

Ref. 600



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

Facultad de Odontología

**TESIS DONADA POR
D. G. B. - UNAM**

QUISTES DE LOS MAXILARES

T E S I S

Que para obtener el título de:
CIRUJANO DENTISTA
p r e s e n t a

CAROLINA ANGELICA MAULEN RADOVAN



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.

CONTENIDO :

PAGINA:

CAPITULO I.

QUISTES MAXILARES.

1

CAPITULO II.

QUISTES ODONTOGENICOS.

CLASIFICACION Y SUBCLASIFICACIONES:

10

CAPITULO III.

QUISTES NO ODONTOGENICOS.

CLASIFICACIONES Y SUBCLASIFICACIONES.

39

CAPITULO IV.

QUISTES DISODONTOGENICOS.

CLASIFICACION:

52

CAPITULO V.

QUISTES DE RETENCION.

CLASIFICACION.

61

CAPITULO VI.

PEUDOQUISTES.

CLASIFICACION.

66

CAPITULO VII.

QUERATOQUISTES. DIFERENTES TIPOS.

75

CAPITULO VIII.

CONCLUSIONES. BIBLIOGRAFIA.

83

CAPITULO I

QUISTES DE LOS MAXILARES:

CLASIFICACION.

DIAGNOSTICO.

HISTORIA CLINICA.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

EXPLORACION FISICA,

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL.

PRUEBAS DE LABORATORIO.

DATOS RADIOGRAFICOS.

TRATAMIENTO Y TECNICA QUIRURGICA.

QUISTES DE LOS MAXILARES: (INTRODUCCION):-

Quiste es una cavidad que se presenta en tejidos blandos y duros, con un contenido líquido, semilíquido o gaseoso.

Se encuentra rodeado por una pared de tejido conectivo o cápsula y suele tener revestimiento epitelial.

El volumen del contenido es importante en relación con el tamaño de la masa total del tejido.

CLASIFICACION:

Los quistes se localizan en la cavidad bucal, cara y -
cuello.

Pueden ser de tipo congénito de desarrollo y de retención-
y los de origen dental son los más comunes.

CLASIFICACION DE IRVING MEYER:

QUISTES ODONTOGENICOS:

FOLICULARES:

Q. PRIMORDIAL,

Q. DENTIGERO,

Q. ERUPCION,

Q. MULTILOCULARES.

QUISTES ODONTOGENICOS:

PERIODONTALES: Q. PERIAPICALES,
RESIDUAL,
LATERAL,
GINGIVAL DEL RECEN
NACIDO,
DEL ADULTO.

MEDIAL: MAXILAR
MANDIBULAR.

QUISTES NO ODONTOGENICOS:

FISURALES: GLOBULO MAXILAR,
NASO ALVEOLAR,
NASO PALATINO,
QUISTE CILIADO.

DISODONTOGENICOS: QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO,
BRANQUIAL O LINFOEPITELIAL,
DERMOIDE O EPIDERMOIDE,
HIGROMA QUISTICO.

QUISTES DE RETENCION:

MUCOCELE,
RANULA.

PSEUDOQUISTES:

QUISTE OSEO TRAUMATICO,
QUISTE OSEO ANEURISMATICO,
QUISTE OSEO ESTATICO.

QUERATOQUISTES:

SINDROME DE NEVO BASOCELULAR O SINDROME DE GORLIN Y COLTZ.
QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico en cada caso en particular debe fundarse en una combinación de datos físicos, historia, valoración radiográfica y biopsia. Estos datos se obtienen por medio del interrogatorio efectuado al paciente en el momento de la elaboración de la historia clínica, esta historia se elabora de la siguiente forma:

Historia clínica:

Ficha de identificación; nombre, edad, sexo, estado civil, fecha de ingreso, lugar de origen, lugar de residencia, ocupación, número de expediente.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES: padre, madre, hermanos, esposo, hijo.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: habitación, alimentación, vestido, higiene personal, hábitos como el alcoholismo, tabaquismo e inmunizaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS: escarlatina, difteria, sarampión, rubeola, varicela, viruela, peritonitis, paludismo, parasitosis, convulsiones.

ANTECEDENTES ALERGICOS Y ANESTESICOS.

ANTECEDENTES QUIRURGICOS Y TRAUMATISMOS.

PADECIMIENTO ACTUAL: Preguntar en especial de la lesión que en ese momento interesa para aclarar todo tipo de dudas - que sean útiles para el buen diagnóstico clínico (síntomas y signos).

INTERROGATORIO DE APARATOS Y SISTEMAS:

DIGESTIVOS: anorexia, dispepsia, diarreas, disfagia, náuseas, vómitos, gastralgias, salivación, ptialismo.

RESPIRATORIO: tos y sus características (seca, flemosa, por toseduras aisladas o por exceso) expectoraciones, epistaxis, cianosis, disfonía, disnea, de reposo, mediano o grandes esfuerzos.

APARATO CIRCULATORIO: Palpitaciones, dolor precordial, ce -

falea, mareos, edema de tobillo, disnea de esfuerzos, colapsos, shock.

APARATO URINARIO: Poliuria, disuria, nicturia, enuresis, -
piruria, hematuria, incontinencia de orina, edema de los -
parpados, dolor lumbar.

APARATO GENITAL: Menarca, ritmo, fecha de la última regla, -
si hay embarazo, fecha probable del parto.

NERVIOSO: Paresia, parestesia, sueño, insomnios, temblores,
parálisis, irritabilidad.

MUSCULO ESQUELETICO: Mialgias, artalgias, sinostosis, in -
flamación, rubor, calor, deformaciones.

ORGANOS DE LOS SENTIDOS: Visión, diplopia, reflejos ocula -
res, miosis, midriasis, fofdenos, sensaciones de moscas -
volando.

AUDICION: Hipoacusia, tinitis, otalgia, otorrea, otorragia.

OLFATIVO: Anosmia, cacosmia.

GUSTO: Sabores.

EXPLORACION FISICA:

SIGNOS VITALES: (tensión arterial, máxima y mínima) respiraciones por minuto, temperatura, pulso, frecuencia por minutos del ritmo, talla, conformación del cráneo, cara: tercio superior, medio e inferior, cuello: forma, volumen, adenopatías, glándulas tiroides, movimientos laríngeo y traqueal.

EXAMEN DE LA CAVIDAD BUCAL:

Pared anterior, pared posterior, pared superior, pared lateral de ambos lados. Incluyendo también piezas dentarias, tejidos blandos (lengua) y glándulas salivales.

LENGUA: Examen clínico, inspección en la parte dorsal y ventral, incluyendo partes laterales, tomando en cuenta la coloración normal.

PRUEBAS DE LABORATORIO: Análisis clínicos (Biometría hemática, tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de tromboplastina, tipo de sangre, exámenes radiográficos., punciones exploradoras.

El examen histológico es esencial para establecer un diagnóstico correcto pero tambien son necesarios otros estudios

clínicos de laboratorio que son complementarios.

Generalmente los síntomas clínicos suelen faltar según sea el tamaño de la lesión, la deformación facial solamente se da cuando el tamaño del quiste es de un tamaño muy grande.

DATOS RADIOGRAFICOS:

Este examen nos va a demostrar la localización y extensión del quiste en el hueso y en los dientes, las sombras que se presentan en la región afectada pueden causar confusión - cuando parecen estar afectando uno o varios dientes, para - estos casos se deben de hacer pruebas de vitalidad en todos los dientes afectados por esta lesión.

El diagnóstico preciso no se debe de dar solamente con el - estudio radiográfico ya que existen confusiones con otras - enfermedades neoplásicas y metabólicas, que radiográfica - mente se ven como quistes.

Los quistes de los maxilares superiores son muy difíciles - de ver en la radiografía, debido a que sobreponen las som - bras de los senos paranasales. Una substancia radioopaca - como aceite yodado (Lipiodol) puede inyectarse en la cavi - dad quística. Después de aspirar el contenido del quiste. - Se utiliza una aguja grande de calibre 19 o 20 en una je - rringa Luer, de 3.0 a 5.0 cm. Después que se ha aspirado el-

líquido en la jeringa, se quita la aguja que se deja en su lugar y entonces se inserta otra jeringa Luer con Lipiodol. La apertura 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. Esta técnica también puede utilizarse para visualizar quistes de tejido blando, conductos venosos que de otra manera no podrían verse en la radiografía.

Los quistes dermoides pueden contener material radioopaco. Algunas veces se confunde una región radiolucida pequeña e irregular con la reincidencia de un quiste y puede deberse a que ambas corticales del hueso están atacadas por el quiste o debido a la eliminación de ellas durante la eliminación quirúrgica que precede.

DIAGNOSTICO PRESUNCIONAL, DIAGNOSTICO INTEGRAL, PRONOSTICO.
TRATAMIENTO, TECNICA QUIRURGICA.

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen dos métodos generales de tratamiento.

- a) ENUCLEACION DE TODO EL QUISTE,
- b) MARSUPIALIZACION.

En todo caso, la técnica quirúrgica, sigue principios bási-

cos que van a indicar la preservación de aporte sanguíneo a la región, evitar trauma a las inervaciones de la región, evitar trauma a tejidos blandos, una correcta asepsia, una técnica quirúrgica que nos brinde una buena visión del campo operatorio sin lastimar estructuras vitales, cuya incisión sea nítida con base ósea sana y que nos ayude a evitar un postoperatorio doloroso que será el resultado de no seguir los anteriores principios.

CAPITULO II

QUISTES ODONTOGENICOS:

FOLICULARES:

Q. PRIMORDIAL.

Q. DENTIGERO.

Q. ERUPCION.

Q. MULTILOCULARES.

PERIODONTALES:

Q. PERIAPICALES.

RESIDUAL.

