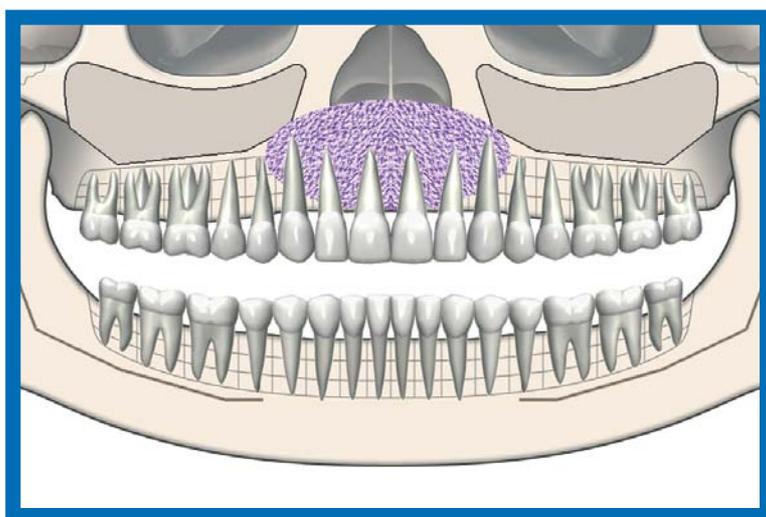


Sesiones de cirugía



Dr. Jaime Baladrón Romero

AUTORES

Dr. Jaime Baladrón Romero.

Cirujano maxilofacial.

www.baladron.com.

Oviedo.

Humberto J. Arias Fonseca.

Odontólogo.

Gijón.

Quiste del conducto nasopalatino

Enucleación y apicectomías con sellado a retro con MTA



Paciente de 21 años con antecedente de traumatismo en la región maxilar anterior, ocasionado dos años antes. No refiere historia de infecciones ni hay fístulas visibles en la exploración intraoral. Tiene una ligera movilidad anormal de los incisivos superiores. Hay una maloclusión con apiñamiento y sobremordida excesiva.



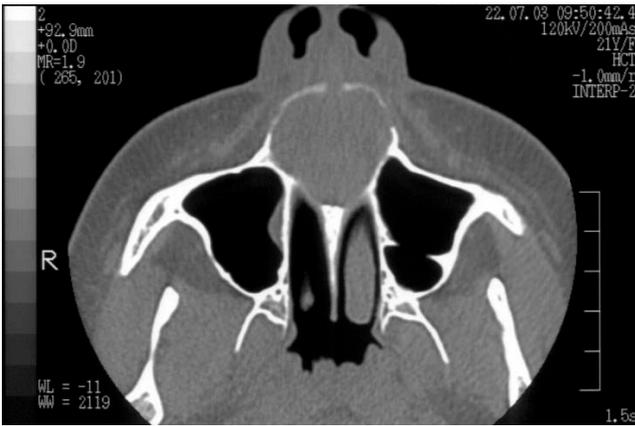
En la ortopantomografía, presenta una gran lesión radiolúcida en la línea media, que destruye la mayor parte del hueso de la *premaxilla*. Los dientes relacionados con la lesión no están endodonciados, por lo que se indica realizar una prueba de vitalidad pulpar en los mismos.



La tumoración, de crecimiento lento, abomba por vestibular y palatino. Las pruebas de vitalidad de los seis dientes anteriores son negativas. Se recomienda la endodoncia prequirúrgica de los dientes no vitales relacionados con la lesión.



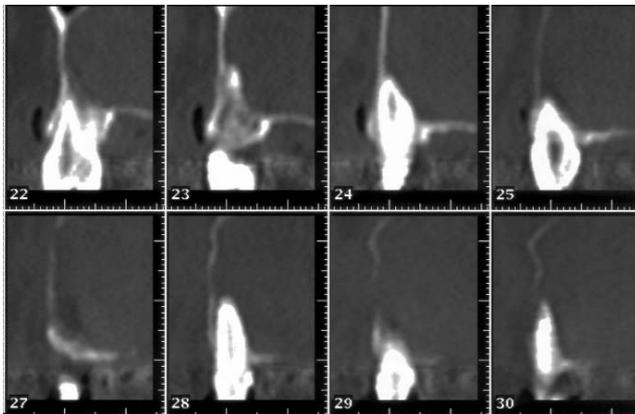
En la radiografía oclusal, se observa una gran lesión radiolúcida en la región de la *premaxilla*, que se extiende hacia atrás.



