

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES MAXILARES: Técnica Descompresiva

* Profesor Dr. Guberman Carlos, **Dra. Ochotorena Andrea, *** Dra. Calogero Silvina

* Profesor Regular Adjunto Cátedra de Cirugía y Traumatología BucoMaxiloFacial I UBA - Jefe del Servicio de Cirugía II del A.A.O.

** Jefa de T. P. de la Cátedra de Cirugía y Traumatología BucoMaxiloFacial I UBA

*** Ayudante de 1ª Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I UBA

RESUMEN Se presenta un caso clínico de quiste inflamatorio, con proximidad al nervio dentario inferior. Dado el alto porcentaje de dañar los elementos anatómicos vecinos, se decide utilizar la Técnica de Waldron-Axhausen ó Técnica descompresiva.

ABSTRACT Presents a clinical case of inflammatory cyst, with proximity to the inferior tooth nerve. Given the high percentage of damage to the neighbouring anatomical elements, decides to use the technique of Waldron-Axhausen or decompression technique.

Palabras clave

Quistes Maxilares - Técnica Descompresiva

Key words

Maxillary Cyst. Decompression Technique

Introducción

El quiste es una entidad patológica, presente en tejidos duros o blandos. El mismo está conformado por una masa fluida o semisólida, de naturaleza variable y revestida por una pared celular reactiva o membrana quística. Está formada por dos capas: una epitelial y otra que le da estructura, sostén y nutrición que esta formada por tejido conectivo. (1)

Desde la primera clasificación propuesta por Robinson en 1945, se han sucedido múltiples clasificaciones. La última, en 1992, suscrita por Kramer, Pindborg y Shear, es la siguiente. (2)

I. Quistes epiteliales

A. Del desarrollo

- Odontogénicos
 - Quiste gingival infantil
 - Queratoquiste odontogénico (primordial)
 - Quiste dentígero (folicular)
 - Quiste de erupción
 - Quiste periodontal lateral
 - Quiste gingival del adulto
 - Quiste odontogénico glandular (quiste sialoodontogénico)

- No odontogénicos
 - Quiste del conducto naso palatino

- Quiste nasolabial (nasoalveolar).
- Quistes medianos palatino, alveolar y mandibular.
- Quiste glóbulo maxilar.

B. Inflamatorios

- Quiste radicular: apical, lateral, residual.
- Quiste paradental (colateral inflamatorio, bucal mandibular infectado).

II. Quistes no epiteliales

- Quiste óseo solitario.
- Quiste óseo aneurismático.

Otros autores simplifican esta clasificación en: ⁶⁻⁸
Quistes de desarrollo:

- Quistes odontogénicos
- Quistes no odontogénicos.

Es importante destacar, que los procesos quísticos abarcan el 20% dentro de las patologías bucales y que el 90% corresponde a quistes odontogénicos y solo el 10% a quistes no odontogénicos. Los quistes inflamatorios son los de mayor porcentaje. La localización de los mismos es de un 62% en el maxilar superior y un 38% en el maxilar inferior. (3)

La etiología de los mismos se debe fundamentalmente a la caries, necrosis pulpar, traumatismos, etc. Los quistes, de acuerdo al período de evolución, en sus

* Presentado para su publicación en Noviembre 2011

inicios son asintomáticos. El crecimiento es lento y aumenta la presión hidrostática intraquistica. Luego se exteriorizan a expensas del engrosamiento de las tablas de los maxilares (fundamentalmente la vestibular), avanzando por los sitios de menor resistencia, pudiendo desplazar piezas dentarias vecinas, principalmente cuando son gérmenes dentarios.

Diagnóstico

Será siempre Clínico-radiográfico, complementándolo con otros estudios como la Tomografía Axial Computada (TAC) y su posterior Biopsia.

Tratamiento quirúrgico

Se puede realizar la Enucleación Total (Partch II o técnica Radical) o realizar la Técnica Descompresiva. La misma consiste en la colocación de un conector hueco en el polo más accesible del quiste, produciendo este conector la disminución de la presión interna del Quiste. Esto se traduce en un achicamiento progresivo de la lesión, permitiendo la regeneración ósea de la cavidad formada. En muchas ocasiones el quiste desaparece en su totalidad, evitando someter al paciente a una segunda cirugía.

