

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Quistes Dento-Buco-Faciales

TESIS



PRESENTADA A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, POR

JULIO CESAR CASTRO

COMO ACTO PREVIO PARA OBTENER EL TITULO DE

DOCTOR EN CIRUGIA DENTAL

•

MARZO DE 1958

SAN SALVADOR, - REPUBLICA DE EL SALVADOR, - CENTRO AMERICA

6.99231
3559
58
0
1

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10124923

062788

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

Dr. Romeo Fortín Magaña

SECRETARIO GENERAL INTERINO

Dr. Mario Luis Velasco

FACULTAD D E ODONTOLOGIA

DECANO

Dr. Ricardo Acevedo

SECRETARIO

Dr. René Ricardo Sosa

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

DECANATO

San Salvador, 18 de febrero de 1958

Señor Decano de la
Facultad de Odontología,
Dr. Ricardo Acevedo,
Presente.



Señor Decano:

Los Infrascritos Miembros del Jurado de Tesis presentada por el Br. JULIO CESAR CASTRO B., constituidos a las diez horas del día diez y ocho de febrero de mil novecientos cincuenta y ocho, en el Decanato de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, después de haber estudiado separadamente el trabajo presentado con el título de QUISTES DENTO-BUCO-FACIALES y discutido conjuntamente; resuelven aprobarlo por llenar los requisitos necesarios para ser aprobada.

J. Benjamín Zavalota
Presidente.

Mauricio A. Pinel,
Primer Vocal.

Marco Elí Sequeira,
Segundo Vocal.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

JURADOS EXAMINADORES

1er. Examen Privado:

Dr. Ernesto Arguello Loucel

Dr. René Ricardo Sosa

Dr. Roberto Cuéllar

2do. Examen Privado:

Dr. Carlos N. Zepeda

Dr. René Ricardo Sosa

Dr. José Prado Méndez

Examen de Doctoramiento Público:

Dr. J. Benjamín Zavaleta

Dr. Mauricio A. Pinel

Dr. Marco Elí Sequeira

P R O L O G O

Sobre los Quistes Dento-Buco-Faciales" pretendo desarrollar este trabajo de Tesis Doctoral, haciéndome inaplazable hacer algunas consideraciones preliminares.

Aparentemente la importancia de los quistes, para ser tema de tesis, o se oculta o no existe en realidad. La Patología Oral no da derecho solamente en formar un capítulo en el cual la bibliografía no proporciona métodos preventivos sino que curativos.

No cabe duda que la importancia de los quistes existe, lo que si es verdad que no existe es un interés, una investigación y un afán de estudio, tratando, de no continuar repitiendo lo que dicen los textos sino que comprobando la verdad e iniciando investigaciones en busca de nuevas características diferenciadoras.

Es ésta mi fundamental intención y por supuesto la razón por la cual me he propuesto desde cuando egresé de las labores docentes Universitarias.

Pese a que es un apéndice el que al final insertaré sobre la Conducta del Odontólogo, creo que debe hacerse mención sobre el caso, y haré una exposición de motivos que supongo me justifiquen.

La primera es la creencia de que el tema de Etica no es compatible con algún otro de orden científico. La Moral es para toda agrupación, individuo, especialidad profesional y carrera universitaria compatible, pues no se concibe que exista un representante de un título y que no sepa sus deberes y derechos que son inmanentes.

Los conceptos que fueron elaborados para incluirlos al

exto presente son de mi propia responsabilidad. Así creo que debo ser un digno profesional en la Odontología y no puedo dejar de continuar pensando de tal modo hasta que alguien me demuestre lo contrario.

No es tampoco buscar la ocasión de censurar y criticar en forma esbozada, solamente trato de señalar y después de un señalamiento para con mi persona realizado previamente ya que tal acto, no solo me señala mis lacras, sino que me autoriza a hacerlo con los demás.

En el apéndice, trato de forjarme mi propia ruta de conducta en la labor profesional y nunca pretender encauzar a mis ideas las ideas ajenas que merecen y que creo haber cumplido siempre con el respeto hacia la dignidad humana.

