

Capítulo 5

Quistes maxilares

Laura García Monleón
Susana Arroyo Rodríguez
Arturo Bilbao Alonso
José Luis Cebrián Carretero

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	91
1.1. Definición del problema	91
1.2. Repercusión social. Epidemiología	91
1.3. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica	91
2. PREVENCIÓN	91
2.1. Factores etiológicos	91
2.2. Medidas preventivas.....	92
3. CLÍNICA, SÍNTOMAS Y SIGNOS	92
4. DIAGNÓSTICO. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	92
5. MANEJO TERAPÉUTICO	101
5.1. Anestesia.....	101
5.2. Medicación preoperatoria	101
5.3. Cuidados postoperatorios.....	102
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

Un quiste es una cavidad anormal con contenido (líquido, células, aire o una combinación), rodeada casi siempre por una pared de tejido conectivo y/o epitelio, pudiendo derivar éste del aparato odontogénico o haber sido incluido durante el periodo embrionario.

Se consideran los quistes de los maxilares como lesiones no tumorales, y por tanto, benignas, aunque en algunos casos se produzca malignización sobre los mismos.

1.2. Repercusión social. Epidemiología

Los quistes mandibulares son entidades muy comunes.

Algunos quistes (p.ej. queratoquiste) presentan tendencia a la recidiva y un grado importante de agresividad a pesar de su apariencia benigna, y por otra parte existen lesiones tumorales que pueden aparecer como lesiones quísticas (p.ej. ameloblastoma), en todos ellos, por tanto, la importancia de un correcto diagnóstico y tratamiento es fundamental.

Otros son importantes por su mayor incidencia, como los quistes radicales, dentígeros y los queratoquistes odontogénicos, que representan en conjunto hasta el 94,5%.

La región del cuerpo mandibular y la zona incisiva superior son las zonas con mayor incidencia de quistes.

1.3. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

- Establecer criterios diagnósticos y terapéuticos que ayuden al profesional a la hora de tomar decisiones
- Homogeneizar la actuación de cirujanos maxilofaciales ante este tipo de lesiones.
- Servir de guía para el paciente y ayudarlo a obtener información sobre su enfermedad.

2. PREVENCIÓN

2.1. Factores etiológicos

Los quistes odontogénicos se originan del componente epitelial del aparato odontogénico o de sus restos celulares que quedan atrapados dentro del hueso o en el tejido gingival que cubre a los maxilares. De acuerdo a su patogénesis, se clasifican como lesiones del desarrollo o de tipo inflamatorio.

Los quistes radicales son lesiones de origen inflamatorio que invariablemente se encuentran asociadas a órganos dentarios desvitalizados por la existencia de caries, con frecuencia debido a una mala higiene oral.

Aproximadamente un 12% de los queratoquistes son diagnosticados en pacientes con Sd. de Gorlin-Goltz (Sd. de los nevos basocelulares múltiples), presentando en estos casos una mayor tendencia a la recidiva.

2.2. Medidas preventivas

La higiene, prevención y tratamiento precoz de la caries dental son medidas efectivas para evitar los quistes radiculares, que son los más frecuentes.

El diagnóstico precoz es esencial en los queratoquistes y en aquellas lesiones quísticas susceptibles de ser confundidas con lesiones tumorales de los maxilares.

3. CLÍNICA. SÍNTOMAS Y SIGNOS

Generalmente son asintomáticos en sus estadios iniciales, a menos que se infecten secundariamente o alcancen un tamaño significativo que produzca deformidad del hueso afecto, retención o desplazamiento de piezas dentarias. Pueden provocar la reabsorción de raíces dentales próximas, aunque no es común, y la compresión de estructuras cercanas, como el nervio dentario inferior, provocando alteraciones sensoriales en el hemilabio inferior correspondiente.

4. DIAGNÓSTICO. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

1. Inspección y palpación: observar el tamaño, consistencia, deformación de las tablas óseas y del reborde, estado de sensibilidad y motilidad, algias localizadas y difusas, oclusión y movilidad dentaria, retención o desplazamiento de piezas, compromiso de la piel facial y cervical, de las mucosas bucales, estado ganglionar, estado de las glándulas salivales, funcionamiento de la articulación temporomandibular.

