

Quistes Maxilares: Tratamiento Combinado.

[Cysts Jaw: Combination Therapy.]

Autores:

Dr. Consoli, Néstor Rubén [1]
Od. Berardi, Alejandro Gabriel [2]
Od. Pesce, María Agustina [3]
Od. Pasquale, Natalia Veronica [4]
Od. De Franceschi, Chantal [5]

El presente artículo fue confeccionado tanto su parte clínica como teórica por los cinco autores anteriormente mencionados, coordinado por el Dr. Néstor R. Consoli.

Dirección de Contacto:

Servicio de Cirugía Buco Máxilo Facial,
Hospital "San Roque" de Manuel B. Gonnet,
La Plata, Argentina.
E-mail: vero_pasquale@hotmail.com

Fecha de recepción:

06/03/2017

Fecha de aprobación:

25/06/2017

[1] Jefe de Servicio de Odontología y Cirugía Buco Máxilo Facial del Hospital "San Roque".
Miembro titular de la Sociedad Argentina de Cirugía.

[2] Odontólogo de planta del Servicio de Odontología y Cirugía Buco Máxilo Facial del Hospital "San Roque".

[3] Odontólogo de planta del Servicio de Odontología y Cirugía Buco Máxilo Facial del Hospital "San Roque".

[4] Odontólogo de planta del Servicio de Odontología y Cirugía Buco Máxilo Facial del Hospital "San Roque".

[5] Rotante de la especialidad de cirugía de la Sociedad Argentina de Cirugía.

RESUMEN

Objetivo: Proteger y preservar las estructuras adyacentes en el tratamiento de quistes de gran tamaño.

Caso Clínico: En el presente artículo se compartirán dos casos clínicos de lesiones quísticas de pacientes que han concurrido al Servicio de Cirugía Buco Máxilo Facial del Hospital Interzonal de Agudos "San Roque" de Manuel B. Gonnet.

Conclusión: Se debe confeccionar un correcto diagnóstico y elaborar un plan de tratamiento oportuno, que permita la eliminación de la lesión y la neoformación ósea.

PALABRAS CLAVE

Quistes maxilomandibulares; Descompresión quirúrgica; Cirugía bucal/métodos; Enucleación.

SUMMARY

Objective: To protect and preserve adjacent structures in the treatment of large cysts.

Case Report: In this article two cases of cystic lesions of patients who have attended the Oral and Maxillofacial Surgery Hospital Acute Interzonal "San Roque" of Manuel B. Gonnet Dental Service will be shared.

Conclusion: You must make a correct diagnosis and develop an appropriate treatment plan that allows the removal of the lesion and bone formation.

KEY WORDS

Jaw Cysts; Decompression, Surgical; Surgery, Oral/methods; Enucleation.

INTRODUCCIÓN

Se define como quistes a cavidades patológicas con contenido estéril, el cual puede ser líquido, semilíquido o gaseoso, revestida o no de epitelio. De crecimiento lento y expansivo, por aumento de presión en su interior y no por proliferación tisular. Debido a su característica de crecimiento pasivo son consideradas lesiones benignas, aunque en pocas ocasiones se podrían malignizar⁽¹⁾. Los quistes odontogénicos (QO) pueden recidivar de las siguientes estructuras epiteliales:

- Restos de Malassez, que son restos de la vaina epitelial radicular de Hertwig que persisten en el ligamento periodontal después de completarse la formación de la raíz;
- Epitelio reducido del esmalte, epitelio residual que rodea la corona del diente después de completarse la formación del esmalte, y
- Restos de la lámina dental que se originan en el epitelio oral y permanecen en los tejidos después de inducir el desarrollo dentario.

A partir de estas fuentes de epitelio odontogénico se realiza la clasificación histogénica de los QO⁽²⁾.

Es indispensable la información que nos aportan los hallazgos clínicos, radiográficos e histológicos, para establecer un diagnóstico preciso y realizar un tratamiento adecuado.

Para realizar el diagnóstico se deben tener en cuenta los signos y síntomas del cuadro clínico, entre los que se encuentran: distensión de las corticales óseas que puede conducir a la fractura mandibular, área fluctuante a la palpación, pérdida prematura o ausencia de piezas dentarias, resorción radicular de las piezas dentarias comprometidas, desplazamiento dentario, parestesia por compresión del paquete vasculonervioso, obstrucción de la cavidad nasal y sinusitis del seno maxilar. Los quistes de menor diámetro pueden permanecer asintomáticos.

