



1076

Universidad Nacional Autónoma de México

QUISTES DE LOS MAXILARES;
ASPECTO CLÍNICO, RADIOGRÁFICO
HISTOPATOLÓGICO Y TRATAMIENTO

Jo. L. Villalobos

T E S I S

QUE PRESENTA
JOSE LUIS VILLALOBOS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

15433

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

"QUISTES DE LOS MAXILARES"

ASPECTOS CLINICOS - RADIOGRAFICOS - HISTOPATOLOGICOS Y TRATAMIENTO.

I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION	
CLASIFICACION	
I) QUISTE POR EXTRAVASACION HEMORRAGICA	1
a) . QUISTE POR EXTRAVASACION LATENTE	3
2) QUISTE EPITELIAL ECTODERMICO ODONTOGENO	5
A) . QUISTES FOLICULARES DEL EPITELIO ODONTOGENO	5
I) QUISTES PRIMORDIALES	5
II) QUISTES DENTIGEROS CENTRAL-LATERAL	9
III) QUISTES MULTILOCULARES	14
B) . QUISTES PERIODONTALES (RADICULARES)	18
I) APICAL	18
II) LATERAL	18
III) RESIDUAL	19
3) QUISTES EPITELIALES ECTODERMICOS NO ODONTO- GENOS	26
I) QUISTE MEDIO	26

	Pág.
II) QUISTE GLOBULOMAXILAR	28
III) QUISTE NASOALVEOLAR	29
IV) QUISTE NASOPALATINO	34
A) QUISTE DEL CONDUCTO INCISIVO.	36
B) QUISTE DE LA PAPILA PALATINA	37
4) QUISTE OSEO TRAUMATICO	42
A) POR RETENCION	
I) . RANULA	II) . MUCOCELE
5) QUISTES DISONTOGENETICOS	55
I) QUISTE BRANQUIAL	55
II) QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO	56
III) QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE	57
6) QUERATOQUISTE ODONTOGENO	61
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA.	67

INTRODUCCION

LOS QUISTES DE LOS MAXILARES. Son de importancia por su frecuencia y por las alteraciones que producen, como son:

Asimetrías faciales, síntomas neurológicos, alteraciones en la dentición y predisposición a las fracturas.

Antes de seguir adelante, quiero que quede bien asentado que un quiste es: UNA CAVIDAD PATOLOGICA TAPIZADA POR EPITELIO Y QUE POR LO GENERAL CONTIENE MATERIAL LIQUIDO O SEMISOLIDO.

Estos quistes se pueden formar por trastornos: físicos, mecánicos, químicos y biológicos.

Para un diagnóstico, correcto y completo, nos basaremos en una historia clínica.

Un estudio radiográficos, los cuales han de lograrse, empleando técnicas y películas indicadas, -- asimismo como un método preciso de revelado, como del conocimiento de las diferentes estructuras anatómicas, para poder hacer una interpretación o lectura correcta.

Incluiremos un examen microscópico del tejido, -- junto con el estudio minucioso de los hallazgos clínicos.

Esta tesis, que se titula, QUISTES DE LOS MAXILARES, ASPECTOS CLINICOS, RADIOGRAFICOS, HISTOPATOLOGICOS Y TRATAMIENTO, tema que me ha interesado bastante

y me he internado en él, con la ilusión de aportar algo útil a mi Facultad.

QUISTES POR EXTRAVASACION HEMORRAGICA.

Estos quistes pertenecen a un conocido grupo -- de lesiones óseas, que han sido temas de gran controversia.

En vista de que el diagnóstico, en estos casos publicados, no es siempre indudable, RUHSTON y CANTAL ofrecen las siguientes normas:

Ausencia de un saco quístico seccionable, no sólo en lo que se refiere al epitelio, que puede haber se destruído por infección, sino de cualquier saco fibroso.

Forma irregular de la cavidad con margen infe--rior lobulada, baja presión del líquido y exposición de vasos mandibulares y del nervio dentario inferior, si la cavidad se encuentra detrás del foramen mentoniano.

Patogenia. Se encontró que la hemorragia intra-medular, por traumatismo, causa reabsorción del hueso y formación de quiste.

Estos quistes se pueden formar por: un accidente automovilístico, por un golpe de martillo, una patada en el futbol, la palanca de una bomba, una piedra, etc.

En una persona joven, el golpe puede carecer de fuerza suficiente para producir una fractura, pero ser lo bastante fuerte para causar una hemorragia intramedular, de las arterias que irrigan a los dientes y al maxilar.

El resultado un hematoma intraóseo extenso, la acción irritante de la fibrina en descompensación - causa reabsorción de las trabéculas, del hueso esponjoso, de manera que se forma una amplia cavidad central, que contiene el infarto en las paredes del -- quiste se forma una membrana fibrosa, a expensas de los espacios medulares vecinos la cual encapsula el contenido.

La lámina cortical del hueso no se afecta en todos los casos, pero puede haber expansión del hueso - por trasudación del líquido en el área.

SINTOMATOLOGIA.- El quiste de extravasación hemorrágico, presenta una historia de traumatismo acompañado de tumefacción temporal y dolor. Pero a veces el paciente no asocia un accidente casi olvidado, - con la lesión que ha venido a descubrirse años después, por lo tanto es recomendable un interrogatorio cuidadoso.

Regularmente este trastorno patológico, ocurre en personas jóvenes cuyas edades fluctúan entre los diez y veinte años.

El lugar más común donde se sitúan estos quistes, es la región apical, desde canino inferior hasta el último molar, también desde el canino a la sin fisia mentoniana.

El quiste hemorrágico, no parece estorbar la -- erupción dentaria. El motivo de la consulta será por síntomas tales como sensación de presión o dolor sor do en el área afectada; el dolor no puede ser un sín toma característico, si existe puede ser por una infecció n secundaria.

QUISTES HEMORRAGICOS LATENTES.

Según RUSHTON y CANTAB ocurren con mayor frecuencia en personas de edad avanzada.

Estos se rodean de una lámina cortical gruesa, que es el resultado de la cicatrización parcial, se sitúan principalmente en el cuerpo de la mandíbula, debajo del conducto mandibular.

Estos quistes se consideran como los residuos quísticos solitarios que no se descubrió anteriormente, éstos no producirán dilatación ni dolor.

HISTOPATOLOGIA. BLUM. Dice que la membrana puede ser de espesor variable en diferentes partes de la cavidad; con frecuencia sólo es una membrana delgada algo homogénea que se asemeja al endostio.

EXAMEN RADIOGRAFICO. Aquí descubriremos el quiste hemorrágico nos dará el tamaño, forma, localización y la relación con las estructuras mandibulares y estructuras dentarias. La forma será irregular, pero bien definida, a veces el margen será de naturaleza cortical; la lámina cortical puede estar perforada. El festoneado entre los dientes parece ser un dato característico constante.

TRATAMIENTO. Quirúrgico y consiste en la evacuación del líquido contenido. Seguido de un raspado. La cicatrización será por granulación, y es ayudado por irrigación y curaciones con gasa, no es necesario extraer los dientes que permanezcan vivos.



FIG. No. 1. QUISTE HEMORRAGICO.

Radiografía lateral de la mandíbula, que muestra extensa área radiolúcida, con expansión cortical.

QUISTES ODONTOGENICOS.

Estos quistes comprenden una gran variedad, y se encuentran exclusivamente en los maxilares.

Se forman del epitelio odontogeno, y es importante distinguirlos de los que se desarrollan, en los residuos epiteliales.

QUISTES FOLICULARES.

Estos quistes se forman de residuos o proliferaciones de la lámina dental, o del órgano del esmalte de un diente en desarrollo.

Se dividen estos quistes en:

- A) QUISTES PRIMORDIALES.
- B) QUISTES DENTIGEROS DEL TIPO CENTRAL Y LATERAL.
- C) QUISTE MULTILOCULAR.

QUISTE PRIMORDIAL.- Conocido también como quiste folicular simple , éste se forma por:

Epitelio odontogeno antes de que las células se hayan diferenciado para formar el esmalte, por lo tanto podremos decir que es una anomalía temprana del desarrollo.

SINTOMATOLOGIA.- Los quistes primordiales se localizan con mayor frecuencia en la región del tercer molar inferior. Se extiende a rama ascendente y a menudo son multiloculares.

Se presentan en personas jóvenes, ocasionalmente aparecen los síntomas como, parestesias del labio, con frecuencia aparece la inclinación de un diente - vecino, pero no los desplaza notablemente como ocurre con los quistes dentigeros.

En los maxilares desdentados, no se hace fácilmente la diferenciación entre un quiste primordial y otro periodontal residual. Algunas veces, la historia médica y el examen anatomopatológico que muestren señales de inflamación ayudarán a hacer un diagnóstico correcto.