2. Radiología: El estudio radiográfico es sumamente importante incluyendo, en todos los casos una ortopantomografía y en ocasiones debiendo ampliarse con CT.

3. Anatomía patológica:

La clínica unida a la radiología nos lleva a un diagnóstico presuntivo. La biopsia, no siempre necesaria previa a la cirugía dada la benignidad del proceso, se reserva para aquellos casos en los que las otras exploraciones complementarias hacen sospechar una posible malignidad o agresividad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La siguiente tabla presenta los distintos tipos incluidos en la última clasificación de quistes y tumores odontogénicos publicada por la OMS (1992), a la cual hemos añadido los quistes no epiteliales o pseudoquistes:

QUISTES DEL DESARROLLO

Quistes odontogénicos

- Quiste gingival del recién nacido
- Queratoquiste odontogénico (Quiste primordial)
- Quiste dentífero o folicular
- Quiste de erupción
- Quiste periodontal lateral
- Quiste gingival
- Quiste odontogénico glandular (Quiste sialoodontogénico)

Quistes no odontogénicos (quistes fisurarios)

- Quiste nasopalatino (del conducto incisivo)
- Quiste nasolabial (nasoalveolar)
- Quiste globulomaxilar

QUISTES INFLAMATORIOS

- Quiste radicular
- Quiste apical y radicular lateral
- Quiste residual radicular
- Quiste periodontal (de Craig)
- Quiste yugal mandibular infectado colateral

QUISTES NO EPITELIALES (pseudoquistes)

- Cavidad idiopática de Stafne
- Quiste óseo solitario (traumático o hemorrágico)
- Quiste óseo aneurismático

QUISTES DEL DESARROLLO

QUISTES ODONTOGÉNICOS

- Quiste gingival del recién nacido

Son considerados disembrionarios, originándose a partir de la lámina dentaria. Aparecen en el recién nacido como pequeñas excrecencias gingivales grisáceas o blanquecinas, pudiendo presentarse de forma múltiple. Se localizan sobre la cresta gingival (Perlas de Epstein) o en la línea media del paladar (Nódulos de Bohn).

Generalmente no requieren tratamiento, ya que se abren espontáneamente durante los primeros meses de vida.

- Queratoquiste odontogénico (Quiste primordial)

PATOGENIA

Se originan en restos de la lámina dental o del epitelio del esmalte. A diferencia de los quistes dentíferos, no tiene ningún tejido dentario (diente o supernumerario) incluido en su interior, ya que se forma por degeneración del retículo estrellado de un germen dentario antes de la formación de la dentina y el esmalte.

EPIDEMIOLOGÍA

Representan un 8% de los quistes en los maxilares, predominando en la 2ª y 3ª década. Aparecen de forma preferente en la zona del tercer molar y rama ascendente de la mandíbula.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Generalmente son asintomáticos, salvo que aparezcan complicaciones como parestesia del nervio dentario inferior, fracturas patológicas o infección intercurrente. Puede provocar desplazamiento o movilidad den-

tal y, excepcionalmente, reabsorción de las raíces. Presentan un crecimiento típico, haciéndose largos y estrechos sin deformar apenas la cortical. Tras su extirpación quirúrgica recidiva en un porcentaje comprendido entre el 10 y el 60%, en función de las series.

RADIOLOGÍA

Radiográficamente, muestra una imagen osteolítica, bien definida, uni o multilocular. El crecimiento expansivo sin apenas deformidad cortical es bastante característico. Por lo general se trata de una lesión única, salvo en el Sd. de Gorlin-Goltz (Carcinomas basocelulares múltiples, costillas bífidas y queratoquistes múltiples). Normalmente superan los 3 cm. de diámetro. La pared del queratoquiste es sumamente delgada y se adhiere firmemente al hueso. Cuando se desarrolla un proceso inflamatorio, la limitante sufre un engrosamiento importante.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Al corte, muestra una superficie interna lisa, blanquecina o con brotes que prolapsan hacia la cavidad quística. El contenido está representado por un material espeso, cremoso, blanco-amarillento (con alto contenido en queratina).