LATERAL.

(DEL RECIEN NACIDO)

GINGIVAL.

(DEL ADULTO).

QUISTES FOLICULARES:

QUISTE PRIMORDIAL:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Se le da el nombre de quiste primordial ya que es derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales. Es causado por la degeneración del retículo estrellado del órgano del esmalte dando lugar a un espacio quístico limitado por el epitelio interior y exterior del esmalte que sufre un cambio y se llega a convertir en epitelio de tipo escamoso estratificado presentando también licuefacción; producido antes de la formación del esmalte y dentina calcificada.

Este tipo de quiste, se encuentra en lugar de un diente, pero no está asociado directamente con él. Generalmente se encuentra en lugar del tercer molar del maxilar inferior o también puede originarse en un diente supernumerario. Se han encontrado casos en los cuales se han realizado extracciones múltiples en los que se puede observar un quiste en el maxilar que no se haya en relación directa con ningún diente pareciéndose mucho éste a un quiste primordial pero sería realmente un quiste residual. El diagnóstico diferencial es difícil de determinar ya que la diferencia hasta radiográficamente es nula; ya que el diagnóstico definitivo -

sólo lo puede dar el histopatologo.

Se hicieron estudios (Soskolne y Shear) revisando 30 pa -
cientes en los cuales se encontraron 50 de estos tipos de -
quistes, de los cuales siete tenían quistes múltiples y sa -
caron por conclusión que también podrían originarse directa -
mente en la lámina dental presentando queratinización (que -
ratina o paraqueratina) en el epitelio de revestimiento y -
por lo tanto incluyeron a todos estos quistes entre los que
ratoquistes odontógenos. Este tipo de quiste es comun en un
5%.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

No tiene una medida exacta ya que se han encontrado en di -
versos estudios quistes primordiales de tamaños diferentes,
teniendo un potencial muy grande que pueden llegar a expan -
dir el hueso de la zona en donde se encuentren y lleguen a
desplazar los dientes adyacentes por presión. Se encuentra
asociado con un diente primario persistente. Radiográfica -
mente se observa una zona radiolucida en el lugar del dion -
te permanente normal subyacente. Es una lesión asintomática,
sólo presenta dolor cuando existe o hay probabilidad de una
infección secundaria; carece de manifestaciones clínicas. -

Este proceso se inicia principalmente en épocas tempranas - de la vida, pero se manifiesta o se descubre hasta la segunda o tercera década de la vida. No tiene predilección del - sexo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

La histología de este tipo de quiste es similar al de algunos otros quistes odontógenos, la pared del quiste se compone de fascículos paralelos de fibras colágenas cuya densidad es variable, la parte interna de este quiste va a estar revestida de una capa intacta de epitelio escamoso estratificado que suele presentar una capa de paraqueratina u ortoqueratina; teniendo ésta una superficie "acanalada". El grosor del epitelio es variable ya que va a constar sólo de cuatro a ocho células de espesor sin brotes epiteliales - bien definidos, este tejido tampoco va a proliferar hacia - la pared del tejido conectivo que lo rodea; va a presentar una capa de células basales columnares con núcleos pignóticos o vesiculares encontrándose raras veces la presencia de células inflamatorias crónicas ya que en su mayor parte - consta de linfocitos y plasmocitos mezclados con leucocitos polimorfonucleares en las zonas subepiteliales adyacentes - al tejido conectivo de este tipo de quiste.

TRATAMIENTO:

Consiste en la enucleación quirúrgica con un cureteado a fondo del hueso produciendo la fragmentación del revestimiento para asegurar la eliminación completa del epitelio - tratando de evitar con ésto la recidiva ya que el índice de proliferación de este quiste es bastante elevada por dejar fragmentos en el tejido donde se localiza esta lesión.

QUISTE DENTIGERO:

CARACTERISTICAS GENERALES:

El quiste dentígero se origina por alteración del epitelio-reducido del esmalte después de haberse formado totalmente la corona dental. Existe en esta alteración, acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona del diente; puede ser originado por una degeneración quística de la lámina dental, existe una transformación y proliferación quística de islas del epitelio alojadas en la pared del tejido colectivo del folículo dental abarcando la región exterior. Dicho epitelio transformado se va a unir posteriormente con el epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística única alrededor de la corona del diente. Hay que saber distinguir un saco folicular demasiado agrandado que rodea al diente y al quiste dentígero - que su lugar de ubicación es también rodeando al diente. El requisito mínimo para el diagnóstico de un quiste dentígero es encontrar un espacio pericoronar mínimo de 2.5 milímetros de grueso; es bastante difícil determinar la frecuencia de los quistes dentígeros.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Generalmente se encuentra asociado con la corona de un diente retenido, la localización más común son las zonas del tercer molar inferior y de los caninos superiores ya que estos presentan retención con mayor frecuencia, puede llegar a ser una lesión demasiado agresiva ya que esta lesión provoca una expansión ósea produciendo una asimetría facial con desplazamiento de dientes resorción ósea intensa de las piezas adyacentes al diente afectado con presencia de dolor; deduciendo de ésto que existe la posibilidad de un agrandamiento continuo de la lesión quística.

No tiene un tamaño definido, se observa desde una dilatación del saco pericoronar hasta ocupar todo el cuerpo y rama de una mitad del maxilar inferior. En el maxilar inferior se han encontrado los quistes de mayor amplitud por la anatomía que presenta este hueso.

El desarrollo de este quiste va de acuerdo con la posición en la cual prolifera y se puede clasificar quistes dentígeros de tipo central, lateral y circunferencial.

CENTRAL: Este tipo de quiste va a rodear la corona de forma simétrica moviéndose en una dirección opuesta a la de su fuerza normal de erupción.

LATERAL: Se desarrolla en el lado mesial o distal del diente y se dilata apartándose del diente y envolviendo sólo una porción de la corona. Este quiste puede desplazar al diente o inclinarlo hacia el lado no afectado.

CIRCUNFERENCIAL: El órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente se hace quístico permitiendo muchas veces la erupción del diente a través del quiste produciendo una imagen similar a la del quiste radicular.

Generalmente se presentan solitarios o también pueden estar en asociación con la disostosis cleidocraneal y un tipo raro de amelogénesis imperfecta hipoplásica en el cual hay gran cantidad de dientes enterrados.

Pueden provocar también estos quistes una considerable dilatación, generalmente indolora de la lámina externa.

Existen otros quistes dentígeros que tienen su origen en la región antral presentando dificultades para el diagnóstico; sin embargo la convexidad de la pared lateral del quiste en comparación con la concavidad lateral del antro, generalmente sirve para diferenciar ambas cosas.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

En el examen radiográfico se va a revelar una zona radiolucida bastante pronunciada que de alguna manera va a estar vinculada con la corona del diente no erupcionado; generalmente está rodeada simétricamente por esta radiolucidez - teniendo cuidado de no confundir el espacio pericoronar o - follicular normal con un quiste dentífero central, en el caso de un quiste lateral se proyecta lateralmente a partir - de la corona dental viendo con esto el tamaño y desplazamiento dental; puede ser una lesión unilocular lisa pero a veces puede presentarse multilocularmente.

La zona radiolucida está rodeada de una línea esclerótica - que representa la reacción ósea, en casos de quistes dentíferos múltiples el diagnóstico tiene que ser exacto descartando la posibilidad de que se trate del síndrome de quiste odontógeno, nevo basocelular y costilla bifida.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Consta de una delgada pared de tejido colectivo tapizada - de epitelio escamoso estratificado que es continuo con el - epitelio reducido del esmalte que cubre la corona, contiene

una capa de queratina adyacente a la luz (queratoquiste - odontogénico). La cápsula de este quiste está compuesta de un tejido conjuntivo colágeno bastante denso en el cual - puede haber algunas células inflamatorias, hendiduras de colesterol y células gigantes de cuerpos extraños. Algunas - veces se encuentra también revestido de epitelio respiratorio o por lo menos de células que producen moco. Se encuentran también glándulas sebáceas. Hay presencia de paraqueratina u ortoqueratina similar a la que se ve en el quiste primordial. El contenido de la luz de este quiste es un - líquido amarillento acuoso, poco espeso a veces sanguinolento.

Algunos investigadores han defendido un origen intrafolicular, es decir el crecimiento del folículo que envuelve la - corona del diente.

Se considera también por algunos autores como ameloblastoma potencial.

La mayoría de los investigadores que han estudiado este - tipo de quistes han llegado a la conclusión que este quiste tiene un origen intrafolicular o sea que el crecimiento - directo del folículo llegará a envolver la corona del - diente. Otros investigadores han concluido que este tipo de quiste tiene un origen extrafolicular sugiriendo que dicho-

quiste se desarrolla al principio a partir de restos epiteliales extrafolliculares que más tarde se van a unir con el folículo con un diente en erupción.

QUISTE DE ERUPCION:

Este tipo de quiste está asociado con dientes deciduos en erupción. Éste también se va a presentar con acumulación de líquido hístico o sangre en un espacio folicular dilatado - en la corona de un diente en erupción, puede ser unilateral-bilateral, único o múltiple, y existir al nacer. Tiene predilección en el sexo femenino y también en niños de raza negra.

COMPLICACIONES POTENCIALES:

Existe una recidiva de estos quistes que generalmente es causada por la remoción quirúrgica incompleta.