QUISTES DENTO BUCO FACIALES

Definiendo lo que en Odontología es conocido como Quiste, iniciaré el trabajo de Tesis que os presento, diciendo que es: Una cavidad situada en un tejido cualquiera que contiene en su interior un líquido o semi-líquido y que posee una cápsula o membrana que está circunscribiendo esa cavidad. Analizando el contenido químico, denota la presencia de proteidos en forma de albúmina, globulina, suero, colessterina pero con ausencia de grasas o de ácidos grasos. En un porcentaje menor puede encontrarse también nucleo-albúmina.

Refiriéndonos a la naturaleza tisular de la membrana quística, diremos que está constituida por tejido epitelial de la variedad estratificada. Las paredes de los quistes dentarios a veces se presentan angiomatosas, siendo este detalle valioso en la exacta clasificación de ellos. Bordean la cavidad hileras de células que son una manifestación de degeneración.

Descubrimiento y Clasificación

Puede decirse que el descubrimiento de estos focos sépticos está únicamente a cargo de los Rayos X, los que agregando la precisión con que lo logran ofrecen la base en donde se apoya la clasificación que de los quistes existe en una forma completa.

Al examen radiológico aparecen los quistes como zonas oscuras, circulares, perfectamente bien diferenciados de los tejidos en que se alojan.

La clasificación se basa en las siguientes características histológicas: Quistes de origen Dental, Quistes de los Tejidos Blan

en de la clasificación hecha cuadro de las líneas anteriores, sino porque son ellos los que nos permiten mayor modo de investigar esos focos sépticos.

Menester es que reconozcamos que siempre nos hemos limitado estudiar los conceptos que los textos nos proporcionan sin pretender llegar hasta las maneras posibles de prevenir y no tratar que a función de deber profesional, es de imperiosa y urgente necesidad.

La razón por la que escogí como punto de tesis este capítulo de la Patología Oral, es el de que devolvamos la actualidad que merecen todos los diferentes capítulos de la Patología Bucodentaria y de especial manera éste sobre el cual pretendo hacer su desarrollo.

Se inicia a continuación el desarrollo de este esfuerzo con la primera división del cuadro en que se clasifican los quistes dentobuco-faciales.

QUISTES DE ORIGEN DENTAL

QUISTES PERIODONTALES

Se conocen por la multiplicidad de sinónimos que poseen y se localizan en la membrana periodontal con mayor frecuencia en la región periapical. Existen también variedades que se alojan lateralmente a la porción radicular.

En esta membrana de esta primera variedad derivada de los defectos de la membrana periodontal y que, histológicamente pertenecen al tejido epitelial. Se consideran los mismos factores que influyeron en la inflamación inicial, los que forman el quiste periodontal.

Diversas son las etiologías de las variedades periapicales laterales. A los primeros se les atribuye la causa originaria a decimientes infecciosos pulpares, los cuales por el foramen apical invaden el periodonto iniciando la primaria formación que será quiste.

A los quistes periodontales laterales, son teorizables sobre sus etiologías, diciendo que proceden de abscesos laterales, "adyuvando con esta teoría, la fistulización que con frecuencia se sirven. Mas sin embargo, algunos sostienen de que éstos resultan perturbaciones pulpares y que por comunicaciones lateral llegan al periodonto. De las dos teorías parece tener mayor aceptación, ya que en un orden científicamente lo son y no por una hipótesis carente de base suficiente, y es por consiguiente la más aceptada por los más connotados investigadores de la Patología Oral.

Existen además, los llamados quistes residuales, que son de todo a que no se verificó un curetaje conveniente de la cavidadística inmediatamente después de la abulación dentaria que lo originara. Los raigones infectados originan también, los denominados quistes residuales.

Radiográficamente el aspecto de estos quistes, presentan una apariencia de esfera rayolúcida situada en el ápice dentario o en en la parte lateral de la porción radicular.

Cuando el quiste está activo, no existe una zona perfectamente definida de sus contornos siendo definidos hasta que ha cesado su crecimiento, y por consiguiente presentan éstos, los clásicos detalles característicos de un quiste.

Se presentan algunos casos en que es imposible establecer

a certeza de diferenciación entre un granuloma y un quiste, pues elen presentarse el primero como una proliferación epitelial semejante a la de un quiste. Se recomienda en esos casos intervenir l como si se tratara de un quiste bien comprobado.

