

## MANEJO QUIRURGICO DE QUISTES EN LOS MAXILARES DE ORIGEN ODONTOGENICO

María Eugenia Gutiérrez Quispe<sup>9</sup>  
Lourdes Zeballos López<sup>10</sup>

### RESUMEN

Los quistes, son cavidades patológicas revestidas o no de epitelio y tejido conjuntivo que presentan un contenido estéril, el cual puede ser semisólido o líquido pudiendo afectar tejidos blandos y duros, generando una serie de alteraciones a nivel del macizo craneofacial, trastornos estéticos y funcionales de variable intensidad que pueden estar en función al grado de desarrollo, al tamaño y a la ubicación del quiste. En ciertos casos los quistes pueden ser asintomáticos, manifestándose la lesión quística únicamente en el momento de la exteriorización, motivo por el cual constituyen un peligro para la integridad de los elementos anatómicos, siendo conveniente realizar el diagnóstico y tratamiento temprano y así evitar complicaciones que afecten la calidad de vida del paciente. Es por ello la necesidad de conocer los diferentes métodos quirúrgicos para la eliminación de un quiste, encontrándose principalmente entre ellos la marsupialización y la enucleación, que fueron propuestos por Partsch, siendo el segundo, el más recomendado ya que permite el retiro de los restos de membrana disminuyéndose la posibilidad de recidiva de la lesión quística, además de ser más cómodo para el paciente ya que el tratamiento se realizará en una sola sesión.

### PALABRAS CLAVE

Quiste odontogénico, manejo quirúrgico. Marsupialización. Eucleación

### INTRODUCCION

Los quistes odontogénicos pueden originarse de los restos de Malassez, del epitelio reducido del esmalte y de los restos de la lámina dental constituyéndose en una cavidad patológica revestida o no de epitelio y tejido conjuntivo, formado por tres estructuras que son:

- a) *una cavidad central,*
- b) *un revestimiento epitelial* de tipo plano estratificado queratinizado o no queratinizado, pseudoestratificado, cilíndrico o cuboidal que contiene material semisólido o líquido, encontrándose intrínsecamente vestigios celulares, queratina y moco y ,
- c) *una pared exterior* que acoge fibroblastos y vasos sanguíneos.

No obstante algunos autores no concuerdan con ésta descripción denominándolos así, pseudoquistes, entre los que se encuentran el quiste solitario y la cavidad idiopática de Stafne que carecen de un revestimiento epitelial.<sup>1-2</sup>

Los quistes frecuentemente suelen causar lesiones destructivas en el lugar donde se asientan como ser: distensión de las corticales óseas que con frecuencia conduce a una fractura en particular de la mandíbula, resorción ósea, resorción radicular de las piezas dentarias comprometidas, desplazamiento dentario, obstrucción de la cavidad nasal, sinusitis del seno maxilar y epifora, por obstrucción del conducto lágrimo nasal.

<sup>9</sup> Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

<sup>10</sup> Univ. Quinto Año Facultad de Odontología UMSA.  
Redactora

Es por tanto importante realizar el tratamiento quirúrgico respectivo previa realización de historia clínica y exámenes complementarios, debiendo tomarse en cuenta que no es prudente manipular una lesión quística y proceder quirúrgicamente debido al crecimiento lento que estos suelen poseer, sobre todo en pacientes ancianos, inmunosuprimidos y con enfermedades sistémicas, puesto que el cuadro clínicopodría agravarse.

Entre las opciones de tratamiento quirúrgico están principalmente la marsupialización y la enucleación.<sup>1-2</sup>

