

GRANDES QUISTES DE LOS MAXILARES

DR. MARIO JAVIER SCARRONE *

*PROFESOR ADJUNTO INTERINO DE LA CÁTEDRA DE CLÍNICA QUIRÚRGICA 3º.

PALABRAS CLAVES: QUISTES; GRANDES QUISTES; LESIONES CENTRALES DE LOS MAXILARES; TRATAMIENTO DE LOS QUISTES.

RESUMEN

En este trabajo se presenta la experiencia del autor en el tratamiento de los grandes quistes de los maxilares, jerarquizando ante todo el estudio semiológico exhaustivo en el pre operatorio, como primera etapa indispensable.

Se analizan las condicionantes que se deben tener en cuenta al tomar la decisión de seleccionar la táctica y la técnica adecuadas a cada caso.

El estudio anátomo patológico seriado junto al seguimiento post operatorio, se presentan como pilares fundamentales del éxito final.

Por último se analizan las posibilidades de tratamientos de las cavidades residuales de los quistes para lograr la reparación ósea final.

INTRODUCCION

En los textos clásicos Partsch, Axhausen y Neuschmits-Waldron describen exhaustivamente las técnicas que podemos usar o las conductas que se pueden adoptar frente a la presencia de una lesión quística.

No en todos los casos es fácil decidir cuál es el mejor tratamiento a seguir para obtener los mejores resultados.

En este trabajo, se darán los lineamientos generales en que nos basaremos cuando llegue el momento de seleccionar la técnica más adecuada para cada situación.

Desarrollo

De acuerdo a Killey, Kay y

Seward, consideramos que son cinco los objetivos en el tratamiento de los quistes:

1) Eliminar la cápsula, o permitir que el organismo del paciente reordene la posición del tejido anormal, siendo retirado del interior del hueso maxilar.

2) Realizar la intervención con el mínimo de trauma posible para el paciente, concordante con el resultado exitoso de la operación.

3) Preservar las estructuras adyacentes importantes, tales como paquete vasculo-nerviosos, piezas dentarias y otros órganos vitales.

4) Facilitar la rápida cicatrización de la herida quirúrgica.

5) Restituir la zona a su forma normal o casi normal, y devolver la función perdida o alterada y aún la estética.

En 1892, Partsch describió un procedimiento por el que mediante la eliminación de una de las paredes del quiste, convertía a éste en una cavidad anexa a la bucal. Dicho procedimiento se conoce con el nombre de Partsch I, y más adelante, Axhausen lo llamó Quistostomía.

En el año 1910, el mismo Partsch describe otra técnica, en la que elimina la membrana quística en su totalidad, buscando la reparación del lecho quirúrgico por primera intención bajo sutura, o bien guiándola con apósitos que se renuevan periódicamente hasta la epitelize-

Recibido para publicar: Mayo de 1990

ción del lecho óseo. A este procedimiento (eliminación total de la membrana), se le denomina Partsch II o Quistectomía (Axhausen).

El procedimiento conocido como descompresión de la cavidad quística, completa las posibilidades de tratamiento de esta patología (técnica de Neuschmidts-Waldron).

Frente a la existencia de una lesión quística, debemos analizar cuáles son y de dónde surgen las condiciones que determinarán la elección de la táctica quirúrgica más adecuada para el caso que debemos resolver. Estas deben surgir del estudio exhaustivo de tres puntos diferentes: - Condicionantes anatómicas

- Interrogantes diagnósticas
- Estado general del paciente.

El estudio de estas condicionantes adquiere especial importancia cuando nos encontramos frente a los llamados "Grandes Quistes", ya que, como es fácil comprender, en estos casos se acrecientan las relaciones anatómicas vecinas, lo que dificulta la realización de un estudio anatómo-patológico completo previo. El posible trauma quirúrgico, como es lógico, aumenta con el tamaño de la lesión, cobrando especial importancia en estos casos, el estado general del paciente.

Analizaremos a continuación estos tres puntos, que consideramos clave en el momento de decidir cuál será la técnica a emplear:

1) **CONDICIONANTES ANATOMICAS**

(Ver cuadro 1)

En la relación del quiste con las piezas dentarias se pueden considerar algunas variantes. Ante todo se debe recordar, que en el caso de los quistes paradentarios, existe

una relación de causa efecto entre la patología del conducto y el proceso generado por la pieza dentaria causal. Si se quiere conservar la pieza, dicha patología debe ser eliminada mediante la obturación del conducto; en caso contrario, se corre el riesgo de reinfección del lecho quirúrgico.