EXAMEN RADIOGRAFICO.- Este nos dará, información acerca del tamaño quístico y la alteración de los dientes vecinos nos mostrará la cavidad radiolúcida del quiste, rodeado por una línea clara característica, que será la imagen de la cápsula del hueso cortical.

Como hemos dicho los quistes primordiales, son más comunes en el ángulo de la mandíbula y pueden extenderse hacia la rama ascendente.

La radiografía deberá ofrecer un aspecto claro de la lesión.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.- Estos quistes primordiales difieren muy poco, histopatológicamente, del quiste dentigero, fuera de que no están relacionados con un diente.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de este quiste consiste en la enucleación quirúrgica con un cureteado a fondo del hueso.

En particular si se produce la fragmentación del revestimiento, para asegurar la eliminación com-

pleta del epitelio.

El índice de residiva es elevado y se explica - con mayores pormenores en la sección correspondiente al queratoquiste odontógeno.

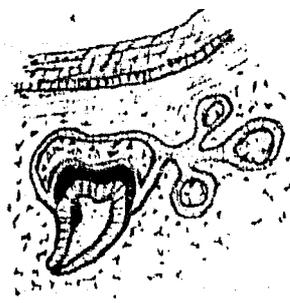


FIG. No. 2. Formación de QUISTE PRIMORDIAL MULTILOCULAR, de brotes epiteliales, - desprendidos del órgano del esmalte, de un tercer molar.



FIG. No. 3. QUISTE PRIMORDIAL MULTILOCULAR.

QUISTES DENTIGEROS.

Se caracterizan estos quistes por estar constituidos por una bolsa conjuntivo epitelial, en cuyo interior se encuentra la corona de un diente, el cual permanece retenido. En las literaturas médicas, estos quistes presentan diferentes nombres.

A). QUISTE FOLICULAR. B). QUISTE DENTIGERO. C). QUISTE CORONODENTARIO. D). QUISTE EMBRIONARIO. - E). ADAMANTINOMAS QUISTICOS DE ORIGEN GOVERNACULAR.

Estos quistes dentigeros, se desarrollan en dientes que quedan retenidos, en los maxilares y siempre se presentan radiográficamente y estructuralmente constituidos por una bolsa quística, alrededor de la corona de dicho diente.

EL TIPO CENTRAL DE QUISTE DENTIGERO.

Se forma en la parte del órgano del esmalte, que cubre la superficie oclusal, donde la amelogenesis se está completando y las células epiteliales sufren cambios regresivos. No se han demostrado que estorbe, la formación del esmalte, pues los restos de la capa interna epitelial que forman la membrana de NASHMYT protegen al diente.

LOS QUISTES DE ERUPCION.

Son pequeños quistes dentigeros, que se forman en los dientes que están a punto de brotar, éstos se encuentran inmediatamente debajo de la encía que da el aspecto de inflamada.

Estos pueden impedir la erupción dentaria, - los sitios más comunes de los quistes de erupción, - son los molares inferiores. En grandes quistes dentígeros, el diente es a veces trasladado hasta la periferia del maxilar.

La presión del líquido quístico, empuja al diente en dirección apical y con frecuencia las raíces - quedan retenidas en su desarrollo, porque tropiezan con hueso cortical.

Puede encontrarse el quiste en el ángulo de mandíbula, en la pared antronsal, y en el suelo de la órbita.

EL TIPO LATERAL DEL QUISTE DENTIGERO.

Se forma del mismo modo que el central, salvo - que se desarrolla en un período posterior, cuando la parte central se ha atrofiado.

Por lo tanto, ocurre en la parte lateral, en lugar de la oclusal del órgano del esmalte, donde persiste el retículo estrellado. Los quistes dentígeros se presentan en personas jóvenes, ya que se forman durante el desarrollo dentario, al adquirir un tamaño regular, no suele producir síntomas, y no será -- que pasen inadvertidos durante años.

Se ha encontrado que la maxila y la mandíbula, se alteran con la misma frecuencia.

Las alteraciones producidas en el hueso, por la expansión del quiste dependen no solamente de la di

rección de la fuerza aplicada, sino también de las obstrucciones que encuentre.

Crece en dirección de la menor resistencia, y por eso destruye el hueso esponjoso, más frecuentemente que el hueso cortical.

Tiende a extenderse, en sentido longitudinal de los maxilares y casi siempre muestra un contorno redondeado, al crecer la expansión del maxilar deforma la cara.

Existen varias teorías acerca de la etiopatogenia, de los quistes dentígeros; y el que consideré más conveniente es la teoría de LERICHE Y COTTE. Los quistes epiteliales (dentígeros), pueden considerarse como esclavomas dentarios quísticos.

Se trata de procesos de inclusión embrionaria, cuyo origen puede ser el folículo dentario, los restos epiteliales de MALASSES o bien del epitelio gingival, dependiendo del caso que el enclavoma sea mono o bidérmico.

EXAMEN RADIOGRAFICO.- Los quistes dentígeros -- centrales se forman siempre alrededor de la corona dentaria, y ésto los distingue del tipo lateral, que se forma en un lado.

Puede pertenecer a la dentición temporal o permanente, o podrá ser supernumerario.

El lugar más frecuente de los quistes dentígeros, será la región del tercer molar, pero también puede presentarse en cualquier lugar de la mandíbula y maxila.

Deberá hacerse una búsqueda cuidadosa, especialmente en el maxilar superior; el quiste puede presentarse y penetrar al seno maxilar, y será aquí difícil reconocerlo.

EL QUISTE DENTIGERO LATERAL.- Se encuentra en el lado del diente. Por regla general, se requiere una exposición extrabucal que lo muestre por completo.

HISTOPATOLOGIA.- En la mayoría de los casos, el saco del quiste es una membrana que fácilmente se desprende del hueso.

El examen microscópico, muestra tejido conectivo fibroso, fibras de colágenos, grandes o finas, -- que están dispuestas a la periferia paralelamente.

Del lado externo hay una capa de hueso compacto, que puede mostrar síntomas de reabsorción en la superficie interna y depósito sobre la periferia.

La superficie interna del saco del quiste está revestida de epitelio, en muchos casos es una gruesa capa de epitelio escamoso estratificado, en otros -- casos el epitelio es escamoso.

Con frecuencia existen pseudohiperqueratosis; pero en la mayoría de los casos las células pavimentosas están descamadas y contenidas en el líquido del quiste.

EL QUISTE DENTIGERO CENTRAL.- El epitelio está adherido a la cutícula dental, que cubre la corona -- del diente, y el tejido conectivo fibroso, adherido a la membrana periodontal del cuello dentario.

EL QUISTE DENTIGERO LATERAL.- Puede estar tan adherido al lado del diente, por medio del tejido periodontal, que puede extraerse con el diente.

El contenido del quiste es un líquido color ámbar que contiene cristales de colesterol, tiene brillo metálico obscuro.

En otros casos, el contenido es espeso y de carácter mucoso, con células epiteliales descamadas y con frecuencia restos hemorrágicos. Cuando se observen restos de células inflamadas en la pared del quiste, puede haber infección secundaria y el epitelio con frecuencia se destruye, en tales casos se forma exudado purulento y el líquido quístico, tendrá bacterias y pus, debemos recordar que un quiste odontógeno es un ameloblastoma potencial.

La formación de yemas, en la capa basal del epitelio es de significación, también lo son las excrescencias papilares en la cavidad, las segundas pueden ser el principio de un ameloblastoma, que llenará al quiste de tejido tumoral sólido.

TRATAMIENTO.- La enucleación, completa del saco está indicado en todos los tipos de quistes..

La eliminación parcial es peligrosa, ninguna membrana patológica debe dejarse, porque su epitelio puede desarrollar las características de un ameloblastoma.

Anteriormente, era necesario vendar la herida, e irrigarla con frecuencia para evitar la incrustación de alimentos. La inserción de espuma de gel saturada con penicilina y trombina, permite cerrar la

herida con sutura, pues oblitera el espacio y permite que se forme tejido para llenar el defecto, primero con tejido fibroso y después con hueso.

QUISTES MULTILOCULARES.

Estos quistes se producen cuando varios gérmenes dentarios adyacentes toman parte en la formación de un quiste, ó si una yema desprendida de la lámina dental o de la capa epitelial externa, del órgano -- del esmalte del segundo ó tercer molar, se ramifica y forma varios folículos, cada uno de los cuales puede formar un quiste. Estos quistes pueden fundirse y formar una cavidad, con tabiques que se extienden desde la periferia.

SINTOMATOLOGIA.- Es importante y necesario diferenciar los quistes multiloculares, de los ameloblastomas multiloculares.

