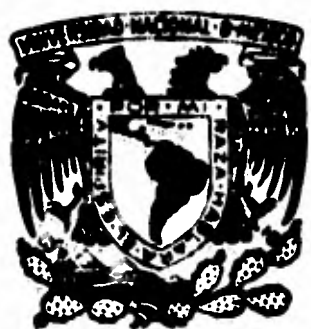


247 747



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO QUIRURGICO DE
QUISTES DE LOS MAXILARES**

T E S I S

Que para obtener el título de:

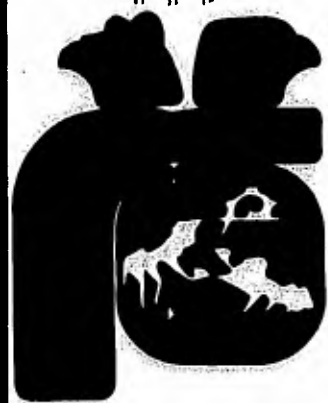
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

RAMON RODAS GUTIERREZ

México, D. F.

1982





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

- I.- INTRODUCCION.
- II.- CLASIFICACION.
- III.- DIAGNOSTICO DE LA LESION QUISTICA.
 - A).- Historia Clínica.
 - B).- Exploración Quirúrgica.
 - C).- Exámenes de Laboratorio.
 - D).- Diagnóstico radiográfico.
- IV.- QUISTES ODONTOGENICOS.
 - A).- QUISTES FOLICULARES.
 - 1.- Quiste Primordial.
 - 2.- Quiste dentífero.
 - 3.- Quiste multilocular.
 - B).- QUISTES PERIODONTALES.
 - 1.- Quiste radicular.
 - 2.- Quiste residual.
 - 3.- Quiste lateral.
 - 4.- Quiste gingival.
- V.- QUISTES NO ODONTOGENICOS.
 - A).- QUISTES FISURALES.
 - 1.- Quistes mediales.
 - 2.- Quiste globulomaxilar.
 - 3.- Quiste nasoalveolar.
 - 4.- Quiste nasopalatino.

B).- QUISTES DE RETENCION.

- 1.- Mucoccele
- 2.- Ránula

C).- QUISTES OSEOS O SEUDOQUISTES.

- 1.- Quiste óseo traumático.
- 2.- Quiste óseo aneurismático.
- 3.- Quiste óseo estático.

D).- QUISTES DISONTOGENICOS.

- 1.- Quiste dermoide y epidermoide.
- 2.- Quiste de la hendidura branquial.
- 3.- Higroma quístico.
- 4.- Quiste del conducto tirogloso.

VI.- C O N C L U S I O N E S .

VII.- B I B L I O G R A F I A .

I.- INTRODUCCION.

En ocasiones es muy difícil diagnosticar con exactitud un quiste y por eso es necesario no descuidar ningún detalle en la elaboración de la historia clínica, estudio histopatológico, exploración clínica y estudio radiográfico.

La detección, al diagnóstico y al tratamiento de los diferentes quistes maxilofaciales constituye un capítulo muy importante dentro del estudio de la cirugía bucal y si bien el odontólogo de práctica general no está preparado para asumir el tratamiento de toda la variedad de tumores existentes, si debe estar capacitado para su detección y diagnóstico.

Cada tipo de quiste está estudiado en forma individual en la presente destacando en cada uno de ellos su etiología, manifestaciones clínicas, caracteres radiográficos, características microscópicas, relacionadas con entidades anatómicas vecinas, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

En virtud de que el único tratamiento radical es el tratamiento quirúrgico se presentarán tratamientos de una manera sencilla y práctica sin tratar de aportar nada nuevo si no únicamente con el fin de que éstos tratamientos sean fácilmente comprensibles y puedan ser utilizados en la práctica diaria.

II.- CLASIFICACION.

Clasificaremos los siguientes quistes tomando en cuenta una de las clasificaciones más apropiadas y más usadas para fines didácticos como es la clasificación de: Irving Meyer y Geral Scklar que se basan en el origen del componente-epitelial y en la localización específica del quiste en su etiología y aspecto clínico.

La clasificación de los quistes es bastante indispensable porque nos ayuda a comprender y a diferenciar los distintos tipos de quistes.

Los clasificaremos de la siguiente forma:

I.- QUISTES ODONTOGENICOS.

A.- Quistes foliculares.

- 1.- primordial
- 2.- dentífero
- 3.- Multilocular.

B.- Quistes periodontales.

- 1.- Radicular
- 2.- Residual.
- 3.- Lateral.
- 4.- Gingival.

11.- QUISTES NO ODONTOGENICOS.

A).- Quistes fisurales.

- 1.- Mediales.
- 2.- Globulomaxilar
- 3.- Naso alveolar
- 4.- Nasopalatino.

B).- Quistes de retención.

- 1.- Mucocele.
- 2.- Ránula.

C).- Quistes óseos o pseudoquistes.

- 1.- Oseo traumático.
- 2.- Oseo aneurismático.
- 3.- Oseo estático.

D).- Quistes disontogenicos.

- 1.- Dermoide
- 2.- Epidermoide.
- 3.- De la hendidura branquial.
- 4.- Higroma quístico.
- 5.- del conducto tirogloso.

III.- DIAGNOSTICO DE LA LESION QUISTICA.

A).- HISTORIA CLINICA.

La historia clínica es la narración de los acontecimientos relativos al estado de salud de una persona que por medio del interrogatorio y la exploración clínica se va a diagnosticar el estado actual de la enfermedad.

a).- Ficha clínica.- En esta parte debe mencionarse:- Nombre del paciente, sexo, edad, raza, estado civil, ocupación, lugar de nacimiento, dirección y número telefonico.

b).- Interrogatorio.

1.- Motivo de la consulta, descripción breve preferentemente con las propias palabras del paciente.

2.- Enfermedad actual. Se hará la descripción en orden cronológico de cada sintoma relacionado con la enfermedad actual. Cada sintoma deberá ser descrito en cuanto a tiempo y modo de comienzo, duración e intensidad, se deberá interrogar al paciente de la relación que guardan los síntomas con la ingesta, trabajos, esfuerzo muscular, excitación, ingestión de medicamentos u otros factores.

c).- Antecedentes personales patológicos.

- 1.- Enfermedades desde la infancia en orden cronológico.
- 2.- Lesiones.
- 3.- Operaciones y hospitalizaciones.
- 4.- En mujeres números de gestaciones y abortos.
- 5.- Alergias e hipersensibilidad a medicamentos.

d).- Antecedentes personales no patológicos.

1.- Estado matrimonial, duración, Salud del cónyuge, compatibilidad, número de hijos y edad de los mismos.

2.- Hábitos.- Alcohol, tabaco, sedantes y otros medicamentos (uso y cantidad).

3.- Antecedentes sociales.- Se describen las condiciones sociales como: habitación, educación, puesto que ocupa en la sociedad, ingresos.

4.- Ocupación y medio.- Trabajo actual y anteriores, exposición y peligros dentro del mismo.

5.- Hábitos nutricionales.- Dieta

e).- Antecedentes familiares.-

Padre, madre, hermanos, edad y estado de salud o edad al morir, diabetes, sífilis, obesidad, hipertensión, tuberculosis, enfermedades mentales, enfermedades nerviosas, - cancer, asma, alergias, cardiopatías, etc.

f).- Exploración física.-

EXPLORACION EXTRABUCAL.

1.- Signos vitales, temperatura, pulso, respiración, presión arterial.

2.- Inspección general: peso talla, edad aparente, estado nutricional, postura, gravedad y caracter agudo - de la enfermedad, estado emocional.

3.- inspección de cabeza, cara y cuello.-

Expresión facial, cicatrices, color de la piel, asimetría facial, hipertrofias, inspección de glándulas salivales y ganglios linfáticos, movimientos funcionales de la mandíbula y de las articulaciones temporomandibulares, presencia de tumefacciones, hipertrofias y dolor en la zona de las articulaciones.

EXPLORACION ENDOBUICAL.

La exploración de la boca se realiza en forma ordenada y se hará un examen detallado de cada tejido y estructura.

1.- Labios: forma, contorno, color, configuración, y lesiones.

2.- Mucosa bucal.- contorno, color, orificios de las glándulas salivales, presencia de lesiones en la mucosa-bucal.

3.- Paladar.- color, configuración, presencia de lesiones.

4.- Lengua.- tamaño, color, textura, configuración, lesiones.

5.- Encías.- color, forma, configuración, presencia de hipertrofia, retracciones y lesiones.

6.- Dientes.- caries, piezas faltantes, aparatos protéticos u ortodónticos.

7.- Oclusión.- análisis del cierre de la boca, - tanto en reposo como en posición funcional.

B).- EXPLORACION QUIRURGICA.

Es posible lograr información diagnóstica por: aspiración, incisión, excisión y examen microscópico y macroscópico de la muestra.

ASPIRACION.- Este término se refiere a la extracción de líquido con jeringa de una cavidad corporal con fines diagnósticos.

En presencia de una lesión palpable en el interior de un tejido blando, de la impresión de estar llena de líquido, o de una lesión radiolúcida intraósea se situara la aguja en la cavidad sospechosa y al practicar aspiración el líquido - fluira a la jeringa.

La aspiración con la jeringa del contenido líquido de un quiste poseé importancia considerable en el diagnóstico.

El aspecto del líquido varía desde una solución acuosa o pajiza a una mezcla teñida de sangre.

El quiste nasopalveolar en la estructura del labio superior por debajo del ala de la nariz podria producir un líquido claro. Un gran mucocele dariá origen a un material mucosoide claro. La cavidad intraósea que revela más a menudo - la presencia de líquido quístico es el quiste periapical y - después el dentígero, de los cuales puede obtenerse un líquido claro, pajizo o teñido de sangre.

