

MANEJO CLINICO QUIRURGICO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS Y NO ODONTOGENICOS DE LA REGION MAXILAR

REPORTE DE CASOS

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Ayala E. Castillo L. Castro J. Cuartas J. Díaz Y. Lorenzo A. Martínez H. Ortiz D. Rodríguez A. Zuleta C. *
Duarte G. **
González M.A. ***

RESUMEN

Esta investigación surgió con el fin de dar orientación clínica invaluable en el diagnóstico y tratamiento del paciente sobre la evidencia de lesiones con apariencia quística, la apreciación de la importancia de cada uno de los posibles diagnósticos ayudan a prevenir manejo inadecuado ó precipitaciones en el tratamiento. Para el cumplimiento de los objetivos se encontraron tres casos clínicos a los que según su diagnósticos se determino la técnica quirúrgica a proseguir. En el caso clínico N°. 1 Se utilizó biopsia por punción del área afectada para obtener un conocimiento del tipo de tejido o contenido diagnóstico quiste dentigero al que se realizó Partsch I, el caso clínico N°. 2 se utilizó biopsia por punción diagnóstico quiste dentigero al que se le realizó Partsch II, el caso clínico N°. 3 se utilizó biopsia excisional diagnóstico quiste periapical al que se realizó Partsch II.

Palabras Claves: Quiste, Patología, Biopsia, Técnica Quirúrgica

INTRODUCCION

Cuando se trata a un paciente que presenta una lesión en los maxilares, se encuentra ante el dilema de definir si es un quiste o un tumor, ante esta situación clínica se debe definir con técnica de biopsia excisional, incisional o punción a que tipo de patología se enfrenta, las lesiones quísticas se caracterizan, por su contenido líquido al realizar la punción. Por esta razón cabe preguntarse: ¿Cuál es el manejo clínico de los quistes odontogénicos y no odontogénicos de la región maxilar?

Es importante la realización de este estudio para conocer las diferentes alternativas del manejo clínico de lesiones con apariencias quísticas con el fin de interpretar, analizar y definir las

conductas terapéuticas y diagnosticas de estas patologías. Y su diferenciación con otras patologías que afectan el complejo estomatognático. Por medio de esta investigación se pretende dar pautas básicas para saber diferenciar, analizar, interpretar y realizar adecuado manejo o remisión de las patologías con apariencia quísticas de los maxilares, ya que es frecuente encontrar pacientes con esta clase de lesiones.

QUISTE: derivado del prefijo Kystis que significa vesícula. Cavidad patológica de tejido anómalo, con una o varias cámaras, de contenido líquido, semilíquido o gaseoso, no originado por el acumulo del material purulento y que suele estar aislada por una cápsula, su aparición

* Alumnos X semestre Colegio Odontológico Colombiano.
** Asesor Científico, Especialista en Cirugía Maxilo Facial.
*** Asesor Metodológico, Odontólogo, Maestría de Administración en Salud.

MANEJO CLINICO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS Y NO ODONTOGENICOS DE LA REGION MAXILAR REPORTE DE CASOS

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

Ayala E. Castillo L. Castro J. Cuartas J. Díaz Y. Lorenzo A. Martínez H. Ortiz D. Rodríguez A. Zuleta C. *
Duarte G. **
González M.A. ***

RESUMEN

Esta investigación surgió con el fin de dar orientación clínica invaluable en el diagnóstico y tratamiento del paciente sobre la evidencia de lesiones con apariencia quística, la apreciación de la importancia de cada uno de los posibles diagnósticos ayudan a prevenir manejo inadecuado o precipitaciones en el tratamiento. Para el cumplimiento de los objetivos se encontraron tres casos clínicos a los que según su diagnósticos se determino la técnica quirúrgica a proseguir. En el caso clínico N°. 1 Se utilizó biopsia por punción del área afectada para obtener un conocimiento del tipo de tejido o contenido diagnóstico quiste dentígero al que se realizó Partsch I, el caso clínico N°. 2 se utilizó biopsia por punción diagnóstico quiste dentígero al que se le realizó Partsch II, el caso clínico N°. 3 se utilizó biopsia excisional diagnóstico quiste periapical al que se realizó Partsch II.

