

7 1063
Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



QUISTES DE LA CAVIDAD ORAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

JAVIER VELASCO FLORES

1979

15420



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.

INDICE

PAG.

Introducción.....	
Definición.....	3
Clasificación.....	4

PITULO 1º

Introducción	
Etiología	
Manifestaciones Clínicas	
Estudio Radiográfico	
Histopatología	
Diagnostico	
Tratamiento	
Pronostico	
I.- QUISTES ODONTOGENICOS.....	6
A.- Quistes Foliculares.....	7
B.- Quistes Periodontales.....	27
II.- QUISTES NO ODONTOGENICOS.....	49
A.- Quistes Fisurales	
B.- Quistes de Retención.....	63
C.- Quistes no Epiteliales (Seudo Quistes)..	69

PITULO 2º

Tratamiento.....	80
Conclusiones.....	102
Bibliografía.....	104

INTRODUCCION

Es una satisfacción, presentar esta investigación bibliografica al Honorable Jurado, con el fin de exteriorizar los anhelos y profunda preocupación sobre una patología de la cavidad oral, de sumo interés al Odontologo.

Es de suma importancia que el Cirujano Dentista, este conciente de las secuelas tan profundas que puede ocasionar al paciente si no se detectan puntualmente los quistes de la cavidad oral y es necesario que tenga los conocimientos necesarios, tanto histopatologicos, radiologicos, clinicos, etc., para un diagnóstico oportuno.

Aunque muchos quistes de la cavidad oral son odóntogenos, hay otros vinculados tanto a los tejidos duros como a los blandos, que no tienen relación con las piezas dentarias.

Todos tienen una gran importancia clínica para el Cirujano Dentista ya que constituyen un problema de diagnóstico y en general son tratados en el consultorio dental.

Su multiplicidad de síntomas subjetivos y objetivos, a menudo forma difícil su distinción de los verdaderos neoplasmas.

Con cierta frecuencia alcanzan un gran tamaño, con complicaciones tales como fracturas y trastornos de la dentición, etc.

La posibilidad de neoplasmas, que se desarrollan a partir de los quistes foliculares, añade una importancia clínica especial a esta patología.

Asi mismo espero, que el lector de esta investigación, encuentre algún concepto de utilidad, que le pueda servir en algún momento para el ejercicio de la profesión y en beneficio de la comunidad.

DEFINICION

QUISTE.-

Etimologicamente proviene de la raíz griega Kystis que significa vejiga o saco.

Es una bolsa conjuntiva epitelial, tapizada de epitelio en la cara que mira a la luz del quiste y tejido conjuntivo rodeando al epitelio, con un contenido líquido o semilíquido y aumenta de tamaño por su propia tensión.

CLASIFICACION

La presencia de tejido epitelial en el interior de la médula del maxilar y la mandíbula constituye una de las tantas desemejanzas entre los maxilares y otros huesos del esqueleto.

Los quistes de la cavidad oral se pueden originar en el epi _telio odontogénico o bien en el epitelio no odontogénico. De acuerdo con su origen, se clasifican de la forma siguiente:

I. - QUISTES ODONTOGENICOS

A). QUISTES FOLICULARES

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1.- Quiste Primordial | Se originan del órgano |
| 2.- Quiste Dentigero | del esmalte o foliculo |
| 3.- Quiste Multilocular | |

B). QUISTES PERIODONTALES

- | | |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1.- Quiste Radicular Apical | |
| 2.- Quiste Lateral | Se originan de los res |
| 3.- Quiste Residual | tos epiteliales de Mala |
| 4.- Quiste Gingival | ssez |

II. - QUISTES NO ODONTOGENICOS

A). QUISTES FISURALES

- 1.- Quistes Mediales
 - a). Palatino Mediano

b). Alveolar Mediano

c). Mandibular Mediano

2.- Quistes Globulo Maxilares

3.- Quiste Nasoalveolar

4.- Quiste Naso Palatino

Canal incisivo
Papila Palatina

B). QUISTES DE RETENCION

1.- Ramula

2.- Mucoccele

C). QUISTES NO EPITELIALES (SEUDO QUISTES)

1.- Quiste Oseo Traumatico

2.- Quiste Oseo Aneurismatico

3.- Quiste Oseo Estatico.

C A P I T U L O 1^o

1) QUISTES ODONTOGENICOS

Son quistes de desarrollo que se originan del epitelio asociado a la formación del aparato dental o que ya formado ese tejido ha pasado a un estado latente.

Existen dos tipos: Los quistes foliculares que están en relación con la corona de los dientes, y su origen está en relación con la degeneración del folículo.

Los quistes periodontales que están en relación con las raíces de las piezas dentarias y son de origen infeccioso. Ambos tipos pueden pasar inadvertidos durante muchos años y ser descubiertos en un examen radiológico de rutina.

En su crecimiento destruyen el hueso cortical. El hueso cortical se puede atrofiar debido a la presión y volverse muy delgado, semejante a una cáscara de huevo; puede quedar tan delgado que a veces da lugar a una ulceración. Estos quistes pueden ocupar la totalidad de un segmento de la arcada, ensanchándola hasta el extremo de producir una distorsión facial.

A) QUISTES FOLICULARES

INTRODUCCION

Se desarrollan en ambos maxilares, pero predominan en el maxilar inferior, se presentan con menor frecuencia que los quistes periodontales.

Los quistes foliculares se desarrollan en piezas dentarias que quedan retenidas en los maxilares.

Pueden degenerar y formar su muro tumoral, se han descrito ameloblastomas y carcinomas epidermoides cuyo origen estaba en las paredes de los quistes foliculares.

En relación al sexo presentan un predominio en el sexo masculino.

Quistes foliculares.- 14.6 % con predominio en el maxilar inferior.

Quistes paradentarios.- 81.2 % con predominio en el maxilar superior.

La clasificación de estos quistes depende de la etapa de odontogénesis de la cual se originan.

1) QUISTE PRIMORDIAL

Conocido también como quiste folicular simple o unicular.

Es el menos común de los odontogénicos comprende aproximadamente alrededor del 1.75 % y 5 % de todos los foliculares.

Se presentan generalmente en la zona del tercer molar o - - puede originarse en el órgano de un diente supernumerario abortado, se presenta en adultos jóvenes.

Se consideran anomalía precoces de desarrollo que se originan del epitelio odontogénico.

Como estos quistes se desarrollan del epitelio bucal primitivo por lo tanto están relacionados con el ameloblastoma.

ETIOLOGIA

Este quiste se forma en época temprana de la odontogenesis.

Se produce por la degeneración quística y liquéfacción del retículo estrellado del organo del esmalte, antes de que la proliferación e histogénesis haya llegado a la formación del esmalte y dentina.

A esto se debe que aparece en lugar de una pieza dentaria, en vez de estar en directa vinculación con él. ya que la odontogénesis ha abortado por completo.

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Con mayor frecuencia se observa en la región de los molares inferiores y del tercer molar superior y de los caninos, principalmente en individuos jóvenes, sin preferencia por uno de los sexos.

Rara vez el quiste primordial da muestras clínicas de su presencia ya que no suele ser tan grande o expandirse -- tanto como el dentígero, aunque posee la capacidad de desplazar por presión los dientes adyacentes, todos los dientes de la región poseen vitalidad.

Rara vez existe dolor, aunque puede aparecer cuando el quiste es grande y presiona un nervio o presenta una infección secundaria presentándose los signos característicos de ésta, cuando se infecta puede dar origen a una fístula, -- cuando el quiste es grande existe aumento de volumen y de deformidad facial.

Esta lesión se asocia siempre con un diente ausente -- primario o permanente, a menos que se origine de un germen supernumerario.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El examen radiográfico nos muestra la localización y extensión del quiste en relación con el hueso y las piezas dentarias.

Suele encontrarse una zona radiolúcida única, redondeada, ovalada o elíptica, a veces puede presentarse incluso - como una sombra rodeada por unos bordes muy bien delimitados y envueltos por una zona estrecha de hiperostosis, localizada en una area donde falta congénitamente un diente, frecuentemente tercer molar inferior o algún supernumerario, generalmente su tamaño no es mayor de dos centímetros de diámetro y por ello no se acompaña de asimetría cortical o desplazamiento de las raíces de los dientes contiguos.

Los quistes primordiales de mayor tamaño pueden dar lugar a expansión de la cortical y desplazamiento de las raíces de los dientes contiguos o pueden extenderse a la rama o por delante, hacia el cuerpo de la mandíbula.

HISTOPATOLOGIA

El aspecto microscópico del quiste primordial no es -- patognomónico, si no que es bastante similar al de los otros quistes odontógenos.

La pared esta constituida por fibras colágenas, que varían en cuanto su densidad, está tapizado en su cara interna mirando hacia la cavidad por una capa de epitelio pavimentoso estratificado que se deriva del epitelio adamantino interno y externo.

La presencia de células inflamatorias crónicas, principalmente linfocitos y plasmocitos, entremezclados con leucocitos polimorfonucleares en la zona subepitelial adyacente - de tejido conjuntivo es una comprobación variable.

En el interior del quiste se encuentra el líquido quístico que como en los paradentarios presenta grandes variaciones respecto al color, consistencia y a la bacteriología, amarillo citrico la mayor parte de las veces o de un tinte hemático o lechoso, se pueden encontrar cristales de colesteroquina, contiene también seroalbúmina, seroglobulina, agua, - células en diferente estado de degeneración y leucocitos.

La acumulación del líquido se realiza en el retículo-estrellado durante la odontogénesis.

DIAGNOSTICO

El diagnostico en cada caso debe fundarse en una combinación de datos físicos, historia clinica, valoración radiográfica y biopsia, pues en la mayoría de los casos ninguna - por si sola es satisfactoria.

La diferencia entre los quistes foliculares y los radiculares, es que los primeros están en relación con un folículo y los segundos con la raíz de una pieza dentaria, el - diagnostico diferencial entre estos dos es de suma importancia, ya que un número sorprendente de ameloblastomas surge

del quiste folicular.

El único interés particular reside en el diente originador del proceso, que siempre falta en la arcada.

Es frecuente encontrar persistencia del temporario, puede suceder que la arcada dentaria este completa, en este caso el quiste es originado por un diente supernumerario.

Los quistes primordiales se diferencian de los quistes periodontales y de los otros quistes foliculares en que no contienen elementos calcificados.

TRATAMIENTO

Es siempre quirúrgico, dependiendo la técnica del tamaño y de su localización. Debe prestarse particular atención a la eliminación de toda la pared del quiste, para no dejar restos que puedan contener elementos ameloblastomosos.

PRONOSTICO

Es excelente si se extirpa completamente, cualquier engrosamiento de la pared del quiste puede indicar alteración ameloblástica, indicándose entonces la biopsia, ya que el 33% de todos los ameloblastomas se originan en las paredes del quiste folicular.

2) QUISTE DENTIGERO

Llamado también quiste folicular central.

Es el más común de los quistes foliculares, pues comprende aproximadamente el 95 % de estas lesiones y alrededor del 34 % de todos los quistes odontogénicos. Es algo más frecuente en los hombres que en las mujeres y suele presentarse en la segunda o tercera década de la vida. El 70 % de las lesiones aparece en la mandíbula, principalmente en el tercer molar, y un 30 % en el maxilar, principalmente en los caninos.

Es un quiste del folículo que se encuentra ubicado en forma pareja alrededor de la corona del diente en desarrollo (retenido)

ETIOLOGIA

Se desarrollan como resultado de una inflamación en el área de un folículo dentario, la cual ocasiona una alteración en el intercambio de líquidos entre el órgano del esmalte y los capilares de los espacios tisulares contiguos, debido a una alteración de éste intercambio, el líquido excesivo se almacena en el órgano del esmalte y ocasiona un quiste folicular.

El revestimiento está formado por células del retículo-estrellado, las cuales son desplazadas contra el interior y exterior del epitelio del esmalte.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Este quiste está siempre asociado a la corona de un diente retenido.

Como sucede en todos los demás quistes, los quistes dentígeros presentan un período intramaxilar en el cual por lo general no presenta ninguna sintomatología, y otro período de exteriorización (los cuales se explicaran cuando tratemos los quistes paradentarios).