En el caso de obtener pus, es evidente la presencia - de un absceso ya sea primario o secundario a la infección de un quiste.

Cuando se aspira sangre, eventualidad rara, quiza la - lesión corresponde a un quiste Hemorrágico traumático del -

hueso, a un hemangioma central o a un quiste óseo aneurismático.

El hecho de no tener nada por este medio puede indicar que el cirujano no ha localizado la cavidad central o que el contenido de la misma sea semisólido, por ejemplo; el material gaseoso que se aprecia en los quistes de desarrollo, o que la lesión radiolúcida dependa de proliferación del tejido blando. Ejemplo; un granuloma.

BIOPSIA.

La biopsia consiste en la obtención casi siempre por medios quirúrgicos de tejidos vivos para examen microscópico.

Dada la facilidad con la cual se extirpan pequeñas muestras de tejidos de la cavidad bucal, constituye la biopsia uno de los métodos más fidedignos y frecuentemente usados por el dentista.

Para el diagnóstico de una lesión quística se emplean dos tipos de biopsia: Biopsia incisional y biopsia excisional.

La biopsia incisional se refiere a la extirpación de un pequeño fragmento de la lesión, casi siempre una muestra cuneiforme o elíptica.

La biopsia excisional consiste en la extirpación completa, todas las lesiones pequeñas y algunas grandes que pueden extraerse sin cirugía extensiva deben extirparse en su totalidad.

La manipulación adecuada de la muestra extraída para examen histológico facilitara notablemente la preparación de los cortes histológicos y la interpretación por parte del patólogo.

Para conservar detalles histológicos es necesario la fijación química del tejido valiendose del fijador más frecuentemente usado: formol al 10%. En caso de no disponer de formol puede lograrse una fijación satisfactoria con alcohol etílico o con algún licor que contenga alcohol el odontólogo debe enviar al laboratorio junto con la muestra sometida a examen y el diagnóstico microscópico de la muestra basado en parte en la descripción de sus lesiones y en la historia clínica.

C).- EXAMENES DE LABORATORIO.-

Los exámenes de laboratorio son una ayuda para el diagnóstico y para la planeación del tratamiento y la prevención de sus posibles complicaciones.

Los análisis que más se utilizan en odontología por no decir los únicos son los análisis de orina y sangre.

El análisis de orina nos proporciona información valiosa sobre las enfermedades renales y extrarrenales.

El color puede cambiar a marrón oscuro debido a la bilirrubinuria o de rojo a marrón debido a la presencia de sangre (hematuria), hemoglobina (hemoglobinuria) o porfirinas (porfirias), la orina puede ser turbia debido a la presencia de leucocitos (cistitis, pielonefritis), moco o materiales amorfos.

La densidad de la orina depende del equilibrio hídrico total y de la cantidad de solutos eliminados por el riñón.

La presencia de proteínas en la orina se observa en la insuficiencia renal y la insuficiencia cardiaca congestiva. La glucosa en la orina indica generalmente elevación de la concentración de la glucosa hemática (diabetes mellitus).

La acetona se halla en la orina de la diabetes incontrolada (cetoacidosis) y en casos de inanición. El ácido diacético en la orina indica una acetosis diabética más grave.

La bilis se presenta en la orina en la ictericia biliar extrahepática, en la insuficiencia hepática grave y en la obstrucción biliar intrahepática.

El urobilinógeno aparece en la orina en cantidades -
apreciables en la insuficiencia hepatocelular.

La Exploración microscópica del sedimento urinario -
puede mostrar hematíes (hematuria) a causa de nefritis calcu-
lar infección, tuberculosis o tumores malignos; leucocitos -
(piuria) debido a infección de las vías genitourinarias.

La sangre total se analiza para determinar su conteni-
do en hemoglobina. En el hombre el porcentaje normal es de;
14 a 17 gr./ml y en la mujer es de 12.5 a 15.5 gr./ml.

El hematócrito revela el porcentaje en volumen de los
hematíes sobre los leucocitos; de 40 a 50% en el hombre y de
35 a 47% en la mujer.

El recuento de hematíes da el número de globulos ro--
jos por milimetro cúbico de sangre total y va de 4.5 a 5.5 -
millones por milimetro cúbico en el hombre y de 4 a 5 millo-
nes por milimetro cúbico en la mujer.

El recuento de leucocitos da el número de globulos -
blancos en la sangre y lo normal es de 5 mil a 10 mil por mi-
limetro cúbico.

La fórmula leucocitaria identifica los diversos tipos
de células y al mismo tiempo permite la valoración del esta-
do de maduración de las células.

Los valores se expresan en tanto por ciento al número
total de leucocitos

Neutrófilos en banda 1-5%
Neutrófilos segmentados 50-65%
Eosinófilos 0-4%

Basófilos 0-1%
Linfocitos 25-40%
Monocitos 0-8%

El recuento de plaquetas indica el número de trombocitos circulantes siendo la cifra normal de 200 mil a 400 mil por milímetro cúbico.

El tiempo de sangría y el tiempo de coagulación indican el estado de mecanismo de la coagulación, tiempo de sangría normal de 3 minutos, tiempo de coagulación normal menos de 15 minutos.

El tiempo de protombina es de una medida de la disponibilidad de protombina para la coagulación sanguínea: lo normal es de 12 a 15 segundos.

La cantidad de glucosa en la sangre total debe de ser de: 80-120 mg/ cm³ pudiendo variar un poco dependiendo de la técnica empleada. La concentración de la glucosa sanguínea esta controlada por la insulina secretada por el páncreas. La concentración sanguínea de glucosa se eleva en la diabetes mellitus y disminuye después de la administración de insulina.

D).- DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.

Para realizar este diagnóstico se deberá tomar una serie de radiografías periapicales, oclusuales, panorámicas, - etc.

Estas radiografías nos proporcionarán localización, - tamaño, relación con las entidades anatómicas vecinas, un - probable diagnóstico, estado de los dientes involucrados con el proceso patológico, y de los dientes en general, presen-cia de otras patologías.

Es muy importante darnos cuenta de que todos los ti-pos de quistes que se desarrollan en los maxilares tienen al-gunas características radiográficas específicas que se des-cribirán más adelante.

Los quistes se caracterizan porque son radiotranspa--rentes, siendo esta radiotransparencia homogénea, casi siem-pre los contornos del quiste son agudos bien definidos y cur-vados, pudiendo ser de forma ovoide, elíptica, circular o lo-bulado.

No todas las radiotransparencias bien definidas y cur-vadas son quistes, ya que otros procesos patológicos (amelo-blastomas, fibroma ameloblástico, hemangioma, etc.) pueden - producir imágenes radiográficas parecidas.

Existen estructuras anatómicas normales que pueden - ser confundidas con quistes sobre todo si presentan variacio-nes en cuanto a su posición o formación y será necesario to-mar varias vistas radiográficas para establecer un diagno-stíco diferencial.

QUISTES ODONTOGENICOS

IV.- QUISTES ODONTOGENICOS.

El quiste se define como una cavidad patológica tapizada por epitelio y que por lo general contiene material líquido o semisólido.

Todos los quistes odontógenos satisfacen este criterio, con la posible excepción del quiste odontógeno queratinizante y calcificante.

Los quistes odontogenicos se derivan:

- 1) del epitelio asociado con la formación del aparato dental
- 2) del epitelio reducido del esmalte de una corona dental, -
- 3) de restos epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertwig, o 4) restos de la lamina dental.

El diagnóstico de cualquiera de los quistes odontógenos y su correcta identificación según su tipo depende del examen microscópico del tejido, junto con el estudio minucioso de los hallazgos clínicos y radiográficos.

Estos quistes odontógenos se dividen en dos grupos - que son los siguientes:

- a) Quistes foliculares.
- b) Quistes periodontales.

A).- QUISTES FOLICULARES.

Hay algunos autores que señalan a estos tipos de quistes como quistes neoplásicos ya que pueden llegar a malignizarse por sus componentes y pueden desarrollar un ameloblastoma.

Estos quistes se desarrollan a partir de los restos de lamina dentaria o también se pueden desarrollar de un germen dentario que en vez de originar un diente origina un quiste- o bien que forma una parte del diente y el resto genera en - quiste.

Dentro de este tipo de quistes al Quiste primordial,- Quiste dentífero, Quiste multilocular.

1.- QUISTE PRIMORDIAL.

Se llama así porque es un quiste derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales.

Este quiste es uno de los tipos menos comunes de quiste odontógeno, se dice que se forma por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte, antes que se forme esmalte o dentina calcificados, - así, el quiste primordial se encuentra en lugar de, un diente y no directamente asociado con el.

También puede originarse un órgano dental supernumerario, de manera que en algunos casos están todos los dientes.

Se presenta en ambos sexos en adultos jóvenes; generalmente se encuentra localizado en la zona del tercer molar y premolares principalmente de la mandíbula: es raro que se encuentre en otro lugar, pero se ha llegado a encontrar en el maxilar y en las zonas de otros dientes.

Soskolme y Shear han comunicado casos en la zona de premolares superiores o inferiores así como en la de canino superior.

A veces el quiste es más posterior al tercer molar - existente y se piensa que procede del epitelio primordial de un cuarto molar abortado.

Estos quistes pueden estar originados por un germen dentario supernumerario y encontrar un número normal de dientes en la cavidad oral y ocasionalmente por un diente temporal no exfoliado.

