



18
Rey
Reedott
23-V-86.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

Facultad de Odontología

Quistes de la cavidad bucal

TESIS

Que para obtener el título de :
CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a n :
MYRNA ALVARADO GONZALEZ
VERONICA SILVA GARCIA

México, D.F.

1986.





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 está 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

| | Pág. |
|--|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| CAPITULO I.- HISTORIA DE LA CIRUGIA ORAL | 2 |
| CAPITULO II.- ANATOMIA Y EMBRIOLOGIA | 9 |
| CAPITULO III.- DEFINICION | 38 |
| CAPITULO IV.- CLASIFICACION | 39 |
| CAPITULO V.- QUISTES ODONTOGENICOS | 40 |
| a) Quiste Primordial | 41 |
| Etiología | 41 |
| Características Clínicas | 42 |
| Características Radiográficas | 43 |
| Características Histológicas | 44 |
| Tratamiento y Pronóstico | 45 |
| b) Quiste Dentífero | 46 |
| Etiología | 46 |
| Características Clínicas | 47 |
| Características Radiográficas | 49 |
| Características Histológicas | 50 |
| Tratamiento y Pronóstico | 51 |
| c) Quiste de Erupción | 53 |
| Etiología | 53 |
| Características Clínicas | 53 |
| Características Histológicas | 53 |
| Tratamiento | 53 |
| d) Quiste gingival del recién nacido | 54 |
| Etiología | 54 |
| Características Clínicas | 55 |

| | Pág. |
|---|------|
| Características Histológicas | 56 |
| Tratamiento. | 57 |
| e) Quiste periodontal y gingival laterales. | 58 |
| Etiología | 58 |
| Características Clínicas | 59 |
| Características Radiográficas | 60 |
| Características Histológicas (Diagnóstico Diferencial) | 61 |
| Tratamiento y pronóstico | 62 |
| f) Quiste Odontogénico Queratinizante y Calcificante | 63 |
| Etiología | 63 |
| Características Clínicas | 64 |
| Características Radiográficas | 65 |
| Características Histológicas | 66 |
| Tratamiento y pronóstico | 67 |
| g) Quiste Radicular | 68 |
| Etiología | 68 |
| Características Clínicas | 69 |
| Características Radiográficas | 70 |
| Características Histológicas (Diagnóstico Diferencial) | 71 |
| Tratamiento | 73 |
| h) Queratoquistes Múltiples de los Maxilares | 74 |
| Etiología | 74 |
| Características Clínicas | 74 |
| Características Clínicas del Síndrome de Nevo Basocelular | 75 |

| | Pág. |
|--|-----------|
| Características Radiográficas | 76 |
| Características Histológicas (Diagnóstico Diferencial) | 77 |
| Tratamiento y pronóstico | 78 |
| Diagnóstico Diferencial de quistes Odontogénicos | 79 |
| CAPITULO VI .- QUISTES FISULARES | 81 |
| a) Quiste Palatino Mediano | 82 |
| Etiología | 82 |
| Características Clínicas | 82 |
| Características Radiográficas | 82 |
| Características Histológicas | 82 |
| Tratamiento y Pronóstico | 82 |
| b) Quiste Alveolar Mediano | 83 |
| Etiología | 83 |
| Características Clínicas | 83 |
| Características Radiográficas | 83 |
| Características Histológicas (Diagnóstico Diferencial) | 84 |
| Tratamiento | 84 |
| c) Quiste Globulomaxilar | 85 |
| Etiología | 85 |
| Características Clínicas | 85 |
| Características Radiográficas | 85 |
| Características Histológicas (Diagnóstico Diferencial) | 86 |
| Tratamiento | 86 |

| | |
|--|----|
| d) Quiste Nasoalveolar | 87 |
| Etiología | 87 |
| Características Clínicas | 87 |
| Características Radiográficas | 88 |
| Características Histológicas (Diagnóstico Diferencial) | 88 |
| Tratamiento. | 88 |
| e) Quiste Mandibular Mediano | 89 |
| Etiología | 89 |
| Características Clínicas | 89 |
| Características Radiográficas | 89 |
| Características Histológicas (Diagnóstico Diferencial) | 89 |
| Tratamiento y Pronóstico | 90 |
| f) Quiste Nasopalatino | 91 |
| Etiología | 91 |
| Características Clínicas | 92 |
| Características Radiográficas | 93 |
| Características Histológicas (Diagnóstico Diferencial) | 93 |
| Tratamiento | 94 |
| CAPITULO VII .- QUISTES DE RETENCION | 95 |
| a) Ránula | 96 |
| Etiología | 96 |
| Características Clínicas | 96 |
| Características Histológicas | 96 |
| Tratamiento | 96 |

| | Pág. |
|--|------|
| b) Mucocele (Quiste de retención Muco <u>sa</u>) | 97 |
| Etiología | 97 |
| Características Clínicas | 97 |
| Características Histológicas (Diagnós <u>tico</u> Diferencial) | 98 |
| Tratamiento y Pronóstico | 99 |
| CAPITULO VIII.- QUISTES EMBRIOLÓGICOS | 100 |
| a) Quiste Epidermoide y Dermoide | 101 |
| Etiología | 101 |
| Características Clínicas | 101 |
| Características Histológicas (Epidermoi <u>de</u>) | 102 |
| Características Histológicas (Dermoide) | 102 |
| Diagnóstico Diferencial | 102 |
| Tratamiento | 103 |
| b) Quiste del conducto Tirogloso | 104 |
| Etiología | 104 |
| Características Clínicas | 104 |
| Características Histológicas (Diagnós <u>tico</u> Diferencial) | 105 |
| Tratamiento, Técnica Quirúrgica y Pro <u>n</u> óstico. | 105 |
| CAPITULO IX.- CASO CLINICO | 107 |
| CONCLUSIONES | 110 |
| BIBLIOGRAFIA | 111 |

INTRODUCCION

La presente tesis tiene por objeto reafirmar los conocimientos adquiridos sobre el tema de quistes y relacionarlos con casos que se presentan en el consultorio dental.