Se pueden percibir fenómenos dolorosos, con la misma intensidad que la producida por los dientes retenidos.

A pesar del volumen extraordinario que pueden alcanzar, el sintoma dolor es excepcional a menos que presione un nervio.

El quiste dentígero es potencialmente capaz de constituirse en el más agresivo de todos los quistes odontógenos. Su crecimiento continuo genera las siguientes secuelas:

Expansión del hueso con su subsiguiente asimetría facial , gran desplazamiento de los dientes. La formación de un quiste en un tercer molar inferior sin erupcionar puede determinar el ahuecamiento de la rama ascendente hasta la apófisis coronoi_{dea} y condílea o abarcado todo el cuerpo de la mandíbula.

En el caso de un quiste en el canino superior a menudo se produce una expansión de la porción anterior del maxilar y puede semejar una sinusitis aguda, la bóveda palatina puede estar

descendida. En algunos casos existe una exoftalmia por protusión del globo ocular .

En quistes demasiado extensos puede existir dificultad-- en la formación de deglución.

El adelgazamiento ocasionado por el crecimiento del quiste, a veces es tanto que, por medio del tacto logra percibirse una sensación de apergaminamiento y crepitación del hueso.

La sintomatología silenciosa cambia radicalmente si el quiste se infecta: Los dolores se hacen intensos y se irradian el estado general está perturbando (hay fiebre, disnea, halitosis, y pulso elevado). La supuración se puede abrir camino por fístulas intraorales o extraoralmente, por la que mana una pus fétido, una sonda introducida por una de estas fístulas, encuentra el tejido blando aterciopelado de la bolsa quística y se percibe la dureza del diente retenido.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El examen radiográfico revela una zona radiolúcida bien-definida asociada a una corona dental sin erupcionar,

La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso en la cual está contenido el saco del quiste. Esta lámina densa se ve en la radiografía como una línea blanca delgada delineando

la región del quiste radiolúcido.

Los quistes dentígeros agrandados pueden causar gran desplazamiento del diente causal.

La presión del líquido acumulado generalmente desplaza el diente en dirección apical y con frecuencia la formación de la raíz no es completa.

Puede abarcar una gran extensión de la rama ascendente y del cuerpo de la mandíbula, desplazando a los dientes adyacentes en el maxilar superior desplazando los senos orbitales y paranasales, sin invadirlos, en contraste con el neoplasma que invade y rodea estos tejidos.

Su tamaño es variable, y es a veces sumamente grande; pero la mayoría tiende a tener unos 2 a 4 centímetros de diámetro.

HISTOPATOLOGIA

No existen rasgos microscópicos característicos que puedan ser empleados con seguridad para distinguir un quiste dentígero de otro tipo de quiste odontógeno.

Esta compuesto por una pared de tejido conjuntivo delgada, con una capa de epitelio pavimentoso estratificado que tapiza la luz del quiste.

Es común la infiltración celular inflamatoria en el tejido conjuntivo (linfocitos y plasmocitos). El contenido quístico - suele ser un líquido amarillo acuoso, a veces manchado con sangre.

se pueden encontrar cristales de colessterina, seroalbúmina, se roglobulina, agua, células en diferentes estados de degeneración y leucocitos.

Tiene gran importancia clínica que numerosos casos de ameloblastomas se originen en la pared de un quiste dentígero; del epitelio que lo tapiza o de los nidos epiteliales asociados.

La formación de tal tumor se manifiesta como un engrosamiento nodular de la pared quística, pero rara vez es obvia clínicamente!

DIAGNOSTICO

El diagnóstico se basa en los síntomas clínicos de crepitación apergamizada, deformación facial o local. ausencia del diente en la arcada, pero no es definitivo ya que en quistes pequeños no existe ningún síntoma.

El cuadro radiológico tampoco es fundamental ya que se puede confundir con un ameloblastoma.

Los quistes del maxilar superior (En general), son muy difíciles de distinguir en la radiografía debido a que se superponen las sombras de los senos paranasales. El lipodiol, una sustancia radiopaca, puede inyectarse con una aguja grande de calibre 19 ó 20 en una jeringa luer de tres o cinco centímetros cúbicos, después de aspirar el líquido con una jeringa similar. 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.

El diagnóstico definitivo dependerá de la combinación de estos datos, con estudios histológicos y la punción exploradora.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Mencionaremos unas variantes del quiste dentígero central como es el quiste folicular lateral y el quiste de erupción, para poder realizar un buen diagnóstico definitivo.

QUISTE FOLICULAR LATERAL

Este quiste es muy raro y su formación es idéntica al quiste dentígero, pero éste se localiza lateralmente, comúnmente -- cerca de la unión dentino-esmalte-cemento. Si permanece ahí después de que el diente ha erupcionado se le llama quiste perio_dontal lateral.

Esta asociado a dientes completamente formados, algunos -- pueden surgir de restos celulares embrionarios localizados a un lado del folículo dental, pero la mayoría tiene el mismo origen que los del folículo central, excepto que la alteración es lateral.

Su expansión involucra la porción esponjosa del hueso.

Este quiste se forma, ya tarde en el desarrollo del esmalte, puede expandirse a un ritmo tan lento que no se vea perturbada la erupción normal.

Su histopatología y sintomatología es similar al dentígero.

QUISTES DE ERUPCION

En los niños, los quistes dentígeros se desarrollan a menudo en asociación con dientes en erupción y poco antes de entrar en la cavidad bucal, se presenta como un abultamiento en la cresta alveolar, de color rosado o azulado, renitentes y llenos de líquido, llamados quistes de erupción .

Presenta las mismas características microscópicas que la de los quistes dentígeros, Las lesiones se abren espontáneamente con la erupción de los dientes y, no requiere ningún tratamiento, si fuera necesario, se puede hacer una incisión o marsupialización. Su potencial neoplásico es prácticamente nulo.

Los tumores centrales benignos de las arcadas tienen tendencia a erosionar o destruir las raíces dentales, a diferencia de los quistes que normalmente tienden a desplazar las raíces dentales.

Los tumores malignos tanto primarios como metastásico generalmente, no presentan en la radiografía la lisura y el aspecto redondeado de la lámina dura del quiste.

Hay que tener en cuenta estos tumores para tener un diagnóstico definitivo.

Debemos diferenciarlo de un quiste paradentario, ya que en estos quistes, la ubicación es apical y su relación es con un diente con pulpa necrosada.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección para el quiste dentífero consiste en la eliminación quirúrgica.

Esta indicada la emucleación completa de toda la pared, a causa de la presencia de fragmentos residuales de epitelio odontógeno, con posibilidad de reincidencia.

Si se presenta muy grande con peligro potencial de fractura del maxilar, está indicada la inserción de un drenaje que alivia la presión y la contracción gradual del espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo.

Su tratamiento también depende de la posibilidad de conservar el diente afectado.

Si se conserva el diente y permitirle que haga erupción el procedimiento de Partsch debe realizarse sin afectar la unión del diente con el hueso vecino. Cuando el diente se encuentra desplazado debe extirparse junto con la bolsa quística.

Debe recordarse que cualquier resto epitelial que se deje es capaz de producir una residiva y en algunos casos producir un ameloblastoma.

3) QUISTE MULTILOCULAR

Es una variante de los quistes dentígeros.

En raras circunstancias, un germen dentario puede originar quistes múltiples que a diferencia de los dentígeros no se asocia con dientes desarrollados. Comprende menos del 1% de los quistes foliculares.

Los quistes múltiples suelen ocupar la zona de los terceros molares, pero pueden extenderse anteriormente hasta el cuerpo o posteriormente por la rama ascendente. Finalmente, la lesión, aunque puede parecer dividida en compartimientos, es en realidad un espacio quístico único con tabiques que se extienden a corta distancia desde la periferia.

ETIOLOGIA

Este puede ser formado por la degeneración de varios gérmenes dentales actuando en conjunto y su formación de una apariencia folicular múltiple o bien de lámina dental o de la capa epitelial externa del órgano del esmalte del diente, que puede dividirse y formar varios folículos adyacentes, cada una de las 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 pueden ser hereditarios, lo transmite un gen dominante autosómico, constituyen un hallazgo constante de una anomalía de desarrollo llamado síndrome del nevo vasocelular. Además de los quistes maxilares, los pacientes presentan múltiples carcinomas vasocelulares y quistes sebáceos de la piel y deformidades esqueléticas (abovedamiento frontal, costillas aplanadas, fusión de vértebras, espina bifida oculta cervicotorácica. Los ojos parecen estar hundidos y el puente nasal está ensanchado, la mayoría de los pacientes presentan un leve prognatismo.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Este quiste es semejante a todos los quistes odontogénicos cuando son pequeños, no presenta ningún tipo de sintomatología.

Clinicamente esta lesión se presenta con el adelgazamiento y la asimetría de la corteza y un agrandamiento y deformación manifiesta del maxilar, suele ser de gran tamaño, de varios centímetros de diámetro, y se extiende a menudo a distancia variable en el interior del cuerpo de la rama ascendente o incluso más adelante y por debajo de las raíces de los molares contiguos, desplazándolos a menudo de sus posiciones normales, se pueden complicar con una infección secundaria o cuando son muy extensos pueden ocasionar fracturas.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El quiste múltiple, es similar al primordial en relación a su localización más frecuente y a sus características radiográficas, excepto en que se compone de dos o más zonas radiolúcidas bien limitadas, separadas por estrechos tabiques óseos (líneas radiopacas), presentan un aspecto multiquístico, semejante a pompas de jabón, las raíces de los dientes adyacentes es común que las desplace.

HISTOPATOLOGIA

Los cortes microscópicos muestran lo que parece ser una cantidad numerosa de quistes primordiales, adheridos unos a otros o comunicados entre sí. Están revestidos de epitelio escamoso estratificado y sus paredes de tejido conectivo pueden presentar algunas células inflamatorias. El epitelio puede estar en algunos casos queratinizado!

El líquido quístico puede ser un líquido seroso o serosanguíneo y a veces un líquido seropurulento, que indica la existencia de una infección y presenta las mismas características a los dos quistes foliculares anteriores.

DIAGNOSTICO

Se basa principalmente en una historia clínica, principalmente cuando falta una pieza dentaria, es fundamental el estudio radiográfico con un aspecto multiquístico, pero se puede confundir frecuentemente con los ameloblastomas, por eso es importante la histopatología de la lesión para realizar el diagnóstico definitivo, ya que es diferente en los ameloblastomas. Para observar correctamente los grandes quistes de los maxilares, deberá tomarse una placa extraoral.

QUISTES ODONTOGENICOS

Su desarrollo es similar, es decir su desarrollo se realiza cumpliendo con la ley de menor resistencia.

En general, su evolución es hacia la tabla externa, en el maxilar superior, a excepción de los caninos, cuya evolución es casi siempre palatina. En el curso de su evolución el diente retenido es en general empujado centrífugamente.

En el maxilar inferior, su desarrollo es casi siempre a expensas de las dos tablas (a diferencia de los paradentarios).

En terceros molares los quistes se expanden generalmente hacia la rama montante, rechazando la tabla externa, por debajo del masetero y llegando en ocasiones hasta el cóndilo y apófisis coronoides.

Su volumen es variable desde el tamaño de una haba, hasta el enorme quiste que destruye parte de la rama ascendente y parte del cuerpo de la mandíbula, normalmente adquiere el tamaño de una nuez, o de un huevo de gallina.

B) QUISTES PERIODONTALES

Son tumores inflamatorios de marcha crónica, con asiento en cualquiera de los dos maxilares, con predominio en el maxilar superior, formados por una bolsa conjuntivo epitelial, con un contenido líquido o semilíquido.

El quiste radicular, es el más frecuente debido a su origen específico y característico; se origina de la infección de la pulpa dental producido por la caries o por restos epiteliales de un granuloma o de un diente mortificado sin caries.

El 72% afecta al maxilar superior, y el 28% al inferior.

En los superiores predomina en la región incisiva y en menor proporción en la región de los premolares, molares y caninos. Existe un ligero predominio en el sexo femenino.

