

RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA DE QUISTES DE LOS MAXILARES CON TÉCNICA DESCOMPRESIVA

PATRICIA INDKEVITCH*, DARÍO D'ALESSIO*, CARLOS GUBERMAN**

*Jefe de Trabajos Prácticos Regular de la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I, FOUBA.

**Profesor Adjunto Regular de la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I, FOUBA.

RESUMEN

Podemos definir “quiste” como una bolsa conectivo-epitelial, tapizada en su interior por epitelio y recubierta en su cara externa por tejido conectivo, que encierra un contenido líquido o semisólido. Según su patogénesis, los clasificamos como lesiones de desarrollo o de tipo inflamatorio (1, 17).

Tanto los quistes de desarrollo como los inflamatorios se caracterizan por un crecimiento lento y una tendencia expansiva. A pesar de ser entidades con un comportamiento benigno, pueden alcanzar un tamaño considerable si no se diagnostican y se tratan a tiempo (2).

El tipo de tratamiento de la lesión está condicionado por múltiples factores como el tamaño de la misma, su localización, su relación con estructuras anatómicas vecinas, la posible afectación de estructuras dentales, entre otras. (3) El objetivo es elegir la modalidad de tratamiento que conlleve el menor riesgo posible de recurrencia, el cuidado, en lo posible, de las estructuras nobles vecinas y, por supuesto, la erradicación de la lesión. (4)

Dentro de los tratamientos de los quistes maxilares, podemos mencionar la enucleación total de los mismos o técnica de Parstch II, la marsupialización o técnica de Parstch I y la técnica descompresiva, también llamada técnica de Waldron- Axhausen.

El objetivo de este trabajo es el de mostrar un caso clínico donde se realizó la técnica descompresiva para el tratamiento de un quiste inflamatorio en el maxilar inferior en íntimo contacto con el nervio dentario inferior y la basal mandibular.

Palabras clave: quistes maxilares, técnica descompresiva.

ABSTRACT

We can define “cyst” like a connective-epithelial bag, upholstered inside by epithelium and covered on the outside by connective tissue, enclosing a liquid or semisolid contents. According to its pathogenesis, classify them as development or inflammatory (1, 17).

Injury both the inflammatory and developing cysts are characterized by slow growth and an expansionary trend. Despite being entities with a benign behavior, they can reach a considerable size if not diagnosed and treated in time. (2)

The type of treatment of injury, is determined by multiple factors such as the size, its location, its relationship with neighboring anatomical structures, possible involvement of dental structures, among others. (3) The objective is to choose the modality of treatment involving the least possible risk of recurrence, care, as far as possible, of the neighboring noble structures and of course the elimination of the lesion. (4)

Inside of the Maxillary cysts treatments we can mention the enucleation total thereof or technical Parstch II, the marsupialization or technique of Parstch I and the decompression technique, also called Waldron - Axhausen technique.

The objective of this work is the show a clinical case where took place the decompression technique for the treatment of inflammatory cyst in the lower jaw in intimate contact with the inferior alveolar nerve and the mandibular basal.

Keywords: maxillary cysts, decompression technique.

INTRODUCCIÓN

En patologías quísticas de gran tamaño, o que por su localización se encuentren cercanas a estructuras nobles, o que hayan afectado piezas dentarias vecinas, su remoción mediante la técnica de enucleación total puede conducir a lesiones de esas estructuras, comunicaciones bucosinuales o buconasales, fracturas maxilares durante la cirugía o en el postoperatorio. Para evitar esto, la cirugía de elección debe ser conservadora.

La marsupialización y la descompresión han sido utilizadas como métodos de tratamiento quirúrgico conservador en grandes quistes para minimizar el tamaño de estos. (5)

La descompresión de las lesiones quísticas de los maxilares es una técnica que reduce la presión intraquística y provoca una disminución en el tamaño de la lesión, por lo cual puede efectuarse la posterior enucleación de manera más simple y con menores riesgos para las estructuras vitales adyacentes. En algunos casos, la realización de una segunda intervención quirúrgica no es necesaria, por desaparición total de la lesión, donde se produce, la regeneración ósea total y la metaplasia de la membrana quística en epitelio, producto de un proceso adaptativo de sus células. (5)

La cirugía conservadora resulta una cirugía importante cuando se trata de quistes en niños y adolescentes. (6,7) Los niños tienen mayor potencial que los adultos para regenerar hueso y los dientes con ápices abiertos mayor potencial de erupción. Los quistes dentígeros asociados a un germen dentario o a un diente retenido son los más frecuentes en niños (8). El protocolo de tratamiento estándar para los quistes dentígeros es la enucleación y la extracción del diente afectado, pero, en niños, la descompresión de la lesión permite eliminar la misma, lo que posibilita la erupción de los dientes involucrados en la lesión.

