

Quistectomía

Autores:

Jesús Núñez Aguilar

Alumno del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Dr. Daniel Torres Lagares

Profesor del Master de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Dr. José Luis Gutiérrez Pérez

Director del Equipo Docente del Equipo de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Profesor titular de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla

Jefe del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío

Dr. Pedro Infante Cossío

*Profesor Asociado de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
Facultativo Especialista del Área del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Universitario Virgen del Rocío*

Quistectomía

Núñez J, Torres D, Gutiérrez JL, Infante P

Revista Secib On Line 2006; 1:124-135

ISSN 1697-7181



1. INTRODUCCIÓN

Quizás los quistes sea uno de los campos de estudio de la medicina y cirugía de la boca más desarrollados. El estudio de la etiología, patocronia y tratamiento de los quistes se ha enfocado desde muy distintos perfiles. La etiología, en muchas situaciones no clara de estos procesos, ha originado numerosas clasificaciones que, si bien no presentan grandes diferencias, dan muestra de la imprecisión existente, incluso hoy día, en estos aspectos.

2. QUISTE RADICULAR PERIAPICAL

Tradicionalmente se definen como quistes que se desarrollan en el ápice dental, a partir de un estímulo irritativo sobre los restos epiteliales de Malassez. Suelen ser asintomáticos a menos que haya una infección recurrente y suelen aparecer como imágenes radiolúcidas en los maxilares de hallazgo casual. Anatomopatológicamente el epitelio que recubre la cavidad es de tipo escamoso estratificado no queratinizado y la morfología de este epitelio depende del grado de inflamación. El contenido quístico es de tipo seroso débilmente acidófilo salpicado a veces por cristales de colesterol, macrófagos e incluso escamas de queratina.

3. CASO CLÍNICO

Paciente de 67 años de edad, con hipercolesterolemia no familiar tratada, ex-fumador y mal estado oral con gran pérdida de dientes. Refiere que en la zona inferior derecha (zona de dientes 43-44-45) “nota una sensación rara en labio y mentón”. Realizada la ortopantomografía se observa imagen radiolúcida de contornos claros, que no pasa la línea media, ni

desplaza dientes (Figura 1). A la inspección presentaba abombamiento de la tabla externa vestibular y disestesia del mentoniano homolateral. Realizamos pruebas de vitalidad de dientes encontrando sin vitalidad los dientes 43 y 44. A partir de los datos recavados concluimos que estamos ante un quiste radicular periapical, planificando la exéresis del mismo.

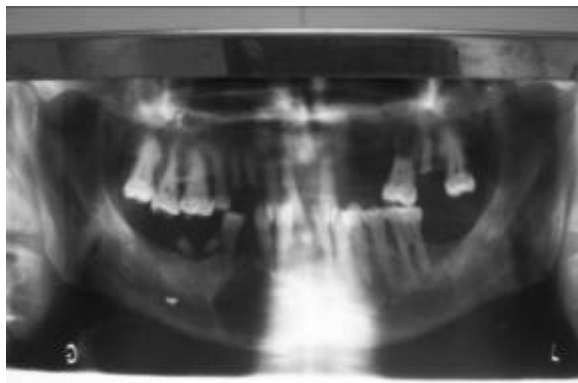


Figura 1

Ortopantomografía pre-operatoria

Realizamos técnica anestésica troncular del nervio dentario inferior derecho asociada a troncular de mentoniano ipsilateral con lidocaina asociada a epinefrina. Practicamos una incisión horizontal a nivel vestibular con descarga vertical inclinada hacia línea media y nos extendemos hacia distal (Figuras 2 a 5). Levantamos el colgajo mucoperióstico. Localizamos el agujero mentoniano y la emergencia del nervio mentoniano. En este tipo de intervenciones no está aconsejado el uso de anillas elásticas para localizar el mentoniano pues su uso puede ocasionar disestesias neurales más largas en el tiempo que si no se utilizasen. Procedemos a la exodoncia de 43 y 44, pues por el estado periodontal y falta de soporte óseo pensamos que tienen poca viabilidad a corto-medio plazo.



Figura 2

Imagen intra-peratoria del quiste y tipo de incisión



Figura 3

Detalle intra-operatorio de la osteotomía y cápsula quística. Se observa perfectamente la forma de la cápsula, como se corresponde con el tamaño desde línea media hasta 44 que vimos en la ortopantomografía. Con un instrumento romo vamos separando la cápsula quística. Es difícil en este tipo de lesiones eliminar la cápsula sin que esta se rompa.



Figura 4

Quistectomia. Detalle de la cápsula quística una vez perdido su contenido interior.



Figura 5

Detalle de la extirpación de la cápsula quística que se encuentra muy adherida a los ápices dentarios.

Realizamos una osteotomía circular dejando una isla de hueso de menor tamaño que el perímetro del quiste que hemos estudiado por la ortopantomografía. Una vez completada eliminamos la cortical ósea mandibular y observamos la cápsula quística.

