



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**“ TRATAMIENTO DE LOS QUISTES
DE LOS MAXILARES “**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

María de la Luz Ramírez Hernández

OCTUBRE DE 74

106



UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**“ TRATAMIENTO DE LOS QUISTES
DE LOS MAXILARES “**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

MEDICO CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

María de la Luz Ramírez Hernández

OCTUBRE DE 74

Con mucho cariño
a mis queridos padres
Joaquín y Josefina Ramírez
a quienes debo todo.

A mis hermanos como estímulo
de superación personal.
Jela, Virginia, Della,
Elena, Joaquín, Víctor
y Teresa.

A mis tíos.

A mi querido esposo
J. Félix Rivera de quien
he recibido valioso y
constante apoyo.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A mi pequeña hijita
Luz Maritza.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

Al Director de la Facultad
Dr. Samuel Chávez Fraga
como reconocimiento a su acertada
labor de maestro y director.

Al Dr. Adrián Rodríguez R.
por su meritoria dedicación
y responsabilidad de asesor
y maestro.

A todos mis maestros
por su valiosa enseñanza
y orientación.

Mi profundo agradecimiento
al Dr. Héctor García
Asesor de esta tesis.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A mi querida Facultad.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

A mis compañeros.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.

S U M A R I O .

CAPITULO I.-

QUISTES EN GENERAL DE LOS MAXILARES.

- A).- DEFINICION.
- B).- CAUSAS.
- C).- CLASIFICACION.

CAPITULO II.-

A).- QUISTES OSEOS SIMPLES.

- 1.- QUISTES POR EXTRAVASACION LEMORRAGICA.
- 2.- QUISTES POR EXTRAVASACION LATENTES.

CAPITULO III.-

A).- QUISTES ECTODERMICOS ODONTOGENOS.

1.- QUISTES POLICULARES DERIVADOS DEL EPITELIO ODONTOGENO.

- A).- QUISTES PRIMORDIALES O SIMPLES.
- B).- QUISTES DENTIGEROS
 - a).- CENTRALES.
 - b).- LATERALES.
 - c).- MULTILOCULARES.

2.- QUISTES PERIODONTALES.

- A).- APICALES.
- B).- LATERALES.
- C).- RESIDUALES.

CAPITULO IV.-

A).- QUISTES EPITELIALES ECTODERMICOS NO ODONTOGENOS.

1.- QUISTES DE LA LINEA MEDIA.

2.- QUISTES GLOBULOMAXILARES.

3.- QUISTES NASOALVEOLARES.

4.- QUISTES NASOPALATINOS.

- a).- DE LA PAPILA PALATINA.
- b).- DEL CONDUCTO INCISIVO.

CAPITULO V.-

CONCLUSIONES.-

CAPITULO I.-

QUISTES EN GENERAL DE LOS MAXILARES.

A).- DEFINICION.

Los Quistes de los Maxilares son masas saculares revestidos de epitelio e incluidos en cavidades patológicas de los huesos ó, en tejidos blandos con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso. Están rodeados por una pared de tejido conjuntivo o cápsula y tienen un revestimiento de tejido epitelial. El volumen del contenido es importante en relación con el tamaño de la masa total del tejido.

El quiste suele ser de contorno irregular y no aparece como una zona de límites bien definidos, aunque en algunos casos se encuentra hueso compacto en su periferia.

B).- CAUSAS.

Los quistes de naturaleza inflamatoria, son el resultado de una infección dental con necrosis de tejido pulpar y transformaciones degenerativas en granuloma ó quiste.

La formación de un quiste depende:

- 1o.- De la disolución de la parte central del granuloma
- 2o.- De la trasudación del líquido a través del saco de tejido conjuntivo con forro de epitelio hasta el interior de la lesión.

Otra causa de la formación de los quistes, se debe a la remoción incompleta de tejido patológico cuando se extrae un diente infectado.

Los quistes se forman además, cuando se produce traumatismo en hueso que produce hemorragia intradésea pero no fractura.

Los quistes periodónticos se originan frecuentemente en el granuloma apical de un solo diente y puede extenderse por debajo de las piezas dentarias contiguas, sin perturbar riego sanguíneo. Los dientes sacavados pueden inclinarse y llegar a ser parcialmente expulsados, por lo que deben extraerse.

C).- CLASIFICACION.

Los tipos de quistes que se presentan 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.

Por lo general, los quistes de los maxilares se clasifican según su situación y patogenia. El grupo de mayor importancia es el de los quistes originados por perturbaciones del desarrollo embrionario a partir de tejidos odontógenos, los llamados Quistes Odontógenos. Hay otros que se originan en tejidos no odontógenos, a saber: los producidos por

inclusión del epitelio, Quistes Fisurales, ó por restos epiteliales, - como los que se encuentran en el conducto nasopalatino y forman los - quistes denominados Del Conducto Incisivo. Además existen los Quistes- por Extravasación, de origen hemorrágico, sea traumático o nó.

CAPITULO II.-

A).- QUISTES OSEOS SIMPLES.

1.- QUISTES POR EXTRAVASACION HEMORRAGICA.

Estos quistes se presentan principalmente en el maxilar inferior - una cavidad ósea resultante de la hemorragia intramedular de origen traumático, sin haberse producido fractura y que no experimenta organi- sación y reparación normales. El coágulo es encapsulado y poco a poco - ocurre lícuaación, la fibrina del coágulo se resorbe junto con el hueso que ha sufrido necrosis.

La cavidad ósea puede estar llena en parte ó por completo de con- tenido líquido ó semilíquido que incluye, fibrina, leucocitos y célu- las gigantes ó tejido de granulación que presenta fragmentos de hueso - necrótico, puede haber cápsula fibrosa o nó.

Estos quistes no tienen membrana epitelial, pero están revestidos por tejido conectivo formado a partir de los espacios medulares conti- guos y comparables a la membrana piógena de los abscesos.

Estas lesiones son indoloras y se presentan como áreas radiolúci- das redondas, a menudo dibujadas por un borde lineal radioopaco, este - último fenómeno se atribuye a osteogénesis, dependiente de la erosión - del hueso provocada por la presión de los vasos sanguíneos y linfáti- cos congestionados en la periferia de la lesión. Los síntomas nó se -- presentan hasta transcurrido cierto tiempo, cuando la presión o el do- lor sordo se perciben en la zona del quiste, por entonces ya suele ha- berse olvidado el accidente que causó el quiste ó se tiene de él vago- recuerdo, es importante la anamnesis minuciosa del paciente que se per- cata a menudo del aumento gradual del volumen del hueso. Aunque la le- sión comprende los dientes contiguos no siempre los afecta, son raras - las necrosis y supuración de la pulpa.