La descompresión y la marsupialización son técnicas bastante similares en lo que se refiere a su filosofía de acción. En ambas se crea una ventana quirúrgica en la mucosa oral y de la membrana quística que elimina la presión intraquística. (9,10, 11) La principal diferencia entre ellas reside en que, en la técnica descompresiva se usa una cánula o dispositivo hueco para evitar el cierre mucoso (12,13). El objetivo es mantener continua la comunicación entre la cavidad oral y el interior del quiste (14, 15, 16). Este tratamiento requiere que el paciente sea colaborador, concurriendo a los controles postoperatorios (14) donde se le hará lavajes regularmente con solución fisiológica o digluconato de clorhexidina al 0,12%.

Como ventajas de la técnica descompresiva podemos mencionar que reduce el tamaño de la lesión quística, permite la regeneración ósea, puede ser utilizada en casos donde exista compromiso con el seno maxilar o la cavidad nasal, en caso de lesiones en el maxilar inferior, se puede utilizar en situaciones en que se vea involucrado el paquete vasculonervioso dentario inferior o nervio mentoniano y en aquellas situaciones donde la evolución de la patología comprometa la estabilidad estructural de la mandíbula, confiriéndole fragilidad y haciéndola susceptible a posibles fracturas. (12, 10)

CASO CLÍNICO

Un paciente de sexo masculino de 31 años de edad, se presenta a la consulta en el servicio de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, portando una radiografía panorámica analógica (imagen 2) y derivado por su odontólogo de cabecera.



IMAGEN 2.

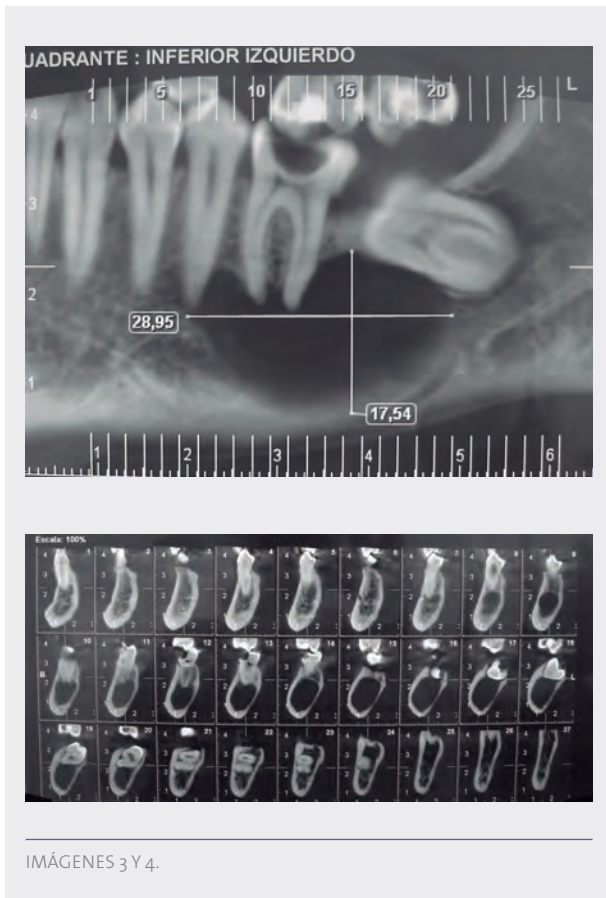
El paciente relata que presenta ligeras molestias en el maxilar inferior posterior izquierdo, en la zona de la pieza 36 (imagen 1).



IMAGEN 1.