Los factores causales son:

- 1) Formación de un ameloblastoma derivado del epitelio de revestimiento o de restos del epitelio odontógeno. Se compone de una delgada capa o pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que-

va a tapizar la luz. La formación de los brotes epite -
liales suele faltar, excepto en los casos en que hay in -
fección secundaria. La superficie del epitelio suele -
estar cubierta de una delgada capa acanalada de paraque -
ratina u ortoqueratina similar a la vista en el quiste -
primordial. Existe también infiltración de células in -
flamatorias en el tejido conectivo. El contenido de la -
luz quística es un líquido acuoso, poco espeso, a veces -
conteniendo sangre en pequeñas cantidades.

TRATAMIENTO:

Las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía en -
su totalidad, con poca dificultad, algunos quistes de este -
tipo que son de mayor tamaño pueden causar una pérdida ósea -
importante y adelgazan en forma peligrosa el hueso y gene -
ralmente el tratamiento a seguir es un drenaje quirúrgico -
o marsupialización, provocando con ésto el alivio de la -
presión y causando la contracción gradualmente del espacio -
quístico por aposición periférica de hueso nuevo. General -
mente se recurre a este procedimiento ya que existe la posi -
bilidad de que se fracture el maxilar, si se llevará a cabo -
la enucleación quirúrgica total, la recidiva es relativa -

mente rara salvo que haya habido fragmentación del revestimiento quístico, y hayan quedado restos de éste.

Generalmente existe la posibilidad de una recidiva a causa de la remoción quirúrgica incompleta, dando lugar a diferentes patologías, como por ejemplo:

- a) Se puede formar un ameloblastoma derivado del epitelio odontogénico (restos) de la pared quística,
- b) Se puede formar un carcinoma epidermoide con las mismas características epiteliales que el anterior,
- c) También puede dar lugar a un carcinoma mucoepidermoide - básicamente un tumor maligno de las glándulas salivales - a partir del epitelio de revestimiento de quiste dentífero que contiene células secretorias de moco o por lo menos células con este potencial vistas con mayor frecuencia en los quistes dentíferos vinculados con terceros molares inferiores retenidos. Hasta el momento la recidiva que presentan los quistes dentíferos en ameloblastoma que se originan en la pared de quistes dentíferos.

La predisposición a la proliferación epitelial neoplásica con características de ameloblastomas mucho más pronunciada en el quiste dentífero que en los demás tipos de quistes.

La formación de tal tumor se manifiesta como un engrosamiento

nodular de la pared quística, el ameloblastoma mural, pero pocas veces es obvio desde el punto de vista macroscópico.

Otra de las complicaciones o recidivas que se manifiesta por restos epiteliales de quistes dentígeros es el carcinoma mucoepidermoide, el que se han encontrado restos e inclusión en dicha patología de tejido glandular salival normal en la porción posterior del cuerpo de la mandíbula, por lo que concluye que algunos tumores salivales centrales de esta localización se originan en esta fuente,

Sin embargo se ha comprobado que este carcinoma está muchas veces en asociación con quistes dentígeros de terceros molares retenidos y si tenemos en cuenta que también hemos encontrado células secretorias de moco en este epitelio de revestimiento, como un signo de la pluripotencialidad, de los tejidos ectodérmicos.

QUISTES MULTILOCULARES:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Los quiste multiloculares constituyen el 1% de los quistes foliculares.

Pueden ser hereditarios, asociándose a su vez con trastornos del desarrollo tales como quistes sebáceos o deformidad de las vertebrae cervicales y exostosis múltiple.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Esta lesión presenta un agrandamiento del hueso en la zona afectada. La localización más frecuente es la de la zona molar mandibular. Generalmente este quiste provoca la migración dental.

ASPECTO RADIOGRAFICO:

En las radiografías se van a observar zonas de aspecto multiquístico o semejantes a pompas de jabón.

ASPECTO HISTOLOGICO:

Al microscopio se va a observar una cantidad numerosa de quistes primordiales, todos adheridos unos a otros, comunicados entre sí. Todos están revestidos de epitelio escamoso-

estratificado y sus paredes de tejido conectivo y pueden -
presentar un número mínimo de células inflamatorias, algu -
nas veces este epitelio se encuentra queratinizado y el -
contenido quístico contiene también queratina.

Individualmente estos quistes se asemejan a los quistes pri -
mordiales y están unidos por epitelio escamoso estratifica -
do que puede producir queratina. Además los pacientes con -
este tipo de quistes presentan numerosos y a veces múlti -
ples carcinomas basocelulares y quistes sebáceos de la piel.

TRATAMIENTO:

ESCISION LOCAL CUIDADOSA Y RADICAL Y RASPAJE.

QUISTES PERIODONTALES:

QUISTE PERIAPICAL:

CARACTERISTICAS GENERALES:

El quiste apical es una secuela comun pero no inevitable - del granuloma periapical que se origina como consecuencia - de una infección bacteriana y por necrosis pulpar, casi - siempre ocurre ésto después de un proceso carioso muy avan- zado.

El quiste apical es un verdadero quiste ya que está cubierto de epitelio y con frecuencia esta lleno de líquido. El re - vestimiento epitelial deriva de los restos epiteliales de - Malassez que su proliferación va a estar completamente - unida al estímulo inflamatorio de un granuloma pre-existen- te. Si se analizará al epitelio del granuloma se encontra - ría epitelio de tipo respiratorio del seno maxilar, cuando - se encuentra la lesión cerca de esta región comunicándose - directamente con él. Consta también de epitelio bucal con - todo un trayecto fistuloso y también epitelio bucal que - prolifera de la región apical desde una bolsa periodontal.

PATOGENIA:

La luz del quiste está cubierta por epitelio estratificado-escamoso, en cambio la pared del quiste está cubierta de tejido conectivo condensado. Observando el comportamiento a la respuesta inflamatoria del tejido periodontal del granuloma periapical no se encuentra la razón por la cual algunos de la generalidad de los granulomas no se convierten en quistes a pesar de que el proceso inflamatorio se encuentra visible en todos los casos de granuloma apical. También se tiene en consideración que existe la presencia de restos de Malassez en el tejido periodontal de todos los dientes. Podría tomarse como una supuesta explicación el tiempo de evolución de algunos granulomas y al avance de la patología o sea que si todos los granulomas apicales persistieran por un período suficientemente prolongado, la gran mayoría de estos granulomas terminarían en quistes.

La reacción inicial que lleva a la formación de éste es una proliferación de los restos epiteliales de la zona periapical que abarca el granuloma, teniendo este proceso un crecimiento irregular, presentando a veces cuadros totalmente alarmantes por la naturaleza pseudoinvasora de aspecto inflamatorio con células inflamadas. Las células se van separando de la fuente que las nutre debido al aumento de

tamaño por la división celular en la periferia de la masa epitelial que correspondería a la capa basal del epitelio superficial. Como consecuencia de la desnutrición vamos a observar la destrucción necrosis y degeneración del tejido conectivo del granuloma periapical.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

No presenta sintomatología dolorosa, generalmente su presencia en el ligamento periodontal es silenciosa ya que el paciente se da cuenta de su presencia hasta que el cirujano dentista hace el estudio radiográfico y se lleva a cabo la interpretación radiográfica, ya que a la percusión tampoco presenta sintomatología dolorosa, este tipo de quiste es de un tamaño pequeño (0.5 cm), y no alcanza la destrucción ósea y tampoco alcanza hacer la destrucción de las láminas corticales.

Esta lesión presenta un proceso inflamatorio crónico y se van a desarrollar en periodos prolongados.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS:

El aspecto radiológico del quiste periapical es idéntico en

gran parte de los casos al del granuloma apical ya que el tamaño es muy parecido, teniendo en cuenta que no siempre se puede estandarizar.

No siempre el quiste periodontal presenta una línea delgada radioopaca alrededor de la periferia de la zona radiolucida que se explica clínicamente en la interpretación que es una reacción del hueso a la masa que se va expandiendo lentamente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

El epitelio que tapiza el quiste es de tipo estratificado escamoso, las únicas lesiones que varían son las lesiones del maxilar superior que afectan al seno maxilar y éstas presentan epitelio cilíndrico, ciliado, pseudoestratificado, o de tipo respiratorio.

El epitelio escamoso comun no suele presentar queratina, y el grosor es variable según el caso.

También Lutz y cols. encontraron grandes cantidades de la enzima lisosomal hidrolítica fosfatasa ácida en las células epiteliales exfoliantes, mientras que la capa basal del quiste era rica en deshidrogenasa succínica, indicando con esto una acción anabólica.

TRATAMIENTO:

El tratamiento a seguir sin importar la naturaleza del quiste es la enucleación de toda la patología quística. También se observa otro tipo de tratamiento quirúrgico como es la marsupialización que consta en el levantamiento de la boveda del quiste y dejando la cubierta quística continúa con la cavidad bucal, o las regiones adyacentes. Esta técnica no es recomendable en la actualidad.

QUISTE RESIDUAL:

ETIOLOGIA:

El quiste residual aparece al hacer la extracción de un diente afectado por un quiste radicular sin haber hecho la total remoción del mismo, después de efectuar la extracción. Obviamente es un quiste postquirúrgico, tiene las mismas características radiológicas y microscópicas que el quiste radicular y va a presentar un 3.5% de todas las lesiones periapicales. Su localización más frecuente es en el maxilar que en la mandíbula.

TRATAMIENTO:

Enucleación quirúrgica.

QUISTE LATERAL:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Nacen directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente erupcionado, la lesión puede iniciarse como un quiste dentífero. Si la expansión de este quiste es lenta la erupción del diente puede ser normal y el quiste se puede situar en posición cercana a la superficie lateral de la raíz, constituida generalmente de restos de Malassez, además deriva de los remanentes celulares de la lámina dental. En algunos casos, durante el crecimiento de los maxilares el quiste gingival llegaría a ubicarse en la superficie radicular lateral. La zona de predilección es la de caninos y premolares inferiores.