Es frecuente que quede una fístula a consecuencia de la extrac- - ción de un diente infectado en la zona de la lesión, y a veces se vier- te en la boca un líquido de mal sabor. El quiste es de contorno irregu- lar de límites no bien definidos, aunque puede encontrarse en algunos - casos hueso compacto en su periferia.

El diagnóstico diferencial, es necesario establecerlo con los quistes odontógenos en particular con los periodónticos, los cuales poseen una clara cubierta de hueso cortical.

Indicaciones de la Intervención Quirúrgica.- El tratamiento quirúrgico está indicado en todos los quistes por extravasación para evacuar el infarto y permitir la repleción gradual de la cavidad ósea. La operación puede efectuarse por vía intrabucal si el quiste es accesible sin necesidad de extraer dientes sanos. La operación por vía extrabucal se recomienda en quistes situados en la zona apical.

Preparación General del Paciente.- Si el quiste es de gran tamaño y exige la intervención por vía extrabucal, el paciente debe ser hospitalizado y sometido a penicilinoterapia, antes y después de la operación.

Anestesia.- Puede emplearse anestesia local ó general.

Detalles de Técnica Operatoria.- La piel o mucosa se preparan y se hace la incisión necesaria para descubrir en la extensión suficiente de zona ósea afectada, cuando hay fístula se extirpa hasta hueso. Si hay raíces de dientes cariados en la zona afectada, se extraen para ampliar el campo operatorio, se expone la cavidad quística y se abre con pinzas gubias y osteotomo y su contenido se evacúa por aspiración ó enjugándolo con gasa. La hemorragia se cohibe con torundas empapadas en solución de adrenalina, se limpia completamente la cavidad y regularizan los bordes. La herida se puede taponar y dejar abierta o rellenarla con gelfoam empapada con solución de penicilina y trombina y cerrarla con sutura entrecortada.

Atención Post-Operatoria.- El taponamiento se cambia de cuando en cuando y la superficie cruenta se lava con solución salina, disminuyendo paulativamente el tamaño del tapón, para que el tejido de granulación llene la herida. Si la cavidad se ha taponado con gelfoam, los puntos de sutura se quitan a los diez días.

CAPITULO III.-

A).- QUISTES ECTODERMICOS ODONTOGENOS.

I.- QUISTES FOLICULARES DERIVADOS DEL EPITELIO ODONTOGENO.

Los quistes foliculares provienen del epitelio del diente en desarrollo de la lámina dental ó del órgano del esmalte, estos quistes pueden ocurrir en una zona donde falta, un diente donde las piezas dentarias son completas ó en áreas donde ha sido extraído un diente parcialmente incluido o impactado, en estas circunstancias pueden originarse restos epiteliales contenidos en una porción de folículo dentario que no se extirpó por completo.

Los quistes foliculares son lesiones benignas que crecen por expansión, se presentan radiográficamente como zonas radiolúcidas sin tabiques uniloculares ó subdivididos en áreas menores por tabiques óseos multiloculares, están revestidos de epitelio escamoso estratificado.

A).- QUISTES PRIMORDIALES O SIMPLES.

Son quistes que se forman por degeneración del retículo estrellado del órgano del esmalte antes de iniciarse la calcificación. Estos quistes pueden producirse en el esbozo de un diente embrionario normal ó en una yema epitelial supernumeraria. El quiste es primordial por tener una estructura sencilla y menos desarrollada.

El quiste está forrado por un epitelio escamoso estratificado y puede ser locular, multilocular ó múltiple. Los quistes odontógenos como los primordiales se forman del epitelio primitivo, y por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma, un neoplasma dental verdadero. En estos quistes las células epiteliales tienen capacidad neta de desarrollar neoplasmas.

B).- QUISTES DENTIGEROS.

Estos quistes son sacos revestidos de epitelio formados alrededor de las coronas de dientes no brotados o denticulos. Su origen es atribuido a la desintegración del retículo estrellado del órgano del esmalte por lesiones degenerativas en el disminuido epitelio del esmalte de los dientes en desarrollo. El hecho de que el epitelio de un quiste dentífero, se inserte en el cuello de un diente prueba que la mayoría de los casos el quiste está formado por el órgano del esmalte y no independiente de él.

Si se forma un quiste cuando un diente ha hecho erupción, se llama Quiste de Erupción, que interfieren con la erupción normal de los dientes. Suelen estar relacionados con los terceros molares superiores e inferiores.

Los quistes dentígeros agrandados pueden causar gran desplazamiento del diente. La presión del líquido acumulado generalmente desplaza el diente en dirección apical y con frecuencia la formación de la raíz no es completa.

Estos quistes pueden encontrarse en cualquier parte de la mandíbula ó de los maxilares superiores, pero se localizan más frecuentemente en el ángulo de la mandíbula, región de los caninos, terceros molares superiores, cavidad antral y piso de la órbita.

Está indicada la enucleación completa en este tipo de quistes de desarrollo dental. La escisión parcial es peligrosa y cualquier parte pequeña que se deje puede formar un tumor dental verdadero.

a).- QUISTES CENTRALES.

El quiste se forma antes de que degenera el órgano del esmalte sobre la corona del diente, puede rodear la totalidad de la corona y rechazarla por la presión que ejerce sobre la superficie de oclusión el líquido que va acumulándose.

b).- QUISTES LATERALES.

El quiste es de formación ulterior y lo hace en la zona cervical del órgano del esmalte, que todavía es activa después de haber dejado de ser la parte central, y resulta adherido a una de las caras del diente con mayor frecuencia a la distal del tercer molar.

c).- QUISTES MULTICULARES.

Se observan generalmente cuando se forma un racimo de quistes a partir de gérmenes dentales contiguos ó por proliferación del epitelio odontógeno. Si éste se divide en varios cordones, de cada uno de ellos puede originarse un quiste, de este modo es posible encontrar adyacentes tipos distintos de quistes primordiales y dentígeros.

2.- QUISTES PERIODONTALES.

El quiste paradontal, está formado por restos epiteliales ó de la membrana periodontal. Todos son de origen inflamatorio, no muestra signos de formación de neoplasma de las células epiteliales que forran su pared. La localización es en el ápice del diente ó a lo largo de la pared lateral.

El quiste pequeño periodontal puede ser empujado a través de la pared del alveolo, después de quitar el diente atacado. Sin embargo es mejor hacer un colgajo para quitar el quiste desde la cara labial ó bucal, esto asegura mejor visibilidad de la región patológica y permite remoción más completa de todo el tejido quístico.

A).- QUISTES APICALES.