Palabras Claves: Quiste, Patología, Biopsia, Técnica Quirúrgica

INTRODUCCION

Cuando se trata a un paciente que presenta una lesión en los maxilares, se encuentra ante el dilema de definir si es un quiste o un tumor, ante esta situación clínica se debe definir con técnica de biopsia excisional, incisional o punción a que tipo de patología se enfrenta, las lesiones quísticas se caracterizan, por su contenido líquido al realizar la punción. Por esta razón cabe preguntarse: ¿Cuál es el manejo clínico de los quistes odontogénicos y no odontogénicos de la región maxilar?.

Es importante la realización de este estudio para conocer las diferentes alternativas del manejo clínico de lesiones con apariencias quísticas con el fin de interpretar, analizar y definir las

conductas terapéuticas y diagnosticas de estas patologías. Y su diferenciación con otras patologías que afectan el complejo estomatognático. Por medio de esta investigación se pretende dar pautas básicas para saber diferenciar, analizar, interpretar y realizar adecuado manejo o remisión de las patologías con apariencia quísticas de los maxilares, ya que es frecuente encontrar pacientes con esta clase de lesiones.

QUISTE: derivado del prefijo Kystis que significa vesícula. Cavityad patológica de tejido anómalo, con una o varias cámaras, de contenido líquido, semilíquido o gaseoso, no originado por el acumulo del material purulento y que suele estar aislada por una cápsula, su aparición

* Alumnos X semestre Colegio Odontológico Colombiano.

** Asesor Científico, Especialista en Cirugía Maxilo Facial.

*** Asesor Metodológico, Odontólogo, Maestría de Administración en Salud.

puede obedecer a diferentes mecanismos etiopatogénicos: hiperplasia de origen inflamatorio, alteraciones del desarrollo, o inclusiones del tejido ectópicos; estos quistes se pueden encontrar como: Quiste verdaderos cuando se encuentran revestidos de epitelio, pseudoquistes cuando están recubiertos sólo con una pared de tejido conectivo.

Los quistes de los maxilares se clasifican en: Quistes odontogénicos, quistes no odontogénicos y pseudoquistes.

Los quistes odontogénicos se caracterizan por tener su origen dentro de los maxilares, de los restos de la lámina dental o de los órganos del esmalte de los dientes. Se clasifican en : Quiste radicular (periapical), quiste dentígero, quiste por erupción, quiste lateral periodontal, quiste odontogénico glandular, quiste gingival del recién nacido, queratoquiste, quiste odontogénico no calcificante.

Quistes no odontogénicos se originan del epitelio remanente de la línea de fusión de los distintos procesos embrionarios que forman los huesos faciales; pueden ser centrales o laterales. Se clasifican en lesiones globulomaxilares, quiste nasolabial, quiste mandibular medio, quiste de conducto nasopalatino.

Pseudoquistes se caracterizan por ser una cavidad patológica que no presenta revestimiento epitelial se clasifican en quiste oseoaneurístico, quiste oseotraumático, quiste estático de hueso, de efecto focal osteoporótico de la médula ósea.

Para el tratamiento de las lesiones se utilizan: Partsch I (1892), descompresión, marsupialización, cistostomía, Partsch II (1910), enucleación radical, Cistectomía, avivamiento.

La técnica quirúrgica de Partsch I consiste en conservar parcialmente la membrana quística, mediante la recesión de una porción de su membrana la cual se sutura a la cavidad oral quedando esta comunicada con la boca su fin es disminuir la presión intraquística y reducir progresivamente el tamaño del quiste para posteriormente ser eliminado totalmente.

Método Partsch II consiste en la eliminación total de la membrana quística con un cierre primario de este. Los dientes comprometidos deberá realizarse previamente tratamientos endodónticos con el fin de evitar la infección secundaria.