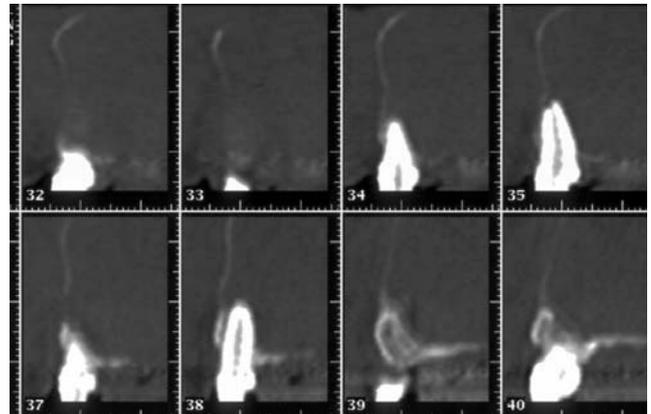
Se solicita una TC del maxilar superior, en la que se aprecia una imagen radiolúcida de aspecto quístico, redonda, de 3 cm de diámetro, en la línea media, que abomba las corticales vestibular, palatina y nasal de la *premaxilla*.



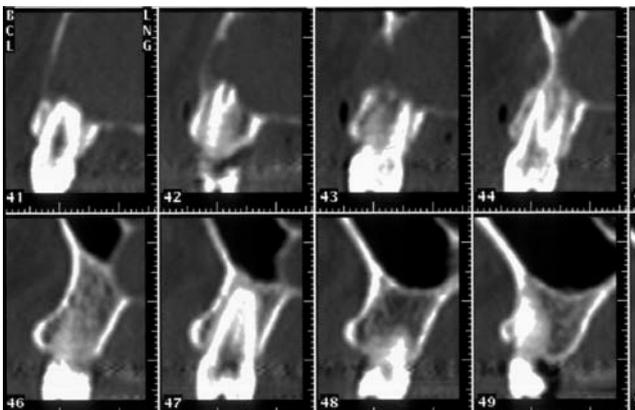
La lesión afecta a los ápices de los dientes anteriores del maxilar superior (#14, #13, #12, #11, #21, #22 y #23), con pruebas de vitalidad pulpar negativas. Se deberán endodonciar antes de la intervención.



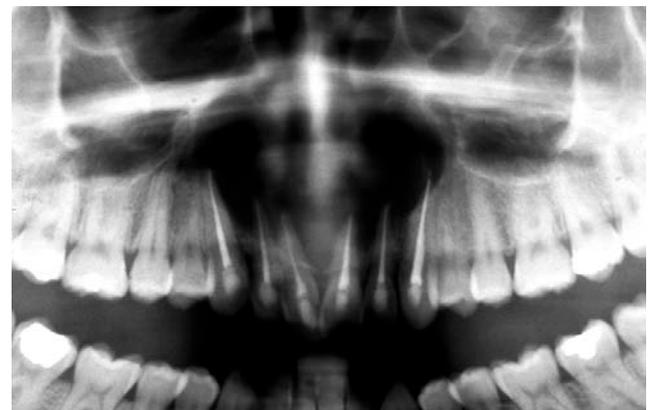
En los cortes del DentaScan, se aprecia la destrucción de la mayor parte del hueso de soporte de los dientes afectados. Sólo resta una cortical papirácea en el maxilar superior.



Los diagnósticos de sospecha más importantes con esta imagen son: quiste del conducto nasopalatino y quiste radicular, con unas probabilidades del 62% y 11%, respectivamente (según el sistema experto de radiología oral de UCLA, disponible en www.orad.org).