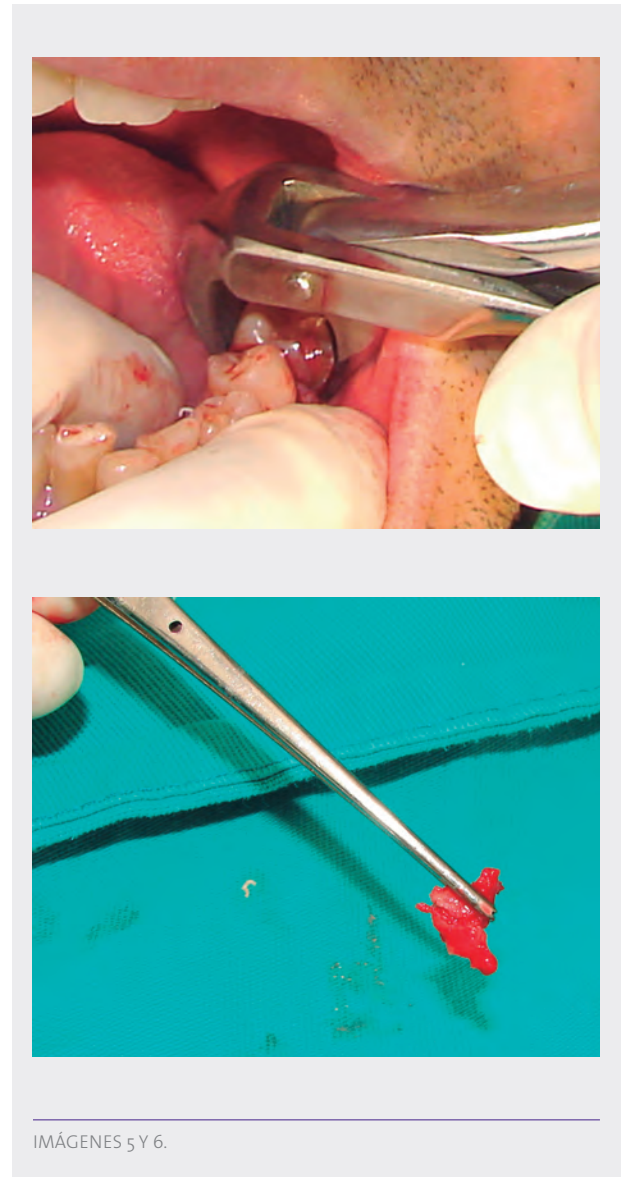
En la imagen radiográfica, se puede observar una lesión radiolúcida de gran tamaño que se extiende desde la pieza 35 hasta la pieza 38, desplazando al nervio dentario inferior y llegando hasta la basal mandibular, pero respetando sus límites, sin abombamiento de tablas en sentido vestibulo lingual. Dentro de la lesión, se encuentra involucrado el tercer molar inferior (38), hay faltante de la pieza 37, extraída según relata el paciente hace aproximadamente 7 años, y el 36 presenta una caries penetrante por oclusal.

Se le pide completar los estudios por imágenes con una tomografía computada, donde podemos observar la imagen con mayor claridad y en tridimensión (imagen 3 y 4).