El quiste del ápice de la raíz ó radicular, nace de un granuloma apical y se forma por proliferación de células epiteliales, éstas células son restos de la vaina de Hertwig, estructura epitelial que participa en la formación de la raíz que posteriormente se disgrega. La formación de un quiste a partir de un granuloma tiene el siguiente proceso:

- 1.- Proliferación del epitelio por estímulo inflamatorio con la formación de una malla dentro del granuloma.
- 2.- Degeneración y licuación del epitelio y del tejido conectivo centrales lo que produce la cavidad quística.
- 3.- Exudación a partir del tejido conectivo periférico inflamado lo que agranda la cavidad central.
- 4.- Proliferación continuada de las células epiteliales por la cual se forma un revestimiento epitelial dentro de una cápsula periférica.

La cápsula de tejido conectivo suele presentar inflamación crónica que causa degeneración y ulceración del revestimiento epitelial.

La cavidad del quiste posee los siguientes elementos: células epiteliales, cristales de colesterol, sangre, pigmento hemostático y pus. Los quistes radiculares son lesiones benignas de crecimiento lento son asintomáticas crecen a expensas del hueso adyacente produciendo zonas redondas radiolúcidas que se descubren por radiografía.

B).- QUISTES LATERALES.

El quiste lateral es una lesión poco frecuente, que produce destrucción localizada de los tejidos en la superficie externa de la raíz, nó en la punta. Ocurre en la región de caninos y premolares del maxilar inferior generalmente.

Es la tumefacción localizada y dolorosa a la palpación, está revestida de epitelio escamoso estratificado y rodeado por cápsula de tejido conectivo. Se considera posible su origen por proliferación de restos epiteliales de la membrana parodontal como reacción a infección de encías o pulpa dental.

C).- QUISTES RESIDUALES.

Los quistes residuales son de naturaleza inflamatoria, que en regiones desdentadas se les da el nombre de Residuales, éstos quistes se deben a la remoción incompleta de tejido patológico, cuando se extrae un diente infectado.

Son quistes que suelen estar revestidos de epitelio escamoso estratificado y generalmente se encuentra infiltración de células redondas y otros signos de inflamación crónica. Se producen estos quistes en ambos maxilares.

Los quistes residuales pueden hallarse debajo de puentes y dentaduras que cubren zonas anodónticas, sin que produzcan ningún signo local. Son de naturaleza infecciosa, la absorción por vía hemotógica de toxinas microbianas origina síntomas a distancia. Otras veces la única manifestación, es la exudación de líquido y pus de mal olor por una herida de exodoncia que no ha curado ó por una fístula espontánea.

CAPITULO IV.-

A).- QUISTES EPITELIALES ECTODERMICOS NO ODONTOGENOS.

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

I.- QUISTES DE LA LINEA MEDIA.

Estos quistes se forman en la hendidura media del paladar en la sutura palatina ó en la sínfisis del maxilar inferior. Los quistes palatinos de la línea media, pueden desarrollarse en la zona alveolar ó en paladar duro. Los quistes alveolares medios pueden separar las raíces de los incisivos. En pacientes anodónticos pueden causar tumefacción en la cara palatina o vestibular de la cresta alveolar e impedir el uso de prótesis.

Los quistes palatinos de la línea media se producen por detrás del agujero incisivo y originan en algunos casos tumefacción en el suelo de las fosas nasales y dificulta la respiración por ellas.

Indicaciones de la Intervención Quirúrgica.- Generalmente el paciente presenta tumefacción, debe extirparse el quiste en cuanto se diagnostique.

Preparación General del Paciente.- La mayoría de quistes de la línea media son de pequeñas dimensiones y el enuclearlos es una intervención que puede efectuarse en pacientes ambulatorios bajo anestesia local.

Detalles de Técnica Operatoria.- Después de la preparación de la mucosa, se hace una incisión para abrirse acceso al quiste, levantando un colgajo se enuclea el quiste, que puede estar adherido a la sutura de la línea media y deberá extirparse todo el epitelio. El colgajo se aplica en el interior de la cavidad, se tapona con gasa o se cierra -- por sutura primaria después de haber introducido en ella sulfanilamida o sulfatiazol, si la cavidad es pequeña ó esponja de fibrina si el quiste es grande.

2.- QUISTES GLOBULOMAXILARES.

Estos quistes se forman en la unión de las prolongaciones globular y maxilar superior, entre las raíces del segundo incisivo y del canino, las que separa. El quiste se origina en la apófisis alveolar a partir de restos epiteliales y se desarrolla e invade la mayor parte del maxilar superior, generalmente aparece una tumefacción en cara externa del hueso, si el quiste se extiende hacia el paladar, la tumefacción puede presentarse en el techo de la boca, y ocupan a veces -- gran parte del seno maxilar.

Indicaciones de Intervención Quirúrgica.- El dolor es síntoma raro en estos quistes, se suele percibir del proceso hasta que el maxilar aumenta de volumen ó aparece una tumefacción en el paladar. El quiste -- debe extirparse tan pronto se diagnostique, para evitar la invasión -- de seno y aumento de la desviación de los dientes.

Preparación General del Paciente.- En quistes pequeños es poca la preparación que se necesita, especialmente si ha de operarse bajo anestesia local en el consultorio. En grandes quistes infectados el paciente debe ser hospitalizado y se le someterá a penicilinoterapia profiláctica y requiere anestesia general.

Detalles de Técnica Operatoria.- Después de la preparación de la cara y boca, se separa el labio y se hace incisión curva en la mucosa de -- la cara externa del maxilar, de base de la anchura del quista y la -- convexidad de la misma descenderá hasta la parte inferior de la le -- sión. Por disección roma se despega cuidadosamente el mucoperiostio y con osteotomo se practica una abertura en la pared ósea para exponer -- el quiste en la mayor extensión posible, sin lesionar las raíces del -- incisivo lateral y del canino que no estén enfermos. Descubierto el -- quiste se prende con pinzas de allis se disecciona cuidadosamente con un -- periostotomo curvo apropiado, a menudo queda un trozo de membrana que se extrae con una fresa pequeña, pues la residiva es segura si se de --

se deja algún resto membranoso. El colgajo mucoperióstico se aplica sobre el fondo de la cavidad y se mantiene en contacto con el hueso por medio de una tira de gasa yodofórmica vaselinada. El taponamiento con gelfoam y trombina puede combinarse en la sutura primaria.

Atención Post-operatoria.- Si se usa taponamiento se cambia cada dos días hasta que la superficie cruenta este tapizada por tejido de granulación y se instruye al paciente en la manera de lavar la cavidad hasta que haya obliterado por completo. Si la insición se cerró por sutura, se quitan los puntos a los 8 ó 10 días.

3.- QUISTES NASOALVEOLARES.

Este quiste se forma en la hendidura nasal lateral, en el lugar de unión de las prolongaciones globular, lateral nasal y maxilar superior.

Produce una tumefacción en la inserción del ala de la nariz y al crecer invaden la cavidad nasal. Los datos radiográficos son negativos debido a que estos quistes no son lesiones centrales del hueso, los quistes están cubiertos con epitelio de tipo nasal. Al levantar el labio superior se advierte una clara tumefacción fluctuante en el surco vestibular por debajo de la abertura piriforme.

