



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES POR EL METODO DESCOMPRESIVO

Dr. Ricardo Cuestas Carnero (*)

Dr. Osvaldo J. Conci

Los quistes de los maxilares constituyen una de las entidades de mayor incidencia en la Patología Bucal y puede decirse con razón, que, ningún Odontólogo en el ejercicio de su profesión ha dejado de verla. No podemos decir otra cosa del Cirujano Bucal, en cuyo caso encontramos una incidencia mayor.

Vamos hoy a presentar nuestra experiencia en un procedimiento para el tratamiento de los quistes, que fundamentalmente respeta uno de los principios más antiguos en medicina: "primero no dañar".

Sabemos que los quistes crecen a expensas de la presión del contenido quístico, especialmente cuando es líquido, contra sus paredes por un mecanismo que se ha dado en llamar "compresión encapsulada".

Como el contenido aumenta, ya sea aceptando lo expresado por Thoma,⁸ que las células epiteliales segregan un fluido, o bien de acuerdo con Ries Centeno,⁷ por degeneración grasosa de las células epiteliales más próximas a la cavidad quística; al aumentar el contenido se produce una ma-

yor presión sobre sus paredes, haciendo que el hueso adyacente se vaya reabsorbiendo y dejando su lugar al progreso del quiste.

¿Qué sucede pues, si por algún medio detenemos la producción de esa presión endoquística, como por ejemplo haciendo una apertura de la membrana, teniendo en cuenta la capacidad orgánica ósea para reparar?

Es fácil pensar que esta última fuerza podrá volver al "restitutio ad integrum".

Basado en este simple principio, es que se ha ideado la técnica descompresiva para el tratamiento de los quistes, también llamada fístula artificial, canalización permanente, método del drenaje, drenaje de los quistes por tubos, etc., (1, 2, 6), y que consiste en la apertura de un quiste para establecer un drenaje constante hacia la cavidad bucal, para que, aprovechando la posibilidad de reacción del organismo, se recupere el terreno perdido al cesar la "compresión encapsulada", disminuyendo progresivamente el tamaño de la cavidad quística.

Consideramos que este procedimiento que lleva gradualmente a la disminución del tamaño de la cavidad, pudiendo en algunos casos hacerla desaparecer completamente, logrando que el epitelio de su pared interna pase a formar parte de la mucosa bucal, es muy importante para tenerlo en cuenta en el planeo de las intervenciones, sobre quistes de los maxilares, especialmente aquellos casos en que el quiste ha adquirido relaciones importantes con ór-

(*) Prof. Adj. de la Cátedra de Clínica Quirúrgica II.

ganos o cavidades vecinas haciendo virtualmente imposible su extirpación quirúrgica sin lesionar o afectar en algo, las mencionadas estructuras.

Pongamos por ejemplo un quiste que en su desarrollo a punto de partida del ápice de un elemento dentario, o del saco pericoronario de un diente retenido, ha ido ampliando su superficie, hasta llegar a contactar con las piezas dentarias vecinas, hasta este momento vitales, llegando a desplazarlas, abriéndolas en abanico en sus partes radiculares. Si en este momento practicamos la extirpación del quiste resultará sumamente dificultoso aún en manos expertas, producir el despegamiento de la membrana sin afectar el periodonto y aún cortar el paquete vásculonerioso dejando a esos elementos en pobres condiciones para su defensa, con el agravante de que en su vecindad se formará un coágulo muy difícil de mantener aséptico (3). No será imposible en este caso que, ese elemento dentario sufrá las consecuencias de este conjunto de elementos negativos y haya que terminar con su extracción o bien con otra intervención a fin de eliminar el proceso periapical que se formará en su ápice.

Lógicamente que podríamos en estos casos obviar este problema realizando la extracción de los elementos dentarios afectados por el proceso, ya sea en forma directa o indirecta, como acabamos de señalar pero ello nos haría renunciar a un principio que tratamos de defender y es el de la conservación de los elementos dentarios mientras esté

en nuestras manos el poder hacerlo. No olvidemos tampoco que las extracciones a que deberemos someter a nuestros enfermos nos crearán, especialmente si se trata de elementos del sector anterior, un problema protético de difícil solución estética y funcional.