Se considerarán las piezas dentarias vecinas en dos situaciones: En primer lugar, están aquellas que se encuentran en la arcada dentaria, desplazadas por la presión quística. En este caso, se supone que después que ésta deje de actuar, dichas piezas volverán a su posición inicial. Cuando la presión quística no logra desplazar a las piezas dentarias, se pueden presentar reabsorciones sobre el cemento y/o dentina, pudiendo llegar a la mortificación pulpar, cuando el paquete es afectado. Por tal razón, se debe pesquisar si dicho

tejido presenta necrosis, caso en el que caben las mismas consideraciones que para la pieza causal, con la diferencia de que la relación no es de etiopatogenia, sino de vecindad. En segundo término, nos encontramos con las piezas vecinas que han sido desplazadas por el proceso quístico y se encuentran incluídas o retenidas en los maxilares. En este caso, se planteará la posibilidad de proceder de una forma radical o conservadora. Antes de tomar una decisión, se estudiará, entre otras cosas, el estado de conservación de las arcadas dentarias; se preverá la importancia que dicha pieza pueda tener para la rehabilitación futura y se analizará el desplazamiento sufrido, y la etapa en que se encuentra la formación apical, ya que ésta nos estaría indicando el poder eruptivo actual de la pieza en estudio.

CUADRO 1

CONDICIONANTES ANATOMICAS

1. 1 Piezas dentales.
 - . Causal
 - . Vecinas
 - Arcada
 - Desplazadas
 - Retenidas
- 1.2 Elementos nobles.
 - . Nervio Dentario Inferior
 - . Nervio Mentoniano
 - . Nervio Lingual
 - . Nervio Naso Palatino
 - . Plexo Pterigo Maxilar
- 1.3 Regiones vecinas.
 - . Seno Maxilar
 - . Fosa Nasal
 - . Piso de Boca
 - . Bóveda Palatina
 - . Fosa Pterigoidea
 - . Cavidad Orbitaria
- 1.4 Compromiso estructural

En definitiva, el estudio de las piezas dentarias vinculadas al proceso quístico, nos indicará la posibilidad de conservarlas o no, dato que deberá ser considerado en el momento de seleccionar la técnica a emplear en el tratamiento del quiste.

Existen una serie de elementos nobles vecinos a los quistes, que en caso de ser desplazados por éstos, deben ser también tenidos en cuenta en la selección de nuestra táctica quirúrgica, ya que pueden guardar una íntima relación con ellos y ser lesionados en el acto quirúrgico. En algunas ocasiones es de relativa importancia conservar o no su integridad, como en el caso del nervio nasopalatino, que seccionamos en repetidas oportunidades, para lograr un mejor abordaje. En el caso de otros quistes esa relación se ve jerarquizada ya que un trauma quirúrgico por ejemplo sobre el nervio mentoniano puede acarrear secuelas importantes.

De las zonas vecinas que pueden tener vinculación con un quiste, creemos que el seno maxilar sea la que pueda presentarse de maneras más diversas determinándose así distintas formas de relación con la lesión. Estas diferentes relaciones dependen del tamaño del quiste, del tamaño del seno maxilar, y por otro lado de la posible patología infecciosa presente en una u otra cavidad. Todos estos elementos deben ser tenidos en cuenta.

Nos podemos encontrar con dos grandes grupos en esta relación quiste-seno:

A) Entre el quiste y el seno maxilar se encuentra tejido óseo interpuesto. Esta es una situación común cuando el quiste es chico o mediano, y el seno maxilar medianamente desarrollado, o cuando el quiste es de tamaño mayor, frente a un seno chico. En este caso se trata el quiste por la técnica que se considere más apropiada, Partsch I o Partsch II. Tomando en cuenta las otras condicionantes se hace abs-

tracción de su relación con el seno maxilar.

No se debe descartar la posibilidad de la instauración intraoperatoria de una comunicación quiste-seno que se tratará de acuerdo a los lineamientos que se comentarán más adelante. Para diagnosticar esa posible comunicación (lo que es difícil de realizar en el preoperatorio), es muy útil la exploración en el acto quirúrgico del techo de la cavidad quística desde su luz. Esta maniobra se realiza con un estilete fino, o con una aguja de inyecciones.

