

*Original*  
*584*



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**QUISTES ODONTOGENICOS**

**T E S I S**

Que para obtener el Título de  
**CIRUJANO DENTISTA**

Presenta:  
*Virginia López Sigüenza*

---

---

México, D. F.

1979

14969



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

1.- INTRODUCCION

2.- GENERALIDADES

3.- CLASIFICACION

a) QUISTES FOLICULARES

b) QUISTES PERIODONTALES

4.- DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS  
QUISTES ODONTOGENICOS

5.- BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION.

Debido a la importancia que tiene la odontología en nuestros días y responsabilidad que tenemos hacia nuestra profesión y las diferentes enfermedades que presenta la patología bucal me he inclinado hacia el tema "QUISTES ODONTOGENICOS" porque considero que es de suma importancia el conocimiento y etiología -- que se presentan en la práctica clínica y es de interés para nosotros el poder identificar las lesiones e infecciones bucales de los tejidos odontológicos.

## CAPITULO I

## GENERALIDADES

Quiste es una cavidad que se presenta en tejidos blandos o duros con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso; se encuentra rodeado por una pared de tejido conjuntivo o cápsula y puede tener revestimiento epitelial el volumen de contenido es importante en relación con el tamaño de la masa total de tejido.

Los quistes odontogénicos que tienen su origen en los tejidos de sosten del diente se pueden presentar desde la infancia hasta cualquier edad, en su crecimiento van destruyendo el hueso ya que el hueso esponjoso es menos resistente que el hueso cortical - este hueso puede atrofiarse debido a la presión y luego volverse muy delgado semejando una cáscara de huevo esto nos puede dar lugar a una ulceración.

Un quiste puede ocupar la totalidad de un segmento de la arcada ensanchándola hasta el extremo de producir una distorsión facial. Un quiste verdadero es una cavidad tapizada por epitelio puede estar situada dentro de los tejidos blandos o profundamente en el hueso o bien puede localizarse dentro de una superficie ósea. Dentro de los maxilares, el quiste puede tener su origen el epitelio odontogénico es decir que en los restos de la lámina dental y los órganos del esmalte la proliferación y degeneración quística da origen a un quiste.

La presencia del tejido epitelial en el interior de la médula de los maxilares constituye tanta diferencia entre los maxilares y otros huesos del ---

cuerpo; el epitelio odontogénico que representa las ventajas de los órganos del esmalte o de la lámina dental puede existir en los maxilares en forma de esmalte no desarrollado.

El epitelio odontogénico en el maxilar superior que cubre el proceso alveolar se encuentra a lo largo de la lámina media del paladar entre la zona que divide los caninos e incisivos laterales del maxilar y en la región de la base de la nariz, una fuente de epitelio no odontogénico en el maxilar son los restos del conducto nasopalatino vertical que está revestido de epitelio.

En los primeros meses de vida fetal en numerosas vértebras inferiores se conecta entre sí la cavidad nasal y bucal de este conducto y se ve en el canal nasopalatino y en la zona de la papila incisiva y en la zona alveolar de la mandíbula y raras veces en las regiones aisladas del maxilar se pueden observar inclusiones del epitelio de la glándula salival aunque este epitelio puede dar origen a tumores de la glándula salival.

Los maxilares contienen en su médula epitelio odontogénico de acuerdo con esto en los maxilares se forman dos tipos de quistes los odontogénicos y no odontogénicos.

Los quistes odontogénicos son los que derivan del epitelio asociado con la formación del aparato dental, el tejido odontogénico constituye un gran grupo de lesiones que van a reflejar el complejo desarrollo de las estructuras dentales algunas son meramente alteraciones de la odontogénesis y no verdaderas neoplasias los quistes odontogénicos no solo son tumores, estas lesiones son agrupadas por su origen en un grupo de tejidos de su especialización y su clasificación se basa en la histología de estos tumores.

La organización mundial de la salud estableció un centro internacional de referencia para la definición y clasificación histológica de los tumores odontogénicos, quistes de los maxilares y lesiones asociadas en Copenhague esto se hizo en reconocimiento de la complejidad de este grupo de tumores y en un intento por conseguir colaboradores internacionales para la explicación y difusión de conocimientos e ideas.

Los quistes pueden ser formados por varios gérmenes dentarios actuando en conjunto y su forma es de una apariencia folicular múltiple el germen del diente que nace de la lámina dental o de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del diente; puede dividirse y formar un número de folículos y cada folículo puede formar un quiste causando la formación de los llamados quistes hijos que necesitan una exploración cuidadosa al hacer la operación.

Debe recordarse que el quiste primordial o dentífero es un ameloblastoma en potencia la formación de gérmenes en la capa basal del epitelio y el crecimiento papilar en la luz de la lesión puede ser el principio de un tumor dental. Los quistes de desarrollo tienden mucho a reaparecer, frecuentemente los quistes con revestimiento epitelial grueso tienden mas a la residiva que los quistes con epitelio delgado; en estos quistes está indicada la enucleación completa, la incisión parcial es peligrosa y cualquier parte pequeña que se deje puede formar un tumor dental verdadero.

Cuando se usan las técnicas de enucleación y la combina de Partsch por consideraciones anatómicas se deben hacer biopsias múltiples y seguir el curso posoperatorio por medio de exámenes radiográficos cada 6 meses.

Cualquier tejido patológico que se quita no debe descartarse se pone en un frasco con solución de formol al 10% y se prepara para un examen microscópico complejo muchos de estos quistes no dan síntomas clínicos hasta que se nota la asimetría de la cara, - estos quistes pueden llegar a ser de gran tamaño abarcando todo el cuerpo o la rama ascendente de la mandíbula y una gran porción del maxilar superior, los senos orbitales y paranasales. Muchas veces las radiografías muestran una expansión marcada del hueso de manera que las capas corticales suprayacentes son sumamente delgadas.

Un quiste adherido al ápice del diente cualquiera de la arcada sus factores extraños a la superficie del proceso no detienen su crecimiento realiza su marcha contrayendo relaciones con los órganos vecinos. ¿como y hacia donde se realiza la invasión de los órganos vecinos? depende del diente donde esté radicado el quiste, en ambos maxilares por la distinta relación anatómicas adquiere modalidades y características diferentes es de vital importancia conocer la anatomía de los dientes en particular y como determinar el desarrollo de los tumores en ocasiones la inspección visual del tumor quístico por su ubicación topográfica nos permite señalar el medio causante.

Maxilar superior. El hueso maxilar superior tiene en si mismo o en su vecindad cavidades importantes hacia ella y se dirigen muchas veces en su desarrollo y expansión los quistes paradentarios contrayéndose con éstos, los quistes que estan en términos generales se desarrollan hacia vestibulo bucal e inician su período de formación aumentando y extendiendo la tabla externa haciendo desaparecer la fosa canina y mirtiforme el surco vestibular acompaña el proceso del quiste y en muchos casos produce deformaciones faciales.



Estudio topográfico del quiste correspondiente a cada grupo de dientes en relación a las cavidades vecinas y el compartimiento de estas cavidades -- Maurel llama a estas consideraciones estudio topográfico de los quistes paradentarios ambos maxilares tienen automáticamente distintas regiones en su vecindad.

Los límites y alcances del desarrollo vestibular no son constante y dependen del grado de evolución y localización del quiste. En los quistes asociados por los incisivos centrales el tumor en algunos casos o produciendo desviación del labio y la nariz, en casos de supuración fístulas numerosas ubicadas en la tabla externa dejan salir el pus.

Maxilar inferior.- el desarrollo de los quistes en el maxilar inferior adquieren ciertas modalidades particulares e interesantes en el maxilar inferior en el hueso aislados del macizo facial no tiene en su vecindad cavidades óseas que pueden ser invadidas o lesionadas.

Se puede esquematizar la ubicación de los quistes paraentarios en el maxilar en 3 porciones.

A.- Porción anterior que corresponde a los incisivos centrales y caninos desde la línea media hasta el ahujero mentoniano con mas presión región mentomiana.

B.- Desde el agujero mentoniano hasta la altura del tercer molar o cuando este no existe hasta el segundo.

C).- La región anatómica corresponde al tercer molar o segundo en caso de que este ausente el tercer molar.

La regla general los quistes del maxilar inferior hacen su marcha rechazando la tabla externa la tabla interna siempre es respetada conducta que no siguen otras tumores centrales de la mandíbula, los quistes desarrollados a expensas de la región anterior modifican la arquitectura del vestíbulo bucal la tabla externa es rechazada y llegado a un corto grado de crecimiento es fácilmente perceptible. Los quistes situados en la porción media también hacen su crecimiento a expensas de la tabla externa pero esta invasión es más lenta y por lo menos se manifiesta más tardíamente debido al espesor de dicha tabla a este nivel y a las líneas de refuerzo que presenta el maxilar.

Los quistes que invaden regiones grandes del hueso hacen su crecimiento hacia la tabla externa del lado vestibular luego abandonan la tabla externa y cuando la han destruido se alojan debajo del periotio del maxilar y del músculo masetero y las deformaciones van a ser menos visibles por el lado externo, también estos tumores pueden ascender por la rama ascendente y algunos llegan hasta el cóndilo y la apófisis coronoides. Muchos quistes hacen su invasión hacia la región bacilar en esta región hay que hacer una consideración muy importante clínicamente respecto al órgano que se aloja en el interior del maxilar en el conducto dentario inferior que va a ser el paquete vasculo nervioso formado por el nervio dentario inferior y la arteria y vena el paquete vasculo nervioso es rechazado generalmente hacia la región basilar no se han encontrado complicaciones infecciosas ni complicaciones desde el punto de vista nervioso.

## CAPITULO II

### CLASIFICACION

La clasificación de los quistes bucales no es tan realizada y todos los intentos para presentar una categorización han fracasado a causa de ello, hemos ampliado una de las clasificaciones de uso mas frecuente que tienen un valor práctico y científico.

Los quistes odontogénicos derivan del epitelio asociado con la formación del aparato dental según la fase de odontogénesis durante la cual se originan varios investigadores han intentado una clasificación y un sistema de nomenclatura de las lesiones algunas no han sido del todo satisfactorias porque no especifican como se originan y desarrollan los quistes. El quiste se define como una cavidad patológica tapizada por epitelio y que por lo general contiene material líquido o semisólido todos los quistes odontogénicos satisfacen este criterio con la posible excepción del quiste odontógeno queratinizante y calcificante además con frecuencia, pero no siempre están encerrados en el hueso el epitelio correspondiente a cada uno de estos deriva de una de las siguientes fuentes:

- a).- Germen dental
- b).- Epitelio reducido de esmalte de una corona dental.
- c).- Restos epiteliales de malassez, restos de la vaina de Hertwig
- d).- Restos de la lámina dental.

De acuerdo con su origen los podemos clasificar en: quistes foliculares y quistes parodontales.

Los quistes foliculares se originan en los -- restos epiteliales de la lámina dentaria o bien en el germen dentario antes de que se haya formado el esmalte o la dentina.

El quiste periodontales se producen por la -- proliferación de los restos de Malassez, estos a su vez se dividen en:

- |               |                                  |
|---------------|----------------------------------|
|               | A) Quistes Foliculares           |
|               | 1. Quistes primordiales          |
| Quistes       | 2. Quiste Dentífero              |
| Odontogénicos | 3. Quiste Multilocular           |
|               | B) Quistes Periodontales         |
|               | 1. Quiste Radicular (periapical) |
|               | 2. Quiste Residual               |
|               | 3. Quiste Lateral                |
|               | 4. Quiste Gingival               |

Los quistes foliculares.- tienen su origen en el epitelio del esmalte, los restos epiteliales de la lámina dental; para explicar su patogenia se ha dado gran importancia a la infección de la primera dentición o sobre el tallo epitelial provoca un exudado -- que va a formar una cavidad que es el quiste inicial que después por la reacción del tejido cercano se --- constituye una envoltura fibrosa que a la larga viene a ser la pared del quiste que tiene en su interior -- una pieza dentaria.

El quiste folicular simple tiene su origen en el epitelio del esmalte de una pieza normal o en la -- lámina dental aun en los restos epiteliales aunque --

con mayor frecuencia se desarrolla en el órgano del esmalte antes que las celdillas epiteliales se diferencian si en este caso falta una pieza que estará contenida en el quiste mismo. En cambio el quiste dienteño se desarrolla cuando el epitelio del esmalte está diferenciado pero que aun sufre cambios recibidos fenómenos frecuente en la superficie oclusal de la pieza.

Quistes foliculares múltiples.- resultan de la transformación quística que sufren varios folículos dentarios aunque también puede suceder que la lámina dental o los restos epiteliales sufran transformación quística con formaciones cavitarias que puedan o no contener piezas dentarias en su interior.

Todos los quistes descritos son frecuentes en los niños y adolescentes pues no hay que olvidar que la formación se realiza durante la evaluación de los folículos, los quistes tienen tendencia a adoptar una forma mas o menos esférica pero cuando estos encuentran alguna resistencia tienden a crecer hacia los puntos donde hay mayor resistencia tomando formas esféricas o elípticas son tumores más frecuentes en el maxilar inferior que en superior pero en ambos casos su desarrollo es causa de desplazamiento de las piezas dentarias contiguas o bien produce rarefacción de la lámina ósea que lo circundan hasta transformarse en verdaderas láminas paperaceas.

