios de ninguna especie.

Clinicamente, esta clase de quistes no son frecuentes.

Periodo odontoplástico.- En este periodo, ya iniciada la histodiferenciación y el destino de las células del órgano -- del esmalte y de la papila dentaria, con sus células específicas y de función definida, como son los adamantoblastos y los odontoblastos, el factor X actuando sobre el folículo en plena dinámica, dará como resultado una bolsa con tejidos dentarios "sin forma anatómica definida" en su interior.

Periodo coronario.- Ya formada la corona del diente, sin

raíz todavía, rodeado por el saco dentario, resultante de la histodiferenciación del mesénquima, el mecanismo de la formación tumoral puede dar origen a un quiste, caracterizado por una bolsa conjuntiva (el saco dentario) y epitelial (el epitelio externo del órgano del esmalte), insertado en el cuello de la corona de un diente. Por lo tanto, no tiene raíz y no puede tenerla según la opinión de Broca, porque el folículo, desviado de su función no puede formar la raíz.

TEORIA DE MALASSEZ. La teoría paradentaria no se ajusta a las realidades clínicas que se observan en los quistes dentígeros.

Malassez atribuye a los restos epiteliales paradentarios un papel importante y capital en la formación de estos tumores. Estas células epiteliales, por un factor irritativo, se hipertrofian y se asocian. Su unión y vacuolización posterior, dan origen a una cavidad que, aumentando de volumen, da lugar al quiste. Este quiste, en contacto con un diente retenido, y por una mutua atracción, es perforado por el diente que se inserta exactamente a nivel de su cuello.

Malassez también atribuye a los quistes dentígeros un origen gubernacular. Malassez dijo "La corona ha salido de la cavidad folicular y se encuentra en una cavidad que es de origen gubernacular, por su asiento, su origen y la naturaleza de su epitelio". "Si un ensanchamiento se realiza en esta

cavidad, el quiste resultante no podrá ser llamado folicular. Es un quiste que merece el nombre de gubernacular, porque su pared y su epitelio son de origen gubernacular".

Ya está planteado, con estas palabras de Malassez, el mecanismo de la formación de los quistes gubernaculares. Un ensanchamiento, por vacuolización de las células del gubernaculum, da origen al quiste, dentro del cual el diente viene a introducirse. "El diente se encuentra colocado en relación a la cavidad quística, en la misma situación que un diente normal con relación a la encía, y de la misma manera que el saco dentario, transformándose en ligamento, agarra la encía al cuello del diente, así el saco dentario, por el mismo proceso agarra o adhiere el quiste al cuello del diente que ha penetrado en él".

Clinicamente comprobamos que esta teoría no es exacta. En los dientes que quedan retenidos siempre se comprueba radiográficamente su saco dentario rodeando su corona, a cuyas expensas se iniciará el quiste. Por eso es verdad la frase de Sordoillet: "Todo diente incluido es un quiste dentífero en potencia".

Es tal su poder expansivo, que puede desgastar las raíces de los dientes que encuentra en su camino y el tejido óseo vecino a cuyas expensas crece. Cuando se encuentra con la corona de un diente, lo empuja y desvía hacia límites ex-

treemos. Cuando se pone en contacto con una raíz, ésta no penetra dentro de la luz del quiste, sino que la desvía, la desgasta y abre los dientes en abanico.

TEORIA DE LERICHE Y COTTE. Para Leriche y Cotte, los quistes epiteliales pueden considerarse como enclavomas dentarios quísticos. Se trata de procesos de inclusión embrionaria, cuyo origen puede ser el folículo dentario, los restos paradentarios de Malassez o bien el epitelio gingival, dependiendo del caso que el enclavoma sea mono o bidérmico.

TEORIA DE BLOCH-JOERGENSEN. Atribuye que son quistes paradentarios de los dientes temporarios, en los cuales va a introducirse, la corona del diente retenido.

A la teoría de Bloch-Joergensen se oponen las siguientes razones: los quistes paradentarios en dientes temporarios son excepcionales; el examen radiográfico de los supuestos quistes paradentarios que presenta el autor, no tiene las características de la perfecta limitación y cortical intacta; más bien parecen procesos infecciosos periapicales. El diente retenido no se introduce en el quiste.

TEORIA DE LARTSCHNEIDER. J. Lartschneider (1909) es autor de una teoría que puede sintetizarse con estas palabras: "Los quistes dentígeros no son nada más que folículos dentarios enfermos, infectados por procesos apicales de dientes temporarios".

El autor de esta teoría, hace las siguientes afirmaciones:

1. Las raíces necrosadas de los dientes temporarios son una fuente de infección de los folículos de los permanentes.

2. De todos los folículos, los de los bicúpides sufren con una mayor frecuencia degeneración quística, porque estando encerrados entre las raíces bifurcadas de los molares temporarios, tienen mayor facilidad para infectarse, cuando aquéllos tienen complicaciones periapicales.

3. Por supuesto, los dientes temporarios no pueden ser culpados de los quistes dentígeros de los molares sin antecedentes. Para la infección del folículo del tercer molar, deben tenerse en cuenta afecciones amigdalinas y periamigdalinas y procesos gingivales, tales como estomatitis, gingivitis y aftas.

El concepto actual es el siguiente: los quistes dentígeros se deben a trastornos mecánicos en la erupción dentaria que actúan sobre el saco pericoronario. Este órgano no sigue las leyes de involución del germen dentario, no se destruye y desaparece, sino que, irritado y traumatizado, como resultado del trabajo de erupción, produce un líquido entre este saco y la corona del diente. Al aumento de cantidad y tensión de este líquido, segregado por las células del epitelio externo -- del órgano del esmalte y del que forma por trasudación, se debe el crecimiento del proceso.

Considerados anatómicamente los quistes dentígeros, como también los paradentarios, están formados por una bolsa conjuntivoepitelial. En los quistes dentígeros esta bolsa tiene en su interior la corona de un diente normal o de un diente supernumerario. El diente portador del proceso quístico conservó siempre sus caracteres anatómicos. La histología de la bolsa quística presenta grandes analogías con la de los paradentarios. En el interior del quiste se encuentra el líquido quístico que, como en los paradentarios, presenta grandes variaciones respecto al color, a la consistencia y a la bacteriología. Amarillo cetrino la mayor parte de las veces, en otras ocasiones presenta tinte hemático, o lechoso.

En los quistes dentígeros se pueden encontrar cristales de colestérina.

El líquido quístico contiene seroalbúmina, seroglobulina, agua, células en diferente estado de degeneración y leucocitos.

Los quistes dentígeros toman asiento en ambos maxilares. Pero hay un predominio bastante alto a favor del maxilar inferior.

Los quistes dentígeros son mucho menos frecuentes que los paradentarios.

CARACTERISTICAS CLINICAS Y EVOLUCION. A los quistes dentígeros les corresponden los mismos periodos clínicos que a

los demás tumores de los maxilares; un primer periodo intramaxilar y otro periodo de exteriorización. Su marcha y evolución lenta, no dan por lo general síntomas dolorosos y pasan inadvertidos, en muchas ocasiones, durante un gran número de años. La marcha y evolución de los quistes dentígeros tiene muchos puntos de contacto con la de los paradentarios.

Estos tumores se desarrollan cumpliendo con la ley de menor resistencia. Todos tienen características parecidas: hacen, en general, su evolución hacia la tabla externa, en el maxilar superior, a excepción de los correspondientes al canino, cuya marcha y evolución es casi siempre palatina. La evolución del quiste depende, en general, del asiento primitivo del diente retenido. Decimos "asiento primitivo" porque en el curso de su evolución el diente retenido es en general empujado centrífugamente, y desviado hacia lugares insospechables.

En el maxilar inferior, el crecimiento del tumor se hace casi siempre a expensas de las dos tablas.

El tercer molar origina quistes que, por lo general, hacen su expansión hacia la rama montante, rechazando la tabla externa, por debajo del masetero y llegando en algunas ocasiones hasta el cóndilo y apófisis coronoides.

El volumen de estos procesos es variable. Desde el pequeño quiste pericoronario del tamaño de una haba, hasta el -

enorme quiste originado por un primer premolar inferior que, iniciado a nivel del tercer molar inferior, cruzaba la sínfisis llegando al primer premolar del otro lado, se encuentran todos los volúmenes. Por lo general adquiere el tamaño de una nuez, o de un huevo de gallina.

La evolución de los quistes, las relaciones con los órganos vecinos y la reacción de estos órganos ante la marcha tumoral, son idénticas a las de los quistes paradentarios. Sólo hace excepción a este parecido la presencia del diente retenido, el cual de por sí presenta relaciones importantes con los órganos de la vecindad.

La expansión y crecimiento de los quistes dentígeros se manifiestan sobre los dientes vecinos al proceso, produciendo desviaciones, en el sentido de que los dientes se abren en abanico, y rarefacciones del cemento de los dientes que encuentran en su camino, y mortificaciones pulpares idénticas a las que producen los quistes paradentarios.

Los quistes dentígeros suelen infectarse en algunas ocasiones. Tal vez sean más resistentes, en este sentido, que los paradentarios. Nos ha parecido que los quistes pequeños se infectan con mayor facilidad que los quistes grandes, a pesar de que Maurel sostiene que los grandes son más susceptibles que los pequeños y medianos.

SINTOMATOLOGIA. Los quistes dentígeros no presentan por

lo general ninguna sistomatología. Por lo menos en su primer periodo intramaxilar y parte del segundo. En algunas ocasiones pueden percibirse fenómenos dolorosos, que adquieren la misma intensidad que la producida por los dientes retenidos. - Otras veces, la característica desviación de los dientes en abanico llama la atención del paciente o de sus familiares. - Síntomas dolorosos manifiesto e intensos, puede decirse que son raros y excepcionales, sobre todo cuando el quiste es aún estéril.

Sin embargo, neuralgias, dolores de distinto tipo y ceja leas pueden presentarse en algunas ocasiones.

A pesar del volumen extraordinario que pueden alcanzar - en algunas oportunidades estas producciones, "el síntoma dolor" es excepcional.

Lo que más llama la atención del paciente es la deformación de los rasgos faciales, que en oportunidades alcanza proporciones desusadas. Los surcos anatómicos desaparecen, la asimetría facial es manifiesta. La bóveda palatina puede estar descendida; en algunos casos hay exoftalmia por protrusión del globo ocular; en otras ocasiones hay dificultades serias a la fonación y deglución.