Pueden ser primordiales, formados de una cavidad con varios compartimientos, separados por divisiones óseas parciales, ó pueden estar compuestos de diversos quistes, individuales que se unen al crecer de tamaño.

Estos quistes pueden ser primordiales o dentígeros.

Cuando es dentífero, un compartimiento puede -- contener el diente y los otros compartimientos del tipo primordial.

EXAMEN RADIOGRAFICO.- Casi todos los quistes --

multiloculares, se forman en el tercer molar, donde se extienden a la rama y se dilatan las paredes - - óseas redondas, pueden dar la impresión de que la - lesión está formada por varios quistes separados, - cuando en realidad solo hay una cavidad dividida -- por tabiques profundos que no son divisiones comple - tas.

HISTOPATOLOGIA.- El aspecto microscópico del -- quiste, multilocular no difiere del tipo primordial_ y dentífero.

Generalmente la membrana del quiste tiene un - grueso epitelio y en este quiste debemos de mostrar - mucho cuidado porque puede desarrollar las caracte - rísticas de un ameloblastoma.

TRATAMIENTO.- No difiere mucho del tratamiento de los otros tipos de quistes foliculares, salvo -- que hay que tener cuidado de extirpar todo el tejido quístico, sin descuidar algún compartimiento inaccesible, no será rara la reproducción del quiste.



FIG. 4. QUISTE DENTIGERO.

Formado en un molar caduco.

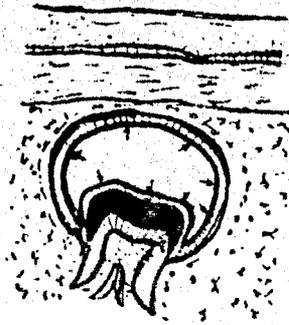


FIG. 5. QUISTE DENTIGERO DEL TIPO CENTRAL.

Este se desarrolla en el órgano del esmalte de un diente.



FIG. No. 6. QUISTE DENTIGERO.

En el seno maxilar, con sonda insertada en la fístula en la que había escurrimiento constante de líquido del quiste.

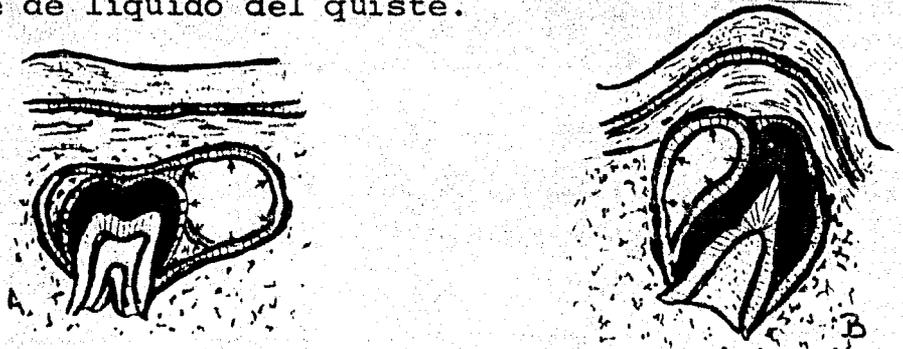


FIG. No. 7. QUISTE DENTIGERO DEL TIPO LATERAL.

Este se desarrolla en la parte lateral del órgano del esmalte.

A). De un molar

B). De un incisivo.

QUISTES PERIODONTALES.

Los quistes periodontales, también reciben el nombre de quistes radiculares, porque se forman en la raíz del diente, generalmente en el ápice dentario (quiste apical periodontal). Y rara vez en el lado (quiste lateral periodontal).

Los primeros se distinguen muy fácilmente de los quistes dentígeros centrales, que se forman alrededor de la corona. Los segundos son semejantes a los quistes dentígeros, laterales y es difícil diferenciarlos.

LOS QUISTES PERIODONTALES, a diferencia de los otros quistes odontógenos, son de origen infeccioso; se desarrollan de un granuloma epiteliado, que puede haberse formado en el ápice dentario o a un lado del diente, por lo general el sitio donde se extiende la infección de la pulpa es por un foramen o por una perforación en la membrana periodontal.

SINTOMATOLOGIA.- Un dato estadístico en un amplio artículo de quinientos quistes, trescientos treinta se encontraron en maxilar superior, y ciento ochenta y siete en maxilar inferior. De éstos, ciento cincuenta y un casos se presentó el quiste en la región desdentada, lo cual es muy significativo puesto que presenta predisposición, constitucional. Estos quistes pueden crecer al grado que alcanzan el tamaño del maxilar, se dilata y con frecuencia la pared exterior de la lesión se adelgaza, a tal grado que solo queda una capa parecida al pergamino.

Cuando se propagan, en dirección lateral, pueden afectar varios dientes que, sin embargo, no se -

afectan, sólo son empujados a un solo lado.

El líquido quístico suele tener mucho tejido -- necrozado y productos de degeneración y de metabolismo anormal, como cristales de colesterol y siempre -- pus.

Debe recordarse que el quiste periodontal , se forma por una infección, lo que se distingue de los quistes foliculares.

LOS QUISTES PERIODONTALES RESIDUALES.- Son muy comunes. Debemos distinguirlos de los quistes dentígeros laterales que quedan después de la extracción dentaria.

Con frecuencia se encuentran en los maxilares -- desdentados, cuando ha sido de vital necesidad la -- extracción, sin que se haya reconocido la existencia de un quiste. Este pudo haber sido pequeño, pero creció hasta que la deformación de la apófisis alveolar impidió que el paciente usara dentadura artificial, o hasta que la infección produjo dolor y tumefacción.

En otros casos, resulta una deformación de la -- cara notable. Puede ocurrir la fractura patológica -- de la mandíbula, en caso de accidente. Ya que de -- otra manera, habría sido insuficiente para fracturar la.

Como anécdota, presento el caso de un notable -- cirujano que presentó una fractura de mandíbula por un quiste, que ocurrió cuando éste colocó un abreboca en la anestesia general.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

Los quistes periodontales, se encuentran siempre en la región de los maxilares que presentan dientes.

Por regla general, se forman de un diente y se extienden a los vecinos.

El diente que ha desarrollado, el quiste muestra la destrucción de la lámina dura, y generalmente señales de pulpitis. (caries que se extiende a la cámara pulpar).

La inyección de una sustancia radiopaca, como lipiodol por la lámina cortical en el quiste, puede ser de gran ayuda en el diagnóstico de los quistes maxilares.

Los quistes residuales se descubren con frecuencia en el examen ordinario.

Los quistes radiculares del seno del maxilar se reconocen mejor con la exposición en la posición de waters, que es necesario en todos los casos de quistes, en las mitades laterales del maxilar superior.

La administración de lipiodol, puede ser de gran ayuda para determinar el grado en que está invadido el antro, como se vé en la exposición lateral.

HISTOPATOLOGIA.- Puede haber un quiste radicular, adherido al diente afectado.

Al examinarlo microscópicamente, se descubre la

infección crónica, por la presencia de células inflamatorias, tanto en la pared como en el epitelio.

La reacción inflamatoria se aprecia más en la etapa aguda o subaguda y puede estar asociada con hipertrofia de las espigas de las redcillas, en algunos casos siempre se destrulle el epitelio.

Es común los despósitos de colesterol, en la membrana del quiste. El quiste contiene líquido purulento o pus.

TRATAMIENTO.

Deberá extirparse el saco del quiste, y hay que extraer el saco del diente afectado.

Cuando el quiste es pequeño, puede pasar inadvertido, y queda retenido en el maxilar.

Es esta la razón de que ocurran tantos quistes, periodontales residuales.



FIG. No. 8 QUISTE PERIODONTAL RESIDUAL.



FIG. No. 9 QUISTE PERIODONTAL. CON FRACTURA CONTINUA.



FIG. No. 10. QUISTES PERIODONTALES LATERALES

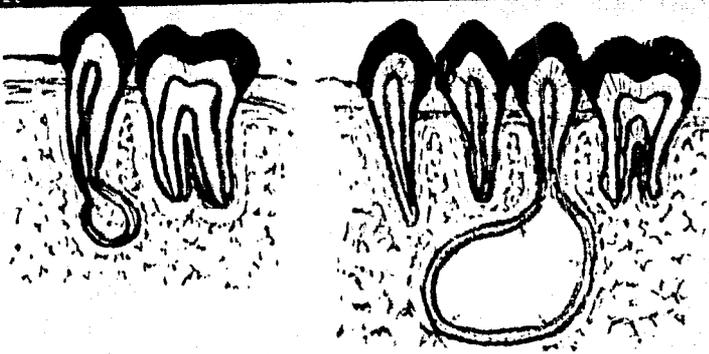


FIG. No. 11. QUISTE PERIODONTAL.