**Frecuencia Relativa de Quistes Odontogénicos de los**  
**Maxilares.**

<b>Tipo de quiste</b>	<b>Muestras</b>	<b>Quistes ( % )</b>
<b>Primordial</b>	<b>62</b>	<b>1,75</b>
<b>Dentígero</b>	<b>1,194</b>	<b>33,75</b>
<b>De erupción</b>	<b>19</b>	<b>0,54</b>
<b>Multilocular</b>	<b>4</b>	<b>0,11</b>
<b>Folicular (no clasificado)</b>	<b>33</b>	<b>0,93</b>
<b>Radicular</b>	<b>2.046</b>	<b>57,83</b>
<b>Residual</b>	<b>180</b>	<b>5,89</b>
<b>Total</b>	<b>3.538</b>	<b>100,00</b>

## QUISTES PERIODONTALES.

Son los más comunes de los quistes odontogénicos a diferencia de otros tipos este quiste afecta al ápice del diente brotado y con gran frecuencia es resultado de una infección por vía pulpar a causa de -- una caries, el término quiste residual se aplica a un quiste periodontal que permanece después de la extracción dental o se forma ulteriormente.

El revestimiento epitelial del quiste periodontal deriva de restos epiteliales de Malassez del ligamento parodontal y no parece tener tendencia a la transformación ameloblastosa que se produce en el quiste dentigero como el quiste periodontal apical -- por lo común es una secuela de la caries.

El quiste periodontal apical es una secuela común pero no inevitable del granuloma periapical que se origina como consecuencia de infección bacteriana o necrosis de la pulpa, casi siempre de la formación de una caries. El quiste periodontal es un quiste -- verdadero pues la lesión consta de una cavidad patológica tapizada de epitelio con frecuencia ocupada por líquido, los restos epiteliales de malassez que proliferan como resultado del estímulo inflamatorio de un granuloma apical; el epitelio proviene algunos casos de:

- 1.- Epitelio respiratorio del seno maxilar -- cuando la lesión periapical se comunica con este.
- 2.- Epitelio bucal de un trayecto fistuloso.
- 3.- Epitelio bucal que prolifera apicalmente desde una bolsa periodontal.

Patogenia este tipo de quiste periodontal presenta una luz que casi inborrablemente esta abierta - por epitelio escamoso estratificado en tanto la pared está compuesta de tejido conectivo condensado, si --- bien se sabe que el estímulo para la proliferación -- del epitelio del quiste periodontal es la inflama--- ción del granuloma periapical no se sabe la razón por la cual no todos los granulomas se transforman en --- quistes. Esto es curioso puesto que los restos de mallas se están siempre presentes en el tejido periodontal de todos los dientes.

Podría ser si todos los granulomas periapicales presentaran un período suficientemente prolongado temerían todos los quistes. El modo de formación del quiste periodontal es un fenómeno interesante la reacción inicial que lleva a la formación de éste es una proliferación de los restos epiteliales de la zona periapical que abarca el granuloma, ésta proliferación tiene un patrón de crecimiento irregular y a veces presenta un cuadro alarmante debido a la naturaleza pseudoinversa y aspecto inflamatorio alterado de -- las células; a medida que esta proliferación prosigue y la masa epitelial aumenta de tamaño por la división celular en la periferia que corresponde a la capa basal del epitelio superficial las células centrales se van separando cada vez mas de su fuente de nutrición los capilares y el líquido tisular del tejido conectivo.

Cuando estas células centrales dejan de tener los nutrimentos suficientes degeneran se necrosan y licuefacian y va a crear una cavidad revestida de epitelio y llena de líquido o sea el quiste periodontal apical. También es posible que el quiste se forme por proliferación del epitelio para tapizar una -- cavidad persistente formada por necrosis focal y degeneración del tejido conectivo del granuloma periapi--



cal, pero no es común hallar epitelio o proliferación de éste cerca de la zona de necrosis.

Características clínicas.- es asintomático y no presenta indicios de su presencia, el diente no -- presenta dolor y sensibilidad a la percusión este --- quiste no es de gran tamaño que pueda destruir el hueso a menos que produzca la expansión de las láminas - corticales. El quiste periodontal apical es una lesión que representa un proceso inflamatorio crónico y se desarrolla solo en periodos prolongados a veces -- uno de estos quistes de larga duración pueden experimentar una exacerbación aguda de proceso inflamatorio y transformarse rápidamente en un absceso que a su vez evoluciona hacia una celulitis o establecer una fístula no se conoce la causa de esa empioración repentina pero puede ser por la resistencia generalizada de tejido.

Histológicamente que esta tapizando el quiste periodontal suele ser de tipo escamoso estratificado la excepción estas son las lesiones periapicales raras del diente superiores que afectan al seno maxilar algunas veces el quiste puede estar revestido de epitelio cilíndrico ciliado siendo estratificado de tipo respiratorio.

El epitelio escamoso común se suele presentar queratina este epitelio de revestimiento varia notablemente de grosor según los casos puede tener solo - unas células de espesor o ser muy grueso con abundante proliferación hacia el tejido conectivo adyacente, a veces se forma verdaderos brotes epiteliales, algunas veces el epitelio suele ser discontinuo y faltar en zonas de inflamación intensa pese a la presencia - prolongada de inflamación la alteración de las células epiteliales individuales como desqueratosis. --- Shear a consignado que no hay relación aparente en--

tre el grado de inflamación tanto en la pared de tejido conectivo o dentro del epitelio propiamente dicho y el espesor de revestimiento epitelial del quiste.

En raras ocasiones se registró que se originaban carcinomas en revestimiento epitelial del quiste odontógeno incluido el periodontal apical.

Una estructura interesante y peculiar que originalmente está descrita por Rushton y observada después Molyneux; es el cuerpo hialino o cuerpo de Rushton es frecuente su presencia en grandes cantidades en el epitelio de los quistes periodontales apicales o residuales. Estos cuerpos hialinos son asociados con el cuerpo de revestimiento y de estructura amorfa reacción eoxinofila y naturaleza fragil puesto que se fracturan, en algunos casos se desconoce la estructura sin embargo Sedano y Gorlin han observado una notable similitud neofológica e histoquímica entre estos cuerpos y los eritrocitos lo que sugiriría que --proviene de troncos formados en pequeños capilares -- que a su vez está compuesto por un círculo vicioso.

El tejido conectivo se integra por haces paralelos de fibras colágenas que suelen estar comprimidas, también encontramos fibroblastos y pequeños vasos sanguíneos. Un rasgo característico es la presencia de infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo situado muy cerca del epitelio su composición es variable se compone de linfocitos y plasmocitos con algunos leucocitos polimorfonucleares en algunas lesiones en la pared de la lesión hay grupos de espacios -- que corresponden al colesterol asociados con células gigantes multinucleares esta masa de colesterol suele erosionar el epitelio de revestimiento y extruirse -- hacia la luz del quiste no se sabe cual es la fuente de ese colesterol otras veces se encontraron macrófagos de lípidos y aun con hemosiderina, el quiste periodontal apical es histológicamente idéntico al gra-

**nuloma periapical del cual deriva con la excepción de la presencia de la cavidad revestida de epitelio.**

## CAPITULO III

## QUISTE PRIMORDIAL.

Son raros y se consideran anomalías precoces del desarrollo que se originan del epitelio odontogénico antes de que las células se haya diferenciado lo suficiente para segregar esmalte por lo general aparecen en el tercer molar y se extienden posterior hacia la rama ascendente estos quistes se presentan en adultos jóvenes. El término de quiste primordial se ha utilizado para designar un quiste derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales del retículo estrellado da lugar a un espacio quístico limitado por el epitelio interior y exterior del esmalte que sufre un cambio y se convierte en epitelio de tipo escamoso extratificado este quiste se encuentra con mayor frecuencia en el lugar del tercer molar inferior o mas atras del mismo en el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior se cree que tiene su origen en gérmenes dentales supernumerarios por definición los quistes no deben de estar en contacto con una corona o ápice radicular de un diente se ha demostrado microscópicamente que los quistes odontogénicos pueden ser unicelulares o multecelulares.

El quiste primordial es de los menos comunes de los quistes odontogénicos y su formación es por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte, antes de que se forme en esmalte o dentina calcificados así el quiste primordial se encuentra en lugar del diente y no asociado con el también puede originarse en un órgano dental supernumerario de manera que en algunos casos están todos los dientes.

En pacientes en los que se hallan realizado - varias extracciones se podrá ver un quiste maxilar -- que no se halle en relación directa con algún diente y este podrá asemejarse con un quiste primordial pero ser en realidad un quiste residual de tipo periodon-- tal o dentígero en el examen microscópico no se puede distinguir uno del otro.

Esta circunstancia da por ejemplo la dificultad que a veces existe por establecer el diagnóstico de un quiste primordial.

Soskolme y Shear estudiaron una serie de 50 de estos quistes de un grupo de 39 pacientes y los -- cuales fueron mencionados, el quiste primordial puede originarse también directamente en la lámina dental - encontraron que todos según su definición de la definición presentaba formación de queratina o paraqueratina en el epitelio de revestimiento y que por lo tanto eran todos queratoquistes odontogénicos.

Características clínicas.- El quiste primor-- dial varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir el hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión a veces esta asociado con un diente primario persistente y el examen radiográfico revelara una zona radiolucida en lugar de la pieza permanente normal.

La lesión no es dolorosa salvo que se infecta en forma secundaria y es raro que se presenten manifestaciones clínicas a veces. Es indudable que este - quiste se forma en épocas tempranas de la vida pero - puede no ser descubierto hasta mucho mas tarde en la serie de Soskolme y Shear las lesiones aparecen con - mayor frecuencia en la segunda y tercera décadas de la vida con igual distribución de sexo.

**Radiográficamente.**- El quiste primordial aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y --- bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional que puede ser unicelular o multicelular - se localiza debajo de las raíces dentales entre las - raíces de las piezas adyacentes o cerca de la cresta de reborde en el lugar de la pieza ausente en forma - congénita o en particular de un tercer molar superior o inferior no hay una explicación que puede satisfacer de que el tercer molar pueda ser propenso a este quiste.

Se han comunicado casos en la zona de premolares superiores o inferiores así como en el canino superior que puedan ser propensos a este quiste.

**Histología.**- el aspecto microscópico del quiste primordial es similar al de algunos otros quistes odontogénicos la pared se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas cuya densidad es variable - en la superficie interna o interrumpiendo el epitelio escamoso estratificado que suele presentar paraqueratina tiene con frecuencia una superficie acanalada,-- el epitelio aunque de grosor variable por lo general consta de 4 a 8 células sin brotes epiteliales bien - definidos tampoco es frecuente que muestre una tendencia marcada para proliferar hacia la pared de tejido conectivo que lo rodea, Shear ha observado que el epitelio presenta una capa de células basales columnares con núcleos proteícos o vesiculares la presencia de - células inflamatorias crónicas en su mayor parte linfocitos polinorfonucleares en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo en un hallazgo variable.

Los quistes primordiales se diferencian de -- los quistes periodontales y dentígeros porque no contienen elementos calcificados, el término folicular - se aplica a este tipo de lesiones en los quistes primordiales el retroceso del retículo estrellado en el órgano del esmalte se verifica antes de la calcificación del diente.

La palabra primordial implica una estructura más sencilla y menos desarrollada el quiste está formado por un epitelio escamoso estratificado y puede ser locular multilocular o múltiple; los quistes odontogénico como los primordiales se forman del epitelio bucal primitivo y por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma un neoplasma dental verdadero.

El quiste primordial es aproximadamente en un 5% de los quistes foliculares el 1.75% de los quistes odontogénicos, provienen de un germen dentario que en vez de formar un diente se convierte en quiste clínicamente esta lesión se asocia con dientes ausentes o bien pueden originarse a partir de un diente supenunario. La mandíbula si es afectada con mayor frecuencia y el maxilar superior es menos afectado la lesión habitual se presenta en la segunda y tercera década de vida puede producir un gran agrupamiento del maxilar o ser asintomático la lesión no presenta dolor pero si es grande provoca migración de los dientes.

Todos los dientes de la región poseen gran vitalidad y las radiografías ponen de manifiesto una zona radiolúcida bien demarcada que no se asocia directamente con un diente erupcionado.

Microscópicamente revelan una cavidad quística revestida de epitelio escamoso estratificado y una pared de tejido conectivo que habitualmente aunque no siempre está células inflamatorias y que pueden tener pequeños islotes odontogénicos o ameloblastomas.

Tratamiento primordialmente raspaje local o incisión.

## QUISTES DENTEGERO

Se caracterizan los quistes dentíferos por estar constituidos por una bolsa conjuntiva epitelial - en cuyo interior se encuentra la corona de un diente el cual permanece retenido.

Etiopatogenia.- Comenzaremos por decir que -- los quistes dentíferos se desarrollan en dientes retenidos en los maxilares, estructuralmente están constituidos por una bolsa quística alrededor de la corona del diente; nunca se ha encontrado varios dientes en un saco quístico o un órgano dentario ubicado en la - pared de la bolsa quística estos procesos deben ubicarse entre los tumores conocidos como odontomas en - mecanismo de la bolsa quística se ha explicado en diversas teorías mas o menos aceptables.

Teoría Folicular de Broca.- Para este autor - el origen de los quistes dentíferos reside en el folículo dentario, este folículo sufre una hidropesia de resultas de la cual se origina este tumor por cuya -- razón su bolsa quística se encuentra directamente insertada en el cuello del diente atacado.

Broca distingue tres periodos en la odontogénesis a cada uno de estos períodos corresponde tres - especies distintas de quistes dentíferos.