Esta sintomatología marcadamente silenciosa, cambia bruscamente si el quiste se infecta. Los dolores se hacen intensos, se irradian en distintas direcciones, el estado general

está también perturbado; hay fiebre, disnea, halitosis, pulso elevado, en una palabra, la sintomatología de un proceso infeccioso agudo. La supuración se abre camino por fístulas de número variable que se instalan intra o extraoralmente, por las que mana un pus fétido y característico. La sonda, introducida por una de estas fístulas, encuentra el tejido blando-aterciopelado de la bolsa quística y se puede percibir la dureza característica del diente retenido. En algunas oportunidades, después de la infección del quiste y su comunicación con el medio bucal, se han podido encontrar caries de distintos grados en el diente retenido.

DIAGNOSTICO. El diagnóstico de los quistes dentígeros tiene muchos puntos de contacto con el de los paradentarios.

El único interés particular reside en el diente originador del proceso, que siempre falta en la arcada. Puede sin embargo suceder que la arcada dentaria esté completa. En este caso, el quiste es originado por un diente supernumerario.

El diagnóstico se hace por los síntomas clínicos, deformación facial o local, ausencia del diente en la arcada y por el examen radiográfico.

La radiografía es indispensable en el diagnóstico, para conocer el volumen del proceso, la relación con los órganos vecinos, el estado de estos órganos y la coloración del diente retenido. Se consigue con cierta perfección, con las to-

mas extraorales, oclusales e intraorales, cuya coordinación puede llegar a ubicar el diente retenido. Por otra parte, en los quistes grandes, después de abierta la bolsa quística y vaciado su contenido, el diente es generalmente visible en uno de los polos del proceso.

La radiografía nos da exactamente los contornos del quiste y la presencia del diente con su corona dentro de la bolsa quística, la cual está siempre rodeada por la condensación ósea característica.

La punción exploradora, otro método clínico de diagnóstico, nos revelará la presencia del líquido, que aclarará el diagnóstico. Como para los quistes paradentarios, pueden usarse sustancias opacas que, inyectadas en el interior del quiste, dan, por contraste, su forma y relaciones.

Debe hacerse en primer lugar con los quistes paradentarios. La ubicación apical de éstos y su relación con un diente con pulpa necrosada, es su característica. En alguna oportunidad hemos tenido dudas ante el examen radiográfico, de si se trataba de un quiste paradentario o de un dentígero, por la ubicación profunda de un molar retenido. Al intervenir el quiste aclaramos este punto.

Por otra parte, no hay que olvidar que los ameloblastomas uniloculares pueden presentarse acompañados de la retención de un diente, haciendo por lo tanto el diagnóstico difícil.

TRATAMIENTO. El tratamiento de los quistes dentígeros - debe ser quirúrgico: extirpación de la bolsa quística y extracción del diente retenido.

La extracción del diente retenido está reglada por normas quirúrgicas especiales y su indicación depende del interés de conservar un diente que más tarde puede erupcionar normalmente o ser llevado a su sitio por métodos mecánicos y ortodónticos. En caso de conservación del diente, se desprenderá con prolijidad la bolsa quística de su cuello, con espátulas finas.

D) QUERATOQUISTE

Entre las formaciones quísticas de origen epitelial que se presentan en los maxilares, se destacan por sus características macroscópicas y microscópicas, así como por la posibilidad de recidivar, los llamados colesteatomas, quistes epidermoides o queratoquistes.

Fue descrita inicialmente por Roussay en 1912.

Con respecto a la denominación de queratoquistes hay que destacar que la Organización Mundial de la Salud, elaboraron una clasificación de tumores y pseudotumores odontogénicos encuadraron a esta entidad entre los quistes epiteliales de desarrollo, dándolo como sinónimo del quiste primordial; no obs-

tante debe ser tenida en cuenta la posición al respecto de -- otros autores que asocian al queratoquiste no solamente al -- quiste primordial sino también al quiste dentífero y más aún a todas las variedades de quistes epiteliales, tanto odontogénicos como no odontogénicos.

CARACTERISTICAS CLINICAS. El queratoquiste se presenta con mayor frecuencia entre los 12 y 40 años, con una edad media de 34 años.

La distribución por sexo es similar, sin un neto predominio en el masculino o en el femenino.

Es más frecuente en el maxilar inferior que en el superior, en una relación que oscila alrededor de 3:1; cuando la localización es en la mandíbula lo hace con preferencia en la zona de molares, ángulo y rama ascendente.

ESTUDIO RADIOGRAFICO. Se presenta como una lesión osteolítica unicelular o multicelular, de contornos representados por una cortical ósea lisa o en algunos casos festoneada. Un parámetro importante a considerar y que es fielmente obtenido a través de mediciones sobre buenas radiografías es el tamaño; los queratoquistes por lo general son quistes de gran volumen, excediendo la mayoría de ellos los 2 ó 3 cm de diámetro.

DIAGNOSTICO. Si bien la imagen radiográfica por sí sola no permite establecer un diagnóstico de precisión, fundamentados en hechos constatados en estudios de series de casos --

desde el punto de vista clínico, tales como, frecuencia por edad, localización y tamaño de la lesión, más el aspecto radiográfico, podremos sospechar como diagnóstico prioritario el de queratoquiste, aunque siempre el mismo entrará en competencia con otros diagnósticos, tales como ameloblastoma tanto en su forma unilocular como multilocular, otras variedades de quistes y con menor posibilidad con algunos mixomas de aspecto quístico, así como ciertos casos de granuloma gigantocelular central; es por ello que insistimos en la necesidad del estudio biopsico previo al tratamiento, a los efectos de establecer con el máximo de exactitud posible un diagnóstico de certeza y entonces sí adecuar la terapéutica que corresponda.

En la mayoría de los casos una de las características -- más definida y objetiva es que en el momento de abordarlo, al seccionar la membrana quística en el interior de la cavidad se observa un material cremoso, blanco amarillento que puede ser confundido con material purulento, pero que a diferencia de él no desborda con fuerza a través de la brecha establecida, sino que por el contrario apenas hace hernia a través de ella; por otra parte la membrana quística suele ser delgada, bien adherida al lecho óseo, lo que puede dificultar la remoción quirúrgica del quiste.

La membrana o pared quística, está constituida por tejido conectivo fibroso adulto sin infiltrado inflamatorio y revistiendo la cavidad hay un epitelio de tipo malpighiano, sin

papilas, de espesor muy delgado, excepcionalmente supera las cinco o seis capas de células, con una basal que se destaca por presentar los núcleos hipercromáticos.

TRATAMIENTO. Los queratoquistes deben ser eliminados -- cuidadosamente enucleando la totalidad de la membrana y vigilando el posoperatorio con controles radiográficos, recordando que los mismos deben incluir radiografías intrabucales, -- oclusales y cuando se justifique extrabucales; este cuidado posoperatorio es imprescindible dada la frecuencia con que recidivan; en casos extremos, por su volumen o por su localización y ante reiteradas recidivas, puede justificarse un tratamiento más severo, como podría ser una resección parcial del maxilar aunque dentro de lo posible esta técnica debe ser utilizada sólo en casos muy particulares.

CAPITULO VIII

QUISTES DE LOS MAXILARES NO EPITELIALES

Los quistes de los maxilares que no poseen epitelio, una reducida cantidad y que se presentan con escasa frecuencia -- son los quistes hemorrágicos y los quistes solitarios.

Quistes Hemorrágicos. Los quistes hemorrágicos, también llamados quistes traumáticos hemorrágicos y quistes por extravasación, constituyen una entidad rara en los maxilares.

Lucas, 1929, introdujo el nombre de quistes óseos traumáticos de los maxilares. Huebner y Turlington, 1972, revisaron la literatura sobre estos procesos entre 1939 y 1972 y encontraron 150 casos. Rushton, a su vez investigó 55 casos, usando el siguiente criterio: 1°) el quiste era simple; 2°) no tenía membrana epitelial; 3°) no coexistía enfermedad aguda o prolongada; 4°) las paredes óseas del maxilar eran duras y 5°) contenían principalmente líquido. Según estos autores, la edad media de estos procesos era de 20 años; 60% hombres y 40% mujeres; predomina el lado derecho sobre el izquierdo.

El origen de estos quistes, según Whinery, Bernier, Johnson y Howe, es el trauma, que motiva una hemorragia intramedular. Esta hemorragia, para Jacobs, 1955, "ha sido causa, para originar una inflamación aséptica, en la cual, la concen-

tracción de hidrogeniones ha aumentado; los glóbulos blancos y el tejido medular liberan proteasas, causantes de la osteólisis".

Para Oleck, Sicher y Weimman, la etiología se funda en el trauma; luego, el fracaso de la organización del coágulo origina la necrosis de una gran parte de las trabéculas del hueso esponjoso. En la vecindad de la lesión se organizan los osteoclastos, con el objeto de remover las trabéculas necrosadas. El quiste inicial parte de este mecanismo, y aumenta de volumen, debido al edema progresivo, resultante de la restricción del drenaje venoso.

Se trata de procesos radiolúcidos, de bordes nítidos; la imagen asienta en el maxilar inferior, zona de molares o rama ascendente. La vitalidad dentaria está conservada.

Son procesos asintomáticos. Cuando se realiza la resección del quiste se comprueba que no posee membrana quística, que los identificaría como quistes, y que su contenido es hemático, líquido seroso, restos celulares y aire.

El tratamiento es quirúrgico, idéntico al que se indica para los quistes de los maxilares. Por regla general sólo se obtiene poco material para su estudio.

Thoma y Austin, 1955, proponen la enucleación por raspado de la cavidad y relleno de la misma con Gelfoam, saturado con trombina y penicilina, y cierre con sutura.

Quistes solitarios. Su sinonimia es variada: quistes -- idiopáticos, cavidad ósea idiopática, quistes estáticos, quistes latentes.

Se trata de procesos muy raros, de los que poseemos un solo ejemplar. Se han descrito en otros huesos de la economía: quistes solitarios de las epífisis de los huesos largos, que tienen otras características y otra sintomatología.

Asientan en el maxilar inferior, a nivel del ángulo y -- por debajo del conducto dentario. Son asintomáticos.

Stafne, 1967, sostiene que destruyen el borde inferior -- del hueso. No sucedió así en nuestro caso, que presentaba el borde inferior del hueso intacto.