Por ello debemos comprometer todo nuestro esfuerzo y conocimientos para producir el menor número de extracciones dentarias, no sólo en estos casos, sino en toda nuestra conducta profesional.

Ahora bien, en el caso de un desarrollo exagerado de un proceso quístico en el Maxilar Superior, puede este llegar a adquirir relaciones íntimas con el seno maxilar y/o las fosas nasales, pudiendo hasta llegar a contactar bolsa quística y mucosa pituitaria. Una intervención radical en este caso, nos podrá llevar a la contingencia de una apertura extemporánea de alguna de estas cavida-

des. produciendo una fístula.

Otra cosa sucedería si nosotros hiciéramos una apertura de la cavidad quística, esperaríamos un tiempo prudencial a que esa cavidad disminuyera de tamaño y recién entonces cuando la misma hubiera perdido sus relaciones con las cavidades mencionadas, realizáramos la extirpación.

Hemos tenido la experiencia en niñetes grandes del Maxilar Inferior, que al ser intervenidos para su extirpación, han determinado la disección cuidadosa de su membrana que había tomado relaciones estrechas

con el paquete dentario inferior, con la consecuencia postoperatoria de una parestesia del labio, que si no fuera prevista, puede ser un mal rato de proporciones para el enfermo.

También aquí podemos hipotéticamente, hacer una disminución o una descompresión del quiste y cuando este haya perdido sus relaciones con el paquete vásculonervioso, recién llegar a la intervención propiamente dicha.

Acotamos que esta segunda intervención puede no ser de muy fácil ejecución por cuanto el hueso neoformado, en pleno proceso cicatrizal es de una estructura poco firme y la delimitación entre tejido sano y enfermo se hace engorrosa.

Los procesos quísticos en su progreso perforan las tablas óseas y se ponen en contacto con la mucosa, siendo especialmente frecuente su adherencia íntima con la mucosa, palatina lo que nos pone, al realizar su intervención radical, en la disyuntiva de llevar a cabo un raspado a fondo de la cara interna de la mencionada mucosa, que puede dar lugar a una perforación de la misma, o a correr el riesgo de una eventual recidiva del quiste ocasionando por un trozo de bolsa quística, dejada en el seno de los tejidos, constituyen otra indicación de la técnica descompresiva.

A pesar de ser conocida recordaremos a grandes trazos, los pasos para la realización de la misma, describiéndolos tal como nosotros los hemos llevado a cabo en nuestra experiencia. (Esquema 1 a 11).

Una vez diagnosticado el quiste y establecida la indicación de la técnica procederemos a anestesiarse en forma local. Ubicamos la zona de abordaje o zona de mayor exteriorización y en lo posible el punto más declive para favorecer el drenaje posterior.

Podemos efectuar aquí la punción del proceso, extrayendo el líquido quístico y aprovechar para realizar en este momento el relleno con sustancia radiopaca, que en algunos casos puede ser útil para tener una imagen radiográfica de la magnitud del proceso. Aclaremos que únicamente con esta finalidad utilizamos las sustancias de contraste, nunca para comprobar la reducción de tamaño del quiste, pues da una idea equivocada de la situación.

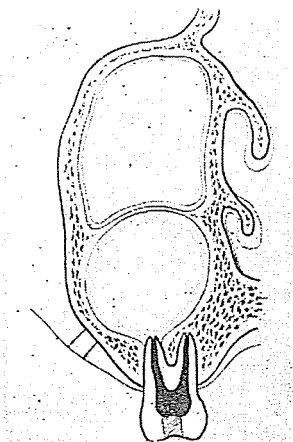
Establecida la zona de abordaje, practicamos una incisión circular de mucosa, submucosa y periostio de más o menos 1 cm., de diámetro. Decolamos y eliminamos esta especie de tapa de tejidos blandos tratando en lo posible de no arrastrar con esta maniobra la membrana quística, en los casos en que no esté conservado el hueso de cubierta. En aquellos en que se mantiene esa porción ósea de cubierta procedemos a realizar la osteotomía necesaria. Pasamos a continuación a retirar la parte de bolsa quística correspondiente a la brecha realizada, que enviaremos al anatómo patólogo para su estudio.