Este quiste puede surgir de brotes supernumerarios de la lámina dental sin que se diferencie primero del órgano del esmalte.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Esta lesión ha sido registrada principalmente en la edad adulta no existiendo datos suficientes en los que se especifiquen la predilección por sexos.

No ha presentado signos o síntomas clínicos y han sido descubiertos por exámenes rutinarios con el cirujano dentista. La mucosa suprayacente es normal, teniendo el diente vitalidad. En caso de que exista infección puede semejarse a un absceso periodontal lateral.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Se puede observar una zona radiolucida en aposición a la zona de la superficie lateral de una raíz dental, siendo la lesión pequeña pero bien circunscrita, los bordes son perfectamente definidos, quedando rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

El quiste es un hueco revestido por una pared de tejido conectivo, en la superficie interna revestido de una capa de epitelio estratificado escamoso, que suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación. El epitelio tiene un aspecto peculiar en el sentido que las células tienen citoplasma claro y núcleo pequeño intensamente teñido, este epitelio forma para queratina u ortoqueratina, entonces

recibiría la clasificación de queratoquiste odontógeno.

TRATAMIENTO:

El quiste puede ser enucleado por cirugía sin tener que -
extraer el diente afectado, si éste no fuera factible hay -
que sacrificarlo.

Es de vital importancia establecer un buen diagnóstico -
debido a la similitud de este quiste con lesiones más gra -
ves como un ameloblastoma incipiente y además este quiste -
no recidiva después de su enucleación quirúrgica.

QUISTE GINGIVAL:

QUISTE GINGIVAL DEL RECIEN NACIDO:

(Perlas de Epstein, Nódulos de Bhon).

CARACTERISTICAS GENERALES:

Son múltiples a veces solitarios del reborde alveolar del recién nacido o criaturas muy pequeñas, que se van a originar de los restos de la lámina dental. También se le denomina Perlas de Epstein, nódulos de Bhon).

Las perlas Epstein son nódulos quísticos llenos de queratina que se encuentran a lo largo de la hendidura palatina-media o en la unión del paladar duro con el paladar blando - probablemente relacionado con el desarrollo de los conductos de las glándulas salivales o de acinos.

Al realizar un estudio de 17 infantes se encontraron 65 - ejemplos de quistes gingivales tanto múltiples como únicos, con localización la mayoría en el corion debajo de la superficie epitelial, y en todos los casos se originaban en células de la lámina dental.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Dependiendo del tamaño del quiste de la lámina dental pueden a veces apreciarse claramente en la exploración clínica -

una tumefacción circunscrita blanca del reborde alveolar - que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna, otra de las apreciaciones clínicas con respecto a esta - lesión es que no presenta sintomatología dolorosa.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz por lo comun ocupada por queratina descamada y a menudo células inflamatorias. Es interesante que la - calcificación distrófica de los cuerpos de Rushton comuna- on los quistes dentígeros sean hallazgos frecuentes de esta lesión.

TRATAMIENTO:

No se requiere tratamiento en esta lesión ya que desaparece con la erupción dentaria en la apertura de la mucosa.

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Posee tejido blando gingival que aparece en la encía libre-
o insertada.

ETIOLOGIA:

Posibles orígenes de esta formación quística:

- a) Tejido glandular heterótópico,
- b) Alteraciones degenerativas de un brote epitelial proli -
ferante,
- c) Restos de la lámina dental del órgano del esmalte o -
islas epiteliales del ligamento periodontal,
- d) Implantación traumática del epitelio.

Las dos últimas posibilidades son las que se acercan más al tipo de etiología reconocida para este quiste, o sea el que va a originar por degeneración quística de la lámina dental-
o en las glándulas o restos de Serres y el que se origina -
por la implantación traumática de epitelio superficial.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Puede presentarse a cualquier edad pero es más comun en - adultos, aparece por lo general como una hinchazón pequeña - bien circunscrita sin sintomatología dolorosa de la encia - a veces muy semejante a un mucocelo superficial. Tiene el - mismo color adyacente y es raro que mida más de 1.0 cm. de diámetro y por lo general es mucho menor aunque este quiste se localiza en la encia libre o insertada, algunos aparecen en la papila.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Es una lesión de tejido blando y por lo general no se manifiesta en la radiografía. Si adquiere un tamaño grande puede llegar a provocar una erosión superficial de la lámina ósea cortical. Pero con todo esto no hay una clara visibilidad - en la radiografía.

Si existe la lesión quística circunscrita y radiolucida del hueso alveolar con cierta tumefacción del tejido blando es probable que corresponda a un quiste periodontal lateral y no al gingival.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Consta de una cavidad tapizada de epitelio que suele con -
tener un líquido.

El epitelio de revestimiento es por lo general escamoso, -
aplanado y muy delgado, aunque el quiste gingival por im -
plantación del epitelio es considerablemente más grueso y -
escamoso. La lesión se encuentra libre en la zona del -
tejido conectivo de la encía y puede o no presentar infil -
tración celular inflamatoria.

En raras ocasiones hay calcificación o hasta osificación -
ectópica, reminiscente de la osificación observada luego de -
la implantación experimental de epitelio de vejiga en los -
tejidos subcutáneos.

TRATAMIENTO:

La extirpación local total de la lesión es recomendable en -
adultos y siendo bien extirpada la lesión, no tiende a -
recidivar. No existen datos neoplásicos a cerca de esta -
lesión.

CAPITULO III

QUISTES NO ODONTOGENICOS:

MAXILAR

Q. MEDIAL

MANDIBULAR

Q. GLOBULO MAXILAR.

Q. NASO ALVEOLAR

FISURALES:

Q. NASO PALATINO

Q. CILIADO

QUISTES FISURALES:

QUISTE MEDIO MAXILAR:

CARACTERISTICAS GENERALES:

El quiste medio maxilar no va a tener relación con los conductos incisivos ni con los conductos naso palatinos, por la posición en la que se encuentra que es la más frecuente - se confunde a veces con el quiste naso palatino.

La localización más comun de este quiste es a lo largo de - la línea media del paladar o línea de fusión de los proce - sos maxilares, desde un punto posterior a la papila pala - tina entre las apófisis hasta la úvula.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Presenta a veces un crecimiento prolongado produciendo una - inflamación palatina bien definida y visible clínicamente. La proliferación epitelial y la etiología de esta lesión es desconocida.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

El revestimiento de este quiste suele ser de epitelio estra - tificado escamoso, que cubre un tejido conectivo fibroso -

dénso que llega a veces a tener infiltrado celular inflamatorio crónico.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Radiográficamente se observa una zona radiolúcida bien - circunscrita frente al sector de premolares y molares, frecuentemente rodeada de una zona radioopaca que suele ser - hueso esclerótico.

La lesión quística presenta diferentes formas ovales, redondas, irregulares o también multiloculares.

TRATAMIENTO:

Eliminación quirúrgica y cureteado minucioso.

QUISTE MANDIBULAR MEDIANO:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Es una lesión extremadamente rara producida en la línea - media de la mandíbula. El origen no está bien definido, ya que existen varias hipótesis.

Puede ser una anomalía del desarrollo originada por la proliferación de restos epiteliales atrapados en la fisura - media mandibular durante la fusión de ambos arcos mandibulares.

También puede representar la posibilidad de ser un quiste - primordial originado de un órgano del esmalte supernumera - rio en la parte anterior de la mandíbula ya que los huesos- mandibulares se originan en el interior del mesénquima y no hay oportunidad a la inclusión y proliferación de restos - epiteliales en la profundidad del hueso.

Se considera también como posibilidad de que esta lesión - sea un quiste periodontal lateral que se desarrolla en la - línea media.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Es una lesión asintomática que generalmente es descubierta- por medio de exámenes radiográficos de rutina, tienden a - expandirse las láminas corticales óseas.

Los dientes cercanos a la lesión presentan pruebas positi - vas de vitalidad a menos de que se infecten posteriormente- a la aparición de este quiste.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Imagen radiolucida bien delimitada pudiendo ser unilocular.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Consta de epitelio escamoso estratificado delgado con -

pliegues y proyecciones que tapiza la luz central.

Se encontró un solo caso en el que el quiste estaba revestido de epitelio columnar pseudoestratificado.

TRATAMIENTO:

Escisión quirúrgica conservadora con preservación de los dientes cercanos siempre que sea posible.

QUISTE GLOBULO MAXILAR:

CARACTERISTICAS GENERALES:

La localización más comun de este tipo de quiste es en la -
unión de la porción globular de la apófisis nasal y de la -
apófisis maxilar, la fisura del glóbulo maxilar casi siempre
entre el incisivo lateral y el canino superiores.

También se observó que se origina en la sutura ósea entre -
la premaxila y el maxilar en la sutura incisiva, entonces -
la localización va a variar a la del reborde y paladar -
fisurados.

La etiología de la proliferación del atrapamiento del epi -
telio es desconocida y se pudiera llegar a la deducción de -
que el origen más probable de este quiste es odontogénico -
pues puede haber la confusión tanto por las características
clínicas y radiográficas que se asemejan a los quistes -
periodontales y quistes laterales.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

No presentan sintomatología dolorosa, son descubiertos por -
lo general en exámenes radiográficos de rutina, sólo hay -
síntomas de dolor en caso de existir infección, parece no -
tener predilección de sexo pero esta lesión ha sido - -

encontrada con mayor frecuencia en hombres que en mujeres.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

La forma de este quiste es piriforme e invertida con zona - radiolucida característica y se localiza entre las raíces - del incisivo central y canino produciendo la divergencia - de las mismas. Puede existir también quiste glóbulo maxilar bilateral.