Bhaskar admite, que pueden ser llamados, cavidad ósea -- mandibulolingual, que puede estar ocupada por una porción de la glándula submaxilar o sublingual; pocos autores comparten esta opinión sostenida también por Tolman y Stafne, que describieron 34 casos. Sugieren que el estudio histológico del contenido, fuera tejido glandular salival normal.

La radiografía lateral del maxilar presenta una imagen -- radiolúcida, de forma alargada, situada por debajo de la imagen del conducto dentario inferior.

No requieren ningún tratamiento; el seguimiento del paciente informará sobre la conducta terapéutica.

CAPITULO IX

DIAGNOSTICO

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en una combinación de datos físicos, historia, valoración radiográfica y -- biopsia. El examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto, pero también son necesarios otros estudios clínicos de laboratorio. No se debe hacer una biopsia inmediatamente para eliminar otros estudios. -- La biopsia debe hacerse cuando sus indicaciones sean bastante claras. Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial. El dolor puede -- ser causado por la presión del quiste sobre un nervio y asimismo puede haber parestesia. Los quistes pueden ser múltiples, cada uno de un rudimento embrionario diferente, pero -- los quistes múltiples pueden indicar una enfermedad general.

Debido a que los quistes de los tejidos blandos del cuello se presentan muchas veces tensos, la diferenciación entre el quiste y los tumores sólidos puede ser difícil. La presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un signo de quiste más que de tumor, debido a que los quistes frecuentemente se infectan secuandariamente. Sin embargo, la dureza del quiste y la movilidad de los tejidos del cuello frecuente

mente hacen que la fluctuación no sea un signo seguro de la presencia de líquido. La localización, movilidad, fijación, consistencia, cambios locales y enfermedades asociadas son -- los factores más importantes en el diagnóstico.

En los quistes grandes de hueso que producen asimetría facial, la extensión se verifica generalmente a lo largo de la línea de menor resistencia en el hueso y en una sola dirección. El neoplasma verdadero suele crecer en el hueso y a través de él en todas direcciones. Los nervios, vasos sanguíneos, y senos paranasales generalmente son desplazados por la presión ejercida por el contenido líquido del quiste en -- contraste con el neoplasma que invade y rodea estos tejidos.

CAPITULO X

TRATAMIENTO

1. PREOPERATORIO MEDIATO

Excepción hecha de las operaciones de urgencia, cualquier que se efectúe en el organismo requiere una preparación -- previa a fin de poner a éste en las mejores condiciones para soportar exitosamente una intervención. Las operaciones de cirugía bucal no escapan a estas necesidades, aunque, indudablemente, por tratarse por lo general de un paciente con una afección local, la preparación que exige es menor que las habituales de la cirugía general.

Del punto de vista de la clínica quirúrgica, la preparación previa enfoca al organismo en su totalidad y es, tal como la definiera Arce, la apreciación del estado de salud de una persona en vísperas de operarse, con el fin de establecer si la operación puede ser realizada sin riesgo, y en caso -- contrario, adoptar las medidas conducentes a que ese riesgo -- desaparezca o sea reducido a su más mínima expresión. Del -- punto de vista de la técnica quirúrgica es, en cambio, el conjunto de consideraciones y medidas a efectuarse con referencia a la región a intervenir.

Partimos de la base que el paciente de nuestra especialidad nos llega con un estado general normal, y aunque no sea un hombre sano en la absoluta concepción del término, su lesión o afección local no invalida esa conclusión. En caso de tratarse de un paciente con su estado general comprometido -- por alguna afección general, o como complicación de su enfermedad bucal, debe ser tratado previamente por su médico clínico para ponerlo en las condiciones que necesita. Tal tratamiento escapa a nuestros propósitos.

Ello no obstante, convendrá que para todo paciente efectuemos una historia clínica lo más completa posible, porque si bien en rigor apreciación total de su estado de salud es tarea médica, podremos aún sin aplicar los recursos de una cabal semiología, pero si la técnica de una sagaz anamnesis sospecha padecimientos cuya verdadera naturaleza determinará y en su caso tratará el médico como paso previo de nuestra intervención.

El preoperatorio exige, por definición, tomar todas las medidas y precauciones para que cualquier tipo de intervención pueda cumplirse con el menor riesgo posible.

Ello presupone como primera medida efectuar una evaluación del estado de salud del paciente. El examen médico comprende la anamnesis, el examen físico y los métodos auxiliares de diagnóstico (laboratorio, radiología, etc). Nos deten

dremos solamente en la consideración de la anamnesis por entender que puede y debe hacerla el cirujano bucal y porque ella por sí sola es capaz, debidamente cumplida, de alcanzar un valor orientador extraordinario.

A. HISTORIA CLINICA

Una historia clínica adecuada deberá contener la siguiente información:

MOLESTIA PRINCIPAL (MP). Se registran suscintamente los síntomas presentados por el paciente y su duración.

PADECIMIENTO ACTUAL (PA). La descripción que hace el paciente de su padecimiento nos facilita datos importantes acerca de la importancia relativa de los síntomas. El paciente rara vez describe su padecimiento claro, conciso y cronológicamente; cómo empezó y cómo ha evolucionado. Tampoco describe adecuadamente los síntomas en lo que respecta a la localización, tipo, regiones de irradiación, duración, relación con otras funciones, respuesta a las medicinas domésticas o prescritas y el estado actual.

ANTECEDENTES (A). Nos informan sobre las enfermedades y traumatismos anteriores. Se especifica en detalle el tiempo de iniciación, duración, complicaciones, secuelas, tratamiento, lugar de tratamiento, nombre del médico que lo atendió. Ejem-

los importantes de estas enfermedades son: reumatismo, tuberculosis, neumonía, enfermedades venéreas y tendencias hemorrágicas.

HISTORIA SOCIAL Y OCUPACIONAL. En algunos casos, debido a la naturaleza de la enfermedad actual, se necesita el conocimiento detallado del estado económico y emocional del paciente, y de su ocupación (número y tipo de trabajos, clase del trabajo actual, exposición a agentes tóxicos y signos profesionales, es decir, ventilación, temperatura e iluminación).

HISTORIA FAMILIAR (HF). Esta nos da la oportunidad de valorar las tendencias hereditarias del paciente o las posibilidades de adquirir la enfermedad dentro de su propia familia. Ejemplos: cáncer (tipo y origen), diabetes, artritis, enfermedades vasculares (hipertensión, crisis cardíacas, enfermedad renal), enfermedades de la sangre (hemofilia, anemia perniciosa), estados alérgicos (asma, fiebre del heno), e infecciones (tuberculosis, fiebre reumática).

HABITOS. Esto informa del método de vida del paciente: sueño, dieta o ingestión de líquidos. Hay que registrar cuidadosamente las medicinas que está tomando o que ha tomado. Por ejemplo: analgésicos, estimulantes, vitaminas, tranquilizadores, sedantes, narcóticos, medicinas prescritas (digital, cortisona) y, en particular, la reacción a los antibióticos, sulfonamidas, sedantes u otras medicinas.

Cuando hay alguna duda, debido a la historia obtenida, - se debe consultar al médico de cabecera para valorar las condiciones físicas del paciente.

Algunos exámenes de laboratorio pueden ser útiles para - establecer el diagnóstico.

B. EXAMEN DE LABORATORIO

Estos son útiles al cirujano bucal y le ayudarán a obtener un diagnóstico correcto. La radiografía, algunas veces, - nos da información que no podemos obtener por medio de la inspección, palpación o auscultación. Además de las radiografías periapicales se pueden tomar radiografías oclusales, topográficas, laterales o posteroanteriores.

El examen sistemático de la sangre y de la orina algunas veces nos revela estados que pueden compliar el procedimiento-quirúrgico. Por ejemplo, la glucosuria debe tratarse antes de emprender la operación. Debe ser sistemático el examen de la sangre y de la orina de todos los pacientes que se vayan a internar en el hospital. El examen de la sangre debe incluir valor hematócrito y cuenta de leucocitos. Esto se pide comúnmente como examen completo de la sangre. El número normal de leucocitos está dentro de 4000 y 6000 células por 100 cm³ de -- sangre. No sólo se anota el número de leucocitos, en lo que -

respecta a aumento o disminución, sino también el porcentaje; normalmente hay 60 a 70 por 100 de leucocitos polimorfonucleares, 20 a 30 por 100 de linfocitos, 4 a 5 por 100 de monocitos, 1 por 100 de eosinófilos y 0.5 de basófilos. Si se sospecha anormalidades en estas relaciones, se debe consultar con el médico. Los leucocitos polimorfonucleares tienden a aumentar en estados inflamatorios agudos y después de traumatismos. En la osteomielitis de los maxilares y de la mandíbula, los monocitos tienden a aumentar.

El hematócrito, nos presenta un índice excelente del volumen de los glóbulos rojos. El volumen de la sedimentación de los glóbulos rojos se expresa en porcentaje después de que la sangre ha sido centrifugada. Si hay 2 ml de glóbulos rojos sedimentados en el tubo que contiene 4 ml de sangre entonces el hematócrito es de 50. La cifra normal para los hombres es de 40 a 50; para las mujeres de 35 a 45. Un paciente con valor hematócrito bajo debe recibir atención médica inmediata, ya que puede necesitar transfusiones. Un hematócrito alto posiblemente es causado por la policitemia. El hematócrito es superior al examen de hemoglobina en los pacientes quirúrgicos, ya que este último se halla sujeto a errores que no se encuentran en el hematócrito.

Puede ser indispensable llevar a cabo otras pruebas de laboratorio, según las necesidades del paciente. Así, un paciente que ha presentado hemorragia prolongada después de la-

extracción puede exigir otras pruebas, como tiempo de sangrado, de coagulación y de protrombina. Las pruebas de sangrado y de coagulación pueden llevarse a cabo en el consultorio dental. El método de Duke para el tiempo de sangrado se hace -- con una pequeña incisión en el lóbulo de la oreja, con una -- aguja o punta de bisturí. Cada 30 segundos la sangre se recoge con un pedazo de papel absorbente. El tiempo normal de -- sangrado es de unos 3 minutos.

Para determinar el tiempo de coagulación se colocan va- - rias gotas de sangre en un portaobjetos y cada minuto se pasa una aguja a través de una o dos gotas. Cuando la fibrina se - adhiere a la aguja, la coagulación se ha llevado a cabo. El - tiempo normal es de siete minutos, o menos.