B) Entre la membrana quística y la mucosa sinusal, existe una relación íntima, exenta de tejido óseo. Se nos pueden presentar tres variantes:

B1) Quiste y seno maxilar sin infección.

Dos son las posibilidades que tenemos en cuanto a la elección de técnicas:

a) Mantener la cavidad quística y sinusal separadas entre sí.

Para intentar esta medida, debemos estar seguros de que el seno mantiene su fisiologismo, y para preservarlo, debemos intentar una técnica de Partsch I, manteniendo membrana quística, por lo menos, en la zona de contacto sinusal.

b) Convertir el quiste en una cavidad anexa al seno. Es el caso de quistes medianos o grandes, que comprimen parcial o totalmente a aquél, modificando sus características fisiológicas. Para ello, a través de la cavidad quística resecamos parte de la membrana y la mucosa sinusal, con el fin de lograr una amplia comunicación. En este caso, se puede conservar parte de la membrana y de la mucosa, ya que están exentas de infección. Esta técnica es denominada Antroquistostomía. Se debe tener especial cuidado en abrir las cámaras residuales del seno maxilar, ya que si

éstas presentan su mucosa inflamada, pueden ser puntos de partida de complicaciones infecciosas postoperatorias. Para cumplir con esta recomendación realizada por Becker, se deben explorar minuciosamente las zonas donde suelen encontrarse dichas cámaras, a saber: receso etmoidal, receso cigomático y zona tuberosal.

Al explorar la luz en los grandes quistes, se debe recordar tomar las mismas precauciones que en el curetaje del seno maxilar, ya que existen dos relaciones de vecindad que se deben respetar: piso de órbita y tuberosidad. En muchas oportunidades dichas relaciones se encuentran debilitadas por la reabsorción ósea de los tabiques, dejándonos en contacto directo con el globo ocular y el plexo pterigoideo.

B2) Quiste y seno maxilar infectados.

Frente a esta contingencia, se actúa por medio de abordajes similares a los vistos en los casos anteriores, pero con la diferencia de que se realiza la eliminación total de la membrana quística y la mucosa sinusal. Este mismo procedimiento se realiza frente a la sospecha de queratoquiste; la presencia de una inflamación de la mucosa sinusal, o si existen dudas en cuanto al diagnóstico certero de quiste. Esta técnica se denomina Antroquistectomía.

El principio de estas técnicas es el de transformar quiste y seno maxilar en una cavidad única, la que debe tener la posibilidad de drenar hacia el exterior, para lo cual se realizará una contraabertura nasal en el meato inferior, tal como se la hace en la operación radical del seno maxilar.

Wassmund aconseja para este procedimiento, realizar con fresa o escoplo una apertura ósea desde la luz del seno o quiste, de aproximadamente dos centímetros y medio, por uno, a uno y medio, de alto. Seguidamente, se reseca la mucosa nasal. En el caso de la Antroquistectomía.

tectomía, dicho autor preconiza el dejar la mucosa nasal pediculada a la base; o sea, incidir los bordes anterior, superior, y posterior, y luego, rebatirla, a la luz de la cavidad. Si fuera necesario, debido al sangrado, se realizará el taponamiento con mecha yodoformada y vaselinada, haciéndola emerger por dicha comunicación, a la fosa nasal. Esta se retirará aproximadamente a los tres o cuatro días.

B3) Quiste infectado y seno maxilar sano.

En estos casos se procede a la resección total de la membrana quística, y se puede optar por conservar la mucosa sinusal sana, realizando la comunicación al meato inferior.

Es de fundamental importancia en estas tres posibilidades enumeradas, y principalmente en las dos últimas, realizar una muy correcta sutura del abordaje, ya que una falla en este aspecto, estaría predisponiendo a la instalación de una comunicación buco quístico sinusal.

Otro elemento anatómico que puede condicionar la técnica a emplear es la relación del quiste con la fosa nasal.

Es conveniente abordar los quistes ubicados en la bóveda palatina de un maxilar dentado, por palatino, para preservar la integridad de las raíces dentarias. También aquí se puede optar por la técnica de Partsch I o Partsch II. La presencia o la ausencia de tejido óseo entre la membrana quística y la mucosa nasal -al igual que en el caso del seno maxilar- es de fundamental importancia para la elección de nuestra técnica. Si en la recesión de la membrana quística se prevé que ésta estará en contacto con la pituitaria nasal, será conveniente planificar una técnica Partsch I, con invaginación del colgajo en la cavidad residual.