Esta lesión llega a confundirse con un quiste periodontal, - la diferencia va a estribar en que los dientes del quiste - glóbulo maxilar tienen vitalidad, a menos que pueda haber - una infección coincidentemente con la aparición del quiste.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Se dice que este quiste está recubierto o tapizado por epi- telio escamoso cuboideo estratificado o columnar cilíndrico, sin embargo se discute mucho, ya que no ha existido todavía ningún caso aceptado con estas características de este tipo de quiste.

En cambio el resto de la pared se compone de tejido conec - tivo fibroso que por lo general presenta infiltrado celular inflamatorio.

TRATAMIENTO:

Enucleación quirúrgica tratando de conservar los dientes ad- yacentes.

QUISTE NASO ALVEOLAR:

CARACTERISTICAS GENERALES:

La probable etiología de este quiste son los restos epiteliales atrapados en la unión de los procesos globular nasolaterales y maxilares.

Su localización es el lugar de fijación del ala de la nariz cerca de la base y fuera del hueso. Por lo tanto es un quiste periférico.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Presenta inflamación facial para obliterar el pliegue nasolabial en el lado afectado, se proyecta debajo del extremo anterior del cornete inferior pudiendo causar una obstrucción nasal.

Se ha observado que el paciente puede manifestar dolor intermitente y en las intervenciones que se le han hecho a pacientes con este tipo de lesión se ha llegado a la aseveración que este quiste está fijado a la mucosa nasal y llega a provocar erosión superficial de la superficie externa del maxilar.

Se presenta en un 75% en el sexo femenino entre los 40 y 47 años de edad.

En estudios realizados por Roed-Petersen y Christ lo ratificó, que este quiste se origina de la parte inferior del conducto naso lagrimal y no del epitelio atrapado del conducto naso óptico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Esta lesión se encuentra tapizada de epitelio columnar pseudoestratificado pudiendo a veces ser ciliado y frecuentemente con células caliciformes o de epitelio escamoso estratificado.

TRATAMIENTO:

Eliminación quirúrgica cuidando de no aplastar ni perforar la lesión.

QUISTE DEL CONDUCTO NASO PALATINO:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Este tipo de quistes incluyen los quistes del conducto incisivo y de la papila palatina.

El quiste del conducto incisivo es un saco intraóseo cerrado tapizado de epitelio, cuando se localiza abajo del agujero incisivo se denomina quiste de la papila palatina.

EMBRIOLÓGICAMENTE:

El conducto incisivo comunica las cavidades nasales y bucal, se va a formar cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar dejando dos vías de comunicación una a cada lado del tabique nasal. Cada uno de estos conductos tienen un "ductus" naso palatino o cordón o restos celulares epiteliales al acercarse a la cavidad bucal, se dirige hacia adelante y se unen generalmente antes de terminar como una apertura común en el hueso palatino inmediatamente detrás de la papila palatina.

Los conductos incisivos contienen las raíces terminales de las arterias palatina descendentes y esfenopalatina, el nervio naso palatino y las glándulas salivales menores.

El tipo de epitelio del conducto naso palatino o sus restos dependen de la localización. Si contiene epitelio respiratorio cerca de la cavidad bucal en la parte media epitelio-cuboideo y estratificado escamoso al acercarse a la cavidad bucal.

Este tipo de quiste es el más común de los quistes del desarrollo.

La etiología se considera diversa; por traumatismo, por infección, por bloqueo inflamatorio o mucoso del conducto.

EMBRIOLÓGICAMENTE:

El conducto incisivo comunica las cavidades nasales y bucal, se va a formar cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar dejando dos vías de comunicación una a cada lado del tabique nasal. Cada uno de estos conductos tienen un "ductus" naso palatino o cordón o restos celulares epiteliales al acercarse a la cavidad bucal, se dirige hacia adelante y se unen generalmente antes de terminar como una apertura común en el hueso palatino inmediatamente detrás de la papila palatina.

Los conductos incisivos contienen las raíces terminales de las arterias palatina descendentes y esfenopalatina, el nervio naso palatino y las glándulas salivales menores.

El tipo de epitelio del conducto naso palatino o sus restos dependen de la localización. Si contiene epitelio respiratorio cerca de la cavidad bucal en la parte media epitelio-cuboideo y estratificado escamoso al acercarse a la cavidad bucal.

Este tipo de quiste es el más común de los quistes del desarrollo.

La etiología se considera diversa; por traumatismo, por infección, por bloqueo inflamatorio o mucoso del conducto.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se encuentra generalmente entre la cuarta y sexta década de la vida, no hay predilección de sexo, no presenta sintomatología dolorosa a menos que haya infección.

Puede existir que haya agrandamiento de la línea media anterior del paladar.

Existe la tumefacción en un 60% de los pacientes con quistes del conducto incisivo y en un 100% en los quistes de la papila palatina. Existe supuración y drenaje como secuela.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Es de difícil diagnóstico dependiendo del tamaño, y la forma generalmente es oral o redonda. Si se superpone el tabique nasal en la radiografía puede semejar la forma del corazón. Y en las radiografías oclusales aparece la lesión por detrás de los incisivos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Dependiendo de la localización es el tipo de epitelio que encontramos en el corte al microscopio.

Generalmente este quiste se localiza en la región inferior del conducto por lo que se encuentra epitelio escamoso

estratificado.

Se observa la presencia de tejido cartilaginoso junto a los quistes de la papila palatina y pueden también llegarse a encontrar fragmentos musculares.

TRATAMIENTO:

Por las características que presenta esta lesión, en algunos casos no se justifica el tratamiento quirúrgico.

Se ha comprobado que el no enuclear esta lesión en pacientes desdentados, antes de llevar a cabo un tratamiento protésico favorece la infección aguda, además del drenaje de pus y la perforación de la mucosa bucal, sin embargo en pacientes dentados los casos se presentan en diferentes maneras, no siendo el tratamiento quirúrgico tan indispensable como en los pacientes desdentados.

QUISTE CILIADO QUIRURGICO DEL MAXILAR:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Es un tipo de quiste que se genera después de la penetración quirúrgica en el seno maxilar, por lo común su aparición es posterior a la realización de una operación de Caldwell-Luc.

Este tipo de quiste es por implantación en el cual el epi -

telio del seno maxilar queda atrapado en la línea de entrada quirúrgica al seno, proliferando y conformando una cavidad quística aparte del seno maxilar.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Por lo general se presenta en pacientes de mediana o avanzada edad, con síntomas dolorosos inespecíficos, mal localizados, con sensibilidad y molestias en el maxilar superior. Por lo general en el interrogatorio clínico el Cirujano - Dentista se entera por medio del paciente que existió algún procedimiento quirúrgico en maxilar o seno maxilar entre 10 y 20 años antes.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Lo caracteriza una zona radiolucida bien definida en relación estrecha con seno maxilar dando la impresión de invadirlo, pero anatómicamente se encuentra separado de éste, es más fácil la comprobación de esta separación por el uso de medio de contraste ya que va a quedar perfectamente bien definido la región del seno maxilar y la lesión quística dentro del mismo, puesto que ésta última va a quedar vacía.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

El epitelio que tapiza el quiste es epitelio de tipo cilíndrico ciliado y pseudoestratificado, siendo éste similar al del seno maxilar.

Si existe inflamación o infección puede existir una metaplasia escamosa.

La pared quística se compone de tejido colectivo fibroso - con o sin infiltración celular inflamatorio.

TRATAMIENTO:

Enucleación del quiste.

Con pronóstico favorable ya que no tiende a recidivar.

CAPITULO IV

QUISTES DISODONTOGENICOS:

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

QUISTE DERMOIDE O EPIDERMOIDE.

HIGROMA QUISTICO.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Es un quiste del desarrollo, se forma en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso embrionario, entre el agujero ciego y la glándula tiroideas.

La etiología es por la obliteración de estos conductos, la causa de ésta es desconocida, pudiendo ser desencadenada por una infección del tejido linfoide en la zona de los restos del conducto tiroglógico por el drenaje proveniente de una infección de los órganos respiratorios superiores.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se encuentra generalmente en personas jóvenes, pudiendo presentarse también a cualquier edad.

Esta lesión se ve clínicamente como una masa quística, firme a la palpación, localizada en la línea media o a un lado de ella, el crecimiento es lento y de diversos tamaños, siendo esta lesión asimétrica salvo que esté en una ubicación alta en el conducto que se encuentra cercano a la lengua, existiendo disfagia.

La localización de este quiste es en el agujero ciego, en piso de boca o más abajo, cerca del cartilago cricoides o

tiroides. Puede existir una fistulización que nace en el quiste, abriéndose a la superficie cutánea o mucosa.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Este tipo de quiste está tapizado de epitelio escamoso, estratificado, epitelio columnar ciliado o tipo intermedio de transición, deriva de células que se originan del piso faríngeo embrionario.

Al incremento de la presión intraquistica las células se aplanan. La pared de tejido conectivo del quiste contiene pequeñas zonas de tejido linfoide, tejido tiroideo y glándulas mucosas.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Es la excisión quirúrgica radical, debiendo ser así, para evitar la recidiva.

QUISTE BRANQUIAL:

CARACTERISTICAS GENERALES: (Lesión linfoepitelial benigna):

Se le denomina también quiste linfoepitelial cervical benigno. Se produce en la zona lateral del cuello originado en los restos de los arcos branquiales o sacos faríngeos;

por estudios efectuados hay pruebas que indican que este tipo de quiste no tiene relación con los arcos branquiales. Por su origen de desarrollo tiene que considerarse como quiste fisural no siendo su origen verdadero; ha comprobado que este último está en la transformación quística del epitelio atrapado en los nódulos linfáticos cervicales. Este epitelio tiene su origen desconocido siendo probable que provenga de glándulas salivales. No se ha llegado a comprobar con claridad si las fístulas cervicales laterales o también las llamadas fístulas branquiales tienen alguna relación con esta lesión.