Así mismo adquirir información de algunos conceptos que van acompañados con casos clínicos.

Precisar el concepto de quiste.

Examinar factores que favorecen o defavorecen al tratamiento de los quistes.

Apreciar la importancia que tienen los signos radiográficos en algunos casos.

Reafirmar la importancia que tiene enviar nuestro tejido a un estudio histológico.

Reafirmar como la presencia de quistes odontogénicos son el complemento de un síndrome.

Visualizar las manifestaciones clínicas y que características tiene cada quiste.

Adquirir conciencia de las obligaciones que tiene cada C.D. al explicar la importancia que tiene la cavidad bucal y la función que desempeña.

Por tal motivo a continuación se desarrollará un caso clínico que se presentó en la clínica de Milpa Alta.

CAPITULO I

HISTORIA DE LA CIRUGIA ORAL

La cirugía oral como especialidad se puede encontrar ya - en los tratados dentarios escritos en el siglo XVI, así - como la cirugía practicada por los barberos, en el Siglo XIX, la cirugía oral queda establecida como una disciplina.

Sólo en el siglo XX fue reconocida oficialmente lo cual - se debió en gran parte a las consecuencias de la primera guerra mundial.

LA ODONTOLOGIA EN LA EPOCA DEL PRERENACIMIENTO

Existen bajo relieves, utensilios y tablas con jeroglíficos que nos proporcionan algunos datos sobre la habilidad de los profesionales de la era pregregia.

Quizá el más interesante de todos estos testimonios es el Papyrus quirúrgico, de Edwin Smith en la Biblioteca de la New York Academy of Medicine, este manuscrito que data del Egipto de 1600-1700 a.J.C. Se presentan 22 lesiones de la cabeza que incluyen la descripción de fracturas y dislocaciones mandibulares lesiones de los labios y de la barbi-lla, e indica el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

En trabajos que se atribuyen a Hipócrates (nacido el año - 460 a. J.C.) se aconseja la extracción de los dientes destruidos si eran movédizos, y cuando estaban destruidos pero no se movían, aconsejaban la desecación con un cauterio.

Para reducir las fracturas del maxilar inferior, se aconsejaba ligar juntos los dientes de cada lado de la fractura con cordel de lino o hilo de oro e incluso decía que los dientes perdidos podían reemplazarse y mantenerse en su sitio mediante ligaduras similares. Un trabajo de Hipócrates sobre dislocaciones fue muy estudiado en el siglo X por Apolonio de Kito en sus comentarios, pues era lo primero que se escribió en los últimos siglos a. J.C., que también estaba ampliado con ilustraciones.

Que los fórceps dentarios eran conocidos por los griegos resulta evidente a través de los comentarios de Aristóteles, cuando explica que (estaban construídos con dos palancas, aplicadas la una contra la otra y con un fulcro común).

Celso Cornelio, un patricio romano del siglo I de nuestra era, escribió varios volúmenes de Medicina, en el cual describe úlceras de la boca que los griegos llamaban aftas; pequeños tumores en la encía llamados parulides por los griegos; un método para extraer dientes con fórceps; tratamientos para el dolor de muelas; incisiones y drenajes de los abscesos y la reducción de fracturas de las arcadas con un método muy semejante al de los egipcios.

Galeno describió la anatomía de los incisivos así como su función, la de los caninos y molares e hizo observaciones sobre la odontología sobre la cual diferenciaba el dolor

producido por las pulpitis del producido por la periodontitis.

Los autores islámicos del siglo IX y X, como Rhzas (841 - 926), Abbas (m.994), Serapión (siglo X), Avicena (980- - 1037) y Abucais (1050-1122) siguieron en su mayoría los - preceptos establecidos por los griegos, representados por Galeno, Celsus e Hipócrates. La dominación del mundo del arte y de la ciencia se extiende aproximadamente a los -- cuatrocientos años que preceden al renacimiento. Los tra- tamientos eran esencialmente no quirúrgicos, puesto que - como su doctrina condenaba las heridas e incisiones de -- sangre humana, tuvieron que esforzarse en encontrar remedios en la química y en la farmacia. El cauterio se con- virtió en instrumento nacional. Poco antes de la extrac- ción de los dientes, los árabes empleaban aplicaciones tó- picas de medicamentos o desvitalizaban mediante cauterios al rojo.

LA CIRUGIA ORAL EN EL RENACIMIENTO

Desde el sur de Francia hasta Bolonia viajó Guy de Chau- - llac (1298-1368), autor de un sumario de odontología, mu- - chas de cuyas observaciones estaban tomadas de Galeno, Aviceno y Albucasis. Se dice que fue el primero que ejerció la odontología como especialidad.

Giovanni Arcolani fue profesor de medicina y cirugía de Bo

lonia y escribió un tratado de cirugía por lo que se le considera como uno de los pioneros de la cirugía bucal.

Además de describir el relleno de las caries con oro, su libro contiene grabados del instrumental usado: pelícanos, fórceps curvados y un pico de cigüeña para la extracción de raíces.