El tiempo normal de protrombina (método de Quick) puede - variar de 9 a 30 segundos, según la actividad de una de las - soluciones (tromboplastina) que se utiliza en el laboratorio. - Cada 48 horas se establece una norma para la solución de trom- boplastina. Los tiempos de protrombina varían de un laborato- rio a otro, pero pueden estar dentro de las cifras normales establecidas para cada laboratorio.

C. EXAMEN RADIOGRÁFICO

El examen radiográfico nos muestra la localización y ex--

tensión del quiste en el hueso y en los dientes. Las sombras superpuestas pueden causar confusión cuando parecen estar atacados varios dientes en la región de un quiste. Se debe hacer un examen clínico completo, incluyendo las pruebas de vitalidad. La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso en el cual está contenido el saco del quiste. Esta lámina densa se ve en la radiografía como una línea blanca delgada delineando la región que contiene el quiste radiolúcido. El diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiográficos y a que muchas enfermedades enoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quistes. Debido a la complejidad de las lesiones patológicas que se presentan en los maxilares y en la mandíbula estos problemas son difíciles de diagnosticar. Los quistes generalmente tienen un contorno liso, redondo y lobular y pueden ser multiloculares. Sin embargo, cuando hay infección secundaria los bordes pueden ser irregulares.

Los quistes de los maxilares superiores son muy difíciles de ver en la radiografía debido a que se sobreponen las sombras de los senos paranasales. Una sustancia radiopaca, como aceite yodado puede inyectarse en la cavidad quística. Después de aspirar el contenido del quiste. Se utiliza una aguja grande de calibre 19 ó 20 en una jeringa Luer de tres a cinco centímetros cúbicos. Después que se ha aspirado el lí-

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

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

II. PREOPERATORIO INMEDIATO

A. MEDICACION PREQUIRURGICA

La premedicación preoperatoria se administra para dismi-

nuir la ansiedad, producir cierto grado de amnesia y disminuir el stress que produce el quirófano. Estas drogas pueden disminuir las secreciones de las vías respiratorias, contrarrestar algunos efectos indeseables de los anestésicos y elevar el umbral al dolor. La medicación preoperatoria constituye, en mayor o menor grado, una parte de la técnica anestésica global. Algunos medicamentos pueden prolongar el efecto del anestésico y aumentar el efecto de depresión respiratoria.

De hecho, la administración de la anestesia comienza al disponer los medicamentos preanestésicos. La elección adecuada permitirá un control anestésico eficaz y uniforme, y un curso postanestésico sin complicaciones, a diferencia de las experiencias tormentosas y poco satisfactorias.

La selección de los medicamentos la hace el anestesiólogo, con base en la valoración del estado físico y emocional del paciente, incluyendo edad y peso, petición del cirujano de relajación mínima o máxima y predilección y experiencias personales del anestesiólogo. Si al enfermo se le va a administrar anestesia local, el cirujano será quien ordene las drogas preoperatorias. Al escoger la premedicación, el anestesiólogo procurará alterar lo menos posible la respiración y la circulación. Debido a que se desea más de una respuesta farmacológica, se emplean combinaciones de drogas. La naturaleza y cantidad de los medicamentos ordenados dependerá de los fines que persiga el anestesiólogo.

El tiempo se calcula de tal manera que se consiga el máximo efecto antes de iniciar la inducción. Generalmente se da 45 a 60 minutos antes de ésta; es deseable una acción adecuada durante la inducción y el mantenimiento, pero se evitará la depresión posoperatoria residual.

Estas pueden clasificarse en sedantes y tranquilizantes, narcóticos y anticolinérgicos. La eficacia depende de la velocidad y grado de absorción, distribución de los tejidos, capacidad de fijación a proteínas, sitio y velocidad de detoxificación y excreción.

Cada paciente puede experimentar efectos secundarios - idiosincrásicos y sensibilidad especial o interacciones no deseadas en dos o más medicamentos. Los medicamentos tomados simultáneamente o en secuencia muy corta pueden actuar en forma independiente; pueden interactuar reduciendo o aumentando el efecto que se intenta obtener de cada uno de ellos; o pueden producir reacciones no deseadas. El anestesiólogo investigará cualquier intolerancia previa a medicamentos, incidencia de reacciones adversas, y tomará un registro exacto de cualquier medicamento que esté tomando actualmente el paciente.

PREMEDICACION PARA PACIENTES QUIRURGICOS EN AMBULACION.-

En general, es mínima, si acaso, la premedicación que se administra, y será después de que ingresa el enfermo. De prefe-

rencia se evitarán los agentes con efectos prolongados del tipo de presión, vómito, o regreso a estados de amnesia o de sedación al despertar.

CONSIDERACIONES ESPECIALES DE LA PREMEDICACION.

1. La hipnosis es de valor en la premedicación, especialmente en niños, y como anestesia en algunos casos especiales.

2. La tasa metabólica del paciente varía con la edad, -- constitución física y estado general. Los grandes fumadores, los alcohólicos, los hipertiroideos, los pacientes intoxicados, los emotivos o aquellos con fiebre elevada tienen un metabolismo más acelerado que requiere mayor medicación, oxígeno y anestesia para lograr el efecto deseado. Los trastornos que surjan con metabolismo disminuido, como los que se encuentran en enfermedades debilitantes, astenia e hipotiroidismo, -- requieren dosis menores.

3. Las personas con farmacodependencia (abuso de barbitúricos, narcóticos, cocaína o anfetaminas) plantean al anestesiólogo problemas especiales en relación con la premedicación, anestesia y la venopunción. Estos pacientes pueden tener hepatitis infecciosa, y en casos más raros, paludismo. Generalmente a los dependientes de opio se les da el medicamento de premedicación acostumbrado, pero se les debe vigilar muy de cerca para detectar signos premonitorios de abstinencia, especialmente durante y después de procedimientos quirúrgicos pro

longados. El cesar la ingesta de la droga y el síndrome de abstinencia pueden llegar a ser mortales.

B. ASEPSIA Y ANTISEPSIA

Como en cualquier campo de la cirugía, las bases de la asepsia se aplican a la cirugía bucal, pero el uso de los antibióticos y el mejoramiento de los métodos de anestesia, tanto local como general, han revolucionado la práctica de la cirugía bucal. Muchos procedimientos quirúrgicos que una vez fueron considerados como problemáticos, pueden ahora llevarse a cabo con éxito gracias a la seguridad de la anestesia, a la terapéutica antibiótica y al conocimiento del equilibrio de los líquidos. El uso de los antibióticos no debe disminuir el cuidado meticuloso en la asepsia, ya que la inyección de una herida puede acarrear el fracaso completo de la operación o, cuando menos, prolongar el proceso de curación.

La cavidad bucal nunca está quirúrgicamente limpia. Sin embargo, se puede evitar la mayor parte de la contaminación antes de la intervención. Antes de cualquier operación, aun una extracción sencilla, la boca debe limpiarse bien o aplicarse Mercresin en toda la cavidad bucal y la lengua. Todos los instrumentos deben ser esterilizados y colocados en una charola cubierta por una toalla estéril. En la región opera-

da sólo deben introducirse gasas o esponjas estériles. Las manos del operador deben estar limpias. Las manos, y los brazos hasta los codos, deben cepillarse cuidadosamente con agua y jabón y se debe dar atención especial a las uñas. En la cirugía es costumbre cepillar las manos y los brazos hasta los codos diez minutos, enjuagándose frecuentemente con agua corriente, después de lo cual las manos y los brazos se lavan con alcohol antes de ponerse la bata estéril, que abrochará la enfermera. En cirugía mayor de la boca todos los campos deben ser estériles, y el operador y sus ayudantes deben llevar cubrebocas, gorros, batas y guantes de hule también estériles.

El cirujano diferencia entre la limpieza cotidiana de su persona (limpieza social) y la limpieza quirúrgica antes de la operación. La infección es el factor más frecuente del fracaso del hecho quirúrgico.

Aunque el cirujano no sea responsable de la infección que se encuentra en una región, sí lo es de la que pueda introducir en la herida. El cirujano y sus ayudantes esterilizan el campo operatorio y los instrumentos por medio del calor, sustancias químicas y fármacos que poseen propiedades antisépticas, germicidas o bactericidas. La cirugía aséptica es aquella que está libre de toda infección o contaminación por instrumentos o materiales empleados al operar.

Es mejor esterilizar las agujas hipodérmicas en autoclave que en soluciones. Las operaciones extrabucales requieren una limpieza cuidadosa de la piel, más allá del campo operatorio. Los pacientes masculinos deben ser rasurados antes de la limpieza de la piel. El primer paso en la preparación de la piel es lavarla completamente con gasa empapada en éter; después se lava con alcohol y, finalmente, toda la zona operatoria se pinta con tintura de Mercresin. Se colocan los campos y toallas estériles dejando solamente expuesto el campo operatorio. Es esencial una buena luz enfocada en el campo operatorio; una vez que el operador y sus ayudantes se han puesto los cubrebocas, gorros, batas y guantes, no deben tocar nada fuera del campo operatorio estéril.

C. INSTRUMENTAL

Cirugía de especialidad, la cirugía bucal necesita un instrumental también especializado. Estos instrumentos pueden seleccionarse en las casas del ramo, de entre los de otras especialidades o los de cirugía general.

En términos generales, toda operación de cirugía bucal se propone abrir la encía, llegar hasta el hueso, practicar una ventana en él y por ella eliminar el objeto de la operación (un diente, un tumor, un proceso patológico). Conseguir-

do esto, se vuelven los tejidos a su sitio normal y se da por terminada la intervención.

La inmensa mayoría de las operaciones de cirugía bucal - se practican dentro de la boca y por vía bucal, sin interesar la piel de la cara ni los músculos de la región facial, o sea que la técnica quirúrgica intrabucal es distinta a la de la - cirugía general, en la que es preciso incidir la piel, actuar sobre los músculos, hacer hemostasia, abrir órganos total o - parcialmente y volver los tejidos a sus sitios y funciones - - normales.

Para realizar los "trabajos manuales" que significan una operación es menester valerse de instrumentos y material quirúrgico apropiados.

INSTRUMENTOS PARA SECCION DE LOS TEJIDOS BLANDOS

BISTURI.- En cirugía bucal se usa comúnmente un bisturí - de hoja corta. Este instrumento consta de un mango y de una - hoja de distintas formas y tamaños, y que, intercambiables en algunos instrumentos, se eligen según la clase de operación - a realizar. En nuestra práctica preferimos este tipo de bis - turí con la hoja No. 15.