Histológicamente el epitelio es de tipo escamoso estratificado queratinizado de reducido espesor, sin formar papilas, con una basal hiper cromática, estando rodeado de un tejido conectivo delgado. Estructura paraqueratina del 85 al 90% de los casos u ortoqueratina. Los microquistes satélites son un hallazgo frecuente. No existe evidencia de que pueda asociarse con signos de displasia epitelial, transformación ameloblástica o degeneración maligna con mayor frecuencia que el resto de quistes maxilares.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial se debe hacer con entidades como el ameloblastoma, mixoma odontogénico y el quiste folicular. Los signos que nos hacen sospechar que nos halleemos ante un queratoquiste son:

- Imagen quística en región de ángulo y rama ascendente mandibular.
- Escasa expansión de la cortical.
- Tamaño mayor de 3 cm.
- Contenido quístico característico.
- No incluye piezas dentarias ni suele afectar a los dientes adyacentes.

TRATAMIENTO

El problema del queratoquiste radica en su gran porcentaje de recidiva por: tratamiento insuficiente, su cubierta fina y adherida o la presencia de microquistes o islotes epiteliales que perforan el hueso. Por ello el enfoque debe ser más agresivo que el del resto de quistes odontogénicos, comprendiendo la enucleación de la lesión con raspado óseo periférico y escisión de la mucosa que lo recubre. Además se puede realizar cauterización química posterior con solución de Carnoy o nitrógeno líquido. En casos excepcionales puede ser necesaria la resección parcial ósea con reconstrucción del defecto, preferiblemente de forma inmediata.

• Quiste dentífero o folicular

PATOGENIA

Se desarrolla por acumulación de líquido entre la corona del diente y las células del epitelio del órgano del esmalte, es decir, originado en el epitelio del folículo dentario. Rodea la corona dentaria de una pieza normal o supernumeraria e impide su erupción, es decir, están en relación con piezas dentarias retenidas.

EPIDEMIOLOGÍA

Representa el 17% de los quistes odontogénicos. Son más frecuentes en el sexo masculino y entre la segunda y tercera década de la vida. Afecta con mayor frecuencia a los terceros molares inferiores y caninos superiores, correspondiendo a los dientes que tienen mayores frecuencias de retención.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Se debe sospechar ante la erupción tardía de una pieza, ya que normalmente son asintomáticos. Presentan un crecimiento lento pero continuo, provocando expansión de las corticales óseas, en ocasiones con perforación de éstas, y afectación de las estructuras próximas, pudiendo extenderse a seno maxilar y suelo de

órbita cuando se originan en la región canina superior, y hacia la rama ascendente cuando afectan al tercer molar inferior.

RADIOLOGÍA

Lesión osteolítica uniloculada con un borde radio-opaco y bien delimitado, conteniendo la corona de una pieza dentaria que no ha erupcionado. Puede provocar la reabsorción de las raíces de piezas adyacentes. En ocasiones pueden alcanzar gran tamaño, rechazando el diente y planteando entonces el diagnóstico diferencial con lesiones con mayor agresividad como el ameloblastoma o el queratoquiste.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Pared formada por tejido conectivo fibroso y epitelio escamoso estratificado en 2-3 capas celulares. Pueden encontrarse también células mucosas. Hay que destacar su potencial de transformación hacia tumores odontogénicos (ameloblastoma, de un 5 a un 17% según series) y carcinomas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Principalmente debe hacerse con el ameloblastoma uniloculado, el queratoquiste y el tumor odontogénico adenomatoide.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección para los quistes dentígeros es la quistectomía con extracción de la pieza dentaria asociada a la lesión, siendo así raras las recidivas. En el caso de adolescentes, con un desarrollo casi completo de la pieza y una posición no muy anómala, se tiende a un tratamiento más conservador para intentar preservar la pieza dentaria, mediante separación del revestimiento quístico de la pieza o mediante descompresión primaria y, una vez haya disminuido el tamaño de la lesión, extirpación de ésta.