Vesalio (1514-1564). Falopio (1523-1562) y Eustaquio (1520-1574) fueron los que verdaderamente describieron la anatomía humana en el Renacimiento. Vesalio describió el diente y la cámara pulpar y discrepó del concepto aristotélico de que la mujer tenía menos dientes que el hombre. Falopio adoptó los términos de paladar duro y paladar blando e hizo una descripción minuciosa del quinto, séptimo y noveno par craneal.

Falopio y Eustaquio describieron con detalle el desarrollo del diente desde su fase intrauterina hasta el momento de su erupción.

El libro de Eustaquio fue el primer artículo publicado sobre la anatomía dental y en el que ya se describía la membrana periodontal Ambrosio Paré (1510-1590). Describió métodos para el reimplante y trasplante de los dientes, obturados para paladar hendido, y extrajo dientes, drenó abscesos y consolidó fracturas.

Walther Ryff publicó 1540 fractura tratada con alambre de

oro introducidos a través de todos los dientes.

En el siglo XVII se publicó una obra en la que se describían 600 casos, desde el dolor de muelas hasta las tumora ciones.

En el siglo XVII, la práctica dental salió del área reducida de los barberos y cirujanos de las comedias de Molie re.

PIONEROS DE LA CIRUGIA ORAL DESDE EL SIGLO XVII

Fauchard fue un gran clínico y comprendió la importancia de las enfermedades de la boca con la relación de la salud -- corporal. Su Le Chirurgien Dentiste fue el compendio más completo de la época: contenía disertaciones sobre ortodoncia, cirugía, implantes, piorrea, dolores reflejos dentarios, anatomía dental, patología, materia médica y procedimientos de prótesis.

Contemporáneo de Fauchard fue Robert Bunon autor de cuatro tratados dentales publicados entre 1741 y 1744 que señalaba el uso de las prótesis bucales para el tratamiento de las fracturas de la mandíbula. (A través de dos agujeros ligaba a las arcadas en bloque de marfil).

Anselmo Luis Bernard Jourdain-Bechillet (1734-1816) practi có la dentisteria y lo que hoy en día es la cirugía oral. En 1778 publicó su trabajo más importante. La influencia del pensamiento de Fauchard es grande en este autor. Estu

dió detalladamente todos los temas que hoy en día constituyen la especialidad: abscesos, caries, necrosis de las arcadas, enfermedades de las glándulas salivales y de sus conductos, rínulas, cálculos, tumores, hemorragias y problemas sinusales.

Una de las obras maestras de John Hunter, contribuyó notablemente la odontología, en cuanto a la anatomía y fisiología, estableció una nomenclatura científica para los -- dientes y fue quién empleó por primera vez los términos - de cúspide para el canino y bicúspide para los premolares. Solo extraía los dientes que estaban sumamente cariados y en los que era imposible practicar una obturación, esterilizándolos por ebullición y volviéndolos a reimplantar. - Para corregir la protrusión de la arcada superior recomendaba la extracción de una bicúspide de cada lado.

La tradición inglesa está representada por Sir Jhon Tomes cuyo estudio sobre histología del hueso y del esmalte del diente le llevaron al descubrimiento de las células del esmalte (procesos de Tomes) y de afibrillas dentinales, - procesos citoplasmáticos de los odontoblastos. Los fór-- ceps por él diseñados son los prototipos de los que se -- usan actualmente.

Simón Hüllihen (1810-1857) nació en Florida y autodidacta, practicó cirugía dental en Ohio en el este de Virginia. - Fue el primer especialista en cirugía maxilofacial. Per-

feccionó numerosos instrumentos dentales y consiguió reunir una importante cantidad de trabajos sobre prognatismo, paladar hendido y una formidable descripción de muchas operaciones.

James Garretson (1829-1895) ha sido apellidado el padre de la cirugía oral y fue el que dió este nombre a la especialidad.

Las técnicas de asepsia no se han practicado de una manera rigurosa hasta el siglo XX.

CAPITULO II

A N A T O M I A

CAVIDAD BUCAL

La cavidad bucal es el inicio del aparato digestivo, limitada por delante con los labios, por los lados con las mejillas, arriba con el paladar; abajo con la lengua; y los músculos que forman el piso de la cavidad; por detrás comunica con la faringe mediante el istmo de las fauces.

Los procesos alveolares de la mandíbula y los maxilares -- con dientes dividen a la cavidad bucal en dos partes. La anteroexterna -el vestíbulo de la boca, y la posterointerna- la cavidad propiamente dicha, ambas partes estando -- ocluidas mandíbula y maxilar, se comunican entre sí a través de pequeños espacios existentes entre las bases de las coronas de los dientes y los grandes espacios que hay detrás de los últimos molares de la mandíbula y los maxilares.

HUESO MAXILAR

Es un hueso par esta situado en la parte anteroposterior - del cráneo facial, pertenece al grupo de los huesos neumáticos ya que en el se encuentra el seno maxilar; que es -- una cavidad tapizada de mucosa.

En este hueso observamos un cuerpo y cuatro procesos: el cuerpo maxilar donde se aloja el seno maxilar, tiene cua-- tro caras:

1.- Cara Orbital. Es lisa triangular ligeramente inclinada hacia adelante, hacia fuera y abajo para formar la pared inferior de la órbita. Su borde medial se une por delante con el hueso lagrimal en la sutura lagrimomaxilar -- por detrás del hueso lagrimal con la lámina orbital del -- hueso etmoidal en la sutura etmoideomaxilar, y más hacia -- atrás con el proceso orbital del hueso palatino en la sutura Palatomaxilar.