Indicaciones de Intervención Quirúrgica.- Signos de quistes nasolabiales son la tumefacción fluctuante y la obstrucción de las fosas nasales sin reacción inflamatoria notable.

Anestesia.- La extirpación de estos quistes puede realizarse bajo anestesia local.

Detalles de Técnica Operatoria.- Después de la preparación del campo operatorio, se hace una incisión curva en la mucosa de la cara externa del maxilar superior, alrededor y por debajo del quiste. Se despegga mucoperiostio con un periostotomo hasta alcanzar el saco, como el quiste no tiene cubierta íntera se debe disecar la mucosa, el quiste sobresale a veces por la herida y puede ser despegado por la superficie inferior hasta extirpar todos los restos epiteliales, la herida se cierra con sutura entrecortada.

Atención Post-operatoria.- Se aplica un apósito sobre el labio para comprimir la piel sobre el hueso y evitar la formación de hematoma en la herida y se suprime a las 48 horas. Los puntos de sutura se quitan al quinto día.

4.- QUISTES NASOPALATINOS.

Se forman en el conducto incisivo a partir del conducto nasopalatino, estructura embrionaria que puede persistir como fondo de saco, que se abre en la nariz ó en la boca a nivel de la papila palatina.

Los quistes nasopalatinos generalmente contienen una membrana gruesa de tejido conjuntivo, la cubierta varía desde el epitelio estratificado al epitelio de transición ó al cilíndrico ciliado. En muchos casos hay intensa infiltración inflamatoria debido a la infección secundaria de la cavidad bucal.

Indicaciones de la Intervención Quirúrgica.- Todo quiste nasopalatino debe extirparse, porque el drenaje por cateterismo para dar salida al contenido por una pequeña hendidura sólo da un alivio transitorio.

Preparación General del Paciente.- Es la misma que para intervenciones pequeñas. En quistes infectados está indicada la penicilinoterapia y hospitalización del paciente.

Anestesia.- La anestesia local no siempre es satisfactoria porque es necesario inyectar el nervio nasopalatino en el conducto incisivo, lo que es doloroso y si la solución penetra en el quiste es ineficaz. Se recomienda anestesia general por tubo traqueal.

Detalles de Técnica Operatoria.- Con el paciente en posición decúbito-supino, se prepara el campo operatorio con tintura de zefirán. Se hace una incisión a unos 2 m.m. del borde gingival desde el segundo bicúspide de un lado hasta el mismo diente del lado opuesto. El mucoperiostio que en esta región es una membrana gruesa, se despega cuidadosamente del hueso por disección roma. En quistes de la papila incisiva, el mucoperiostio está adherido al saco y en quistes del conducto incisivo puede estar a nivel del agujero incisivo, por el cual penetra el quiste y será necesario la disección con instrumentos cortantes, se separa el colgajo palatino y la hemorragia se cohibe con torundas de gasa empapadas con adrenalina. Aparece un saco verduoso, que será separado de las paredes óseas, pero quedará adherido a las estructuras hasta el extremo nasal del conducto incisivo, adherencia que se secciona para extirpar totalmente el saco.

Se deja que la cavidad sea ocupada por un coágulo de sangre y en la superficie cruenta se aplica sulfanilamida en polvo. La herida se puede cerrar generalmente por sutura primaria. En quistes infectados se introduce un pequeño drenaje de tela de goma a través de una corta incisión en el colgajo a nivel del quiste.

Atención Post-operatoria.- Si la curación transcurre normalmente, el paciente debe estar en reposo para evitar las hemorragias secundarias procedentes de las arterias que pasan por el conducto incisivo y que fueron seccionadas. La tumefacción que levanta la mucosa palatina, se combate disolviendo en la boca pequeños trozos de hielo. Se continúa la penicilinoterapia, los puntos de sutura se pueden quitar al quinto día.

a).- QUISTES DE LA PAPILA PALATINA.

Estos quistes producen una tumefacción redondeada que aumenta gradualmente de tamaño hasta alcanzar el de media cereza, se forma en los tejidos blandos que cubren el agujero incisivo y dilatan la papila palatina, son blandos y fluctuantes si se comprime el contenido del quiste escapa por el orificio de una de las pequeñas aberturas de los conductos nasopalatinos, los cuales se pueden ver a cada lado de la papila como pequeñas hendiduras ocluidas. La mucosa que cubre la tumefacción es normal a causa de su grosor y superficie rugosa en ocasiones se encuentra enrojecida por la acción traumática de los incisivos inferiores durante la masticación, En estos casos el exudado es purulento.

b).- QUISTES DEL CONDUCTO INCISIVO.

Este quiste se forma en el espesor del paladar duro y dilata el conducto incisivo, En algunos casos ocasiona intenso dolor por la presión que ejerce sobre los nervios nasopalatinos que pasan también por este conducto. El paciente experimenta a veces dolor que puede irradiarse al puente de la nariz y a los ojos. Generalmente la papila palatina está ligeramente tumefacta, pero esta tumefacción no es circunscrita como en los quistes de la papila.

En algunos casos hay infección y los síntomas se agudizan y van acompañados de fiebre y aumento de la tumefacción y del exudado.

La exploración radiográfica revela una pequeña imagen quística con la característica condensación ósea en la periferia, situada en la región que ocupa el conducto incisivo.

CUADRO CLINICO.

Es característico en los quistes odontógenos el comienzo incidioso, crecimiento gradual, hasta la expansión del hueso. Crece de manera que deforman el rostro, el hueso se adelgaza al grado de crepitar como cascarón de huevo a la palpación, algunas veces llega a ser - - completamente perforado y la capa fibrosa del quiste se fusiona al periostio. En ocasiones, el quiste se encuentra unido al tejido conjuntivo que rodea al nervio dentario. La pared del quiste puede ser delgada o gruesa, por consiguiente el epitelio ser de tipo escamoso bien desarrollado o muy delgado parcialmente destruido por la infección. - El contenido del quiste varía de rojo pajiso y pus o materia espesa amarilla que contiene cristales de colesterol.

La infección aguda es característico de los quistes, presenta el cuadro de proceso inflamatorio agudo, tumefacción de la cara, fiebre y leucocitosis creciente, esta infección aguda se presenta en quistes periodonticos de origen infeccioso, y la causa desencadenante inmediata suele ser la disminución de la resistencia general. Se presenta esta complicación en dientes en estrecha relación con el quiste o intervenciones incompletas, en extracciones sin enterarse de la existencia del quiste, son factores etiológicos comunes en la infección.

EXPLORACION ROENTGENOGRAFICA.