Otras veces los quistes periodontales, preséntanse una piecaduca o permanente en su área de desarrollo. Son éstos casos s que la historia de la evolución del quiste y la observación -specto a la edad del paciente indagando la normalidad o la anormalidad de la erupción dentaria se logra a establecer un diagnóstico que, pudiera ser de un resultado quístico periodontal o de la riedad dentígera.

ISTES DENTIGEROS

El nombre de esta variedad, en realidad no nos proporciona concepto claro ya que únicamente está incluida en la cavidad -ística la porción coronaria del diente y no el todo del cuerpo la pieza. Son cavidades cerradas de tejido epitelial que poseen psulas de tejido conectivo, desarrollándose en la corona dentate normal o anormal. Esta variedad es frecuente a la edad correspondiente a la erupción dentaria, produciendo entonces en la co--ecta posición de los dientes en las arcadas.

La variedad dentígera y los dientes foliculares, forman con que denominase bajo el nombre de Quistes Foliculares.

Al radiográfico examen, la apariencia de un quiste dentígero la de una esfera perfectamente marcada rodeando la corona de una oza dentaria sin eruptar. Los quistes de denominación dentígera, eden adquirir un tamaño considerable, debido a la gran acumulación

líquida en su interior o en otros casos por la presencia de una infección. Ambos casos contribuyen a la destrucción ósea en inmediaciones del sitio donde se localizan. El tipo dentígero, al expandirse, lo hace también con el folículo dentario, por ello, cualquier área rayolúcida anormal rodeando un diente no eruptado, debe de observarse con sospecha recordando que el folículo normal de un diente no eruptado produce radiográficamente una imagen rayo lúcida.

También estos quistes logran formarse alrededor de Odontomas y de dientes supernumerarios incluidos.

QUISTES PRIMORDIALES

Fué aplicado este término para designar aquellos quistes odontogénicos de origen temprano. Se estudian asimismo como quistes foliculares.

Antes de la formación de las estructuras dentarias hacen su aparición pudiéndose decir que son de naturaleza embriológica.

Se diferencian de los quistes dentígeros y periodontales, porque éstos poseen en sus constituciones elementos calcáreos. Con los del tipo residual se establece la diferenciación mediante el interrogatorio que hemos hecho al paciente sobre la evolución seguida por el cual logramos establecer un diagnóstico preciso.

QUISTES DE LOS TEJIDOS BLANDOS

Son cuatro las variedades de ellos, iniciando su estudio con los mucosos

QUISTES MUCOSOS

Son dilataciones que, por obliteración de sus conductos excretorios o bien por una retención de la secreción normal, aparecen

las glándulas salivares, ocasionando con bastante frecuencia una notable inflamación.

Son únicos, y pueden presentarse en pequeñas dimensiones en la mucosa bucal o bien en cualquier otra estructura que posea tejido glandular. Se localizan oralmente en los labios, la lengua y en el piso de la boca. Las protuberancias son azuladas y de lento e indoloro desarrollo.

Es fácil establecer un diagnóstico certero y el tratamiento quirúrgico.

RÁNULA

Estos quistes se localizan en la mucosa o bien en los tejidos más profundos. Etiológicamente son oclusiones de los conductos mucosos o submucosos del suelo de la boca y se definen como quistes císticos de tal región.

Existen algunos tratadistas que afirman que el nombre de ránula se deriva de la semejanza que la tumuración tiene con el vientre de las ranas.

Pese a que se les considera oclusiones de los conductos mucosos, existe un amplio campo de polémicas de carácter etiológico sobre ellas. Transcribiré la que es menos combatida y que pertenece al Dr. Blair, que dice: "para que un trastorno neoplásico reciba el nombre de ránula, es preciso establecer los límites de esta tumoración". El área de las ránulas siempre está comprendido entre los límites siguientes: Por la parte anterior, la punta de la lengua incluyendo el piso de la boca; Por la parte posterior, la desembocadura del conducto excretor de la glándula sublingual. Fuera de estos límites no puede considerarse como ránula otra posible neo

ormación.

Es caracterizable la rínula por su lento desarrollo que se inicia en la mucosa o submucosa obligando a menudo a que la lengua se desplace hacia arriba en forma moderada, pues el avance real de la rínula se verifica en profundidad. Puede ser doble colocándose entre ambos lados del frenillo, es entonces clasificable como neo-ormación multilobulada.