Ventajas de la Técnica Descompresiva

- Reduce el tamaño de la lesión quística.
- Permite la regeneración ósea.
- Puede ser utilizada en aquellos casos donde haya compromiso con el piso nasal e involucre la integridad del Seno Maxilar y su mucosa de revestimiento.
- En el Maxilar Inferior se puede utilizar en aquellas situaciones donde la evolución del quiste comprometa la estabilidad estructural de la mandíbula, confiriéndole fragilidad y haciéndola susceptible a posibles fracturas patológicas.
- En aquellos casos donde haya una franca relación con el paquete vasculonervioso dentario inferior o mentoniano. (4)

Caso Clínico

Se presenta a la consulta en la Catedra de Cirugía y Traumatología BucoMáxilofacial I de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, una paciente de sexo femenino de 28 años de edad. Siendo

el motivo de la consulta la realización de las exodoncias



Foto 1 Caso Clínico.

de las piezas 3.6 y 3.7, ambas con necrosis pulpar (foto 1) y la presencia de una imagen radiolúcida periapical, compatible con quiste inflamatorio (fotos 2 y 3).



Foto 2 Dx Panorámica

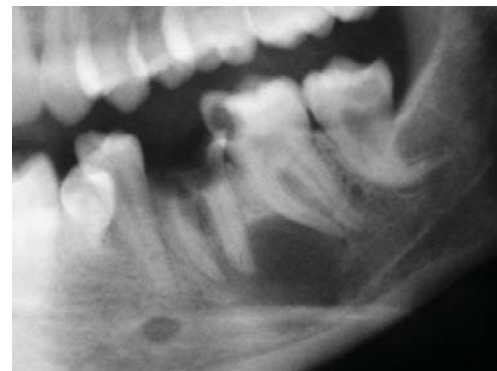


Foto 3 Mayor aumento y relación con DI.

Debido al tamaño que presenta la lesión y su proximidad al paquete vasculo nervioso Dentario Inferior, en otros servicios se le había explicado con anterioridad sobre la posibilidad de quedar tras la cirugía, con anestesia permanente.

Solicitamos una TAC (fotos 4 y 5), donde confirmamos que existe franca vecindad de la lesión con el nervio Dentario Inferior.

Finalmente se decide realizar un tratamiento quirúrgico no radical respecto a la lesión apical para no lesionar el citado nervio. Utilizamos la técnica

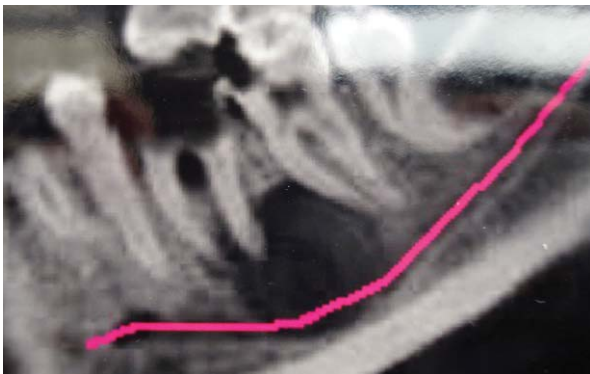


Foto 4 patología y ndi

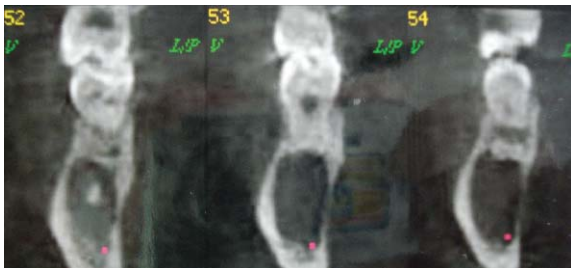


Foto 5 Patología y adelgazamiento de tabla lingua.

Descompresiva conjuntamente con las exodoncias de las piezas dentarias comprometidas.

Previo al acto quirúrgico se toman impresiones del maxilar y se manda a realizar una placa de acrílico removible, con un obturador hueco (fotos 6 y 7). El día de la intervención se procede a las exodoncias del 3.6 y



Foto 6 Modelo donde se realiza la placa de acrílico.



Foto 7 Placa con obturador hueco

3.7 según protocolo. Una vez eliminadas las piezas dentarias, realizamos la toma de la porción más accesible de la membrana quística para realizar su correspondiente estudio anatomopatológico (fotos 8,9,10,11,12). Se procede a la colocación de la placa removible cuyo

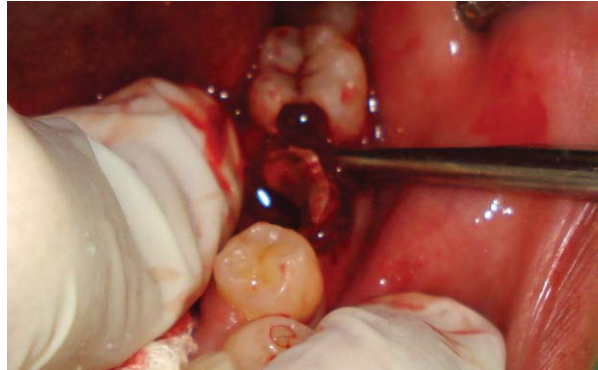


Foto 8 Luxacion con elevador recto.