Los Rayos "X" suministran valiosos datos, la situación y dimensiones del quiste, así como su relación con estructuras importantes como: seno maxilar, nervio dentario inferior y dientes. Si la proyección lateral del quiste abarca todo el hueso no indica que se encuentre debilitado, aunque el quiste destruye lámina esponjosa y externa, se conserva íntegra la lámina interna ó lingual, lo refuerza la cresta del milohioideo por lo que no hay peligro de fractura.

Los signos roentgenográficos de valor en el diagnóstico diferencial entre adamantoblastoma y quiste, son las pequeñas excavaciones - (escotaduras) en la pared ósea del quiste y pequeños quistes accesorios, la total o parcial inclusión de los dientes vecinos y la demuda ción de las raíces contiguas, desviación de los dientes ó resorción de los mismos por presión, es más frecuente en los quistes.

En casos de duda en diagnóstico se recurre a la punción aspirada ra del quiste y la inyección de lipiodol o yodoclorol y biopsia.

ROENTGENOGRAFIA CON MEDIOS DE CONTRASTE.

Las sustancias radioopacas que se usan para el estudio de los quistes es: Lipiodol y Yodoclorol, que se calientan a temperatura de 38° ó 40° C., para facilitar su aplicación con una jeringa de Luer-Luk de 5 c.c. y una aguja no. 21 de 2.5 cm. de longitud.

Cuidadosamente se elige el lugar de la punción, en el maxilar inferior no hay problema, pero sí en el maxilar superior se debe ser más precavido para no inyectar el antro. La aguja debe atravesar la pared quística, pues de lo contrario la inyección se hará fuera del saco y lo separará del hueso. Se comienza por aspirar el contenido líquido del quiste, la cantidad extraída dará idea del medio de contraste que se usará y se inyecta el lipiodol o yodoclorol, adaptando otra jeringa al pabellón de la aguja introducida en la cavidad. Al extraer se la aguja se obtura con una torunda de gasa que se retira al tomar la radiografía.

Los medios de contraste en diagnóstico diferencial, nos ayuda a ver situación y contorno de la cavidad, importante en maxilar superior y a diferenciar quistes y neoplasias quísticas, obteniendo así la imagen del quiste, se planea mejor la operación.

MÉTODOS OPERATORIOS.

Se han ideado dos métodos operatorios; 1o.- La Emucleación, extirpación completa del saco quístico y 2o.- La Marsupialización u operación de Parson, se practica una abertura en la parte más externa del quiste y a través de ella se evacúa el contenido, pero no se extirpa la membrana quística. La abertura permanente que así queda disminuye la presión, permitiendo que los procesos de reparación restablezcan, contorno y estructura originales del hueso afectado.

Las operaciones siguientes se ponen en práctica para los diversos quistes:

- 1.- Emucleación y taponamiento sin sutura.
 - a).- con extracción del diente causal.
 - b).- con conservación del diente causal.
- 2.- Emucleación combinada con la operación de Caldwell-Luc.
- 3.- Marsupialización (operación de parsonch.)
- 4.- Emucleación y sutura primaria.
- 5.- Emucleación e inmovilización de fractura patológica.

ENUCLEACION Y TAPONAMIENTO SIN SUTURA.

En esta operación se extrae por completo la membrana quística, - pero la cavidad se taponada y se deja abierta, con conservación del - - diente causal ó sin ella, en todos los tipos de quistes de origen o-- dontógeno. Los cirujanos que prefieren la operación de Partsch sostie-- nen que al extirpar la membrana quística puede lesionar el nervio den-- tario inferior, o dejar sin irrigación sanguínea o inervación a los - dientes contiguos, pero la membrana quística es una estructura patoló-- gica que debe eliminarse; porque su epitelio tiene potencialidad neo-- plásica y el saco puede ser asiento de un proceso inflamatorio, fre-- cuente en quistes periodónticos que tienen líquido purulento. La reac-- ción inflamatoria produce proliferación del epitelio a menudo con de-- pósitos masivos de colesterol en tejido conectivo.

El tratamiento ideal es la extirpación completa del quiste, lo - que las más de las veces es posible hacer sin afectar estructuras im-- portantes, aunque esté en ocasiones unido al quiste al tejido conecti-- vo del nervio dentario inferior, generalmente puede ser diseccionado y -- conservado.

Además la obliteración de la pérdida de sustancia que deja la ex-- tracción del quiste, se efectúa más rápido cuando se enucleación com-- pleta que después de la marsupialización, puesto que el tejido de gra-- nulación que se forma en las paredes contribuye a la reparación.

INDICACIONES.

La enucleación está indicada para todos los quistes a excepción-- de los quistes pequeños y complicados. La operación se realiza en - - grandes quistes dentigeros y periodónticos, y quistes primordiales de las ramas horizontal y vertical del maxilar inferior y de la parte an-- terior del maxilar superior, en particular en los infectados.

PREPARACION GENERAL DEL PACIENTE.

Se administra penicilinoterapia profiláctica en quistes volumino-- sos especialmente en los infectados.

ANESTECIA.-

Se puede emplear la local. Muchos quistes se extirpan por comple-- to con anestesia de conducción completada con infiltración de monoca-- fna y adrenalina para hemostasia y supresión de la sensibilidad de los nervios accesorios de la zona operatoria.

PREPARACION OPERATORIA.

La cara se prepara de la manera ordinaria y la mucosa bucal y dientes se marcan con tintura de zefirán.

DETALLES DE TECNICAS OPERATORIAS.

Debe planearse cuidadosamente la emucleación del quiste así como vía de acceso y tamaño y forma de la incisión.

La incisión debe hacerse de manera que el colgajo mucoperióstico resultante pueda introducirse en la cavidad y cubra parcialmente el hueso desnudo y facilitar se cubra de epitelio la superficie cruenta, a la vez cubra el defecto restante ya que ha sido tapizado por tejido de granulación. Tiene importancia la vía de acceso al quiste, se hará por la parte anterior o lateral de la superficie vestibular, por -- amplitud y visibilidad del campo, evitando así la abertura por la cara lingual del maxilar inferior, con las molestias consiguientes.

ELECCION DEL METODO OPERATORIO.

Se hace tomando en cuenta; relaciones anatómicas, dimensiones y configuración del quiste, tipo y situación de éste en relación con el diente causal, número e importancia de los dientes secundariamente afectados y conservación de la cresta alveolar.

OBJETO DE LA OPERACION.

Es convertir el quiste en una cavidad accesoria que disminuya -- gradualmente hasta que desaparezca. Debe eliminarse porción ósea suficiente y evitar la invaginación, porque la abertura puede cerrar antes que el defecto haya sido rellenado. La lámina externa es conveniente no eliminarla hasta la base del quiste, sino dejar una cavidad cuyo centro se rellenará.

QUISTES ANTERIORES DEL MAXILAR SUPERIOR.