El quiste del conducto nasopalatino, también llamado quiste del canal incisivo, es un quiste intraóseo embrionario situado en la línea media de la parte anterior del paladar, derivado de los islotes de epitelio remanentes después del cierre del conducto nasopalatino embrionario. El tratamiento del quiste nasopalatino es la enucleación quirúrgica por abordaje palatino. La recidiva de este quiste es rara.

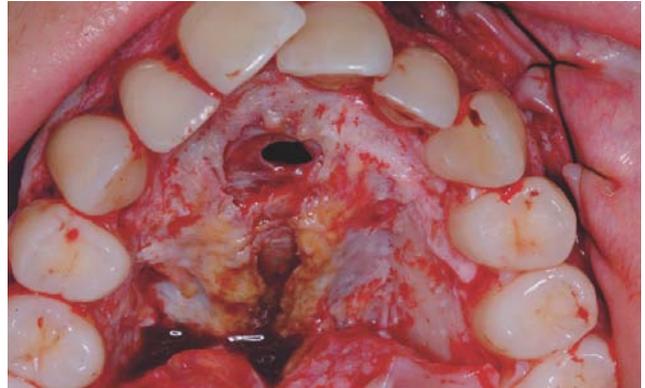


Normalmente, en estos quistes, la vitalidad de los dientes adyacentes no está comprometida (a diferencia de lo que ocurre con los quistes radiculodentarios). En el caso de esta paciente, la desvitalización de los dientes probablemente ha sido consecuencia del enorme crecimiento del quiste (afectación secundaria). En la ortopantomografía se muestran las endodoncias realizadas antes de la intervención.

Intervención



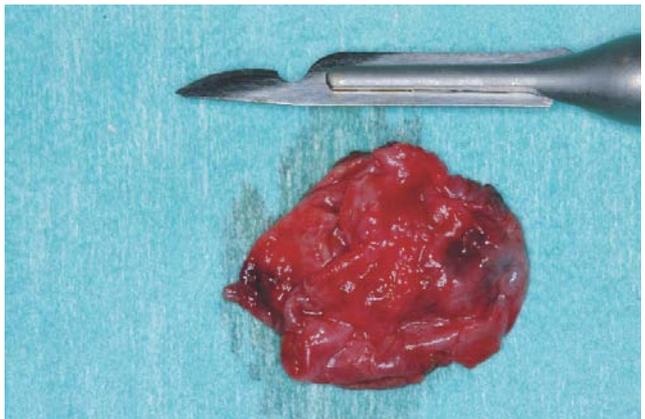
Se planifica realizar, bajo anestesia local, la enucleación del quiste y el sellado a retro con cemento de MTA de los dientes desvitalizados por el crecimiento de la lesión. La imagen muestra el contenido líquido oscuro, no purulento, aspirado de la lesión, después de la anestesia.



Se realiza una incisión intrasulcular y un abordaje mixto a la lesión (palatino y vestibular). Durante el despegamiento del colgajo palatino es necesario seccionar el nervio nasopalatino. La cortical palatina está abombada y es papirácea.



Tras realizar el despegamiento del colgajo vestibular, se observa la erosión de la cortical vestibular por el crecimiento de la lesión en la región interincisiva, con destrucción de la espina nasal anterior.



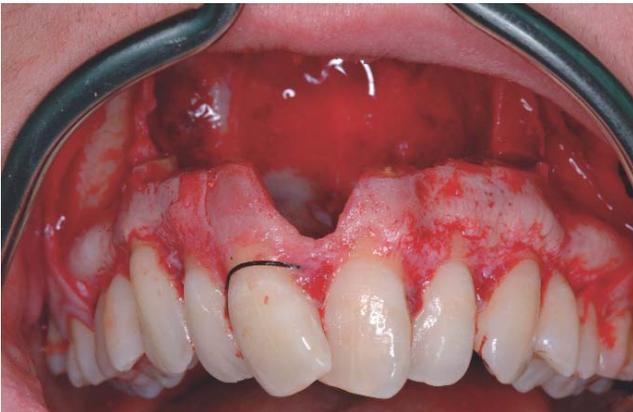
Enucleación de la pared del quiste. Se envió para su análisis histopatológico y se notificó como compatible con quiste del conducto nasopalatino (epitelio pseudoestratificado transicional "respiratorio").