Entre las opciones de tratamiento quirúrgico podemos mencionar:

1. El tratamiento quirúrgico realizado en dos tiempos, realizando la descompresión eliminando parcialmente la membrana para luego realizar la enucleación total del quiste.
2. El tratamiento quirúrgico radical en un tiempo, consiste en la enucleación total de la membrana quística y legrado o curetaje de la cavidad ósea y de la pared quística⁽³⁾.

En la técnica descompresiva, luego de la antisepsia del campo quirúrgico se procede a la antisepsia local y a la realización de una ventana quirúrgica en la pared quística, con el objetivo de evacuar el contenido del mismo.

La incisión inicial suele ser de forma circular o elíptica creándose una ventana mayor a un centímetro, extendiéndose hasta la cavidad quística, en el plano subperióstico para conservar el plano perióstico por su potencial osteogénico.

Si la cavidad quística se encuentra recubierta por hueso, realizar la osteotomía correspondiente. Con ayuda de una tijera retirar la membrana quística. Colocar una gasa iodoformada o impregnada en benzocaína y antibiótico, manteniéndose en la cavidad durante el lapso de 7 a 14 días, realizando los cambios correspondientes, para evitar la contaminación de la cavidad expuesta y que la mucosa oral cicatrice sobre la ventana del quiste⁽⁴⁾.

Se puede dejar un drenaje o un obturador (tubo de goma o polietileno) suturado a la mucosa para que no se desplace. Al disminuir la presión dentro del quiste, éste no sigue creciendo, se reduce el tamaño y el hueso se regenera. El tubo se va cortando a medida que se reduce el quiste. El epitelio del quiste se va transformando de a poco en el epitelio bucal.

Áreas de ulceración o engrosamiento de la pared quística, son consideradas como cambios displásicos o neoplásicos, por lo cual se indica la enucleación o una biopsia incisional del tejido comprometido. Para ello se debe realizar una incisión de forma amplia obteniendo así una buena visibilidad. En pacientes desdentados, la incisión debe realizarse a lo largo de la cresta ósea. En presencia de piezas dentarias, la incisión se ejecuta alrededor del cuello de los dientes, tanto en la cara bucal como en la lingual según la posición del quiste. Se levanta el colgajo y se realiza una ventana ósea cuidando de no lesionar la pared quística. Con curetas eliminar la capa de tejido conjuntivo, manteniendo la superficie cóncava de la cureta en dirección a la cavidad ósea, mientras que el borde de la superficie convexa realizará el despegamiento del quiste. Irrigar la cavidad con solución salina estéril, secando la misma con gasas con el fin de lograr una buena visualización para luego colocar una gasa impregnada con una solución antibiótica durante 3 días y finalmente realizar el cierre primario de la incisión^(5,6).

CASO CLÍNICO N°1

Se presenta a la consulta un paciente de sexo masculino, de 49 años de edad, con antecedentes de diabetes y fumador de varios años, con movilidad de las piezas dentarias (PD) 12, 13, 15, 21 y 22 (Fig. 1). Se solicita una radiografía (Rx) panorámica (Fig. 2), en la cual se observa una lesión osteolítica de límites netos, que se extiende desde la PD 14 hasta la 23, las cuales presentan movilidad sin desplazamiento ni reabsorción radicular. Se toma una muestra de la lesión y se la remite a anatomía patológica, cuya biopsia informa de un QO periapical inflamatorio (Fig. 3).

Se procede a la descompresión de la lesión, a través de una incisión colocándose gasa iodoformada cambiándola cada 72 horas y realizando lavajes con solución fisiológica a través de la ventana abierta durante 12 días (Fig. 4).

Se realiza el tratamiento endodóntico de las PD involucradas. Radiográficamente se observa la reducción de la lesión y una recuperación de la zona afectada, por lo cual se procede a la enucleación del quiste con una incisión intracrevicular, legrado del colgajo mucoperióstico, extirpación de la lesión y curetaje del lecho quirúrgico (Fig. 5).

Se coloca un sustituto óseo y una malla de ácido poliglicólico (Fig. 6).

Se indican antibióticos y analgésicos, y los controles correspondientes a los 3, 6 y 12 meses, observándose la reducción del quiste, la neoformación ósea y la fijación de las piezas dentarias (Fig. 7 y 8).

Fig. 1: Primera consulta.

Fig. 2: Radiografía panorámica.

Fig. 3: Técnica descompresiva.