Este quiste situado dentro de la arcada dentaria; puede hacer -- prominencia en el surco vestibular o extenderse hacia la bóveda palatina e invadir las fosas nasales. Se prepara el colgajo mucoperióstico despegando esta estructura con un periostotomo y se descubre el -- hueso, que se extirpará con pinzas gubias para obtener acceso a la cavidad.

Debe evitarse lesionar las raíces de los dientes contiguos, el -- saco quístico asomará por la abertura ósea que puede romperse y dar --

salida al contenido. Se prende el saco con unas pinzas de Allis y se tira de él fuera de la cavidad, mientras se libera por disección roma quedará adherido únicamente al ápice radicular, si es un quiste periodóntico, ó alrededor del cuello del diente si es dentígero.

En quistes periodónticos, el saco se disecciona con bisturí para liberarlo por completo ó se extrae el diente; cuando éste ha de ser conservado se procede a la excisión del ápice. Generalmente el diente ha sido tratado antes, de no ser así se extrae la pulpa y se introduce en su lugar un apósito, puesto que el conducto radicular se puede tratar rellenándolo mientras cura el quiste, que únicamente podrá hacerse durante la operación cuando la pulpa no esté infectada. A continuación se inspecciona la cavidad para ver si se ha dejado alguna porción quística, y si los dientes contiguos penetran en ella. Si el ápice de una raíz ha sido demudado, se deberá extraer la pulpa, rellenar la cavidad pulpar y amputar el ápice.

Siguientemente se provoca la hemorragia por escarificación de la pared cortical, y se taponan la cavidad con gasa vaselinada yodofórmica o boricada.

QUISTES DEL MAXILAR SUPERIOR QUE INVADE EL ANTRO.

Se originan generalmente en los bicúspides ó en los molares y son casi siempre periodontales y se desarrollan en el suelo del seno maxilar a partir de un granuloma apical, sin embargo los quistes muy grandes de la parte anterior del maxilar superior, pueden invadir esa cavidad desde la superficie vestibular ó lingual y producen una tumefacción en la cara externa del maxilar ó en el paladar. En algunos casos cuando los dientes penetran en el seno y están cubiertos únicamente por una delgada capa de tejido óseo, el quiste se forma en el antro y lo ocupa casi por completo sin ningún signo externo.

Los quistes que invaden extensamente el seno maxilar se tratan por el método de Caldwell Luc. y los que penetran ligeramente en esa cavidad y están separados de ella por una pared ósea se pueden empujar y taponar sin sutura. La vía debe ser la vestibular, la cual no es difícil si el quiste se ha desarrollado en esa dirección. Cuando el quiste es de situación palatina, la extracción del diente y la resección de parte del hueso alveolar facilitan el acceso necesario.

El diente causal debe ser extraído, si es una premolar ó en particular si se trata de un molar. No es raro que al extraer el saco -

quistico se perfora accidentalmente el seno maxilar, en estos casos la intervención deberá concluirse con una operación de Caldwell Luc. Enucléado el quiste y suprimida la presión, el seno maxilar tiende generalmente a recuperar sus dimensiones normales y el paladar su forma.

En vez de taponar el quiste y dejarlo abierto, se puede introducir gelfoam, el colgajo se repone en su lugar y la herida se cierra por sutura entrecorvada.

QUISTES DE MAXILAR INFERIOR QUE NO INVADEN MAS DE LA RAMA HORIZONTAL.

Estos quistes se observan con frecuencia y pueden ser; periodonticos, dentígeros, residuales, primordiales invaden una pequeña porción del maxilar y dientes contiguos, ó se extienden por debajo de los dientes en la zona subapical y por detrás invaden la rama ascendente.

En quistes dentígeros en zonas anodónticas, la incisión se hace a lo largo de la cresta alveolar con prolongaciones verticales para exponer el hueso que ha de researse.

Con periostotomo el colgajo se separa de hueso, el quiste se enuclea separando el saco de la cavidad. Si hay que extraer piezas por mala posición se extraen fácilmente si no están bien formadas las raíces, si éstas han desarrollado se luxa por apalancamiento. Generalmente se pueden extraer estos dientes adheridos al saco quístico. Después de la total enucleación del quiste, el colgajo mucoperiostótico se introduce en la cavidad, se deja que ésta sea parcialmente ocupada por sangre y se tapona con gasa vaselinada.

En individuos jóvenes se puede conservar el diente causal. Si las raíces no están completamente formadas, será necesario sujetarlo mientras se despega la membrana con un instrumento cortante. El borde del colgajo previamente recortado, se repone y sutura a ambos lados. Se deja que la sangre rellene el espacio alrededor del diente y la herida se tapona con gasa vaselinada.

QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR QUE INTERESAN LAS DOS RAMAS HORIZONTALES.

Son quistes generalmente dentígeros o primordiales, se forman en la parte anterior del hueso y se desarrollan en ambas direcciones en la parte subapical del maxilar. En estos casos se pueden salvar muchos de los dientes relacionados con el quiste. Se hace una incisión en la encía con prolongaciones verticales en los extremos por delante de las prominencias de las raíces de los caninos, se despega el mucoperiostio y se separa para que quede descubierta la fosa mentoniana, generalmente la pared del quiste es delgada y hace prominencia, se re seca con pinzas gubias y con un periostotomo curvo se despega el quístico eludiendo la parte superior inmediatamente por debajo de los dientes, si accidentalmente se abre el quiste, se aspirará el contenido.

En quistes dentígeros, el diente causal aparece a la vista y puede extraerse con botadores. Se inspecciona minuciosamente la región de los incisivos, si los ápices denudados penetran en la cavidad quística y sus vasos sanguíneos han sido destruidos, se decidirá si se conservan o no. Si han de conservarse dientes sin riesgo sanguíneo habrá que extraer la pulpa y llenar los conductos radiculares durante la operación o poco después de ella. Con frecuencia estos dientes no están desvitalizados, no exigen tratamiento especial sólo se vigilará la aparición de signos de necrosis pulpar. Se eliminan fragmentos cor tantes y se taponan la cavidad, en quistes de grandes dimensiones se usa gelfoam y se sutura cuidadosamente las aberturas.

QUISTES DE LA RAMA ASCENDENTE DEL MAXILAR INFERIOR.

Estos quistes son dentígeros, centrales o laterales, que se han originado en la región del tercer molar, o primordiales sin relación con la zona dentaria. Son quistes que pueden ser grandes o pequeños, aplanados porque la rama ascendente es delgada y la resistencia al crecimiento es menor en la periferia que hacia afuera.