2.- Borde anterior de la cara orbital es lisa y forma el borde infraorbital libre, por fuera es dentado y se continúa con el proceso cigomático, por dentro el borde infraorbital forma una curvatura que agudiza y continúa con el -- proceso frontal por donde se extiende la cresta lagrimal anterior.

3.- Borde posterior. De la cara superior junto con el -- borde inferior paralelo a éste de la cara orbital de las -

alas mayores del hueso esfenoidal forman la fisura orbital inferior, en su parte central de esta presenta el surco infraorbital dirigida hacia adelante se hace más profundo para formar el canal infraorbitario.

4.- Cara Infratemporal. Se dirige a las fosas infratemporal y pterigopalatina; es irregular y forma la tuberosidad del maxilar en ella encontramos los agujeros alveolares, a través de los cuales pasan los nervios que van a los dientes posteriores del maxilar. Su cara anterior es más abajo del borde infraorbital, se abre al agujero infraorbital, por debajo del cuál esta la fosa canina abajo la cara anterior se continúa con las eminencias alveolares.

Adentro y hacia adelante en dirección hacia la nariz el cuerpo del maxilar se continúa con el borde agudo de la incisura nasal la cual termina por abajo de la cisura nasal anterior. Las incisuras nasales de ambos huesos maxilares limitan la apertura piriforme que conduce a la cavidad nasal.

5.- Cara Nasal. En el ángulo postero superior se encuentra el Hiato Maxila, que lleva al seno maxilar por detrás, es áspero y se une con la lámina perpendicular del hueso palatino palatino mayor. Por delante del hiato pasa el surco lagrimal que por delante limita con el borde posterior del proceso frontal y termina en el canal naso lagrimal; aquí este se relaciona por arriba con el proceso lagrimal

de la concha inferior. Más adelante en la cara nasal se encuentra la cresta conchal en la cual se inserta la concha nasal inferior.

En el borde superior de la cara nasal, en el lugar de paso a la cara anterior se dirige hacia arriba el proceso frontal.

Proceso Frontal:

Este proceso presenta dos caras medial (nasal) y lateral (facial). La cresta lagrimal anterior divide la cara en dos porciones: anterior y posterior; la posterior se continúa hacia abajo con el surco lagrimal y esta limitada -- por dentro por el borde lagrimal con el cual se continúa -- el hueso lagrimal, para formar la sutura lagrimomaxilar.

De la cara medial en dirección anteroposterior, la cresta etmoidal, el borde superior del proceso frontal es dentado y se une con la porción nasal del hueso frontal en la sutura fronto maxilar. El proceso se une por el borde anterior con el hueso nasal en la sutura fronto maxilar.

El proceso Palatino. Lámina ósea situada horizontalmente que parte hacia adentro del borde interno de la cara nasal y junto con la lámina horizontal del hueso palatino forman el septo óseo dispuesto entre la cavidad nasal y cavidad bucal por enmedio de los procesos palatinos, ambos huesos maxilares se unen entre sí para formar la sutura palatina media.

MANDIBULA

Es hueso impar que constituye la porción inferior del macizo facial; este hueso define: un cuerpo y dos procesos -- llamados ramas que del extremo posterior del cuerpo se dirigen hacia arriba.

Cuerpo: Se forma de dos mitades unidas por la línea media, fusionándose en un solo hueso en el primer año de vida. Cada mitad esta encorvada con la convexidad hacia -- afuera. En el cuerpo se distinguen: un borde inferior; la base de la mandíbula; y un borde superior, la porción alveolar.

Cara anterior del cuerpo: En su parte media tiene la protuberancia mental por fuera de la cual se encuentra el tuberculo mental y afuera de este se halla el agujero mental, este agujero corresponde a la posición de la raíz del segundo premolar, por detrás del agujero mental se encuentra la línea oblicua externa que se va hacia arriba para continuarse con el borde anterior de la rama mandibular.

La porción Alveolar.

Este borde contiene 16 alveolos dentales ocho a cada lado, separados uno del otro por los septos interalveolares y entre la cavidad alveolar de los dientes birradiculares por los septos interradiculares.

El borde superior de la cara facial del cuerpo del hueso --

tiene una serie de eminencias alveolares. En la cara interna del cuerpo de la mandíbula, cerca de la línea media se encuentra la (Apofesis Geni espina mental solitaria o doble) (lugar de origen de los músculos genihioides y genio-gloso próximo a su borde inferior se encuentra la fosa digástrica sitio de inserción del músculo digástrico, en esta cara siguiendo la dirección de la rama mandibular se distingue la línea milohioidea aquí se encuentra el músculo milohioideo y una parte del músculo constrictor de la faringe.

En la parte anterior de esta línea se encuentra la fosita sublingual huella de la glandula sublingual, y por abajo de su extremo posterior está la fosita submandibular huella de la glandula submandibular por debajo de la misma parte posterior de dicha línea pasa el surco milohioideo; huella de los vasos y nervios milohioideos.

La rama de la mandíbula representa una lámina ósea ancha, que se levanta del extremo posterior del cuerpo el ángulo de la mandíbula. En la cara externa de la rama en la región del ángulo mandibular se encuentra una cara áspera; la tuberosidad masetérica huella de la inserción del músculo homónimo. En el lado interno correspondiente a dicha tuberosidad, hay una cara áspera menor la tuberosidad pterigoidea, huella de la inserción del músculo homónimo.

En la mitad de la cara interna de la rama esta el agujero

de la mandíbula, limitado por dentro por un pequeño saliente óseo la; Lingua de la mandíbula, este agujero conduce el canal que da paso a vasos y nervios. Este canal está situado en el espesor de la sustancia esponjosa del hueso, encorvándose hacia abajo y adelante y llegando casi hasta en medio de la mandíbula se abre en la cara anterior del cuerpo de la mandíbula mediante el agujero mental.