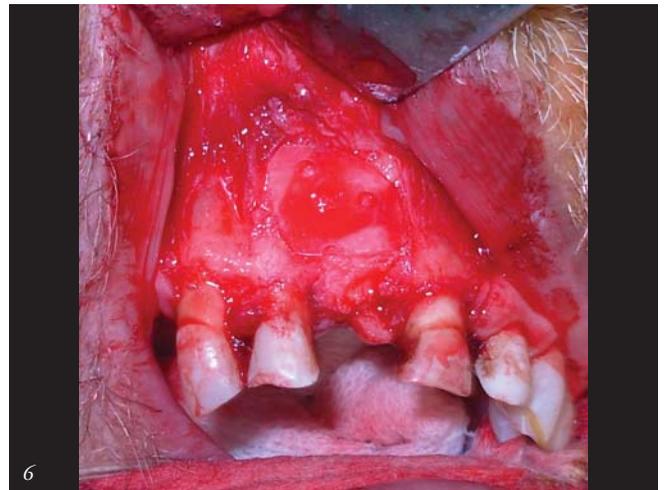
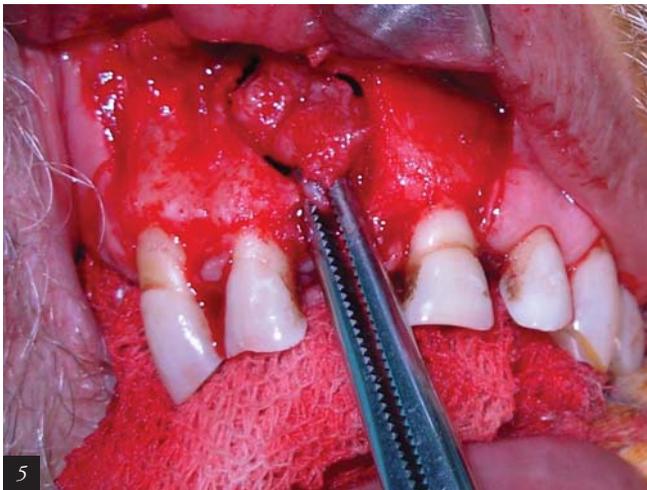
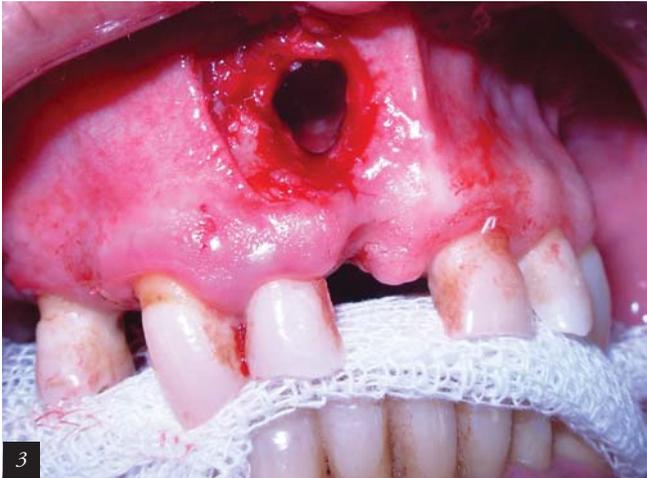
Fig. 4: Colocación de gasa iodoformada.

Fig. 5: Extirpación quirúrgica.

Fig. 6: Colocación de malla de ácido poliglicólico.

Fig. 7: Control radiográfico al año.

Fig. 8: Control clínico al año.



CASO CLÍNICO N°2

Una paciente de sexo femenino, de 59 años de edad, concurre a la consulta por una fístula en el sector anterior del maxilar superior (Fig. 1).

Se solicita una Rx seriada (Fig. 2) y tomografía axial computarizada (TAC) (Fig. 3), observándose una lesión que se extiende desde la PD 11 a la 24, las cuales presentan movilidad. Se toma una muestra de la lesión, cuyo informe revela un QO. Se procede a la descompresión, realizándose una incisión circular que permite apreciar hueso deficiente en la zona. Se coloca gasa iodoformada durante 2 semanas, con cambios cada 3 días de la misma y lavajes con solu-

ción fisiológica. Se realizan las endodoncias de las PD involucradas. Al año se extirpa quirúrgicamente con apicectomía de las PD (Fig. 4 y 5), realizándose el control a los 7 días.

DISCUSIÓN

La técnica descompresiva está indicada en quistes de gran tamaño, lesiones quísticas que comprometan estructuras importantes del macizo facial, quiste ubicados en zonas de difícil acceso, quistes asociados a piezas dentarias retenidas y en pacientes que presenten alguna alteración de su estado de salud. Para dicha maniobra no se requiere gran habilidad quirúrgica y es un método

conservador de las estructuras adyacentes. Sin embargo, presenta la desventaja de dejar expuesto el tejido patológico, causando malestar en el paciente. La cavidad quística debe mantenerse limpia para prevenir infecciones. Además se requiere de curas sucesivas con gasa iodoformada.