Se desarrollan a cualquier edad. pero la edad adulta, de 20 a 30 años, es la época preferente para esta afección.

Los quistes paradentarios en los dientes temporales son excepcionales.

Cuando se encuentra alrededor del ápex del diente, que es la localización más común, se llama quiste radicular apical y si esta situado en la cara lateral del diente se designa como quiste radicular lateral (parodontal), el quiste residual se designa al quiste periodontal que queda cuando se genera luego de la extracción de un diente, el quiste gingival que se localiza

en la encía libre o adherida.

Estos quistes no tienen la capacidad de originar ameloblastomas como es el caso de los foliculares.

Los quistes periodontales se desarrollan en piezas dentarias erupcionadas y en relación con las raíces, en contraste con los foliculares asociados habitualmente a dientes incluidos y en relación con la corona dental.

SINONIMIA

La clasificación de quistes paradentarios es la más correcta debido a su patogenia, pero algunos autores los clasifican como: Quistes uniloculares, alveolodentarios, rediculares, radiculodentarios, epieales, granuloma quístico, quiste infeccioso, quiste periapical.

1) QUISTE PERIODONTAL APICAL

Es una afección inflamatoria de marcha crónica, localizada alrededor del ápex de la raíz de un diente, como resultado de la destrucción de la pulpa dental.

ETIOLOGIA

Es una secuela común, pero no inevitable, de procesos inflamatorios en los restos de la capa radicular de Hertwig de la membrana periodontal, que da origen a procesos de neoformación.

Entre los estímulos capaces de provocar fenómenos flogísticos se reconocen; a un granuloma, complicaciones de una caries de cuarto grado o de un diente mortificado sin caries (traumatismos; golpes, traumatismos lentos repetidos; ortodoncia dientes - en mala oclusión, etc).

Mortificación de la pulpa de origen medicamentoso.

Ningún otro quiste debe su existencia a una infección o a productos tóxicos de una pulpa afectada.

MECANISMO POR EL CUAL SE ORIGINA EL QUISTE APICAL

El tapizado epitelial deriva de los restos epiteliales de Malassez que proliferan como resultado del estímulo inflamatorio de un granuloma preexistente. La razón de que no todos derivan en quistes es desconocida.

Es posible que si los granulomas periapicales persistieran un período prolongado terminarían todos en quistes.

La reacción inicial que lleva a la formación del quiste es una proliferación de los restos epiteliales en la zona periapical con granuloma. aunque con frecuencia estos restos celulares permanecen inactivos, pero pueden ser estimulados por la reacción inflamatoria en esta area y crecen. La proliferación epitelial sigue un proceso de crecimiento irregular y de carácter -- pseudoinvasor de las células, el cual engloba el tejido de granulación.

Al continuar la proliferación aumenta de tamaño la masa -- epitelial y la porción central queda cada vez más alejada de -- sus fuentes nutritivas, (Los capilares y el líquido intercelular del conjuntivo), debido a la irrigación sanguínea inadecuada de dichas células, degeneran, se necrosan y entran en liquefacción. Esto crea una cavidad tapizada por epitelio y ocupada por un líquido, formando el quiste ápical.

Existe también una transudación de fluidos inflamatorios -- en el interior de la cavidad, a través de las células epiteliales que la tapizan.

Las células epiteliales continúan proliferando por la irritación continua de los productos químicos de la inflamación y -- del contenido de la cavidad, además de la presión ocasionada por el líquido en el interior, dan motivo al crecimiento gradual --

del quiste radicular, produciendo una atrofia por presión del hueso subyacente que forma una línea del hueso condensado al_ alrededor del quiste; este hueso condensado se denomina lámina-dura.

Puede originarse también en la cavidad de un absceso al_ veolar crónico, por epitelización de sus paredes.

Es necesario que haya un epitelio en activa proliferación tapizando la mayor parte de la cavidad. La presencia de restos inactivos de epitelio en la cápsula no basta para designarlo, - ya que se ha demostrado que trozos del mismo existen en casi -- todos los granulomas dentales.

La intensidad de la reacción inflamatoria en esta zona, es el factor que provoca la proliferación de los restos epiteliales y que mantienen su continua actividad.

Existen otras teorías de la formación de la cavidad quísti_ ca.

Romer.- La cavidad no está en contacto con el ápice del -- diente, lo que demuestra que son los elementos centrales del is_ lote los primeros que sufren por falta de nutrición una degene_ tación hidrópica, huecos después, que fusionándose darían la ca_ vidad.

Partsch.- Degeneración grasosa del tejido de granulación - y su aislamiento por el epitelio.

MANIFESTACIONES CLINICAS

A los quistes paradentarios les corresponden los mismos - períodos clínicos que a los demas tumores de los maxilares; -- Primer período intramaxilar, y otro de exteriorización.

Como lesión esencialmente crónica, su marcha y evolución lenta no dan por lo general ninguna sintomatología, ni obje__ tiva ni subjetiva y pasan inadvertidos, generalmente durante un gran número de años.

Sin embargo existen algunos detalles que lo descubren como son: Una ligera sensación dolorosa a la percusión vertical y - una ligera tendencia a introducirse en el alveolo, el color de la encía adquiere un color rojo vinoso y se presenta muchas ve ces en forma de triangulo, en la región ápical de la pieza afec tada.

PERIODO INTRAMAXILAR

Período que se denomina silencioso, pues ningún sintoma - clínico revela su presencia, solo la escasa sintomatología se__ ñalada, muchas veces inexistente.

Si no es eliminado quirúrgicamente, el quiste sigue su e__ volución y en determinado momento puede pasar al segundo perío do.

PERIODO DE EXTERIORIZACION

Puesto en marcha el tumor, el proceso va aumentando de volumen, a medida que sucede esto va resorbiendo el hueso principalmente de la tabla externa en el maxilar inferior y en la bóveda palatina a consecuencia del aumento de volumen y comprensión del quiste.

A consecuencia de esto la tabla externa se adelgaza tanto que provoca una sensación de crepitación apergaminada, que se reconoce a la inspección visual, digital y hasta auditiva.

A medida que aumenta de tamaño, el tejido óseo de la tabla externa es deformado (desde deformaciones localizadas escasamente apreciables, de coloración normal y consistencia ósea, a protuberancias purpúras de moderado tamaño, determinadas por el tamaño del quiste).

Cuando el proceso quístico ha destruido totalmente la tabla ósea externa; existen dos síntomas según la presión a que este sometido el líquido quístico.

I.- Cuando se encuentra a gran presión, el examen clínico nos da la sensación de renitencia (Los tejidos reniten a la presión digital.

II.- Si el contenido quístico no es completo, nos da la sensación de fluctuación (Sensación de ola).

La deformación del hueso intrabucal provoca la deformación de la cara (puede deformar la porción geniana o labial, y en ocasiones desvía la nariz, modifica el párpado inferior, etc.

Los síntomas subjetivos del quiste ápical son variables; - algunos quistes son completamente asintomáticos, mientras que - otros producen dolor, hiperestesia o malestar.

Los dolores se hacen intensos y se irradian y el estado general esta perturbado si el quiste esta infectado o está presionando algún nervio de la región.

La complicación más común de estos quistes es la infección secundaria y supuración pudiendo suceder en cualquier período, - su causa es desconocida, pero puede ser el resultado de una degeneración de la resistencia histica.

Es común cuando el quiste ha adquirido un volumen relativamente grande, ya sea por que su pared se coloca cerca del medio bucal, nasal o sinusal, modificando su estado de pureza e infectarse durante una maniobra operatoria o en una punción con fines de diagnóstico.

Su sintomatología y marcha varían, el quiste comienza a supurar cuando logra vencer la tabla ósea, formando unas fistulas o por la cual drena continuamente pus hacia la cavidad oral, o regiones vecinas o en la piel de la cara.

También modifica el contenido del quiste, presentando un contenido purulento o seropurulento hemático algunas veces , --

de color verdoso y olor nauseabundo.

La supuración es abundante en desproporción con los signos locales.

Al supurar el quiste deja de crecer y los síntomas subjetivos son relativamente raros.

Introduciendo una sonda, por las fístulas, se perciben las paredes del quiste: fungosas, almohadillas, con sensación aterciopelado.

Si la fistulización se hace en el seno maxilar se complica con una sinusitis maxilar.

Situado un quiste sobre el ápice del diente, va comprimiendo lenta y gradualmente los dientes vecinos, los dientes contiguos se abren en abanico, alejando sus ápices y acercando sus coronas, cuando se presentan es patognomónico, pero cuya ausencia no descarta el quiste.

Cuando comprime el quiste a nivel del ápice de los dientes contiguos puede provocar mortificación pulpar de estos.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Se presenta como una zona radiolúcida, bien definida, y generalmente suele tener una fina línea radiopaca (hiperostótica) en torno de la periferia de lenta expansión, pero su ausencia - no descarta un posible quiste, Su forma puede ser ovoide, elíptica, circular o incluso lobulada, localizada en el ápex de una pieza dentaria.

Su tamaño generalmente es de uno a dos centímetros, pero - con frecuencia varia, desde quistes muy pequeños de pocos milímetros de diametro hasta grandes quistes que afectan estructuras - importantes, tales como dientes, canal mandibular, seno maxilar y orificios nasales.

En algunos casos poco frecuentes, la zona radiotransparente puede localizarse a distancia del ápice, no pudiendo distinguirse radiográficamente el surco existente entre la raíz y el quiste.

Las raíces de los dientes vecinos suelen estar desplazados, debido a la presión que el quiste ejerce sobre los órganos dentarios contiguos.

HISTOPATOLOGIA

Está esencialmente formado por una bolsa conjuntivoepitelial con un contenido líquido, apendiculado en un diente con su -- pulpa mortificada.

El epitelio que tapiza el quiste paradontal apical suele ser de tipo pavimentoso estratificado, con la excepción de las piezas dentarias superiores, en relación con el seno del maxilar, que presenta un epitelio de tipo ciliado pseudoestratificado respiratorio.

En ocasiones el revestimiento de epitelio provoca una producción exagerada de queratina y en algunos casos produce una descamación.

Por fuerza del epitelio presenta una capa de tejido de granulación, a expensas de la cual, la cavidad y epitelio tienden a aumentar de volumen.

Las dimensiones del tejido de granulación y de la cápsula varían con la edad del quiste, Conforme este va envejeciendo el tejido de granulación va disminuyendo en su espesor, pero no desaparece totalmente.

Los cristales de colesterina originados especialmente por la destrucción epitelial se encuentran con mayor frecuencia en los quistes viejos.

Su pared esta formada por tejido conjuntivo fibroso (fibras colágenas a menudo comprimidas), presenta fibroblastos y pequeños vasos sanguíneos.

Es característico una infiltración inflamatoria en el conjuntivo adyacente al epitelio; principalmente una acumulación de linfocitos y plasmocitos con pocos leucocitos polimorfonucleares

mezclados según la intensidad de la infección. También se observan numerosos macrófagos cargados de lípidos y aun con hemosiderina, y a veces pequeñas espículas oseas, la presencia de cristales de colesterol puede suscitar una reacción de células gigantes por cuerpo extraño, otro hallazgo es la hemorragia y el pigmento hemático liberado.

Estas lesiones son predominantemente inflamatorias y suelen estar crónicamente infectadas.

El contenido quístico es un líquido semejante al plasma sanguíneo, con reducida concentración de proteínas.

La mayor parte de los quistes son de color amarillo ámbar más o menos claro, generalmente turbio, de aspecto seroso, con restos amorfos, escasos leucocitos, y abundantes linfocitos y macrófagos, plasmocitos, restos celulares, células gigantes y cristales de colesteroína que son muy abundantes, especialmente en los quistes viejos y suelen hallarse rodeados de células gigantes, que recuerdan a los que aparecen alrededor de los cuerpos extraños.

Algunos quistes presentan un contenido sólido maciso; otros contienen grumos y el color y consistencia de los mismos es muy variable, principalmente cuando se infecta, el quiste supurado tiene un contenido purulento o seropurulento, hemático, algunas veces de color verdoso y de olor nauseabundo.