Periodo Embrioplástico.- Este periodo se caracteriza por formaciones histológicas blandas no diferenciadas puede actuar un factor cualquiera que incidiendo sobre el folículo en formación hace desviar la normal mecanorrosis hacia formaciones tumorales el bulbo sufre un proceso de atrofia debido al crecimiento acimétrico y expansivo del líquido quístico y se tiene aislada la tumoración la cual por consiguiente no presenta tejidos dentarios de ninguna especie.



Clinicamente esta clase de quiste no son frecuentes y permanecen al dominio de las especulaciones científicas.

Período Odontoplástico.- en este período ya iniciada la histodiferenciación y el destino de las células del órgano del esmalte y de la papila dentaria con sus células específicas y de función definida como son los ameloblastomas y los odontoblastos y el factor X actúa sobre el folículo en plena dinámica -- dará como resultado una bolsa de tejidos dentarios -- sin forma anatómica definida.

Período Coronario.- Ya formada la corona sin raíz rodeada por un saco dentario resultado de la histodiferenciación del mesinquema la formación de la generación tumoral puede dar origen a un quiste caracterizado por una bolsa conjuntiva insertado en el -- cuello de la corona un diente y por lo tanto no tiene raíz según la teoría de Broca porque el folículo desviado de formación no puede formar raíz, esta teoría no es encontrada en la literatura pero esto no indica que no sea aceptable su teoría.

Teoría de Malassez. Le corresponde a Malassez la teoría peridentaria que se aplica a este como a las otras especies de tumores odontogénicos esta teoría no se ajusta en las realidades clínicas que se observan en los quistes dentígeros. Malassez atribuye a los restos epiteliales despertados de su largo retardo por un factor irritativo de hipertrofia y se -- asocian a su unión y vasculización posterior da origen a una cavidad que aumentando de volumen dan lugar a un quiste que va a ser incertado en un diente retenido y este va a ser perforado por el diente que se inserta exactamente a nivel del cuello.

Malassez no está totalmente de acuerdo con la teoría de Broca y Magitot que dan a estos quistes un origen folicular clasifica como quistes -----

gubernaculares. Malassez, planeó el mecanismo de formación de los quistes gubernaculares un ensanchamiento por vasculización de las células de gubernaculus - que dan origen al quiste dentro del cual el diente -- viene a introducirse la bolsa quística se incarta a nivel del cuello del diente, el diente incertado colocado en relación a la cavidad quística en la misma -- situación que un diente normal en relación a la encía.

Clínicamente esta teoría no es exacta nunca - se ha podido encontrar radiográficamente ni en la realidad anatómica al efectuar la intervención de estos procesos.

Teoría de Lereche y Cotte.- es una teoría -- seductora y elegante según Froman porque simplifica -- y aclara el problema de los tumores odontogénicos para Lereche y Cotte los quistes se pueden considerar -- como enclavados dentarios quísticos.

Teoría de Blach.- Joergensen jefe de los servicios odontogénicos de Copenhage es autor de la teoría que no es muy aceptable pero no obstante esta --- bién formulada dicho autor atribuye a los quistes dentígenos este supuesto origen: son quistes paradentarios de los dientes temporarios en los cuales va a introducirse la corona del diente retenido presenta un gran número de radiografías con las cuales funda su teoría Lartschneider no está de acuerdo con las interpretaciones de éste y da a estas radiografías interpretaciones de procesos infecciosos (osteites periapicales de los dientes temporarios.

Blach Jeorgenson tuvo ocasión de encontrar -- en cinco años de investigación 22 quistes foliculares en relación con molares temporarios con caries de --- cuarto grado y necrosis pulpar la infección bacteriológica del contenido quístico indico en 6 casos encon

encontró estreptococcus hoemolyticus y en un caso estreptococcus nonhemolyticus.

Teoría de Lartschneider.- es autor de esta teoría que puede sintetizarse "Los quistes dentígeros no son nada mas que folículos dentarios infectados -- por procesos apicales de dientes temporarios, el mayor número de quistes dentígeros se encuentra en premolares superiores o inferiores confirma Lartschneider; su teoría que tampoco es muy aceptable el autor de esta teoría hace en el año 1909 las siguientes afirmaciones.

1.- Las raíces necrosadas de los dientes temporarios son una fuente de infección de los folículos de los dientes permanentes.

2.- De todos los folículos de los bicúspides sufren con mayor frecuencia degeneración quística por que estando encerrados entre las raíces bifurcadas de los molares temporales tiene mayor facilidad para infectarse cuando aquellos tienen complicaciones periapicales.

3.- Los dientes temporarios no pueden ser los causantes de los quistes dentígeros de los molares -- sin antecesores para la infección del folículo del tercer molar deben tenerse en cuenta las infecciones tales como son las amigdalinas y periamigdalinas y procesos gingivales tales como estomatitis gingivitis y aftas.

Existen otras teorías que si son análogas y tienen intensos puntos de contacto con la de Lartschneider.

**Teoría de Lapidus.**- esta teoría es partidaria del origen inflamatorio de los quistes dentígeros y - la Sprawson (1921) este autor funda su opinión entre otras razones en lo siguiente.

1.- Los dientes mas frecuentes retenidos son los caninos y premolares en directa relación con los molares temporarios cuyo porcentaje de caries y complicaciones periapicales es muy elevado.

2.- Las primeras observaciones de quistes dentígeros tienen lugar entre los 12 y 15 años. El concepto actual de los quistes dentígeros es el siguiente; se deben a trastornos mecánicos en la erupción -- dentaria que actúan sobre el saco pericoronario este organo no sigue las leyes de evolución del germen -- dentario no se destruye o desapareció sino que irrita do y traumatizado como resultado del trabajo de erupción produce un líquido entre este saco y la corona - del diente el aumento de la cantidad de lesión de en- tre líquido secretado por las células del epitelio ex- terno, el órgano del esmalte y del que forma se debe al crecimiento del proceso.

### Anatomía Patológica

Considerados anatómicamente los quistes dentí- geros como también los paradentarios están formados - por una bolsa conjuntiva epitelial en los quistes den- tígeros esta bolsa tiene en su interior la corona de un diente supernumerario en los casos que poseemos en nuestra práctica el diente portador del proceso quí- stico conserva siempre sus características anatómicas, la histología de la bolsa quística presenta grandes - anomalías con la de los paradentarios. En el inte- - rior del quiste se encuentra en líquido quístico que como en los paradentarios presenta grandes variacio- nes respecto al color a la consistencia y a la bacte- riología, amarillo citrino la mayoría parte de las -

veces en otras ocasiones presenta tinte hemático o lechoso.

En los quistes dentígeros se pueden encontrar cristales de colessterina con mucha mayor frecuencia - lo señalado por varios autores el líquido quístico -- contiene cero albúmina ceroglobulina agua células de diferente estado de degeneración y leucocitos.

Asiento.- los quistes dentígeros toman en ambos maxilares pero predominan bastante a favor del maxilar inferior, en un número global de 24 quistes dentígeros que se encontraron en ese entonces 9 pertenecen al maxilar superior y 15 al inferior.

Con respecto al diente portador del quiste sobre los casos en cuestión pertenecen al

Tercer molar inferior.....	3
Canino superior.....	2
Canino inferior.....	2
primer molar inf.....	11
segundo molar inf.....	1
primer premolar sup.....	1

En las estadísticas era.

Tercer molar inf.....	12
Canino superior.....	8
Canino inferior.....	6
Tercer molar sup.....	1
Diente supernumerario.....	2
segundo premolar inf.....	1
primer molar inf.....	2
segundo molar sup.....	1
primer premolar sup.....	1
primer molar sup.....	1
primer molar inf.....	1

Hommer (1920) cree que el maxilar inferior es notablemente afectada de 121 quistes dentígeros que se presentan 83 corresponden al maxilar superior y 38 al maxilar inferior.

Klitsch encontró que de 8 quistes dentígeros 6 estaban ubicados en el maxilar superior y 2 en el inferior.

Saroval (1937) encontró en 9 quistes de esta especie 5 en el maxilar superior 5 y en el maxilar inferior 4.

Maceferri encontró 32 quistes dentígeros y -- nos da la siguiente cifra 20 quistes para el maxilar superior y 12 para el inferior. El número de quistes dentígeros está en relación directa con el de los --- dientes que presenta una mayor frecuencia de la relación tercer molar - caninos en cada uno de los maxilares el proceso quístico, ocupa por lo general las regiones basales correspondientes y siempre en relación con la ubicación del diente retenido.

Se han señalado sin embargo sitios no usuales para su desarrollo de estos quistes que son por lo general suelo de la órbita, proceso cigomático, hueso maxilar, apófisis coronoides del maxilar inferior seno maxilar.

Número.- Los quistes dentígeros son menos frecuentes que los que los paradentarios.

Rosenstein. de 394 radiculares y 13 dentígeros, los quistes dentígeros son generalmente únicos en el mismo paciente sin embargo unos han citado casos de quistes múltiples contemporáneos o en distintas edades.

**Maccoferril.-** Nos dice los quistes dentígeros bilaterales en un paciente de 7 años le fueron encontrados dos quistes en el maxilar superior y dos en el inferior Williger ha descrito el caso de una paciente en la cual en el término de 5 años había tenido que ser operada de 10 quistes dentígeros.

Los quistes múltiples obedecen a una verdadera diatesis como señalan algunos autores en cambio otros autores la clasifican como cistomatosis.- en 1941 se publicó en la revista odontológica un caso de diatitís quística odontológica un paciente que tuvo 3 quistes de distinta identidad; un quiste paradentario, un quiste dentígero y un quiste adamantino en progresión creciente de intensidad clínica, esta diatitís quística puede adquirir características familiares -- estas observaciones se observan en pacientes de 9, 15 18, 21, 23 29 años.

**Sexo.-** Dan un gran número de observaciones de quistes en los hombres es mayor el número que en las mujeres, estas estadísticas están en relación inversa con la de la frecuencia del sexo en los quistes paradentarios coincide con la de algunos autores. Hammer en 121 casos encuentra 62 hombres y 59 mujeres.

**Raza.-** No hay nada exacto respecto al predominio de una raza sobre otra en la producción de estas afecciones en la raza norteamericana se encuentran en gran porcentaje de quistes dentígeros, en individuos de raza negra cuyo mayor número está en relación directa con la mayor población de la raza negra; la frecuencia de 11 a 1 que Kegel dió para los adamantinomas, en la raza negra no tiene sensibilidad en los quistes dentígeros porque esta influencia requiere de un trastorno mecánico y impide y retarda la erupción.

Braskar en synopsis of oral pathology 1965 - sostiene que los quistes dentígeros son mas comunes -

En las mujeres que en los hombres, el 70% en el maxilar inferior y 30% en el superior el 62% en la región de los molares el 12% en los caninos el 12% en la región de los premolares y el 14% en los incisivos.

La marcha clínica y evaluación de los quistes dentígeros le corresponde los mismos períodos clínicos que a los demás tumores de los maxilares 1<sup>o</sup> período intramaxilar 2<sup>o</sup> período de exteorización.

Su marcha y evolución lenta da por lo general síntomas dolorosos y pasan inadvertidos; su marcha y evolución tiene muchos puntos de contacto con los parodontarios.

Desarrollo de los quistes dentígeros, estos tumores se desarrollan cumpliendo con la ley de menos resistencia todos tienen características parecidas hacen su evolución hacia la tabla externa con el maxilar sup. a excepción de los correspondientes al canino cuya evolución es siempre palatina la evolución del diente depende del asiento primitivo del diente retenido "se dice asiento primitivo" porque en el transcurso de su evolución el diente es empujado centrífugamente y derivado hacia lugares insospechables en el maxilar inferior el crecimiento del tumor se hace casi siempre a espensas de las dos tablas.

El tercer molar origina quistes que, por lo general, hace su expansión hacia la rama montante rechazando la tabla externa por debajo del masetero y llegando en algunas ocasiones hasta el condilo y apófisis coronoides.

Volumen de los Quistes.- El volúmen de estos procesos es variable desde el pequeño quiste pericoronario del tamaño de una haba hasta el enorme quiste -



originado por un primer premolar inferior que iniciado a nivel del tercer molar inferior cruza la sínfisis llegando al primer premolar del otro lado se encuentran todos los volúmenes por lo general adquiere el tamaño de una nuez o de un huevo de gallina.

### Estudio topográfico de los quistes dentígeros.

La evolución de los quistes y la relación de los órganos vecinos y la reacción de estos ante la --marcha tumoral son idénticos a la de los quistes paradentarios solo hace excepción a este parecido la --presencia del diente retenido el cual desaparece y --presenta relación con los órganos vecinos.

Relación de los quistes dentígeros con los --quistes vecinos.- La expansión y crecimiento de los --quistes dentígeros se manifiesta sobre los dientes --vecinos al proceso, produciendo desviación en los ---dientes en forma de abanico y rarefacciones del cemento de los dientes que encuentran en su camino y --mortificaciones pulpares que son parecidas a los quistes paradentarios.

Complicaciones.- Los quistes dentígeros suelen infectarse en algunas ocasiones tal vez sean más resistentes en este sentido que los paradentarios, es muy parecido que los quistes pequeños se infecten con mayor frecuencia que los quistes grandes a pasar de --que Maurel sostiene que los quistes grandes son mas susceptibles que los pequeños y medianos.