- Quiste de erupción

Poco frecuente, generalmente en niños y adolescentes, habiendo descritos muy pocos casos en adultos en la literatura.

Clínicamente se presenta como una tumoración gingival blanda de color azulado en el borde alveolar sobre la corona de una pieza temporal en erupción, asociándose a su retención.

No suele necesitar tratamiento, desapareciendo con la erupción del diente. Si esta se retrasa demasiado, puede realizarse la apertura para exponer la corona o enucleación de la lesión quística.

- Quiste periodontal lateral

Se origina en restos epiteliales odontogénicos, localizándose en el sector lateral de la raíz de una pieza dentaria. Poco frecuente y asintomático, se observan sobre todo en torno a la 5ª década, en áreas de caninos, premolares e incisivos laterales mandibulares. Se suele detectar radiográficamente como una imagen radiotransparente, unilocular, con un borde opaco y bien delimitado y un tamaño menor de 1 cm. La pared está formada por un epitelio delgado, no queratinizado.

Debe hacerse diagnóstico diferencial con el quiste radicular lateral, el quiste primordial y el quiste gingival.

Tratamiento consiste en enucleación cuidadosa del quiste.

- Quiste gingival del adulto

Se consideran quistes odontogénicos del desarrollo, derivando de la lámina dentaria. Es una entidad poco frecuente, localizándose preferentemente en área canina y premolar mandibular. Presentan un epitelio escamoso estratificado delgado al igual que el quiste periodontal lateral del desarrollo, aunque a diferencia de éste, no afecta al hueso y se encuentra localizado en la encía. Suelen ocasionar tumefacción gingival, en ocasiones de aspecto azulado, debiendo hacerse entonces diagnóstico diferencial con el mucocele.

- Quiste odontogénico glandular (Quiste sialodontogénico)

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Generalmente se presenta en adultos, siendo tres veces más frecuente en la mandíbula que en el maxilar superior, con localización preferentemente anterior. Su comportamiento suele ser localmente invasivo, pro-

vocando adelgazamiento, erosión e incluso perforación del hueso adyacente en no pocas ocasiones. Se ha observado un porcentaje de recurrencia mucho mayor que para el resto de quistes de origen inflamatorio, siendo el riesgo mayor en lesiones multiloculares o que comprometen la cortical del hueso adyacente.

Clínicamente se suele manifestar con inflamación, dolor o parestesia.

RADIOLOGÍA

Imágen radiolúcida uni o multilocular de bordes bien definidos.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

En el revestimiento epitelial en superficie, se objetivan células mucosecretoras formando estructuras de tipo glandular. La cápsula se estructura en base a tejido fibroso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse diagnóstico diferencial con los quistes periapicales, residuales, queratocistes, mixomas, ameloblastomas...

TRATAMIENTO

Deberá individualizarse en función de las características de la lesión.

Para lesiones de pequeño tamaño uniloculares, la enucleación completa de la lesión suele ser suficiente.

En caso de lesiones de gran tamaño uniloculares, se procederá a enucleación seguida de escisión marginal hasta el hueso sano. Si el quiste se encuentra próximo a estructuras vitales se puede optar por la marsupialización, seguida de curetaje y escisión marginal en un segundo tiempo quirúrgico.

Para lesiones con alto riesgo de recurrencia (grandes y multiloculares), se recomienda cirugía más agresiva, con resección en bloque, resección marginal o resección parcial de la mandíbula.

Se considera localmente agresivo por lo que precisa de seguimiento a largo plazo (al menos 3 años, debiendo aumentarse a 7 años en aquellas lesiones con mayor riesgo de recurrencia).

QUISTES NO ODONTOGÉNICOS (quistes fisurarios)

Son quistes que aparecen en los maxilares sin relación con los tejidos dentarios y cuyo origen parece ser la degeneración de restos epiteliales localizados en las uniones embrionarias a partir de las que se forma el maxilar superior y las alas nasales. Las piezas dentarias adyacentes son vitales.