Los tejidos vecinos cambian su normalidad, por la presión que los imprime la tumuración tornándose los elementos tisulares vecinos de un color gris azulado semejante al tejido propio de la rínula. Produce molestias pero nunca dolor.

Se rompe a veces en forma espontánea, más debe ser enucleado el contenido que pudiera existir así como la membrana quística a que es muy frecuente la recidiva de estos tipos de quistes de los tejidos blandos.

QUISTES DERMOIDEOS

Son cavidades incluidas en una cápsula fibrosa tapizada de epitelio estratificado. En estas estructuras se desarrollan elementos dermoideos característicos tales como pelos, uñas glándulas cecáceas o sudoríporas.

La localización más frecuente de ellos es el paladar duro y el blando, el suelo de la boca y dorso de la lengua.

Se ha llegado a la conclusión de que tienen un índice elevado de ser originados congenitamente.

De los tres, la mayor frecuencia de padecer de este tipo de absceso es la glándula sublingual. Evidentemente, la mayor repercusión ha sido esta glándula y se explica tal frecuencia porque posee una variedad de conductos excretores que lógicamente proporcionan mayores riesgos de obstrucción. Se manifiesta el dolor al ingerir alimentos o al solo pensar en ellos. Se atribuye la causa de la mayor incidencia en las otras glándulas, al hecho de tener largos conductos excretores que prácticamente hacen que la frecuencia sea casi comparativamente con la sublingual.

SISTEMAS DEL OJALADO OJALO

SISTEMAS DEL SENO AXILAR

Son indolores, son descubiertos por el paciente mismo por la fluctuación y crebitamente a la presión táctil sobre él área correspondiente. Estas manifestaciones son debidas al adelgazamiento de las paredes del seno y a los fragmentos ícters que resultan de consecuencia de cualquier presión hecha sobre el antro.

En otras oportunidades tienden a distender el antro formando una prominencia facial a nivel de la región infraorbitaria.

El pronóstico es favorable y el tratamiento solo puede verificarse por medios quirúrgicos, los cuales han creado tres métodos iguales vías de penetración al seno. He aquí las operaciones y las distintas vías que se practican en la cirugía contemporánea.

La denominada Caldwell-Luc, la de vía nasal por el recto nasal y la verificada a través de un alvéolo dentario.

Se omitió por el autor el método escrito porque que más de ser ve

eficada intracanalmente, da una amplitud en la perforación con la estabilidad lógica enve más amplia. La incisión de la operación McNeill-Luc se hace en el límite labio gingival situado entre la primera molar superior y el primer o segundo premolar. Se levanta el colgajo, desbridando tejido adherido hasta dejar al descubierto el hueso. Tomando como punto de referencia se utiliza el agujero infraorbitario y se perfora con cinceles una abertura de un diámetro que permita la introducción del instrumental para extraer el contenido quístico en su totalidad. Además se acostumbra verificar la perforación hacia la vía nasal con el objeto de que sirva para lavados de sustancias antisépticas o suero fisiológico intranasalmente.

La otra técnica es la del perforamiento nasal hacia el seno por medio de una abertura realizada a nivel del meato medio. Para esta técnica existe un instrumento especial que verifica la trepanación con límites precisos.

La tercera técnica es alveolar después del sacrificio de una pieza dentaria del área correspondiente a la existencia normal del Antro de Higuro. Del fondo del alvéolo parte la vía de penetración sin proporcionar la debida amplitud requerida en algunos casos de quistes de desarrollo amplio.

Confundibles con los quistes del seno existen los Empiomas. Aquí las características clínicas diferenciales que logran un diagnóstico acertado.

EMPIEMIAS

QUISTES

Antecedentes dolorosos

Ausencia de dolor

Elevación de la temperatura

Normalidad térmica

Arredos antrales normales

Tendientes a la fractura

Purificación nasal

Normalidad

Reacción notable a la transluminación

Relativa o nula

QUISTES FISURALES

Ciertos quistes fisurales de la cara se forman en la unión de las invaginaciones embrionarias que llegan a constituir los maxilares. Son éstos pues los que la Patología Bucal nombra como Quistes Fisurales.

Otros se forman en el conducto incisivo, derivación del conducto nasopalatino y este último nombre reciben aquellos quistes localizados en esa zona. Los quistes fisurales son algunas veces de difícil diagnóstico, especialmente aquellos que tienen dimensiones extensas y en los casos en que hay ausencia de piezas dentales.