Muéstrase la forma como se desarrolla en un --
granuloma apical.



FIG. No. 12. QUISTE PRIODONTAL DE LA MANDIBULA.

FIG. No. 13. QUISTE EN EL MAXILAR SUPERIOR.

Este quiste fue inyectado con lipiodol para hacer el diagnóstico diferencial y demostrar las relaciones anatómicas.

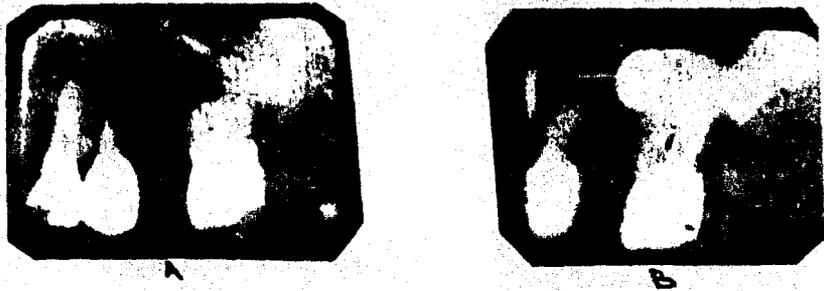


FIG. No. 14. A). Se quiere determinar si hay una área quística en el suelo del antro.

B). Se inyectó el área con lipiodol, que comprobó que se trataba de un quiste.

QUISTES EPITELIALES NO ODONTOGENOS.

Ciertos quistes de los maxilares, se forman de los restos de células epiteliales enclavadas en lugar de fusión de los diferentes mamelones embrionarios, que forman la cara.

Tales como los quistes fisurales. Varios notables investigadores tales como KLESTAD, demostró que los quistes fisurales se engendran de células epiteliales, de las fisuras faciales. Los quistes fisurales no tienen conexión o relación con los dientes y deben diferenciarse de los quistes odontógenos, los cuales son los siguientes.

- 1.- QUISTES MEDIOS.
- 2.- QUISTES NASOALVEOLARES.
- 3.- QUISTES GLOBULOMAXILARES.
- 4.- QUISTES NASOPALATINOS.

QUISTES MEDIOS.

Este es un quiste central, que se forma en la fisura media del maxilar inferior o del maxilar superior.

En la maxila puede encontrarse en la parte anterior, y se llama quiste alveolar medio, ó en el paladar donde se llama quiste palatino medio.

El quiste alveolar medio, que probablemente se forma del epitelio, derivado de la lámina dental, asienta en esta fisura entre los dos mamelones globulares, que forman el hueso intermaxilar. Por lo tanto, se encuentra en las raíces de los incisivos cen-

trales, que pueden ser normales en todos sentidos, - salvo que sus raíces estén separadas por la presión que ejerce el quiste al crecer y causan la inclinación de los dientes.

Los quistes palatinos medios se presentan en la parte anterior del paladar y no se deben confundir - con los quistes del conducto incisivo.

EXAMEN RADIOGRAFICO.

El examen radiográfico ayuda mucho para llegar - al diagnóstico correcto.

Los quistes medios se diferencian de los quistes del conducto incisivo por su localización.

HISTOPATOLOGIA.

El quiste medio tiene un saco de tejido conectivo, que puede contener una gruesa capa de fibras de - colágeno, revestidas de epitelio escamoso.

HYDE. Al descubrir un quiste palatino medio, -- bastante grande, encontró una membrana muy delgada, - formada por capas paralelas, flojamente unidas por - fibras de colágeno, fibroblastos y vasos sanguíneos.

El epitelio era escamoso estratificado, mostraba señales de edema y tenía infiltración de células redondas.

En una parte del quiste, había numerosos cristales romboides de colesterol, rodeados en algunos sitios por células gigantes.

TRATAMIENTO.

No han sido comunicadas transformaciones malignas, del epitelio de revestimiento de este quiste.

Además, estos quistes raras veces se agrandan o destruyen cantidades apreciables de hueso.

QUISTE GLOBULOMAXILAR.

El quiste globulomaxilar, se encuentra dentro del hueso en la unión de la porción globular de la apófisis nasal media, y la apófisis maxilar, la fisura globulomaxilar casi siempre entre el incisivo lateral y el canino superior. No obstante se observó que el quiste se origina en la sutura ósea. Entre el premaxilar y el maxilar, la sutura incisiva de manera que la localización puede ser diferente a la del reborde y paladar fisurados.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Raras veces, si es que alguna, el quiste globulomaxilar da manifestaciones clínicas, la mayoría de estos casos son descubiertos por accidente, durante el examen radiográfico de rutina.

Algunas veces el quiste se infecta y el paciente se queja, entonces da molestias locales y dolor en la zona.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Se presenta una zona radiolucida, piriforme in-

vertida entre las raíces del incisivo central y el canino produce la divergencia de las raíces de estos dientes.

Es interesante que hay varios casos conocidos de quistes globulomaxilares bilateral.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

La descripción clásica del quiste, dice que -- está tapizado de epitelio escamoso estratificado o columnar cilíndrico. El resto de la pared se compone de tejido conectivo fibroso, que por lo general presenta infiltrado celular inflamatorio.

TRATAMIENTO

Este tipo de quiste debe ser enucleado quirúrgicamente, preservando, si es posible, los dientes adyacentes.

QUISTE NASOALVEOLAR.

El quiste nasopalveolar, no se encuentra dentro del hueso, sino que se describe como un, quiste fisural raro que puede afectar secundariamente al hueso.

Se pensó que tenía origen en la unión de las -- apófisis globular ascendente del maxilar y marilar, como resultado de la proliferación del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El quiste nasoalveolar, puede producir hinchazón en el pliegue mucovestibular, así como en el piso de la nariz, y localizarse cerca de la inserción del ala, de la nariz en el maxilar.

ROED/PETERSON, en un estudio, notó que algo poco más del setenta y cinco por ciento de los casos se presentó en mujeres, cuyas edades fluctúan entre los cuarenta y uno y cuarenta y seis años.

Este quiste se origina de la parte anteroinferior del conducto nasolagrimal y no del epitelio -- atrapado en el surco, nasoóptico.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Las radiografías no son significativas, porque este quiste no es una lesión central, sin embargo -- pueden demostrarse si se inyecta una sustancia radiopaca.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

Este quiste, está tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado, que a veces es ciliado, frecuentemente con células calciformes, o de epitelio escamoso estratificado.

TRATAMIENTO

El quiste debe de ser eliminado quirúrgicamente aunque habrá que tener cuidado de no perforar ni -- aplastar la lesión.

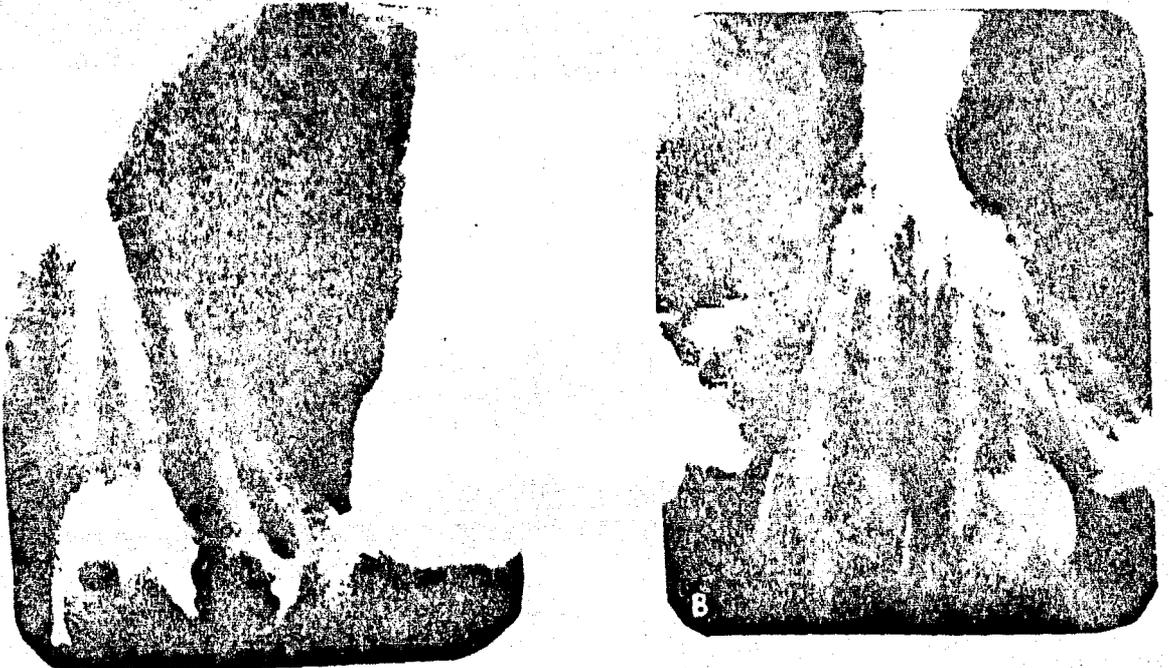


FIG. No. 15 QUISTE GLOBULOMAXILAR.