Little y Rickles llegaron a la conclusión que cuando se correlacionaba la incidencia de estos quistes con las zonas de mayor concentración de dos tipos de restos epiteliales que podrían dar origen a estos quistes resultó que el aparato branquial era el origen más factible, sobre esto se discutió la teoría de la inclusión de glándulas salivales para la histogénesis de este quiste.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Se presenta en adultos jóvenes también en la niñez. Esta lesión es de crecimiento lento con una duración de semanas a muchos años.

A la palpación es una masa movable asintomática perfectamente bien delimitada en la zona lateral del cuello superior, generalmente cerca del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. La mayoría de estos quistes se producen en el cuello observándose algunos casos también en el ángulo de la mandíbula, en la zona submandibular e inclusive en la zona periauricular y parotídea.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Las lesiones son tapizadas por epitelio escamoso estratificado llegando también a contener epitelio columnar estratificado. La pared del quiste generalmente es de tejido linfoides, con la forma típica del nódulo linfático, puede encontrarse también cierta cantidad de tejido conectivo.

En su interior existe líquido acuoso claro o un material mucoso gelatinoso espeso.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Lo que se indica para este tipo de quiste es una remoción quirúrgica minuciosa. Hay probabilidades de recidiva dejando restos o cuando el tratamiento es aspirar o drenar la lesión.

Se han encontrado formación de carcinomas derivados del

epitelio que tapiza el quiste de la hendidura branquial -
pero ésto se encuentra en muy raras ocasiones.

QUISTE EPIDERMOIDE Y DERMOIDE:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Es una forma de teratoma quístico derivado principalmente -
del epitelio germinal embrionario, pero en algunos casos -
también contiene estructuras de otras capas germinativas.
Los sitios de aparición más comunes es en los quistes der -
moides en la zona de la cabeza y cuello son el piso de la -
boca, zonas submaxilares y sublinguales.

Estas lesiones derivan del enclavamiento de restos epite -
liales en la línea media durante el cierre de los arcos -
branquiales, hioideo y mandibular debido a que algunas de -
estas células son blastómeros de potencialidad total, la -
presencia en estructuras no epiteliales es fácilmente -
comprensible.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Generalmente se localiza en el piso de boca, raras veces -
son de origen congénito, cosa que no sucede cuando esto -
tipo de quistes están localizados en otras zonas.

Se encuentra en adultos jóvenes no existiendo predilección por el sexo.

Se presenta produciendo un abultamiento en piso de boca - causando la elevación de la lengua, dificultándose con - ésto la alimentación y fonación del paciente.

Si la localización del quiste es sobre el músculo geniohioi deo entre éste y la mucosa bucal, los efectos anteriormente mencionados, si está a mayor profundidad entre los músculos geniohioideo y milohioideo se abulta la zona submentoniana - también puede encontrarse bajo el músculo milohioideo. Presentan diferentes tamaños pero generalmente alcanzan varios centímetros de diámetro. A la palpación se percibe como - "masilloso", pudiendo ser más fluctuante según el contenido del quiste.

Cuando estos quistes se infectan llegan a formarse trayec - tos fistulosos que se abren en boca o en piel pudiendo - llegar a una transformación maligna.

Existen muchas lesiones que clínicamente tienen gran pare - cido con el quiste dermoide.

- 1) Ránula,
- 2) Obstrucción unilateral o bilateral del conducto de Wharton,
- 3) Quiste del conducto tirogloso,
- 4) Hidroma quístico,

- 5) Quiste de la hendidura branquial,
- 6) Infección aguda o celulitis del piso de la boca,
- 7) Infecciones de las glándulas submaxilar y sublingual,
- 8) Tumores benignos y malignos de la boca y glándulas salivales adyacentes,
- 9) Masas adiposas normales en la zona submentoniana.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Según la complejidad de la lesión va a variar el aspecto histológico de esta misma.

Algunos de estos quistes se componen únicamente de una pared colectiva y en la superficie interna de ésta está tapizada de una delgada capa de epitelio escamoso estratificado que generalmente está queratinizado, la luz de este quiste puede estar ocupado por queratina encontrándose estructuras especializadas evidentes. El término de quiste epidermoide es más adecuado para describir esta simple lesión que el de quiste dermoide.

Existen muchos casos en el que se encuentran numerosas glándulas sebáceas e incluso folículos pilosos, además de una que otra glándula sudorípara; en el quiste epidermoide también se encuentran estructuras de naturaleza variada, como hueso, músculos y derivados gastrointestinales que van-

a constituir un teratoma complejo.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Enucleación quirúrgica total, generalmente no es recidiva.

HIDROMA QUISTICO:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Es una malformación congénita en la cual existen grandes -
espacios quísticos llenos de linfa y se van a desarrollar -
especialmente en el cuello. La edad en la cual hay más in -
currencia de esta lesión es en la infancia y la niñez, -
pudiendo ser esta lesión unilateral o bilateral.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

No tiene predilección de sexo, es un tumor extenso renitente
unilateral o bilateral y se va a extender desde el cuello -
hacia arriba pudiendo llegar a desplazar y agrandar la glán -
dula parotída, abarca piso de boca, mejilla y lengua, crece
progresivamente, reemplaza a la zona que va afectando si es
que no ayuda a su destrucción.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Puede ser unilocular o multilocular, viéndose éstos como - grandes espacios cavernosos, conteniendo éstos en su inte - rior linfa y están revestidos por un endotelio delgado y - plano con cantidades variables de colágeno en sus paredes.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Al no encontrarse esta lesión encapsulada su eliminación es casi imposible, el único tratamiento que se puede llevar a cabo es la escisión quirúrgica, con pronóstico desfavorable.

CAPITULO V

QUISTES DE RETENCION:

RANULA

MUCOCELE

MUCOCELE:

CARACTERISTICAS GENERALES:

La etiología es de origen traumático, la localización de esta lesión es en glándulas y conductos salivales. Es una lesión comun. Puede ser causada por la obstrucción del conducto de una glándula salival menor o accesoria.

La sección traumática de un conducto salival como el producido por el mordisqueo de labios o carrillos o por pellizcamiento de labios con las pinzas para extracciones como precede a la formación del quiste de retención.

Esta obstrucción también podría ser provocada por un pequeño trozo de un cálculo o piedrecita intraductal o hasta por la contracción de una cicatriz conectiva en formación, alrededor de un conducto después de una lesión traumática. Estos cálculos en glándulas salivales accesorias son muy raros.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Esta obstrucción afecta más a glándulas salivales en labio inferior pero también aparece en paladar, carrillos y lengua.

Desde el punto de vista clínico se localiza a bastante profundidad en el tejido y excepcionalmente puede ser

superficial. La localización presenta un aspecto clínico - variable. La lesión superficial es una vesícula elevada - circunscrita de varios milímetros a un centímetro o más de diámetro, tiene un color azulado característico y es translúcido; si la lesión más profunda se manifiesta como inflamación el tejido que lo cubre tiene el aspecto superficial de una mucosa bucal normal.

La localización superior es muy rara, en esta lesión, ya que los tumores de glándulas salivales del labio se localizan - por lo general en el maxilar superior, y muy raras veces - en el inferior.

Ya que se encuentra formado, en pocos días alcanza cierto - tamaño y puede persistir durante meses o años a menos de - que se trate quirúrgicamente. Si se deja salir el contenido de este quiste se verá que es espeso y mucinoso.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Consiste en una cavidad bien circunscrita en tejido conec - tivo y submucoso produciendo una elevación de la mucosa con adelgazamiento del epitelio como si estuviera estirado, - tiene revestimiento epitelial raras veces, por lo tanto, no es un quiste verdadero, su pared de compone de un revestimiento de tejido conectivo fibroso comprimido y con - -

fibroblastos; estas células a veces no son tomadas como células epiteliales aplanadas, no es raro que la pared de este tejido conectivo sea esencialmente tejido de granulación, de todos modos presenta infiltración de cantidades grandes de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmocitos. La luz del quiste está ocupada por un coágulo eosinófilo que tiene fundamentalmente leucocitos, fagocitos y mononucleares.

Presenta un revestimiento epitelial aplanado e intacto. Este revestimiento epitelial ha sido denominado epitelio del "conducto alimentador"; todos los conductillos y los acinos glandulares salivales adyacentes a la zona quística presentan alteraciones como puede ser inflamación intersticial o sialadenitis, dilatación de conductos intralobulares e interlobulares con acumulación de moco y destrucción de células mucosas en acinos lo que va a dar origen a zonas pequeñas de moco acumulado.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

El tratamiento es la excisión total de la lesión ya que si nada más se incide la lesión, su contenido sale pero vuelve a llenarse en cuanto la lesión cicatrice. Tiene un alto porcentaje de recidiva debido a los restos dejados después de la intervención quirúrgica.

RANULA:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Aparece específicamente en piso de boca relacionado con los conductos de las glándulas submaxilares y sublinguales - la etiología y patogenia son las mismas que en el mucocela - y algunos autores opinan que se originan por obstrucción - del conducto o también por la formación de un aneurisma en el conducto.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Es una masa indolora con crecimiento lento localizado en piso de la boca, si está situada en la profundidad, la mucosa que la cubre es de aspecto normal, si es superficial la mucosa tiene color azulado translúcido.