Etiológicamente se les atribuye su presencia como el producto de células embrionarias epiteliales en las fisuras faciales. Podemos con certeza afirmar pues que no existe otro origen más que el embrionario en estos últimos conjuntos de padeceres quísticos.

Los quistes fisurales se clasifican en tres variedades:

Quistes Escalvculares

Quistes Medios

Quistes Globulomaxilares

ISTHUS NASOALVEOLARES

Se localizan en la unión de los mamelones globular, lateral sal y maxilar como una tumefacción anejección del ala de la nariz, crecer, invade la cavidad nasal causando un abultamiento en el estíbul. Su desarrollo puede llegar a interesar el labio superior e el examen táctil es fluctuante y ocasiona asimismo asimetría na l o facial.

La histopatología es la de un saco del tipo conectivo con e- telina que contiene un líquido espeso, mucoso y de color parduzco su lugar de origen. Después de la extirpación quirúrgica se ha- aperiencia de la plástia nasal o labial porque la extensión normal- mente grande del quiste.

ISTHUS MEDIOS

Como lo indica el nombre, la localización de ellos es cen- al, encontrándose en la línea media de ambos maxilares ubicado la segunda variedad figurada.

En el maxilar superior puede encontrarse en la parte ante- or externa llamándose entonces Quiste Medio, o bien situado en parte media e interna siendo conocido entonces como Quiste Pa- tino Medio.

Aunque no completamente definida su etiología, se dice con stancia frecuencia que se originan de la lámina palatina revesti- de epitelio. Situado entre las incisivos centrales en las per- ones maxilares, no ofrecen objetivamente dato alguno de la e- stencia de la neoplasia. Histológicamente es como queda demos- tra la existencia de una separación anormal de las raíces de las

zas afectadas debido a la presión que el quiste ejerce sobre esas porciones radicales. La resistencia opuesta por la implantación dentaria hace que el quiste tenga una forma ovoidea o elíptica, la que, después de haber hecho las extracciones vuelve a la forma clásica de los quistes, es decir esférica y definida en todos sus contornos.

Como se dijo, a veces los quistes medios, aparecen por dentro de la boca conocidos como asimismo se dijo con el nombre de quistes Palatinos Medios. Como son muy frecuentes las confusiones en los quistes del conducto incisivo, daremos detalles especiales de esta variedad intrabucal.

Los quistes palatinos anteriores se encuentran localizados siempre atrás del agujero incisivo y, en los casos que pueden por su lumen hacer obscura la diferenciación, se recurre al examen títular, que da como resultado, en los tumores que estamos describiendo, la carencia de tejido glandular que les es característico y los que pueden ofrecer margen de error: los quistes del conducto incisivo.

QUISTES GLOBULOMAXILARES

Deben el nombre a que se localizan en la unión de los rami maxilar y globular. Se encuentran en el proceso alveolar y no así confundibles con quistes radicales, pues se sitúan entre las porciones radicales del incisivo lateral y del canino superior, ocasionando al crecer de ellos, una separación de dichas piezas en forma anormal y visible al examen clínico.

Todos estos tejidos enumerados desaparecen al primer año de vida, pero sin embargo persisten en un amplio margen. Pero no se descarta la idea sobre, de que, tan solo la presencia de estos restos embrionarios, es suficiente para formar una neoformación típica de este; se necesita un estímulo externo que haga iniciarse el primitivo fundamento patológico, estímulo que puede ser de diversos orígenes tales como irritaciones crónicas proporcionadas por el uso de dentaduras protésicas mal ajustadas, o también a afecciones de la lámina palatina. Hasta aquí la palabra autorizada del Dr. Noyes.

Otros opinantes atribuyen el caso a una obstrucción de los conductos mucosos siendo así pues que los quistes nasopalatinos son del tipo retentivo.

Con la descripción anterior queda terminado el análisis de vida uno de los aspectos que fueron dados en la clasificación inicial. No creo que estos conocimientos tengan una eterna manera de seguirse suponiendo exacto e infalible; en la ciencia no hay concepto estable y los medios de investigación que ya se practican y los que son proyectados para el futuro, hacen suponer que como tantos conocimientos sufrirán la revolución imperiosa del tiempo y de los medios investigativos con precauciones extremas para evitar errores, harán de tan solo de estos conceptos actualmente estudiados no que de muchos más transfigurados del Saber Humano en conceptos llenos de autoridad científica moderna y comprobable.