TIJERAS.- Como instrumentos de sección de tejidos encuen - tran escasa aplicación en nuestra especialidad. Se les em - - plea para seccionar lengüetas y festones gingivales y trozos - de encía en el tratamiento de la paradentosis.

Los puntos de sutura se cortan con tijeras de hojas pequeñas, en especial curvas.

PINZAS DE DISECCION.- Con las dentadas es posible tomar la delicada fibromucosa bucal sin lesionarla. Es útil también la pinza de Kocher, o la atraumática de Chaput, de cirugía gastrointestinal, que permite tomar dicha fibromucosa sin ocasionarle daño alguno. Las pinzas de dientes de ratón, poseedoras de tres dienteitos que engranan entre sí, permiten sostener firmemente el colgajo.

INSTRUMENTOS DE GALVANO Y TERMOCAUTERIO; RADIOBISTURI O ELECTROTOMO.- Permiten efectuar la sección de los tejidos gingivales el galvano o el termocauterio o el radiobisturí, instrumentos con los que asimismo pueden abrirse abscesos o destruirse los capuchones que cubren el tercer molar.

LEGRAS, PERIOTOTOMOS, ESPATULAS ROMAS.- Seccionada la fibromucosa, su separación y desprendimiento para preparar los colgajos exigen instrumentos adecuados. Pueden emplearse las pequeñas legras, insinuándoselas entre los labios de la herida y entre mucoperiostio y el hueso.

Estos instrumentos se emplean también para despegar las bolsas de los quistes, del hueso que los aloja.

SEPARADORES.- Para mantener apartados los labios o los colgajos, sin que sean heridos ni traumatizados, pueden emplearse los separadores de Farabeuf, de extremos acodados; y

también los de Volkmann que constan de un mango y un tallo -- que termina en forma de dientes, los cuales se insinúan debajo del colgajo, al cual mantienen fijos y otros, de distintos diseños y formas.

Los periostótomos o las espátulas pueden asumir la función del separador para sostener y apartar el colgajo.

INSTRUMENTAL PARA SECCION DE LOS TEJIDOS DUROS.

ESCOPILOS Y MARTILLO.- De uso muy frecuente en cirugía bucal, se les emplea para efectuar la sección quirúrgica (osteotomía) y aun la resección (ostectomía) del hueso que cubre el objeto de la intervención; la tabla externa en las extracciones del tercer molar inferior retenido, el hueso palatino que protege a los caninos u otros dientes retenidos y en general la tabla ósea vestibular, para eliminar los quistes de distinto tipo que se desarrollan en los maxilares. También se emplean para seccionar dientes en las maniobras llamadas de -- odontosección.

El escoplo, barra metálica con un extremo cortado a bisel a expensas de una de sus caras y convenientemente afilado, actúa a presión manual o a golpes de martillo.

El martillo, que consta de una maza y de un mango que -- permite esgrimirlo con facilidad, debe ser dirigido por el -- mismo operador o por el ayudante.

Es un instrumento "ciego" que exige pericia y dominio --

del aparato. El golpe del instrumento es mal soportado por el paciente. Su función más útil fue la de la odontosección, a pesar de los inconvenientes señalados (trauma quirúrgico, golpe del escoplo). También se lo empleó para eliminar hueso.

PINZAS GUBIAS.- Para realizar la resección del hueso (ostectomía) podemos utilizar las denominadas pinzas gubias, rectas o curvas, que actúan extrayendo el hueso por mordiscos sobre este tejido, previa preparación de una puerta de entrada con los escoplos (osteotomía), como cuando se desea eliminar bordes cortantes, crestas óseas o trozos óseos que emergen de la superficie del hueso. Existen varios tipos, y dentro de éstos, variedades con diferencias en la angulación de sus ramas o en la disposición de su parte cortante.

FRESAS.- El empleo del torno dental en las operaciones de la boca es de extraordinaria utilidad. La fresa puede sacar el hueso de por sí, o abrir camino a otros instrumentos, ostectomía u osteotomía respectivamente que, cuando son efectuadas con cuidado, resultan sencillas y carentes de inconvenientes. Pueden usarse las fresas comunes de dentística, redondas del No. 5 al 8, o de fisura No. 560. La fresa se coloca en la pieza de mano o en el ángulo, según las necesidades.

LIMAS PARA HUESO (Escofinas).- Se les usa para preparar maxilares que llevarán aparatos de prótesis o para alisar bordes y eliminar puntas óseas.

PINZAS PARA TOMAR ALGODON, GASA, ETC.- El campo operatorio debe mantenerse libre de la sangre que mana de los vasos seccionados. Por tratarse de vasos pequeños, su ligadura es imposible, por lo que procedemos a eliminar la sangre con trozos de gasa aplicados sobre la herida, con pinzas para algodón o pinzas con ramas en bayoneta.

PINZAS DE KOCHER.- En cirugía general se les usa para la hemostasia. Comprimen la arteria o vena seccionadas, que quedan expuestas así para ser ligadas (nudos) con catgut. Sin embargo, su empleo en cirugía bucal con fines hemostáticos es reducido, dadas las pocas oportunidades que existen en ella de ligar vasos, por tratarse de vasos pequeños, de la fibromucosa, o de vasos grandes intraóseos, cuya prehensión es imposible.

La pinza de Kocher o su similar, la de Halsted, se usan en cirugía bucal como sostenedoras de colgajos, o para tomar bolsas quísticas, trozos de hueso o de dientes del interior de una cavidad, tejidos patológicos o sangrantes, caso este último en que actúan como hemostáticas.

CUCHARILLAS PARA HUESO.- Las colecciones patológicas, -- granulomas, fungosidades, quistes, etc., deben eliminarse del interior de las cavidades óseas con cucharillas para hueso -- (curetas), de las que existe infinita variedad. Las hay rectas o acodadas. La parte activa puede tener formas y diámetros distintos.

PINZAS PARA EXTRACCIONES DENTARIAS.- Son los instrumentos indicados para la exodoncia.

AGUJAS PARA SUTURA.- Casi todas las operaciones de cirugía bucal, incluyendo exodoncia, exigen efectuar suturas. Pero por la delgadez y delicadeza de los tejidos gingivales, -- tan propicios a desgarrarse, las agujas deberán ser sencillas, curvas o rectas, pero de dimensiones pequeñas.

Las hay de dos tipos: cóncavo-convexas en el sentido de sus caras o en el de sus bordes. Preferimos las primeras. - La herida que dejan en la mucosa al perforarla es paralela al trazado de la incisión. La herida que dejan las segundas es en cambio perpendicular a la línea de incisión. La tracción que el hilo de sutura ejerce en el labio de la perforación -- producida por el paso de la aguja no tiene acción sobre la herida del primer tipo; en cambio, en el segundo, la brecha -- tiende a agrandarse y desgarrarse.

PORTAGUJAS.- Destinados a dirigir las agujas pequeñas, -- las toman por su superficie plana y las guían en sus movimientos.

SONDAS.- Para fines quirúrgicos o diagnósticos, en nuestra práctica se usan: las acanaladas tallo en forma de canal, para drenar abscesos ya abiertos por bisturí o para cortar tejidos en forma precisa y delicada, en cuyo caso el hueco de la sonda sirve de guía (línea de incisión); las sondas de con

ductos, para trayectos fistulosos finos, o como guía en el -- curso de una apicectomía; las sondas de plata, con su extremi-- dad en forma de oliva, también para trayectos, para investi-- gar secuestros y estudiar cavidades óseas.

INSTRUMENTOS PARA PUNCION

La punción exploradora con fines diagnósticos o en el cur-- so de una operación, exige el empleo de agujas de calibre su-- ficiente como para permitir el paso de las colecciones líqui-- das, muchas veces de consistencia siruposa, como en los quis-- tes supurados, son adecuadas las agujas de calibre 44. Se ne-- cesita una jeringa de vidrio para desagotar el líquido median-- te el vacío. Si por el contrario deben llevarse al interior-- de las cavidades líquidos radiopacos (para radiografías de -- contraste), se recurre a la jeringa de Wassmund, o similares.

INSTRUMENTOS PARA DRENAJE

Para vaciar al exterior colecciones purulentas o líqui-- das existen diversos procedimientos; dos principalmente son -- usados en cirugía bucal: el drenaje por tubos y el drenaje -- por gasas.

DRENAJE POR TUBOS.- De empleo restringido en cirugía bu-- cal, se limita a ciertos casos: drenaje de focos de osteomie-- litis y de abscesos óseos. El tubo es incómodo, molesto y -- prácticamente no se le puede sostener en la boca; su indica-- ción está dada en los casos de drenaje por vía extraoral de -- focos óseos, cutáneos y ganglionares.

La capacidad de drenaje del tubo puede ser aumentada, -- practicándosele orificios con una tijera, cada centímetro. El tubo debe mantenerse fijo a la piel en el uso extrabucal, -- atravesado con un alfiler de gancho, el cual se sostiene con una tira emplástica. Cuando se usa dentro de la cavidad bucal, se atraviesa con un hilo, que se anuda alrededor de un diente.

Asimismo se suele emplear con idénticos fines un trozo de rubber-dam. Se corta una tira de 1 cm de ancho, la cual se enrolla sobre sí misma. Esta goma se introduce en la cavidad a drenar; su función es la misma que la del tubo.

DRENAJE POR GASA.- Una tira de gasa con los bordes doblados permite, gracias a la capilaridad de la gasa, drenar cavidades como con el procedimiento del tubo, y puede alcanzarse algún efecto medicamentoso si se le impregna con sustancias con el fenol alcanforado, bálsamo del Perú, tintura de benjuí, etc. Existen gasas ya impregnadas (gasa yodoformada, xeroformada).

INSTRUMENTAL PARA LA LIMITACION DEL CAMPO OPERATORIO

PINZAS DE CAMPO.- Con ellas se toman y fijan las compresas esterilizadas que se emplean en la protección del campo operatorio.

D. ANESTESIA

La anestesia es la base de toda buena intervención quirúrgica. En el caso particular del tratamiento de los quistes paradentarios, operación larga y laboriosa, la mayor parte de las veces exige una anestesia perfecta para poder lograr los tiempos operatorios con el máximo de comodidad para el paciente y cirujano.

1. ANESTESIA LOCAL PARA LOS QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR

REGION ANTERIOR. INCISIVOS Y CANINOS.- La anestesia para los quistes ubicados en esta región debe ser la infraorbitaria, completada siempre por el lado palatino, siguiendo las técnicas en uso.