Hay un gran quiste, entre el incisivo lateral superior y el canino, con una forma piriforme invertida característica.

- A). El mismo tipo de quiste puede ser bilateral.
- B). Obsérvese la divergencia de las raíces de los dientes.



FIG. No. 16 QUISTE GLOBULOMAXILAR, entre el in
cisivo lateral y el canino.



FIG. No. 17. QUISTE GLOBULOMAXILAR.
Con los dientes adyacentes normales.



FIG.No. 18 QUISTE GLOBULOMAXILAR.
Por error de interpretación, se han
tratado los incisivos central y la-
teral.



FIG. No. 19. QUISTE NASOALVEOLAR.

Nótese el engrosamiento de la base del labio y la protucción del quiste en el vestíbulo de la nariz.



A



B



C



D

FIG. No. 20. Variaciones de QUISTES DEL CONDUCTO INCISIVO.

A). QUISTE SIMETRICO.

B). QUISTE UNILATERAL.

C). QUISTE BILATERAL

D). QUISTE EN MAXILAR DESDENTADO.

QUISTE NASOPALATINO.

Una variedad de quistes se originan en los conductos nasopalatinos, que son un vestigio embrionario, se asientan en el centro del hueso, y entonces se llaman quistes del conducto incisivo, o están situados por debajo de la papila palatina, en el agujero palatino anterior, y entonces se llaman quistes de la papila palatina.

Recordaremos un poco de historia, MEYER en 1914 fue el primero que notó quistes en la línea media del maxilar superior.

Otros investigadores, que contribuyeron al conocimiento de los quistes nasopalatinos, son: - - - RUDZEK/STAFNE/THOMA/RUSHTON/WILD, etc.

RUDZEK. Observó que en el feto humano existen amplias comunicaciones entre la cavidad bucal y nasal, después de la fusión de los mamelones palatinos, del maxilar superior. Tales son los conductos nasopalatinos que persisten en los monos, conejos - perros.

NOYES. Ha demostrado que estos conductos persisten en los niños recién nacidos.

Según PETER, los conductos generalmente quedan obturados en uno de sus extremos por el epitelio nasal o bucal, y forman un fondo de saco.

Las aberturas bucales, si es que existen, se ven como dos pequeñas ranuras, dos a cada lado de la papila palatina.

RAWENGEL. Hizo cortes en serie de 27 casos (19 recién nacidos y 8 adultos), y encontró paso continuo en cinco casos (recién nacidos). En tres casos, (todos adultos) no había paso, en catorce casos, un saco ciego del lado nasal y en cuatro casos un saco ciego del lado bucal.

Demostró tres tipos de tejido epitelial en el conducto incisivo, de los cuales se derivan los quistes.

- 1.- En el conducto nasopalatino o sus restos.
- 2.- Un cordón epitelial medio.
- 3.- Restos epiteliales en el extremo posterior de la papila palatina.

"Se supone que todas estas estructuras, epiteliales desaparecen en el primer año de vida".

El traumatismo de la papila palatina se considera como factor etiológico que puede consistir en irritación durante la masticación, daño por dentaduras mal ajustadas o infección bucal.

La irritación ocluye las aberturas del conducto o saco nasopalatino y de ella resulta por acumulación de secreciones, un quiste de retención.

La secreción de las glándulas mucosas, que normalmente existe en el conducto incisivo, son un factor contribuyente de importancia.

QUISTE DEL CONDUCTO INCISIVO.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Al principio hay poca -- evidencia del quiste, escepto que de cuando en cuando escurre un líquido que algunos pacientes notan -- con sabor salado, más adelante se hincha la papila_ palatina, de la cual se puede exprimir algo del líquido con el dedo.

En la mayor parte de los casos no existe dolor, pero existen pacientes que se quejan de dolor, un dolor neurálgico en la parte anterior del paladar, que tal vez se irradia a lo largo de la nariz y los ojos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

La radiografía es de gran valor en estos quistes.

STAFNE, y sus asociados, hacen notar que la -- imagen del conducto no es constante.

En la mayoría de los casos, el quiste está situado simétricamente en la línea media y se extiende a ambos lados, porque se origina en el conducto -- nasopalatino, sin afectar al otro.

En casos raros, se ven dos quistes claramente, presentan el aspecto de corazón a veces algo vago.

Los quistes del conducto incisivo, como otros quistes, están rodeados de una capa de hueso cortical, que produce la línea clara alrededor del área_ del quiste.

Observaremos una zona radiolúcida, no siempre_

es posible distinguir radiográficamente entre un -- quiste pequeño y el agujero incisivo.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

Generalmente el quiste contiene una membrana -- gruesa del tejido conectivo, con grupos de glándu-- las mucosas.

El epitelio que reviste la cavidad, es de tipo variado escamoso de transición o columnar ciliado.

El epitelio escamoso y el epitelio de transi-- ción se encuentran en los quistes que se producen cerca del conducto incisivo.

El epitelio columnar, se encuentra en los -- quistes derivados de un cordón, que procede de la_ cavidad nasal.

En la mayoría de los casos, hay notable infil-- tración inflamatoria en la membrana que se extien-- de al epitelio, el cual puede ser invadido y des-- truído.

QUISTE DE LA PAPILA PALATINA.

Este quiste se forma del contenido epitelial, del agujero palatino, en lugar del conducto inci-- sivo, no estando rodeado del hueso completamente, forma un abultamiento redondeado que dilata el te-- jido blando de la región de la papila palatina. -- Es blando y fluctuante, pero no da la sensación_

de pergamino como los quistes grandes del conducto incisivo, y quistes medio voluminosos.

Si se aplica suficiente presión, sale líquido, de una o de otra parte de las salidas, al lado de la papila.

Existen ocasiones que salen gotas semilíquidas, mucofibrilosas. La mucosa generalmente no se altera porque el quiste se forma debajo de ella y no enciema.

Las arrugas palatinas se ven claramente, aunque puede haber enrojecimiento por la irritación inflamatoria.

En tales casos la inflamación penetra a veces al quiste y el exudado se vuelve purulento.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

La radiografía ayuda a distinguir, los quistes de la papila palatina y del conducto incisivo.

La radiografía de los primeros es completamente negativa, porque no se dilata dentro del hueso.

TRATAMIENTO.

La evacuación del contenido líquido en los quistes nasopalatinos sólo da alivio temporal.

La extirpación está indicada en todos los casos que causan síntomas.

QUISTES NASOPALATINOS.

Como hemos dicho anteriormente, en este capítulo, una gran variedad de quistes se originan de los conductos nasopalatinos, que son un vestigio embrionario. Asientan en el centro del hueso y entonces se llaman

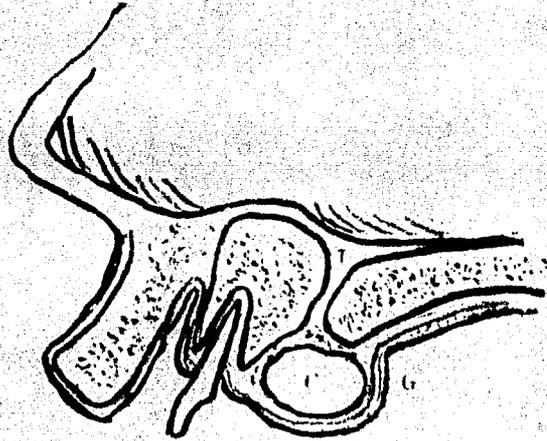


FIG. No. 21. QUISTE DE LA PAPILA PALATINA. Localizado en el agujero palatino anterior.

QUISTE DEL CONDUCTO INCISIVO, o están situados por debajo de la papila palatina, en el agujero palatino anterior, y entonces se llaman QUISTES DE LA PAPILA PALATINA.

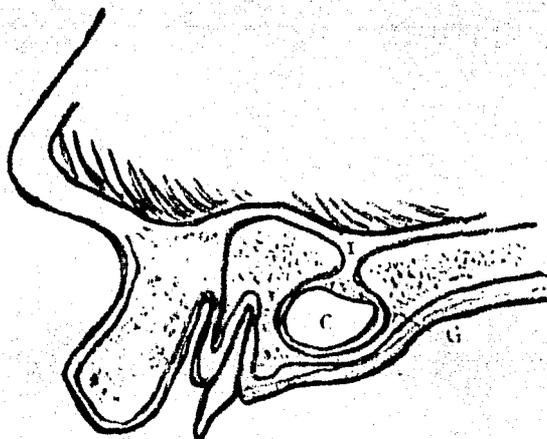


FIG. No. 22. QUISTE DEL CONDUCTO PALATINO ANTERIOR
 Localizado en el centro del hueso.
 C). QUISTE G). GLANDULAS MUCOSAS.
 I). CONDUCTO PALATINO ANTERIOR.