Como objetivo general se plantea describir el manejo quirúrgico de los quistes odontogénicos y no odontogénicos presentes en la región de los maxilares. Cuando encontramos el reporte de casos clínicos en el Colegio Odontológico Colombiano y como objetivos específicos se plantearon: Identificar las características demográficas según edad, género y raza, establecer el motivo de consulta y la anamnesis de los pacientes, establecer el examen clínico y radiográfico de los pacientes, identificar los diagnósticos de los diferentes quistes odontogénicos y no odontogénicos que presentaron los pacientes, describir la técnica quirúrgica para el manejo de los quistes odontogénicos y no odontogénicos según cada caso, realizar el seguimiento postquirúrgicos a los 7 y 15 días.

MATERIALES Y METODO

Este estudio se clasifica como reporte de casos, cuyo objeto de estudio fueron los quistes odontogénicos, quistes no odontogénicos y pseudoquiste, su

población, fueron los pacientes que asistieron a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano Sede Centro que presentaban como diagnóstico presunto lesiones con apariencia quística, quistes odontogénicos y/o quistes no odontogénicos y/o pseudoquistes.

Con respecto a la población elegible se tuvieron en cuenta como criterios de inclusión los siguientes: Pacientes de 4 a 18 años que presentan la patología, personas que aceptan voluntariamente participar en el estudio, paciente sin compromiso sistémico. Y de exclusión: Información incompleta de las variables seleccionadas. Las variables descritas fueron: Características demográficas según género, edad, raza, motivo de consulta y anamnesis; examen clínico: Intraoral y extraoral; examen radiográfico: Panorámica, tomografía axial computarizada (TAC), periapicales; diagnósticos de los quistes odontogénicos: Quiste dentígero y quiste periapical; los procedimientos quirúrgicos fueron el método de Partsch I y método de Partsch II; seguimiento a cada paciente se le hizo control a los 7 y 15 días, y se observó cicatrización y signos de infección. Para efectos de este estudio se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos: Instrumento 1 Matriz bibliográfica, instrumentos 2 Aceptación voluntaria de los pacientes y instrumento 3 Historias clínicas.

RESULTADOS

CASO CLINICO I

Paciente de género femenino de 15 años de edad, soltera, que consulta a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano por preocupación al sentir una masa en la encía superior al lado derecho.

A cerca de los antecedentes familiares refiere información sobre la madre fallecida por presentar cáncer de matriz y refiere antecedente personal trauma en el pie izquierdo hace dos meses.

Al examen clínico extraoral, se observan tercios proporcionados. Figura 1.



Figura 1. Foto de perfil.

Se valora de perfil y en el tercio medio se observa abombamiento en el surco nasogeniano del lado derecho. Figura 2



Figura 2. Foto inferosuperior.

Se compara zona malar, y se observa asimetría derecha. Figura 3.



Foto 3. Submentovertex.

Al examen intraoral la paciente presenta amalgamas, el índice de placa bacteriana se encuentra en un número moderado y asimetría en el fondo del surco vestibular derecho de color rosado pálido, asintomático blando a la palpación depresible con sensación de fluctuación. Figura 4.



Figura 4. Foto intraoral.

En la radiografía panorámica se observa amplia zona radiolúcida en compromiso íntimo con el seno maxilar y fosa nasal con presencia de diente incluido (13) desplazado. Figura 5.



Figura 5. Radiografía panorámica.

En la tomografía axial computarizada se observa amplia zona que compromete seno maxilar, fosa nasal y el 13 desplazado. Figura 6

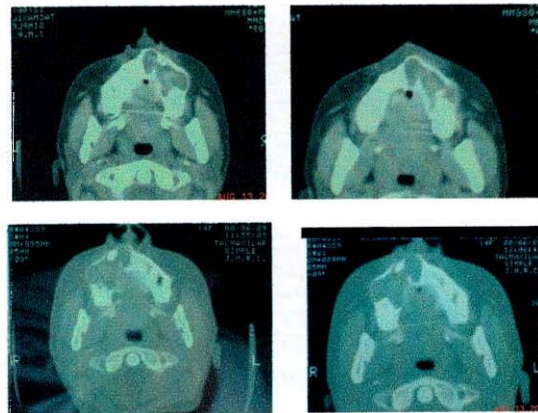


Figura 6. Tomografía axial computarizada.