ERRORES DE INTERPRETACION RADIOGRAFICA

Merece que sea este capítulo abordado inmediatamente después



la clasificación porque es en algunos casos de frecuencia notable error de suponer lo que es un quiste y lo que es un elemento radiolúcido.

Describí inicialmente la apariencia que ofrece el hueso negro en la radiografía con el objeto de establecer un punto de comparación que logre distinguir lo que es normal y lo que es patológico.

El hueso tiene una imagen que se asemeja a una red blanquesina que tiene en su interior espacios oscuros. Los límites óseos pueden aparecer o bien blancos o negros y en oportunidades una mezcla de oscuros y claros espacios ordenadamente distribuidos.

En términos estrictamente radiológicos, podemos clasificar imágenes logradas en dos clases. Hay elementos que aparecen blancos en el negativo radiográfico y se denominan de apariencia radiolúcida, los de apariencia oscura se determinan como elementos radiolúcidos.

Por hay elementos anatómicos con identidad de imagen radiológica y en ellos es donde radica la frecuencia de errores al suponer patológico lo que en realidad solo posee una apariencia igual a un proceso patológico.

Los quistes son elementos de apariencia radiolúcida, circunscritos con sus límites perfectamente determinados y de una forma específica. Sin embargo hay elementos de idéntico aspecto en los maxilares y serán descritos ellos en líneas continuas.

En el maxilar inferior, son los agujeros mentonianos los que en número de veces crean errores interpretativos radiográficos. La situación normal es media entre las porciones radiculares de los

molares. Sin embargo una angulación defectuosa, hace que tal agujero aparezca no en medio de las raíces, sino que colocado apicalmente dando lugar a suponerlo quiste periapical, o cuando se colocan lateralmente a la porción radicular, se pueden tomar como quistes paradistales del tipo lateral. Al existir en nuestro informe una duda, deber del Odontólogo, tomar desde una angulación diferente una nueva película y establecer si hubo error en la primera radiografía si en realidad podemos incluir en nuestro informe reacción de índole patológica.

En el maxilar superior, es el seno uno de los elementos con-
 dibles con un quiste de cuya clasificación comprendemos sea tomada como un Globulomaxilar o Nasopalatino. Este error ocurre con mayor riesgo al aparecer en una película de dimensiones reducidas (pequeñas) que en una de amplitud mayor. Es indicado tomar para obtener una certeza científicamente respaldada por los hechos, una toma extraoralmente y de frente, tratando de que sean incluidas en esa radiografía, las órbitas, las que, por su constante situación invariable aspecto, ofrecen por contraste saber si estamos en lo cierto al suponer perturbaciones del antro, o que solo fué un aspecto de los que las muchas variedades de seno, pueden presentarse a un diagnóstico con Rayos X realizado.

Me referí a las variedades de senos que es posible sean apreciados en la Radiología Facial. Aclaremos que el tamaño bien puede ser reducido o extenso y a la par que es frecuente la aplasia unilateral o bilateral de él.

Los agujeros infraorbitarios, palatinos anteriores y posterior

es, pueden causar resultados dudosos al aparecer en una radiografía, e hace necesario una segunda exposición para que sea aclaratoria.

Referente al cuidado de la exposición a los Rayos X, puédesse afirmar que los riesgos han sido eliminados a cero. Los industriales e la especialidad de aparatos radiográficos, han reducido todo lo posible al construir los aparatos y junto con la reducida exposición que es precisa de que recaban las películas, han hecho este capítulo de las exposiciones a los Rayos X en la Odontología, fuera de lugar.

Algunas consideraciones de índole más técnico que de precaución es digno de mencionar por ejemplo el no permitir que por adversas condiciones del paciente se nos haga pensar que, para tener mayor seguridad, se hace imperioso que séamos nosotros quienes sujetemos en la boca del paciente el paquetillo radiográfico. Esta labor debe ser exclusiva del paciente y jamás del Odontólogo. También la colocación del practicamente debe ser medida con la longitud que tiene el cable del disparador y situarse atrás o a un lado opuesto a la línea que llevarán los rayos al dispararlos.