Se lava la cavidad con suero fisiológico tibio y se la inspecciona a los fines de detectar cualquier anomalía o brote en su interior en cuyo

caso se hará una toma de material para estudiarlo también.

El siguiente paso es adaptar un trozo de tubo de plástico acorde al diámetro de la incisión con el fin de que mantenga la apertura realizada,

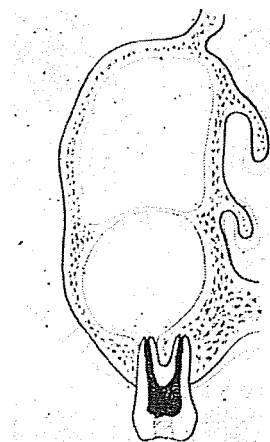
fijándolo por medio de 3 o 4 puntos de sutura a los bordes de la herida hasta conseguir la epitelización de éstos, momento en que retiramos la sutura, manteniendo el tubo para impedir el cierre de la brecha.



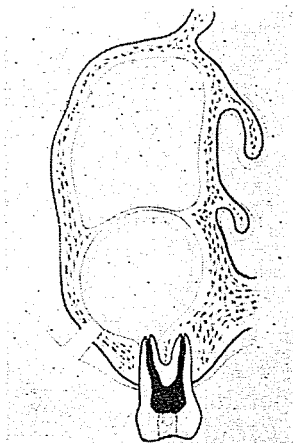
1

ESQUEMAS

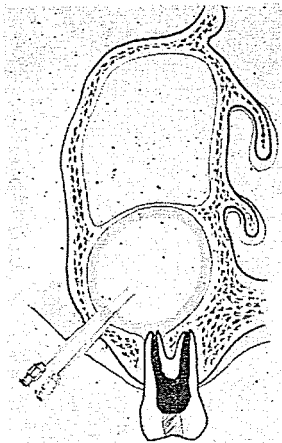
DEL 1 AL 11



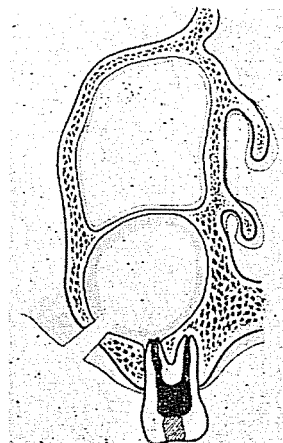
2



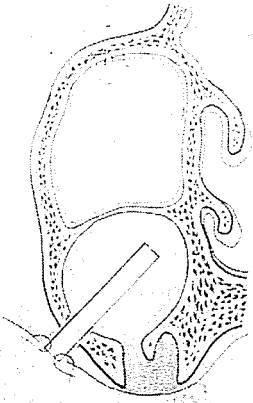
3



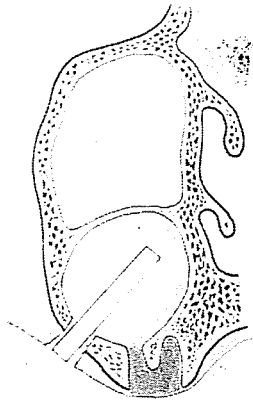
4



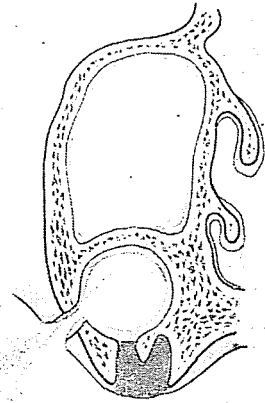
5



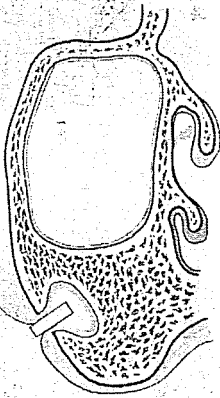
6



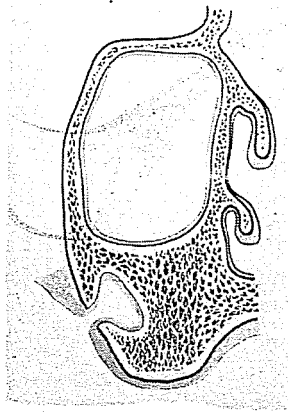
7



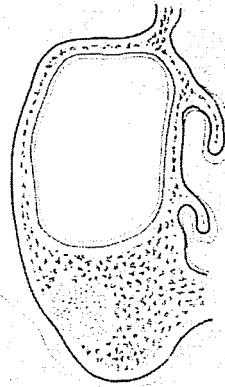
8



9



10



11

Hemos utilizado otros elementos obturadores para esta finalidad, tubos de acrílico,⁶ prolongaciones en prótesis, tubos de goma,⁴ etc., pero el tubo de plástico, especialmente aquel de una resistencia tal que no

se colapsa, es el que mejores resultados ha dado en nuestra práctica.

En el postoperatorio se practicarán lavajes de la cavidad, se harán controles clínicos-radiográficos cada 15

o 20 días y se irá recortando el tubo a medida que sea necesario.

Cuando consideremos que la cavidad quística se ha reducido de tal forma que el epitelio de la pared interna de la bolsa quística pasó a formar parte del epitelio de la mucosa bucal y comprobemos radiográficamente que la reposición ósea se ha efectuado acorde a esa disminución de volumen, podemos dar por finalizado el tratamiento de descompresión haciendo los controles postoperatorios necesarios.