Clinicamente cuando el quiste es de un tamaño pequeño pueden faltar todos los síntomas clínicos, pero cuando son de mayor tamaño o se localizan más periféricamente se pueden observar como una protuberancia ósea de color rosado y superficie lisa y en otras ocasiones se observan como una protuberancia más grande de color azulado o rojo pálido pudiendo presentarse crepitación quística a la palpación de la zona afectada.

En ocasiones se puede encontrar un conducto fistuloso en el centro de la tumoración que drena un exudado seropurulento o serosanguíneo.

Estos quistes generalmente se descubren en algún examen radiográfico habitual, pero para llegar a un diagnóstico preciso, es necesario un estudio histológico, ya que confundidas con otras lesiones.

Radiograficamente el quiste primordial aparece como una lesión radiolúcida redonda u ovalada y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser unilocular o multilocular. Se localiza de bajo de las raíces dentales, entre las raíces de piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de un tercer molar superior o inferior. No hay una explicación satisfactoria de la propensión por el tercer molar.

Histológicamente el quiste primordial tiene aspecto microscópico similar al de algunos otros quistes odontogénos. La pared se componen de fascículos paralelos de fibras colágenas, cuya densidad es variable. En la superficie interna que mira hacia la luz está revestido de una capa intacta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado que suele presentar paraqueratina, o a veces, ortoqueratina.

Esta queratina tiene, con frecuencia, una superficie-acanalada. El epitelio, aunque de grosor variable, por lo general consta solo de cuatro a ocho células de espesor, sin brotes epiteliales bien definidos, tampoco es frecuente una-tendencia marcada por proliferar hacia la pared de tejido conectivo que la rodea.

El líquido quístico contiene principalmente linfocitos, plasmocitos, leucocitos polimorfonucleares o células inflamatorias crónicas.

El tratamiento de este quiste consiste en su enucleación quirúrgica con un cureteado a fondo del hueso, en particicular si se produce la fragmentación del revestimiento. para asegurar la eliminación completa del epitelio.

El índice de recidiva es elevado.

2.- QUISTE DENTIGERO.-

Estos quistes se caracterizan por estar constituidos por una bolsa conjuntoepitelial en cuyo interior se encuentra la corona de un diente el cual se encuentra retenido..

Se origina por alteración del epitelio reducido del esmalte después que la corona dental se ha formado completamente, con acumulación de líquido entre el epitelio reducido del esmalte y la corona dental.

Otra explicación de la patogenia del quiste dentígero es que se origina por proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojadas en la pared de tejido conectivo del folículo dental, a hasta fuera de ella y que este epitelio transformado se une después con el epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística alrededor de la corona del diente.

Los quistes dentígeros suelen ser solitarios, Bhaskar sostiene que los quistes dentígeros son más comunes en la mujer, que en el hombre. Se presentan en un setenta por ciento en la mandibular y en un treinta por ciento en el maxilar superior.

Se presentan principalmente en niños y jóvenes pero se han llegado a presentar en adultos e incluso en pacientes seniles.

Clínicamente este quiste está siempre asociado con la corona de un diente retenido.

También es posible que el quiste encierre un odontoma compuesto complejo o se relaciona con un diente supernumerario.

Las localizaciones más comunes de este quiste son las zonas del tercer molar inferior y de los caninos superiores, porque estos son los dientes que son más frecuentemente retenidos.

El tercer molar inferior origina quistes que generalmente se desarrollan hacia la rama ascendente rechazando la tabla externa por debajo del músculo masetero y llegando en algunas ocasiones hasta el cóndilo y apofisis coronoides.

El tamaño de las lesiones es en extremo variable existiendo desde los muy pequeños hasta los muy grandes.

Cuando el quiste es muy grande hay asimetría facial, en algunos casos exoftalmía, dificultad a la fonación y deglución, la bóveda palatina desciende, a la palpación se aprecia crepitación quística.

Si el quiste se infecta hay dolor intenso irradiado, malestar general, fiebre, disnea, halitosis, pulso elevado; hay presencia de fístulas intraorales o extraorales de las cuales drena un exudado purulento de olor fétido.

Radiográficamente el quiste dentífero revelará una zona radiolúcida de alguna manera vinculada con la corona de un diente no brotado. Es posible que la corona dental no erupcionada, o retenida por alguna razón, está rodeada simétricamente con esta radiolucidez, aunque hay que tener cuidado en no confundir el espacio circuncoronario o folicular normal con quiste verdadero.

En otros casos, la zona radiolúcida, se proyecta lateralmente desde la corona del diente, en particular si el quiste es relativamente grande o si hubo desplazamiento dental. A esta situación se le suele llamar quiste dentífero lateral.

Histológicamente es muy variable su aspecto, pero por lo general, este quiste está compuesto por una delgada pared de tejido conjuntivo tapizado por epitelio escamoso estratificado, que es continuo con el epitelio reducido del esmalte que cubre la corona. La infección secundaria es muy común.

Algunos de estos quistes presentan una delgada capa de queratina adyacente a la luz.

La cápsula está compuesta generalmente de tejido conjuntivo colágeno, bastante denso, en el cual puede haber células inflamatorias, colesterol y células gigantes de cuerpos extraños.

El líquido quístico contiene seroalbúmina, agua, células en diferentes estados de degeneración y leucocitos.

El revestimiento epitelial de los quistes dentígeros tienen potencial de desarrollar neoplasias como ameloblastomas.

Tratamiento.-

Quando el propósito del tratamiento es conservar el diente y permitirle que haga erupción o que se desplace en oclusión normal, la técnica de Partch es la indicada, sin afectar la unión del diente con el hueso vecino.

Por otra parte, cuando el diente se encuentra desplazado y se cree necesario sacrificarlo debe extirparse con la totalidad del quiste. Es menester tomar en cuenta que cualquier resto de tejido epitelial que se deje es capaz de producir hasta un ameloblastoma.

3.- QUISTE MULTILOCULAR.

Se localiza principalmente al igual que el quiste primordial, en la zona del tercer molar inferior, se trata de lesiones poliquísticas.

Este tipo de quiste, generalmente es de gran tamaño, de varios centímetros de diametro y frecuentemente se extiende en el interior de la rama ascendente de la mandibula o incluso más adelante por abajo de las raíces de los molares vecinos desplazándolos de su posición normal.

Muchas veces se presenta adelgazamiento y asimetría de la corteza y agrandamiento y deformación de la mandibula.

Se creé que se origina de varios gérmenes dentarios que degeneran simultaneamente o de la lámina dentaria que forma folículos adyacentes convirtiéndose cada uno de estos en una cantidad quística separada. En ocasiones un quiste unilocular degenera sus paredes formando quistes murales convirtiéndose en multilocular, pero, al extirparlo, se comprueba que en realidad se trata de un solo quiste.

Clínicamente se presenta como un agrandamiento osea de la zona afectada, de superficie lisa; es de color azulado o rojo pálido y en ocasiones se presenta crepitación quística al palpase con el dedo.

Si el quiste es de un tamaño muy grande se presentará tumefacción del maxilar y de la cara.

Radiograficamente se presenta como dos o más zonas radiotransparentes bien delimitadas y separadas por tabiques óseos muy estrechados dando un aspecto de pompas de jabón pudiendo haber migración de las raíces de los dientes conti-

guos y adelgazamiento de la corticial.

Histológicamente la cavidad quística contiene en su interior la substancia serosa y serosanguinea y cuando se ha presentado una infección secundaria existe un líquido seropurulento.

La pared quística está constituida por tejido fibroso cubierto por una capa de epitelio escamoso estratificado. como en los demás quistes foliculares, a veces se encuentra una capa de queratina por encima del epitelio.

También es muy importante determinar si hay o no epitelio en la pared de tejido conjuntivo, porque cuando lo hay, se ha comprobado que se transforma en neoplasias de pequeño o moderado tamaño.

Tratamiento.-

El tratamiento de elección será la enucleación quirúrgica del quiste poniendo especial atención en eliminar completamente la pared quística para evitar dejar restos celulares que pueden transformarse en neoplasias.

B. QUISTES PERIODONTALES.

Se originan a partir de la proliferación de los restos epiteliales de malassez que se encuentran presentes en el ligamento periodontal y no parece tener la tendencia a la transformación ameloblastomotosa que se produce en el quiste-dentígero.

Dentro de estos quistes, el quiste radicales el único que se acompaña de mortificación pulpar ya que ésta es la principal causa de la formación del mismo.

En los demas quistes periodontales las pruebas de vitalidad pulpar resultan positivas.

Los quistes periodontales se clasifican en:

- 1.- Quiste radicular.
- 2.- Quiste residual.
- 3.- Quiste lateral.
- 4.- Quiste gingival.

1.- QUISTE RADICULAR.

A este se le conoce también con los nombres de: Quiste periodontal apical, quiste periapical, quiste periapical-dental, quiste del final de la raíz, quiste infeccioso, quiste apendicular, quiste alveolodentario, quiste odontopático, quiste periostico y granuloma quístico.

El quiste radicular es el más común de los quistes - odontógenos. A diferencia de los otros tipos, afecta el apice de un diente brotado y con gran frecuencia es resultado - de una infección por vía pulpar, a causa de una caries.

Este quiste es un tumor inflamatorio de marcha crónica con asiento en cualquiera de los dos maxilares formado - por una bolsa conjuntoepitelial de contenido líquido o semilíquido y originado por una granuloma, complicación de una caries de cuarto grado o de un diente mortificado sin caries.

Entre los factores capaces de producir muerte pulpar-tenemos traumatismos, maloclusiones, irritantes químicos, iatrogénesis y aparatos protéticos y ortodónticos defectuosos.

El quiste radicular constituye sin duda la enfermedad quística más frecuente de las que afectan la mandíbula y el-maxilar.