Puede haber también un tipo de ránula suprahiodea sur - gida que va a ser una tumoración o hernia a través del músculo milohioideo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Tiene un revestimiento epitelial definido, siendo las demás características histológicas similar al mucocelo, por esto se considera a la ránula como un verdadero quiste de reten-

ción. Se toma como un fenómeno de obstrucción parcial aun - que no siempre se comprueba la presencia de un cálculo en - el conducto salival.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Excisión total y dependiendo del criterio del Cirujano Dentista puede hacerse la marsupialización no enucleando así - el total de la lesión, pudiendo existir con esto probabili- dades de recidiva.

Dada la gran dificultad de encontrar un buen plano de - clivaje por la delgadez de sus paredes, el tratamiento acer- tado únicamente es la marsupialización.

CAPITULO VI

PSEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES:

QUISTE OSEO TRAUMATICO.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO.

QUISTE ESTATICO.

QUISTE OSEO TRAUMATICO:

Es una lesión poco frecuente que aparece la mayoría de las veces en maxilares así como en otros huesos del esqueleto, estas cavidades no se encuentran revestidas de epitelio.

Es de etiología desconocida aunque se tienen varias teorías como que es causada por hemorragia intramedular consecutivamente a una lesión traumática, una vez lesionada 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 una degeneración del coágulo que termina por producir una cavidad vacía en la cavidad del hueso.

Existe en el curso de este padecimiento, después de la degeneración del coágulo y médula ósea un período en el que se produce necrosis de la zona afectada y de las trabéculas óseas.

La lesión aumenta de tamaño a causa de una expansión constante producida por un edema infiltrante progresivo existiendo además una restricción del drenaje venoso.

Generalmente los pacientes no recuerdan bien si sufrieron o no alguna lesión traumática sacando por consecuencia que por medio de una lesión traumática muy pequeña pueda llegar

a causar este tipo de quistes. El 50% de los pacientes de un estudio realizado por Howe informa que los pacientes habían sufrido traumatismos tanto fuertes y suaves y el intervalo de tiempo entre el accidente, golpe o traumatismo y el descubrimiento de la lesión variaba entre un mes y 20 años.

Existen también otras teorías sobre la etiología de este padecimiento. Whinery dice:

- 1) El quiste puede tener su fase inicial en tumores óseos - teniendo éstos degeneración quística,
- 2) Puede también ser el resultado de un metabolismo cálcico anormal como el incluido por una enfermedad paratiroidea,
- 3) Puede ser causado con origen en la necrosis de la médula grasa a causa de la esquemia,
- 4) Por medio de una secuela de una infección de bajo grado.
- 5) Su etiología también puede ser el resultado de la osteoclasia originada en un trastorno circulatorio, a causa de un traumatismo que genera desequilibrio entre la osteoclasia y la reparación ósea.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

La edad promedio en que aparece o se descubre esta lesión es entre los 18 y los 45 años; según Howe el 75% de los casos -

ocurre en la segunda década de la vida, con mayor frecuencia, en hombres que en mujeres ya que los primeros están más expuestos a tener o sufrir traumatismos que las mujeres. La zona donde se encuentra con mayor frecuencia es la posterior de la mandíbula, pero se llegan a encontrar también en la región de incisivos ya que existe ahí médula hematopoyética en adultos jóvenes, y en el maxilar superior se presentan estos casos como hechos muy raros.

La vitalidad pulpar de los dientes afectados es importante para saber en el momento de efectuar el tratamiento quirúrgico para no comprometer ni lesionar, ni sacrificar esos dientes.

En el momento de la incisión quirúrgica se comprueba que contiene cierta cantidad de líquido color pajizo, restos de coágulo sanguíneo necrótico o nada. Toller dijo que la presión hidrostática intraquística, era baja comparándola con la presión capilar sanguínea.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Se presenta una zona radiolúcida suavemente contorneada de tamaño variable, puede tener borde esclerótico delgado. El tamaño de la lesión marca los límites que abarca el quiste en la zona molar del cuerpo mandibular, compromete

tiendo también a la rama ascendente, englobando también las raíces dentarias de los dientes involucrados. El aspecto de esta lesión puede ser lobulado o festoneado dependiendo de la extensión entre las raíces.

Este tipo de quiste puede confundirse con otro tipo de lesión fácilmente. El quiste óseo solitario se encuentra en zona molar radiolúcida de forma redonda u ovoide relacionado con un diente vital cerca de la depresión lingual inferior, por la glándula salival localizada debajo del conducto dental inferior diferenciándose del quiste traumático ya que éste suele estar encima de este conducto.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

En esta lesión se encuentra una delgada membrana de tejido colectivo que tapiza la cavidad existiendo una reacción osteoítica en la superficie externa de la lámina cortical.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

El diagnóstico del quiste óseo solitario se da exclusivamente después de la exploración quirúrgica penetrando en la cavidad y se trata de enuclear el revestimiento y en las maniobras restablece la salida de sangre hacia la lesión; al cerrarse la cavidad se comprueba, que la reparación y

relleno del espacio con hueso va a ocurrir entre los seis -
y 12 meses posteriores a la intervención. Si el espacio -
óseo es grande se usará viruta ósea como coadyuvante para -
la reparación y relleno de la cavidad.

QUISTE OSEO ANEURISMATICO:

CARCTERISTICAS GENERALES:

Es una lesión ósea solitaria interesante, se puede observar en casi todos los sectores del esqueleto encontrándose el 50% de los casos en huesos largos incluyendo columna vertebral, clavícula, costillas, hueso ilíaco, cráneo así como los huesos de los pies y de las manos.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Esta lesión predomina en personas jóvenes antes de los 20-- años también se da en adultos sin predilección de sexo. Presenta sintomatología dolorosa en particular durante el movimiento limitando con ésto el movimiento del hueso afectado existiendo conjuntamente la inflamación de la zona-afectada. Generalmente existe una excesiva hemorragia de los tejidos, teniendo grandes poros que van a formar los espacios cavernosos de la lesión; los niveles de presión vascular son tan elevados como los arteriulares. la localización más frecuente es en maxilar inferior y la edad más frecuente es en pacientes menores de 20 años, yendo los extremos de los seis a los 49 años, predilección de sexo femenino.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

La lesión es distintiva, el hueso se encuentra expandido - aparece quístico con aspecto de panal o de pompas de jabón - siendo la imagen radiolúcida y excéntrica. La cortical ósea puede estar destruida existiendo una reacción perióstica.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Se compone de un estroma de tejido colectivo fibroso que - contiene muchos espacios cavernosos o sinusoidales ocupados por sangre pudiendo presentar trombosis o no; los fibroblag - tos jóvenes se encuentran abundantemente en el estroma - colectivo así como en las células gigantes multinucleares - con una distribución similar al del granuloma de células - gigantes.

La etiología de este padecimiento puede ser una alteración - persistente local de la hemodinámica que conduce al aumento de la presión venosa y al desarrollo de un lecho vascular - dilatado estancado en la zona ósea transformado., produciend - do resorción ósea con la cual se relacionan estas células - gigantes y el hueso es reemplazado por tejido colectivo - osteoide y hueso neoformado.

Se podría explicar como etiología un intento exuberante por reparar un hematoma óseo similar al granuloma central de -

células gigantes.

La diferencia entre el quiste aneurismático y el granuloma de células gigantes es que el granuloma no conserva conexión circulatoria con la lesión.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

Cureteado o extirpación quirúrgica minuciosa, se han aplicado también dosis bajas de radiación siendo esta última una amenaza permanente para la malignización de algunas lesiones benignas como éstas. La recidiva varía entre un 21 y 59%, sin embargo es difícil la recidiva de esta lesión en el maxilar.

QUISTE OSEO ESTATICO:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Se podría decir que más que quiste puede ser un defecto simétrico del desarrollo en el surco hecho por la arteria facial donde cruza el hueso o cerca del mismo.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Suele tener un borde nítido y denso, el tamaño de la cavidad va a variar entre uno y dos centímetros. Las formas de esta lesión son diversas, elípticas y redondeadas pero está incluido dentro del hueso también con forma semicircular con apertura inferior. La edad aproximada de aparición o descubrimiento de esta lesión es a los 57 años.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

El contenido puede ser epitelio glandular y en otros casos no se ha encontrado ningún otro tipo de epitelio en el interior y se ha supuesto que fue desplazado durante la operación.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

El tamaño del quiste casi no varía, de ahí deriva su nombre suele tener un borde nítido y denso.

CAPITULO VII

QUERATOQUISTES:

QUERATO QUISTE ODONTOGENO.

SINDROME DE NEVO BASO CELULAR.

O SINDROME DE GORLIN GOLTZ.

QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.

QUERATOQUISTE ODONTOGENO:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Un dato clínico muy importante es que el índice de recidiva es muy elevado, con este dato obtenemos por lo general el reconocimiento clínico.

El queratoquiste odontógeno puede ser considerado entre las categorías de:

- 1) Quiste primordial,
- 2) Quiste periodontal lateral,
- 3) Quiste dentífero,
- 4) Síndrome de quiste odontógeno, neovaso celular y costilla bífida,
- 5) Quiste idiopático de los maxilares,
- 6) En raros casos el quiste periodontal apical.

No todos los casos de estos tipos de quistes mencionados anteriormente presentan queratinización de epitelio de revestimiento, prácticamente todos los quistes del síndrome del neovaso celular y costilla bífida son queratinizantes. El quiste primordial es el que está queratinizado con mayor frecuencia. La queratinización en todas estas lesiones de tipo quístico son relativamente comunes en algunos tipos de

quistes odontogénos pero raro en otros.

El queratoquiste odontogéno se origina en cualquier edad desde la infancia hasta al ancianidad.