Consideramos que las indicaciones de este procedimiento son:

a) grandes quistes que al ser extirpados radicalmente podrían afectar cavidades o estructuras anatómicas nobles; b) quistes en íntima relación con piezas dentarias vitales que pudieran ser afectadas en el acto operatorio; c) quistes grandes con desarrollo hacia palatino que nos harán sospechar con casi seguridad en una adherencia entre membrana quística y el paladar blando; d) en los quistes dentígenos cuyo diente tiene posibilidades de erupción y por supuesto en los quistes de erupción u odontoclámide; e) teniendo en cuenta la clase de quiste ante el que podremos encontrarnos, podemos decir que está indicando en los paradentarios y fisurarios, siempre que en su desarrollo hayan adquirido las relaciones importantes de que hemos hablado; f) también podemos señalar como indicación a pacientes disminuidos o en condiciones precarias para soportar intervenciones extensas ya que este procedimiento nos

permite reducir la trascendencia de la operación.

Dentro de las ventajas de esta intervención citaremos:

1º) la sencillez de su ejecución, que la pone al alcance de cualquier cirujano medianamente entrenado y por otra parte el trauma quirúrgico y los riesgos operatorios que se reducen notablemente como hemos venido considerando hasta ahora.

2º) El hueso y las estructuras anatómicas vecinas quedan protegidas por la bolsa quística, evitándose el riesgo de perforaciones extemporáneas y la pérdida de vitalidad en piezas dentarias relacionadas.

3º) Otro factor digno de tener en cuenta es que se conservan las formas evitando los grandes defectos ocasionados por esa pérdida de sustancia.

Dentro de los inconvenientes de este procedimiento hay uno que domina completamente la escena y es el de la posible degeneración blastomatososa del proceso; esto especialmente cuando se trata de quistes dentígenos.