Una vez definido el diagnóstico se programa a cirugía, en la que se decide realizar como técnica partsch I, con la preparación y colocación de un obturador. Asepsia general (remoción total de prendas y colocación de campos quirúrgicos); y antisepsia que se realiza con isodine espuma y bucofaringeo, se anestesia localmente con lidocaina al 2% se aplicaron tres carpules, agujas cortas luego se delimita la área quirúrgica y la incisión gingivomarginal. Obsérvese el colgajo mucoperiostico con el que se hace exposición de la membrana quística. Figura 7.

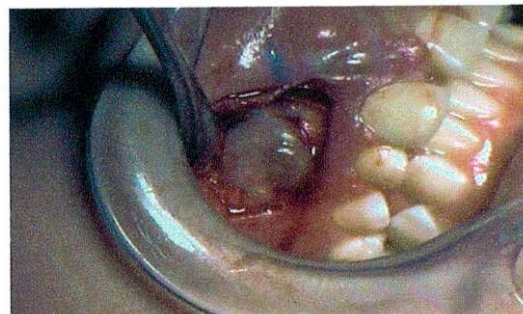


Figura 7. Colgajo mucoperiostico.

Se retrae la membrana con una pinza axón para facilitar la sutura a mucosa oral con seda tipo 000. Figura 8.



Figura 8. Retracción de membrana.

Luego se hizo la colocación del aposito quirúrgico para evitar la contaminación, que se dejara en boca de dos a tres días, obsérvese la cicatrización del tejido al tercer día de la remoción del aposito quirúrgico. Figura 9.



Figura 9. Cavitya quística.

En la etapa de recuperación, se hacen las recomendaciones al paciente y al acudiente, posteriormente la prescripción médica con analgésico ibuprofeno (Motrin®) grageas de 600 miligramos número 12 tomar una gragea cada ocho horas, Amoxicilina (Amoxal®), cápsulas de 500 miligramos número 21 tomar una cápsula cada ocho horas. Por último se hizo la confección del obturador en acrílico de autopolimerización, el que será

adaptado a la cavitya quística. Se realiza control al tercer día para observar proceso de cicatrización en la que se le hace irrigación con agua destilada colocando nuevamente el obturador. Figura 10.



Figura 10. Obturador.

CASO CLINICO II

Paciente de genero masculino de 4 años de edad, que consulta a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano para control general.

Los antecedentes familiares sobre la madre son cefalea y hepatitis A. con respecto al antecedente personal presentó trauma (a nivel general del cuerpo) a los 18 meses de edad.

Al examen clínico Extraoral se observa los tercios proporcionados sin alteraciones evidentes, tanto de frente como de perfil. Figura 11



Figura 11. Foto de frente y perfil.

Al examen Intraoral se observan múltiples focos sépticos (restos radiculares), leve abombamiento en la tabla vestibular del surco en la zona del 73 al 71 involucrando el germen del diente 41. Figura 12.



Figura 12. Examen intraoral.

Se solicita como medio diagnóstico radiografía panorámica, examen de laboratorio tipo cuadro hemático, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina.

Al examen radiográfico se observa zona radiolúcida bien definida al lado izquierdo en relación con los dientes erupcionados con compromiso de los dientes central y canino de la misma zona, gérmenes en formación. Figura 13.



Figura 13. Radiografía panorámica.

Se llega aun diagnóstico presuntivo de quiste dentigero ó queratoquiste; bajo anestesia general, previa asepsia y antisepsia, se realiza biopsia por punción, (líquido amarillo) y se definió que el

diagnóstico definitivo corresponde a quiste dentigero.

Intraoperatoriamente se decide realizar como técnica Partsch II, prosiguiendo a la etapa quirúrgica: Asepsia general (colocación de campos estériles), previa desinfección con isodine espuma y bucofaringeo manteniendo la antisepsia, aislamiento del campoperatorio, anestesia general, anestesia local, lidocaina al 2%, 3 carpules, agujas largas y cortas, demarcación del área quirúrgica.