- Quiste nasopalatino (del conducto incisivo)

PATOGENIA

Restos epiteliales del conducto incisivo.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia varía entre un 1.7% y un 12% de los quistes maxilares, en función de los autores.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Generalmente son asintomáticos, descubriéndose durante un examen clínico o radiológico de rutina. En otras ocasiones pueden manifestarse como tumoración en la parte anterior del paladar, con infección secundaria, o más raramente con dolor o creación de fístulas.

RADIOLOGÍA

Imágenes radiolúcidas en la línea media del paladar de bordes netos. La lesión se encuentra rodeada de una banda de esclerosis cortical de grosor variable. Puede provocar divergencia de las raíces de incisivos centrales superiores.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Epitelio que varía entre escamoso, cuboidal, columnar o ciliado, rodeado por una cápsula fibrosa hialina que contiene arteriolas y estructuras nerviosas.

TRATAMIENTO

Enucleación con disección cuidadosa por su fijación a la fibromucosa palatina y su asociación con vasos. Se deben conservar las piezas dentarias adyacentes que, aunque desplazadas, suelen mantener su vitalidad.

- Quiste nasolabial (nasolveolar)

PATOGENIA

Restos del cordón que forma la terminación caudal del conducto nasolacrimal.

EPIDEMIOLOGÍA

Más frecuente en mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

No se desarrolla en el interior del hueso, aunque puede provocar una erosión de la cortical externa del maxilar superior. Se expande sobre el suelo del vestíbulo nasal, provocando una hinchazón del mismo. Tiene tendencia a la infección y cuando se infecta provoca borramiento del surco nasolabial del lado de la lesión, distorsión del ala nasal e incluso obstrucción nasal leve. Pero generalmente es asintomático. En un 10% de los casos es bilateral.

RADIOLOGÍA

Suelen pasar inadvertidos, al ser una lesión externa al hueso.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Epitelio que varía entre pseudoestratificado, columnar respiratorio u otros. El contenido quístico es de aspecto mucoso.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumores salivales y quistes cutáneos

TRATAMIENTO

Ya que es extraperiostico se aborda por vía vestibular, mediante una incisión en la mucosa del surco labial superior, quedando la tumefacción superior a ésta y procediendo a la disección cuidadosa de los tejidos blandos y pared quística, que puede estar firmemente adherida a la mucosa nasal y al cartilago del ala nasal.

- Quiste globulomaxilar

PATOGENIA

Se forma a partir de restos epiteliales atrapados en la región de la sutura incisiva, entre el premaxilar y el maxilar.

EPIDEMIOLOGÍA

Es una entidad rara, su incidencia varía entre el 1% y el 3% de los quistes maxilares en función de los autores. En ocasiones puede ser bilateral.

CLÍNICA

Suelen ser asintomáticos, pasando inadvertido si no se infecta o adquiere un gran tamaño. La vitalidad de las piezas dentarias adyacentes suele estar preservada.

RADIOLOGÍA

Lesión radiolúcida en forma de "pera invertida" que se localiza en el maxilar superior entre el incisivo lateral y el canino, desplazando sus raíces.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Revestimiento epitelial de tipo escamoso estratificado o prismático ciliado, rodeado de un tejido conectivo fibroso infiltrado por células inflamatorias.

TRATAMIENTO

Quistectomía, preservando las piezas adyacentes.

QUISTES INFLAMATORIOS

- Quiste radicular o periapical

PATOGENIA

Se originan en los restos epiteliales odontogénicos (restos epiteliales de Malassez presentes en el ligamento periodontal). Son consecuencia de una inflamación crónica, desarrollándose a partir de un granuloma periapical preexistente.

EPIDEMIOLOGÍA

Es el más frecuente de los quistes odontogénicos, sobre todo entre la tercera y la sexta décadas de la vida y en hombres. Se localizan más frecuentemente en el maxilar superior, afectando sobre todo a los incisivos centrales.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La mayoría son asintomáticos y se detectan de forma casual. Pueden aumentar de tamaño y provocar complicaciones como: deformidad facial, borramiento del vestíbulo bucal, aumento de la temperatura, fistulización, tendencia a separar los dientes próximos o síntomas por compresión de estructuras adyacentes. Los quistes que se hayan abscesificado pueden presentar una sintomatología aguda con las manifestaciones propias de una periodontitis aguda supurada.