La solución de novocaína al 2% o xilocaína en el mismo dosaje, con adrenalina, corriente en la práctica quirúrgica, son las que empleamos en todas nuestras anestесias.

En algunas ocasiones completamos la anestesia colocando una torunda de gasa mojada en una solución de cocaína al 10%, o pantocaína, en el piso de las fosas nasales.

REGION MEDIA Y POSTERIOR. PREMOLARES Y MOLARES.- Los quistes pequeños, que clínica y radiográficamente no tienen relaciones con el seno maxilar, pueden ser enucleados con anestesia local.

Los quistes grandes, con invasión de los órganos vecinos, necesitan para su intervención la anestesia regional, realizada a la altura de los nervios dentarios posteriores o la anestesia del tronco del nervio maxilar superior a la salida del agujero redondo mayor, en plena fosa oterigomaxilar, anestesia que puede realizarse según las diferentes técnicas y por vía intra o extrabucal, completada con anestesia local (vestibular y palatina).

Siempre es preferible, en los quistes a invasión sinusal, hacer una amplia anestesia, por si hubiera que intervenir en dicho órgano. La extrabucal, por los procedimientos señalados, es de útil aplicación en estos casos.

Como en toda intervención, en estos procesos es aconsejable hacer una anestesia más extensa que los límites del tumor quístico, para evitarnos sorpresas operatorias. No hay que olvidar el detalle de que, aun quistes pequeños pueden estar íntimamente ligados a la cavidad sinusal, requiriendo, como más adelante se señala, la intervención sobre el seno y la siguiente ventilación, por el meato inferior.

2. ANESTESIA PARA LOS QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR

En las intervenciones de los quistes del maxilar inferior, empleamos sistemáticamente la anestesia regional (solución de novocaína o xilocaína al 2%, realizada a la altura de la espina de Spix). Esta anestesia, completada por vía intra

bucal, bloqueando el nervio bucal y, en algunos casos extrabu-
cal, anestesiando el plexo cervical superficial, nos permite
intervenir aun en los grandes quistes del maxilar inferior. -
Las partes blandas, que cubren al maxilar inferior, son sensi-
bles cuando se operan los quistes, si no se tiene la precau-
ción de anestesiarse este plexo.

Los grandes quistes de la región mentoniana pueden ser -
intervenidos con anestesia local. En algunos casos (quistes-
mayores) está indicada la doble anestesia regional en la espi-
na de Spix o en el agujero mentoniano.

A pesar de que teóricamente, la anestesia del nervio den-
tario, bucal y del plexo suprime la sensibilidad del hueso ma-
xilar inferior, se presentan casos en los cuales todos los --
tiempos operatorios pueden ser realizados sin que el paciente
perciba dolor, a excepción de la enucleación de la bolsa quís-
tica. Inervaciones que provienen sin duda de la cara interna
y piso de la boca, o anastomosis nerviosas que escapan a nues-
tras previsiones, hacen sumamente sensible la extirpación del
saco quístico: la vecindad con el conducto dentario inferior,
a pesar de los perfectos síntomas de anestesia, origina dolor
en este momento de la operación. La solución no siempre es -
sencilla pues a pesar de todas las precauciones tomadas, la -
operación resulta dolorosa. Un método que puede obviar a me-
días este trance difícil, es introducir en la cavidad quísti-

ca, una torunda de gasa impregnada con pantocaína o licor de Bonain.

La cirugía de los quistes requiere, como prevención de los inconvenientes señalados, la juiciosa administración de la narcosedación basar.

Ante el temor de fracasos ante anestésias infiltrativas que pudieran resultar insuficientes, no dudamos en indicar la anestesia general, por los procedimientos estudiados. Pacientes temerosos o pusilánimes, o simplemente hipersensibles, -- constituyen problemas en la cirugía de los quistes de ambos maxilares. La intubación del paciente, de indicarse, debe -- realizarse, para comodidad de la operación por vía nasal: en la cirugía de los quistes del maxilar superior, el tubo nasal se colocará en el lado opuesto al que se realiza la operación, para hacer factible el último tiempo de la operación de -- Caldwell-Luc.

E. TECNICA QUIRURGICA

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

1. Eucleación de todo el quiste
2. La operación de Partsch o marsupialización, por la -- cual el quiste se descubre quitando la bóveda y ha -

ciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.

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

QUISTES DE TEJIDOS BLANDOS

Los quistes de tejidos blandos incluyen los de origen congénito, que ocurren principalmente en el cuello, y los quistes de retención, mucocelo y ránulas que se observan principalmente en la cavidad bucal. Las técnicas quirúrgicas descritas para el tratamiento de los quistes congénitos tienen principalmente a explicar el procedimiento correcto y no la disección detallada frecuentemente necesaria en el cuello.

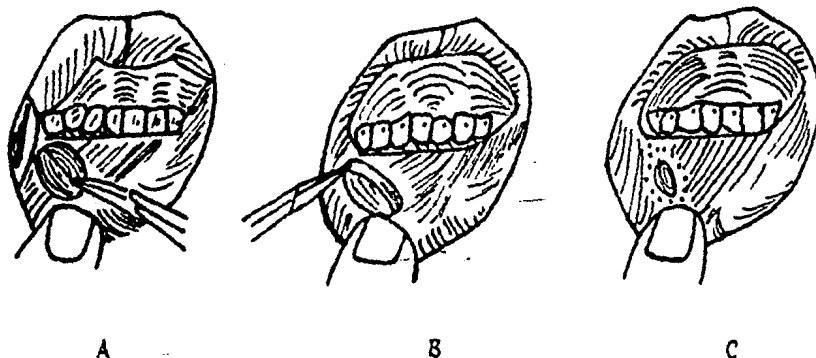
QUISTES CONGENITOS.- Los quistes congénitos se presentan generalmente en el cuello, en la región submaxilar y submentoniana. Son benignos, pero necesitan disección y escisión completas para su curación.

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

La escisión quirúrgica se efectúa con una incisión transversa sobre el quiste. Se separan cuidadosamente los tejidos suprayacentes y el trayecto fibroso se identifica y luego se sigue disecando. Inyectar un colorante para resaltar más claramente el trayecto fistuloso es inconveniente, ya que con frecuencia el colorante se difunde y tiñe otros tejidos, obscureciendo así el campo operatorio. Generalmente el trayecto fibroso puede ser seguido sin inyectar colorantes. Para facilitar la exposición se separa el hueso hioides para examinar arriba de este punto y permitir la escisión del agujero ciego que es el punto de terminación del conducto tirogloso.

Al cerrar la herida los músculos de la lengua se juntan con puntos separados de seda o catgut crónico y los bordes cortados del hueso hioides se aproximan con suturas a través del periostio o la fascia adyacente y se coloca profundamente

en los músculos de la lengua un pequeño tubo de hule para el drenaje a través de la incisión cutánea.



- A. Remoción de un mucocelo; el bisturí hace una pequeña incisión a través de la mucosa.
- B. Tijeras finas utilizadas para separar la pared del quiste de los tejidos adyacentes.
- C. Método alterno: una incisión elíptica que deja la membrana mucosa intacta sobre la membrana del quiste puede ayudar a disecar el mucocelo.

Quistes y fistulas branquiales. Al extirpar las fistulas branquiógenas se utiliza una sustancia radiopaca, como -- aceite yodado (Lipiodol), y yofendilato (Pantopaque) para precisar la extensión y localización de la fistula. Se puede introducir una sonda en el conducto fistuloso para facilitar su identificación mientras se avanza en la disección. La técnica de escalera de Bailey es útil para seguir el conducto fistuloso hasta su terminación en la pared faríngea. Este proce

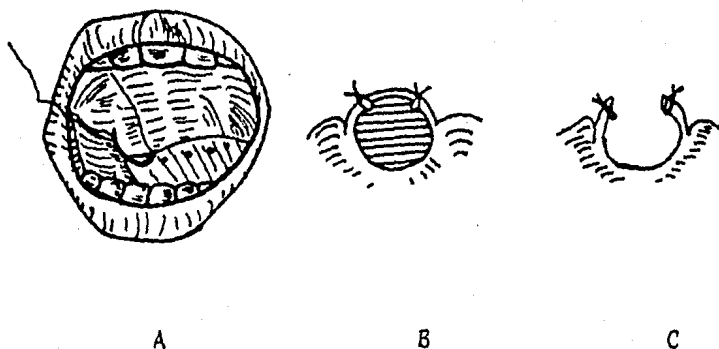
dimiento de dos fases hace mínima la cicatriz. El conducto se liga con seda fina o catgut en la entrada a la faringe y las heridas se cierran como de costumbre dejando un drenaje. El drenaje suele quitarse a los dos o tres días.

El mejor acceso al quiste branquiogéno es a través de una incisión centrada en la parte más saliente del quiste y paralela al borde anterior del músculo esternomastoideo. El quiste puede tener adherencias en importantes troncos nerviosos y vasos, y por lo tanto es necesario lograr exposición adecuada al examinar el quiste. Debe tenerse mucho cuidado para evitar la rotura del quiste durante la disección. Cualquier epitelio que se deje originará la recurrencia. La herida se cierra en capas y la piel se sutura de modo que se logre el mejor resultado estético. Se deja un pequeño drenaje durante uno o dos días.

Quistes dermoides. Los quistes dermoides son, por regla general, más superficiales que los de la hendidura branquial y no están insertados a la pared lateral faríngea. Frecuentemente es difícil hacer una distinción cuidadosa entre estos quistes antes de la operación, pero la remoción quirúrgica es el tratamiento de elección en todos los casos. Los quistes dermoides sublinguales del piso de la boca se quitan intrabucalmente.

QUISTES DE RETENCION. - Los quistes de retención general-

mente se localizan en la cavidad bucal y son tratados por escisión simple o marsupialización, según su tamaño y localización.



- A. Marsupialización de una rânula; colocación de las suturas a través de la mucosa hasta la pared quística subyacente.
- B. Corte transversal.
- C. Se hace una ventana y se aspira el contenido del quiste. El piso del quiste se incorpora al piso de la boca.