Ya que el quiste periodontal se origina a consecuencia de la irritación del tejido de granulación, es importante recordar este mecanismo.

El tejido de granulación constituye la característica sobresaliente de los procesos inflamatorios crónicos.

Es un tejido conectivo joven y muy vascularizado con función defensiva. Reemplaza al periodonto apical y al hueso alveolar a medida que lo reabsorbe. El color rojizo característico de este tejido se debe a la gran cantidad de capilares que lo irrigan, que se originan en los vasos sanguíneos por proliferación de las células endoteliales. Esta abundancia de capilares permite que las células encargadas de la defensa lleguen hasta la zona de ataque y entren en contacto con bacterias y sus toxinas.

Al final del período inflamatorio agudo, los leucocitos polimorfonucleares, que constituían la primera línea de defensa del organismo contra la infección, degeneran y desaparecen en su mayoría y son reemplazados por los linfocitos, que predominan en el tejido de granulación.

Aparecen también los macrófagos y células gigantes, que tienen igualmente función fagocitaria, por lo cual colaboran en la eliminación de elementos de difícil reabsorción. Se desarrolla conjuntamente el tejido conectivo joven fibrilar con función esencialmente reparadora y que constituye la trama del tejido de granulación y reemplaza el tejido perdido

DIAGNOSTICO

Es de gran importancia la detención del diente afectado, es decir, la identificación del diente muerto o infectado que es la causa del quiste apical. Aunque se consigue generalmente por exploración directa, no es raro que se necesiten pruebas de vitalidad pulpar.

En su primer período es casi imposible el diagnóstico debido a su escasa sintomatología.

En su segundo período (exteriorización), presenta una sintomatología más clara, y por medio de la inspección nos da la tumoración característica, con la sensación de crepitación apergamada, renitencia y fluctuación.

Generalmente los datos radiográficos y clínicos nos llevan a un diagnóstico de patosis periapical, sin embargo es casi imposible distinguir entre un granuloma periapical y un quiste apical, ya que radiográficamente y clínicamente pueden ser similares, por lo tanto un diagnóstico definitivo depende generalmente de una intervención quirúrgica y de la exploración microscópica de la muestra hística.

TRATAMIENTO

Sólo varia en relación al tamaño de la lesión y el área afectada.

El tratamiento implica la extirpación quirúrgica completa de la bolsa quística, Esto se logra ya sea por medio de enucleación completa de la pared de tejido conjuntivo y el revestimiento epitelial. El diente afectado puede ser extraído para luego curetear con cuidado la zona periapical. Bajo ciertas condiciones es posible efectuar la terapéutica radicular con apicectomía y remoción de la lesión quística.

En caso de grandes quistes, en los cuales el defecto es muy grande para ser llenado por un proceso de reparación normal esta indicado el procedimiento de Partsch o marsupialización, hay que usar antibióticos postoperatorios, porque estas lesiones suelen estar masivamente infectadas.

El quiste no residiva cuando la remoción del quiste es cuidadosa.

Si quedaran remanentes epiteliales podrían generarse un quiste residual en la zona, meses o años más tarde. El quiste apical no parece tener propensión a la transformación ameloblastomatosa propia del quiste dentífero.

2) QUISTE PERIODONTAL LATERAL

Es una entidad patológica poco común de los tejidos periodontales en la superficie lateral de la raíz.

Se presenta frecuentemente en la zona de canino y premolares inferiores.

ETIOLOGIA

No existe acuerdo anónimo respecto a su origen.

Se cree que se trata de un quiste odontogénico, generado por la proliferación de los restos epiteliales de malassez, en tal caso, nada hay que indique la causa de la proliferación.

También se reconocen como origen posible los quistes gingivales. Durante el desarrollo de los maxilares, el quiste gingival puede en algunos casos asumir una posición lateral sobre la superficie radicular, aunque es muy remota la posibilidad.

Otras teorías sobre su origen sugieren que:

a).- La lesión puede originarse en un principio como quiste dentífero lateral dejado atrás de un diente en erupción.

b).- Puede ser causado por la implantación traumática de epitelio bucal.

c).- Puede ser a consecuencia de la estimulación de los restos epiteliales del ligamento periodontal por infección, como es el caso de un absceso periodontal o pulpar, a través de un conducto radicular accesorio (lateral).

Su mecanismo de formación es similar al del quiste radicular apical.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Rara vez produce síntomas o signos clínicos de su presencia.

A veces, cuando el quiste está ubicado sobre la cara vestibular de la raíz, puede apreciarse una masa reducida y cubierta por mucosa de aspecto normal. A menos que esté afectado de otra manera, el diente correspondiente esta vital.

Si el quiste se infecta, puede semejar un absceso periodontal lateral.

Pocos pacientes se quejan de dolor al principio de la lesión y existe considerable variedad en la tolerancia al dolor.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Se presenta como una zona radiolúcida, puede o no estar bien circunscripta.

En la mayoría de los casos los límites son precisos y hasta pueden estar circundados por una capa de hueso esclerótico (línea radiopaca), adosada a la superficie radicular lateral.

La lesión suele ser pequeña, varía de 2 a 8 mm.

HISTOPATOLOGIA

Esta formado por un saco hueco, cuya pared esta constituida-

de tejido conjuntivo tapizado interiormente por una capa de epitelio estratificado, generalmente delgado y pocas evidencias de proliferación.

Algunas veces las células individuales presentan un citoplasma muy claro y pequeños núcleos de tinción intensa, en el tejido conjuntivo puede existir células inflamatorias, pero es una reacción secundaria.

DIAGNOSTICO

Se realiza por estudios clínicos comparativos y radiográficos, como sucede en los demás quistes el estudio histopatológico es definitivo.

TRATAMIENTO

El quiste debe ser eliminado quirúrgicamente, si fuera posible sin la extracción del diente. Si no es posible, tendrá que ser sacrificado. Es de importancia especial que se establezca el diagnóstico definitivo, puesto que un ameloblastoma inicial puede dar una imagen similar.

3) QUISTE PERIODONTAL RESIDUAL

Quiste residual es un término que se usa generalmente para referirse a un quiste periodontal que se ha dejado al realizar la extracción de el diente responsable de su formación, y por consiguiente todas sus características (etiología, manifestaciones clínicas, estudio radiográfico, histopatología y tratamiento es similar, por lo tanto solo mencionaremos las diferencias más importantes.

ETIOLOGIA

Principalmente se origina en residuos o restos de granulomas epiteliales o quistes pequeños de piezas extraídas cuyos alveolos no fueron correctamente cureteados, también puede desarrollarse del organo residual del esmalte que permanece en los tejidos profundos cuando se extirpa un diente incluído.

Generalmente como sucede en todo quiste pequeño, clínicamente es asintomático, el quiste residual es un hallazgo accidental en el curso de una exploración radiológica de la cavidad oral.

Los datos radiológicos y clínicos que se presentan en el quiste residual se parecen a los quistes parodontales descritos anteriormente, con la excepción de que falta el diente causal o puede localizarse en una zona en la que faltan totalmente los dientes.

Histologicamente son iguales a los quistes paradentarios, con la diferencia que se pueden encontrar la presencia de alteraciones de naturaleza ameloblastomas.

Es particularmente difícil diferenciar clínicamente o radiográficamente en una boca adéntula un quiste periodontal residual de un quiste folicular simple, las radiografías antes de la extracción y una buena historia clínica (con el antecedente de la extracción), ayuda al diagnóstico diferencial, pero el diagnóstico final dependerá de la intervención quirúrgica y del resultado del examen microscópico de la lesión patológica.

El tratamiento.- Se realiza la amucleación del quiste o por medio de la técnica de marsupialización.

4) QUISTE GINGIVAL

Los quistes gingivales microscópicos son comunes, pero a veces alcanzan un tamaño importante y aparecen como un agrandamiento localizado que afecta a la encía marginal e insertada.

Con frecuencia se presentan en la zona de caninos y premolares inferiores (en su cara lingual).

ETIOLOGIA

Se consideran verdaderos quistes por inclusión, crecen a partir de células desplazadas del epitelio gingival, lo que puede ocurrir en un traumatismo .

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se presentan como una masa prominente pequeña (rara vez mayor de un centímetro de diámetro), presentan una superficie lisa con forma de cúpula, el color del tejido es normal. Suele ser duro y sin dolor a la palpación.

Generalmente se localiza en la encía insertada, pero puede presentarse en la encía libre.

En los niños se conocen con el nombre de Perlas de Epstein o nódulos de Bohn.

Pueden ser simples o múltiples y son unas prominencias pequeñas, pálidas, duras, sin dolor.

Son de poca importancia, ya que desaparecen después de varios meses de presentarse.

Desde el punto de vista microscópico, presentan una cavidad quística tapizada por epitelio escamoso estratificado.

Las células suelen ser delgadas y planas y a veces existe queratina. En la pared quística se localizan pequeños quistes tapizados por epitelio columnar o escamoso.

TRATAMIENTO

Consiste en la extirpación quirúrgica excepto en el niño, generalmente no necesita tratamiento

ETIOLOGIA

nota.

Algunos autores lo consideran como quiste del desarrollo, ya que se desarrollan a partir del epitelio de la lámina dental, del órgano del esmalte.

II.- QUISTES NO ODONTOGENICOS

A.- Quistes fisurales, de desarrollo o embrionarios.

Se forman en la línea de suturas de la mandíbula y del maxilar, a consecuencia de restos de células epiteliales que continúan después de la unión de los huesos faciales y ciertos procesos embrionarios.

No tienen relación con los dientes y se les denomina no odontogénicos.

Estos quistes fisurales se clasifican según su localización:

1).- Quistes mediales:

a).- Palatino Medio

b).- Alveolar Medio

c).- Mandibular Medio

2).- Quistes Globulo maxilares.

3).- Quiste nasopalveolar

4).- Quiste Nasopalatino :

Canal incisivo (Palatino anterior)

Papila palatina.

1.- QUISTES MEDIALES

- a).- Palatino Medio
- b).- Alveolar Medio
- c).- Mandibular Medio

ETIOLOGIA

Los quistes medios se forman en la línea media a partir de residuos epiteliales persistentes de la línea de sutura entre las apofisis palatinas de los huesos maxilares en el caso del quiste palatino medio.

El quiste medio alveolar se forma de los restos epiteliales - en la unión de los procesos palatinos laterales y la premaxila.

El quiste mandibular medio.- se forma por los restos epiteliales residuales de los procesos mandibulares.

La causa de la proliferación epitelial y subsiguiente formalación quística es desconocida. Aunque algunos investigadores afirman, que existe una relación entre los traumatismos y la proliferalación epitelial, como resultado de las presiones masticatorias.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los quistes pequeños son asintomáticos no habiendo agrandamiento ni asimetría y muchas veces ni síntomas subjetivos.

Los quistes de mayor tamaño y los que se han infectado secundalmente se suelen descubrir fácilmente.

Pueden mostrarse como una masa redondeada, de superficie lisa, rosada situada en la parte anterior de la línea media del paladar - y atrás de los incisivos centrales superiores, como es el caso del quiste alveolar medio.

El quiste palatino medio está colocado en la línea media del paladar, pero más hacia atrás cerca de la unión del paladar blando y duro.

La palpación puede mostrar una consistencia semisólida, a veces crepitación y cuando hay infección secundaria presenta hiperesesia o dolor. En algunos casos se descubre un conducto fistuloso por el que se obtiene un líquido seroso o purulento.

En el quiste medio alveolar y mandibular medio, puede apreciarse un desplazamiento de los incisivos centrales superiores e inferiores respectivamente, debido a la fuerza expansiva del quiste entre las raíces.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Los hallazgos radiográficos suelen ser patognomónicos. En el quiste palatino medio se observa una zona radiolúcida bien delimitada, ovalada o elíptica, en la línea media y posterior del paladar.

El quiste alveolar medio.- Es similar al anterior, pero en ocasiones se presenta en forma acorazonada, y presenta divergencia de las raíces de los incisivos centrales, y se localiza en la parte anterior media del paladar. también se presenta la divergencia de los incisivos centrales inferiores en el quiste mandibular mediano.