En el borde superior de la rama mandibular, hay dos procesos separados por la incisura de la mandíbula: El anterior el proceso coronoideo; es con frecuencia aspero debido a la inserción del músculo temporal; y el posterior; el proceso condilar que se articula con el cráneo mediante la cabeza de la mandíbula cubierta por un cartilago articular. La cabeza se continúa con el cuello de la mandíbula, en cuyo hemisferio se ve la fosita pterigoidea lugar de origen del músculo pterigoideo lateral.

TRIGEMINO

En la base del cerebro el nervio trigémino emerge del espesor del puente, cerca del lugar de salida del último pedúnculo cerebral medio, mediante dos partes: las raíces sensitivas y motora.

Ambas partes se dirigen hacia adelante y un poco lateralmente para penetrar en la fisura de la duramadre del cerebro; aquí en el paso del ramo sensitivo se forma la cavi-

de la mandíbula, limitado por dentro por un pequeño saliente óseo la; Lín-gua de la mandíbula, este agujero conduce el canal que da paso a vasos y nervios. Este canal esta - situado en el espesor de la sustancia esponjosa del hueso, encorvándose hacia abajo y adelante y llegando casi hasta en medio de la mandíbula se abre en la cara anterior del - cuerpo de la mandíbula mediante el agujero mental.

En el borde superior de la rama mandibular, hay dos procesos separados por la incisura de la mandíbula: El anterior el proceso coronoideo; es con frecuencia aspero debido a la inserción del músculo temporal; y el posterior; el proceso condilar que se articula con el cráneo mediante la cabeza de la mandíbula cubierta por un cartilago articular. La cabeza se continúa con el cuello de la mandíbula, en - cuyo hemisferio se ve la fosita pterigoidea lugar de origen del músculo pterigoideo lateral.

TRIGEMINO

En la base del cerebro el nervio trigémino emerge del espesor del puente, cerca del lugar de salida del último pedúnculo cerebral medio, mediante dos partes: las raíces sensitivas y motora.

Ambas partes se dirigen hacia adelante y un poco lateralmente para penetrar en la fisura de la duramadre del cerebro; aquí en el paso del ramo sensitivo se forma la cavi-

dad trigémina, situada sobre la impresión del nervio trigémino en el vértice de la pirámide del hueso temporal.

En esta cavidad se aloja el ganglio del nervio trigémino, con una longitud aproximada de 15 a 10 mm.

El ganglio trigémino representa un conjunto de células nerviosas las prolongaciones que van hacia el centro, forman la raíz sensitiva. El primer ramo, nervio oftálmico abandona la cavidad craneal a través de la fisura orbital superior. El ramo -nervio maxilar sale del cráneo a través - del agujero redondo; y el tercer ramo- mandibular, emerge del cráneo a través del agujero oval.

La raíz motora rodea el ganglio trigémino por el lado interno y se dirige al agujero oval donde penetra en la composición del tercer ramo.

Nervio Oftálmico. Al entrar a la orbita el nervio se divide en tres partes:

1.- El nervio frontal el más poderoso que va por debajo de la pared superior de la orbita y se divide en:

a). Nervio Supratroclear inerva: troclea músculo oblicuo, piel del parpado, músculo orbicular del ojo, m. corrugador de las cejas, terminando en la conjuntiva, piel del parpado superior, de la raíz de la nariz, y porción inferior de la frente.

b). Nervio supra orbital Inerva piel de la frente alcanzando las regiones parietal y temporal.

2.- Nervio Lagrimal. Corre a través de la pared externa del ojo, y del párpado superior.

3.- El nervio Nasociliar. Emite ramos:

a). Nervio Infratroclear que inerva la pared interna de la orbita y termina en la piel del ángulo medial del ojo y de la raíz de la nariz.

b). Nervio etmoidal anterior, este atraviesa la pared del hueso etmoidal "la lamina perforada de este hueso". Este se divide en:

1.- Ramos nasales internos, que inerva mucosa de la parte anterior del septo nasal.

2.- Nasal Externo. Que termina en pared lateral de la cavidad nasal.

NERVIO MAXIAL. Nervio Infraorbital el cual penetra a través de la fisura orbital inferior, se aloja en el surco infraorbital, despues de pasar por el canal infraorbital, el nervio emerge por el agujero infraorbital dividiendose en dos ramos:

1.- Ramos Palpebrales, inervando piel del párpado inferior y ángulo del ojo.

2.- Ramos Nasales Externos e Internos. Inervan piel de la pared lateral de la nariz.

3.- Ramos Labiales Superiores. Inervan piel y encías y mucosa del labio superior, y las alas de la nariz. En el trayecto del nervio infraorbital emite ramos para los dientes

del maxilar; ramos alveolares, pasan por los canales del espesor del hueso para penetrar las raíces de los tres molares de la maxila.

4.- Ramo alveolar Medio Superior. Este se anastomosa con los nervios alveolares posterior superior y anterior y llega a los premolares de la maxila.

5.- Ramos alveolares Superior Anterior. Los cuales llegan a los incisivos y luego a los caninos de la maxila y a la mucosa del fondo de la cavidad nasal. Los nervios anteriores ya señalados se unen entre sí en los canículos de la maxila y formar el plexo dental de la maxila.