Mucocele. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa. Se hace una incisión cuidadosa a través -- del epitelio delgado suprayacente, que suele estar tenso sobre el quiste mucoso. Una incisión de alternativa que preserve la membrana mucosa suprayacente, para ayudar a asir el tejido durante la enucleación del mucocele, frecuentemente facilita la disección. Generalmente el quiste mucósico tenderá a sobresalir de su lecho de tejido blando, y puede liberarse --

cuidadosamente usando disección roma con pinzas de hemostasia curvas, cureta, o elevador de periostio pequeños. Deberá tenerse gran cuidado de no romper el saco, puesto que entonces la disección sería más difícil y no se podría tener la certeza de haber eliminado el quiste en su totalidad. En este tipo de lesiones las recidivas son comunes. Shira ha descrito una técnica con la que aspira el contenido de un mucocelo e inyecta una mezcla ligera de alginato o material de impresiones con base de caucho. Esto endurece y delinea claramente toda la extensión de la lesión, ayudando así a disecarla.

Ránula. La simple incisión y drenaje de la ránula va siempre seguida de recurrencias. La enucleación de una ránula sin romper la pared delgada es prácticamente imposible y trae muchas complicaciones importantes. Una vez que el quiste se ha roto es muy difícil distinguir la continuación de la cubierta y si no se remueve en su totalidad la ránula es fácil que recidive. Se puede utilizar un dedal en forma de lazo de alambre para intentar restablecer una abertura del conducto forrado de epitelio, pero esto, frecuentemente falla. Se ha encontrado eficaz el radio para el tratamiento de la ránula.

La operación de Partsch o marsupialización de una ránula se considera el mejor procedimiento quirúrgico. Consiste en la escisión de la pared superior de la ránula suturando la cubierta del quiste a la mucosa del piso de la boca y haciéndo-

la continua con la cavidad bucal.

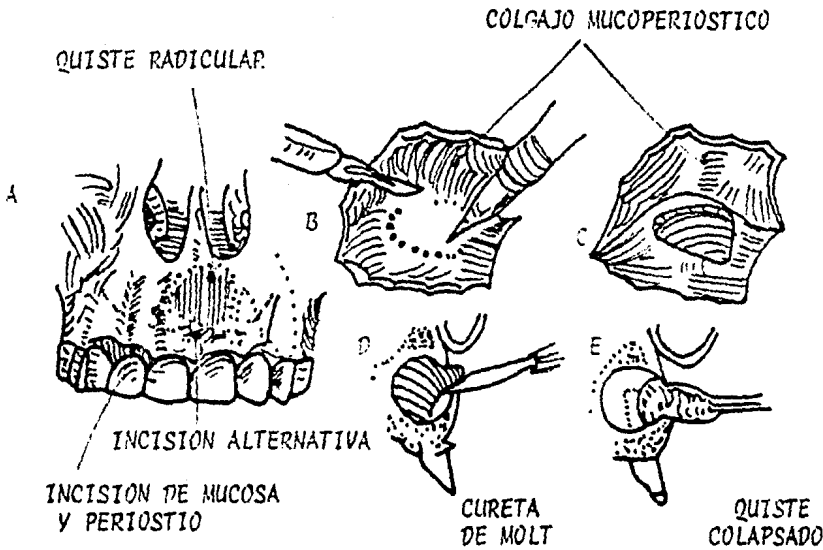
Se utiliza la siguiente técnica: se coloca una serie de suturas alrededor de los márgenes del quiste; las suturas -- atraviesan la mucosa normal del piso de la boca y la pared -- del quiste. Cuando el quiste está bien delineado con las suturas se hace la escisión de la pared superior inmediatamente por dentro de las suturas. El fondo del quiste se eleva a su posición normal al salir el contenido líquido y se hace continuo con el piso de la boca. La membrana quística se transforma y asume las características de los tejidos adyacentes.

Algunos operadores quitan una pequeña porción de la pa-- red superior, aspiran el contenido del quiste y lo limitan -- llenándolo con gasa estéril. Se termina la disección de la -- pared superior del quiste y se colocan las suturas periféri-- cas. Este procedimiento se hace mejor con anestesia local -- con bloqueo del nervio lingual. La infiltración local comple-- mentaria no suele ser necesaria. Si la tumefacción atraviesa la línea media entonces es necesario el bloqueo bilateral.

Catone y colaboradores reconocen que ciertas ránulas son de origen más profundo que otras, y frecuentemente es neces-- ario eliminar la glándula sublingual vecina. Recalcan que la asistencia quirúrgica lógica se basa en patogénesis y anato-- mía patológica de la lesión, y que no se justifica una inter-- vención dogmática para el tratamiento de lesiones quísticas -- del piso de la boca.

QUISTES OSEOS

El acceso al quiste óseo tiene que lograrse cortando y levantando el mucoperiostio. La naturaleza del método quirúrgico depende de la localización y extensión del quiste. Si el quiste óseo es completamente enucleado o se trata con el método de Partsch o sus modificaciones depende más de su tamaño y localización que del diagnóstico real del mismo. Cuando la enucleación es el método de elección, el hueso suprayacente tiene que quitarse con cinceles, alveolótomos o fresas para hueso. Muchas veces el hueso es sumamente delgado y puede quitarse fácilmente con una pinza hemostática. Frecuentemente existe erosión a través de todo el hueso y la membrana quística se inserta al periostio o cubierta de tejido blando y tiene que ser separada de éstos. Ello se complica a veces con infección secundaria y formación de un conducto fistuloso con gran cantidad de tejido cicatrizal. El saco quístico tiene que ser expuesto para levantarlo cuidadosamente de su lecho óseo.



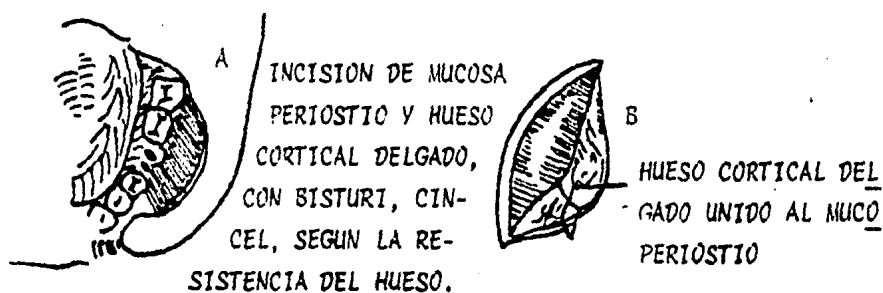
- Enucleación de un quiste. A) se hace la incisión en el borde gingival o en forma semilunar arriba de éste, y se levanta un colgajo mucoperiosteico grande. Los incisivos centrales no conservan en este caso la vitalidad. B) nótese la inserción fibrosa de la pared quística a la capa mucoperiosteica, debido a una fístula crónica. La inserción debe ser liberada por disección. Para limitar la cavidad quística se hacen perforaciones con fresa para hueso a través de la pared cortical. El cincel para hueso también puede utilizarse, o bien el alveolótomo si la perforación en el hueso es lo suficientemente grande para penetrar en ella. C) se ha quitado el hueso. Puede verse la porción anterior de la pared quística. D) se utiliza la parte posterior de una cureta para separar la pared quística de los lados de la cavidad ósea. E) la liberación del quiste se realiza haciendo tracción sobre la pared quística con pinzas para tejido, y separando con cureta la porción profunda.

Moose ha aconsejado hacer una colgajo osteoperiosteico - al operar tumores y quistes de la mandíbula con cubierta ósea

delgada. Esta técnica consiste esencialmente en hacer a la vez una incisión a través del mucoperiostio y de la capa cortical ósea. Esto puede hacerse con un bisturí si el hueso es delgado o colocando un cincel afilado en la incisión del colgajo dándole unos golpes ligeros para que penetre en el hueso. Entonces se levanta el hueso adherente al mucoperiostio para exponer la lesión quística. Este procedimiento se hace en las paredes labial y bucal de los maxilares superiores y la mandíbula. Después de la remoción del quiste regresa el colgajo a su posición original y se sutura. La conservación del hueso insertado al periostio aumenta las superficies osteogénicas de los tejidos alrededor del coágulo sanguíneo que llena la cavidad quística. Esto aumenta la posibilidad de cicatrización por primera intención y también forma un mejor núcleo para la regeneración del hueso. Las fracturas que ocurren en este hueso delgado cuando se levanta el colgajo no son importantes siempre que los fragmentos de hueso no se separen totalmente del periostio. Si se desinsertan entonces se quitan y se descartan.

Se debe tener cuidado de no romper el saco quístico y permitir que salga su contenido líquido. En los quistes grandes los nervios y vasos generalmente están empujados hacia un lado y no se deben traumatizar. Los bordes óseos del quiste deben rasparse antes de suturar los tejidos blandos y de cerrar la herida. La terapéutica antibiótica local con --

sulfonamida en polvo puede ayudar a la cicatrización de la herida. La medicación antibiótica general es aconsejable cuando hay inflamación o infección. El uso local de un antibiótico debe reforzarse con la terapéutica general.



- Colgajo osteoperiostico.

A. Línea de incisión.

B. Retracción del colgajo, se puede ver el quiste subyacente.

El quiste más pequeño, de 15 a 22 mm, generalmente sana por primera intención sin provocarse complicaciones. En la cavidad más grande la herida sana por segunda intención, con oposición gradual de tejido que va obliterando el defecto. Si el método elegido es el cierre primario, deberán controlarse bien hemorragia y escurrimiento, y la herida deberá estar li-

bre de infecciones. Los bordes óseos deberán estar bien ahuecados para permitir que los colgajos mucoperiosticos se colapsen dentro de la cavidad. Es útil usar Hemovac para controlar la formación de hematomas.

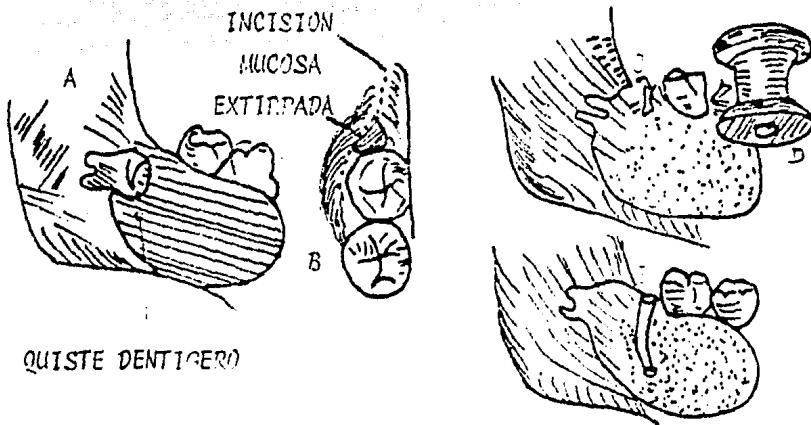
Generalmente, en quistes grandes, se ha utilizado un apósito de substitución en forma de gasa, productos resorbibles de celulosa como Geijfoam y Surgicel, astillas de hueso, yeso de París y otros substitutivos anorgánicos.