Su tamaño varía desde varios milímetros hasta varios centímetros.

HISTOPATOLOGIA

Los quistes medios están recubiertos por epitelio escamoso - estratificado o pseudoestratificado, en ocasiones presenta epitelio columnar ciliado (respiratorio), dependiendo de si la cavidad bucal o nasal ha originado los restos epiteliales incluidos.

En algunos casos, pueden observarse ambos tipos de epitelio.

En ambos casos, el epitelio está rodeado por una cúpula de tejido conjuntivo fibroso relativamente denso, el espacio quístico - suele estar libre de elementos inflamatorios, pero cuando se desarrolla una infección secundaria, la histología muestra un infiltrado inflamatorio. La cavidad quística contiene restos celulares, líquido o queratina.

Pueden observarse algunos caracteres de los quistes odontogénicos como células gigantes de cuerpo extraño, cristales de colesterol y corpúsculos de Russell.

DIAGNOSTICO

La identificación se hace mediante el aspecto radiográfico, - correlacionado con la historia clínica, la histología es de gran importancia para descartar algún tumor.

TRATAMIENTO

Consiste en la extirpación completa del quiste, ya sea por emulsi
cleación o resección.

Existe poca tendencia a la recidiva.

2) QUISTE GLOBULOMAXILAR

Este quiste se deriva del englobamiento de restos epiteliales, durante la fusión de los procesos maxilares y de la porción globular del proceso nasal medio. Habitualmente ubicado entre el incisivo lateral superior y el canino.

ETIOLOGIA

La histogénesis más aceptada es que, las zonas de contacto de los procesos globulares del hueso fronto nasal con los procesos maxilares adyacentes de los huesos palatinos se observan como dos -- placas triangulares verticales, que se angulan hacia atrás para unirse inmediatamente por detrás de los dientes incisivos centrales superiores, el quiste proviene de los restos de células epiteliales o vestigios que permanecen como resultado directo de una inflamación o trauma.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Pueden permanecer sin reconocerse por mucho tiempo. Evoluciona como un proceso expansivo, indoloro en el espesor del hueso.

Cuando son de tamaño grande o moderado, se observan como un - bulbo rosado de superficie lisa, en la corteza labial entre y por encima de las raíces de los incisivos laterales y los caninos.

Puede tener consistencia ósea o tener una sensación de crepitation, que haga pensar en un adelgazamiento de la corteza labial.

Cuando existe una infección secundaria, puede encontrarse dolor a la palpación o un conducto fistuloso que nos lleva a la cavidad quística.

Cuando se expande mucho el quiste existe desplazamiento de las raíces de los incisivos laterales y de los caninos, observando clínicamente desplazamiento de las coronas de dichos dientes, -regularmente los dientes de la región son vitales.

ESTUDIO RADIOLOGICO

Las características radiográficas son frecuentemente patognómicas; se presenta como una zona radiolúcida nítidamente delimitada, en forma de pera invertida, con su pedúnculo hacia los cuellos de los dientes, situada entre el incisivo lateral y el canino y causa de la divergencia de las raíces.

HISTOPATOLOGIA

El revestimiento epitelial del quiste proviene más frecuentemente de la mucosa nasal que de la bucal y de ahí que se trate de epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado o con alguna modificación y con menos frecuencia existe el epitelio pavimentoso estratificado.

La pared esta constituida por tejido conjuntivo fibroso denso, habitualmente con una infiltración celular inflamatoria, linfocitos y células plasmáticas.

Cuando la lesión se infecta secundariamente pueden formarse zonas irregulares de tejido de granulación piogeno en su pared. A veces se observa depósito de colesterina con reacción por cuerpo- extraño; pero son raras las acumulaciones masivas de macrófagos- - cargados de grasa, como se observa en el quiste radicular.

DIAGNOSTICO

Se basa en la localización especifica de la zona radiolúcida- en forma de pera, y en la vitalidad de los dientes contiguos.

Solamente el examen histológico que demuestre estar tapizado- por epitelio cilindrico ciliado puede confirmar el diagnóstico.

TRATAMIENTO

Consiste en la extirpación completa del quiste, ya sea por - enucleación o resección.

3) QUISTE NASOALVEOLAR

Se trata en realidad de un quiste de los tejidos blandos, pero se le incluye en este grupo por que es de origen fisural y -- porque a veces produce resorción ósea.

ETIOLOGIA

Se origina a partir de los restos epiteliales atrapados en la unión de los procesos globular, nasal y maxilar lateral.

Se puede extender dentro del suelo de la nariz o sobre la cara debajo del ala de la nariz.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Se presenta como una tumefacción o una protuberancia en el - suelo de la nariz, cerca del ala de la nariz, debajo o aun lado - de ella, produciendo una asimetría de la nariz.

Esta prominencia es de superficie lisa, dura y generalmente bien limitada, A veces presenta hipersensibilidad o incluso dolor.

Aquellos quistes cuya localización es más medial y se pueden visualizar a través de las ventanillas de la nariz, se observa - que tienen una superficie lisa, en forma de cúpula, bien delimita dos y que son unas masas palidas situadas en el suelo anterior de la nariz. Son frecuentemente fluctuantes y drenan por la nariz.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El examen radiológico es de poco valor, por que el quiste rara vez afecta al hueso.

Es difícil su observación clara sin el auxilio del lipodiol.

HISTOPATOLOGIA

Es una cavidad cubierta por epitelio cilíndrico, que contiene células calciformes y circundado por una pared de tejido fibroso - (semejante al quiste globulomaxilar).

DIAGNOSTICO

Por medio de su localización, al notar la presencia del quiste a través de la narina.

Radiográficamente es de poco valor, ya que no afecta el hueso, lo podemos observar usando lipodiol.

TRATAMIENTO

Los quistes nasoalveolares rara vez abarcan el hueso, y se llega a ellos haciendo una incisión en el vestíbulo. Se hace la emulsió -- cleación del quiste y la mucosa se cierra.

4) QUISTE NASOPALATINO

a).- Canal Incisivo (Palatino Anterior)

b).- Papila Palatina.

Recordemos que el conducto nasopalatino desemboca en la línea media del paladar por detrás de los incisivos, a la altura de la papila incisiva, y que consta de cuatro conductos, dos internos o de la línea media o menores, y dos externos, laterales o mayores.

El quiste del conducto incisivo y el de la papila palatina son conocidos en común como quistes nasopalatinos, ya que ambos se forman a partir de dicha estructura.

ETIOLOGIA

El quiste del canal incisivo se forma en la parte anterior y alta del proceso maxilar, por lo general en o entre los ápices de los incisivos centrales. Crece a partir de los restos epiteliales inferiores y de la línea media del conducto nasopalatino.

El quiste de la papila palatina.- Se forma en la abertura del canal nasopalatino, hacia la cavidad bucal. Crece a partir de los residuos epiteliales en los tejidos blandos que hay por encima del ahujero incisivo y no en el hueso como en el caso del quiste anterior.

Se considera que los traumas y las inflamaciones de esta zona son un factor importante para la aparición de estos quistes.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El quiste del canal incisivo, generalmente no da manifestaciones clínicas, descubriéndose únicamente por medios radiográficos, debido a que rara vez alcanza gran tamaño, por estar más o menos limitado por los tejidos adyacentes. En raras ocasiones puede provocar un abultamiento en la parte palatina del hueso, - en la región de los incisivos centrales superiores y suele drenar un líquido del canal.

Los quistes de la papila.- Se observa como una tumefacción de superficie lisa, situada en la región del orificio del canal incisivo, son blandos y fluctuantes. Puede romperse e infectarse secundariamente produciendo dolor.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

El quiste del canal incisivo.- Se presenta como una zona radiolúcida bien delineada en la línea media desbordando simétricamente a ambos lados o a un sólo lado; puede ser redonda, piriforme o en forma de corazón.

Puede provocar cierta separación de las raíces de los incisivos centrales superiores.

En el quiste de la papila palatina las radiografías son de poco valor ya que muy pocas veces el quiste se extiende al hueso subyacente.

HISTOPATOLOGIA

Estos quistes estan compuestos por una cápsula conjuntiva fibrosa y una cavidad tapizada por epitelio de tipo pavimento_ so estratificado, respiratorio o ambos.

El quiste del conducto incisivo suele contener ambos ti_ pos de epitelio y ambos modificados con respecto en las cavi_ das nasal o bucal .

El epitelio respiratorio rara vez está estratificado y por lo general, las cilias están ausentes. El tipo pavimentoso sue_ le contar con varias capas de células planas sin evidencias de prolongaciones epiteliales.

Presenta glándulas mucosas en la pared de tejido conjunti_ vo fibroso. Su presencia forma posible la identificación del - quiste cuando los datos clínicos y radiográficos no son preci_ sos.

DIAGNOSTICO

Tiene una base en los datos radiográficos descritos anterior_ mente y en la comprobación de que la zona radiotransparente no - se relaciona con dientes sin vitalidad. Los hallazgos histológi_ cos son definitivos en el diagnóstico diferencial.

TRATAMIENTO

Es la total eliminación quirúrgica.

Generalmente no es preciso tocar los dientes en el caso que

se produjera infección secundaria, está indicada la terapéutica antibiótica preoperatoria y posoperatoria.

Cuando se extirpe, debe tenerse cuidado de no cortar el -- nervio nasopalatino, ya que la lesión de dicho nervio puede producir un neuroma o dolor posoperatorio intenso.

Pronostico.- Poca tendencia a la recidiva.

B) QUISTES DE LA RETENCION

Son quistes que se desarrollan en los tejidos blandos de la boca.

Proceden de la retención de líquidos como es el caso del quiste mucoso y la ranula.

1.- QUISTE MUCOSO

(submucoso, mucocèle, fenómeno de retención mucosa).

Existe cuando hay una obstrucción parcial al flujo de moco con un lento aumento de la presión debido a la secreción continua por parte de la porción encerrada de la glándula. El conducto se dilata, lo cual da lugar a un quiste por retención mucosa, delimitado por un simple epitelio de células alargadas o pseudoestratificadas.

El mucocèle de las glándulas próximas a la punta de la lengua se denomina quiste de Blaudin-Nuhn.

Más del 70% de estos quistes se dan en el labio inferior, la mucosa bucal, y con menos frecuencia en el suelo de la boca, rara vez afecta el labio superior.

ETIOLOGIA

Se creía que el quiste mucoso se debía a una obstrucción del conducto de la glándula mucosa, pero se ha demostrado que la separación traumática, como en la mordedura o corte de los labios, es la responsable de la colección de líquidos dentro de los espacios

hísticos, produciéndose así un fenómeno de retención mucosa más que un quiste de retención.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El mucocelo es superficial o profundo y su tamaño varía entre unos pocos milímetros y un centímetro o más de diámetro.

Las lesiones superficiales se presentan como masas prominentes, de superficie lisa, de color azul o rojizo, transparentes y se rompen fácilmente, parecidas a una ampolla.

Los quistes más superficiales pueden parecerse a un hemangioma pero el color azul más intenso y el aspecto más firme del tumor vascular, lo distingue el quiste mucoso ampoloso y translúcido.

Los profundos se presentan como un tumor discreto, redondo, de superficie y color rosado normal. La palpación nos muestra una masa dura muy móvil.

Generalmente es único, pero algunos casos se encuentran dos o más, muy próximos uno al otro, pareciéndose a un racimo de uvas.

Si se libera el contenido del quiste, suele verse que se trata de un material mucinoso espeso.

HISTOPATOLOGIA

Consiste en un depósito de moco que se localiza a menudo en el tejido conectivo y la submucosa y está rodeado por una pared formada por tejido de granulación.

Sólo raramente son observables restos de epitelio en la pared, Probablemente representan una porción de varios conductos excretos.

La luz de la cavidad quistiforme está llena de un cuáguulo eosinofílico que contiene un abundante número de macrófagos. Las glándulas salivales menores adyacentes presentan a menudo alteraciones inflamatorias y signos de obstrucción.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO

Consiste en la extirpación quirúrgica completa. Se hace una incisión cuidadosa através del epitelio delgado suprayacente, que suele estar tenso sobre el quiste mucoso, generalmente el quiste tiende a herniar y puede ser liberado por disección como con una pinza hemostática.