Como ya se menciona tienen un origen inflamatorio al-propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa dental a - la zona del periapice del diente se origina una masa de tejido inflamatorio crónico conocido con el nombre de granuloma-apical, proliferando extensamente dentro de éstos restos epiteliales de malassez que están normalmente presentes en el - ligamento periodontal. Estos restos proliferan irregularmente aumentando progresivamente de tamaño la masa epitelial -

por división celular periférica y correspondiendo a la capa bucal de un epitelio superficial, quedando la parte central-alejada cada vez más de los capilares y el líquido intercelu- lar del tejido conjuntivo que son sus fuentes nutritivas, y- al no nutrirse esta célula se necrosan, se degeneran y li- -cuan, y en este momento se forma una cavidad quística tapiza- da de epitelio y contenido líquido en su interior. La pre- sión que ejerce este líquido en su interior sobre las pare- des de la cavidad origina que el quiste crezca.

Este quiste presenta una pequeña predisposición por - el sexo femenino, probablemente debido a que este sexo tiene una mayor predisposición por las caries dentales se presen- tan a cualquier edad, pero la edad adulta de los 20 a los 50 años de edad es la época preferente para la aparición de es- tos quistes.

Los quistes radiculares son tumores que se desarro- - llan en ambos maxilares, pero que se presentan con muchísima más frecuencia en el maxilar superior de la mandíbula. Ries Centeno da una proporción del 85% para el maxilar superior y el 15% para el maxilar inferior. Las probables causas de - que se desarrollan más en el maxilar superior son las si- - guientes.

- 1.- El maxilar superior tiene un número mayor de raíces im- plantadas que en la mandíbula.
- 2.- La relativa inmunidad de los incisivos inferiores a las caries dentarias y a sus complicaciones infecciosas.
- 3.- En el maxilar superior están presentes cavidades anató- micas tales como las fosas nasales y el seno maxilar, - que son campos propicios para la invasión de estos pro- cesos.

4.- El relativo número de terceros molares inferiores que o están retenidos o no existen o son extraídos prematuramente.

Como es una lesión crónica su desarrollo se hace lentamente. Clínicamente en su primera etapa presenta escasamente sintomatología, como es una muy ligera sensación dolorosa a la repercusión vertical y una ligera tendencia del diente a introducirse dentro del alveolo.

Muy a menudo estos síntomas no son perceptibles descubriéndose el quiste al efectuar un examen radiográfico de rutina; si el quiste no es eliminado quirúrgicamente en este momento seguirá creciendo y presentará varias manifestaciones clínicas, un diverso grado de agrandamiento o deformación del hueso desde deformaciones localizadas escasamente apreciables, de coloración normal y de consistencia ósea, apertuberancias purpúreas de moderado tamaño de cuya palpación se obtiene la sensación como de cascara de huevo que nos indicara un adelgazamiento de la tabla externa. En ocasiones hay deformación facial. Algunos quistes producen dolor, hiperestesia y malestar general.

Cuando el quiste se ha infectado las manifestaciones clínicas del mismo consiste en una masa tumoral carnosa de superficie lisa, blanda en la que se observa un conducto fistuloso por el que sale un exudado purulento o seropurulento al exprimirlo, de olor fétido; en ese momento el quiste deja de crear.

Cuando el quiste va creciendo puede llegar a deformar el piso del seno maxilar o incluso puede llegar a desaparecer. Cuando esta infectado el quiste puede drenar hacia el seno maxilar provocando verdaderas sinusitis también puede desarrollarse hacia las fosas nasales, fosa pterigomaxilar o bóveda palatina.

En la mandíbula el quiste radicular se desarrolla a -
expensas de la tabla externa. El paquete vasculo nervioso -
del conducto dentario inferior es rechazado generalmente ha-
cia la región basilar, pero conservando su integridad.

Radiográficamente se presenta como una zona radio- -
transparente de límites bien definidos. Rodeada de una zona
hiperostótica situada sobre el ápice de un diente portador -
de una caries de 4ª grado o de un diente mortificado sin ca-
ries. Se le considera como un ensachamiento de la membrana-
periodontal. No es posible distinguir radiográficamente en-
tre un quiste y un granuloma.

En quistes grandes se debe de tomar radiografías ex--
traorales o oclusales para ver la extensión del proceso y su
relación con los organos vecinos (sexo maxilar conducto den-
tario, etc.).

En muchas ocasiones es muy difícil diferenciar entre-
un quiste y el seno maxilar, en este caso se inyectara una -
una substancia radiopaca (lipiodol) en la zona y se tomara una
radiografía inmediatamente, si se trata del seno maxilar la-
substancia llenará la imagen radiográfica y si la imagen du-
dosa se tratará de un quiste, ya que el lipiodol tiende a de-
positarse en el hemisferio del quiste.

Histologicamente el quiste radicular está esencialmen-
te formado por una bolsa conjuntoepitelial con un contenido-
líquido apedunculada a un diente portador de una caries de -
4ª grado. Es posible observar todos los estadios desde un -
cambio quístico mínimo dentro del granuloma apical hasta una
estructura quística bien definida y grande.

Los quistes juveniles son en general de pequeño tamaño,
están constituidos por una cavidad quística de tamaño varia-
ble y una bolsa conjuntoepitelial; esta bolsa poseé en su -

parte más vecina a la cavidad un epitelio y por fuera una -
capa de tejido de granulación recubierto todo por una capsu-
la. Las dimensiones del tejido de granulación y de la cápsu-
la varían con la edad del quiste conforme va envejeciendo la
porción del tejido de granulación disminuye en su espesor pe-
ro sin llegar a desaparecer.

Los quistes viejos se hallan formados por una cápsula-
o membrana conteniendo por fuera tejido conjuntivo que se ha
organizado y le constituye una envoltura y por dentro del
telio cubriendo íntegramente la bolsa. El epitelio suele -
ser de tipo escamoso estratificado.

El contenido del quiste es un líquido semejante al -
plasma sanguíneo en el cual se pueden observar histiocitos,-
linfocitos y cristales de colesterol. Este contenido quísti-
co es muy variable, en la mayor parte de los quistes es lím-
pido de aspecto resplandeciente debido a los cristales de co-
lesterol. En otros quistes el contenido es hemático, amari-
llo verdoso en otros y en otros contienen grumos. El color-
y la consistencia de estos quistes es muy variable.

Tratamiento. - - - -

En quistes de pequeño tamaño se puede intentar un tra-
tamiento conservador como sería la apicectomia de la raíz -
causal y curetaje de la cavidad. En quistes más grandes el
tratamiento consistirá en la eliminación quirúrgica del quís-
te y de su membrana.

2.- QUISTE RESIDUAL.

Este término es usado generalmente para hacer referencia a un quiste radicular que ha permanecido en el hueso una vez que se ha extraído el diente responsable de su formación.

Generalmente es asintomático cuando es de pequeño tamaño y se descubre casualmente al explorar radiográficamente la zona por alguna otra causa.

El desarrollo y las manifestaciones clínicas de este tipo de quistes suelen ser iguales a las del quiste radicu--lar, solo diferenciándose en que falta el diente causal o se encuentra en una zona en la que falta completamente los dientes.

Se origina a partir de un granuloma, de un diente mortificado por cualquier causa o por caries de 4^a grado.

Radiográficamente el quiste residual se presenta como una zona radiotransparente única de contornos bien definidos limitada por una zona hiperostática situada en un espacio -édentulo.

Aunque los caracteres radiográficos del quiste resi--dual hagan pensar en los de otras lesiones centrales como la histiocitosis, el mieloma múltiple, la neoplasia metastásica y otros tipos de quiste, es conveniente recordar que la ra--diotransparencia anormal de los maxilares más frecuente es -la debida a una patosis apical entre la que se encuentra el-quiste residual y por ello desde el punto de vista estadistico lo primero que se debe sospechar es un quiste residual.

Histológicamente las características de este quiste -son las mismas que las del quiste radicular.

El diagnóstico definitivo de esta lesión dependerá de la exploración quirúrgica y del resultado del estudio histológico.

Tratamiento.-

Consistirá en la eliminación del quiste y de su membrana por medios quirúrgicos y el pronóstico es excelente.

3.- QUISTE LATERAL.

Hay diversos mecanismos por los cuales se puede formar este quiste pero su etiología definitiva aún no se ha llegado a establecer.

Este quiste aparentemente se origina directamente del ligamento periodontal lateral de un diente erupcionado.

Existe la creencia que esta lesión se origina a partir de restos celulares epiteliales del ligamento periodontal pero no hay nada que nos indique su proliferación. Algunos autores afirman que su desarrollo tiene un origen traumático.

Se presenta a cualquier edad y en ambos sexos pero principalmente en adultos y son más frecuentes en mujeres y en personas de raza negra, en las cuales contiene células pigmentadas.

Se localiza dentro del hueso sin llegar a comunicarse a la cavidad oral en aposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales y no retenidos sin muestras de enfermedad pulpar. Algunos de estos quistes se comportan como un absceso periodontal por lo cual pueden pasar desapercibidos. Si su expansión es lenta la abulción dental es normal asumiendo el quiste una posición próxima a la superficie radicular. Se localiza en la región de caninos y premolares inferiores aunque se ha llegado a encontrar en otros sitios.

Clínicamente como este quiste es regularmente de pequeño tamaño, no suele presentar signos y síntomas en la mayor parte de los casos. Su descubrimiento es casual al efectuar un examen radiográfico en la zona.

Cuando el quiste es grande o se localiza en el lado vestibular de la raíz se encontrará una tumoración de colorosa normal, redondeada la superficie lisa. Cuando el quiste presenta una infección secundaria aparecera como una tumefacción dolorosa que se fistuliza drenando un exudado purulento.