A estos quistes, se llega por el borde anterior de la rama, con la boca bien abierta, se hace una incisión de la parte más elevada de la apófisis coronoides hasta la parte media del triángulo post-molar, la mucosa y periostio se secciona y separa de hueso y por resección de éste con pinzas gubias rectas se llega al quiste. Lograda la abertura suficiente, el quiste se separa de hueso con un pequeño periostotomo recto, se prende con unas pinzas de allis y se extrae. La cavidad se taponan con gasa vaselinada yodofórmica o boricada, repitiendo

esta curación hasta que se haya rellenado del fondo a la superficie, puesto que los bordes tienen gran tendencia a unirse y curar sobre la zona vacía. La esponja de fibrina puede utilizarse para obliterar la cavidad y cerrar la incisión por sutura.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.

Es de importancia el tratamiento postoperatorio de las cavidades que quedan después de la extirpación de quistes. Si la lesión está infectada, se continuará la penicilinoterapia el tratamiento local merece la máxima atención, puesto que la retención de partículas de alimento y la infección postoperatoria de la cavidad ósea pueden tener graves consecuencias.

ATENCIÓN POSTOPERATORIA.

Al segundo o tercer día después de la operación se quita el taponamiento y la herida se lava suavemente con una solución salina y se vuelve a taponar la cavidad. En adelante se cambiará el taponamiento cada cuarenta y ocho horas, la ligera hemorragia que se produce al retirar la gasa acelera la formación de tejido de granulación que reviste totalmente la cavidad después de unas cuantas curaciones, y se epiteliza rápidamente a partir del colgajo mucoperiosteico que se introdujo en la cavidad y desde los bordes de la herida. Cubierto el hueso en su totalidad, se puede prescindir del taponamiento, se debe instruir al paciente en la técnica de los lavados después de cada comida para extraer los residuos de alimentos y mantener la adecuada higiene hasta que la cavidad esté obliterada por completo.

Posteriormente se estudiará por radiografía el proceso de reparación ósea y, en los niños, su efecto sobre la dentadura en desarrollo.

COMPLICACIONES.

No son frecuentes las complicaciones a pesar de las extensas superficies de hueso al descubierto en la cavidad bucal, lo que quizá pueda atribuirse a que la pared ósea del quiste es cortical y, por lo tanto, no se infecta con la misma facilidad que la esponjosa abierta. Es probable que la rica vascularización del maxilar sea también un factor de protección.

Se advertirá al paciente que no exponga el maxilar a ningún género de violencia, porque el hueso debilitado se fractura fácilmente. Por lo común no hay peligro de fractura espontánea, porque el desarrollo del quiste es lento y la naturaleza, según la ley de Wolf, refuerza el hueso en una zona cuando se debilita en otra.

2.- ENUCLEACION COMBINADA CON EL METODO DE CALDWELL-LUC.

El mejor método de tratamiento de los quistes que invaden gran parte del seno maxilar, es resecar el tabique de separación para hacer una sola cavidad con el quiste y el antro, extirpar la membrana quística y establecer el drenaje por la nariz a través de una abertura antro nasal.

El método de Caldwell-Luc, tiene aplicación indicada en los siguientes casos: quistes que penetran considerablemente en el antro maxilar, quistes que llenan casi por completo el seno maxilar y quistes de maxilar superior que invaden el seno y que al enuclearlos ocasionan la perforación del tabique.

DETALLES DE TECNICA OPERATORIA.

La operación se efectúa bajo anestesia general. El tubo traqueal se introduce por la ventana nasal del lado sano y la nasofaringe se tapona alrededor de él.

En la fosa canina se practica una incisión en forma de U, procurando el colgajo sea de bastante mayor extensión que la superficie que ha de researse en la pared ósea, a fin de que al reponer la mucosa, sus bordes suturados descansen sobre hueso. Se despega y separa el mucoperiostio y el maxilar se perfora con gubia; cuidando no lesionar los dientes, la abertura se amplía con pinzas gubias ó de socavados hasta que la cavidad pueda explorarse fácilmente en toda su extensión. Se reseca la membrana quística despegándola con un periostotomo, si se trata de un quiste paradentario el diente causal se extrae; cuando es dentífero se extirpa el diente desplazado. El tabique entre el quiste y el seno puede haber sido perforado al extirpar la membrana quística o se reseca con instrumentos cortantes. La mucosa se puede respetar, puesto que por lo general esta sana y a partir de ella se desarrollará el epitelio ciliado que cubrirá la superficie ósea desnuda.

La incisión se cierra con sutura entrecortada. Si la cavidad residual del seno es de pequeñas dimensiones, se puede dejar el tabique que separa el quiste del antro, porque al proliferar el epitelio de las fosas nasales y sustituir al escamoso estratificado del quiste, la cavidad de éste con la abertura antro nasal actuará como un seno y el verdadero antro drenará por su abertura natural.

3.- MARSUPIALIZACION. (OPERACION DE PARTSCH).

La marsupialización se recomienda para los quistes de erupción en individuos jóvenes y para los quistes dentíferos, en niños cuando el -

diente se encuentra en posición favorable para la erupción.

DETALLES DE TECNICA OPERATORIA.-

La operación es simplemente reseca el techo del quiste en el lugar donde ha de brotar el diente y hacer una abertura amplia para que no se ocluya. Con escalpelo de hoja bard-parker número 11 ó con bisturí eléctrico, se extirpan en una sola pieza mucosa, periostio, hueso y membrana quística subyacente cortando profundamente en la adelgazada masa tisular. Si el hueso es de gran espesor para ser seccionado - de esta manera, se extirpan primero el mucoperiostio y con periostotomo o taladro se hace la abertura ósea.

Abierto el quiste de esta manera se evacúa su contenido por aspiración o enjugándolo, seguidamente la membrana quística se sutura a la mucosa bucal en toda la periferia de la abertura y la cavidad debe ser taponada por gasa.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO.-

Debe lavarse la cavidad del quiste y mantenerse un drenaje en los dientes profundamente situados para evitar que se cierre la abertura antes de que broten. Si hay exudación, el revestimiento epitelial deberá tratarse con una solución antiséptica; se recomienda la tintura de yodo al 3.5 % o la de zefiran.

4.- ENUCLEACION Y SUTURA PRIMARIA.-

Los quistes muy pequeños se pueden enuclea y suturar, dejando que la sangre llene la cavidad, el coágulo se organizará y será sustituido por tejido óseo.

INDICACIONES.-

La enucleación y sutura primaria está indicada en:

- 1.- Quistes periodonticos pequeños, combinada con la extracción del diente afectado ó la apicectomía del mismo.
- 2.- Pequeños quistes residuales periodonticos ó primordiales.
- 3.- Quistes palatinos dentígeros, pequeños o de medianas dimensiones, como los que se forman a partir de los mesiodientes, dado que la mucosa palatina no puede invertirse y, por lo tanto, no es posible taponar y dejar abierta la cavidad.
- 4.- Grandes quistes, en particular los dentígeros y primordiales que no estén infectados, con obliteración de la cavidad con esponja de fibrina o gelfoám. Los dientes desplazados se pueden conservar en individuos jóvenes, pues ni la esponja ni la herida son obstáculo para la erupción.