La recurrencia es muy frecuente, si no se extirpa completamente.

DIAGNOSTICO

Se logra mediante la punción aspirativa de la lesión y la obtención de un líquido espeso, de color pajizo.

2).- RANULA

Es un verdadero quiste de retención. Se desarrolla asociado a los conductos secretores de las glándulas submaxilar o sublingual.

Está localizado por encima del músculo milohioideo pero puede extenderse en dirección hacia atrás.

Es de estructura unilocular y contiene en su luz un líquido viscoso, pegajoso, mucoseroso.

ETIOLOGIA

Se debe generalmente a una obstrucción, causada por un cálculo salival o por una substancia orgánica blanda.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Generalmente es superficial y pequeña, de uno a tres centímetros de diámetro, en estos casos, es una masa blanda, redondeada, de superficie lisa y de color azul violáceo que hace protusión en un lado del suelo de la boca. A veces es más grande, en cuyo caso desplaza la lengua e interfiere la función bucal o puede ser muy profunda, ocasionando en el grosor de los tejidos situados por encima, enmascaran su aspecto generalmente translúcido y le proporciona un color rosado normal.

Lo más frecuente es que se presente como unas tumoraciones redondas, de superficie lisa y de consistencia semisólida.

Generalmente no produce dolor.

HISTOPATOLOGIA

Generalmente no tienen un revestimiento epitelial.

Su pared está formada por tejido conjuntivo comprimido infiltrado por células inflamatorias crónicas. En algunos casos en los que existía un revestimiento epitelial, este era idéntico al de un conducto excretor.

DIAGNOSTICO

Tiene importancia clínica el hecho de que aumente de tamaño inmediatamente, antes o durante las comidas y disminuya después de las mismas.

Deben practicarse radiografías oclusivas como extraorales, para detectar cálculos salivales.

TRATAMIENTO

Consiste en la marsupialización del quiste por escisión de su techo vaciando los contenidos mucosos por aspiración y suturando después los bordes del quiste al borde de la mucosa y del suelo de la boca. La membrana del quiste desarrolla un proceso

de metaplasia transformándose en epitelio oral escamoso. A veces se puede conseguir la enucleación completa de quistes pequeños.

TECNICA

Se coloca una serie de suturas alrededor de los márgenes - del quiste, las suturas atraviesan la mucosa normal del piso - de la boca y la pared del quiste. Cuando el quiste está bien - delineado con las suturas se hace la escisión de la pared superior inmediatamente por dentro de las suturas.

El fondo del quiste se eleva a su posición normal al salir el contenido líquido y se hace continuo con el piso de la boca. La membrana quística se transforma y asume las características de los tejidos adyacentes.

PRONOSTICO

No acostumbra reicidir, pero en algunas raras ocasiones - entre las ligaduras de la intervención primitiva se puede volver a desarrollar.

C).- QUISTES NO EPITELIALES**(SEUDO QUISTES)**

En la clacificación incluimos también una lista de las enfermedades pseudoquísticas de la mandíbula y del maxilar.

Son enfermedades que cumplen uno o varios pero no todos los-criterios de las enfermedades quísticas.

En este grupo incluimos:

- 1.- QUISTE OSEO TRAUMATICO
- 2.- QUISTE OSEO ANEURISMATICO
- 3.- QUISTE OSEO LATENTE

1).- QUISTE OSEO TRAUMATICO

Sinonimia.- Quiste óseo hemorrágico. Quiste de extravasación, Quiste óseo solitario (simple), Quiste óseo unicameral, Quiste óseo ideopático, Cavidad ósea seca y Quiste óseo unilocular.

El quiste óseo traumático no puede considerarse como un quiste maxilar, ya que se localiza también en los huesos largos, está localizado con más frecuencia en la zona metafisaria del húmero.

No es un verdadero quiste, puesto que la lesión no está revestida por epitelio, no tiene cápsula y muchas veces está vacía.

ETIOLOGIA

Existen numerosas teorías sobre su etiología, tal vez la explicación más aceptada es la teoría que defiende su origen hemorrágico intramedular, consecutivo a un traumatismo.

Esta teoría afirma que una lesión o un golpe en el maxilar da lugar a un hematoma intraóseo, en una zona de hueso esponjoso, que contenga medula hemotopoyética rodeada por una capa gruesa de hueso compacto. Habrá un fracaso en la organización del coágulo que finalmente genera una cavidad vacía del hueso.

En la evolución de esta lesión. las trabéculas óseas de la zona afectada se forman necróticas después de la degeneración del coágulo y de la médula ósea. La lesión aumenta luego de tamaño.

Esta expansión tiende a cesar cuando la lesión alcanza la capa cortical.

Otras teorías, proponen los siguientes mecanismos etiológicos.

- a) Se debe a una neoplasia benigna intraósea, preexistente, como sería un mioxoma o un condroma que no llegó a desarrollarse, siendo resorbido y dejando una cavidad.
- b) El resultado final de una infección crónica de grado reducido.
- c) Un origen en la necrosis de la médula ósea por isquemia.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La localización más frecuente es en el cuerpo del maxilar inferior entre el canino y la rama ascendente de la mandibula.

Es más frecuente entre los jóvenes del sexo masculino.

Casi no presenta signos ni síntoma alguno pese al aumento de tamaño, sólo en raras ocasiones se observa una expansión ósea. No hay tumefacción y los dientes están en su posición normal. No existén síntomas subjetivos como el dolor, hipersensibilidad y los dientes de la zona conservan su vitalidad.

Se encuentran en algunos casos excepcionales, un agrandamiento y asimetría facial, en algunos casos raros se observa una discoloración purpurácea o azulada de los tejidos gingivales.

Cuando se abre la cavidad, se observa que contiene una pequeña cantidad de líquido pajizo, restos de coágulo necrotico o nada.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

La mayoría de los casos son descubiertos en un exámen radiográfico de rutina.

La lesión es intraósea, radiotransparente, cuyo tamaño oscila entre 1 a 7 centímetros o más de diámetro. Su forma puede ser redonda, oval o elíptica y, en algunos casos, adquiere una forma multilobulada, cuyas ramificaciones se extienden entre las raíces de los dientes contiguos.

Los bordes periféricos de la zona suelen estar muy bien delimitados y a veces, acentuados por una delgada línea hiperostótica.

HISTOPATOLOGIA

El contenido de estos quistes es escaso o falta por completo.

En las paredes óseas están desnudas o están cubiertas por un tejido conjuntivo laxo en forma de una delgada película.

La cavidad no está tapizada por epitelio alguno, como ocurre con muchos otros quistes.

DIAGNOSTICO

Aunque es fácil reconocer la alteración de la arquitectura ósea por la radiografía, sólo por una combinación de las radiografías y la histopatología será posible efectuar un diagnóstico exacto.

TRATAMIENTO

Puesto que no se puede diagnosticar un quiste óseo solitario sin una exploración quirúrgica, el cirujano suele abrir la cavidad, intentar enuclear su tapizado cureteando la cavidad y en el curso de su manipulación restablece la hemorragia dentro de la lesión.

La curación se realiza por medio de granulación en un periodo de 6 a 12 meses , rara vez se necesita un segundo procedimiento quirúrgico.

2).- QUISTE OSEO ANEURISMATICO

Sinonímia.- Osteomielitis hemorrágica, hematoma osificante, osteitis fibrosa quística y tumor de células gigantes aneurismático.

No es una verdadera enfermedad quística; no cumple todos los criterios de la enfermedad quística. Más bien se compone de una cavidad ósea llena de tejido fibroso muy vascularizado, conjunto fibroso, que contiene vasos cavernosos que son espacios llenos de sangre.

Ocurre con mayor frecuencia en los huesos largos y en las vértebras. Menos del 1% ocurre en los maxilares, es más frecuente en la mandíbula.

Se presenta casi siempre en jóvenes, al igual que los quistes óseos ideopáticos y su diferenciación de ellos suele ser difícil tanto clínica como radiológicamente.

ETIOLOGIA

La explicación más aceptada es que el quiste aneurismático se desencadena por una lesión traumática que da lugar a la rotura de un vaso sanguíneo y a la consecuente hemorragia intramedular y procede la resorción de hueso que da lugar a una cavidad ósea llena de sangre. La curación de esta lesión da lugar a la formación de gran cantidad de tejido de granulación. Parecido al granuloma central reparativo, excepto en que el vaso roto o lesionado mantiene

ne su comunicación con la cavidad ósea y su contenido.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Pueden no haber señales clínicas o si las hay, ser de mínimo valor diagnóstico.

En algunos casos se observa una prominencia ósea pequeña o moderada, de superficie lisa y cubierta de tejido blando de color normal. La palpación puede demostrar una tumoración asintomática, de consistencia ósea o puede sugerir una masa semisólida hipersensible o ligeramente dolorosa. El diente o dientes de la región suelen no estar afectados o relacionados con la lesión.

Microscópicamente el tejido de la lesión presenta aspecto esponjoso y a la exploración sangra profusamente.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Son variables, a veces presenta una imagen radiotransparente única, redondeada o elíptica, cuyos bordes periféricos están delimitados y pueden estar rodeados total o parcialmente por una zona hiperostótica. Cuando se localiza entre las raíces de los dientes puede desplazar estos dientes.

En otros casos se presenta como una zona radiotransparente - gris brumosa, que contiene unas finas e irregulares trabéculas óseas que le dan un aspecto de burbuja de jabón.

HISTOPATOLOGIA

Consiste en numerosos espacios cavernosos, llenos de sangre, tapizados por tejido conjuntivo joven, pero sin recubrimiento en potelial ni elementos elásticos o musculares. La pared de tejido conjuntivo contiene hemosiderina y cantidades variables de células gigantes. Los espacios sanguíneos no muestran evidencia de trombosis. En el tejido conjuntivo puede observarse formación de hueso.

DIAGNOSTICO

Aunque puede sospecharse el diagnóstico basándose en los hallazgos radiográficos y clínicos. El diagnóstico definitivo depende de la exploración quirúrgica y del estudio microscópico de la muestra.

La exploración quirúrgica muestra una cavidad ósea llena de tejido blando pero muy vascularizado que sangra profusamente.

TRATAMIENTO

Consiste en la extirpación quirúrgica completa y un legrado total.

Invariablemente hay reparación ósea y relleno de la cavidad.

3.- QUISTE OSEO ESTATIVO

Sinonimia: Quiste Oseo Latente, Cavidad Osea Mandibular, Her_nia Salival de la Mandibula.

No es un verdadero quiste, sino un defecto asimétrico de desarrollo en el maxilar inferior, en el surco hecho por la arteria facial donde cruza al hueso o cerca del mismo.

ETIOLOGIA

Se creé que se trata de un defecto congénito o del desarrollo, una depresión de la superficie lingual de la mandíbula de suficiente profundidad como para dar una imagen radiotransparente bien limitada.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Generalmente no hay signos o síntomas clínicos. A veces es posible por exploración digital a lo largo de la superficie lingual de la mandíbula palpar una muestra o depresión que se corresponde con la localización de la zona radiotransparente.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

Los datos radiológicos suelen ser patognomónicos aunque, tienen a veces el aspecto de enfermedad ósea verdadera. Generalmente se encuentra una lesión radiotransparente de tamaño moderado (de 1 a 3 centímetros), bien limitada, redonda o elíptica, homogéneamente oscura, que suele localizarse entre el ángulo de la mandí

bula y el primer molar y casi siempre por encima o debajo del - canal mandibular.

Su localización en la corteza inferior de la mandíbula da lugar a un festoneado o deformación de esta estructura.

HISTOPATOLOGIA

- a) El defecto es una depresión o concavidad de localización lingual.
- b) Está cubierta por tejidos blandos normales.
- c) Puede contener tejido linfoide, musculatura estriada, te tijo graso, tejido glandular salival submaxilar.

Cuando se encuentra los componentes de la glándula salival, puede hallarse una conexión con la glándula submaxilar principal y representa un atrapamiento del tejido glandular.