Sintomatología.- Los quistes dentígeros no --presentan por lo general ninguna sintomatología por --lo menos en su primer período intramaxilar y parte --del segundo. En algunas ocasiones puede percibirse --fenómenos dolorosos que adquieren la misma intensidad

que la producida por los dientes retenidos otras veces las características de desviación de los dientes en abanico que llaman la atención del paciente.

Síntomas dolorosos manifiestos e intensos pueden decirse que son raros y excepcionales sobre todo cuando el quiste es aún estéril, sin embargo neuralgias dolores de distinto tipo y cefaleas pueden presentarse en algunas ocasiones como en el caso de un paciente de durante 15 años sufrió de intensas cefaleas originadas por un quiste dentífero ubicado en la región mentoniana.

A pesar del volumen extraordinario que pueden alcanzar en algunas oportunidades estas producciones, "el síntoma dolor es excepcional" lo que más llama la atención del paciente es la deformación de los rasgos faciales que en oportunidades alcanzan producciones desusadas los surcos anatómicos desaparecen, la asimetría facial es manifiesta la bóveda palatina puede estar descendida; en algunos casos hay exoftalmia por protrusión del globo ocular en otras ocasiones hay dificultades en la fonación y deglución.

Esta sintomatología marcadamente silenciosa cambia bruscamente en el quiste que se infecta y los dolores se hacen intensos que se irradian en distintas direcciones en estado general está también perturbado hay fiebre, disneas, halitosis, pulso elevado en una palabra la sintomatología en un proceso infeccioso agudo la fistulación se abre camino por fístulas de número variable que se instalan intra y extraoralmente por lo que emana pus fétido y característico, la sonda intralúcida por una de estas fístulas encuentra el tejido blando terciopelado de la bolsa quística y se puede percibir la dureza característica del quiste retenido en algunas oportunidades después de -

la infección del quiste y su comunicación con el medio bucal se han podido encontrar caries de distintos grados en el diente retenido.

El quiste dentífero se encuentra en un 95% de los dientes que no han erupcionado o en dientes supernumerarios Thoma nos dice que tiene su origen en una alteración del epitelio reducido de esmalte después de haberse formado por completo la corona hay acumulación del líquido entre el epitelio y la corona del diente sin embargo no dice que puede derivarse de la degeneración quística de los restos de la lámina dental.

Debemos distinguir el saco folicular agrandando del quiste dentífero Dachi y Howall mostraron que el 37% de los terceros molares impactados del maxilar inferior y el 15% del maxilar superior tenía una radiotransparencia pericoronar; sin embargo solamente el 11% eran bastante grande para ser consideradas como quistes dentíferos normalmente se considera que es necesario una anchura del espacio pericoronar de 2.5 mm. o mas como requisito mínimo para el diagnóstico probable de un quiste dentífero es bastante difícil determinar la frecuencia de los quistes dentíferos -- Ourehed encontró que cada 4 de 500 pacientes sometidos a exámenes radiográficos bucales completos tenían uno o varios quistes dentíferos si eran relacionados con los quistes sin erupcionar había 3.6 quistes dentíferos por cada 100 pacientes que tienen por lo menos un diente sin erupcionar por otra parte el 2.6% de los pacientes con dientes sin erupcionar tenían quistes dentíferos las localizaciones usuales son los segundos premolares y los terceros molares del maxilar inferior, canino y tercer molar del maxilar superior aunque puede presentarse en otro diente que no ha hecho erupción.

La corona del diente se proyecta la luz de la cavidad quística el quiste puede variar de tamaño desde una leve dilatación del saco pericoronar hasta ---

ocupar todo el cuerpo y la rama ascendente del maxilar inferior los quistes mayores se encuentran en el maxilar inferior posiblemente a causa de la anatomía de los maxilares.

Aunque el quiste se desarrolla sobre un solo diente puede incluir la corona de varios dientes adyacentes al dilatarse por otra parte puede desplazar -- los dientes en posiciones alejadas de sus localización normal especialmente en el maxilar superior algunas veces no es posible determinar el diente inferior, Thoma clasifica los dientes determinando en tipo central, lateral y circunferencial según la posición en la cual se desarrolla el quiste en relación a la corona dental.

1).- Tipo central, el quiste rodea la corona en forma cimétrica no viéndose en una dirección opuesta a la de su fuerza normal de erupción en el tipo lateral el quiste se desarrolla en el lado distal o mesial y se dilata apartándose del diente envolviéndose solo una porción de la corona se desarrolla en la parte del órgano del esmalte que persiste después de que la porción que esta encima de la superficie oclusal se ha convertido en cutícula distal puede incluir el diente y desplazarlo hacia el lado no afectado.

2).- Tipo circunferencial el órgano del esmalte alrededor del cuello del diente se hace quístico -- permitiendo muchas veces la erupción del diente a través del quiste y produciendo una imagen similar a la del quiste radicular, sin embargo son múltiples. Hay que incluir cualquier posible asociación con el síndrome del carcinoma vasocelular nevoide.

Muchas veces el quiste dentífero también puede estar en asociación con la disastosis Cleidocra---

neal y un tipo raro de amelogenesis imperfecta hipoplásica en la cual hay muchos dientes enterrados.

Los quistes dentígeros pueden provocar una considerable dilatación generalmente indolora de la lámina externa, los que tienen su origen en la región antral presentan a veces algunas dificultades para el diagnóstico. Es posible que sean necesarias radiografías estereoscópicas sin embargo la concavidad lateral de la pared del quiste en comparación con la concavidad lateral del antro generalmente sirve para diferenciar ambos casos; hay una gran variedad en la imagen microscópica en general el quiste está compuesto por una delgada pared de tejido conjuntivo tapizado por un epitelio escamoso extratificado que se continúa con el epitelio reducido del esmalte que cubre la corona no es rara la infección secundaria y puede haber acantosis de las clavijas este asociada con un infiltrado de las células inflamatorias Crawford encontró que aproximadamente el 34 de estos quistes estaba relacionada con una delgada capa de queratina adyacente a la luz queratocística odontogénico, la cápsula está siempre compuesta de un tejido conjuntivo colágeno bastante denso en el cual puede haber algunas células inflamatorias, endiduras de colesterol y células gigantes de cuerpos extraños, Hodson, Gorlin, Shear señalaron la amplia potencialidad del revestimiento epitelial de los quistes dentígeros algunos están revestidos por un epitelio respiratorio o por lo menos de células que producen moco, generalmente se encuentran restos de células odontogénicas dentro del corion subyacente también se han observado casos con glándulas sebáceas y folículos linfoides Gorlin a De Kos observó "el quiste dentígero también es un ameloblastoma potencial no hay unanimidad de opinión en cuanto al origen del quiste dentígero; la mayoría de los investigadores han definido un origen intrafolicular en cuanto al origen es decir el crecimiento directo del folículo que envuelve la corona del diente otros crean un origen extrafolicular y sugieren que el quiste se desarrolla al principio de --

restos epiteliales estrafoliculares que mas tarde se unen con el folículo de un diente en erupción.

El más frecuente de los quistes foliculares - pues comprende aproximadamente el 95% de esas lesiones y alrededor del 34% de todos los quistes odontogénicos es el quiste dentífero, que es mas frecuente en los hombres que en las mujeres y suele presentarse en la segunda o tercera década de vida mas o menos unos 70% de las lesiones aparece en la mandíbula y un 30% en el maxilar es más frecuente en la zona de los molares en un 62% y en un 12% en la región de los caninos en la región de los premolares se presenta en un 12% y el 14% restante se distribuye en la demas zona de los maxilares.

El tercer molar inferior y canino superior -- son los dientes que con mayor frecuencia se encuentran afectados. El quiste dentífero proviene del órgano del esmalte después de la terminación parcial de la corona, una corona en desarrollo experimenta degeneración quística y el quiste resultante rodea completamente la corona o esta adherida a ella.

La lesión produce agrandamiento del maxilar - en algunos casos es bastante asintomático los dientes relacionados con el quiste dentífero pueden desplazar se por ejemplo hacia el borde inferior de la mandíbula o el piso de la nariz en caso que sea la lesión -- en el maxilar.

En general en quiste dentífero es aquel en cuya corona del diente está rodeada por una bolsa quística. Al quiste dentífero lo divide Braska en:

Quiste dentífero central.- es aquel que rodea completamente la corona.

**Quiste dentífero lateral.-** cuando esta adherido a un contorno de la corona.

Microscópicamente los cortes obtenidos a partir de la lesión revelan que la corona del diente está completamente formado o en vías de formación, el quiste que está completamente adherido a la corona está revestido de epitelio estratificado, su pared de tejido consiste a veces en haces de colágeno y suele mostrar una infiltración leve de linfocitos y plasmocitos en el 82% aproximadamente de los quistes dentíferos y primordiales el tejido conectivo de la pared contiene pequeños islotes o restos de epitelio odontogénico.

Del 5% al 6% de los quistes la pared de tejido conectivo nuestra proliferación ameloblastómica y requieren una estirpación cuidadosa y contraposterior; en muy contadas ocasiones el quiste dentífero puede experimentar una transformación maligna y se han demostrado in situ y un carcinoma de células escamosas.

En los niños los quistes dentíferos y estos a menudo se encuentran asociados con los dientes en erupción y poco antes de entrar en la cavidad bucal se manifiesta un abultamiento en la cresta alveolar de color azulado llenos de líquido y entonces decimos que es un quiste de erupción estos quistes presentan las mismas características que los quistes dentíferos, microscópicamente las lesiones se abren espontáneamente con la erupción de los dientes y por consiguiente no requieren ningún tratamiento en caso necesario se haría una incisión.

Shafer dice que este quiste se origina por alteración del epitelio reducido del esmalte después de la corona dental se ha formado completamente con acumulación de líquido entre el epitelio reducido del

esmalte y la corona dental. Si la degeneración del retículo estrellado hubiera ocurrido antes de la formación de la corona dental el resultado hubiera sido un quiste primordial o un vínculo de un diente con --heplopasia adamantina.

Otra patogenia del quiste dentífero es la que se origina por proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojados en la pared de tejido conectivo del folículo dental y hasta fuera de ---ella, y que este epitelio se une después con el epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística única alrededor de la corona del diente casi siempre este quiste afecta la corona del diente permanente normal o esta vinculada a ella rara vez --ataca a una pieza primaria.

Dachi y Hewell comunicaron que el 37% de los terceros molares inferiores retenidos y el 15% de los terceros molares superiores retenidos presentaban una radiolucidez en torno a la corona lo suficientemente grande como para concederla un quiste dentífero en un 10% de estos casos su estudio se basaba sobre el examen de 3875 radiografías completos de personas mayores de 20 años alrededor de 17% de pacientes tenían por lo menos un diente retenido.

El quiste dentífero se encuentra en la corona del diente que no ha hecho erupción o una anomalía --dental como el odontoma. Estos quistes se desarro---llan después del depósito de esmalte que pueden ser --consecuencia del desarrollo de cambios degenerativos en el epitelio reducido que forma el esmalte; el hecho de que el epitelio de un quiste dentífero se incerta en el cuello de un diente es prueba de que en --la mayoría de los quistes está formado por el órgano



el esmalte y no es independientemente de él. Los quistes dentígeros agrandados pueden causar gran desplazamiento del diente la presión del líquido acumula o generalmente desplaza el diente en dirección apical y con frecuencia la formación de la raíz no es completa, los quistes dentígeros pueden encontrarse en cualquier parte de la mandíbula o del maxilar superior su localización más frecuente es en el ángulo de la mandíbula región de los caninos tercer molar superior cavidad antral y piso de la órbita.

La histología de el quiste dentígero es que no se encuentran características microscópicas típicas que puedan ser utilizadas para distinguir el quiste dentígero de otros tipos de quistes odontogénicos su composición es de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la luz.

La formación de brotes epiteliales suele faltar excepto en los casos que hay infección secundaria la superficie del epitelio suele estar cubierta de una delgada capa acanalada de paraqueratina u ortoqueratina similar a la vista del quiste primordial y otros queratoquistes odontógenos la infiltración de células inflamatorias en el tejido conectivo es común aunque no siempre hay una causa evidente para ello. El contenido de luz en un líquido amarillo acuoso, poco espeso; a veces es un pozo de sangre.

## QUISTE MULTILOCULAR

Son variantes de los quistes dentígeros proceden de varios gérmenes dentígeros que forman varios folículos adyacentes cada uno de los cuales se convierte en un quiste separado, un quiste unilocular se puede convertir en multilocular al producirse una degeneración quística de sus paredes formándose quistes hijos. Los quistes multiloculares suelen ocupar la zona de los terceros molares pero pueden extenderse anteriormente hacia el cuerpo o posterior a la rama ascendente radiográficamente las lesiones quísticas grandes presentan un aspecto multilocular durante las intervenciones quirúrgicas se observa que se trata de un quiste único de gran extensión con varios tabiques óseos con aspecto de quistes múltiple separado comprende un 1 % de los quistes foliculares porque en muy raras ocasiones algún germen dentario puede ocasionar un quiste de esta naturaleza.

Clínicamente esta lesión se presenta como un agrandamiento del hueso afectado en la zona mandibular y es mas frecuente en la zona de los molares.

Radiográficamente nuestra una zona con aspecto multiquístico o semejante a pompas de jabón y sufren migración los dientes. Los quistes multiloculares pueden ser hereditarios y también pueden ser asociados a otros trastornos del desarrollo tales como quistes sebaceos múltiples de la piel deformidad de las vértebras cervicales y exostosis múltiple.