Para mejor orientación, se reprodujeron estos dibujos esquemáticos que indican la situación de es tos quistes.

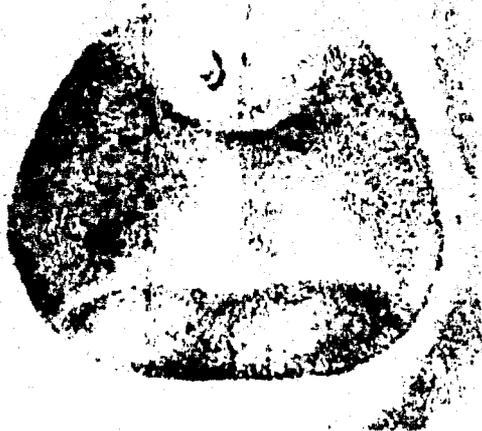
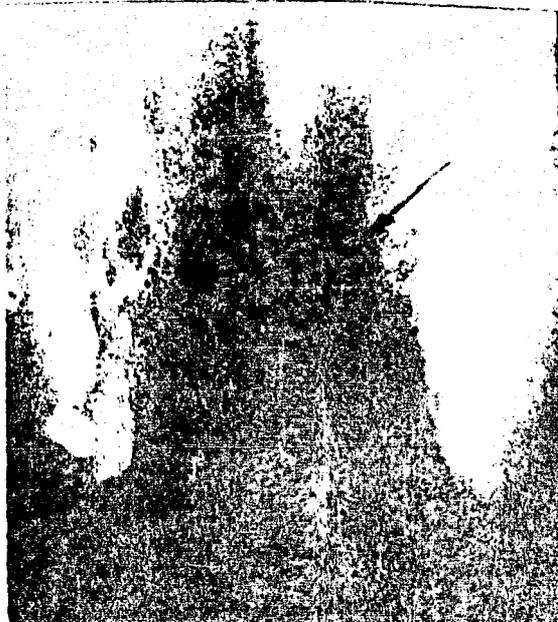


FIG. No. 23. QUISTE DE LA PAPILA PALATINA.
 Nótese el exudado mucopurulento a la salida del conducto nasopalatino.



FIG. No. 24. QUISTE DE LA PAPILA PALATINA.

- A). En la línea media del paladar, hay una gran hinchazón.
- B). Este quiste no guarda relación con los --
dientes y está detrás de la zona del con-
ducto incisivo.



QUISTE OSEO TRAUMÁTICO.

El quiste traumático es una lesión desusada, -- que aparece con mucha frecuencia en los maxilares, así como en otros huesos del esqueleto.

La etiología es desconocida, aunque existen -- una serie de teorías y por lo menos una ha tenido aceptación bastante general.

La más aceptada es la teoría del origen, en la hemorragia intramedular consecutiva a la lesión -- traumática.

Este tipo de hemorragia produce reparación por organización del coágulo y formación ulterior de -- tejido conectivo y hueso nuevo.

Sin embargo, según la teoría traumática, una -- vez lesionado una zona de hueso esponjoso, que contiene médula hematopoyética encerrada por una capa densa de hueso cortical, la organización del coágulo falla y por alguna razón desconocida, sobreviene la degeneración del coágulo, que termina por producir una cavidad vacía en el interior del hueso.

En el curso de la lesión, las trabéculas óseas de la zona afectada se necrozan, luego de la degeneración del coágulo y la médula ósea, aunque seguramente persiste cierto tejido medular vital, para -- iniciar la resorción de trabéculas.

Aumenta de tamaño por una expansión constante, producida por un edema infiltrante progresivo, sobre la base de la restricción del drenaje venoso, y cesa cuando la lesión, de tipo quístico, alcanza la

capa cortical ósea.

Sin embargo, no es raro que el paciente no con siga recordar lesión traumática alguna del maxilar.

Esto nos indica que el traumatismo puede ser - tan leve que el paciente no lo recuerda.

En la serie relatada por HOWE, sólo algo más - del 50% de pacientes relataban haber sufrido un --- traumatismo, y el intervalo transcurrido entre el - accidente y el descubrimiento de la lesión varía en tre un mes y 20 años.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La edad promedio en que estos quistes surgen, es en la segunda década de la vida. (18 años).

Con mayor frecuencia en los varones, ya que -- éstos están expuestos a lesiones traumáticas más a menudo que las mujeres.

Se ha confirmado que se afecta, con mayor fre- cuencia la parte posterior de la mandíbula, que la_ anterior.

La lesión suele descubrirse en el examen ra--- diográfico, sistemático del paciente.

Las pulpas de los dientes, de la zona afecta-- da tienen vitalidad y no es necesario sacrificar los órganos dentarios. Cuando se hace una incisión_ quirúrgica de la cavidad, se comprueba que contiene una pequeña cantidad de líquido, color pajizo y res tos de coágulo sanguíneo necrótico o nada.

El cirujano suele descubrirse al abrir un espacio vacío en el hueso y encontrar que no existe membrana alguna.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

El examen radiográfico revela una zona radiolúcida suavemente contorneada de tamaño variable, a veces con un delgado borde esclerótico, según la antigüedad de la lesión. Algunas lesiones traumáticas son tan pequeñas que apenas llegan a medir 1 cm. de diámetro y otras tan grandes que abarcan toda la zona molar, del cuerpo ascendente y de la rama ascendente.

Es raro que se desplacen los dientes, y en la mayor parte de los casos, la lámina ósea está intacta.

MORRIS y colaboradores, han observado la mayor frecuencia con que se detectan lesiones óseas traumáticas, asintomáticas, gracias a la radiografía panorámica.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLÓGICAS.

El examen histológico revela una membrana delgada, de tejido conectivo, que tapiza la cavidad, pero ninguna otra característica significativa.

A veces es imposible comprobar la presencia de tal membrana.

WALDRON, tuvo la oportunidad de estudiar un quiste óseo traumático, in toto, en una mandíbula -

resecada, encontró una capa delgada de tejido conectivo, y además una amplia reacción osteofítica, en la superficie externa de la lámina cortical.

TRATAMIENTO.

Puesto que no es posible establecer el diagnóstico del quiste, óseo traumático, sin la exploración quirúrgica, el cirujano penetra a la cavidad, trata de enuclear el revestimiento y durante las maniobras restablece la salida de la sangre, hacia la lesión.

Si entonces cerramos la cavidad, comprobamos que la reparación y el relleno de hueso ocurre entre los 6-12 meses. Raras veces se emplea una segunda intervención quirúrgica.

Si el espacio óseo es muy grande, se puede colocar virtua ósea, para ayudar al buen resultado del relleno.



FIG. No. 25. QUISTE OSEO TRAUMATICO.



FIG. No. 26. QUISTE OSEO TRAUMATICO.

Este gran espacio vacío en el hueso se extiende entre las raíces de los dientes.

A). Película periapical.

B). Película lateral de la mandíbula.

QUISTES POR RETENCION.

A). QUISTE MUCOCELE B). RANULA.

QUISTE MUCOCELE.

El fenómeno de retención mucosa, que se le considera de origen traumático, es una lesión que afecta a las glándulas y conductos salivales.

Antes varios investigadores opinaban que este quiste era producto de la obstrucción del conducto de una glándula salival menor, ó accesoria.

Pero las investigaciones de BHASKAR y COL, realizadas en ratones y ratas por STANDISH y SHAFER no consiguieron producir quistes de retención, mediante ligaduras de los conductos glandulares submaxilares y sublinguales.

En cambio los estudios de BHASKAR y COL, han demostrado que si se seccionaba, el conducto salival de manera que la saliva se acumulara en forma continua en los tejidos, se formaba una cavidad idéntica al quiste de retención natural, estas investigaciones revelan que la sección traumática del conducto salival, como el producido por el mordisqueo de labios, carrillos, procede a la formación del quiste de retención.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El fenómeno de retención, que afecta las glándulas salivales accesorias es más frecuente en labio inferior, pero aparece también en paladar, ca

rrillos, lengua y piso de la boca, decimos que es - más frecuente en el labio inferior, porque en una - serie de 97 pacientes, con mucocelos, el 45% lo pre- sentaba en éste, y el resto en las estructuras ana- tómicas antes mencionadas. Este quiste se presenta - normalmente en la tercera década de la vida.

La lesión se puede localizar a bastante - profundidad del tejido o puede localizarse superfi- cialmente y según su localización presentará un as- pecto clínico variable.