Este caso debe preverse en el estudio pre operatorio, para realizar un tallado del colgajo correcto, preferentemente paramarginal.

Los quistes de la zona anterior del maxilar superior, que en este caso serán abordados por el vestibulo, pueden relacionarse íntimamente con la fosa nasal. En estos casos se tratará de realizar un Partsch II. Si la comunicación entre ambas cavidades es amplia, creemos que es preferible utilizar el método Partsch I, o bien realizar el refuerzo del piso nasal con el colgajo elongado, como aconseja Wassmund en su técnica.

Preferimos no convertir el quiste en una cavidad anexa a la fosa nasal, aunque reconocemos la seriedad de los autores que defienden este proceder y demuestran con sus estadísticas que las secuelas post operatorias no se presentan si se emplea la técnica correctamente.

En los quistes relacionados con el seno maxilar y la fosa nasal simultáneamente, el abordaje debe realizarse por vestibular. Igual consideración rige para los grandes quistes en relación con la bóveda palatina. Son la excepción los quistes dentígenos con piezas retenidas en la bóveda, para los cuales la vía de abordaje natural será esta. La unión membrana quística con fibro mucosa palatina, suele acarrear dificultades en el decolamiento de aquellos. Cuando no se está seguro de su eliminación total, debe cauterizarse la zona sospechosa, ya sea por medios químicos o físicos (eléctricos).

Los quistes altos del maxilar superior pueden llegar a destruir el piso de la órbita, pero no llegan a ocasionar alteraciones oculares. Es oportuno tomar en cuenta esta posibilidad, para evitar maniobras intespestivas que sí lesionen tan noble órgano. La pared posterior del seno maxilar, debilitada por la lisis del avance quístico, nos relaciona íntimamente con la fosa pterigoidea, y como ya se ha mencionado anteriormente, las maniobras quirúrgicas deben ser cautelosas para evitar lesionar los elementos que allí se encuentran.

Si bien se establece raramente una relación directa del quiste con el piso de la boca, caben para él las mismas consideraciones hechas que para la fosa pterigo maxilar.

Como conclusión de estas consideraciones, es oportuno citar lo dicho por el Profesor Ries Centeno: "La relación variable del quiste con estas cavidades, regiones y elementos, hace que en el tratamiento quirúrgico de estos tumores deban contemplarse ciertas reglas particulares y normas quirúrgicas especiales, con el objeto de mantener la integridad anatómica y funcional del órgano vecino, y alcanzar con éxito los fines de la intervención: La eliminación del quiste como entidad patológica".

El crecimiento de los quistes determina la lisis del tejido óseo, lo cual trae como consecuencia una disminución de su resistencia estructural; de tal manera, que un hueso que sea asiento de un quiste, tendrá un compromiso de su resistencia por debilitamiento.

Esta característica condiciona la táctica, ya que por un lado deben tomarse las precauciones para realizar inmovilización post operatoria, evitando traumas y movimientos violentos; y por otro, tratar de crear las condicionantes para que se logre un relleno rápido y efectivo mediante la reparación ósea. Más adelante se realizarán comentarios acerca del relleno de las cavidades, relacionado a este tipo de patología. La colocación de arcos de fijación, Ojales de Ivy, Braquets, permitirán realizar esa fijación en forma efectiva.

Desde el momento en que se diagnostica un quiste que haya acarreado un compromiso estructural del maxilar, se debe aconsejar al paciente que no realice actividades violentas que puedan traumatizar el maxilar, el cual se encuentra proclive a la fractura.

**2) INTERROGANTES
DIAGNOSTICAS**
(Ver cuadro 2)

El estudio clínico y radiográfico del caso, puede proporcionar un diagnóstico presuntivo, el que siempre debe ser confirmado con la anatomía patológica de la pieza. Esta debe realizarse en forma seriada, con tomas de distintas zonas, puesto que pueden existir entidades patológicas con asiento sólo en un sector de la membrana extraída. Como es obvio, esto se podrá realizar luego de la enucleación total, o con una biopsia, exéreis de la lesión.