Microscópicamente.- Los cortes nos muestran lo que parece ser una gran cantidad de quistes primordiales adheridos unos a otros o ligados entre sí, se encuentran revestidos de tejido escamoso extratificado y su tejido conectivo un menero de células inflama

torias en algunos casos el epitelio se encuentra queratinizado y los quistes multiloculares requieren incisión local cuidadosa y radical raspaje.

Los quistes de los maxilares múltiples constituyen un hallazgo constante en las anomalías del desarrollo que se denomina síndrome de el nevo-basocelular. Son semejantes a los quistes primordiales y están unidos por epitelio escamoso extratificado que pueden producir queratina; además estos quistes de los maxilares presentan carcinomas basocelulares y quistes sebáceos de la piel y deformaciones esqueléticas abovedamiento frontal, costillas aplanadas fusión de las vértebras.

Los quistes multiloculares se localizan en ambos maxilares estos quistes predominan en la edad adulta se localiza en ambos sexos sus características clínicas y radiográficas son estremadamente raras presentan radiolucencia multiquísticas agrandamiento del maxilar ambas tablas intactas, los quistes múltiples están revestidos de epitelio estratificado ambos queratinizado porque pueden contener queratina.

## QUISTE PERIODONTAL LATERAL.

Se origina por inflamación de la membrana periodontal que contiene restos epiteliales de Malassez su formación es igual a los quistes radiculares que son provenientes de los granulomas.

El quiste periodontal lateral es un quiste odontogénico raro pero bien reconocido Standish y Shear presentaron una revisión de la literatura del quiste lateral periodontal y expusieron una serie de 15 casos en los cuales nacen directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente un brote y sugirieron varias posibilidades para explicar como se forma se pensó por ejemplo que la lesión puede generarse inicialmente como un quiste dentífero a lo largo de la superficie lateral de la corona, si la expansión de este es lenta. El brote dental puede ser normal y finalmente el quiste adoptara una posición cercana a la superficie lateral de la raíz, así mismo se ha pensado que el quiste periodontal lateral se forma directamente en el ligamento periodontal de los restos de Malassez.

Se ha sugerido que es posible se origine de un quiste gingival muchos investigadores estudiaron un quiste gingival adulto y la mayoría concluyó que esta lesión deriva de los remanentes celulares de la lámina dental; en algunos casos durante el crecimiento de los maxilares el quiste gingival llegaría a ubicarse en la superficie radicular lateral aunque tal posibilidad es bastante remota.

El quiste periodontal presenta un saco hueco con una pared de tejido merario, la predilección de este quiste por originarse en la zona de los caninos y premolares inferiores corresponde bien con la cono-

cida frecuencia elevada de los dientes supernumerarios en la zona de premolares inferiores Soskalna y - Shear coincidieron en lo referente a este origen del quiste periodontal lateral pero también sugirieron -- que surge de brotes supernumerarios de la lámina dental sin que necesariamente se diferencie primero en -- órgano de esmalte, además opinaron que esta lesión -- deriva de los quistes primordiales.

Este quiste es relativamente raro suele encontrarse en los adultos en las raíces de caninos y premolares de maxilar inferior se localizan dentro del hueso y no tienen ninguna comunicación con la cavidad bucal y estan en oposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales.

Características Clínicas.- Se registra principalmente en adultos pero se encuentran muy pocas lesiones como para poder extraer conclusiones significativas sobre la edad específica a la predilección de sexo la mayoría de los quistes se localizan en premolares inferiores y no presentan signos ni síntomas -- clínicos y han sido descubiertos durante exámenes radiográficos dentales, algunas veces se localizan en la zona vestibular de la raíz; puede haber una pequeña masa perceptible pero la mucosa suprayacente es -- normal sino tiene otra lesión el diente correspondiente tiene vitalidad si el quiste se infecta puede asemejarse a un absceso periodontal lateral y trata de establecer drenaje.

La radiografías revelan una zona radiolucida en oposición a la superficie lateral de la raíz dental por lo común la lesión es pequeña raras veces mayor de 1 cm de diámetro y puede o no ser bien circunscrita la mayoría de las veces los bordes son bien definidos y a veces esta rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

Histológicamente el quiste es un saco hueco - con una pared de tejido conectivo revestido en la superficie interna de una capa de epitelio escamoso extratificado este epitelio suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación a veces el epitelio tiene un aspecto peculiar en el sentido que las células individuales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño internamente teñido en algunos casos este epitelio -- forma paraqueratina u ortoqueratina y entonces el --- quiste se clasifica como queratoquiste odontogénico; no hay evidencias de la formación de queratina las -- invaginaciones papilares de la pared quística son comunes como en algunos queratoquistes odontogenos puede haber células inflamatorias en la pared conectiva pero esto es una reacción secundaria.

## QUISTE RADICULAR.

Es el más frecuente de los quistes bucales, - el quiste periodontal radicular tiene su origen infla- matorio como secuela de la caries dental al propagar- se el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zo- na periodontal del diente, se va formando una masa de tejido inflamatorio crónico llamado granuloma apical dentro de esta masa proliferan restos epiteliales de Malassez normalmente presentan en el ligamento perio- dontal estos islotes epiteliales se fucionan y sufren una transformación quística dando lugar al quiste ra- dicular.

El quiste es muchas veces asintomático y se - diagnostica en radiografías dentales sistemáticas del diente asociado con el quiste, no es vital y casi --- siempre presenta caries, sin embargo en algunos casos hay una ananesis de trauma en la región correspon--- diente. En quiste radicular es pequeño y no produce dilatación maxilar, no se puede diferenciar radiográ- ficamente un granuloma apical de un quiste radicular el quiste que sigue en su lugar después de la extrac- ción del diente reemplazable se denomina quiste resi- dual.

El quiste radicular no suele tener un diáme-- tro mayor de 0.5 cm la superficie viral es lisa se-- gún su estado de desarrollo su contenido suele ser -- grumoso o contiene gran cantidad de cristales de co-- lesterol resplandecientes.

Microscópicamente es posible observar todos - los estados desde un cambio quístico mínimo dentro -- del granuloma apical hasta una estructura quística -- bien definida y grande en gran parte el exudado infla- matorio alrededor de los cordones anestésicos, los --

epitelios proliferantes en el quiste radicular joven forman istiocitos.

El epitelio suele ser de tipo escamoso estratificado y relativamente grueso muchas veces es en parte acantomatoso y ulcerado y en ocasiones esta queratinizado. Se han hecho pocos estudios histioquímicos de quistes radiculares y se han encontrado grandes cantidades de la enzima lisosomal hidrolítica fosfatasa ácida en las células epiteliales exfoliantes mientras que la capa basal del quiste es rica en deshidrogenosa succínica indicando una acción anabólica.

Toller y Holboraw establecieron las fracciones emoglobilínicas de quistes radiculares y otros quistes de los maxilares y encontraron que eran más elevados que los sueros de los mismos pacientes; los cuerpos hialínicos en el epitelio los observó por primera vez en 1918 Rushton comprobó que existen en el 4% de los quistes radiculares y dentígeros.

Shear los encontró en el 10% de su serie estas masas tienen una longitud de menos de 0.1 mm y parecen estar compuestos de un núcleo granular interior y una zona clara exterior la capa externa es eosinofílica alcohólica, además sugirió que la capa exterior se parecía a la capa queratinizada de la fijación epitelial del diente.

Basando su evolución en varias coloraciones histioquímicas sugirieron que los cuerpos hialínicos eran de origen hemático. Hodson ha postulado que la cutícula dental está compuesta de hemoglobina desnaturada el quiste radicular se encuentra con mayor frecuencia en las arcadas se producen como resultado de una enfermedad dental y vienen a ser originadas por un granuloma que contiene restos de Malassez en



relación con el foramen apical del diente la inflamación hace que las células epiteliales continúen proliferando y formen cadenas de epitelio el cual engloba al tejido de granulación.

El tejido englobado desarrolla un proceso de necrosis y leucocitosis existe una trasudación de fluidos inflamatorios en el interior de la cavidad a través de las células epiteliales que la tapizan el quiste va creciendo por extensión produciendo una atrofia por presión del hueso o subyacente que forma una línea de hueso condensado alrededor del quiste y se le denomina lámina dura el interior del quiste puede contener fluidos, suero restos necróticos, células blancas o colesterol.

El quiste radicular suele ser asintomático -- sin embargo a veces el diente afectado es susceptible a la percusión en contados casos la lesión puede asociarse con una fístula, el diente se encuentra desvitalizado y puede presentarse un proceso de necrosis pulpar o una restauración el paciente presenta dolor seguido de alivio en el diente.

Estos quistes no presentan deformación en el maxilar afectado constituyen algo mas del 11% de todas las muestras de tejido obtenidas en la práctica odontológica de acuerdo con una serie de estudios comprenden el cuarenta y tres por ciento de todas las radiolucencias periapicales mientras que otras calculan mas del 10%, los quistes radiculares son mas comunes en el maxilar que en la mandíbula y se presentan por lo general en la tercera década de vida.

Radiográficamente el quiste radicular se caracteriza por la radiolucencia delimitada en una forma mas o menos clara en la zona apical del diente --

afectado, la lesión varía considerablemente de tamaño y suele ser mas grande que un granuloma dentario y puede afectar a dos o mas dientes en raras ocasiones suele observarse que el quiste radicular abarca casi todo el cuadrante del maxilar afectado.

Radiográficamente no es posible distinguir entre un quiste radicular o un granuloma dentario u otra lesión quística de la zona no obstante la presencia de un diente desvitalizado asociado a una radiolucencia periapical se ha sugerido que sobre pasa las 200 mm<sup>2</sup> y se trata de un quiste radicular. Si se extrae íntegramente el quiste ofrece el aspecto de una bolsa; una vez cortada exuda líquido o bien se encuentra llena de restos necróticos y su superficie interna es lisa.

Microscópicamente.- la cavidad quística contiene restos necróticos carentes de estructura o sustancia eosinofila homogénea, además algunas células vivas y cristales de colestirina, el quiste se encuentra revestido de epitelio escamoso estratificado que a su vez está rodeado por tejido conectivo de densa densidad el tejido conectivo presenta inflamación de plasmocitos, linfocitos y edema también se puede observar endiduras de colestirina circundadas por células gigantes hemociderina y grandes macrófagos pálidos dentro o alrededor del tejido conectivo se encuentran trabeculas óseas.

El mecanismo de formación de un quiste radicular es el mismo que un granuloma dentario o sea su primera etapa es una pulpitis de la cual el diente no se recupera esto conduce a la necrosis o bien la inflamación avanza desde la cámara pulpar al conducto radicular y de allí al ápice diente en ambos casos la inflamación crónica se extiende hacia el interior de la membrana periodóntica periapical, la inflamación -

se vincula de tejido de granulación el hueso que circunda al tejido de granulación se reabsorbe y esto se debe a la presión del tejido de granulación en crecimiento. No obstante la lesión circunscrita va a producir cambios como resultado de la inflamación.

El epitelio de la zona periapical prolifera y si continua produce una gran masa de células este epitelio carece de vasos sanguíneos propios por consiguiente la irrigación debe provenir del tejido conectivo circundante las células centrales de la masa epitelial por su localización alejada de la irrigación sanguínea degenera y forma una pequeña cavidad revestida de epitelio y es el comienzo del quiste radicular y a partir de este momento la cavidad quística aumenta de tamaño, como estas células están constituidas por sustancia proteica la presión osmótica intraquística paulatinamente aumenta de tamaño y llega a ser mayor y en los tejidos circundantes. Por esta razón los líquidos tisulares y el líquido de edema poco a poco ingresan en la cavidad y a la vez comprimen el tejido y el hueso.

El hueso es reabsorbido y la radiolucencia aumenta, el tejido de granulación de la pared del quiste también se encuentra proliferado destruye el hueso y de este modo agranda el defecto óseo. El tercer mecanismo que interviene en el crecimiento de los quistes radiculares consiste en lo que podremos llamar in vitro de la pared del tejido conectivo el revestimiento epitelial se extiende dentro del tejido conectivo de la pared del quiste e incorpora parte del mecanismo en la cavidad quística el quiste radicular puede tratarse de distinta manera: Extracción del diente y raspado apical, obturación del conducto únicamente en tiempo se creyó que todos los quistes radiculares requieren extirpación quirúrgica sin embargo se ha demostrado que una infección secundaria y con hemorragia durante el tratamiento endodóntico pueden

destruir el revestimiento epitelial y promover la cura del quiste radicular; la intervención quirúrgica no es necesaria no obstante en ciertas circunstancias el quiste puede permanecer en el maxilar si no se le extirpa.

## ESTADISTICAS DE LOS QUISTES RADICULARES.

Para Klitsch (1926) encontró sobre un número de 124 quistes radiculares hizo su clasificación según la edad, en la siguiente manera.

De	1	a	10	años	.....	0
	11	a	20	"	.....	26
	21	a	30	"	.....	48
	41	a	50	"	.....	13
	51	a	60	"	.....	4
	61	a	70	"	.....	2
	71	a	80	"	.....	2

Sexo Ruspa (1939) presenta 56 quistes dentarios de los cuales 51 eran radiculares y 5 dentígeros (91.1% y 8.9%) de estos 56 casos 41 correspondían a hombres y 15 a mujeres esta proporción no concuerda con la nuestra.