### DIAGNOSTICO DE LOS QUISTES ODONTOGENICOS

Para realizar un diagnóstico correcto de las lesiones quísticas debe realizarse la historia clínica respectiva y el examen físico para tener una impresión diagnóstica, la cual será establecida como diagnóstico definitivo una vez realizados los exámenes complementarios que sean necesarios de acuerdo a las características del caso clínico, siendo importante tomar en cuenta sobre todo los signos y síntomas del cuadro clínico entre los que se encuentran: distensión de las corticales óseas de los maxilares secundarios al incremento dimensional del quiste, área fluctuante a la palpación con un dedo a nivel del surco bucal, pérdida prematura y ausencia de piezas dentales en cavidad oral, endorizalitis o exorizalitis, desplazamiento dentario patológico, mientras que en quistes de menor diámetro la sintomatología suele ser de poco valor ya que en algunos casos se mantiene asintomáticos; sin embargo el primer síntoma que experimenta el paciente suelen ser las parestesias por la compresión del paquete vasculonervioso, además de la discromía y el mal sabor de boca en el caso de que el quiste se infecte y su contenido sea vertido a la cavidad bucal.<sup>2-3</sup>

### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Entre los exámenes complementarios a solicitar para establecer el diagnóstico definitivo se encuentra principalmente el estudio radiológico, no debiendo olvidarse además de otros estudios previos a la intervención quirúrgica como ser: hemograma completo, coagulograma, creatinina en suero, examen general de orina y glicemia que deben realizarse para verificar el estado general del paciente y evitar complicaciones secundarias al tratamiento quirúrgico.

Los estudios radiológicos exponen datos que consiguen complementar el diagnóstico clínico obtenido inicialmente, observándose de forma general un quiste odontogénico como un área radiolúcida de forma redondeada u oval, claramente visible rodeada por un halo radiopaco delgado de notable nitidez, pudiendo presentar la imagen ciertas variaciones dependiendo del tipo de quiste y del grado de destrucción de las estructuras vecinas, encontrándose entre las radiografías de mayor utilidad las radiografías **intraorales** como: la oclusal y periapical, que reproducen una imagen de mayor nitidez del área quística pero por el tamaño de la película, no expone la dimensión real de la lesión revelando tan sólo una porción del quiste ya que la imagen radiográfica es aparente. Por su parte la radiografía panorámica ofrece un área de visualización más amplia y de la radiografía de Watters que permite estudiar el tercio medio de la cara, sobre todo senos maxilares.<sup>2-3-4</sup>

### MANIOBRAS QUIRURGICAS

El plan de tratamiento se realizará en función al diagnóstico clínico obtenido inicialmente, la técnica quirúrgica deberá ser elegida de acuerdo a las características del caso clínico, con el objetivo de proteger y preservar las estructuras adyacentes tratando de que

el trauma para el paciente sea mínimo, debiendo tomarse en cuenta la edad y el estado de salud en general.

Entre las opciones de tratamiento quirúrgico están:

1. **El tratamiento quirúrgico realizado en dos tiempos** como ser descompresión o la marsupialización (Partsch I) que consiste en la eliminación parcial de la membrana para luego realizar la enucleación total del quiste.
2. **El tratamiento quirúrgico radical realizado en una sola sesión** como ser la enucleación (Partsch II) que consistirá en la eliminación total de la membrana quística y el legrado o curetaje de la cavidad ósea y de la pared quística.<sup>5-9</sup>

#### MARSUPIALIZACION

La técnica quirúrgica de marsupialización propugnada por Partsch en 1892 es conocida como *Partsch I*. Si bien es una técnica sencilla, existen ciertos detalles que requieren la atención del operador.

Inicialmente se instala la anestesia local por bloqueo regional o troncular dependiendo de las dimensiones del quiste, luego se puede realizar la punción aspiración con aguja fina del quiste con el objetivo de confirmar el diagnóstico.

La *marsupialización* consistirá en la realización de una ventana quirúrgica en la pared quística, con el objetivo de evacuar el contenido del mismo, siendo la única porción del quiste que se elimina el tejido que se retira para producir la ventana, el revestimiento epitelial restante del quiste se deja *in situ*.