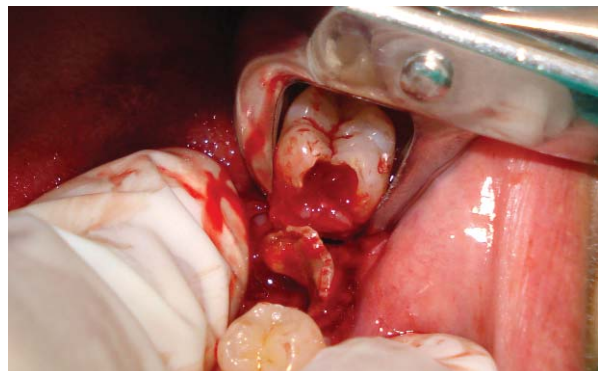


Foto 9 Extraccion 37.

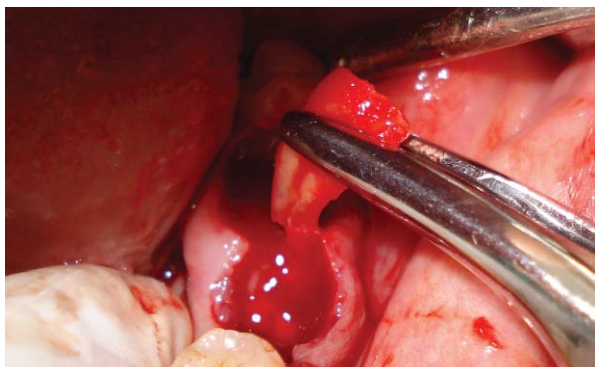


Foto 10 Extraccion restos radículas 36.

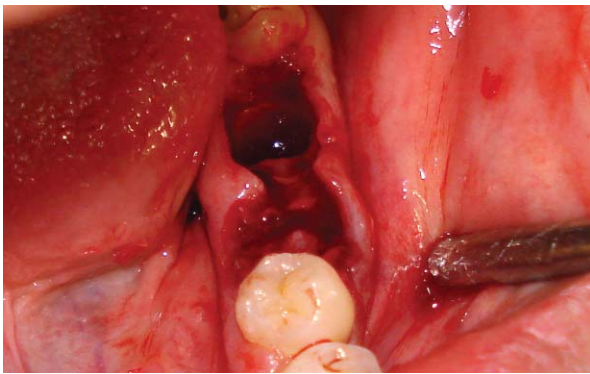


Foto 11 Se visualiza la patología y se toma una porcion.

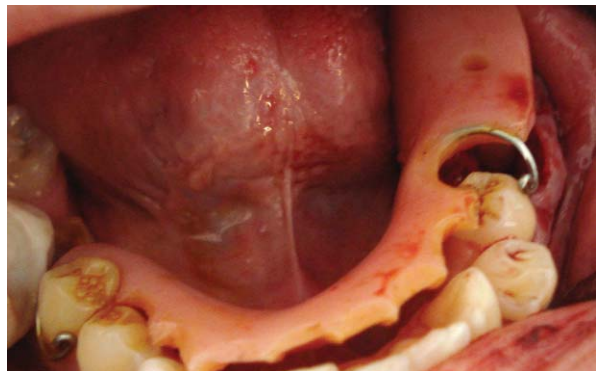


Foto 14 se coloca la aparatología removible con obturador hueco

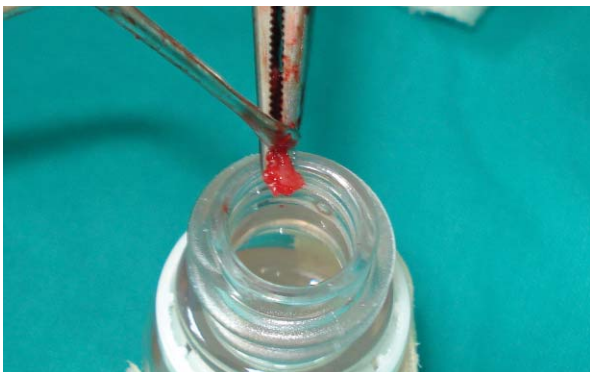


Foto 12 colocacion en formol 20%



Foto 15 aparatología instalada

obturador hueco se aloja en el interior de la cavidad quística. De esta manera se logra eliminar la presión intraquística, reducir el tamaño de la lesión y por consiguiente se produce el alejamiento de la patología del nervio Dentario Inferior (fotos 13,14,15).