Adler (1930) sobre 430 enfermos de quistes radiculares estudiados durante 10 años dió las siguientes cifras:

Hombres.....	169
Mujeres.....	261

Anatomía patológica un quiste paradentario está formado por una bolsa conjuntiva epitelial con un contenido liquido apendicular a un diente portador de caries de cuarto grado, según el tiempo de evolución varía la distribución de los distintos tejidos formadores de la cápsula y por lo tanto se consideran los quistes jóvenes con poco tiempo de evolución y los quistes viejos con largo tiempo en el interior del maxilar.

Quistes jóvenes.- Se constituyen por una bolsa conjuntivo epitelial y una cavidad quística de tamaño variable la bolsa quística posee en su parte mas fecunda a la cavidad un epitelio y por fuera una capa de tejido de granulación.

Quistes viejos.- se hallan formados por una cápsula o membrana; por fuera tejido conjuntivo que se ha organizado y le constituye una envoltura y por dentro el epitelio cubriendo íntegramente la bolsa, - el contenido líquido es parecido al plasma sanguíneo en el cual se encuentra detritus restos celulares polinucleares y cristales de colesterina.

El contenido quístico varía al infinito en la mayor parte de los quistes el líquido es de color cítrico con los cristales de colesterina que dan un aspecto refringente en otros quistes el contenido es hmático amarillo verdoso en otros se ve el contenido tan espeso como la leche cuajada y de color cremoso - algunos quistes presentan el contenido líquido macizo otros contienen grumos y su color y consistencia es variable todos estos varían cuando el quiste se infecta sus envolturas se modifican.

## QUISTE RESIDUAL.

Si un diente afectado por un quiste radicular se extrae sin que se renueva el quiste este puede permanecer en el maxilar y la lesión se denomina quiste residual posee las mismas características microscópicas que el quiste radicular y representa aproximadamente un 3.5% de las lesiones periapicales es más frecuente en el maxilar que en la mandíbula y la mayoría de los pacientes se encuentra en la cuarta década de vida el tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica.

El quiste residual es aquel que ha sido olvidado inadvertidamente una vez realizada la extracción de un diente o bien puede representarse la degeneración quística de un granuloma que no ha sido eliminado en el momento de la extracción.

## QUISTE GINGIVAL

El quiste gingival posee tejido blando gingival que aparece en la encía libre o incertada no está relacionado con el quiste periodontal lateral y se diferencia de éste su etiología según Ritchay y Orbon han revestido la etiología de esta lesión y sugirieron que las posibles fuentes de formación quística -- eran.

- 1.- Tejido glandular heterotópico.
- 2.- Alteraciones degenerativas en un brote -- epitelial proliferante.
- 3.- Restos de la lámina dental del órgano del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal.
- 4.- Implantación traumática del epitelio.

De estas posibilidades solo las dos últimas -- serán válidas y sobre esto se forma una base para reconocer el quiste gingival.

El quiste se origina por degeneración quística de la lámina dental o en las glándulas o restos de Serres. El quiste se origina por implantación traumática del epitelio superficial.

Características clínicas.- el quiste gingival se puede presentar en cualquier edad pero es más común en adultos mayores de 40 años esta lesión aparece por lo general como una hinchazón pequeña bien circunscrita e indolora de la encía y a veces muy semejantes a un mucoselo superficial tiene el mismo color que la mucosa normal adyacente es raro que mida 1 cm de diámetro y por lo general es mucho menor -- aunque este quiste se localiza en la encía libre o -- incertada algunos aparecen en la papila propiamente dicha.



**Características radiográficas.**- Es una lesión del tejido blando y por lo general no se manifiesta en la radiografía si adquiere el tamaño suficiente, llega a producir una erosión de la lámina ósea cortical pero aun así no puede ser visible en la radiografía, si hay una lesión quística circunscrita y radiolúcida del hueso alveolar con cierta tumefacción del tejido blando es probable que corresponda a un quiste periodontal lateral y no a uno gingival es muy frecuente que se confundan.

**Características Histológicas.**- esta afección es un quiste verdadero puesto que es cavidad tapizada de epitelio que suele contener un líquido, el epitelio de revestimiento es por lo general escamoso aplastado y muy delgado aunque es un quiste gingival por implantación el epitelio es considerablemente más grueso y más escamoso en cualquiera de las formas quísticas gingivales puede haber cierta formación de queratina la lesión está libre en el tejido conectivo de la encía y puede o no presentar infiltración celular inflamatoria, en el quiste gingival traumático o de implantación en raras ocasiones hay calcificación o hasta osificación observada luego de la implantación experimental del epitelio de la vejiga en los tejidos subcutáneos.

**Tratamiento.**- La extirpación quirúrgica local de la lesión o lo recomendado en adultos la lesión no tiende a residivar, nunca se comunicó la existencia de potencial neoplásico.

**Quiste gingival del recién nacido.**- Estos quistes se localizan en casi todos los embriones humanos después del cuarto mes de vida fetal y por lo menos el ochenta por ciento de los recién nacidos tienen pequeños nódulos o quistes en la unión del paladar duro con el blando cerca del rafe medio generalmente varios de color blanco amarillento son pequeños quistes de inclusión que probablemente son debidos a una incor

oración de epitelio durante el proceso embrionario - e la fusión palatina, estos quistes se hacen superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida.

Los quistes gingivales localizados sobre la superficie de la encía y cerca de ella tienen su origen probable en una formación quística dentro de los estios de la lámina dental pueden incurrir tanto en la encía libre tanto como en la fija o en la papila gingival suele tener un diámetro de 1 cm o menos se hallan revestidos de epitelio escamoso estratificado y muchas veces están llenos de capas concéntricas de queratina.

En el quiste gingival se ha aplicado los epítimos de "perlas de Epstein y nódulos de Bohn" según su discrepancia originan las perlas de Epstein son nódulos quísticos llenos de queratina que se encuentran a lo largo de la hendidura palatina media o en la unión del paladar duro probablemente relacionados con el desarrollo de conductos de glándulas salivales o de iocinas, no esta claro si la lesión descrita como nódulos de Bohn es totalmente idéntica al quiste de la lámina dental.

Kreshover al estudiar cortes de maxilares y mandíbulas de 17 niños consiguió el hallazgo de 65 ejemplos de quistes gingivales (38 múltiples y 27 únicos) que se localizan en el corion debajo de la superficie epitelial los de la parte interna de los maxilares solían estar desplegados hacia lingual con respecto a incisivos y caninos temporales los de la parte posterior de la mandíbula se hallaban por la parte oclusal de las coronas de los molares.

Kreshover afirmó que en todos los casos la lesión quística se originaba en las células de la lámina dental. Malier y Swindle estudiaron a forma la etiología de los quistes.

**Características clínicas** los quistes de la lámina dental se agrandan lo suficiente como para apriarse clínicamente como tumefacciones circunscritas blancas de reborde alveolar que en ocasiones aparecen isquémicos por la presión interna; estas lesiones son asintomáticas y no parecen producir molestias en los infantes.

**Características histológicas.**— son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz por lo común ocupada por queratina descamada y a menudo células inflamatorias es interesante que la calcificación detrófica y los cuerpos hialinos de Rushton que son comunes en los quistes dentígeros sean hallazgos frecuentes de estas lesiones.

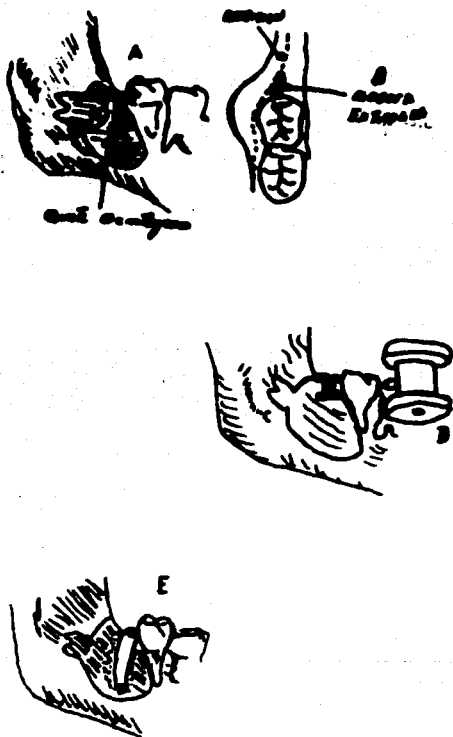
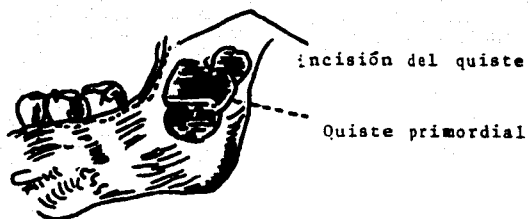
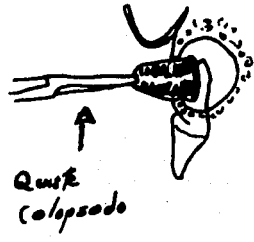
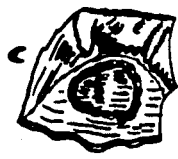
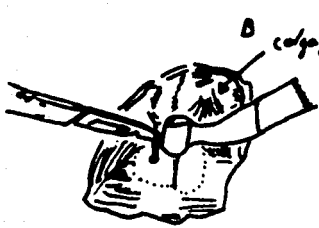
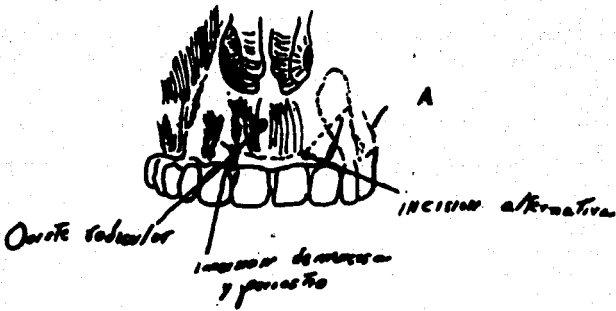


Fig. Técnica modificada de marsupialización A, quiste dentífero alrededor de un tercer molar que no ha hecho erupción B, Incisión formando una ventana en la mucosa para introducir el obturador, el tercer molar se extrae y se quita una porción de la pared quística para el examen microscópico. Los quistes con posibilidades de sufrir transformación histológica deben tener vigilancia después de la operación C, D, E, botón acrílico o tubo de metal para mantener abierta la herida, lograr drenaje y permitir la irrigación de la cavidad quística y limpiar la herida se quitan estos aditamentos cuando el examen radiográfico muestra que hay formación de hueso hasta ese nivel.



Quiste primordial multilocular originado en el germen dentario de un tercer molar que no evolucionó, la línea punteada nos -- marca la incisión para la remoción intrabucal del quiste.



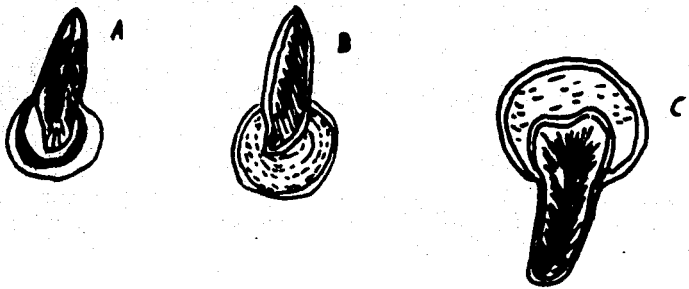


Fig. Quiste dentígeros y paradentarios A canino con su sano pericoronario B, C quiste dentífero. La corona dentaria esta dentro del quiste y con la membrana insertada en el cuello -- del diente.

En las figuras anteriores se hace un esquema de la enucleación de un quiste en la figura A se hace la incisión en el borde gingival o en forma semilunar arriba de éste y se levanta un colgajo mucoperiostico grande los incisivos centrales no conserven en este caso su vitalidad B nótese la incursión fibrosa de la pared quística a la capa mucoperiostica debido a una fistula crónica la incursión debe ser liberada por -- recepción para limitar la cavidad quística se hacen perforaciones con fresa para hueso a través de la pared cortical el cincel para hueso también puede utilizarse o bien al aleolo tomo si la perforación en el hueso es lo suficientemente grande para penetrar en ella, C, se ha quitado el hueso puede verse la porción anterior de la pared quística D, se utiliza la parte posterior de una cureta para separar la pared quística de los lados de la cavidad ósea E, la liberación del quiste se realiza haciendo tracción sobre la pared quística con pinzas para tejido y separando con cureta la porción profunda. En los dientes desvitalizados se hacen conductoterapia puede retirar a través de una incisión en el colgajo. Si se extraen los --- dientes la gasa se retira a través del alveolo se sutura la herida.



## DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS QUISTES. ODONTOGENICOS.

En este tema trataremos los problemas de diagnóstico, examen radiográfico técnica quirúrgica y tratamiento posoperatorio y complicaciones quirúrgicas.

**Diagnóstico.**- se debe basar en las condiciones de datos físicos historia valoración radiográfica y biopsia; el examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto debemos tomar en cuenta estudios clínicos de laboratorio. La biopsia debe hacerse cuando sus indicaciones sean bastante claras los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial el dolor puede ser causado por la presión del quiste sobre el nervio y así mismo debe haber parestesia. Los quistes pueden ser múltiples cada uno de un rudimento embrionario diferente pero los quistes múltiples pueden indicar una enfermedad general.

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante pero solo raras veces causan aflojamiento de los dientes, en muy raras ocasiones la presencia de un quiste se revela por una fractura patológica a parte que el paciente advierte la falta de un diente y acude a la consulta por curiosidad.