Antes de la etapa quirúrgica, en el tratamiento de las lesiones quísticas, las interrogantes que se nos pueden presentar en relación al diagnóstico de la lesión en estudio pueden ser muy variadas. Estructuras anatómicas normales, principalmente del tercio medio de cara pueden darnos imágenes radiográficas que simulen lesiones centrales acarreándonos aún más dificultades en el diagnóstico. De esto surge la importancia del diagnóstico diferencial.

En el cuadro 2, se enumeran las diversas patologías o estructuras anatómicas normales, que pueden simular un quiste y no serlo.

Muchas lesiones osteolíticas de los maxilares, tienen la apariencia radiográfica de un quiste. También en ocasiones, algunas anomalías estructurales y marcas anatómicas pueden confundir en el momento del diagnóstico, por su radiolucidez similar a la del espacio quístico.

Es evidente que los clínicos deben estar alertas ante estas entidades, y en particular ante la variedad patológica, no sólo para asegurar la diferenciación exacta de un proceso quístico benigno, sino para evitar una innecesaria especulación, y quizá también un serio retraso en el reconocimiento de su malignidad. Tal conocimiento puede prevenir una operación exploratoria dañina, por ejemplo, en un insospechado hemangioma cavernoso, pudiendo traer dicha equivocación muy serias y hasta letales consecuencias.

Como se comprenderá, no es el objetivo de este artículo, realizar el diagnóstico diferencial de los quistes, con la larga lista de lesiones osteolíticas de los maxilares, pero sí creemos que se debe recalcar que las interrogantes que se plantean en el proceso de un diagnóstico, deben aclararse antes de decidir cuál será nuestra conducta quirúrgica.

CUADRO 2

INTERROGANTES DIAGNOSTICAS

Imágenes que pueden simular un quiste:

- 2.1 Imágenes anatómicas
- 2.2 Trastornos del Seno Maxilar
- 2.3 Condiciones periapicales
- 2.4 Queratoquistes
- 2.5 Síndrome de Gorlin y Gotz
 Síndrome de Carcinoma baso-celular
- 2.6 Lesiones gigante celulares
 Granuloma Central
- 2.7 Displasia fibrosa
- 2.8 Neoplasia y Osteomielitis
- 2.9 Ameloblastoma
 Ameloblastoma Mural
- 2.10 Adenoameloblastoma
- 2.11 Fibromixoma
- 2.12 Fibroma Central
- 2.13 Mielomatosis
- 2.14 Histiocitosis X
 - Hand Schuller Christian
 - Granuloma Eosinófilo

**3. ESTADO GENERAL
DEL PACIENTE**

El estudiar al paciente en el pre operatorio, su estado de salud general debe ser uno de los elementos que debemos considerar en la elección de la táctica quirúrgica a emplear.

Decíamos al comienzo que tres son las posibilidades de tratamiento de los quistes: 1º) Eliminación total de la membrana quística

2º) Eliminación parcial de la misma.

3º) Decompresión.

Como es fácil de comprender, la citada en primer término es la técnica que requiere un mayor trauma quirúrgico, luego le sigue la segunda y por último, la decompresión, que es un método poco agresivo quirúrgicamente.

La técnica de decompresión toma su fundamento en que los

quistes crecen por la expansión lograda por la presión intra capsular. al abrirse éste al exterior, se pierde esa presión interna, y el quiste deja de crecer, presentándose una reparación ósea periquística, que trae como consecuencia una disminución del tamaño de la lesión.

La apertura de la luz quística a la cavidad bucal, estaría indicada en tres situaciones:

1º) Según el tamaño del quiste y cuando el proceso está ubicado en una zona en que un tratamiento quirúrgico radical, podría determinar la lesión a elementos o cavidades vecinas.

2º) Cuando el quiste está infectado en agudo, ya sea a etiología local o hemática, caso en el que las enucleaciones definitivas, tendrán que ser diferidas, en espera de la reducción del proceso infeccioso agudo.

3º) Cuando el estado general del paciente lo requiere, ya sea que éste tenga una afección permanente que contraindique el acto quirúrgico, o bien que existan alteraciones transitorias, como por ejemplo un embarazo, caso en que se lo podría diferir en el tiempo. (Ver cuadro 3).