La lesión superficial es una vesícula ele- vada y circunscrita, de varios milímetros, a un cen- tímetro o más de diámetro, con un tono azulado - -- translúcido.

La lesión más profunda se manifiesta como - una hinchazón, pero debido al espesor del tejido -- que lo cubre, color y aspecto superficial son los - de una mucosa normal.

Es interesante y significativo que el fenó- meno de retención mucosa está en su totalidad res-- tringido al labio inferior, y raras veces se encuen- tra en el superior, en tanto los tumores de glándu- las salivales, de labio, se localizan casi siempre - en el superior y raras veces en el inferior.

El quiste de retención se forma en pocos - días, alcanza cierto tamaño y puede persistir duran- te meses a menos que se trate. Si dejamos salir el líquido quístico, observaremos un material espeso y mucinoso.

Algunas lesiones se agrandan periódicamen- te y pueden desaparecer después de un traumatismo, - que produce su evacuación, sin embargo casi invaria

blemente recidivan.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

La mayor parte de quiste por retención, -- consisten en una cavidad circunscrita de tejido conectivo y submucoso, que produce una elevación de la mucosa, como adelgazamiento del epitelio, como si estuviera estirado.

La cavidad raras veces presenta un revestimiento epitelial, en cambio su pared se compone de un revestimiento de tejido conectivo fibroso, comprimido y fibroblastos. Presenta infiltración abundante de leucocitos, polimorfonucleares, linfocitos y plasmacitos.

La luz del quiste está ocupado por un coágulo eosinofilo, que contiene leucocitos y fagocitos mononucleares.

Algunos de estos quistes presentan revestimiento epitelial aplanado e intacto, y ha sido denominado epitelio del conducto alimentador. Los acinos glandulares salivales, adyacentes a la zona del quiste y los correspondientes al conducto afectado suelen presentar alteraciones, las cuales consisten en: Inflamación intersticial o sialodentitis, dilatación de conductos intralobulares e interlobulares, con acumulación de moco y destrucción de células mucosas, en acinos, lo cual origina la formación de minúsculas zonas de moco acumulado.

TRATAMIENTO.

El tratamiento de este quiste consiste en la --

excisión. Si simplemente se incide la lesión, su contenido saldrá, pero rápidamente volverá a llenarse. En cuanto la incisión cicatrice, después de enuclearlo hay algunas recidivas, pero ésto es menos factible si también se eliminan los ácinos glandulares salivales correspondientes.



B

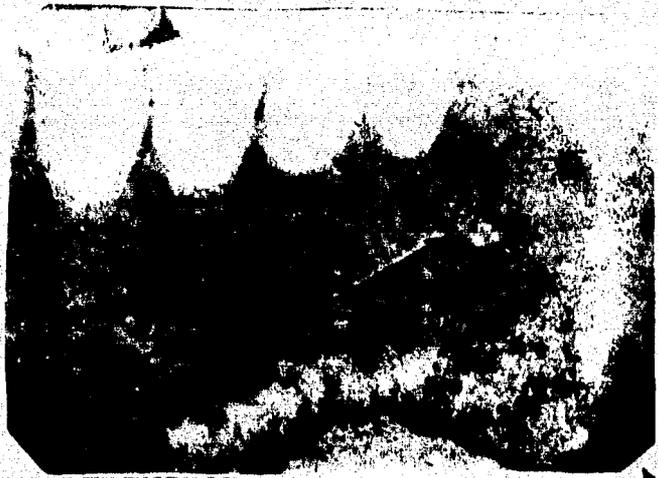


FIG. No. 27. QUISTE DE RETENCION.

- A). La lesión típica es una pequeña vesícula en el labio.
- B). Y piso de la boca.



FIG. No. 28. FENOMENO DE RETENCION MUCOSA.

La microfotografía presenta una lesión circunscrita que contiene material mucosoide.

QUISTE RANULA.

Es una forma de quiste de retención, que aparece específicamente en el piso de la boca, relacionado con conductos submaxilares y sublinguales. Afecta a las glándulas salivales, algunos autores opinan que -

puede originarse por obstrucción del conducto o por formación de un aneurisma en el conducto.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Se presenta como una masa indolora, de agrandamiento lento a un lado del piso de la boca.

Como suele estar situada en profundidad, la mucosa que la cubre es de aspecto normal. Si es superficial, la mucosa tiene un color azulado translúcido.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

Existe un definido revestimiento epitelial, debido a ésto casi todos los investigadores consideran -- que la ránula es un verdadero quiste de retención, -- que se produce probablemente como un fenómeno de obstrucción parcial, aunque no siempre es factible comprobar la presencia de un cálculo en el conducto salival.

TRATAMIENTO.

Algunos cirujanos prefieren eliminar nada más el techo de la lesión, y no enuclearla en su totalidad.

A veces las lesiones recidivan.



FIG. No. 29. RANULA.

Esta forma de quiste de retención se manifiesta como una masa en el piso de la boca.

QUISTES DISONTOGENETICOS.

QUISTE BRANQUIAL.

Este quiste se conoce también como: QUISTE LINFO EPITELIAL BRONQUIOGENICO

ACUMULO LINFOIDE QUISTICO BENIGNO.- El quiste branquial de la cavidad bucal es una lesión relativamente rara que se origina por la transformación quística del epitelio glandular incluido en los acumulos linfoides bucales durante la embriogénesis.

Así estas lesiones constituirán la contraparte bucal de los quistes linfoepiteliales benignos, de la zona cervical, que en una época fueron llamados quistes de la fisura branquial.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El quiste branquial aparece como un pequeño nódulo amarillento elevado, bien circunscrito, por lo general en el piso de la boca o en el vientre lingual.

Se puede presentar a cualquier edad, puede tener un diámetro de 1.5 - 2 cm.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

La lesión se compone básicamente de una cavidad quística tapizada por epitelio escamoso estratificado. Todo incluido en una masa bien circunscrita de tejido linfoide. El epitelio de revestimiento es bastante delgado, carece de brotes epiteliales y suele ser paraqueratósico.

La luz del quiste contiene células epiteliales - descamadas, linfocitos y un coágulo amorfo eosinófilo.

TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en la excisión quirúrgica local conservadora.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

El quiste del conducto tirogloso es un quiste de desarrollo poco común, que se forma a lo largo del - conducto tirogloso embrionario, entre el agujero ciego y la glándula tiroides.

La causa etiológica de estos quistes es desconocida. Pero puede ser desencadenada por infección de tejido linfoide en la zona de los restos del conducto tirogloso, por el drenaje proveniente de una infección de los órganos respiratorios superiores.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

El quiste del conducto tirogloso suele presentar se en personas jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad.

Clínicamente es una masa quística firme, de la - línea media, cuyo tamaño varía de algunos milímetros a varios centímetros. La hinchazón se desarrolla con -- lentitud y es asimétrica, salvo que esté en una ubica ción alta en el conducto, cerca de la lengua, aquí -- puede haber disfagia.

El quiste puede encontrarse en el agujero ciego, en el piso de la boca o más abajo, cerca del cartílago circoides o tiroides. A veces se forma una fístula que se abre en la superficie cutánea o mucosa.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

El quiste del conducto tirogloso está tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o tipo intermedio de transición, porque en realidad se deriva de células que se originan del piso faríngeo embrionario.

La pared del tejido conectivo del quiste contendrá frecuentemente pequeñas zonas de tejido linfoide, tejido tiroideo y glándulas mucosas.

TRATAMIENTO.

El tratamiento del quiste del conducto tirogloso es la excisión quirúrgica radical, deberá ser este procedimiento radical, si se desea evitar la recidiva.

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE.

El quiste dermoide es una forma de teratoma quístico derivado principalmente del epitelio germinal -- embrionario. En una serie de 103 quistes dermoides, registrados por NEW y ERICH, observaron que el piso de la boca y las zonas submaxilares y sublinguales, eran los sitios de aparición más comunes.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Los quistes dermoides, que emergen del piso de la boca, raras veces están presentadas en el momento del nacimiento, la mayoría se producen en el adulto joven, y no muestra predilección por el sexo.

La lesión típica produce un bulto en el piso de la boca, que suele causar la elevación de la lengua y acarrea dificultades en la alimentación y fonación. Si éste se encuentra en el músculo geniohoideo y la mucosa bucal.

Si el quiste está a mayor profundidad del músculo geniohoideo y milihoideo, es común que abulte, la zona submentoniana. El quiste común se percibe como "masilloso" a la palpación, pero puede ser fluctuante según el contenido del quiste. A veces estos quistes se infectan y ocasionalmente se forman trayectos fistulosos, que se abren en la boca y en la piel.

Han sido descritas como posibles transformaciones malignas.