Otra de las características clínicas más comunes en esta lesión son dolor, inflamación del tejido blando y expansión del hueso.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Tiene aspecto radiolúcido unilocular o multilocular presentando con mucha frecuencia un delgado borde esclerótico reaccional óseo, este borde puede ser liso u ondulado. En la mayor parte de los casos se comprueba durante la cirugía que estos quistes estaban separados de los dientes por una delgada capa de tejido fibroso.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

La pared del quiste suele ser delgada raramente mayor de seis a ocho células de espesor salvo que haya existido una infección sobreagregada, también es característico hallar una superficie ondulada o acanalada, puede haber displasia epitelial y hasta carcinoma epidermoide siendo esto poco comun.

La pared de tejido colectivo contiene pequeñas islas de

epitelio similar al que reviste a este quiste, estas islas pueden ser quistes pequeños. Estas islas de epitelio y pequeños quistes satélites son en realidad los extremos de revestimiento de la cavidad quística principal y generalmente los revestimientos de estos quistes están pegados. El queratoquiste en su interior tiene un líquido poco espeso de color pajizo o por un material cremoso más espeso conteniendo la luz de este quiste gran cantidad de queratina. Puede existir también colesterol así como también cuerpos hialinos en zonas de inflamación.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

La erradicación completa de esta lesión es difícil porque la pared quística es muy delgada y friable, fragmentándose con facilidad, además existe perforación de hueso cortical, ésto ocurre generalmente cuando las lesiones afectan la rama ascendente.

Se usan tres técnicas básicas para el tratamiento de estas lesiones:

- 1) Marsupialización,
- 2) Enucleación y cierre primario,
- 3) Enucleación y mantenido abierto por empaquetamiento.

La lesión debe ser controlada mediante exámenes radiográficos rutinarios por lo menos cada seis meses durante cinco años que siguen a la cirugía.

SINDROME DE QUISTE Y NEVOBASO CELULAR DEL MAXILAR Y COSTILLA BIFIDA.

(SINDROME DE GORLIN Y GOLDZ).

CARACTERISTICAS GENERALES:

Lesión hereditaria transmitida como rasgo dominante autosómico, con elevada presentación y expresividad variable.-

CARACTERISTICAS CLINICAS:

Abarca una gran variedad de posibles anomalías.

- 1) Anomalías cutáneas: Incluyendo carcinomas vasocelular, - quistes y tumores dérmicos benignos, disqueratosis palmar, plantar y calcinosis dérmica,
- 2) Anomalías dentales y óseas: Queratoquistes odontogénos, prognatismo mandibular leve, anomalías de costillas (bifidas) y vertebrales y braquimetacarpalismo.
- 3) Anormalidades Oftalmológicas: Hipertelorismo con puente-nasal ancho, ectopia cántica, ceguera congénita y estrabismo interno.
- 4) Anomalías Neurológicas: Retardo mental, calcificación dural, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalea congénita y meduloblastomas con frecuencia mayor que la normal.

- 5) Anormalidades sexuales: Hipogonadismo en varones y tumores ováricos en mujeres.

MANIFESTACIONES BUCALES:

Estos quistes se forman en épocas tempranas, pueden presentarse con deformaciones y desplazamiento de dientes en desarrollo.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

El índice de recidiva es elevado como el de los que no están asociados. La enucleación quirúrgica del quiste y su examen histológico es muy importante ya que distingue a esta lesión del ameloblastoma. El diagnóstico de esta lesión debe ser lo más certero posible asegurándose así de descartar las demás lesiones.

QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE:

CARACTERISTICAS GENERALES:

Es una lesión rara ya que tiene características de un quiste poseyendo también características de una neoplasia sólida, también se le ha dado el diagnóstico de amonoblastoma.

CARACTERISTICAS CLINICAS:

No hay predilección aparente por edad o sexo en la aparición de esta lesión aunque el descubrimiento se hace en la edad adulta.

La localización más frecuente en los casos reportados es la que ha aparecido en las zonas centrales de hueso y la otra minoría se presenta en la periferia como una proliferación gingival sin lesionar al hueso subyacente o sólo lesionándolo superficialmente.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Las lesiones intraóseas centrales aparecen como zonas radiolúcidas bastante circunscritas, encontrándose una masa considerable de material radioopaco calcificado disperso entre minúsculos puntos y grandes masas, generalmente esta lesión

se dá en asociación con un odontoma generalmente apareciendo radiográficamente como parte integrante de la totalidad del quiste. El tamaño de estas lesiones varía pudiendo abarcar varios centímetros de diámetro y gran parte del maxilar aunque las más comunes son las más pequeñas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Presenta un revestimiento epitelial integrado por una capa bien definida de células columnares o coboidales. En el interior hay una colección irregular de células y tejidos que incluye capas de retículo estrellado y de células eosinófilas pálidas que llegan a reunirse en grandes masas de células epiteliales fantasmas queratinizándose y calcificándose, se podría decir que esta lesión es el lado opuesto del epiteoma calcificante dérmico de malherbe. En esta lesión se encuentran cantidades irregulares de dentina u ostiodentina. Se dice que este quiste puede estar entremezclado con tejido adamantino, dentinal y pulpar. Generalmente se asocia esta lesión con un fibroodontoma amenoblástico. También llega a encontrarse melanina dentro del epitelio odontógeno pudiendo también desencadenarse la transformación calcinomatosa de esta lesión.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO:

El crecimiento es exagerado y continuo debido a esto una vez encontrada la lesión hay que extirparla de inmediato y la recidiva depende de la total enucleación de la lesión.

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES:

BIBLIOGRAFIA.

CONCLUSIONES:

Con referencia a los conceptos vertidos en el presente trabajo, podemos elaborar conclusiones interesantes, sobre todo en lo atinente, a la necesidad imperativa que el Odontólogo General debe estar facultado y poseer los conocimientos necesarios para diagnosticar oportunamente estas entidades nasológicas y evaluar con precisión si está en condiciones de practicar su tratamiento o en su defecto, derivarlo al profesional idoneo para su manejo. El Cirujano Bucal.

De todas formas y aunque el Odontólogo General no efectue el tratamiento, deberá estar capacitado para informar al paciente, acerca del tipo de patología que se trata, pronosticar seriamente y conducirlo por ende a una solución oportuna y adecuada.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) William, G. Shafer., Maynard K Hine. Barnet, M. Levy.: -
Tratado de Patología Bucal. 3era. edición. Edit. Inter -
Americana. Méx. 1977.
- 2) Bhaskar, S.N.: Patología Bucal. 2da. edición. Segunda -
Reimpresión. El Ateneo. Buenos Aires. 1977.
- 3) Gorlin, R.J., Golman, H.M.: Patología Oral. 1era. edi -
ción. Salvat Editores. Barcelona España. 1977.
- 4) Zegarelli, E.U., Kutscher. A.H., Hy Man G.A.: Diagnós -
tico en Patología Oral. Reimpresión. 1era. edición. Sal-
vat Editores. S.A. Méx. 1978.
- 5) Provenza. V.: Histología y Embriología Odontológica. 1ra
Edición. Edit. Interamericana. Méx. 1974.
- 6) Ham. A. N.: Tratado de Histología. 6ta. edición. Edit. -
Interamericana. Méx. 1970.
- 7) Arthur, H. Wuehrmann., Licoln. R. Manson. Hing.: Radio -
logía Dental. 2da. edición. Salvat Editores, S.A. 1975.
- 8) Waite, D.E.: Libro Cirugía Bucal Pfactica. 1era. edi -
ción. Editorial Continental, S.A. Méx. 1978.
- 9) Ries, Centeno, G.: Cirugía Bucal. 5ta. edición. Edit. -
El Ateneo, Buenos Aires. 1957.

- 10) Gustav, O. Kruger. Tratado de Cirugía Bucal. 4ta, edición. Edit. Interamericana. Méx. 1978.
- 11) Archard, H.O., Heck, J.W., Andstanley, H.R.: Oral Surgery. 2da. edición. 1965.
- 12) Bhaskar, S.N.: Lymphoepithelial Cysts of the oral Cavity. Oral. Surgery. 1966.
- 13) Abrams, A.M., Howell, F.V., and Bullock, W.K.: Naso palatine cysts. Oral. Surg. 16: 306, 1963,
- 14) Acevedo, A., and Nelson, J.F.: Lymphoepithelial cysts of the oral cavity. Oral. Surg. 31: 632, 1971.
- 15) Akira, K., and Kitamura, J.: Clinical report of a caso of globulomaxillary cyst. Oral. Surg. 5: 705, 1952.
- 16) Amos, E.R.: Incidence of the small dens in dente. J. Am. Dent. Assoc. 51: 31, 1955.
- 17) Bergman, G., Lysell, L., and Pindborg, J.J.: Unilateral-dental malformation Oral Surg. 16, 48, 1963.
- 18) Boone, C.G.: Nasoalveolar cyst Oral Surg. 8: 40, 1955.
- 19) Block, J.K.: Follicular cysts. Dent. Cosmos. 70: 708, 711, 1928.
- 20) Crawford. W.H., Jr.: Keratinizing cysts of the oral cavity. Master of Science thesis. University of Southern California. Los Angeles. 1964.

- 21) Gillete, R., and Weinmann, J.P.: Extrafollicular stages-
in dentigerous cyst development. Oral Surg. Oral Med. -
Path. 11: 638-645, 1958.
- 22) Krikos, G.: Histochemical studies of mucins of odonto -
genic cyst exhibiting mucous metaplasia. Arch. Oral Biol.
11: 633-640, 1966.
- 23) Dachi, S.F., and Howell, F.V.: A Survey of 3,874 routine
full-mouth radiographs. II. A. study of impacted teech,-
Oral Surg. Oral Med. Oral Path. 14: 1165-1169, 1961.