RADIOLOGÍA

Suele observarse como una imagen radiolúcida, redonda u ovoide, homogénea, con borde opaco delgado inconstante. Se asocia a una o varias piezas dentarias a nivel apical o lateral, siendo éstas no vitales.

Es importante señalar que la diferenciación radiológica entre un quiste radicular y el granuloma apical no es posible, sobre todo cuando éste último ha comenzado a reabsorber el hueso alveolar y sustituirlo por tejido de granulación.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Es obligatorio realizar en todos los casos un estudio histopatológico de la cápsula quística. El quiste está formado por epitelio escamoso estratificado no queratinizado de grosor variable. Existe una reacción inflamatoria extensa con predominancia de granulocitos polimorfonucleares y un soporte de tejido conectivo bien vascularizado. También puede observarse de forma variable la presencia de células mucosas, ciliadas, cuerpos hialinos, depósitos de colesterol, hemorragia, hemosiderina y calcificaciones de distinto tipo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Con el granuloma periapical y cicatriz periapical.

TRATAMIENTO

Nuestra actitud deberá ser siempre lo más conservadora posible, evitando si es posible la extracción dentaria. Existen varias posibilidades quirúrgicas:

1. Endodoncia seguida de apicectomía y quistectomía.

2. Extracción de los dientes sin vitalidad y curetaje a nivel de la lesión

Si el tratamiento no es adecuado se desarrolla un quiste inflamatorio residual, que progresivamente iría aumentando de tamaño pudiendo provocar una destrucción ósea importante con adelgazamiento de la cortical y en ocasiones fractura de los maxilares.

- Quiste apical y radicular lateral

Similar al quiste radicular, pero de localización lateral a la raíz dental. Son muy poco frecuentes y su tratamiento es el mismo que para los quistes periapicales.

- Quiste residual radicular

Es la misma entidad clínica que el quiste periapical, pero se corresponde con una zona del maxilar donde se extrajo un diente. Se produce por la existencia de un quiste radicular extirpado de forma incompleta o porque existía un granuloma que pasó inadvertido en la extracción. Suelen alcanzar un tamaño mayor que los quistes radiculares y su tratamiento es la quistectomía.

- Quiste periodontal (de Craig)

Entidad rara. Situado lateral a la raíz de un molar inferior, sobre todo hacia vestibular. Presenta un epitelio plano hiperplásico libre de queratinización. Precisa de extirpación quirúrgica.

- Quiste yugal mandibular infectado colateral

QUISTES NO EPITELIALES (pseudoquistes)

- Cavidad idiopática de Stafne (defecto cortical lingual mandibular)

PATOGENIA

Su origen es desconocido. Se ha postulado su origen congénito debido a su ocasional bilateralidad, su disposición característica y su estabilidad en el tiempo. En la actualidad se piensa que este defecto cortical podría deberse a atrapamiento durante el desarrollo embrionario de glándulas salivales, principalmente el lóbulo superior de la glándula submaxilar.

EPIDEMIOLOGÍA

Se observa con mayor frecuencia en varones en torno a los 50.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Suele ser una lesión muy estable en el tiempo, sin llegar a expandir ni modificar las corticales óseas. Clínicamente es asintomático, no detectándose en un examen rutinario.

RADIOLOGÍA

Se trata de un defecto en la cortical mandibular, presentándose como un área radiolúcida bien delimitada, única, ovoidea, con un tamaño que oscila de 1 a 3 cm de diámetro, observándose a menudo un borde más radiopaco. Se presenta normalmente entre el ángulo de la mandíbula y el primer molar, por debajo del canal del nervio dentario inferior, a la altura donde la arteria facial hace una muesca en el reborde inferior mandibular.

No es infrecuente su presentación de forma bilateral, e incluso algún caso múltiple.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

La mayoría contienen tejido glandular salivar junto con tejido conectivo, vasos sanguíneos, nódulos linfáticos y fibras musculares.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse con el quiste epidermoide, quiste aneurismático, quiste solitario y el tumor óseo.

TRATAMIENTO

No precisa, salvo que plantee dudas en su diagnóstico con las entidades antes mencionadas.