Además actúa como guía de la epitelización de la cavidad, favoreciendo el drenaje continuo del contenido quístico a través del citado obturador. En los controles post quirúrgicos se realiza el desgaste del obturador conforme avanza el achicamiento progresivo de la lesión y también hacemos lavajes con solución fisiológica (foto 16 y 17).

Se realizaron controles radiográficos y por imágenes a



Foto 13 se sutura



Foto 16 epitelizacion alrededor del obturador



Foto 17 lavajes con solución fisiológica

distancia: Rx 45 Días, TAC a los 9 meses (foto 18) y un último control al año donde se observó la desaparición

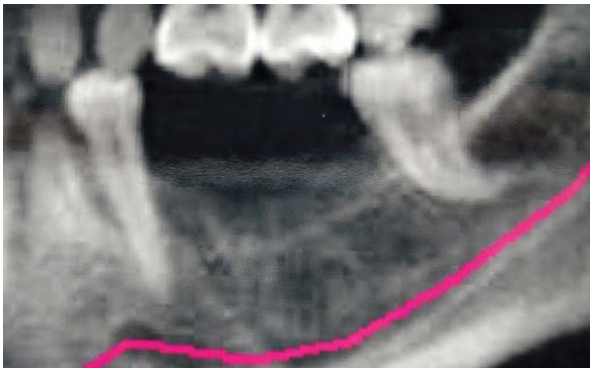


Foto 18 tac con la reparación ósea y conservación del dni.

completa de la entidad y la posterior regeneración ósea (19 y 20).

El informe de la biopsia indicó que se trataba de un



Foto 19 caso clínico al año



Foto 20 tomografía pre y post tratamiento.

Quiste Inflamatorio.

Conclusiones

La Técnica Descompresiva esta indicada, en Quistes de gran tamaño, proximidad a elementos anatómicos vecinos, pacientes que debido a su avanzada edad no puedan ser sometidos a una intervención radical.

Esta técnica estaría contraindicada para el tratamiento de los Queratoquistes, debido a su capacidad de recidivas y a su evolución hacia un Ameloblastoma. (5)

Como mencionamos con anterioridad las ventajas de utilizar esta Técnica son: Lograr la regeneración ósea; conservar la integridad de los órganos y elementos vecinos a la lesión; facilitar una intervención a distancia; en algunos casos evita la realización de una segunda intervención. (6) (7)

Al utilizar esta placa removible e ir realizando los desgastes periódicos del obturador, se favorece la epiteliización progresiva de la lesión. Se evita así, en un alto porcentaje de los casos una segunda intervención quirúrgica.

Esta técnica se diferencia de las que suturan el obturador a la mucosa ,(el que debe ser removido a los 10 días) , y se debe realizar una segunda intervención para la enucleación total del Quiste .(8)

Bibliografía

- 1 - Kruger Gustavo.O. Cirugía Bucal. Editorial Médica Panamericana Quinta Edición Buenos Aires 1986
- 2 - Peña C.A; Pagnotta, M, Fernandez, F. Técnica de Waldron_Axhausen o del Achicamiento Progresivo de los Quistes. RAAO vol XLIII / Numero 2 Mayo/Agosto 2004
- 3 - Bencini C.A, Micinquevich S. B, Bencini A.C. Quistes y Tumores benignos de los maxilares.
- 4 - Pogrel.M.A. Treatment of keratocysts. THE CASE FOR DECOMPRESSION AND MARSUPIALIZATION.J Oral and Maxillofacial Surgery 2005; 63:1667/73
- 5 - August M , Faquin WC, Troulis MJ. KabanLB. Dedifferentiation of keratocysts epithelium after cysts decompression. J Oral and Maxillofacial Surgery 2003; 61:6 78 / 83.
- 6 - Ries Centeno G., Tratamiento de los quistes maxilares en Cirugía Bucal. Ed El Ateneo, 1987.
- 7 - Oribe J.A. Cirugía Maxilo Facial. Lopez Libreros Editores. Bs.As 1981.
- 8 - Guillermo Raspall. Cirugía Maxilofacial. Editorial Panamericana. Año 2001.

Dirección del autor:

ateneo@ateneo-odontologia.org.ar