La mayoría de las fibras de los nervios esfenopalatinos -- continúan directamente con las fibras que nacen del ganglio, las cuales llevan varias direcciones ascendentes, -- descendentes posteriores y medias. Las ramas descendentes son las mayores e inervan la mayor parte del paladar. Son los nervios palatinos. El palatino mayor o anterior pasa hacia abajo desde el ganglio y atraviesa el canal pterigo-palatino para salir por el paladar duro y salir a través del agujero palatino mayor. Antes de salir por éste agujero se divide en dos ramas más para inervar la mucosa del paladar duro y la encía lingual hasta la región incisiva. El nervio palatino medio corre por el conducto y el agujero palatino menor para inervar la mucosa de la región amigdalina del paladar blando. El nervio Palatino Posterior -

pasa por otro agujero para inervar la superficie bucal del velo del paladar.

MANDIBULAR. Del ramo anterior parten los nervios siguientes: El nervio Masetérico, emite ramos para la articulación temporomandibular y corre a la cara interna del músculo masetero y lo inerva.

Nervios temporales profundos. Inerva al músculo temporal.

Nervio Pterigoideo lateral. Inerva al músculo pterigoideo lateral.

Nervio Bucal. Inerva mucosa de la mejilla y ángulo y la piel del ángulo de la boca.

Del Ramo Posterior: Nervio Pterigoideo Medial. Inerva al músculo pterigoideo medial. Este se une con dos ramitos más, para dar el nervio tensor del velo palatino e inervar el paladar blando. Y nervio tensor del tímpano que inerva al músculo tensor del tímpano.

Nervio Auriculotemporal. Este posee fibras sensitivas y secretoras procedentes del ganglio ótico. Da ramos articulares y llegan a la bolsa de la articulación temporomandibular; y ramos parotídeos pasan por debajo del parenquima de la glándula y se unen con el ramo temporal del nervio facial. Estos ramos contienen fibras secretoras.

Nervios del meato acústico. Inerva la piel de dicho meato.

Nervios Auriculo Temporales. Inerva la piel del trago y parte del hélix.

Los ramos temporales superficiales. Son ramos terminales del nervio auriculotemporal inervando piel de la región -- del temporal.

Nervio alveolar Inferior. Es mixto, se dirige hacia abajo por la cara medial del m. pterigoide lateral y sale del -- agujero mental en la superficie de la cara. Este nervio - da los siguientes ramos:

a) Nervio Milohioideo. Se situa en el surco milohioideo y emite ramos para el biente anterior del músculo digástrico.

b) Ramos Alveolares Inferiores. Estos ramos se unen entre sí para formar el plexo dental. Inferior. Que da dos ramos.

1.- Ramos Gilgivales inferiores. Que inervan las encías de la mandíbula.

2.- Ramos dentales inferiores. Que siguen a los dientes de la mandíbula.

c) El nervio mentoniano es el ramo terminal del nervio - alveolar inferior al salir del agujero mental se dividen - en varios ramitos que terminan en la piel del mentón y mu- cosa del labio inferior.

4.- Nervio Lingual. Es sensitivo, y da los siguientes ra

mos.

- a) Ramos del istmo de las fauces inerva arco anterior y amígdala palatina.
- b) Ramitos para el ganglio submandibular.
- c) Nervio Hipogloso. Inerva la glándula sublingual, la mucosa del fondo de la cavidad bucal en la región del pliegue sublingual y la mucosa de las porciones anteriores de las encías inferiores.
- d) Ramos comunicantes con el nervio hipogloso.
- e) Los ramos linguales. Son los ramos terminales del nervio lingual se dirigen hacia la lengua por su parte inferior se unen entre sí inervando los dos tercios anteriores. En el límite de la raíz y del cuerpo de la lengua -- los ramos linguales se unen con los del nervio glosofaríngeo.

MUSCULOS.

Los músculos masticatorios son: músculo masetero, músculo temporal, pterigoideo lateral, Pterigoideo medial.

1.- El músculo masetero. Se inserta en el borde inferior del arcocigomático por medio de dos porciones superficial y profunda.

La porción superficial se inserta en la porción anterior y media del arco cigomático.

La porción profunda se inicia en los segmentos medio y posterior del arco cigomático. Ambas porciones se unen y se insertan en la cara externa de la rama de la mandíbula y en su ángulo, en la región de la tuberosidad nasotérmica.

Acción: Levanta la mandíbula; la porción superficial participa en el movimiento protusivo de la mandíbula.

A este músculo lo inerva el nervio maseterico, y esta vascularizado por las arterias maseterica y transversa facial.

2.- El músculo temporal. Este músculo ocupa la fosa temporal. Se inserta en la cara temporal del ala mayor del hueso esfenoidal y de la escama del temporal. Los fascículos musculares que se dirigen hacia abajo forman un tendón, el cuál pasa hacia adentro del arco cigomático, para después insertarse en el proceso coronoideo de la mandíbula.

Acción.- La contracción de los fascículos de este músculo levanta la mandíbula.

Los fascículos posteriores tiran de la mandíbula hacia atrás cuando ésta se encuentra promovida hacia delante.

Acción: A la contracción del músculo, se levanta la mandíbula, los fascículos posteriores tiran de la mandíbula hacia atrás cuando ésta se encuentra promovida hacia delante.

Inervación: Esta dada por los nervios temporales profundos.

Vascularización: Arterias temporales profundas y superficiales.

3.- Músculo pterigoideo lateral.- Este músculo se inserta en dos partes o cabezas.

La cabeza superior, se inserta en la cara infratemporal y en la cresta infratemporal del ala mayor del esfenoides, y se inserta en la cara medial de la cápsula articular de la articulación temporomantibular y en el cartílago interarticular.