Muchos quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación se descubren solamente en un examen radiográfico habitual, cuando un quiste se dilata ejerce una estimulación en el periodo por el cual éste deposita hueso nuevo; esto se revela clínicamente en forma de una proximidad indolora dura y suave al continuar la dilatación el hueso supradyacente adelgaza y se hunde por la presión del dedo produciendo muchas veces un crujido de cáscara de hueso --

finalmente puede desaparecer incluso esta cáscara ósea quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal puede descargar entonces su contenido dentro de la cavidad bucal y luego aparecer una infección secundaria sin embargo un pequeño porcentaje de quistes atravieza solamente en pequeños porcentajes - atravieza todos los estadios; con frecuencia se trata de quistes radicales dentígeros. Así los quistes - fisulares generalmente permanecen pequeños con la excepción de algunos casos de quiste globulomaxilar o - nasopalatino.

La localización de la tumefacción puede dar - un importante indicio sobre la naturaleza del quiste aunque los quistes radicales o dentígeros aparecen en cualquier parte de la boca, los primeros se encuentran con mas frecuencia en los dientes anteriores --- mientras que los segundos rodean mas a menudo las coronas de caninos impactados en el maxilar y terceros molares o premolares del maxilar inferior; los -- quistes óseos solitarios y quistes óseos idiopáticos se encuentran en el maxilar inferior. El quiste primordial está generalmente localizado en la zona del - tercer molar del maxilar inferior y desde allí se extiende muchas veces dentro de la rama.

Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor a no ser que se infecten aunque los grandes quistes del maxilar inferior casi siempre invaden al fascículo neurovascular cuando no hay infección es -- muy raro que haya anestesia la vitalidad de los dientes próximos a un quiste no infectado no se altera -- incluso cuando éste es grande y el soporte óseo se ha ya perdido en gran parte sin embargo puede existir -- una perdida temporal de la respuesta vital en los --- dientes adyacentes a quistes infectados, no todos los quistes de los maxilares forman radiotrasparencias -- bien definidas redondas u ovals con margen radiopa--cos son numerosas e incluyen el tipo de quiste la localización intensidad de destrucción ósea y si el --- quiste está infectado o no por otra parte no tienen -

Las transparencias bien definidas son quistes ya que varios tumores odontológicos ameloblastoma, fibroma ameloblástico, mixoma odontogénico, etc. y otras lesiones pueden producir imágenes radiográficas prácticamente iguales.

Estructuras anatómicas como el seno maxilar - agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidas con quiste sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación y son varias las vistas radiográficas para un diagnóstico diferencial hay que tomar un número de 2 vistas intrabucales formando ángulos rectos entre si lo ideal es tomar también vistas intrabucales, oclusales y laterales así como una vista extrabucal oblicua lateral algunas veces serán necesarias otras vistas por ejemplo una craneal lateral y una occipitomenta; se puede emplear un medio radiopaco especialmente en caso de un quiste nasoalveolar es ventajoso el uso de las fotografías.

La fama de los quistes tiende a deformarse al dilatarse estos desde un punto de vista práctico, hay pocos quistes de los maxilares que pueden ser diferenciados entre si basándose sólo en un examen microscópico generalmente son necesarios los datos radiográficos y otra informaciones como anamnesis, aspecto clínico y signos observados en las pruebas de vitalidad dental para establecer un diagnóstico definitivo sin embargo puede ser de utilidad las siguientes observaciones.

1.- Los quistes gingivales, periodontales, dentígero, primordial están generalmente tapizados por epitelio escamoso estratificado no queratinizante situado sobre un tejido conjuntivo fibroso denso mientras que el quiste dermoide está tapizado por epitelio escamoso y apéndices cutáneos.

2.- Los quistes radiculares, periodontal y --

fisural presentan generalmente un infiltrado inflamatorio crónico secundario muy rico en células plasmáticas, esto se observa con mucha mayor frecuencia en los quistes dentígeros primordiales o gingivales.

3.- Los quistes fisurales del maxilar están -- no raras veces tapizados por una delgada capa de epitelio queratinizado. A menudo se observan glándulas mucosas y agrupaciones de vasos sanguíneos y nervio -- en la pared del tejido conjuntivo del quiste maxilar, anterior mediano por otra parte en quiste dentígero -- mandibular puede estar tapizado en parte de células caliciformes o posee folículos linfoides o restos de células epiteliales debajo del revestimiento de la pared quística estos restos de malassez proliferados -- originan algunas veces un diagnóstico erróneo de un ameloblastoma.

Los quistes en las arcadas se distinguen de -- un cierto número de lesiones que presentan un aspecto radiográfico similar, los quistes pueden desplazar -- los dientes por presión, los quistes multiloculares y uniloculares se deben diferenciar del ameloblastoma que suele presentar un aspecto festoneado, desnudado o erocionado las raíces y envolviendo los dientes adyacentes, además en el diagnóstico diferencial hay -- que tener en cuenta los tumores centrales de células gigantes, el neurofibroma, el mixoma o mixofibroma, el aneurisma óseo el angiona central del hueso; las -- lesiones malignas primarias, el mieloma múltiple las lesiones metastásicas de las arcadas, los quistes -- óseos traumáticos y ciertas displasias fibrosas poli-quísticas de las arcadas.

En algunas ocasiones habrá de practicar alguna biopsia para determinar la naturaleza de las lesiones quísticas esto ocurre sobre todo en los quistes -- multiloculares o múltiples, se debe tener especial --

uidado cuando se sospeche la existencia de lesiones osculares en los casos en que se dude es preferible practicar una biopsia y esperar el resultado antes de entrar en la intervención quirúrgica. Con las técnicas histopatológicas actuales incluyendo los cortes de tejidos congelados se puede obtener un diagnóstico bastante aproximado en 10 a 15 minutos.

El tratamiento de elección de los quistes radiculares consiste en la enucleación total se debe seguir ciertos principios quirúrgicos con los siguientes pasos operatorios: colgajo mucoperiostico; conservar los dientes siempre que no se comprometa con ellos la erradicación de la enfermedad enucleación de la lesión cierre de las heridas y cuidados posoperatorios.

La incisión parcial es peligrosa y cualquier parte pequeña que se deje puede formar un tumor dental verdadero cuando se usan las técnicas de enucleación o la combinada de Portscht por consideraciones anatómicas se deben de hacer biopsias múltiples y seguir el curso posoperatorio por exámenes radiográficos cada 6 meses cualquier tejido patológico que se quite no debe descartarse se pone en un frasco con solución de formol al 10 por % y se prepara para un examen microscópico completo muchos de estos quistes no dan síntomas clínicos hasta que se nota la asimetría de la cara. Estos quistes pueden llegar a ser de gran tamaño abarcando todo el cuerpo o la rama ascendente de la mandíbula y una gran porción del maxilar superior los senos orbitales y paranasales son invadidos muchas veces las radiografías muestran una expansión marcada de hueso de manera que las capas corticales suprayacentes son sumamente delgadas.

El tratamiento de elección aun en las lesiones quísticas extremadamente grandes en su enucleación cuidadosa, si esta destruida una pared cortical

de hueso por la presión excesiva el tejido perióstico se deja intacto y nos va a servir como una ayuda excelente para la regeneración del hueso cuando la expansión o asimetrías intensas han ocurrido al proceso -- de reparación restablece el contorno normal del hueso y su regeneración es completa siempre que la operación sea adecuada y no haya recurrencia del quiste.

**Colgajo.**.- Una vez decidida la vía de abordaje del quiste se practicará un colgajo nucoperióstico de manera que se produzca un obstáculo mínimo en el aporte sanguíneo siempre que sea posible se hará la incisión en el pliegue nucobucal como continuación de la incisión oclusal o gingival. La incisión debe ser -- siempre aguda para evitar el desarrollo de los tejidos las incisiones limpias y bien definidas curan mucho antes de las sinuosas.

El colgajo se deberá separar y deslindar del hueso subyacente con un periostótomo, al despegar --- grandes colgajos si colocamos un pedazo de esponja sobre la hoja del elevador y periostótoma nos ayudará a separar mas fácilmente el periostio del hueso subyacente. El colgajo debe realizarse de manera que una vez finalizada la intervención la sutura se practique sobre el hueso sólido si el colgajo no se ha hecho -- como es debido y la sutura queda sobre una zona sin hueso sólido, el colgajo se puede colocar dentro de -- esta área y como esto se suelen originar desgarros infecciones y escorificaciones de parte de todos los -- tejidos blandos; por otro lado constituye una puerta de entrada para la contaminación directa de la cavidad dentro del hueso.

**Sutura.**.- La sutura se ha de hacer de forma -- expeditiva se pueden emplear instrumentos que anudan automáticamente, algunos cirujanos usa el catgut y -- las suturas de nylon en la práctica diaria se prefiere el de seda del No. 3-0, o de algodón que se elimi

En a los 4 ó 5 días en ocasiones es útil pasar ligas alrededor de los cuellos de los dientes para mantener el colgajo en posición. La aguja de sutura travesará primero el colgajo y después penetrará en el mucoperiostio insertado en el hueso en ocasiones -- resultará también beneficioso separar el mucoperiostio adherido con un periotótomos en el espacio de --- nos 2 mm para producir una sutura más fácil.

Cierre.- El cierre primario del colgajo, una vez que se ha extraído el quiste será procedimiento -- de elección sobre todo cuando no exista infección; -- la obliteración del espacio formado se puede conseguir por la propia presencia del coágulo sanguíneo o mediante la introducción de Gelfoam u Oxycel en el -- interior de la cavidad los injertos intraorales de -- banco de hueso combinado con el empleo general de antibióticos han conseguido muchos éxitos en la cavidad quística no infectados sin embargo el procedimiento -- que proporciona más segura es permitir que la cavidad cure y cicatrice sin la adición de ningún relleno.

Las cavidades quísticas infectadas se pueden tratar colocando un drenaje de gasa simple o de gasa yodofórmica en la cavidad antes de suturar el colgajo el drenaje se puede ir eliminando gradualmente durante los días siguientes hasta quitarlo por completo. -- En algunos casos de quistes sin grandes infecciones -- se pueden reemplazar los drenajes durante varias semanas.

Cauterización.- Los cirujanos han empleado -- durante muchos años la cauterización química de la cavidad ósea consiste en pincelar suavemente la cavidad con un agente cáustico como el fenol o el nitrato de plata y neutralizarla posteriormente con alcohol. La dificultad que esconde este tratamiento es que el --- agente cáustico destruye las células epiteliales que hayan podido quedar, existen varias objeciones válidas.

as contra el empleo de los agentes caústicos son un insulto adicional al hueso en la mandíbula el paquete neurovascular puede lesionarse cuando el canal ha quedado expuesto en el maxilar los agentes caústicos pueden lesionar la mucosa que tapiza el antro por todo ello si se ha empleado una técnica quirúrgica cuidadosa el empleo de agentes caústicos no está recomendado.

### Enucleación.

El mejor tratamiento es la incisión total de los quistes a veces puede ser necesario modificar este criterio con el fin de acomodarse a situaciones particulares tales como los que se producen en aquellas lesiones extensas en que la eliminación y enucleación podrían ser causa de una fractura de las arcadas. Una vez que se ha obtenido el colgajo mucoperiostio y se ha reflejado se practica una ventana en la cortical ósea en muchas ocasiones esta ventana ya está presente y a no solo es necesario agrandarla, la ventana se puede practicar con un martillo y osteótomo unas pinzas gubias o una fresa de hueso en la técnica que emplea la fresa se practica una serie de agujeros de alrededor de 5 mm sobre la zona de lesión quística -- determinada radiográficamente después se unen las perforaciones mediante un cincel que permite la fácil eliminación de la lámina ósea para eliminar este hueso se pueden emplear unas pinzas gubias o sacabocados.

La ventana será lo suficientemente grande como para permitir un fácil acceso que vacíe la cavidad quística, el quiste se separará completamente de las paredes óseas por medio de curetas o periostótomos pequeños.

En la mandíbula el canal mandibular se encuentra muchas veces con prometido por lo que debe obser-



varse un cuidado especial el separar las paredes quísticas a lo largo del canal, en el maxilar debe observarse una precaución parecida si el quiste ha penetrado en el antro maxilar o si la atrofia producida en la lesión ha creado una delgadísima capa de separación entre la pared quística y el antro. Cuando se ha enucleado un quiste dentífero conviene eliminar también el diente en cuyo folículo se ha desarrollado el quiste si este diente se considera muy importante para la arcada dentaria se eliminará también el quiste y todo el folículo del diente pero reimplantándose posteriormente el diente en el canal labrado en el hueso para su erupción posterior. Muchos dientes con quistes periapicales, sobre todo en la parte anterior se pueden conservar combinando tratamientos conservadores con la cirugía apical. La técnica se practicará en una sola intervención con relleno de los canales radiculares, apecectomía y quistectomía.

Tratamiento de los quistes muy extensos. Cuando el quiste es tan grande que se teme la fractura quirúrgica se aconseja aplicar barras y férulas en los dientes antes de la intervención si se produce una fractura se puede aplicar la fijación inmediatamente, en algunas lesiones extensas es mejor abrirlas y practicar una biopsia en el momento en el que se exteriorizan, se incertara directamente en la cavidad quística una gasa yodofórmica que se cambiará periódicamente además de los drenajes de yodoformo se han empleado también con mucho éxito los tubos de plata o de plástico con esta técnica se colapsa el cuerpo de quiste y se permite el relleno del espacio quístico por compresión por el nuevo hueso desde que se forma por fuera del quiste, cuando se ha formado cantidad suficiente de hueso se debe enuclear todo el quiste y practicar un cierre primario.