Existen lesiones quísticas que presentan gran parecido a esta lesión, como: 1) RANULA; 2) OBSTRUCCION UNILATERAL O BILATERAL DEL CONDUCTO DE WHARTON; 3) QUISTES DEL CONDUCTO TIROGLOSO; 4) HIGROMA QUISTICO; 5) QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL; 6) INFECCION AGUDA O CELULITIS DEL PISO DE LA BOCA; 7) TUMORES BENIGNOS Y MALIGNOS DEL PISO DE LA BOCA Y GLANDULAS SALIVALES ADYACENTES; 8) INFECCIONES DE LAS GLANDULAS SUBMAXILAR Y SUBLINGUAL; 9) MASAS ADIPOSAS NORMALES EN LA ZONA SUBMENTONIANA.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

El aspecto histológico del quiste dermoide varía según la complejidad de la lesión.

Algunos de estos quistes se componen únicamente de una pared conectiva tapizada en la superficie interna, por una delgada capa de epitelio escamoso estratificado que por lo general está queratinizado.

Puede haber otras estructuras especializadas evidentes o no, y el término quiste epidermoide es más común para describir esta lesión.

En otros casos, hay numerosas glándulas sebáceas e incluso folículos pilosos, además de una que otra glándula sudarípara.

La luz del quiste contiene material sebáceo así como queratina. Finalmente algunas lesiones contienen estructuras de naturaleza variada, como hueso, músculos y derivados gastrointestinales y constituyen pues un teratoma complejo.

TRATAMIENTO.

El quiste dermoide o epidermoide deberá ser enucleado quirúrgicamente; no es común que recidive.



FIG. No. 30 QUISTE EPIDERMOIDE.

La lesión se presenta como una hinchazón en el piso de la boca.

QUERATOQUISTE ODONTOGENO.

Este término fue utilizado por vez primera por -- PHILIPSEN, en 1956, en tanto PINDBORG Y HANSEN en -- 1963, describieron las características esenciales de este quiste.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Muchos son los quistes que presentan queratinización del epitelio, de revestimiento incluidos los no odontógenos, como los fisurales, dermoide - epidermoide.

Sin embargo el queratoquiste odontógeno suele ser considerado como perteneciente a una de las siguientes categorías.

1) QUISTE PRIMORDIAL. 2) QUISTE PERIODONTAL LATERAL. 3) QUISTE DENTIGERO 4) SINDROME DEL QUISTE ODONTOGENO NEVOBASOCELULAR Y COSTILLA BIFIDA. 5) QUISTE IDIOPATICO DE LOS MAXILARES. 6) EN CASOS RAROS. EL QUISTE PERIODONTAL APICAL O RADICULAR.

En esencia, algunos pero no todos los casos, de cada uno de los tipos de quistes mencionados, pueden presentar queratinización del epitelio de revestimiento.

Prácticamente todos los quistes del síndrome nevoasocelular y costilla bífida son queratinizantes.

Además de esto, el quiste primordial es el más queratinizado con mayor frecuencia y lo sigue el quiste dentífero.

Así la queratinización es relativamente común en algunos tipos de quiste odontógeno, pero rara en otros.

El queratoquiste odontógeno se origina a cualquier edad, desde la infancia hasta la ancianidad, en una serie de 104 quistes el 79% de los quistes estaban en maxilar inferior, el 21% en maxilar superior. En tanto que el 50% se localizaban en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente.

No existen manifestaciones clínicas, características del queratoquiste. Entre los rasgos más comunes, se halla dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

La lesión puede aparecer, como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, con frecuencia con un delgado borde esclerótico reaccional óseo.

Este borde puede ser liso u ondulado.

CARACTERISTICAS HISTOPATOLOGICAS.

La pared quística suele ser delgada, a lo menos que haya habido una infección sobrecargada.

El epitelio es de tipo escamoso estratificado, generalmente con paraqueratosis, aunque en algunos casos presentan ortoqueratosis.

Es característico hallar una superficie ondulada ó acanalada. Puede haber displasia epitelial y hasta carcinoma epidermoide, pero ésto es poco común.

La pared del tejido conectivo suele mostrar pequeñas islas de epitelio similar al de revestimiento.

Pueden ser quistes pequeños llamados satélites o hijos. La luz del queratoquiste suele estar ocupada por un líquido poco espeso, de color pajizo o por un material cremoso más espeso.

A veces la luz contiene gran cantidad de queratina, también puede haber colesterol, así como cuerpos hialinos en zona de inflamación.

TRATAMIENTO

El queratoquiste se ha de eliminar quirúrgicamente. Sin embargo la experiencia clínica nos dice que la erradicación completa del quiste, es difícil, ya que la pared quística es muy delgada y friable y se fragmenta con facilidad. Además la perforación del hueso cortical en particular en lesiones que afectan la rama ascendente, es común u complica la enucleación total.

El rasgo más importante del queratoquiste odontógeno es su extraordinario índice de recidiva.

Como en esta lesión la recidiva puede aparecer con gran retardo, todos los casos deberán ser controlados mediante radiografías anuales, por lo menos durante los primeros cinco años que siguen a la cirugía.

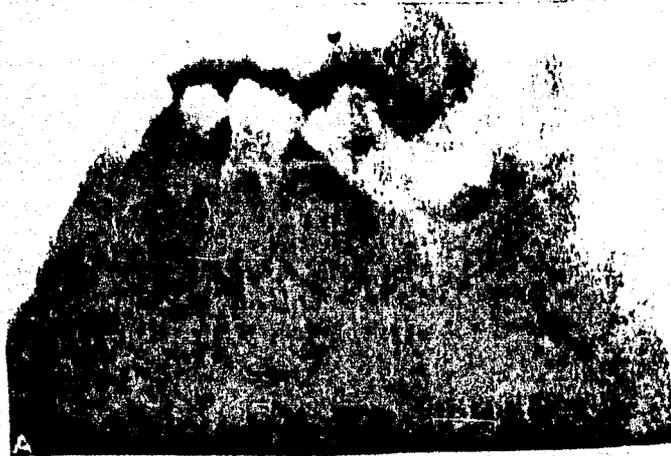


FIG. No. 31. QUERATOQUISTE ODONTOGENO.

C O N C L U S I O N E S

Mucho o poco hemos englobado en esta tesis acerca de los quistes de los maxilares. Tanto quistes de tejidos blandos de la boca, como de los de origen dentario.

Los quistes son de tamaño variable, de evolución benigna y se clasifican según su posición.

El cirujano profesional en esta doctrina deberá tener en cuenta que la evolución de los quistes de los maxilares es esencialmente crónica, se les ve persistir muchos meses, años, sin presentar jamás ninguna tendencia a la regresión, aumentan de tamaño progresivamente, pero de manera irregular.

Gracias a la radiografía y la transiluminación, que son procedimientos de investigación que permiten en caso de duda afirmar el diagnóstico de los quistes de los maxilares.

El tratamiento será netamente quirúrgico, el cual consiste en la extirpación total del quiste, sin dejar rastros de pared que a la larga son la causa de reproducciones. El tratamiento deberá ser conservador, cuidadoso en cuanto a las piezas contiguas y respetuoso con los órganos nobles con los que tenga relación. En cuanto a la anestesia que debe emplearse, se debe preferir la regional o entubado nasal cuando se use la general, prefiriendo la vía de acceso, que dé mayores facilidades al cirujano.

Siempre será conveniente asociarse a los antibió

ticos locales y generales, que prestan gran ayuda para prevenir las infecciones.

El Cirujano Dentista, en la práctica diaria de esta noble profesión, con los hallazgos clínicos, radiográficos, histopatológicos, tendrá el deber por norma de realizar el tratamiento adecuado.

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

TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.

WILLIAM G. SHAFER.

MAYNARD K. HINE.

BARNET M. LEVY.

(Tercera Edición)

Ed. Interamericana. 1977.

O. O.

PATOLOGIA BUCAL

FERNANDO QUIROZ

Ed. Porrúa, S.A

(Segunda Edición) 1959.

O. O.

PATOLOGIA BUCAL

Estudio Histológico, Radiográfico y Clínico de
las Enfermedades de los Dientes, los Maxilares
y la Boca.

TOMO I

TOMO II

KURT H. THOMA, D.M.D.

UNION TIPOGRAFICA EDITORIAL HISPANO AMERICANA.

Traducción en español de la 4a. Edición en Inglés.
1959.

CIRUGIA BUCAL

RIES CENTENO.

Ed. El Ateneo. 1973.

(Séptima Edición)

ROBBINS/PATOLOGIA ESTRUCTURAL Y FUNCIONAL.
STANLEY L. ROBBINS, DR.
Ed. Interamericana.
(Primera Edición) 1975.