Radiográficamente se presenta como una zona radiotransparente, redonda de límites bien definidos., adosada a la superficie radicular, limitando su extensión a la zona entre las raíces de los dientes contiguos.

Generalmente son de pequeño tamaño y la presión que ejercen sobre los dientes no es suficiente como para llegar a desplazarlos.

Histológicamente consiste en una cavidad, siendo su pared de tejido conjuntivo tapizado interiormente por una capa de epitelio escamoso estratificado queratinizado mostrando pocas evidencias de proliferación. Pueden existir también células inflamatorias en el tejido conjuntivo.

Tratamiento.-

Consistira en la extirpación quirúrgica del quiste y en caso de que el diente asociado esté desvitalizado se le hara tratamiento de conductos radiculares.

4.- QUISTE GINGIVAL.

Estos quistes tienen su localización en la encía libre o adherida y se le considera como un quiste del desarrollo.

Casi la totalidad de los embriones humanos después del cuarto mes de vida intrauterina y por lo menos el 80% de los recién nacidos presentan pequeños quistes gingivales conocidos también con el nombre de "perlas de Epstein" o nódulos de Bohn en la unión de los paladares duro y blando cerca del rafe medio.

Estos nódulos pueden ser simples o múltiples, de color blanco o blanco amarillento. Se presentan como tumores pequeños duros no dolorosos.

Los nódulos de Bohn probablemente se originan debidamente a una incorporación de epitelio durante el proceso embrionario de la fusión palatina; siendo de poca importancia patológica ya que desaparecen al cabo de varios meses de su presentación. Suelen tener un diámetro de mm. o menos. Se hallan revestidos de epitelio escamoso estratificado y muchas veces están llenos de capas concéntricas de queratina.

Algunos de los quistes gingivales crecen a partir del epitelio de la lámina dental., del órgano del esmalte o de sus ramificaciones, mientras que otros, que incluso pueden considerarse verdaderos quistes por inclusión, crecen a partir de células desplazadas de epitelio gingival.

Los quistes gingivales localizados sobre la superficie de la encía o cerca de ella tienen su origen probablemente en una formación quística dentro de los restos de la lámina dental, pudiendo ocurrir tanto en la encía libre como en-

la adherida o en la papila gingival.

El quiste gingival lateral se origina con probabilidad en una degeneración quística de restos celulares epiteliales en el ligamento periodontal o encía lo que puede ocurrir por un traumatismo.

Clínicamente su aspecto es de una masa prominente no mayor de 1cm. aproximadamente, de superficie lisa en forma de cúpula redonda, de color normal, de consistencia dura y no dolorosa a la palpación.

Los quistes gingivales son más frecuentes en mujeres y en individuos de raza negra.

Radiográficamente este quiste es una lesión de tejido blando, y por lo general, no se manifiesta en la radiografía. Si adquiere el tamaño suficiente, llega a producir una erosión superficial de la lamina ósea cortical pero aun así no suele ser visible en la radiografía.

Histológicamente el quiste consiste en una cavidad recubierta por un delgado epitelio escamoso estratificado queratinizante o una doble capa de epitelio cuboideo bajo no queratinizante.

Tratamiento.- En los adultos el tratamiento es la extripación quirúrgica del quiste, pero en los niños la lesión generalmente no necesita tratamiento ya que se hacen superficiales y suelen romperse durante los primeros meses de vida.

QUISTES NO ODONTOGENICOS

V.- QUISTES NO ODONTOGENICOS.

Son aquellos quistes que no tienen relación en su etiología con la estructura dentaria y dicha etiología puede ser muy diversa (enclavamientos epiteliales durante el desarrollo embrionario, traumatismos, obstrucciones de conductos salivales, etc.).

Los quistes no odontogénicos comprenden cuatro grupos que son:

- a).- Quistes fisurales.
- b).- Quistes de retención.
- c).- Quistes óseos o pseudoquistes.
- d).- Quistes disontogénicos.

A).- QUISTES FISURALES.

En los maxilares se producen una cantidad de diferentes tipos de quistes fisurales (por inclusión) a los cuales por lo general se consideraba surgidos a lo largo de las líneas de fusión de los diferentes huesos y procesos embrionarios. Estos son quistes verdaderos es decir cavidades patológicas, tapizadas de epitelio que por común contienen un material líquido o semisólido y el epitelio deriva de las células epiteliales que quedan atrapadas entre los procesos embrionarios de los huesos en las líneas de unión.

Los restos epiteliales atrapados empiezan a proliferar entonces dan lugar a un quiste fisural.

Estos quistes fisurales pueden ser clasificados como sigue: Quistes mediales, globulomaxilar, nasoalveolar, y nasopalatino.

1.- QUISTES MEDIALES.

Este tipo de quistes aparecen y se desarrollan de forma característica en la línea media tanto del maxilar como de la mandíbula y reciben diferentes nombres de acuerdo a su lugar de localización: cuando se presenta entre los incisivos centrales superiores o en la parte lingual de los mismos se le conoce como quiste de la línea media o medio alveolar cuando está situado por detrás del conducto incisivo se le llama quiste palatino medio y quiste mandibular medio cuando se le localiza en la sínfisis mandibular.

Clínicamente su aspecto es muy variable, los quistes pequeños o no muy grandes, pueden carecer de manifestaciones clínicas no habiendo asimetría ni agrandamiento del hueso afectado. Generalmente estos quistes se descubren casualmente en alguna radiografía de rutina.

Los quistes de mayor tamaño o en los que se ha desarrollado una manifestación secundaria si suelen presentar síntomas clínicos presentandose como una tumoración redondeada de superficie lisa como de color rosado situado en cualquier lugar a lo largo de la línea media. del paladar. A la palpación a veces se siente de consistencia semisólida, hay crepitación y cuando está presente la infección hay sintomatología dolorosa. Este quiste también puede fistulizarse y drenar un líquido seroso o purulento.

En el caso de un quiste medio alveolar a veces hay desplazamiento de los incisivos centrales debido a la fuerza expansiva del quiste entre las raíces de los incisivos. no obstante esto el quiste no afecta su vitalidad.

El quiste palatino medio no debe confundirse con el quiste nasopalatino ya que el primero se forma a partir de -

restos epiteliales atrapados en la línea de fusión entre los procesos palatinos del maxilar, no teniendo relación alguna con el conducto incisivo. Se forma en cualquier punto a lo largo de la línea de fusión desde un punto posterior a la papila palatina hasta la úvula.

Es muy común que un quiste nasopalatino medio y viceversa, e incluso para algunos autores no existe la entidad de quiste palatino medio.

El quiste medio mandibular es sumamente raro y está localizado dentro de la mandíbula por debajo de los ápices de los incisivos centrales pudiendo ser ovals, redondos, irregulares o incluso multiloculares.

Todos estos quistes se desarrollan a partir de restos epiteliales enclavados en los lugares de fusión embrionaria en el paladar duro o en la sínfisis mandibular siendo el traumatismo el posible factor que los desarrolla. Otros autores también piensan que tiene su origen en una degeneración quística de un germen dentario supernumerario.

Radiográficamente la lesión aparece como una zona radiotransparente uniforme situada en el centro del maxilar o de la mandíbula de forma redonda, ovalada o elíptica, de bordes bien definidos y delimitados por una zona hiperostótica.

Cuando la localización es anterior puede extenderse entre las raíces de los incisivos llegando incluso a desplazarlos de su posición normal.

Cuando el quiste es demasiado grande se aprecia una forma lobulada con ramificaciones del quiste que se extienden entre varias o todas las raíces de los dientes anteriores.

Histológicamente este quiste está recubierto por epitelio escamoso estratificado o a veces por epitelio respiratorio. El epitelio se encuentra rodeado de una cápsula de tejido fibroso, el espacio quístico suele estar libre de elementos inflamatorios a no ser que se haya llegado a presentar una infección secundaria, porque en este caso sí presenta un infiltrado inflamatorio.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del quiste y de la membrana que lo cubre poniendo cuidado en no lesionar los dientes próximos.

2.- QUISTE GLOBULOMAXILAR.

El quiste globulomaxilar se encuentra dentro del hueso, en la unión de la porción globular de la apofisis nasal-media y la apofisis maxilar la fisura globulomaxilar, casi siempre entre el incisivo lateral y el canino superiores. No obstante, se observo que el quiste en realidad se origina en la sutura ósea entre el premaxilar y el maxilar.

Esta lesión se presenta en personas jóvenes de menos de 30 años, no tiene predilección por el sexo aunque parece que se presenta con más frecuencia en hombres que en mujeres, puede ser un quiste unilateral o presentarse bilateralmente.

Clínicamente raras veces, si es que alguna, el quiste globulomaxilar da manifestaciones clínicas, casi todos los casos que se conocen fueron descubiertos por accidente durante el examen radiografico de rutina.

Algunas veces el quiste se infecta y el paciente se queja entonces de molestias locales y de dolor en esa zona.

También llega a presentarse un desplazamiento de las coronas de los incisivos laterales y de los caninos de sus posiciones normales.

Radiográficamente,- Este quiste se presenta en radiografias intrabucuales y se presenta con forma característica de zona radiolúcida periforme invertida, entre las raíces del incisivo central y el canino.

Histológicamente esta tapizado por epitelio cuboideo-escamoso estratificado o por epitelio cilindrico ciliado y rodeado por una cápsula de tejido fibroso.

El espacio quístico generalmente esta libre de elementos inflamatorios, pero cuando el quiste ha desarrollado una infección secundaria ya se encuentra una infiltración celular inflamatoria.