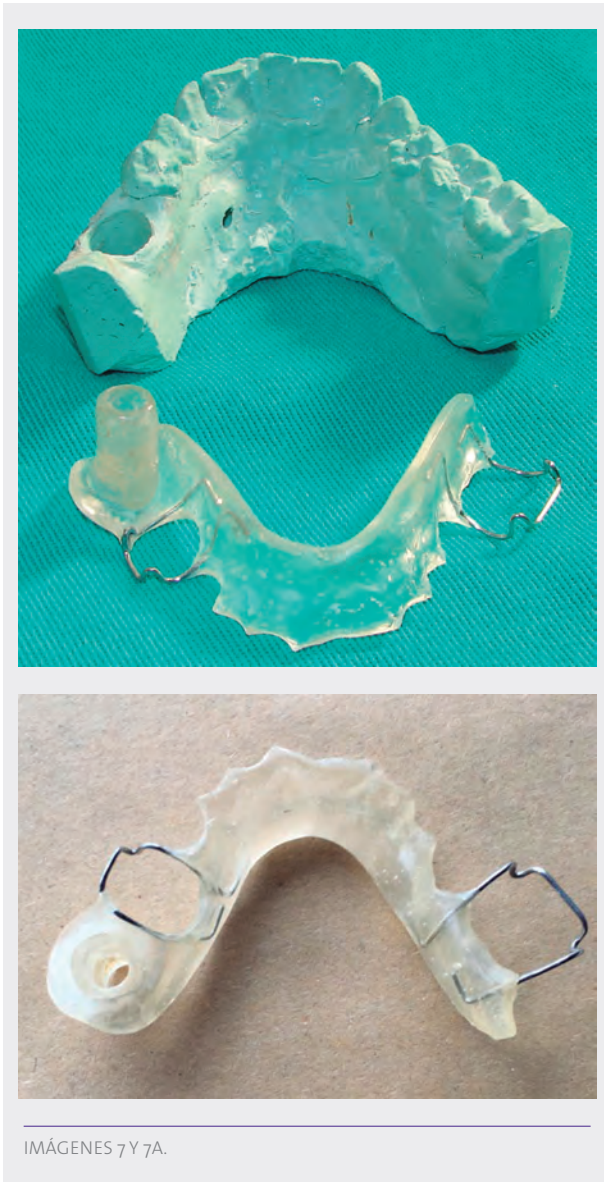


Considerando el tamaño de la patología, la posible lesión del nervio dentario inferior y la posibilidad de fractura mandibular que se podría producir en caso de la remoción total de la lesión más la exodoncia de ambas piezas dentarias involucradas (p.d. 36 y 38), se decide realizar la técnica descompresiva, para así conseguir la reducción del tamaño de la lesión y su posterior enucleación con menor riesgo.

En una primera cirugía se realiza la exodoncia de la pieza dentaria 36 (imagen 5), se toma una muestra de la membrana en su polo más visible, para su estudio anatomopatológico, y se procede a la colocación de un dispositivo removible que fue confeccionado de antemano para mantener la comunicación con la cavidad bucal y así conseguir la reducción de la lesión por descompresión de la misma (imagen 6).



Para ello, se tomó la impresión del maxilar inferior del paciente y se mandó a confeccionar al laboratorio un dispositivo removible de acrílico con retenedores, que contiene un obturador hueco que penetra dentro de la lesión, para producir el achicamiento progresivo por eliminación de la presión intraquística (imagen 7 y 7a).



IMÁGENES 7 Y 7A.

A medida que la lesión va disminuyendo en tamaño y se va regenerando el tejido óseo, ese obturador va siendo desgastado y se va reduciendo su tamaño.

Se realiza anestesia infiltrativa troncular para el nervio dentario inferior y se completa la anestesia en fondo de surco para el nervio bucal, una incisión de tipo medio Newmann, legrado de un colgajo mucoperióstico, se extrae la pieza dentaria 3,6 y se toma una muestra de la membrana quística para su estudio histopatológico (imagen 7b).

Se sutura el colgajo y se coloca el dispositivo removible de acrílico que va a conseguir la descompresión (imagen 7c).

Se cita al paciente a la semana para retirar los puntos de sutura y para el primer control postoperatorio y lavajes.



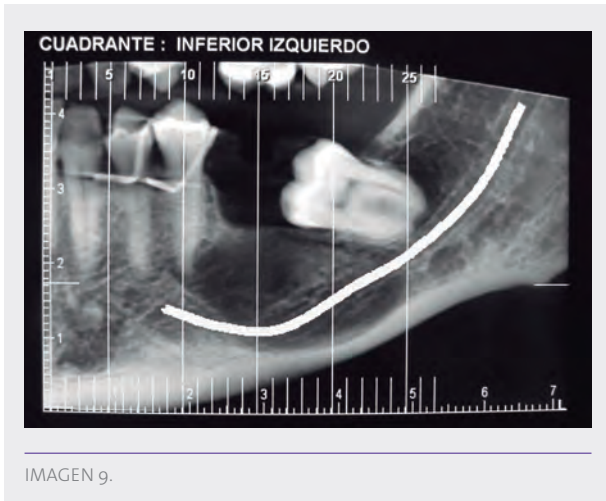
IMÁGENES 7B Y 7C.

El resultado de la biopsia arroja el diagnóstico de certeza de quiste inflamatorio, por lo que se continúa con el tratamiento descompresivo (imagen 8).



IMAGEN 8.

A los 3 meses, se le solicita una tomografía de control donde se puede observar el achicamiento de la lesión, el comienzo de la regeneración ósea y cómo el conducto dentario inferior se va alejando de la basal mandibular y se va desplazando a nivel coronal (imagen 9).