La cabeza interna se inicia en la cara externa de la lámina lateral del proceso pterigoideo del esfenoides y dirigiéndose hacia atrás va a insertarse en la fosita pterigoidea de la mandíbula.

Entre la cabeza superior e inferior existe una pequeña fisura que deja pasar al nervio bucal.

Acción.- Desplaza la mandíbula hacia el lado opuesto. La contracción bilateral del músculo mueve la mandíbula hacia delante.

Inervación.- Esta dada por el nervio pterigoideo externo.

Vascularización. Arterias alveolares, bucal y facial.

4.- Músculo pterigoideo medial. Este músculo se inicia en las paredes de la fosa pterigoidea del esfenoides, se dirige hacia atrás y abajo para ir a insertarse en la tuberosidad pterigoidea de la mandíbula.

Acción: Desplaza la mandíbula hacia el lado opuesto. Durante la contracción bilateral promueve hacia delante y levanta la mandíbula.

Inervación: Esta dada por el nervio pterigoideo interno.

Vascularización: Arterias alveolares, bucal y facial.

VASCULARIZACION

La arteria carótida externa es la rama anterior de la arteria carótida primitiva y que vasculariza la cabeza fuera de la cavidad craneal y el cuello.

Termina por ramificarse en la arteria maxilar interna y temporal superficial.

La arteria carótida externa emite por lo general ocho ramos:

1.- Arteria tiroidea superior. nace por debajo del hueso hioideo y se dirige hacia abajo, al borde superior del tiroides.

a) Ramo infrahioideo para las inserciones musculares en el hueso hioides.

b) Ramo esternocleidomastoideo. Para el músculo homónimo.

c) Ramo cricotiroideo, sobre el ligamento cricotiroideo.

2.- Arteria Lingual. Nace inmediatamente por encima de la arteria tiroidea superficial, a nivel del asta mayor --

del hioides y desaparece en seguida debajo del músculo - - hiogloso.

- a) Ramo suprahioideo al hueso hioides.
- b) Arteria sublingual transcurre por encima del músculo milohioideo y debajo de la glándula sublingual, vasculariza también el piso de la boca y las encías de la mandíbula.
- c) Ramos dorsales de la lengua. Al dorso de la lengua a la epiglotis y a las amígdalas palatinas.
- d) Arteria ranina.

3.- Arteria Facial. Por detrás del músculo estilohioideo y del biente posterior del músculo digastrico, llega hasta la glándula submaxilar. Su ramo terminal arteria angular se anastomosa con el ramo terminal de la arteria oftálmica, en la comisura palpebral.

Ramos de la arteria facial.

- a) Arteria palatina. Ascendente. Ascende a la pared faríngea, al velo del paladar, amígdalas palatinas y trompa de eustaquio.
- b) Ramo tonsilar.
- c) Arteria submentoniana, transcurre por la cara externa del músculo milohioideo hasta el mentón.
- d) Ramos glandulares, a la glándula submaxilar.

Ramos Faciales.

e) Arteria labial inferior. Transcurre por debajo del músculo orbicular de los labios.

f) Arteria labial superior. Que junto con la inferior -- forma el círculo arterial de la boca.

g) Arteria angular. A veces la arteria lingual y la facial procede de un tronco común y recibe el nombre de tronco linguofacial.

4.- Arteria Faríngea ascendente. Vaso delgado que se dirige entre la arteria carotida externa e interna hacia -- arriba a lo largo de la pared lateral de la faringe.

A veces emerge de ella la arteria palatina ascendente.

a) Arteria meníngea posterior. Va a la duramadre a través del agujero rasgado.

b) Ramos faríngeos. Va a la pared Faríngea.

c) Arteria Timpánica inferior. Va a la cavidad timpánica.

5.- Arteria occipital. Emerge aproximadamente a nivel de la arteria facial, se dirige debajo del músculo digástrico a la apófisis transversa del atlas, sigue la inserción del músculo trapecio y del esternocleidomastoideo ramificándose en el occipucio.

a) Ramo mastoideo transpone el agujero mastoideo, y se distribuye en la duramadre.

b) Ramos musculares para los músculos de la nuca.

6.- Arteria Auricular posterior. Su ramo principal es la arteria estilomastoidea que atraviesa el conducto estilomastoideo hasta el oído medio y alcanza la duramadre.

7.- Arteria temporal superficial. Ramo terminal superficial de la arteria carótida externa. Se dirige hacia delante del pabellón de la oreja a la región temporal (aquí se hacen visibles las pulsaciones) y ascendiendo se ramifica a nivel del vértice del cráneo y de la frente.

8.- Arteria Maxilar Interna. Es el segundo ramo terminal de la arteria carótida externa. Emerge a nivel de la articulación temporomandibular, la oculta el ramo mandibular y debajo del mismo penetra a la fosa cigomática (a nivel del músculo pterigoideo lateral) y a nivel de la fosa pterigopalatina se ramifica en sus ramos terminales. De acuerdo con esto se distinguen tres sectores.

Porción maxilar, porción pterigoidea, y porción pterigopalatina.

Porción maxilar; Se vasculariza el oído y la mandíbula.

a) Arteria auricular profunda. Va a la articulación temporomandibular y al conducto auditivo externo.

b) Arteria timpánica anterior. Va a la cavidad timpánica

c) Arteria dentaria inferior. Se interna en el conducto mandibular del cual vuelve a salir como arteria mentoniana--

na. A la vez que el ramo incisivo se dirige hacia adelante.

Vasculariza la mandíbula y las partes blandas de la mandíbula.

d) Arteria meníngea media. A través del agujero redondo menor desemboca en la cavidad craneal media.