Tratamiento.-

Se eliminara quirúrgicamente el quiste y la membrana que lo recubre preservando, si es posible los dientes adyacentes.

3.- QUISTE NASOALVEOLAR.

Este quiste también se le conoce con el nombre de -
nasolabial, este, quiste no se encuentra dentro del hueso, -
sino que se describe como un quiste fisural raro que puede -
afectar secundariamente al hueso.

Se encuentra localizado en la parte alta del fondo -
del pliegue mucobucal del maxilar por encima de la zona com-
prendida entre el incisivo lateral y canino superior.

Actualmente los investigadores estan de acuerdo en -
que se origina a partir de restos epiteliales localizados en
la unión de los procesos globulares, nasolaterales y maxila-
res.

En un estudio sobre esta lesión se noto que algo poco
más del 75 por 100 de los que se presentan en mujeres y que-
la edad promedio de su aparición estaba entre los 41 y 46 -
años, aunque se registrarón casos en personas de 12 a 75 -
años de edad.

Es Bastante rara esta lesión puede ocurrir unilaterall
mente y bilateralmente.

Clínicamente el quiste nasoalveolar puede producir -
una hinchazón en el pliegue mucovestibular así como en el pil
so de la nariz y localizarse cerca la inserción del ala de -
la nariz en el maxilar, a veces puede aparecer como una hi--
pertrofia de los tejidos mucobucuales por encima de los api--
ces de los dientes incisivos lateral y canino.

Radiográficamente.

Es muy raro poder observarlo porque se localiza fuera

del hueso a no ser que se utilice un medio de contraste.

Desde el punto de vista histológico este quiste está tapizado por epitelio escamoso estratificado o respiratorio o más frecuentemente por epitelio columnar pseudoestratificado que a veces es ciliado frecuentemente por células calciformes.

Tratamiento.-

Su tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica del quiste eliminado completamente la membrana que lo recubre.

4.- QUISTE NASOPALATINO.

A este quiste se le conoce también con el nombre de - quiste maxilar anterior medio, incluyen también los quistes- del conducto incisivo y los de la papila palatina.

Se localiza en el conducto incisivo, o cerca de el, - en la región anterior del maxilar e inmediatamente detras de los apices de los incisivos centrales creciendo a partir de- residuos epiteliales de los vestigios del conducto. ó conduc- tos nasopalatinos debido a que la localización de las estruc- turas nasopalatinas embrionarias varian mucho pueden ser com- pletamente bilaterales, unilaterales de uno u otro lado o en la linea media.

El tipo de epitelio que compone el conducto nasopala- tino o sus restos depende de su localización: epitelio respi- ratorio, luego cuboideo y finalmente escamoso estratificado- al acercarse a la cavidad.

El quiste nasopalatino es el más común de los quistes del desarrollo, se presenta en ambos sexos y en la edad adul- ta.

Clínicamente las manifestaciones no son frecuentes en el quiste nasopalatino debido a que suelen ser de pequeño ta- maño y localizarse en zona profundas del maxilar anterior mu- chos casos pasan inadvertidos hasta que se descubren radio- graficamente en un examen rutinario, no obstante los quistes muy grandes presentan signos clínicos iguales a los de la li- nea media.

Radiográficamente.- Estos quistes suelen ser descu- biertos en el examen radiograficos de rutina de los dientes.

En la radiografía se observa una zona radiolúcida redonda de oval y acorazonada por lo general simétrica y bilateral y bien delimitada.

La zona está en la línea media entre las raíces de los incisivos centrales superiores, o sobre de ellos, y puede producir la separación o la divergencia de las raíces.

No siempre es posible distinguir radiográficamente entre un quiste pequeño y el agujero incisivo.

Histológicamente los quistes maxilares anteriores medios pueden estar tapizados completamente o en combinación por epitelio escamoso estratificado, transicional, cilíndrico, cilíndrico ciliado pseudoestratificado, cilíndrico ciliado o cuboideo, siendo el revestimiento más común el escamoso estratificado ya que la mayoría de los quistes se originan en la parte inferior del conducto.

Tratamiento.-

Consiste en la enucleación por medio quirúrgicos del quiste y de su membrana.

B).- QUISTES POR RETENCION.

Encontramos 2 tipos de quistes por retención:

El mucocèle que es un fenómeno de retención mucosa al que se le atribuye origen traumático, es una lesión que afecta glándulas y conductos salivales.

La ránula constituye un verdadero quiste que aparece específicamente en el piso de la boca, relacionado con los conductos de glándulas submaxilares y sublinguales.

1.- MUOCOCELE.

También se le conoce con nombres de quiste mucoso, quiste submucoso, fenómeno de retención mucosa.

Se puede presentar en cualquier parte de la boca pero generalmente se ubican en labio, carrillo y piso de la boca - excepto en la mitad anterior del paladar duro.

Se puede presentar a cualquier edad principalmente en las primeras tres décadas de la vida, no tiene predilección por el sexo.

Muchos autores opinaban que este tipo de quiste era producto de la obstrucción del conducto de una glándula salival menor o accesoria, pero las investigaciones realizadas en ratas no consiguieron producir quistes de retención mediante la ligadura de los conductos glandulares submaxilares y sublinguales, en cambio se hicieron otros estudios en que si se seccionaba el conducto salival de manera que la saliva se acumulara en forma continua en los tejidos se formaba una cavidad bien demarcada que era histológicamente idéntica al quiste de retención natural, estas investigaciones revelan -

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

Clínicamente, la lesión se localiza a bastante profundidad en el tejido o puede, excepcionalmente, ser superficial, y según la localización presentara un aspecto clinico variable, la lesión 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.

La lesión superficial es una vesicula elevada y circunscrita, de varios milímetros al centímetro o más de diametro con un tono azulado.

Es significativo e interesante que casi se encuentre en su totalidad en el labio inferior.

El quiste se forma en pocos días, alcanza cierto tamaño y puede persistir durante meses a menos que se trate histológicamente. La mayor parte de estos quistes consisten en una cavidad circunscrita en tejido conectivo y submucosa que produce una elevación de la mucosa con adelgazamiento del epitelio como si estuviera estirado.

La cavidad raras veces tiene revestimiento epitelial- en cambio su pared se compone de un revestimiento de tejido- conectivo fibroso comprimido y fibroblastos.

No es raro que la pared de tejido conectivo sea esencialmente tejido de granulación, pero como quierá que sea - presenta infiltración de cantidades abundantes de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plamocitos.

Su tratamiento es la excisión, si simplemente se inci de la lesión, su contenido saldra, pero rapidamente volvera a llenarse en cuanto la incisión cicatrice. Después de enu- clearlo hay algunas recidivas, pero esto es menos factible - si también se eliminan los acinos glandulares salivales co-- rrespondientes.

2.- RANULA.

Es un verdadero quiste por retención, se encuentra en el piso de la boca; su desarrollo esta asociado a los conductos excretores de las glándulas sublingual o submaxilar y generalmente se debe a una obstrucción provocada por una sustancia organica blanda o por calculo salival.

Se encuentra en la edad adulta y en ambos sexos.

Su aspecto clínico es variable dependiendo del tamaño y profundidad, su tamaño es de uno a tres centímetros de diametro. En estos casos aparece como una masa blanda azul o rojiza rodeada superficie lisa y movable a veces alcanza un mayor tamaño y ocasiona desplazamiento de la lengua e interferir en funciones normales bucales tales como la masticación y la fonación.

La ránula puede perforarse cuando se traumatiza escurriendo un líquido mucoide que se acumula de nuevo cuando sana la lesión.

Histológicamente tiene una pared de tejido conjuntivo fibroso cubierto en su interior por epitelio escamoso aplanado en su interior se encuentran restos mucosos y celulares - (linfocitos, macrofagos, células plasmaticas).

Se deben tomar radiografias oclusales y radiografias-extraorales, para determinar la presencia de un cálculo salival que a veces origina la obstrucción.

Su tratamiento consiste en la marzupialización y en la extirpación quirúrgica de la glándula.

C).- QUISTES OSEOS O SEUDOQUISTES.

De los quistes óseos tendremos: El quiste óseo traumático, quístico, quiste óseo aneurismático, y quiste óseo - estático.

Se le llama también pseudoquistes porque cumplen con algunas pero no todas las características de las enfermedades quísticas, como por ejemplo su aspecto clínico y radiográfico es altamente similar al de los verdaderos quistes pero carecen de un revestimiento epitelial.

1.- QUISTE OSEO TRAUMATICO.

A este quiste se le conoce también como: quiste óseo-solitario, hemorrágico, de extravasación u óseo unicameral, - cavidad ósea idiopática.

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

El término "quiste" es en realidad inadecuado puesto que estas cavidades intraóseas no están revestidas de epitelio.

La etiología de este quiste es desconocida aunque se han propuesto una serie de teorías pero ninguna de ellas es definitiva y por lo menos una de ellas ha tenido aceptación - la teoría del origen en la hemorragia intramedular consecutiva a 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

ria traumática, una vez lesionada una zona de hueso esponjoso que contiene medula 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.

Existen otras teorías como la que dice que el quiste óseo traumático se debe a una neoplasia benigna intraósea preexistente como un mixoma o un condroma que nunca llegó a desarrollarse, reabsorviéndose y dejando una cavidad.

Este quiste es más frecuente en personas jóvenes, la edad promedio es de 18 en una serie de 45 pacientes más del 75 por 100 de casos ocurren en la segunda década de vida, los varones están afectados con mayor frecuencia probablemente debido a que están expuestos a lesiones traumáticas más a menudo que las mujeres.