- Quiste óseo solitario (traumático o hemorrágico)

EPIDEMIOLOGÍA

Es más común en huesos largos y ,dentro de los maxilares, en el inferior. Se observa con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, con antecedentes de traumatismo en dicha zona.

RADIOLOGÍA

Se presenta como una imagen radiolúcida bien delimitada, sin afectación cortical. Se observa más frecuentemente en la zona posterior de la mandíbula, en área de premolares y molares.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Presenta una pared formada por tejido fibroso o de granulación y su contenido es hemático o sero-hemático. Se considera un falso quiste por la ausencia de epitelio en su pared.

TRATAMIENTO

Se debe realizar una exploración quirúrgica con apertura de la cavidad y evacuación de su contenido, confirmando así el diagnóstico y favoreciendo el relleno por tejido óseo neoformado.

- Quiste óseo aneurismático

EPIDEMIOLOGÍA

Se observa con mayor frecuencia en mujeres en la segunda década de la vida. Es más común en la zona molar, tanto de maxilar como de mandíbula.

RADIOLOGÍA

Se presenta como una imagen radiolúcida uni o multilocular, de bordes irregulares. Radiográficamente es muy similar a un quiste simple.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

No presenta cubierta epitelial. Microscopicamente muestra tejido conectivo fibroso, células gigantes multinucleadas relacionadas con espacios sanguíneos sinusoidales, eritrocitos extravasados y hemosiderina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse con el ameloblastoma, granuloma gigante-celular central y el hemangioma central.

TRATAMIENTO

Se debe realizar una escisión local y curetaje, debiéndose realizar un seguimiento a largo plazo por la posibilidad de recidivas.

5. MANEJO TERAPÉUTICO

Se debe valorar cada paciente de forma individualizada para optar por la mejor opción terapéutica, dependiendo de varios factores como el diagnóstico final, tamaño de la lesión, situación de ésta o afectación de estructuras adyacentes.

Caben varias posibilidades terapéuticas:

Enucleación, técnica ideal por la posibilidad de escisión completa de la lesión.

Curetaje con osteotomía periférica, crioterapia con nitrógeno líquido o aplicación de solución de Carnoy.

Descompresión y marsupialización cuando la dificultad técnica supere a los resultados por: afectación de estructuras vecinas, riesgo de fractura, pacientes muy ancianos o inmunodeprimidos.

Descompresión y secundariamente enucleación.

Resección parcial o total del maxilar afecto con reconstrucción del defecto, preferiblemente de forma inmediata.

5.1. Anestesia

La elección de la técnica anestésica depende de los antecedentes personales del paciente, deseos de éste, características de la intervención y la experiencia del cirujano. En función de todo esto optaremos por una técnica de anestesia locorregional o general. Si optamos por anestesia locorregional, la técnica más utilizada es la anestesia troncular o regional, es decir, la que se realiza llevando la solución anestésica en contacto con un tronco o rama nerviosa.

5.2. Medicación preoperatoria

5.2.1. Medicación habitual del paciente:

En general, ésta no deberá ser modificada, salvo los cambios en la forma de administración si es precisa una dieta absoluta o alimentación por sonda nasogástrica en el postoperatorio.

5.2.2. Sedantes y analgésicos:

Los objetivos de su administración son aliviar la ansiedad del paciente, prevenir el dolor durante la canulación vascular, los procedimientos de anestesia regional o la colocación del paciente y facilitar la inducción anestésica en los casos en que la anestesia general sea necesaria.

5.2.3. Profilaxis antibiótica (cirugía limpia-contaminada):

– Amoxicilina-Ácido clavulánico. Una primera dosis de 2 g. Si la intervención supera las 4 horas, repetir la administración con dosis de 1 g.

- En pacientes alérgicos a betalactámicos: Clindamicina 600 mg. + Gentamicina 120 mg al inicio de la intervención, repitiendo la dosis si la cirugía se prolonga durante más de 4 horas. No es necesario administrarlos durante más de 24 horas.