PREPARACION GENERAL DEL PACIENTE.-

Generalmente no necesita preparación especial, salvo en pacientes que se operan con anestesia general, antes de la operación se prescribe penicilina por vía intramuscular hasta que haya desaparecido todo signo de infección.

ANESTESIA.-

Para emucleación de quistes pequeños la anestesia es local. El -- bloqueo nervioso con monocaína al 1.5 % con adrenalina, para hemosta-- sia conviene inyectar esta solución en la mucosa.

DETALLES DE TECNICAS OPERATORIAS.-

En cara vestibular del maxilar superior ó del inferior se hace -- una incisión curva que penetre hasta el hueso. El colgajo que se obten-- ga debe ser de mayor superficie que la abertura ósea necesaria para ex-- tirpar el quiste y debe estar bien vascularizado. El mucoperiostio se-- despega con un periostotomo y se aparta con un separador romo, la pa-- red ósea, suele ser delgada en el maxilar superior, puede hacerse la a-- bertura cortando con un bisturí, pero en maxilar inferior es frecuente que los quistes se encuentren en la esponjosa y, en consecuencia, que-- la lámina externa no haya sufrido modificaciones y sea necesario para-- abrirla escoplo o la gubia. Se despega el quiste con cucharilla de po-- ca concavidad, de no estar en relación con un diente podrá extirparse-- sin vaciar su contenido. Si se trata de un quiste periodóntico, puede-- extraerse el diente; si éste es de una sola raíz se secciona a veces -- el ápice radicular con fresa de fisura y se extrae con el saco quísti-- co. Por lo general, el conducto radicular deberá tratarse y rellenarse antes de la operación. Con un instrumento caliente se elimina el so-- brante de la punta de gutapercha en la superficie de amputación de la-- raíz y el conducto queda sellado herméticamente al mismo tiempo.

La cavidad ósea deberá tratarse con antiséptico, con tintura de -- zefirán, ó se introducirá en ella sulfanilamida o penicilina en polvo-- que son excelentes bacteriostáticos y bactericidas, ocupan espacio y -- disminuyen las dimensiones del coágulo sanguíneo esto en pequeños quist-- tes.. El colgajo mucoperiostico se repone y la incisión se cierra por -- sutura entrecortada con hilo dermalón.

Para obliterar las grandes cavidades quísticas se tiene la espon-- ja de fibrina y gelfoam. Se introduce en la cavidad la esponja satura-- da en trombina y penicilina, llenándola sin taponarla para permitir -- que la sangre penetre en el material y se inicie el proceso de sustit-- ción por tejido. A continuación, el colgajo mucoperiostico se coloca --

sobre la esponja, y la incisión se sutura mimiciosamente con puntos - separados muy próximos entre sí.

Si el quiste ha sido extirpado por vía extrabucal, no se pone el drenaje y se suturan periostio, tejido subcutáneo y piel.

ATENCIÓN POSTOPERATORIA.-

Es importante la buena higiene de la boca. Los trociscos de penicilina son excelentes para evitar la infección de las heridas bucales. Los puntos de sutura se quitan a los ocho ó diez días.

5.- ENUCLEACION E INMOVILIZACION DE FRACTURA PATOLOGICA.

Las fracturas a través de zonas quísticas producen gran tumefacción facial, y como están abiertas a la boca, en algunos casos se infectan. Es frecuente la formación de abscesos submaxilares y submandibulares.

Cuando no hay infección el quiste se extirpa de la manera ordinaria y la cavidad se rellena de gelfoám, dejando que este material absorba la sangre: después se sutura la incisión. Seguidamente se reduce la fractura y se inmoviliza el maxilar.

En casos de infección, son necesarios drenaje y penicilinoterapia 300,000 unidades por vía intramuscular dos veces al día. A los veinte cuatro ó cuarenta y ocho horas se abre y drena el foco de infección, - de preferencia por vía extrabucal. Se hace una incisión en la piel; - con instrumento apropiado se perfora el hueso y se introduce un tubo de Dakin para instalar solución de penicilina. Remitida la fase aguda de la infección, se realiza la enucleación del quiste, lo que se puede hacer por vía bucal, y contención de la fractura. Si la infección ha remitido por completo y el paciente está hospitalizado, de suerte que es posible seguir la penicilino-terapia por vía intramuscular, la cavidad quística se puede taponar suavemente con gelfoám y cerrar por sutura, ó se tapona con gasa vaselinada y se deja abierta.

Para inmovilizar los fragmentos se puede utilizar la contención intermaxilar ó la esquelética. Esta última tiene la ventaja de que -- permite el fácil acceso a la cavidad quística, que a veces requiere - tratamiento. Los clavos deben introducirse a la suficiente distancia de la zona quística para obtener firme apoyo. Generalmente, el período de inmovilización deberá ser más prolongado que una fractura ordinaria, es decir, de ocho semanas como mínimo.

CONCLUSIONES.

Este tema Quistes del Maxilar, es amplio y de bastante interés para el Odontólogo. Lo descrito es una síntesis de lo que considero útil para su tratamiento, haciendo hincapié en que para el éxito del procedimiento quirúrgico debe basarse en sólidos principios fundamentales que incluyen la preservación del aporte sanguíneo a 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 inervaciones musculares y grandes vasos, suturas correctas y readaptación de los tejidos blandos. La incisión nítida para que los tejidos blandos sean readaptados sobre una base ósea sana y con menos dolor postoperatorio que cuando el tejido es desgarrado, lacerado ó suturado sobre un defecto óseo.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenirlas por un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica correcta. Además la asistencia postoperatoria adecuada es tan importante para el bienestar del paciente como el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico.

Para el estudio completo de este importante tema, hizo falta la práctica la cual no se llevó a cabo, por no contar con los medios necesarios, ya que en el departamento dental del Centro de Salud "B" donde realizé el servicio social, escasamente cuenta con lo indispensable para la clínica de exodoncia, siendo éste el único servicio que se presta al paciente, y que debe ser el último recurso del Odontólogo para la conservación de una pieza dentaria, Siendo la razón por la que es prácticamente imposible realizar una intervención de esta naturaleza, en lo que respecta a las que se pueden efectuar en el consultorio dental.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- TRATADO DE PATOLOGIA DE STANLEY ROBBINS.
- 2.- CIRUJIA BUCAL DE KRUGER.
- 3.- CIRUJIA BUCAL DE KURT.H. THOMA .
- 4.- APUNTES DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL DR. G. LOZANO.
- 5.- APUNTES DE PATOLOGIA BUCAL DEL DR. G. LOZANO.
- 6.- ANATOMIA TOPOGRAFICA L. TESTUT.

Biblioteca
Facultad de Odontología
U.M.S.N.H.