La técnica es simple: Se elige un lugar bajo quiste, en lo posible, con poca cantidad o ausencia de tejido óseo entre periostio y membrana quística. Se inciden y recortan los tejidos blandos, lográndose así el drenaje del contenido. Luego se procede a realizar lavados con suero, y a la colocación de algún elemento que impida la cicatrización de la brecha. Se indica el lavado de la cavidad con elementos antisépticos en forma diaria. Se debe controlar la disminución del tamaño quístico, y si esto no ocurre, se esperará el momento oportuno, de acuerdo al estado de salud del paciente, para realizar la cirugía definitiva.

CUADRO 3

ESTADO GENERAL DEL PACIENTE.

- 3.1 Condicionantes definitivas
- 3.2 Condicionantes transitorias

4) MANEJO O TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD RESIDUAL

La cirugía de los quistes centrales de los maxilares, deja como consecuencia inevitable, un lecho óseo que corresponde en tamaño y localización, a lo que era la lesión.

En el pre operatorio, es importante planificar cuáles son los pasos más convenientes a dar, para que esta cavidad sea reparada mediante una rápida neo formación ósea. El objetivo final deberá ser que dicha reparación concluya con la cura ósea en cantidad y calidad adecuadas, respetando los elementos y cavidades vecinas, lo que equivale a decir que no queden secuelas de la patología sufrida.

Este concepto se jerarquiza, si se piensa que todas las actuaciones profesionales deben estar guiadas por la prevención; y específicamente en el caso de esta patología que estamos analizando, se busca mantener o recuperar al máximo el tejido óseo alveolar afectado.

Por lo mencionado, contraindicamos aquellas técnicas que para disminuir la luz residual, incluyen colgajos labiales o de mejilla dentro de la cavidad quística (Gabka, Harnish, Nasteff y Rosenthal). Esto determina no sólo defectos estéticos, sino que también dejará como secuela, un reborde alveolar disminuido en tamaño y con bridas cicatriciales en los tejidos blandos.

De acuerdo a las diferentes conductas seleccionadas para el tratamiento de los quistes, se considera que se tendrán en el post operatorio, cavidades abiertas, y cavi-

dades cerradas. A continuación, se analizarán estas dos situaciones:

Las cavidades abiertas, resultado de una quistostomía, se presentan como un anexo a la cavidad bucal. Se trata de no utilizar esta técnica en los rebordes alveolares, debido a que la restitución ósea no siempre se presenta en forma completa. Luego de realizar la quistostomía, se rellana la cavidad con gasa yodoformada y vaselinada, lo que por un lado, evitará el ingreso de elementos extraños que podrían perturbar la cicatrización, y por otro, adosará los bordes de la ventana mucosa a la membrana quística. Luego de dos o tres cambios de la gasa, se procede a la colocación de un obturador de quistes. Lo fundamental para lograr una buena evolución de esta herida, es mantenerla limpia, por medio de la realización de lavados en forma repetida, a diario, con el objeto de barrer los restos alimenticios que hubiesen quedado en ella. Esto se realizará con suero, al que se le agrega algún antiséptico bucal, utilizando jeringas de irrigación para tal fin. Por otra parte, se debe colocar algún aditamento, como ser un obturador de acrílico rígido o elástico que impida el cierre mucoso, durante el proceso de regeneración ósea. Esta se realizará en forma centrípeta, a partir de las paredes del lecho, disminuyendo su luz.

Si el cierre de la mucosa acontece antes del relleno óseo, se correrá el riesgo de que a partir de la membrana quística, el proceso recidive. De ahí la importancia del uso del brocal u obturador, los que deben ser recortados a medida que se logra la disminución de la cavidad, cada diez o quince días. Si son pequeños, debe tomarse la precaución de fijarlos a piezas dentarias o prótesis existentes para evitar su deglución.

Si la cavidad residual es consecuencia de una quistectomía, el taponamiento de gasa, se debe cambiar tantas veces como sea

necesario para lograr la cobertura por el tejido de granulación y su posterior epitelización. Luego, si es necesario, se coloca un obturador.

En las cavidades residuales cerradas -Partsch II con sutura-, se nos pueden presentar dos variantes: que se trate de una cavidad pequeña, o que sea consecuencia de un quiste grande.

En aquellas cavidades pequeñas, que quedan cerradas bajo sutura, es de esperar que la reparación ósea, a punto de partida del coágulo y la médula ósea abierta, sea el común denominador. Becker menciona cuatro condiciones que deben estar presentes si deseamos una rápida reparación en este tipo de cavidades. Ellas son:

1º) Llenar completamente el defecto óseo con el coágulo sanguíneo.