Defecto óseo masivo residual tras la enucleación del quiste.



La lesión expansiva de crecimiento lento había provocado una destrucción del 90% del hueso de la *premaxilla*.



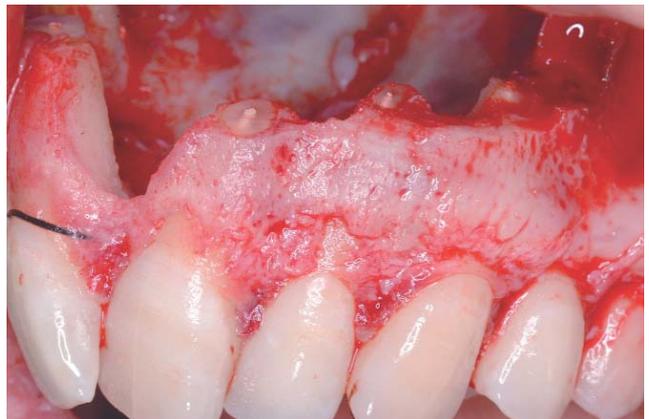
Con una fresa de fisura, se realizan las apicectomías. Se eliminan los 3 mm más apicales de las raíces de los dientes previamente endodonciados.



Vista lateral derecha de las apicectomías de los #13, #12 y #11.



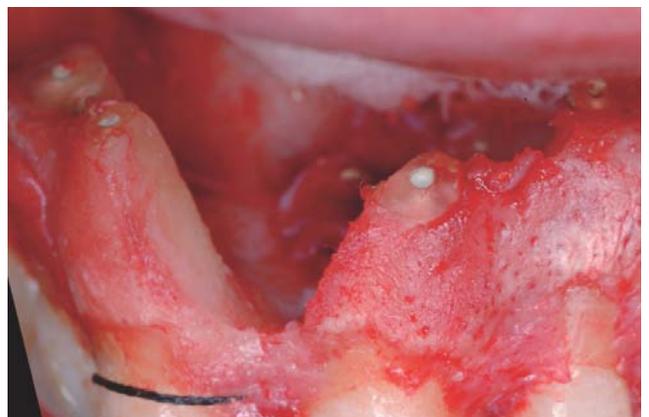
Se observa el sellado con gutapercha de los canales radiculares de los dientes anteriores del lado derecho, antes de proceder a la realización de las cavidades a retro.



Apicectomías de los dientes del lado izquierdo. El corte de la raíz es perpendicular a la misma, sin bisel, para dejar expuesta la menor cantidad de túbulos dentinarios posibles y disminuir la posibilidad de filtración al periápice.



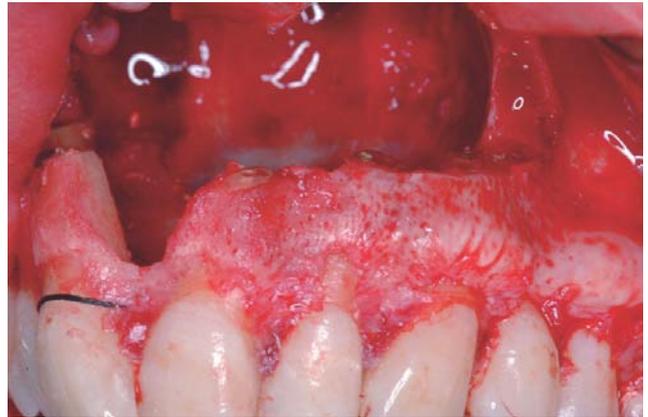
Bajo visión magnificada con microscopio, se realizan las preparaciones a retro, de 3 mm de longitud, con instrumental ultrasónico y el sellado de las mismas con cemento de MTA.