Se realiza la incisión gingivomarginal y levantamiento del colgajo mucoperiostico del diente 71 al 74 se expone la masa que produjo perforación de la cortical vestibular, osteotomía, donde se expone la cavidad quística, sustancia líquida de aspecto lechoso, se realiza curetaje de la lesión luego se procede a la extracción del germen dentario del 31, se curetea ampliamente, se irriga con suero fisiológico. Figura 14.

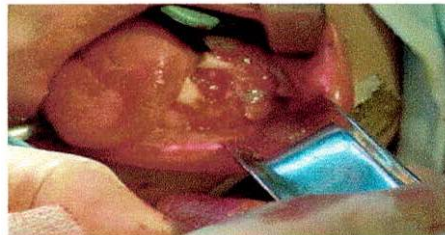


Figura 14. Incisión y colgajo.

Obsérvese la remoción de saco quístico con diente permanente. Figura 15.



Figura 15. Tejido quístico.

Se sutura con seda tipo 000, se hace debidas recomendaciones al paciente y acudiente, prescripción médica con analgésico Dolex y amoxicilina suspensión un frasco durante cinco días; se realiza control al octavo día para observar proceso de cicatrización.

CASO CLINICO III

Paciente de género femenino 17 años de edad, soltera; que consulta a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano por dolor en el diente 12.

No refiere antecedentes familiares alguno, refiere antecedentes personal trauma a nivel dental zona anterosuperior hace cuatro años.

Al examen clínico extraoral se observa tercios proporcionados sin alteraciones evidentes. Figura 16.



Figura 16. Foto frente y perfil.

Al examen intraoral se observan múltiples tratamientos de operatoria (amalgamas, resinas), apariencia de abultamiento en paladar duro zona anterior derecha en proximidad directa con el diente afectado, y cambio de color de la corona del diente 12. Figura 17.



Figura 17. Examen intraoral.

Se solicita como medio diagnóstico radiografía periapical, examen de laboratorio tipo cuadro hemático, tiempo de protrombina, tiempo parcial de tromboplastina, en base a los resultados de los exámenes se logra un diagnóstico presuntivo un quiste odontógeno periapical; se realizó biopsia exicional y se decidió que el diagnóstico definitivo correspondía a quiste odontogenico de origen inflamatorio.

Una vez definido el diagnóstico se programa a cirugía, en la que se decide realizar como técnica Partsch II, prosiguiendo a la etapa quirúrgica.

Asepsia general (colocación de campos quirúrgicos), previa desinfección con isodine espuma y bucofaringeo, se realiza técnica anestésica infiltrativa en zona de paladar duro adjunta al diente afectado, con lidocaina al 2% siete carpules, agujas cortas, demarcación del área quirúrgica, a nivel del 14 y 11 incisión palatina gingivomarginal, con cuchilla número 15, desinserción del colgajo mucoperióstico, luego se procede a la osteotomía donde se expone la cavidad quística. Figura 18.



Figura 18. Colgajo.

Se realiza curetaje de la cavidad quística para remover completamente la masa y extracción de tejido necrótico localizado en el área de la lesión, se irriga con suero fisiológico; se prosigue el tratamiento quirúrgico por vestibular, anestesia local con lidocaina al 2% tres carpules, agujas cortas. Figura 19.

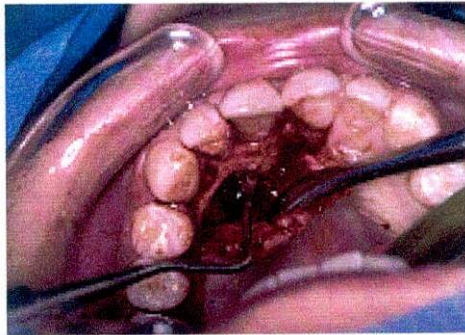


Figura 19. Curetaje.

Incisión lineal a nivel del ápice del diente, con desinserción de mucosa con periostótomo. Figura 20.

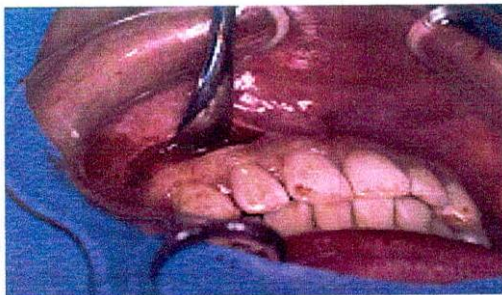


Figura 20. Incisión.