2º) Suturar prolijamente el colgajo mucoso perióstico, apoyado en tejido óseo sano.

3º) Realizar la apertura ósea de abordaje, lo más pequeña posible, sin que esto signifique una dificultad para nuestras maniobras de enucleación.

Aquí estaría indicado -a los efectos de mantener el tejido óseo de la zona de abordaje- el tallado de un colgajo mucoso y otro perióstico óseo, como sugiere Csernyei. Nuestra experiencia -sólo como técnica de excepción- nos indica que lo adecuado es tallar un colgajo único mucoso perióstico óseo. Con esta técnica hemos conseguido resultados satisfactorios, pero solamente en el caso de quistes grandes.

4º) Acelerar la regeneración ósea que proviene de la médula, abriendo espacios de la esponjosa, luego de la eliminación de la membrana. Se deben tener en cuenta las relaciones de vecindad con órganos y cavidades, para no lesionarlos.

En las cavidades óseas mayores, las circunstancias varían, y en un alto porcentaje, el post operatorio cursa hacia la infección del coá-

gulo y su apertura hacia el exterior si se elige el cierre por primera intención. Aparentemente, la retracción del coágulo hace que éste se desprenda de la cavidad residual eliminándose suero, de acuerdo a su tamaño. Este suero busca salida al exterior a través de la sutura, lo que permite el ingreso de bacterias bucales al lecho quirúrgico. Como el coágulo es un muy buen medio de cultivo, termina por producirse el proceso infeccioso post operatorio.

Para mejorar la evolución de estos post operatorios, se han descrito una serie de métodos y medidas a tener en cuenta.

Por ejemplo, Liposky, aconseja decorticar el maxilar, frente a la lesión, y luego de la enucleación, reubicar esa cortical a manera de obturador de la cavidad residual, para, sobre él, reponer el colgajo mucoso perióstico. Esta sería una modificación de la técnica del colgajo óseo perióstico, la que nos brindaría una mejor evolución de la reparación ósea.

El relleno de las cavidades residuales con tejido óseo, es mencionado por distintos autores. La utilización de hueso de banco liofilizados y estériles aportaría una mejor evolución en el post operatorio. Se trate tanto de hueso homólogo como heterólogo, no se logrará una integración total de éstos a la reparación ósea final. Una capa de tejido conectivo rodeará al tejido transplantado, aislándolo como si fuese un cuerpo extraño, quedando así una zona propicia a la instalación de procesos infecciosos.

La utilización del hueso autólogo es de evolución más favorable, pero como es lógico, ésta es una medida a tomar sólo frente a casos de excepción, en la patología que estamos analizando.

El método que aconseja Schulte para el relleno de las cavidades cerradas, es el que consideramos más adecuado, de mejor manejo, y también de mejor pronóstico. En las cavidades pequeñas, se abren

las cavidades medulares, para lograr el relleno eficaz, con sangre. Se recorta espuma de gelatina o de colágeno, de tal manera, que no quede comprimida, y se procede a colocarla en la cavidad. Se puede introducir trombina, para acelerar la coagulación, y se cierra la herida, cuando ésta está terminada.

En las grandes cavidades Schulte aconseja proceder en forma similar, pero se debe además aplicar: antibioticoterapia general en el pre y post operatorio: realizar la toma de sangre venosa del paciente, ya que la proveniente del lecho quirúrgico no será suficiente; y lograr su coagulación en un recipiente estéril junto con antibiótico y gelfoan o colágeno para luego utilizar esta mezcla en estado de gel para el relleno de las cavidades.

Esta mezcla estaría compuesta por: penicilina en una cantidad aproximada a las quince mil unidades internacionales, por centímetro cúbico de sangre; sangre venosa, según el tamaño de la cavidad; espuma de gelatina o colágeno, según el tamaño de la cavidad y trombina en una cantidad de 0,25 centímetros cúbicos por centímetro cúbico de defecto. La utilización del antibiótico brindará una profilaxis local de la infección. La presencia de la sangre venosa estaría aportando un relleno primario estéril y biológico del defecto; el gelfoan o el colágeno inhibirán la retracción y estabilizarán al coágulo, y por último la trombina aportará una rápida coagulación, compensando la inhibición de ésta, producida por los antibióticos.