Se observa perfectamente la forma de la cápsula, como se corresponde con el tamaño desde línea media hasta 44 que vimos en la ortopantomografía. Con un instrumento como vamos separando la cápsula quística. Es difícil en este tipo de lesiones eliminar la cápsula sin que esta se rompa (Figura 6). Eliminamos todo el contenido teniendo un especial cuidado de no dañar la emergencia del nervio. Cureteamos la zona e incluso pasamos el material rotatorio por la superficie ósea para quitar cualquier tipo de resto, evitando la zona cercana al nervio. Para finalizar colocamos esponjas de colágeno reabsorbibles en el defecto y suturamos (Figura 7).



Figura 6
Cápsula quística extirpada



Figura 7

Sutura sin tensión. Detalle intra-operatorio

4. ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

El estudio anatomopatológico ulterior nos demuestra que se trata de un quiste radicular. Aportamos documento de análisis y fotografía de la muestra (Figuras 8 y 9).

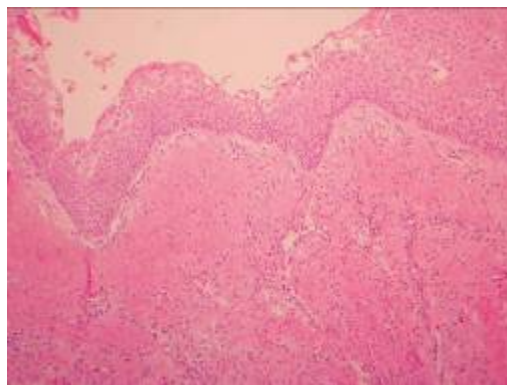


Figura 8

Imagen microscópica del estudio anatomopatológico (Imagen cedida por el Servicio de Anatomopatología del Conjunto Hospitalario Virgen del Rocío de Sevilla).



Figura 9

Informe del estudio anatomopatológico

5. POSTOPERATORIO INMEDIATO Y CONTROL PERIÓDICO

De forma inmediata se prescribió 875 mg de amoxicilina / 125 mg ac. clavulánico e ibuprofeno arginato 600 mg a razón de un comprimido de cada medicamento cada 8 horas durante 5 días, pudiendo mantener el tratamiento analgésico durante algo más tiempo. Igualmente se complementó con analgesia de rescate y frío local. Retiramos los puntos a los 10 días de la intervención, y realizamos control clínico y radiológico al mes y a los tres meses (Figuras 10 y 11).



Figura 10

Imagen intra-oral transcurridos un mes tras la cirugía



Figura 11

Imagen radiológica un mes tras la cirugía.



El diente en posición 45 presentó en el postoperatorio movilidad tipo II y vitalidad imprecisa, por lo que se aconsejó su tratamiento endodóntico. Aunque era un caso propicio para la lesión del nervio dentario, el enfermo no presentó alteraciones nerviosas.

6. DISCUSIÓN

Sin género a dudas, la quistectomía es una de las técnicas quirúrgicas en cirugía bucal más utilizadas y más estudiadas; pero no por ello deja de tener interés clínico. A nuestro entender, pensamos que los dos puntos donde se presentan mayor disparidad de criterios a la hora de abordar un quiste maxilar son:

- La realización de tratamiento conservador sobre el/los dientes en relación con el quiste (en los casos que por la naturaleza del quiste esté indicado un tratamiento sobre el diente). Estos tratamientos fundamentalmente son la apiceptomía dental y el tratamiento de conductos.
- La segunda diatriba versa sobre la idoneidad de utilizar materiales de relleno, y que material o materiales de relleno son los mejores.

Conociendo que estos son los dos puntos de discusión más habituales en las quistectomías, sobre el caso que presentamos podemos decir que los restos radiculares en relación al quiste no tienen viabilidad ninguna ni posibilidad de tratamiento ulterior; por lo tanto la decisión clínica de exodonciarlos es evidente.



Si podíamos tener alguna consideración en el hecho de haber utilizado algún material de relleno. Según revisiones exhaustivas publicadas sobre el tema, deberíamos haber utilizado algún tipo de material de relleno, sobre todo con vistas a la futura rehabilitación del enfermo.

No hemos realizado injerto en este caso por dos razones discutibles en su forma pero, creemos que no en su fondo, estas son:

- I.- El paciente presentaba una higiene bucal muy deficitaria, con claro abandono por su parte en el cuidado bucal. Por ello si pensamos que con la colocación de injertos favorecería y aceleraría la colocación de implantes dentales, pensamos que este paciente a corto-medio plazo al no reunir las características idóneas para este tipo de tratamiento rehabilitador, no tendría interés el hecho de colocar injerto.

- II.- El segundo factor a análisis es el riesgo costo/beneficio. El enfermo es un paciente hospitalario, cercano a los setenta años de edad, donde su principal problema es la "sensación rara e incómoda que presenta en el labio" y el temor a "tener una infección grave de la boca". Por ello pensamos que en el ambiente en el cual nos movemos someter a este enfermo a la toma de un injerto intra o extraoral supone un riesgo añadido que no mejoraría la calidad de vida del enfermo ni sus requerimientos asistenciales.



7. BIBLIOGRAFIA

1. Calatrava L. Lecciones de Patología Quirúrgica Oral y Maxilofacial. Ed. Otero, 1979.
2. Cirugía Oral y Maxilofacial. Manual del Residente. 2º Ed. Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial, 2004.
3. Gorlin RJ, Pindborg JJ, Cohen MM Jr. Syndroms of the Head and Neck. Ed MacGraw-Hill Book Co, New York, NY.1979.