TRATAMIENTO

Es el quirúrgico el que mayor seguridad de éxito ofrece en todos los aspectos que a la Odontología Patológica ofrecen los quistes. Se necesita conocer los datos que se deben tener en cuenta en el preoperatorio y las contraindicaciones para intervenir sin riesgos. Débese recordar que cada paciente ofrece características diferentes y que cualquier precaución por exagerada que aparezca, es un riesgo menos para el éxito perseguido.

He aquí unas de las contraindicaciones que son necesarias en toda intervención de un grado referente a la extirpación de un quiste, tener en cuenta:

- 1º Cuando las defensas orgánicas están debilitadas
- 2º Cuando se padece de enfermedades infecto-contagiosas o que por su gravedad merezcan aplazar la intervención
- 3º En personas de edades avanzadas
- 4º En niños desnutridos

Apegado a los principios de la Escuela Conservadora, mencionaré la que ella indica y que trata por todos los medios posibles a que las piezas poseedoras de focos sépticos, sean en vez de extraídas, conservadas mediante una intervención quirúrgica llamada pipectomía, posterior a un tratamiento endodóncico.

APICEPTOMIA

La endodóncica en estos casos es precisa porque proporciona al cirujano una seguridad completa acerca de los límites que el cono apical debe tener. Obturado el canal radicular con gutapercha, se prepara el paciente para la intervención con la cual se le eliminará por medios mecánicos el foco quístico y que amputará la parte de raíz más próxima al foramen apical.

La incisión, en la forma más corriente de hacerse, tiene la forma de una semiluna o más bien determinada la de una U tal como tal letra cursiva, es decir con los extremos colocados hacia arriba. Levantando el colgajo, se llegará a la porción alveolar en donde radica la porción superior del diente. Ya en el hueso se verifica una aber-

ura o ventana que coincidirá con el foco infeccioso que se demuestrá en la radiografía que deberá estar próxima y visible al operador durante toda la intervención. Al romper el hueso con escoplos o inceles de tamaños especiales, se presenta la lesión en dos formas que determinan su naturaleza. Un quiste hace romperse su cápsula es apándose un líquido. Si aún la afección es un granuloma hay presencia de tejido de granulación el que por medio de cucharillas deberá ser removido en su totalidad.

Cuando se trata de un quiste peripical como es el caso en que se debe practicar esta clase de operación, se debe enuclear el contenido y membranas quísticas, dejando la cavidad limpia de células circunvecinas a la cavidad que son degenerativas en su esencia quedará así entonces el ápice, además de visible, completamente libre de líquido quístico o de tejido de granulación rodeado.

Se verifica entonces la amputación apical, la que será hecha pocos milímetros del foramen usando como medios de lograrlo, los inceles o el uso de fresas corrientes. A pesar del trauma tan notable en el post-operatorio, se usará más el cincel que la fresa.

Al corte transversal de esa porción radicular, se presenta a la vista el material obturante del tratamiento endodóncico, sirviéndonos de guía para conocer si el corte ha sido efectuado exactamente donde se debe realizar.

Lo minúsculo de la porción apical suprimida, hace que a veces se pierda en la cavidad que contiene sangre impidiendo su localización.

La operación concluye con la sutura de los tejumentos después de un lavado con soluciones antisépticas de la cavidad ósea que se deja.

Ultimamente se ha suprimido el uso de la sutura para las heridas de reducido tamaño como la realizada en ésta intervención usando ahora el cemento quirúrgico que además de ser colocado con suavidad por su consistencia pastosa que es como se aplica, produce una cicatriz sin ningún trastorno de los que son tan frecuentes en estas manifestaciones morbosas.

Se hace constar que existen otras técnicas operatorias, que en verdad difieren solamente en la forma de la incisión y por el instrumental usado en ellas. Respecto a la extracción dentaria en algunos casos de quistes, no es que sémos contrarios a practicar la exposición, pero habiendo medios de tratar de mantener una pieza dañada por una afección quística, vale la pena hacer el esfuerzo humanitario de salvar la pieza y de enuclear conscientemente el quiste.