### Marsupialización (operación de partsch)

El objetivo de la marsupialización consiste en la eliminación de una considerable cantidad de mucoepitelio de recubrimiento de hueso y de pared quística adyacente y en la evacuación del quiste mediante aspiración y legrado suave, el reborde de la mucosa se sutura al borde incidiendo la pared quística en toda su circunferencia se coloca porción de gasea en el interior de la herida cambiándola a intervalos de 3 ó 4 días hasta que el quiste ha disminuido de tamaño y con el tiempo el quiste queda obstruido y el hueso remodelado. Técnicamente la marsupialización tiene mucha importancia no obstante debido a la descripción de algunos casos de ameloblastomas y de carcinomas epidermoides originados en las paredes de los quistes dentígeros, esta técnica está indicada únicamente en los casos de exposición y conservación de los dientes permanentes cuando existen pequeños quistes dentígeros foliculares o quistes de erupción en los pacientes más jóvenes puede tener algún valor.

En la práctica la marsupialización de los quistes requiere un control y una vigilancia muy continua para evitar la acumulación de partículas de alimentos y otros detritus, existe otro peligro que es el de formación de nuevos quistes a partir de la membrana quística que ha quedado. En general debe evitarse la marsupialización u operación de Partsch puesto que es mucho mas segura la enucleación completa del quiste, si el quiste es demasiado extenso para la enucleación inmediata se practicará un drenaje o un taponamiento con yodoformo hasta que hay ya lo suficiente para permitir su enucleación completa.

#### Complicaciones.

Infección.- Los quistes con infección aguda se tratarán en dos etapas.

a).- Control de la infección aguda

b).- Intervención quirúrgica definitiva para erradicar al quiste para controlar la infección aguda habrá que establecer un drenaje e instaurar un tratamiento con antibióticos, una vez que haya cedido la infección aguda al quiste se deberá enuclear dejando un drenaje si existe pus residual los antibióticos -- se continúan posoperatoriamente durante 5 a 7 días. -- Los quistes con infección crónica pueden eliminarse -- sin el drenaje inicial ya que existe una localización de la infección también esta indicada la cobertura -- antibiótica la sutura primaria o la colocación de un drenaje dependerá de cada caso en particular.

Las infecciones posoperatorias se controlan -- localmente con irrigaciones y taponamientos de la cavidad ósea y sistemáticamente mediante el empleo de -- antibióticos, las cavidades óseas que han quedado --- abiertas deberán irrigarse frecuentemente, con el fin de evitar la acumulación de restos alimenticios.

#### Fractura.

Las fracturas espontáneas o patológicas debidas a la formación quística con una complicación relativamente rara a pesar de que algunos quistes dentígeros alcanzan tamaños enormes las fracturas producidas por la manipulación en las intervenciones quirúrgicas se podrán evitar si se realiza con cuidado y en una forma atraumática; no son raras las fracturas traumáticas de las zonas donde existen grandes quistes que en ocasiones son el primer indicio de la existencia de una zona patológica cuando se produce la fractura traumática en una zona quística su tratamiento resultará un serio problema y lo primero que se hará es -- eliminar el quiste completamente entonces se reducirá y estabilizará la fractura pudiendo practicarse todo en dos fases con intervalos de tiempo entre las mismas, si el quiste esta infectado hay que drenarlo y --

tratar la infección y remplazar la parte perdida mediante injertos óseos una vez que se haya eliminado la infección.

### Diagnóstico clínico

El quiste puede crecer de forma tan marcada que produzca una asimetría en la cara esto ocurre -- con mayor frecuencia en los quistes foliculares que se extienden en grandes cantidades afectando el hueso los quistes periodontales suelen ser de tamaño mas pequeño, el cortex del hueso se vuelve delgado como una cáscara de huevo de forma que a veces la presión digital puede producir una sensación de blandura o crepitación. Ciertos quistes odontogénicos se pueden infectar igualmente y producir signos y síntomas de inflamación, hinchazón elevación de la temperatura y -- leucocitosis; en ocasiones una fractura puede ser el indicio de la existencia de un quiste odontogénico -- sin embargo algunos quistes foliculares pueden destruir una cantidad considerable de hueso las fracturas patológicas raras veces se producen espontáneamente.

## DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Las radiografías tanto intraorales como extraorales tienen gran valor para el diagnóstico de los quistes, los quistes se observan como una radiolucencia del hueso y suelen estar rodeados de una fina línea blanca: lámina dura se pueden observar áreas dentro de la radiolucidez que aparecen incluso más oscuras y que indican la existencia de una en la superficie cortical tanto lingual como bucal o bien en ambas la existencia de la destrucción se puede observar en la radiografía que nos va a revelar la afectación de estructuras importantes tales como dientes, canal mandibular, seno maxilar y orificios nasales. Las grandes destrucciones quísticas no indican que existe debilidad o tendencia a las fracturas patológicas puesto que el quiste se extiende a expensas del hueso medular dejando la fuente cortical intacta, hay también factores anatómicos que proporcionan cierta resistencia al hueso como en el caso de la sínfisis del hueso retromolar y los bordes milohioideos de la mandíbula y de la potente raíz del arco cigomático y las eminencias caninas frecuentemente un quiste puede destruir la cortical bucal y dejar en cambio intacta la cortical lingual, la lámina dura alrededor del quiste es debida a la esclerosis del hueso, como respuesta a la presión por la expansión del quiste; no presenta siempre en las radiografías de las lesiones periapicales en las cuales pueden haber gran dificultad para distinguir los quistes de los granulomas periapicales.

Examen radiográfico.- Nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes, las sombras superpuestas pueden causar confusión cuando parecen estar atacados varios dientes en la región de un quiste se debe hacer un examen clínico completo incluyendo las pruebas de vitalidad; la presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede

ausar la formación de una capa compacta de hueso en la cual está contenido el saco del quiste. La lámina densa se ve en la radiografía como una línea blanca alargada delineando la región que contiene el quiste radiolúcido.

El diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiográficos ya que muchas enfermedades neoplásicas o metabólicas aparecen en la radiografía como quistes debido a la complejidad de las lesiones patológicas que se presentan en la mandíbula y en los maxilares estos problemas son difíciles de diagnósticos, los quistes generalmente tienen un contorno liso redondo y lobular y pueden ser multiloculares sin embargo cuando hay infecciones secundarias los bordes pueden ser irregulares, los quistes de los maxilares son muy difíciles de ver radiográficamente debido a que se sobreponen las sombras de los senos paranasales. El Lipiodol es una sustancia radiopaca que puede inyectarse en la cavidad quística después de aspirar el contenido del quiste si utiliza una jeringa Luer de tres a cinco centímetros cúbicos después de aspirar el líquido en la jeringa se quita la jeringa y se deja la aguja a la cual se le va a insertar otra jeringa luer con lipiodol la abertura que se ha hecho en la cavidad debe obturarse inmediatamente con un hemostático o torunda y la radiografía debe hacerse tan pronto como sea posible para evitar la salida del líquido.

Técnica quirúrgica.- sin tomar en cuenta la etiología naturaleza o localización del quiste existen dos métodos generales de tratamiento.

- 1.- Enucleación de todo el quiste.

2.- La operación de Partsch por la cual el quiste se descubre quitando la bóveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.

En todo caso el procedimiento quirúrgico debe basarse en sólidos principios fundamentales, estos principios incluyen las preservaciones del aporte sanguíneo a la región evitar el trauma excesivo a las fibras y troncos nerviosos de la región central de la hemorragia, técnica aséptica, manejo atraumático de los tejidos blandos, colgajo adecuado para obtener relajación suficiente que brinde un buen acceso a la región del quiste evitar llegar a inervaciones musculares y grandes vasos suturas correctas y readaptación del tejido blandos sean readaptados sobre una base ósea siempre sana con menos dolor posoperatorio que cuando el tejido es desgarrado lacerado o suturado directamente sobre un defecto del hueso.

Las hinchazones repetidas y el dolor suelen ser los primeros signos que manifiesta la presencia de un problema en la zona del tercer molar que en ocasiones es de una magnitud superior a la de una simple pericoronitis, los quistes se asocian muchas veces a los terceros molares impactados sospechándose su existencia después de un episodio agudo. Se observa con mucha frecuencia la presencia de lesiones radiolúcidas que existen en jóvenes y adultos, la frecuencia con que suelen ocurrir y se aconseja practicar radiografías de control extensas con que periodicidad mayor de lo que se acostumbra a hacer las series radiográficas normalmente se verificaran en espacios de dos a tres años a menudo el único examen radiológico que se realiza es el de radiografías oclusales o de mordida las series radiográficas completas y de mordida nos descubrirán la existencia de alteraciones en la zona de los terceros molares son necesarias las radiografías extraorales que son las únicas que permi

ten observar la zona de una forma extensa.

Debe insistirse en que la existencia de los terceros molares así como en el estado en que se encuentran debe ser documentado radiográficamente comenzando en una época temprana de la vida y realizando controles e intervalos regulares. Una lesión osteolítica se puede desarrollar de una forma tan insidiosa y lenta que a no ser que se detecte radiográficamente su conocimiento se realiza en muchas ocasiones cuando la extensión es grande y ha sobrevenido una infección, debido a la relatividad con que muchos quistes destructivos se encuentran asociados a impacciones.

Los quistes dentígeros a partir de los folículos o saco dentario y pueden ser mas o menos extensos pueden ser pequeños o extensos produciendo lesiones destructivas; de mucha mayor significación es el hecho de que la placa radiográfica no es una arma diagnóstica de completa y absoluta confianza lo que parece en muchas ocasiones ser un quiste benigno o puede ser de hecho un tumor de mucha mayor gravedad.

La posible confusión de los quistes dentígeros con los ameloblastomas y carcinomas debe conseguir que estemos siempre al acecho de la posible presencia de estos tumores cuando observamos otras lesiones que pueden semejar radiográficamente estas lesiones el aspecto de los quistes dentígeros por lo tanto se tendrán en cuenta los siguientes puntos.

1.- Las radiografías deben tomarse periódicamente para que las lesiones se pueden detectar precocamente.

2.- El examen radiográfico debe completarse siempre estableciendo la presencia y ausencia de los terceros molares.



3.- Si en una serie de radiografías un tercer molar se mueve en dirección distal quedando un espacio entre el y la corona del segundo molar se sospecha la presencia de la lesión expansiva.

4.- El aspecto radiográfico de una lesión radiolúcida puede ser sospechosa pero nunca definitiva en el diagnóstico; solamente el examen histológico de una muestra puede ser indicativo de un diagnóstico -- definitivo.

5.- Los terceros molares que sufren alteraciones patológicas deberán ser categóricamente eliminados.

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

## PATOLOGIA ORAL THOMA

ROBERT J. GORLIN, D.D.S.M.S. Profesor and -  
 Chairman  
 Divisor of oral Pathology University of  
 monnesota school of Dentistry Minnepolis Minn.

HENRY M. GOLDMAN, D.M.D. Dean and profesor of  
 Stomatology Boston University School of Gru--  
 duate Dentistry Boston Mos  
 "Salvat Editores", S.A.  
 Primera Edición 1973  
 Reimpresión 1975

## PATOLOGIA BUCAL CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA

DE GUILLERMO A. RIES CENTENO Profesor titular  
 consultor de cirugía Dentomaxilar de la Facul-  
 tad de Odontología de la Universidad de Bue--  
 nos Aires; Miembro de la Academia Nacional de  
 Medicina.

Séptima Edición  
 Segunda reimpresión 1975  
 Librería "EL ATENEO" Editorial

## PATOLOGIA BUCAL S.N. BHASKAR

B.D.S. D.D.S. M.S. Ph. O. Supervisor de la  
 obra

GUILLERMO A. RIES CENTENO Profesor titular  
 de la facultad de odontología de Buenos  
 Aires, Miembro de la Academia Nacional de -  
 Medicina.

Segunda Edición  
 Librería "EL ATENEO" Editorial.

**CIRUGIA BUCAL DE KRUGER**

GUSTAVO A. KRUGER. DR. LEROY W. PETERSON  
 PROF. de Cirugía Bucal de la Escuela de --  
 Odontología de la Universidad de Washington  
 S.T.

LOUIS MQ. Consultor de Cirugía Bucal de la  
 Administración Veleronos ST. LOU, S. MO.  
 Diplomado por el Consejo norteamericano de  
 Cirugía Bucal  
 Editorial "INTERAMERICANA", S.A.  
 Primera Edición.

**TRATADO DE CIRUGIA ORAL DE WALTER L. GURALNICK**

D.M.D. Clínica profesor and Chairman, Depart-  
 tament of oral surgery Harvard School of --  
 Dental Medicime.  
 Chief of servce, Department of oral surgery  
 Mussachusetts General Hospital Boston  
 y Colaboradores.  
 SALVAT EDITORES, S.A.

**TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL**

DR. WILLIAM G. SHAFER Profesor y jefe,  
 departamento de patología Bucal Indiana  
 University; Purdue University school of  
 Dentistry

DR. MAYNARD K. HINE Consejero, Indiana  
 University, Purdue University

Dr. BARNET M. LEVY Profesor de Patología,  
 the University of Texas Dental Branch; -  
 Director the university of Dental Science  
 Institute, Houston.

Traducido al español por Dra. MARINA G. DE  
 GRANDI.- Editorial "INTERAMERICANA"  
 TERCERA EDICION  
 Primera Edición en Español 1977.