Ahora bien, es menester aclarar en este aspecto que puede preexistir esta situación, vale decir que cuando se realiza la intervención, el examen histológico nos revelará que la entidad que nosotros creíamos que era un quiste, es un tumor. En tal caso la conducta a adoptar es lógicamente la enucleación total del proceso según lo indiquen las carac-

terísticas del tumor que se ha llegado a diagnosticar.

También se ha citado la imposibilidad de examinar histológicamente toda la membrana quística, así como la difícil inspección de algunas zonas de la cavidad, factores que podrían llevarnos a un diagnóstico erróneo y por lo tanto emprender en forma equivocada en tratamiento que venimos postulando. Podemos así haber examinado histológicamente una parte de la bolsa quística que no presenta características tumorales manifiestas o bien en la que no asienta el tumor en formación, caso del ameloblastoma mural de Kahn.

Por supuesto que en este aspecto juegan mucho la habilidad y conocimientos del cirujano para evitar los mencionados contratiempos y modificar a tiempo el plan de tratamiento.

Recalamos que cuando se trata de quistes dentígeros las medidas de observación y control deberán extremarse recordando que constituyen para muchos "ameloblastomas en potencia".

Como otros inconvenientes podemos citar la lentitud de evolución postoperatoria, si bien es cierto que durante el mencionado tiempo el paciente puede desarrollar su actividad normal. También existe el peligro del cierre de la brecha o que se produzca un colapso de la membrana quística, dejando una porción de la misma cerrada en el interior de la cavidad, lo que equivale a una recidiva del proceso.

Por último también puede citarse como inconvenientes el hecho que exista la posibilidad que debamos realizar una segunda intervención para retirar el proceso residual después de la reacción orgánica que ha disminuído su tamaño.

PRESENTACION DE CASOS:

Caso 1) Paciente P. B. L. 25 años masc.

Diagnóstico: Quiste residual de maxilar superior.

Caracteres: Proceso de considerable dimensión asentado en hemimaxilar superior derecho, abarca de límite distal de I.C.S.D. hasta límite mesial del 2º M. S. D. Directamente relacionados al proceso I. C.; I. L.; 1º Pr, 2º Pr, 1º M, y 2º M. (Fig. 1).

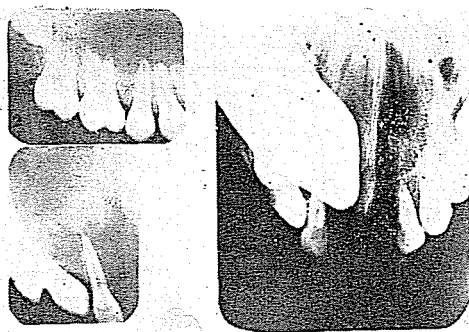


Fig. 1

CASO 1: Radiografías preoperatorias donde apreciamos la magnitud del proceso, marcada reabsorción ósea y desviación de elementos dentarios.

Producía ya abombamiento en pa-ladar y trastornos oculares.

Todos los elementos dentarios conservaban vitalidad.

Caso 2) Paciente D. L. 14 años masc.

Diagnóstico: Gran quiste residual de maxilar superior lado derecho, extendido desde zona de I. C. S. D. hasta 2º M. del mismo lado, ápices dentarios del I. L., 1º y 2º Pr, 1º y 2º M, (Fig. 2) en íntimo contacto con el proceso a pesar de lo cual conservan la vitalidad. Asimetría facial.

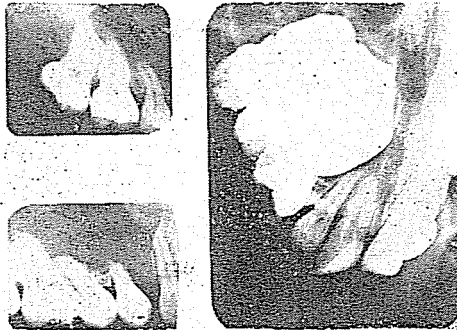


Fig. 2.

CASO 2: Preoperatorio. Apreciamos límite anterior y posterior del proceso. Elementos dentarios estrechamente relacionados con el quiste. Radiografía de contraste para observar la magnitud de la lesión.