5.2.4. Profilaxis de endocarditis bacteriana.

Los pacientes con lesiones endocárdicas antiguas tienen aumentado el riesgo de desarrollar una endocarditis bacteriana secundaria a bacteriemias transitorias que se producen durante la manipulación de mucosas. En el caso de extracciones dentales, la bacteriemia se produce en el 85% de los pacientes y en el caso de manipulaciones periodontales, hasta en el 88%. El riesgo de endocarditis bacteriana en estos pacientes es del 17%.

Indicación de profilaxis antibiótica en función del riesgo:

Riesgo muy alto: endocarditis previa, prótesis valvular, coartación aórtica, catéteres en cavidades izquierdas.

Riesgo alto: shunts ventrículo-auriculares por hidrocefalia, Sd. de Marfan, catéter en cavidades derechas.

Riesgo medio: valvulopatías reumáticas, cardiopatías adquiridas, cardiopatías congénitas con comunicación (excepto el tipo ostium secundum), estenosis aórtica congénita, prolapso mitral con insuficiencia mitral, fístula arteriovenosa por hemodiálisis.

Riesgo bajo: marcapasos endovenosos, estenosis pulmonar congénita, prolapso mitral sin insuficiencia mitral.

5.3. Cuidados postoperatorios

Ciertas técnicas requieren un cuidado postoperatorio especial, como en el caso de la descompresión por marsupialización:

La marsupialización termina con el taponamiento con una gasa vaselinada o yodoformada, que previene las hemorragias e infecciones de la cavidad. Esta gasa se retira tras 72-96 horas, debiendo ser reemplazada periódicamente hasta que la cavidad quede totalmente reepitelizada. Se instruirá al paciente en los lavados de la cavidad con solución aséptica.

Una vez cicatrizado completamente, se debe realizar seguimiento a 1, 3, 6, 12 y 24 meses.

Medicación postoperatoria:

- Analgésicos no esteroideos
- Antibióticos: en caso de infección activa

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Chapelle KAOM, Stoelinga PJW, de Wilde P, Brouns P, Voorsmit R. Rational approach to diagnosis and treatment of ameloblastomas and odontogenic keratocysts. *Br J Oral and Maxillofac Surg* 2004; 42: 381-390.
- Chi AC, Owings JR, Muller S. Peripheral odontogenic keratocyst: report of two cases and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 99: 71-8.
- Daniels JS. Central Odontogenic fibroma of mandible: a case report and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98:295-300.
- Enislidis Geog, Fock N, Sulzbacher I, Ewers R. Conservative treatment of large cystic lesions of the mandible: a prospective study of the effect of decompression. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004; 42: 546-550.
- Jung YS, Lee SH, Park HS. Decompression of large odontogenic keratocysts of the mandible. *J Oral and Maxillofac Surg* 2004; 63: 267-271.
- Kaplan I, Gal G, Anavi Y, Manor R, Calderon S. Glandular odontogenic cyst: treatment and recurrence. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63: 435-441.
- Kitakawa Y, Baur D, King S, Helman JL. The role of midfacial degloving approach for maxillary cysts and tumors. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61; 1418-1422.
- Ladeinde AL, Ajayi OF, Ogulenwe MO, Adeyemo WL, Arotibia GT, Bamgbose BO, Akiwande JA. Odontogenic tumors: a review of 319 cases in a Nigerian teaching hospital. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005;99:191-195.
- Litonjua L, Aguirre A, Estrada MC. Radiolucency in the mandible. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 511-5.
- Mosqueda A, Irigoyen ME, Díaz MA, Torres MA. Quistes odontogénicos. Análisis de 856 casos. *Medicina Oral* 2002; 7; 89-96.
- Navarro Vila C. Tratado de cirugía Oral y Maxilofacial.
- Pogrel MA, Jordan RCK. Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 651-655.
- Spencer J, Recurrent calcifying odontogenic cyst involving the maxillary sinus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 660-4.
- Sugiyama M, Miyauchi M, Suei Y. Lesion in the maxilla with a multicystic appearance. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62; 1264-1268.
- Wooldenberg Y, Goldstein J, Bodner L. Eruption cyst in the adult- a case report. *Int. J. Oral Maxillofac Surg* 2004; 33: 804-805.