Retracción del colgajo en forma de bolsillo, en zona vestibular.

Se prosigue a realizar osteotomía a nivel del ápice del diente con fresa redonda Número 3, zecria, localización del ápice dental, apicectomía con fresas de fisura, selle apical, irrigación con suero fisiológico. Figura 21.



Figura 21. Colgajo.

Obsérvese técnica de sutura puntos simples con seda tipo 000, en zona de incisión palatina y vestibular. Figura 22.



Figura 22. Sutura.

Obsérvese la membrana del quiste extraído de la cavidad. Figura 23.



Figura 23. Tejido quístico.

Etapa de recuperación, se hace debidas recomendaciones al paciente, prescripción médica con analgésico Ibuprofeno (Motrin®) gragea de 600 miligramos número 12 tomar una gragea cada ocho horas durante tres días; antibiótico amoxicilina (Amoxal®) cápsula de 500 miligramos número 21 tomar una cápsula cada ocho horas durante siete días; se realiza control al octavo día, para observar proceso de cicatrización.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar más reportes de casos y realizar un seguimiento acerca de pacientes con quistes odontogénicos, no odontogénicos y pseudoquistes que lleguen a la clínica del Colegio Odontológico Colombiano.

BIBLIOGRAFIA

RASPALL, Guillermo. Cirugía Maxilofacial: Patología quirúrgica de la cara, boca, cabeza y cuello. Primera edición. Madrid España: Editorial Médica Panamericana, S. A, 1997 515 p.

REGESI, Joseph. Patología Bucal. Tercera edición. México: Mc Graw-Hill Interamericana editores, S.A, 2000 641 p.

PETER A, Reichar, HANS, Peter Philipsen. Atlas de Patología Oral. Segunda edición. Barcelona España: MASSON S. A, 2000 297 p.

NEVILLE Brad, DAMM Douglas, ALLEN Carl, BOUQUOT Jerry. Oral Maxillofacial Pathology. Primera edición. Philadelphia, Tokyo: SAUNDERS COMPANY, 1995 711 p.

HORCH, J. Lentrodt. Cirugía odontoestomatológica. Cuarta edición.

Barcelona España: Ediciones Cientificas y Técnicas, S. A, 1992 367 p.

SCHMIDT, Brian. El uso de enucleación y crioterapia de nitrógeno líquido en el manejo de queratoquistes odontogénicos. Missipi, 2001 1 p.

GALIDEZ A, Juan AGUIRRE MARTINEZ, R. J. ZORRILLA, RIVERA J. Características clinicopatológicas de los quistes dentigeros. San Francisco, Revista Secom, 1998 6 p.

ROMERO PEREZ, J, MENDEZ TRUJILLO, S. Elección preoperatoria de la técnica quirúrgica a realizar en un quiste odontogénico en función de su diagnóstico histopatológico y su área. Arrixaca (Murcia). 1999 1 p.

G, William, TROULIS, María, B, Leonard. Diferenciación de queratoquistes odontogénicos y quistes no odontogénicos utilizando biopsia por aspiración y coloración de citoquetatina 10 Boston 2000 4 p.

CHAVEZ, Julie, A, RICHTER, Kenneth, J. Quiste odontogénico glandular de la mandíbula. Minneapolis 1999 4 p.

P, Joseph, LUSTIG, SCHWARTZ, ARAD, Devorah, SHAPIRA, Amnon. Quiste odontogénico relacionados con molares primarios que han recibido pulpotomía. Tel Aviv University, Barzilai Medical Center 1999 5 p.

LOURDES DE ANDRADE MASSARA, María, OLIVEIRA, GOMEZ, Carlos, ARAUJO, MAGALHAES, Rafaella Cristina, MOURA, GONCALVES, FARIA, Monica. Reportes: Quistes odontogénicos un acceso conservador. Minas Gerais University 2000 5 p.

E-mail de los investigadores:

* magalyc90@hotmail.com

* yadyD17@yahoo.com.Es

*