Ambos casos con características similares; procesos quísticos de envergadura, no sólo refiriéndonos a su tamaño, sino a las importantes relaciones adquiridas con elementos nobles vecinos, cavidades y órganos y en especial en estrecha relación

con elementos dentarios que conservan su integridad y su inervación normal.

Evidentemente si hacíamos la extirpación total del proceso estos elementos dentarios en su mayoría tendrían que haber sido eliminados o por lo menos hubieran sufrido la pérdida de su vitalidad, amén del problema estético derivado de la pérdida de sustancia que hubiese ocasionado la intervención radical; por otra parte, la intervención nos hubiera llevado a una apertura extemporánea del seno maxilar.

Si tenemos en cuenta que al cabo de aproximadamente 2 años se ha conseguido el restituito ad-integrum en ambos casos, que la reposición ósea ha sido total, que se conserva la vitalidad de todos los elementos y que desde el punto de vista estético no hubo alteración, creemos que la aplicación del método descompresivo ha sido afortunado. (Figs. 3-4-5).

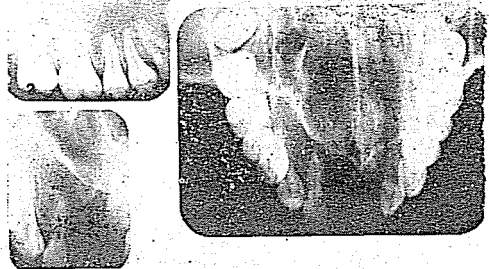


Fig. 3.

CASO 1 — Postoperatorio. Se observa el hueso neoformado con la cortical alveolar Restituida.

Para el éxito o el fracaso de la técnica que estamos considerando nos permitimos llamar la atención

pado podrán en muchos casos hacernos sospechar y obligarnos a un estudio más metódico.

No olvidar aquí que algunos autores tienen la opinión de que "los quistes dentígeros son ameloblastomas potenciales".⁴

En el curso del postoperatorio no debemos perder de vista al paciente controlándolo constantemente y ante cualquier duda hacer un examen histológico de la zona sospechosa.



Fig. 4.

CASO 1: Imagen con mayor aumento donde apreciamos con nitidez en la figura superior la neoformación ósea y la cortical alveolar en relación al preoperatorio (figura de abajo)

especialmente, sobre algunas condiciones que estimaremos deben ser cumplidas acabadamente para tener éxito con esta técnica.

El diagnóstico preoperatorio debe ser seguro descartando por completo cualquier otra tumoración que pudiera confundirse con los quistes, tales como el granuloma a células gigantes, ameloblastomas, etc., no debiendo escatimar para ello en caso de duda ninguna maniobra que nos pueda asegurar el diagnóstico. Se deberá practicar el examen histológico del trozo de membrana quística extirpada, como así mismo hacer todas las tomas necesarias en caso de que el examen visual e instrumental pueda indicarnos alguna zona sospechosa. El examen macroscópico de la membrana quística o mejor del trozo de membrana extir-

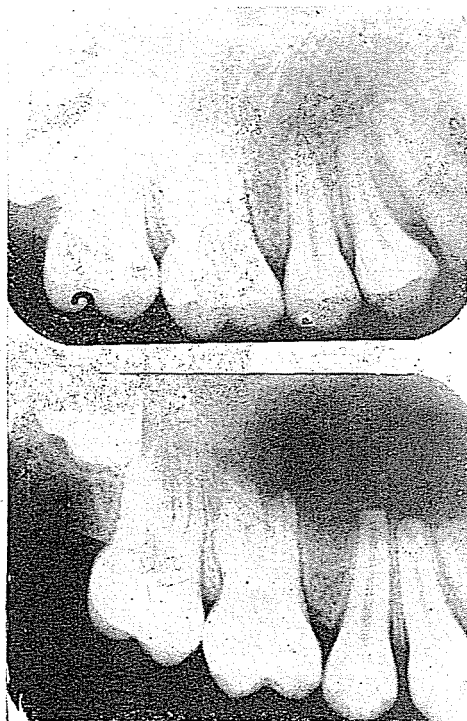


Fig. 5.