No se ha encontrado nada en la cavidad.

DIAGNOSTICO

Con los datos de la exploración digital, junto a los caracteres radiográficos típicos y la ausencia de manifestaciones locales o generales de enfermedades óseas suelen ser suficientes para asegurar un diagnóstico.

Muchas veces es necesario la exploración quirúrgica para diferenciar la concavidad mandibular lingual de otras lesiones distintas de aspecto parecido pero anatómo patológicamente diferentes, como la neoplasia benigna central, los quistes verdaderos e incluso

el mieloma.

TRATAMIENTO

Ya que la lesión no tiene significado patológico, no debe realizarse ningún tratamiento, pero como se ha dicho antes, su parecido con ciertas enfermedades óseas obliga a una exploración quirúrgica para su diagnóstico diferencial.

C A P I T U L O 2º

TRATAMIENTO

VÍAS DE ACCESO

La intervención de los quistes, cualquiera que sea su tamaño o situación, debe ser realizada por vía vestibular.

La localización del tumor hace que esta vía de acceso sufra las variantes topográficas correspondientes pero generalizando, ya se trate de quistes de maxilar superior o inferior la vía de acceso debe ser siempre la región vestibular. Todas las demás vías de acceso son insuficientes, peligrosas y antiquirúrgicas.

Los quistes del maxilar superior, cualquiera que sea su desarrollo (lo topográfico que tomen, invadiendo los órganos vecinos - serán siempre intervenidos por esta vía).

Para los quistes del maxilar inferior, puede emplearse la vía vestibular y en algunos casos, la vía alveolar agrandada.

La vía alveolar o palatina, en el maxilar superior, dan posteriormente retracciones, cicatrices y verdaderos golfos en la arca da alveolar.

Algunos casos de excepción puede ser intervenidos por vías palatinas. Pueden operarse por esta vía los pequeños quistes, --- siempre que no hayan comprometido el seno.

I. - METODO DE PARTSCH

Este método consiste en transformar el quiste en una cavidad accesoria de la cavidad bucal, conservando parte de la membrana quística, que por su condición epitelial adquiere en poco tiempo las características del epitelio bucal normal.

INDICACIONES

Quistes de gran tamaño, que al realizar su enucleación provocaríamos transtornos en las regiones vecinas. (Hemorragias , - fracturas, apertura del seno maxilar, lesiones de nervio).

Suele ser de gran utilidad para defender la cavidad sinusal y el piso de las fosas nasales, debilitado a consecuencia del -- proceso.

DESVENTAJAS

Puede sufrir transformaciones adamantinomas o residivas -- del quiste.

La cavidad artificial creada permite la acumulación de alimentos y líquidos bucales.

TIEMPOS QUIRURGICOS

INCISION

Se traza siguiendo los límites de la proyección del quiste - sobre la cara vestibular.

Es una incisión circular y debe ser mayor que el diámetro horizontal del quiste, puede emplearse las incisiones de Neumann o de Partsh, seccionando posteriormente el colgajo .

Debe ser bastante amplia y llegar en profundidad hasta el hueso, cortando encía y periostio. En caso de que el quiste esté en contacto con el periostio, hay que separarlos cuidadosamente para no abrir extemporaneamente el quiste.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

Se coge el labio superior de la fibromucosa incidida con una pinza de disección y con una legra se separa el colgajo con movimientos suaves de insinuación, de preferencia a expensas de la fibromucosa.

Este colgajo debe levantarse hasta los límites superiores del quiste, localizados anteriormente por la radiografía, si ha destruido el hueso el proceso, el colgajo se levantará hasta encontrar hueso sano.

OSTEOTOMIA

En caso de que el hueso esté muy delgado, se secciona con bisturí para hueso, cuando está parcialmente destruido, se completa-

con unas pinzas guvia, si es firme y sólido, debe practicarse la osteotomía con escoplo o fresa.

La fresa es menos traumática que el escoplo, se usa una fresa redonda número 4 ó 6, la fresa actúa ya eliminando el hueso en su totalidad o se realizan perforaciones vecinas entre si, sobre la tabla ósea; el hueso eliminado por las perforaciones es levantado por un escoplo. La fresa debe actuar bajo un chorro de agua esterilizada o suero fisiológico, para evitar calentamiento del hueso.

Ya en presencia de la bolsa quística, se toma ésta con una pinza de Kocher y con el bisturí se abre ampliamente en toda la extensión del quiste, se vacía su contenido y se lava su interior con suero fisiológico. Si el epitelio se despegar de su inserción ósea, se le adosa con una torunda de gasa.

Algunos autores suturan el tejido gingival a la periferia de la bolsa quística. No es necesario, si se tiene la precaución de no dejar tejido óseo entre ellas, produciéndose la adherencia de ambas entidades.

TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA

Colocamos gasa yodoformada vaselinada, dentro de la cavidad quística, que no se adhiere a los tejidos y es fácilmente removida.

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD Y DIENTES VECINOS

Por medio de este método se reduce el peligro de una comunicación con el seno maxilar y fosas nasales. La membrana quística actúa como un telón de seguridad que defiende estos órganos.

Los dientes vecinos desviados por el crecimiento expansivo del quiste han de ser conservados durante un tiempo, con objeto de no fracturar el alveolo.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Consiste en el cambio de gasa yodoformada y lavajes de la cavidad quística con suero fisiológico, durante 20 ó 30 días por parte del profesional, y se deja la cavidad abierta sin mecha de gasa.

Después el paciente se encarga del cuidado de la cavidad practicándose continuos lavajes con una jeringa.

Este método detiene inmediatamente el crecimiento del quiste, por supresión de la presión endoquística y adquiere el epitelio quístico las características de la mucosa bucal, y se realiza el aplaneamiento progresivo de la pared del quiste hasta su desaparición.

II METODO RADICAL DE PARTSCH

Consiste en la completa enucleación de la labolsa quística, la cavidad ósea queda vacía y el mecanismo de su relleno se hace - de dos maneras, según la variante de éste método.

"A).- Método de Partsch II con sutura.-

La cavidad ósea se llena de sangre y de la organización del coágulo depende la osificación.

B).- Método de Partsch II sin sutura.-

Se obtura la cavidad ósea, con distintos materiales.

La cavidad se tapiza lentamente de epitelio y por un mecanismo análogo, por el cual se aplana el quiste en el método de Partsch I.

A) METODO DE PARTCH II CON SUTURAINDICACIONES

Todos los quists radicales y dentígeros de un diámetro no mayor de 3 centímetros, Para quistes mayores, la operación debe-terminarse con taponamiento.

Debe aplicarse sólo en quistes estériles, los infectados deben operarse por el metodo abierto.

DESVENTAJAS

El peligro reside en que el cuágulo puede infectarse y supu_rar y se puede abrir hacia el seno o cavidades vecinas. Este pe_ligro se puede evitar con medidas de seguridad en la operación, - exige una buena asepcia y obturación de la cavidad quística con-substancias hemostáticas, antisépticos y obturadores de espacios.

TIEMPO QUIRURGICOS
MAXILAR SUPERIOR
INCISION

Como sucede en la mayoría de los quistes se debe realizar en la region vestibular, a la altura de los ápices dentarios.

Condiciones que debe reunir la incisión:

- a).- Al trazar la incisión, es necesario que el colgajo tenga una base lo suficientemente ancha como para proveer la suficiente irrigación.
- b).- Buena visualización, la incisión se traza de tal manera que permita una perfecta visión del objeto a operarse y evitando desgarramiento del colgajo.
- c).- Debe ser hecha de un trazo sin líneas secundarias y con bisturí filoso, deberá llegar en profundidad hasta el tejido óseo.
- d).- Ha de trazarse de tal manera que al volver a adaptar el colgajo, los puntos de sutura descansen sobre un plano óseo.

Debemos tener la precaución de que el bisturí no lesione la bolsa quística, en caso de encontrar el tejido óseo muy papiráceo.

Podemos usar la incisión de Partch o la de Neumann en la cual se obtiene un colgajo más amplio.

DESPRENDIMIENTO DEL COLGAJO

Se realiza con una legra abarcando un limite mayor que la -
extensión del proceso.

En caso de que el tejido óseo que cubre el proceso esté des-
truido, el colgajo debe desprenderse hasta encontrar hueso sano.
En este caso la inserción de la encia y la bolsa es íntima y pro-
funda y esta adherencia es mayor en caso de quistes supurados, -
siendo necesario desprender el tejido gingival con tijeras.

TREPANACION

En este tiempo encontramos que el hueso está sano con o sin
modificaciones de sus límites (Abombamiento de la tabla externa)
o se encuentra destruido y la bolsa quística esta en contacto con
fibromucosa .

En el primer caso sera necesario trepanar el tejido óseo por
medio de escoplos, martillo y pinzas gubias.

La abertura ósea, debera ser igual o mayor que los límites -
del quiste.

Después de la osteotomía, se nos presentará la bolsa quística,
con su color azulado rojizo característico, de brillo anacarado y
consistencia variable, según la presión del líquido quístico.

ENUCLEACION DE LA BOLSA QUISTICA

Vaciamos la bolsa quística punsando está, con una aguja de - calibre mediano y haciendo la succión del contenido, con una jeringa de vidrio , con el proposito de disminuir el volumen del tumor- e impedir el vuelco del contenido quístico en la boca del paciente.

Después seccionamos su pared con bisturí o tijeras y limpiamos el contenido quístico con gasas o con el aspirador. Posteriormente pinzamos los bordes de la incisión de la bolsa con pinzas de Kocher (dos encada lado) y con una espátula de bordes romos se desprende la bolsa quística de su cavidad ósea. Se realiza siguiendo los - limites superiores en primer término, posteriormente la porción - inferior, quedando solamente su inserción al cuello del diente productor del quiste, esta porción puede ser enucleada, raspándola -- por vía alveolar, después de extraer el diente causante o por la - misma brecha operatoria.

En los quistes supurados es necesario el raspado de la cavidad ósea, para evitar dejar fragmentos de la bolsa quística, que provoque que recidivas.

Extraído el quiste, se practica la hemostasis de la cavidad -- ósea con gasa, y se pincela esta con agua oxigenada y con una solución de cloruro de zinc al 10% para no dejar ningún resto quístico.

TRATAMIENTO DE LAS CAVIDADES VECINAS

En caso de que invadan el seno maxilar, fosas nasales, bóveda palatina, hay que realizar el tratamiento de ellas, que se explicará más adelante.

En el caso de los dientes vecinos por muy desviados que estén o abiertos en abanico, no realizamos su extracción. hasta después de varios meses de la intervención, de esta manera respetamos en todo la arquitectura alveolar debilitada por la invasión de estos procesos.

TRATAMIENTO DEL DIENTE CAUSANTE

Existen dos conductas a seguir: Una la extracción del diente causante, la cual efectuamos de inmediato a la enucleación de la bolsa quística o la resección quirúrgica de su ápice, por medio de una fresa (El tratamiento redicular se realiza antes de la intervención).

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Después de la enucleación de la bolsa quística, revisamos la cavidad ósea, si esta exagde, rasparemos con una cucharilla las paredes blandas vecinas, provocando un sangrado, el cual llenara la cavidad ósea.

Substancias para la mejor rehabilitación de la cavidad : Es polvorear en la cavidad yodoformo o sustancias desinfectantes, se ha depositado polvos de sulfamida o plasma sanguíneo de animales

(Vivocoll) en la cavidad con muy buenos resultados.

Actualmente se usa oxycel, para el relleno de la cavidad dejada por el quiste.

SUTURA

El material de sutura que se usa es el hilo de lino, de seda o naylon, los puntos deben distar entre sí de medio a un centímetro.

La sutura debe descansar sobre la base ósea firme. Los puntos se retiran al sexto u octavo día.

Este método exige rigurosa asepsia de la operación ; que el cuáguulo y cavidad ósea no se contaminen con la saliva y el medio ambiente. Si este cuáguulo logra infectarse, se cortan los puntos de sutura y se abre ampliamente la cavidad despegando los labios de la incisión y se trata como cavidad abierta!