La incisión inicial suele ser de forma circular o elíptica creándose una ventana mayor a 1 cm., en el caso de que el tejido óseo se haya expandido o adelgazado secundariamente a la

presencia del quiste, la incisión inicial puede extenderse hasta la cavidad quística, caso en el cual el tejido de la ventana, debe enviarse para examen histopatológico, el levantamiento del colgajo se debe realizar en el plano subperiostico para conservar el plano perióstico por su potencia osteogénica y si el hueso que recubre la cavidad quística es grueso se debe retirar con cuidado una ventana ósea, realizándose la osteotomía con fresa o cincel, debiendo vaciarse el contenido del quiste para luego realizar el examen visual de su recubrimiento residual y la irrigación correspondiente de los fragmentos residuales. Inmediatamente abierta la ventana, en la pared capsular con ayuda de una tijera o un escarpelo se retira la membrana quística, es entonces cuando se debe instalar una gasa yodofomada o impregnada en benzocaína y ungüento antibiótico que debe mantenerse en la cavidad durante un lapso de 7 a 14 días para evitar la contaminación de la cavidad expuesta y evitar que la mucosa oral cicatrice sobre la ventana del quiste.

En el caso de que existan áreas de ulceración o engrosamiento de la pared quística, deben considerarse como indicios de cambios displásicos o neoplásicos caso en el cual debe hacerse la enucleación o una biopsia incisional del tejido comprometido.<sup>2-3-9</sup>

Existen dos opciones para poder extraer al exterior los quistes en caso de realizarse la marsupialización, ya sea mediante la apertura quirúrgica del quiste a la cavidad oral, al seno maxilar o a la cavidad nasal.

En caso de que la lesión quística haya destruido gran cantidad del hueso maxilar y haya invadido el antro o la cavidad nasal, el acceso debe realizarse por el aspecto facial del alvéolo y una vez realizada la ventana en la pared quística, el segundo destechado puede realizarse ampliamente en el antro maxilar adyacente o en la cavidad nasal,

permitiéndose así que el quiste se recubra de epitelio respiratorio, permaneciendo el recubrimiento quístico en continuidad con el recubrimiento del antro y de la cavidad nasal.<sup>9</sup>

El principal objetivo al realizar la marsupialización, es disminuir la presión intraquística promoviendo la contracción del quiste y el relleno óseo, pudiendo emplearse la técnica como único tratamiento del quiste o como un paso preliminar a la enucleación previa consideración de algunos factores como: la cantidad de tejido dañado, el tamaño del quiste, las piezas dentarias retenidas en caso de existir, el lugar en el cual se realizará el acceso quirúrgico y el tamaño de la cirugía.<sup>2-3-4</sup>

Esta técnica está indicada en quistes de gran tamaño, lesiones quísticas que comprometan estructuras importantes del macizo cráneo facial, quistes ubicados en zonas de difícil acceso, quistes asociados a dientes retenidos (quiste dentífero) y en pacientes que presenten alguna alteración de su estado de salud.<sup>9</sup>

Esta técnica no precisa una gran habilidad quirúrgica, es un método conservador de las estructuras adyacentes y no crea fístula buco nasal ni buco antral.

Sin embargo desventajosamente deja expuesto el tejido patológico causando una serie de molestias en el paciente. La cavidad quística debe mantenerse limpia para prevenir infecciones ya que con gran frecuencia atrapa restos de comida debiendo irrigar la cavidad varias veces al día.<sup>2</sup>

## ENUCLEACION

Llamada también técnica de Partsch II, 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 capsula disminuyendo la posibilidad de recidiva.

Inicialmente el diseño del colgajo se realiza de forma contraria a la marsupialización, la incisión se ejecuta de forma amplia obteniendo así una buena visibilidad. En pacientes desdentados, la incisión debe realizársela a lo largo de la cresta ósea, pero en presencia de piezas dentales, la incisión se realiza alrededor del cuello de los dientes, tanto en la cara bucal como en la lingual dependiendo de la posición del quiste. La elevación del colgajo se realiza de manera suave, sin lesionar los márgenes, ya que de lo contrario la cicatrización será dispareja e irregular, en tanto la extirpación del hueso que recubre al quiste se realiza con fresa, cincel o gubia, cuidando de no lesionar la pared quística. Una vez que se tiene al quiste a través de la ventana ósea, se debe utilizar una cureta de filo delgado para cortar y escindir la capa de tejido conjuntivo de la pared quística y ósea, debiendo mantenerse 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 teniéndose el cuidado de no romper el mismo, ya que si se mantiene la presión intraquística será más fácil separarlo de la cavidad ósea.<sup>9</sup>

En caso de quistes grandes próximos a estructuras vasculares los nervios y los vasos suelen estar empujados hacia un lado de la cavidad quística motivo por el cual debe evitarse el trauma.