CASO 2: Post operatorio. Se observa el hueso de neoformación y las corticales alveolares.

CONCLUSIONES: La técnica descompresiva en el tratamiento de los quistes a través de nuestra experiencia tiene a nuestro juicio sus ventajas e inconvenientes pero consideramos que las primeras, especialmente la protección de los elementos dentarios y las cavidades relacionadas son dignas de tener en cuenta e importantes para nuestro mayor éxito terapéutico.

En cuanto a los inconvenientes consideramos que pueden ser obviados por una conducta rigurosa en los aspectos que nosotros hemos mencionado como condiciones para el mejor éxito de esa técnica y creemos que en ningún caso el intento de realizar la misma pueda perjudicar el pronóstico del paciente portador del proceso tumoral.

Por supuesto que dejamos perfectamente salvado, que realizamos esta técnica cuando existe alguna motivación o indicación precisa que nos haga preferir la realización de la misma en lugar de la extirpación total del proceso.

Resumen: Los autores presentan dos casos de quistes del maxilar superior tratados exitosamente con el método de la técnica descompresiva, describen la técnica según ellos la han aplicado, enumerando indicaciones, ventajas e inconvenientes. Llamamos la atención sobre algunos aspectos que consideran fundamentales para el éxito de la misma.

Summary: The authors present two cases of cyst in the upper maxilla treated successfully by the method

of the uncompressing technic, describe the technic as they applied it, enumerating the indications, advantages and inconveniences. Call the attention upon some aspects which they consider fundamental for the success.

Zusammenfassung: Die Verfasser weisen zwei Zystenfälle des Unterkiefers auf die erfolgreich mit der Methode der Dekompressionstechnik behandelt worden sind, beschreiben die Technik so wie sie angewandt haben und teilen die Indikationen sowie Vor- und Nachteile mit. Rufen die Aufmerksamkeit auf einige Merkmale die sie als grundsätzlich für einen guten Erfolg betrachten.

Résumé: Les auteurs présentent deux cas sur des kystes du maxillaire supérieure traités avec succès par la technique décompressive qu'ils décrivent comme ils en ont appliquée en énumérant des indications, des avantages et des inconvénients. Ils font attention sur quelques aspects qu'ils considèrent fondamentaux pour le succès de cette technique.

Dr. Ricardo A. Cuestas Carnero
Avenida Roque Sáenz Peña 1057
Córdoba - República Argentina.

Dr. Osvaldo J. Conci
Augusto López 841.
Córdoba - República Argentina

BIBLIOGRAFIA

- 1.— WALDRON, Carl W. Cytic tumors of jaws. Conservative and two-stage operative procedures to prevent deformity and loss of useful teeth. OS.OM. OP.: 313-322:junes 1941.
- 2.— THOMA, Earle H. Cyst of the jaws, saving involved vital teeth by tube drainage. J.O.S.:5:1:1-9:jan. 1947.
- 3.— CRAMER, John; WHITE, Raymond and BERKOWITZ, Ronald. A surgical approach to the large maxillary cyst. J. O.S.:27:8:665-668:aug. 1969.
- 4.— CAHN, R. The dentigerous cyst is a potential adamantinoma. Dental Cosmos:75:889:set. 1933.
- 5.— Schuchardt, Karl; Haulp, K. y Meyer W. Tratado General de Odonto-Estomatología. Texto. Editorial Alhambra. México 1962.
- 6.— Kruger, Gustav. Tratado de Cirugía Bucal. Texto. Editorial Interamericana. 1959.
- 7.— RIES CENTENO, Guillermo. Cirugía Bucal. Texto. Editorial Librería El Ate-neo. 1957.
- 8.— Thoma Kurt. Cirugía Bucal. Texto. Editorial EUTEHA. 1955.