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

El paciente guardará cama, el día de la operación , deberá permanecer semisentado descansando con varias almohadas.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DEL MAXILAR INFERIOR

Sigue con ligeras variantes, el plan expuesto con motivo del tratamiento con los quistes del maxilar superior, sean paradentarios o dentígeros.

Generalmente todos los tiempos operatorios siguen los mismos requisitos para el éxito de la intervención, con una variante en la enucleación de la bolsa quística, y ésta reside en la relación que -- tenga el proceso con el paquete vasculo nervioso, En caso de íntima-fusión de este paquete con la membrana, es necesario efectuar una prolija disección. con objeto de separar ambos elementos, si algún resto de membrana quística queda adherido al paquete vasculo nervioso -- en sesiones posteriores puede ser destruído por toques de cloruro de zinc al 10% o acido tricloroacético, obrando así, nos evitamos las complicaciones que se suceden a la sección de los nervios (trastornos tróficos) y a la falta de irrigación sanguínea.

La lesión sobre los nervios puede preverse cubriendo el nervio expuesto con el colgajo gingival, según la técnica de Wassmund.

B) METODO DE PARCH II SIN SUTURA

Este método sigue todas las normas señaladas para el método de Partch II con sutura, variando únicamente en los dos últimos tiempos..

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD OSEA

Terminada la enucleación de la bolsa quística y alisado los bordes óseos, se lava la cavidad con suero fisiológico y agua oxigenada y se seca con gasa, se recomienda el tocamiento de la cavidad ósea - con cloruro de zinc al 10%.

El labio superior del colgajo, se introduce dentro de la cavidad ósea y sobre él rellenando la cavidad se coloca una gasa yodoformada - en tiras con bordes orillados, la colocación de ésta, nos va a evitar la producción de una hemorragia ósea posterior, y nos va a evitar la infección de la cavidad ósea, impidiendo, con esta barrera la introducción de los microorganismos bucales.

POSTOPERATORIO

A las 48 horas revisamos al paciente, si creemos necesario cambiar la gasa yodoformada (en relación con el estado de conservación de éste material , reconocible por su pelor), hay que tener la precaución de impregnarla en agua oxigenada caliente, con el objeto de despegarla de la cavidad ósea, evitando dolores y hemorragias.

Retiramos la gasa en pequeños trozos y muy lentamente.

Después se efectúan lavajes con suero fisiológico tibio y se pincela

la cavidad con cloruro de zinc al 10% y se vuelve a obturar con -
gasa yodoformada que se deja otras 48 horas. Esto se repite durante
te 5 ó 6 sesiones, hasta que la cavidad no sangre más, el estado-
del hueso y la hemorragia indicarán la necesidad de una nueva ob_
turación.

Lentamente y por espacio de varios días, la cavidad se va cubr
riendo de una membrana de color verde rojizo, índice de una epi_
telización.

A los 20 ó 30 días, la cavidad ósea esta cubierta de epitelio
y con lentitud y durante largo tiempo se reduce la cavidad.

El inconveniente de este método, es el largo tiempo que se nece
sita en su posoperatorio y el dolor y hemorragia que se presen _
tan en cada maniobra.

III TRATAMIENTO DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES RELACIONADOS CON

REGIONES O CAVIDADES VECINAS

La relación variable del quiste con las cavidades y regiones vecinas, como en el caso del seno maxilar, fosas nasales, bóveda-palatina, fosa pterigomaxilar, órbita, para el maxilar superior, - conducto dentario inferior con su contenido en el maxilar inferior. Hacer que el tratamiento siga diferentes caminos, para una intervención satisfactoria.

A).- Quistes en relación con el seno maxilar:

1!.- Quiste puro y seno sin infección.

Puede intentarse el método Partsh I o valerse del Método de Wassmund.

En el método Rinológico puede conservarse la membrana -- quística o si se prefiere enuclear la membrana.

2.- Quiste infectado y seno sano:

Enucleación total de la bolsa, resección de la pared quísticasinusal (metodo Rinológico)

3.- Quiste infectado y seno infectado:

Tratamiento radical del seno maxilar por enucleación de - la membrana sinusal enferma y del contenido patológico -- del seno.

METODO RINOLOGICO

Consiste en transformar al quiste en una cavidad anexa al seno maxilar, ampliando la comunicación quístico sinusal; cerrando la incisión de la mucosa bucal, El seno maxilar y el quiste son drenados hacia las fosas nasales.

TECNICA

Anestesia.- Esta indicada la anestesia del nervio maxilar superior, en la cual se bloquea la sensibilidad del maxilar, del seno y de las fosas nasales.

La incisión de Neumann reúne los requisitos necesarios; Puede usarse con fines plásticos, se emplea también la incisión en arco.

El desprendimiento del colgajo y la osteotomía sigue en todas las normas quirúrgicas señaladas.

TRATAMIENTO DE LA BOLSA QUISTICA

Ya en presencia de la membrana quística, la conducta a seguir varía : O se le secciona en forma de arco para conservarlo con fines plásticos como recomienda Wassmund o se reseca la porción limitada por este arco y su cuerda.

Mayrhofer.- Propone la conservación parcial o total de la pared anterior del quiste y la terminación de la operación según los principios de Caldwell-Luc o Dencker.

COMUNICACION CON LAS FOSAS NASALES

La cavidad quística sinusal necesita un drenaje suficiente - porque el óstio no alcanza a drenar las secreciones.

La preparación de este drenaje se realiza en la cara externa de las fosas nasales y a nivel del meato inferior, por debajo del cornete inferior, en ocasiones es necesario reseca la cabeza del cornete, realizandolo con un escoplo.

La cavidad quística se rellena con gasa yodoformada, un extremo se saca por la ventana del meato inferior.

La cavidad sinusal puede dejarse vacía o espolvorearse con antibióticos, puede colocarse un trozo de gelfoam.

Se prosigue con la sutura de la incisión bucal con varios puntos.

TRATAMIENTO POSOPERATORIO

El paciente debe permanecer en su lecho dos o tres días.

Después se retira la gasa por vía nasal y se practican lavajes del seno con una solución antiséptica (suero fisiológico), dos o tres veces por semana, esto es con el objeto de eliminar secreciones o coágulos que se encuentren en su interior.

QUISTES EN RELACION CON LAS FOSAS NASALES

En los quistes con franca comunicación clínica y radiográfica con el piso nasal, o en los casos que pueda preverse tal suceso en el curso de la operación, el método indicado es el de Wassmund.

METODO DE WASSMUND

Incisión.- Desde el surco vestibular al borde libre se trazan dos incisiones tangentes a la circunferencia del quiste descendiendo hasta las lengüetas gingivales correspondientes a cada uno de los trazos verticales.

Posteriormente se desprende el colgajo, hasta descubrir el orificio anterior de la fosa nasal.

El periostio se separa de la mucosa nasal con una espátula roma o con una torunda de gasa. Con el objeto de alargar el colgajo, se incide horizontalmente la cara interna del colgajo, es decir el periostio, ya que este es enextensible, esto nos permite alargar la mucosa, medio centímetro aproximadamente.

TRATAMIENTO DEL QUISTE

Se conserva el hemisferio interior del quiste, sobre su cara interna se coloca directamente el colgajo que se mantiene con un tapon de gasa o se fija con puntos de sutura al paladar duro.

Ambas superficies, la epitelial del quiste y la perióstica del colgajo, se adhiere íntimamente y por el natural aplanamiento

del quiste, el colgajo vuelve a tomar el sitio que ocupaba en el vestibulo.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES CON SUPURACION AGUADA

En estos casos el paciente indica el cuadro de una intensa - inflamación aguada: Fuertes dolores locales e irradiados, tumefacción de la región y de sus vecindades, enrojecimiento de los tejidos blandos que cubren la zona del quiste y aumento de la temperatura local.

El estado general esta resentido, existe fiebre, decaimiento, dolores musculares, en tal estado el quiste no debe ser operado.- Se efectua el tratamiento del estado inflamatorio y después se procede a la enucleación del quista.

El tratamiento consiste en incisiones del quiste para drenar su contenido purulento y medicación general para mejorar las condiciones del paciente.

El drenaje del quiste puede hacerse por vía canalicular del diente causante, la vía gingival de drenaje lleva más pronto a la remisión de los síntomas inflamatorios, está indicado cuando el hueso que cubre el quiste no es muy solido.

Puede realizarse la extracción del diente o su tratamiento de conducto y la apicectomía.

En quistes con intensa reacción se realiza una ventana de drenaje, por la cual se elimina el contenido quístico y se lava la cavidad con sustancias antisépticas, esto se realiza con previa anestesia general o local.

La medicación general y local es indispensable (antibiótica

El quiste debe ser lavado gran cantidad de veces por día, durante una semana, por medio de una cánula e irrigador, es aconsejable la inyección de fenol alcanforado dentro de la cavidad quística.

CONCLUSIONES

- 1.- QUISTE: Es una cavidad patologica tapizada por epitelio en continua proliferación y que suele contener un material liquido o semisólido.
- 2.- Los quistes de los maxilares frecuentemente se relacionan con las piezas dentarias, debido a la mortificación de la pulpa dentaria, o como consecuencia de la degeneración de una pieza dentaria incluida, con menor frecuencia se presentan los quistes fisurales que no están relacionados con las piezas dentarias y se originan de las células epiteliales retenidas en las líneas de unión de los huesos faciales.
- 3.- Regularmente los quistes presentan manifestaciones clínicas semejantes y se presenta como una prominencia indolora, dura y suave. Cuando el quiste se dilata ejerce una estimulación en el periostio por la cual deposita hueso nuevo; al aumentar la dilatación del hueso adelgaza y se hunde por presión del dedo, produciendo un ruido característico de cascara de huevo. Incluso puede desaparecer el hueso, quedando intimamente ligados el quiste con la mucosa bucal y traer como consecuencia una infección secundaria.

Raras veces causan aflojamiento de los dientes, a no ser que sean muy grandes, con frecuencia son quistes radicales y Dentígeros .

No todos los quistes maxilares forman radiotransparencia bien definidas, redondas u ovals con márgenes radiopacos nítivos, por esta razón es necesario realizar en todo tumor que extirpemos su histopatología para tener un diagnóstico exacto.

BIBLIOGRAFIA

1.-BERNIER JOSEPH L.

Tratamiento de las Enfermedades Orales

Editorial Bibliográfica Omeba

Segunda Edición

Buenos Aires 1962

2.- KRUGER GUSTAV O.

Cirugía Bucal

Editorial Interamericana

Primera Edición

México, D.F., 1960

3.- TIECKE RICHARD W.

Fisiopatología Bucal

Editorial Interamericana

Primera Edición

México, D.F., 1960

4.- BHASKAR S. N.

Patología Bucal

Editorial El Ateneo

Segunda Edición

Buenos Aires 1974

5.- ZEGARELLI EDWARD V.

Diagnóstico en Patología Oral

Editorial Salvat

Barcelona 1972

- 6.- SHAFER WILLIAM G.
Patología Bucal
Editorial Mundi
Buenos Aires 1959
- 7.- GRINSPAN DAVID
Enfermedades de la Boca, Semiología, Patología, Clínica
y Terapéutica de la Mucosa Bucal.
- 8.- GUARALNICK WALTER C.
Tratado de Cirugía Oral
Editorial Salvat
Barcelona 1971
- 9.- ODONTOLOGIA CLINICA NORTEAMERICANA
Serie I Volumen 1959
- 10.- BURKET LESTER W.
Medicina Bucal
Editorial Interamericana
Sexta Edición
México, D.F., 1973
- 11.- VELAZQUEZ TOMAS
Anatomía Patológica Dental y Bucal
Editorial La Prensa Médica Mexicana
México, D.F., 1966
- 12.- CENTENO RIES G.A.
Cirugía Bucal
Editorial El Ateneo
Séptima Edición
Argentina 1973

13.- GINESTET GUSTAVE

Cirugía Estomatológica y Maxilo Facial

Editorial Mundi

Argentina 1967

14.- GLICKMAN IRVING

Periodontología Clínica

Nueva Editorial Interamericana

Primera Edición

México, D.F., 1974