El cemento de MTA es un material de obturación retrógrada que ha demostrado crecimiento de cemento por encima del mismo, permitiendo una curación completa del periápice. Tarda aproximadamente cuatro horas en fraguar, por lo que no puede ser pulido durante la intervención.



Vista lateral derecha del defecto óseo provocado por el quiste, al final de la intervención. No se realizará ningún injerto óseo.



Vista lateral izquierda del defecto óseo provocado por el quiste, al final de la intervención, antes de la sutura.



Se realiza la reposición de los colgajos mucoperiosteicos y la sutura de los mismos con Vicryl rapid de 4 ceros.



Vista oclusal al finalizar la sutura.



A los quince días, la paciente vuelve a revisión. Los puntos de la región anterior han desaparecido y sólo quedan restos de los mismos en la región posterior.



El informe anatomopatológico confirma el diagnóstico de sospecha de quiste del conducto nasopalatino. Se avisa a la paciente de que es improbable la regeneración completa de un defecto bicortical de esa magnitud. Se cita a la paciente para una revisión a los nueve meses, en la que se la encontró asintomática.

Resultado a los cinco años



Cinco años después de la intervención, la paciente no presenta ningún signo o síntoma patológico.



En la vista oclusal, la tumoración ha desaparecido.



En la ortopantomografía de control, se observa una curación total de los periápices de los dientes apicectomizados. Resta un defecto residual en la línea media, probablemente relleno de tejido cicatricial.



En la telerradiografía lateral de cráneo, se aprecia la localización del defecto óseo residual en la región de la espina nasal anterior.



Vista lateral derecha a los cinco años de la intervención.



Vista lateral izquierda, a los cinco años de la intervención.

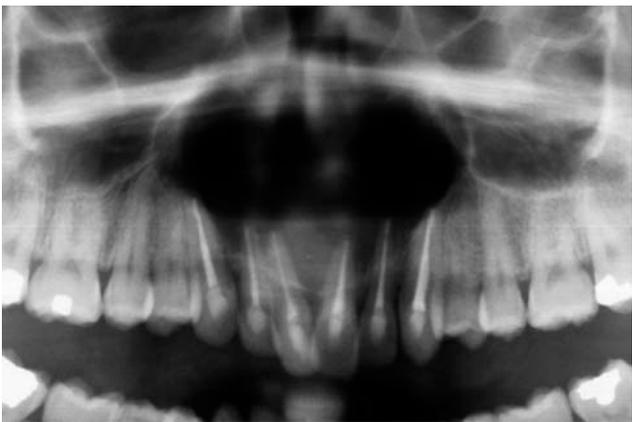
Seguimiento radiográfico



Ortopantomografía inicial, en el momento del diagnóstico.



Ortopantomografía preoperatoria inmediata, tras la realización de las endodoncias de los dientes desvitalizados por el quiste.



Ortopantomografía posoperatoria inmediata, en la que se aprecia la magnitud del defecto óseo residual, tras la extirpación de la lesión y las apicectomías.



Ortopantomografía de control a los nueve meses de la intervención. Se observa una ligera curación de la lesión, con crecimiento óseo desde la periferia de la cavidad ósea residual.



Ortopantomografía de control al año y medio de la intervención. La cavidad ósea sigue lentamente reduciendo su tamaño.



Ortopantomografía a los cinco años de la intervención. Existe una curación ósea de todos los periápices sellados a retro con MTA. Resta un defecto residual en la región de la espina nasal anterior.

Antes



Imagen frontal en el momento del diagnóstico. Abombamiento vestibular por el crecimiento lento del quiste.

Después



Ortopantomografía inicial, en el momento del diagnóstico.



Imagen frontal a los nueve meses de la intervención.



Ortopantomografía a los nueve meses de la intervención.



Imagen frontal a los cinco años de la intervención. La paciente continúa asintomática desde la intervención.



Ortopantomografía a los cinco años de la intervención. El defecto óseo ha osificado espontáneamente y sólo resta una zona radiolúcida en la línea media.