La gasa se empaqa en la cavidad para que haga presión contra cualquier punto que muestre tendencia al sangrado y generalmente se quita, ya sea parcial o totalmente, al quinto o séptimo día después de la operación. Si se presenta hemorragia considerable durante la operación, generalmente es mejor aflojar el apósito gradualmente y quitarlo en secciones en un periodo de 10 a 12 días.

Una cavidad quística grande también puede ser empacada con astillas de hueso que se obtienen del banco de huesos. El hueso seco congelado preparado cuidadosamente de hueso esponjoso o cortical en pequeños fragmentos puede ser empacado en la cavidad ósea. Es preferible el hueso esponjoso. Se pueden incorporar antibióticos o sulfas antes de colocar en su sitio el colgajo y suturar la herida cuidadosamente. A veces algunos de los pequeños fragmentos de hueso pueden obrar como cuerpo extraño y ser erjoliados. Sin embargo la mayoría de -

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

La herida se irriga cuidadosamente con solución de penicilina antes de taponar el defecto con tanto hueso del banco como sea posible. Se trata de obtener cierre impermeable de la mucosa, utilizando sutura de colchonero horizontal y continua y puntos de beisbol corredizos suprayacentes.

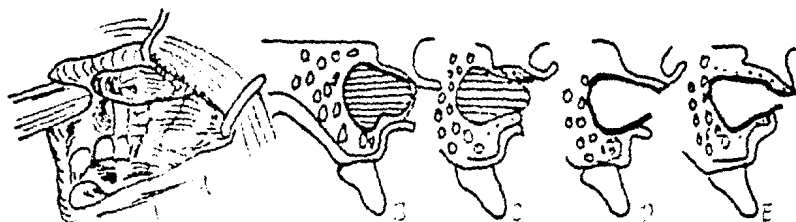


- Técnica modificada de marsupialización. A) quiste dentígero alrededor de un tercer molar que no ha hecho erupción, B) se hace una ventana en la mucosa para introducir el obturador. El tercer molar se extrae y se quita una porción de la pared quística para el examen microscópico. Los quistes con posibilidad de sufrir transformación histológica deben ser cuidadosamente vigilados después de la operación. C, D y E) botón - acrílico o tubo de metal para mantener abierta la herida, lograr drenaje, y permitir la irritación de la cavidad quística y limpiar la herida se quitan estos aditamentos cuando el examen radiográfico muestra - que hay formación de hueso hasta ese nivel.

La técnica de marsupialización descrita anteriormente para el tratamiento quirúrgico de la ránkula, también se puede utilizar en los quistes. El quiste es "destechado" y se sutura el mucoperiostio adyacente a los márgenes de la pared quística o se mantiene en su lugar con apósitos. Esto hace que la pared quística se haga continua con la cavidad bucal.

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

Se debe hacer una exposición adecuada para que la pared del quiste pueda ser examinada clínicamente y en muchos casos tiene que hacerse biopsia de cualquier porción sospechosa. Este tipo de lesión tiene que ser examinado frecuente y cuidadosamente después de la operación por examen clínico y radiográfico.



QUISTE
GLOSULOMAXILAR

- Técnica de marsupialización. A) la enucleación del quiste paradental en este caso puede poner en peligro los dientes adyacentes, B) la incisión se hace a través del mucoperiostio. Se quita la porción central del colgajo, C) el hueso sobre el quiste se quita para que corresponda con el delineamiento de la cavidad subyacente, D) se quita la porción expuesta del quiste y se somete a examen microscópico, E) se sutura la mucosa a la pared quística con una invaginación del colgajo mucoperiostico. La cavidad se empaqa con gasa durante cinco días. La gasa puede cambiarse una o dos veces antes de quitarla.

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

III. TIEMPO POSOPERATORIO

Se entiende por posoperatorio el conjunto de medidas, precauciones y técnicas que se realizan después de la operación con el objeto de mantener los fines logrados por la intervención, reparar los daños que surjan con motivo del acto quirúrgico.

gico, colaborar con la naturaleza, en el logro del perfecto estado de salud.

El tratamiento posoperatorio es la fase más importante de nuestro trabajo. Tanto es así, que la vigilancia, cuidado y tratamiento del paciente, una vez terminada la operación, pueden modificar y aun mejor los inconvenientes surgidos en el curso de la intervención quirúrgica.

Por supuesto, en cirugía bucal no puede tener la trascendencia que alcanza en una operación de cirugía general. En otros términos, nuestra cirugía es la cirugía que se efectúa en un paciente ambulatorio, y salvo excepciones que se fundan más bien en el tipo de anestesia usado que en la operación misma, el enfermo no necesita ser hospitalizado.

Los cuidados posoperatorios deben referirse a la misma herida (y al campo operatorio que es la cavidad bucal) y al estado general del paciente.

A. TRATAMIENTO LOCAL POSOPERATORIO

HIGIENE DE LA CAVIDAD BUCAL.- Terminada la operación, el ayudante o la enfermera lavan prolijamente la sangre que pudo haberse depositado sobre la cara del paciente, con una gasa mojada en agua oxigenada. La cavidad bucal será irrigada con una solución tibia del mismo medicamento, o mejor aún proyec-

tada la solución con un atomizador, que limpiará así y eliminará sangre, saliva, restos que eventualmente pueden depositarse en los surcos vestibulares, debajo de la lengua, en la bóveda palatina y en los espacios interdentarios. Estos elementos extraños entran en putrefacción y aumentan la riqueza de la flora microbiana bucal.

El paciente en su domicilio, constituido ya el coágulo, hará lavajes suaves de su boca (colutorios), cuatro horas después de la operación, con una solución antiséptica cualquiera.

8. FISIOTERAPIA POSOPERATORIA

Se ha preconizado el empleo de agentes físicos para mejorar y modificar las condiciones de las heridas en la cavidad bucal. Nos referimos al empleo del calor, frío, irradiaciones ultravioletas.

FRIÓ.- Empleamos con gran frecuencia el frío como tratamiento posoperatorio. Aconsejamos bolsas con hielo o toallas azelpadas mojadas en agua helada, que se colocan sobre la cara, frente al sitio de la intervención. El papel del frío es múltiple: evita la congestión y el dolor posoperatorio, previene los hematomas y las hemorragias, disminuye y delimita los edemas posoperatorios. El frío se usa por periodos de quince minutos, seguidos de periodos iguales de descanso, y -

durante no más de los primeros tres días pues más allá es ineficaz, cuando no perjudicial.

La acción del frío puede ser complementada con el empleo de una solución enfriada de sulfato de magnesio (100 g en 500 ml de agua) en lugar del agua; la aplicación en el lugar indicado se hace mediante una toalla empapada en la solución, cuyo resto se guarda en la nevera, para mantenerla refrigerada; el sulfato de magnesio reduce los edemas.

CALOR.- Sólo empleamos para "madurar" los procesos flogísticos y ayudar a la formación del pus; después del tercer día, puede aplicarse para disminuir las alveolalgias y dolores posoperatorios.

LAMPARA SOLUX; RAYOS INFRARROJOS.- Son fuentes de calor interesantes. Se emplean después de las apicectomías o de extracciones laboriosas. Se usan también en el tratamiento de las alveolitis.

RAYOS ULTRAVIOLETAS.- Preconizados por algunos autores para el tratamiento de los dolores posoperatorios.

C. CUIDADOS DE LA HERIDA

Si evolucionan normalmente, las heridas en la cavidad bucal no necesitan terapéutica. La naturaleza, que es sabia, provee las condiciones suficientes para la formación del coá-

gulo y la protección de la herida operatoria. En términos generales, un alvéolo que sangra y se llena con un coágulo, tiene la mejor defensa contra la infección y los dolores.

Después del segundo día, la herida (nos referimos en especial a las heridas mayores que las alveolares) será suavemente irrigada con suero fisiológico tibio o con una solución alcohólica de fenol alcanforado. Si hay que extraer los puntos de sutura, esto se hará al cuarto o quinto día (hacen excepción las suturas sobre el alvéolo del tercer molar o aún más posteriores); en estos sitios, después del segundo día la sutura actúa como cuerpo extraño, provocando inflamaciones localizadas y supuraciones; estos puntos, por lo tanto, serán retirados a las 24 ó 48 horas después de la operación.

CAPITULO XI

CONCLUSIONES

Por lo anteriormente expuesto, y tomando en consideración que la Odontología, a nivel profesional al igual que todas las profesiones; y en especial todas aquellas carreras profesionales que se relacionan de una forma o de otra con la Medicina, debemos concluir lo siguiente:

1.- Debemos actuar con toda una serie de precauciones para asegurar por una parte la tranquilidad y bienestar tanto del paciente como del operador.

2.- Siempre que tengamos un paciente en el consultorio, debidamente instalado en el sillón dental, próximo a intervenirlo de cualquier manifestación o agente patológico relacionado con la cavidad oral. Y en especial con la Odontología, debemos hacer una evaluación de la gravedad del caso y de las condiciones físicas, emocionales del paciente para poder efectuar tal procedimiento correctamente.

3.- El Cirujano Dentista en su práctica diaria siempre deberá tener presente que está desarrollando una actividad que reviste un gran interés humano y como consecuencia deberá proceder con un espíritu de altruismo muy desarrollado, --

puesto que no debe olvidar que está frente a un ser humano se mejante a él.

4.- Cuando por alguna u otra razón se le llegara a presentar una situación de urgencia (shock) no debe olvidar que ante todo debe conservar la calma y tranquilidad para poder actuar con lucidez y con la premura que el caso requiere.

5.- Por último; el Cirujano Dentista debe tener desarrollados los sentidos del tacto, vista, oído, olfato, con objeto de aplicar cualquiera de los sentidos en el momento que se precise, debe ser precavido, intuitivo y visionario para poder llevar a feliz término a todos sus pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Gustavo O. Kruger
Ed. Interamericana
4a. edición

- CIRUGIA BUCAL
Guillermo A. Ries Centeno
Ed. "El Ateneo" Buenos Aires
8a. edición

- TECNICAS DE QUIROFANO
Berry y Kohn
Ed. Interamericana
5a. edición

- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
William G. Shafer
Maynard K. Hine
Barnet M. Levy
Ed. Interamericana
3a. edición