A los 6 meses, se realiza la segunda cirugía donde se extrae el tercer molar retenido (imagen 10 y 11).



En los controles radiográficos postoperatorios realizados al año de la primera cirugía, se puede apreciar la regeneración ósea total obtenida, y la restauración de la posición del conducto dentario inferior sin lesión del mismo (imagen 12).



CONCLUSIONES

Antes de decidir si un quiste debe extirparse mediante enucleación total, debe tenerse en cuenta la proximidad de la lesión a estructuras vitales.

En lesiones muy grandes, y con piezas dentarias retenidas involucradas, existe un riesgo de fractura durante su enucleación, por lo que sería menos riesgoso realizar la descompresión y esperar la regeneración ósea.

La extirpación de las lesiones quísticas bajo el uso de técnicas descompresivas nos permite reducir el tiempo operatorio en una segunda cirugía para la exéresis completa de la lesión, ya que el tamaño de la misma permite maniobras quirúrgicas más sencillas.

Muchas veces el solo hecho de utilizar la primera cirugía hace innecesaria la realización de una segunda intervención, por la cual, con la misma descompresión de la lesión, se remueve completamente la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revisión.Vega Llauradó A., Ayuso Montero R., et al. Opciones terapéuticas en quistes odontogénicos. Av Odontostomatol vol.29 no.2 Madrid mar./abr. 2013
2. Kramer IR, Pindborg JJ, Shear M. The WHO Histological Typing of Odontogenic Tumours. A commentary on the Second Edition. Cancer 1992; 70(12):2988-94.

3. Núñez-Urrutia S, Figueiredo R, Gay-Escoda C. Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2010; 15(5):e767-3.
4. Kolokythas A, Fernandes RP, Pazoki A, Ord RA. Odontogenic keratocyst: to decompress or not to decompress? A comparative study of decompression and enucleation versus resection/peripheral ostectomy. *J Oral Maxillofac Surg* 2007; 65(4):640-4.
5. Hupp, James. Ellis, Edward. *Cirugía Oral y Maxilofacial contemporánea*. 6º edición. Ed Elsevier. Mosvy.
6. Ertas U, Yavuz MS. Interesting eruption of 4 teeth associated with a large dentigerous cyst in mandible by only marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61(6):728-30.
7. Mendes RA, Carvalho JF, van der Waal I. Characterization and management of the keratocystic odontogenic tumor in relation to its histopathological and biological features. *Oral Oncol* 2010; 46(4):219-25.
8. Ochsenius G, Escobar E, Godoy L, Peñafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2,944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007; 12(2):e85-91.
9. Maurette PE, Jorge J, de Moraes M. Conservative treatment protocol of odontogenic keratocyst: a preliminary study. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64(3):379-83.
10. Pogrel MA. Treatment of keratocysts: the case for decompression and marsupialization. *J Oral Maxillofac Surg* 2005; 63(11):1667-73.
11. Pogrel MA, Jordan RC. Marsupialization as a definitive treatment for the odontogenic keratocyst. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62(6): 651-5.
12. Guberman, Carlos; Ochotorena, Andrea; Calogero, Silvina.: *Tratamiento quirúrgico de los quistes maxilares: técnica descompresiva*. RAAO; 50(1):11-15, 2012
13. Delgado E; Piñeira M; Sanchez MA; Gay C. La Descompresión de los grandes quistes maxilares: Una contribución a la terapéutica quirúrgica. *Av Odontoestomatol* 1997; 13: 283-91.
14. Maurette PE, Jorge J, de Moraes M. Conservative treatment protocol of odontogenic keratocyst: a preliminary study. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64(3):379-83.
15. Giuliani M, Grossi GB, Lajolo C, Bisceglia M, Herb KE. Conservative management of a large odontogenic keratocyst: report of a case and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg* 2006; 64(2):308-16.
16. Swantek JJ, Reyes MI, Grannum RI, Ogle OE. A Technique for Long Term Decompression of Large Mandibular Cysts. *J Oral Maxillofac Surg* 2012; 70(4):856-9.
17. Kruger Gustavo O. *Cirugía Bucal*. Editorial Panamericana. 5º edición. Buenos Aires. 1986

Dirección de autor: leoyatri@hotmail.com