Una vez realizado el procedimiento, la cápsula adosada en la cavidad ósea puede ser extirpada de manera suave con elevador de Howarth, otra maniobra indica empujar una gasa con fórceps gradualmente en intervalos entre la capsula y la pared cavitaria en su parte más profunda. Luego del retiro de la cápsula, el espacio es invadido por sangre coagulada que se organizó para formar hueso normal y una vez que se ha

extirpado el quiste se debe inspeccionar la cavidad ósea para descartar la presencia de restos del mismo, siendo necesario 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 por un lapso de 2 a 3 días y finalmente realizar el cierre primario de la incisión.<sup>2-3-9</sup>

Entre las principales ventajas de este tratamiento quirúrgico están: la posibilidad de realizar el examen histopatológico del quiste completo, realización de una biopsia escional, mantenimiento del contorno óseo, no se lesionan estructuras cercanas a la mucosa del quiste, además de que el procedimiento postoperatorio es más sencillo y el paciente no necesitará que se le realice la irrigación constante de la cavidad como ocurre en la marsupialización.<sup>9</sup>

La desventaja es la lesión a nivel de los tejidos no afectados con posible fractura mandibular, desvitalización de piezas dentarias, peligro de exponer al antro maxilar los nervios o los vasos sanguíneos, mayor dolor en las primeras horas del periodo post-operatorio, riesgo de fracasos en el caso de colocar injertos, posible infección y necesidad de gran habilidad quirúrgica por parte del operador.<sup>3-7-9</sup>

#### PERIODO POSTOPERATORIO

La vigilancia de pacientes que fueron portadores de quistes se realiza efectuando la inspección clínica y el control radiológico respectivo a los 6 y a los 12 meses después de realizado el tratamiento quirúrgico, con el fin de evaluar el relleno óseo del sitio operado, debiendo evaluarse también la

cicatrización de la herida a nivel de los tejidos blandos.<sup>3-9</sup>

#### BIBLIOGRAFIA

1. Philip Sapp J., Eversole R. L., Wysocki P. G., Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2<sup>da</sup> edición. España: Elsevier. 2005: 39-51
2. Laskin D. M. Cirugía bucal y maxilofacial. 3<sup>ra</sup> edición. Buenos Aires: Editorial Médica panamericana. 1989: 423-461
3. Killey H.C., Kay L. W., Seward G.R. Lesiones quísticas benignas de los maxilares, sudiagnóstico y tratamiento. 1<sup>era</sup> edición. Buenos Aires- Argentina: Mundi; 1979: 19-63
4. Luna Maceda A. Cirugía bucal. 1<sup>era</sup> edición. La Paz-Bolivia. Editorial "Papiro" La Paz. 1992: 242-248
5. Raspall G. Tumores de cara, boca, cabeza y cuello. 2<sup>da</sup> edición. España: Masson. 2000: 189- 291
6. Bascones Martínez A. Medicina bucal. 2<sup>da</sup> edición. Barcelona-España: Editorial Ariel S.A. 2009: 424-428
7. Picheler H., Trauner R. Cirugía bucal y de los maxilares. 3<sup>ra</sup> edición. Tomo I. España. Editorial Labor S.A.. 1952: 195, 212
8. Rodríguez L.O., Guiardinu Martínez R., Arte Loriga M., González Echevarría S., Calderón Sosa A., Jiménez Valdés V. Quistes maxilares. de 2012. Disponible en: [http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Quistes\\_maxilares.html](http://www.odontologia-online.com/verarticulo/Quistes_maxilares.html) Fecha de acceso 12 de septiembre
9. Hupp R. J., Ellis E., Tucker R.M. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. 5<sup>ta</sup> edición. España: Elsevier. 2009: 451-456