Este quiste se localiza más frecuentemente en el cuerpo de la mandíbula, entre el canino y la rama ascendente, en otras ocasiones aparece en la región anterior de la mandíbula y es raro localizarlo en el maxilar superior.

Generalmente los quistes óseos son asintomáticos y se descubren por casualidad al realizar un estudio radiográfico.

Para diagnosticar este quiste la principal técnica consiste en una intervención y exploración quirúrgica. Si se halla una cavidad ósea no rodeada de epitelio o de una cápsula y que puede o no contener líquido, basta para establecer el diagnóstico de este quiste.

El examen radiográfico revela una zona radiolúcida suavemente contorneada de tamaño variable, a veces con un

delgado borde esclerótico, según sea la antigüedad de la lesión. Algunos quistes traumáticos solo miden un centímetro de diámetro, en tanto otros son tan grandes que abarcan la mayor parte de la zona molar del cuerpo mandibular, así como parte de la rama ascendente.

Histológicamente se trata de una cavidad cuyas paredes óseas están desnudas o están cubiertas por una capa extremadamente delgada de tejido conjuntivo laxo; hay ausencia de revestimiento epitelial.

Tratamiento. La exploración quirúrgica para el diagnóstico nos sirve como tratamiento ya que la eliminación de una parte de la corteza bucal que está por debajo de la cavidad ósea permite que el espacio se llene de sangre procedente de los tejidos vecinos, produciendo muchas veces el relleno de la cavidad por hueso.

Se legrara la cavidad ósea y el pronóstico es excelente.

2.- QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO.

El quiste óseo aneurismático es una lesión ósea solitaria, no es una verdadera entidad quística ya que no está revestido de epitelio sino que más bien se compone de una cavidad ósea llena de tejido fibroso muy vascularizado que contiene vasos cavernosos o sinusoides que son espacios llenos de sangre.

Se presenta en personas jóvenes, menores de 20 años - no tiene predilección por el sexo, la lesión también se puede presentar en adultos.

La etiología de este quiste no se ha llegado a aclarar muy bien siendo la explicación más acertada la que dice que el quiste óseo aneurismático se desencadena por un traumatismo que origina una ruptura de un vaso sanguíneo con la consecuente hemorragia intramedular produciendo la resorción de hueso que da lugar a una cavidad ósea llena de sangre.

Clínicamente no hay manifestaciones bucales o si las hay son de mínima importancia, no habiendo tumefacción ni de formación, en estos casos se descubre casualmente en un examen radiográfico.

Radiográficamente este quiste tiene una imagen que no se puede diferenciar de los verdaderos quistes óseos, apareciendo como una zona única redonda o elíptica de bordes bien definidos y rodeada por una zona hiperostótica. Cuando está localizado entre las raíces de los dientes puede llegar a desplazarlos. En algunas ocasiones se nos presenta también como una zona radiotransparente que contiene unas finas e irregulares trabéculas ósea que dan un aspecto de panal de abejas o pompas de jabón.

Histológicamente este quiste es muy parecido al granuloma reparativo de células gigantes con tejido fibroso celular y numerosos espacios cavemosos o sinusoides llenos de sangre. Estos espacios presentar trombosis o no. Los fibroblastos jóvenes son abundantes en el estroma de células gigantes multinucleares con una distribución similar a la del granuloma de células gigantes.

Tratamiento.-

El cureteado o la extirpación quirúrgica es el tratamiento adecuado, aunque también se han aplicado dosis bajas de irradiación. Pero, la posibilidad del sarcoma por irra--

diación es una amenaza permanente y sobre esta base, la irradicación de las lesiones benignas ha sido seriamente discutida. La recidiva en otros huesos, además de los maxilares varia entre el 21 y 59 por 100 de los casos. Sin embargo, que se sepa no ha recidivado ninguna lesión de maxilar.

3.- QUISTE OSEO ESTÁTICO.

También se le conoce con los siguientes nombres: quiste óseo latente, cavidad ósea mandibulo lingual, defecto óseo embrionario, cavidad ósea mandibular y hernia salival - de la mandíbula.

Esta lesión no constituye un verdadero quiste ya que no cumple con ninguno de los requisitos del quiste, sino que es un defecto asimétrico del desarrollo en la mandíbula en el surco hecho por la arteria facial donde cruza el hueso o cerca del mismo.

El quiste óseo estático se presenta en mujeres principalmente en la edad adulta y puede presentarse unilateralmente o bilateralmente. Es de tamaño de entre 1 y 2 centímetros de diámetro, de forma semicircular con apertura inferior, en algunos casos elípticos o redondo y completamente incluido dentro del hueso un poco por encima del borde inferior de la mandíbula.

El tamaño de este quiste no varía con el tiempo de ahí su nombre de quiste estático o latente.

Clínicamente por lo regular esta lesión no presenta sintomatología aunque a veces es posible palpar a lo largo de la superficie lingual de la mandíbula una depresión.

Radiográficamente se encuentra una lesión radiotransparente homogénea de tamaño moderado bien delimitada redonda o elíptica, situada por debajo del conducto dentario inferior inmediatamente por delante del ángulo de la mandíbula, en algunos casos raros se localizan más anteriormente en la zona de premolares y otros sitios, . Hay deformación o festoneado de la corteza inferior.

Es necesaria la exploración quirúrgica para diferenciar este quiste de otras lesiones de aspecto parecido pero anatomopatológicamente diferentes como una neoplasia benigna central, un verdadero quiste o un mieloma. Esta exploración quirúrgica demuestra que el defecto es una cavidad de localización lingual recubierto por tejidos blandos normales, pudiendo contener tejido linfoide, musculatura estriada, tejido glandular salival submaxilar.

Tratamiento.- Debido a que esta lesión o este quiste no tiene importancia patológica, no requiera de tratamiento, pero su parecido con otras enfermedades nos obligara a efectuar una exploración quirúrgica con fines diagnosticos exclusivamente. Su pronóstico de esta lesión es excelente.

D).- QUISTES DISONTOGENICOS.

Son quistes del desarrollo que se presentan en los te
jidos blandos de la boca y cuello.

Sus característica principal es que proceden del epi-
tolio de desarrollo o embrionario que en forma de residuos -
ha quedado atrapado en diversas regiones de la cara y cuello
durante la fusión, de los tejidos blandos durante la vida.

1.- QUISTES DERMOIDE Y EPIDERMOIDE.

El quiste dermoide es un quiste de desarrollo tapiza-
do de epidermis y apendicis cutaneos, probablemente se debe
a un enclovamiento del ectodermo durante el cierre de las fi
suras embrionarias que ocurren la 3a. o 4a semana de vida in
trauterina. Debido a que estos atrapamientos pueden abarcar
también células de otras capas germinales y ya que los compo-
nentes no epiteliales pueden participar también en el proce-
so de desarrollo, el quiste dermoide contiene siempre teji-
dos y estructuras de origen no epitelial.

Estos quistes dermoides aparecen con más frecuencia -
alrededor de la boca, puede ser mediano o lateral. Se cree-
que tienen su origen siempre encima del musculo milohiideo,-
aunque también pueden penetrarlo a traves de un hiato de de-
sarrollo.

En el quiste dermoide medial en enclavamiento de epite
lio en la linea media probablemente ocurre durante la fusión
de los arcos branquiales primeros (maxilar) y segundo (hioi-
deo), es decir, por la fusión de los procesos laterales a ca
da lado del arco maxilar con el tuberculo impar para formar-
la lengua anterior y el suelo de la boca.

El quiste dermoide Lateral se halla entre las caras laterales de los músculos genianos y el milohioideo. Este quiste produce menos tumefacción que el quiste medial. Se presenta situado profundamente en canal muscular formado por el geniogloso medialmente y el milohioideo lateralmente, proyectándose dentro de la boca por debajo de la glándula sublingual a nivel de la zona premolar molar y dentro del cuello en la unión de la regiones submentoniana y submaxilar. El lateral probablemente se deriva del extremo ventral de la primera bolsa faríngea o de la hendidura branquial.

No tiene predilección por el sexo, al nacer son raras veces evidentes y aparecen clínicamente entre los 12 y 25 años de vida. Aproximadamente el 25% de los quistes dermoides que ocurren en la cabeza y el cuello derivan del piso de la boca.

Cuando el quiste se encuentra localizado por encima del músculo geniioideo (quiste dermoide sublingual o geniogloso) se presentara desplazamiento y elevación de la lengua provocando dificultades al hablar, comer e incluso respirar debido a la presión que la masa tumoral ejercer sobre la epiglottis.

Clínicamente se presentara como una masa o tumoración de 2 cm. o más de diametro, de forma redonda bien delimitada de superficie lisa, situado en la línea media del suelo de la boca. A la palpación se siente una masa semisólida pastosa pudiendo ser fluctuante dependiendo del contenido del quiste. Cuando el quiste es más profundo, entre el músculo geniioideo y el músculo milohioideo puede causar un abultamiento en la región submentoniana (quiste dermoide submentoniano). Se manifiesta como una hinchazón lenta e indolora en la región submentoniana que se extiende desde la mandíbula hasta el hueso hioides dándole al mentón un aspecto parti

do o doble.

Histológicamente el revestimiento del quiste es un - epitelio escamoso estratificado queratinizado, se presentan uno o varios apéndices cutáneos como folículos pilosos, glán-dulas sudoríparas o glándulas sebáceas. La cavidad general-mente se encuentra llena de queratina y material sebáceo.

El quiste epidermoide es parecido al dermoide que tam-bién se origina de células epiteliales atrapadas al cierre - de las capas de tejidos blandos durante la 3a y 4a. semana - de vida intrauterina.