La enucleación permite el despegamiento de la totalidad del quiste sin la ruptura de la cápsula, disminuyendo la posibilidad de recidiva. Además de posibilitar el examen histopatológico del quiste completo y que el paciente no necesite la irrigación constante de la cavidad. Como desventaja presenta la posible fractura mandibular, la desvitalización de las piezas dentarias, el peligro de lesionar el seno maxilar, nervios o



Fig. 1: Fístula sector anterior.



Fig. 2: Radiografía seriada periapical.



Fig. 3: TAC.

vasos sanguíneos, mayor dolor postoperatorio y necesidad de gran habilidad quirúrgica por parte del operador.

Se debe realizar el seguimiento a distancia de los pacientes portadores de quistes, realizando la inspección clínica y el control radiográfico a los 6 y 12 meses después de realizado el tratamiento quirúrgico, con el fin de evaluar la formación ósea en el sitio operado y la cicatrización de la herida a nivel de los tejidos blandos.

CONCLUSIÓN

En base a nuestra experiencia, creemos que es de suma importancia realizar el diagnóstico y tratamiento temprano para evitar

complicaciones que afecten la calidad de vida del paciente.

La técnica descompresiva en el tratamiento de los quistes maxilares de gran tamaño permite no sólo disminuir la presión intraquística, sino también promover la contracción del mismo y la neoformación ósea, pudiendo emplearse ésta técnica como único tratamiento o como paso preliminar a la extirpación total del quiste.

Luego de la descompresión, la enucleación habitualmente es el método más eficaz para la eliminación y tratamiento del quiste, ya que permite el despegamiento de la totalidad del mismo sin la ruptura de la cápsula, disminuyendo la posibilidad de recidiva. ■

Bibliografía

1. Donado M. (2005) *Cirugía bucal. Patología y técnica*. 3°. Ed. España. Elsevier Masson. 34: 565-592; 35: 593-610.
2. Sapp P, Eversole L, Wysocki G. (2004) *Patología oral y maxilofacial contemporánea*. 2°. Ed. España. Elsevier Mosby; 2: 45-69.
3. Quispe M, Zeballos López L. (nov 2012) Manejo quirúrgico de quistes en los maxilares de origen odontogénico. *Rev act clín inv*; 25:1-7.
4. Guberman C, Ochotorena A, Calogero S. (2012) Tratamiento quirúrgico de los quistes maxilares: técnica descompresiva. *RAAO*; L: 11-15.
5. Oribe J. (1987) *Cirugía maxilofacial*. 1°. Ed. Argentina. López Libreros Editores. 15:340-346.
6. Martínez Treviño J. (2009) *Cirugía oral y maxilofacial*. México. El Manual Moderno. 15:330-332.

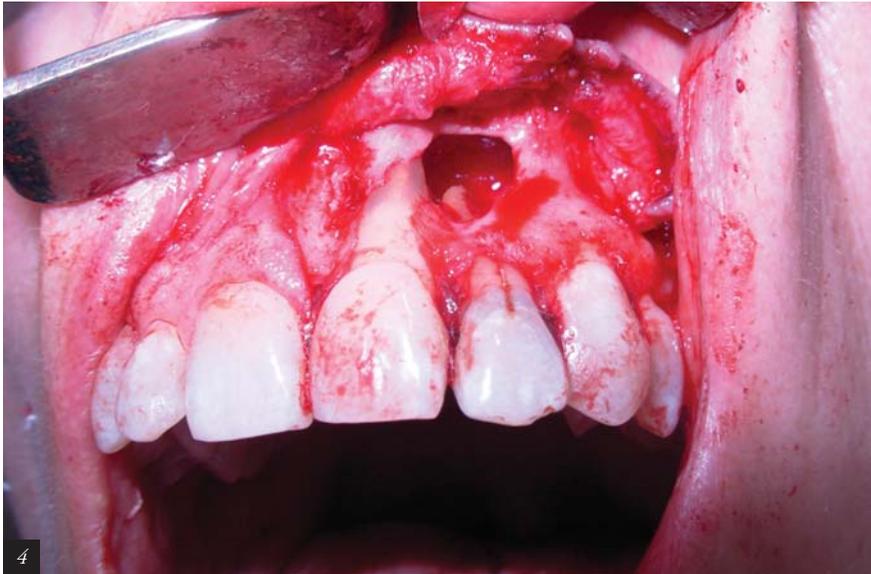


Fig. 4: Enucleación del quiste y apicectomía.



Fig. 5: Control a los 7 días.