Diferentes autores están de acuerdo en considerar que nos encontramos frente a un quiste pequeño, cuando su diámetro no excede los tres centímetros, y más allá de esta medida, se estaría frente a los llamados quistes grandes. Pensamos que si bien, este límite nos orienta, para un ordenamiento, a los efectos de nuestra conducta frente a ellos, debemos tener en cuenta otros parámetros, como ser:

relaciones de vecindad, presencia o no de infección, posibilidad de tratarlos o no en el post operatorio como cavidad cerrada, estado general del paciente, etc.

Este planteamiento del tema, nos lleva a pensar que sólo el estudio exhaustivo de los detalles locales y generales de cada caso en particular, nos guiará a conductas exitosas. El tratamiento de los quistes debe concluirse siempre con el estudio detallado y seriado anátomo patológico de la pieza extraída, y con el seguimiento del caso hasta la reparación ósea total.

Por último, cabe establecer que si bien, ante toda patología debe primar el concepto de proceder a su eliminación, nunca debemos dejar de considerar la importancia de las secuelas que puedan quedar después de nuestro tratamiento. Estas deben ser tomadas en cuenta en el momento de elegir nuestra táctica, actuando con un verdadero criterio de prevención, respetando al máximo los tejidos sanos del paciente. Este concepto es válido en todas las circunstancias, pero cobra aún mayor importancia frente al quiste, por ser éste una patología benigna.

CASO CLINICO Nº 1



Foto 1.1. Gran quiste dentígrado con importante compromiso estructural.

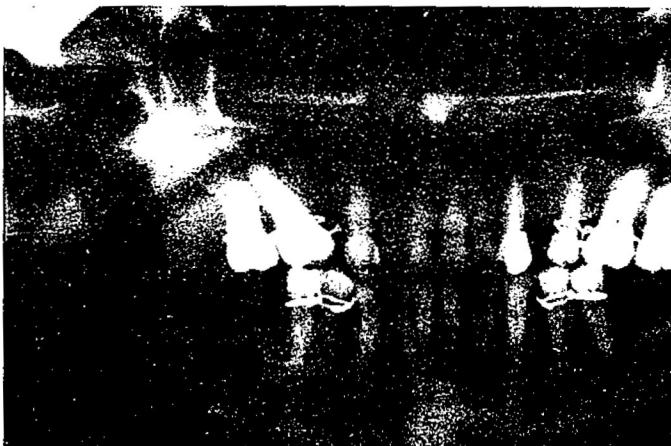


Foto. 1.2 Postoperatorio inmediato
Se aprecian 4 Ojales de
IVY para la inmovilización.



Foto. 1.3 Reparación ósea total en el
momento del alta.

CASO CLINICO Nº 2



Foto. 2.1 Deformación vestibular del sector 3.



Foto 2.2 Desplazamiento de las piezas 3.3, 3.4 y 3.5 por el quiste



Foto 2.3 Postoperatorio de Partsch I



Foto 2.4 Evolución en el momento del alta.

BIBLIOGRAFIA

- BECKER, R. Patología médico quirúrgica bucofacial. Tomo II. 1ª Ed. Madrid. Alhambra. 1978. Pag. 1 a 103.
- FARMAND, M. et al. Late results following the Brosch-procedure for treating large mandibular ramus cysts.- J. Maxillofac. Surg. 11 (5): 211-5, Oct. 1983.
- KIKUTA, T. et al. Large follicular cysts. J. Kyushu Dent. Soc. 18 (Suppl): 83-85, April 1985 (Abst.)
- KILLEY, H. C.; KAY, L. W.; SEWARD, G. R., Lesiones quísticas benignas de los maxilares, su diagnóstico y tratamiento. 3ª Ed. Buenos Aires. Mundi 1978.

- LIPOSKY, R.B., Decortication and bone replacement technique for the treatment of a large mandibular cyst. J. Oral Surg. 38 (1): 42-5, Jan. 1980.
- MOST, D.S. et al. A large dentigerous cyst associated with a supernumerary tooth. J. Oral Maxillofac. Surg. 40 (2): 119-20. Feb. 1982.
- RIES CENTENO, G.A., Cirugía Bucal 9ª Ed. Buenos Aires, Ateneo 1987. 629-722.