B I B L I O G R A F I A

- Dr. Carl Eliseht "ENFERMEDADES SEPTICAS MAXILO-DENTICO-FACIALES"
- Dr. J. F. Colyer "PATOLOGIA Y CLINICA OTO-RINO-LARINGOLÓGICA"
- Dr. L. F. ... "PATOLOGIA BUCAL"
- Dr. Livingston ... "PATOLOGIA DEL OIDO DEFUNCTO"
- Dr. Livingston ... "OFTALMIA ORAL"
- Dr. ... "Apuntes de una Conferencia dictada en el Primer Congreso Nacional de Odontología, en el Est. Central, en el mes de Septiembre de 1956"
- "Artículo del Dr. Hamilton Livistone y sus colaboradores, publicado en la revista bostoniana "Dental Radiography and Photography", Número 4, Volumen 26, del año de 1956"

cer una oscuridad sobre la víctima sin que ésta logre apenas percatarse de que existen a distancia festivos comentarios que no por serlo dejan de a la vez ser hirientes a la susceptibilidad individual.

Las asociaciones gremiales, deben ser tenidas con respetuoso interés fuera en las circunstancias, como las representativas sociedades de un país o región, de una especialidad o de algún ideal que sea justo y que pueda exigir continuación. Es un multiplicando respeto hacia el colega que mas que un asociado débese ser tenido como un colega y jamás como un oponente a nuestros criterios o maneras de no creer en algunos conceptos propios. De la discusión sale la claridad y si existe en el seno de las agrupaciones, es porque cumplen con una función de hacer compactos las diversas opiniones en una sola que será la más llena de experiencias de índole progresista a todos en general y jamás con particularizaciones.

Gernillero de inquietudes es siempre ese conjunto de juveniles afanes y de inexperiencias que es en donde se forja el mañana de la profesión.

Me refiero a la Escuela de Odontología funcionando aquí o en cualquier parte, ya que es similar la condición de juventud en todas las latitudes y a recordar que también lo fuimos un día, es una injusticia no aceptar sus desbordamientos y debemos orientar esos cauces con los diques

En la referencia de la conducta que debemos a nuestros pacientes desearía aclarar que para el Odontólogo no deben existir estratagemas sociales al sernos consultados y prodigar igual trato a todos los pacientes, acomodados o humildes ya que todos de igual manera nos honran al buscar nuestros servicios profesionales.

Todos tenemos un carácter susceptible a irritarse ante la no comprensión lo que a un paciente, al indicarle, ciertos cuidados dignos de ser respetados, hace todo lo contrario a nuestras indicaciones. El Odontólogo debe tener superficiales conceptos sobre los diversos estados de ánimo de sus pacientes. Todos parecen tener, al llegar hasta el sillón dental, la misma reacción de ansiedad, pero en verdad puede diferir en los grados de sentirse tal inquietud. Antes de que ellas sean puestas en manifiesto por el paciente debe tratar de ganarse la confianza con la plena moderación haciéndose pensar, que el Dentista no es más, que un amigo con interés en devolverle sus normalidades o estéticas o su salud oral perdida. Mediante el observatorio de estas normas de conducta se hace placentero el trabajo no sólo al clínico sino que también al paciente, el que, con su colaboración produce más satisfactorios los minutos cedidos para su sesión o consulta.

Cuando existen trabajos que a nuestro juicio deben ser removidos por carecer de la debida perfección, nunca se debe indagar sobre el nombre del autor del trabajo siendo más correcta la explicación científica del por qué se considera tal trabajo no mal realizado, sino que inadecuado de continuar llevando el paciente en su cavidad oral.

Existe otro error que el Odontólogo debe conocer y que consiste en sentir hasta cuándo por fatiga o por edad avanzada, sus facultades fallan y inhabilidad compromete el éxito que espera el paciente de la labor que le confió. Reconocer la falta de habilidad es algo muy raro de observarse, más he creído incluir este párrafo al respecto porque nadie ha podido ser infalible e insustituible a la vez.

Al referirse a la conducta del catedrático diré que toda habilidad, mérito o desinterés en la enseñanza se derrumba ante el intento de catequizar a base de nuestras ideas y opiniones al estudiantado creyéndole una masa capaz de ser a nuestro antojo movida.

La juventud, si es verdad que es inexperta y obedece a sus impulsos propios, es elástica en su verdadera naturaleza, no por malicia sino que por su más visible característica que la diferencia del comportamiento general. Pueden las manos del catedrático modelar su personalidad en ella, más al cesar la presión que la deformara, vuelve a tener la morfología inicial, ella con verdadera ansiedad busca el ejemplo digno