Su localización y manifestaciones clínicas son igua-les a los del quiste dermoide excepto en que cuando el quiste epidermoide es más superficial carece de carácter pastoso del dermoide.

El quiste epidermoide puede considerarse también como un quiste de inclusión ya que además de desarrollarse a partir de los enclavamientos suturales o fisurales de epitelio- puede formarse también a partir de las masas epiteliales que se han separado de la superficie epitelial, . Estas inclusio-nes pueden ocurrir durante el desarrollo o pueden resultar - de un Traumatismo en el que el epitelio haya sido desplazado de una manera anormal.

Este quiste se diferencia del quiste dermoide histoló-gicamente solo en un revestimiento de epitelio escamoso es-tratificado, bien queratinizado y una pared de tejido fibro-so. Faltan los anexos cutáneos como las glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos.

Tratamiento.- El tratamiento para el quiste dermoide como para el quiste epidermoide consistira en la extirpación quirúrgica del quiste, ya sea intraoral o extraoral según - sea el caso.

2.- QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL.

El quiste de la hendidura branquial es un quiste del desarrollo, poco frecuente se le conoce también con el nombre de quiste linfoepitelial cervical benigno, quiste cervical lateral, nódulo linfático quístico benigno.

Es un quiste que se produce en la zona lateral del cuello y fue descrito clasicamente como originado en los restos de los arcos branquiales o sacos faríngeos.

Por lo regular está ubicado superficialmente a un costado del cuello, cerca del ángulo de la mandíbula y se encuentra cubierto solamente por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y generalmente está sobre la vaina carotídea, también se ha observado dentro de un ganglio linfático intraparotídeo.

Esta lesión también ocurre en el piso de la boca, de la lengua o de la faringe bucal. lo cual habla también en contra de un origen branquial.

La mayoría de estos quistes aparecen en adultos jóvenes entre los 20 y 40 años no teniendo predilección por el sexo, aunque pueden tornarse evidentes en la niñez temprana. El hecho de que aparecen con más frecuencia en la tercera y cuarta etapa de la vida se debe al hecho de que el epitelio glandular encerrado en los ganglios linfáticos empieza proliferar después de la pubertad.

Son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semanas a muchos años.

Clínicamente la lesión se presenta como una masa móvil asintomática y circunscrita en la zona lateral del cuello

superior, por lo común cerca del borde anterior del músculo-esternocleidomastoideo.

Aunque la mayoría de estos quistes se producen en el cuello, muchos fueron observados en el angulo de la mandíbula, en la zona submaxilar e incluso en las zonas periauricular y porotídea.

Histológicamente este quiste suele estar tapizado de epitelio escamoso estratificado, pero puede contener epitelio columnar estratificado. La pared del quiste se compone por lo general de tejido linfoide con la forma típica del nódulo linfático. En la pared también, puede haber una cantidad variable de tejido conectivo.

El quiste propiamente dicho puede contener un líquido acuso claro o un material mucoide gelatinoso espeso.

Tratamiento.-

Este quiste debe ser tratado por medio de una remoción quirúrgica minuciosa. Hay recidiva si se dejan restos o simplemente si se drena la lesión.

3.- HIGROMA. QUISTICO.

Esta lesión consiste en el desarrollo de una anomalía del sistema linfático que casi siempre aparece al nacer o durante el periodo neonatal, su posición corresponde a la de los sacos linfáticos primitivos, se cree que estos quistes se originan de enucleaciones de tejido linfático embrionario.

Aunque no ha quedado establecido si el higroma quístico es debido a causa de un drenaje insuficiente debido a la falta de comunicación de los quistes con canales linfáticos-centrales o venas, o es debido a causa de un crecimiento local expansivo de tejido linfático con secreción excesiva por las células vivas. Esta lesión está relacionada con el linfangioma congénito de la lengua estando asociados frecuentemente.

Estas lesiones se presentan al nacer en más del 50 por 100 de los casos y el resto durante los primeros años de vida en el periodo del crecimiento linfático activo. Se presenta con un poco más de frecuencia en hombres que en mujeres.

Clínicamente se presenta un agrandamiento y prolongación dentro del piso de la boca o del torax, puede ser lentamente progresivo o intermitente dando a una dificultad en la respiración, en la deglución o en ambas cosas.

La enfermedad es muy peligrosa pero ya ha disminuido el índice de morbilidad gracias al uso de antibióticos.

En un 15% estas lesiones se prolongan dentro del mediastino y en un 15% se asocian con invasión linfangiomatosa de la lengua. La prolongación dentro del mediastino se limita

ta a la masa del lado derecho. En algunas ocasiones se presenta infección cervical y en otras ocasiones se ha llegado a registrar hemorragia espontánea.

Histológicamente la lesión consta de numerosos espacios quísticos llegan a comunicarse entre si. Las paredes - están constituidas de tejido conjuntivo fibroso colageno, - músculo liso y raras veces de músculo estriado, hay grandes vasos y nervios linfáticos.

Los focos hemorrágicos antiguos son frecuentes así como la presencia de trombos en las paredes del quiste.

Tratamiento.- Se extirpara quirúrgicamente la lesión y el pronóstico es desfavorable.

H.- QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

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

El conducto tirogloso es aquel conducto epitelial ciego que decende desde la lengua hasta la localización de la sutura glándula tiroides después del descenso y la diferenciación de la tiroides, el conducto degenera pero deja una estela de restos epiteliales, estos restos epiteliales pueden degenerar en un quiste, originando un quiste del conducto tirogloso.

Clínicamente.

Puede localizarse en cualquier parte de la línea media desde el foramen calcium hasta la glándula tiroides, se manifiesta como una masa móvil blanda y en ocasiones sensible a la presión, situado en la línea media suele levantarse al deglutir o al sacar la lengua aparece durante las dos décadas de la vida, no hay predilección por el sexo.

Si el quiste está localizado dentro de la lengua o en la región suprahioidea puede producir molestias como disfagia, o accesos de ligera asfixias, puede haber ronquera o dificultad de fonación, su apariencia es variable dependiendo de la localización específica del quiste y también de la presencia o no de la infección secundaria.

Aproximadamente del 15 al 35% de estos quistes dan lugar a un conducto fistuloso que va a parar a la región anterior del cuello, en la línea media y cerca del hueso hioides, la mayoría de las fístulas del conducto tirogloso aparece -

después de la ruptura del quiste, puede apreciarse un exudado seroso o la fístula puede quedar cubierta por unas contras de color pajizo que son eliminadas por el paciente siendo reemplazadas por unas nuevas.

Histológicamente el conducto o fístula tiroglosa está tapizado por epitelio escamoso estratificado, cilindrico ciliado o no ciliado y transicional intermedio. Estos quistes pueden conectarse al agujero ciego por conducto únicos o múltiples, o carecen de comunicación. Algunas veces pueden haber glándulas mucosas dentro de su luz.

Tratamiento.- El tratamiento para el quiste del conducto tirogloso es la excisión quirúrgica radical, Este procedimiento debe ser relativamente radical si se desea evitar la recidiva.

VI.- CONCLUSIONES.

Existen varias clasificaciones de los quistes ya que son diferentes autores los que los clasifican de acuerdo con su criterio, en la presente tomamos en cuenta la clasificación de Irving Meyer y Geral Scklar que se basan en el origen del componente epitelial y en la localización específica del quiste, en su etiología y en su contenido.

Dentro de la clasificación que aquí se presentó existen algunas entidades patológicas que no constituyen completamente un quiste verdadero por carecer de un revestimiento epitelial (mucocelo, quistes óseos o pseudoquistes) pero dado que sus características clínicas y radiológicas son muy semejantes se les clasifica dentro de los quistes.

En vista de que la mayoría de los quistes en sus estadios primarios se descubre casualmente al efectuar un examen radiográfico en la zona por otra causa es importante que el odontólogo tome una serie radiográfica como rutina al examinar a sus pacientes.

En algunos quistes el diagnóstico radiográfico se dificulta debido a que sus características radiográficas son muy similares a las estructuras anatómicas normales como son seno maxilar y fosas nasales, por eso el diagnóstico definitivo se debe realizar complementando el estudio radiográfico, la exploración clínica y el estudio histopatológico.

El único tratamiento efectivo para tratar estas lesiones es el quirúrgico: realizando, la enucleación completa o en el caso de quistes radicales de pequeño tamaño se puede efectuar la apiceptomía y curetaje de la cavidad quística con buenos resultados.

Otra técnica quirúrgica es la marzupialización que se tomara en cuenta en aquellos casos donde existan quistes de gran tamaño y se encuentran involucradas zonas anatómicas - con esta técnica se reducirá el volumen del quiste evitando lesionar dichas zonas.

VI.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL. WILLIAM G. SHAFER
Editorial interamericana
- 2.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL GUSTAVO O. KRUGER
Editorial interamericana
- 3.- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL GUILLERMO A. RIES CENTENO
Editorial El Ateneo.
- 4.- CIRUGIA BUCAL W. H. ARCHER
Editorial Mundi.
- 5.- PATOLOGIA BUCAL K. H. THOMA
Editorial Salvat.
- 6.- PATOLOGIA BUCAL S. N. BHASKAR
Editorial El Ateneo.
- 7.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL EDWARD V. ZEGARELLI
Editorial Salvar.
- 8.- CIRUGIA BUCAL PRACTICA DANIEL E. WAITE
Editorial Continental.
- 9.- APUNTES INEDITOS DE LICENCIATURA CATEDRA DE CIRUGIA BUCAL.
- 10.- DICCIONARIO MEDICO TEIDE LUIGI SEGATORE
Editorial Teide.
- 11.- DICCIONARIO MEDICO, EDITORIAL SALVAT.