Porción Pterigoidea. Emerge ramos para los músculos masticatorios.

e) Arteria maseterica.

f) Arteria temporal profunda anterior y posterior.

g) Ramos pterigoideos.

h) Arterial bucal. Vasculariza también la mucosa de la cavidad bucal.

Porción pterigopalatina. Emerge todos sus ramos terminales a la proximidad inmediata del agujero pterigopalatino.

i) Arteria alveolar posterior.

EMBRIOLOGIA.

El aparato branquial esta compuesto por:

Arcos branquiales; bolsas faríngeas; hendiduras branquiales y membranas branquiales.

La región branquial de un embrión humano en la primera etapa guarda cierta semejanza con un embrión de pez.

Para el final del período embrionario, dichas estructuras ancestrales se han organizado y adaptado a nuevas funciones y algunas han desaparecido.

La mayor parte de malformaciones congénitas de cabeza y - cuello, se originan durante la transformación del aparato branquial en derivados característicos del adulto.

Los arcos branquiales comienzan a desarrollarse en la etapa temprana de la cuarta semana y se presentan en formas - de elevaciones oblicuas y redondas a cada lado de la cabeza, y la región del cuello futuras. Para el final de la - cuarta semana por fuera, se ven netamente cuatro pares de arcos branquiales, el quinto y sexto par son rudimenta- - rios. Encontramos que los arcos se encuentran separados - entre sí por medio de las hendiduras branquiales y se numeran en sucesión craneo caudal.

El arco mandibular o primero se desarrolla a partir de dos prominencias. 1) Proceso mandibular más grande y forma a - la mandíbula y 2) Proceso maxilar, es más pequeño y consti - tuye a formar el hueso hioides y las regiones adyacentes - del cuello.

Los arcos branquiales brindan sosten a las paredes latera - les de la porción craneal, del intestino anterior o farín - ge primitiva.

En etapa inicial la boca se presenta como una pequeña de--

presión ectodérmica de la superficie llamada estomodeo o boca primitiva; el estomodeo se encuentra separado del intestino anterior o farínge primitiva por una membrana o lámina bucofaríngea, esta membrana se rompe a los veinticuatro días de modo que el aparato digestivo se comunica con la cavidad amniótica.

Cada arco tiene centro mesodérmico y está cubierto hacia afuera por ectodermo. Las células de la cresta neural que provienen del neuroectodermo emigran hacia los arcos branquiales a partir de la cresta neural, y rodean al mesodermo de cada lado.

El mesodermo origina los músculos que provienen de los arcos o células de la cresta neural de los arcos (a veces llamada mesectodermo origina tejido óseo, conectivo de porción inferior de la cara y región anterior del cuello.

Un arco branquial característico posee, arteria; barra cartilaginosa, elemento muscular y un nervio. Los nervios que llegan a los arcos desde el neuroeje.

EVOLUCION DE LOS ARCOS BRANQUIALES.

El primer arco branquial participa en el desarrollo de la cara. Aparecen pequeñas prominencias auriculares en las porciones dorsales del primer y segundo arco al rededor de la primera hendidura branquial. Estas prominencias graduales se fusionan y forman el oído externo u oreja.

DERIVADOS DE LOS CARTILAGOS DE LOS ARCOS BRANQUIALES.

El extremo dorsal del primer arco branquial guarda relación con el oído en desarrollo y se osifica para formar -- dos huesos del ido medio el martillo y el yunque, la por-- ción intermedia del cartilago experimenta regresión y el - pericondrio, forma el ligamento esfenomaxilar.

En la porción ventral del cartilago de Meckell desaparece en gran medida. El maxilar se desarrolla al rededor de esta parte, por osificación intramembranosa.

El extremo dorsal del cartilago del segundo arco se osifi- ca y forma las astas menores y porción superior del hiqui-- des.

El cartilago del tercer arco branquial se osifica y forma las astas mayores y forma la porción inferior del cuerpo - del hioides.

Los cartilagos de los arcos cuarto y sexto -su región ven- tral se osifican, y dan origen a los cartilagos laríngeos, excepto el cartilago de la epiglotis, y a que se desarro- lla a partir del mesénquima de la eminencia hipobranquial derivado de los arcos branquiales tercero y cuarto.

DERIVADOS DE LOS MUSCULOS DE LOS ARCOS BRANQUIALES.

El primer arco branquial, da origen a los músculos mastica dores, milohioideo, y vientre anterior del músculo digás-- trico, músculos del martillo, periestafilino externo.

Segundo arco branquial da origen a los músculos de la expresión facial del estribo, estilohioideo y vientre posterior del digastrico.

Tercer arco, da origen al músculo estilofaríngeo.

Cuarto y Sexto, dan origen a los músculos faríngeos y laríngeos derivados de los nervios de los arcos branquiales.

Los Nervios que se distribuyen en los núcleos branquiales, se consideran como nervios branquiales eferentes, considerando que el mesénquima de los arcos branquiales contribuye a formar la dermis y mucosa de la cabeza y cuello, estos territorios reciben fibras branquiales eferentes o sensitivas.

La piel de la cara es inervada por el quinto par craneal - (nervio trigémino), sin embargo solo las dos ramas inferiores maxilares y mandibular se distribuyen en derivados del primer arco branquial. Estas ramas inervan dientes, mucosa de la cavidad nasal, paladar, boca y lengua.

El séptimo par craneal facial, el noveno par craneal glossofaríngeo y el décimo par craneal vago, se distribuyen en los arcos branquiales, segundo (hioideo) tercero y cuarto a sexto.

El cuarto arco branquial recibe la rama laríngea recurrente.

Los nervios de los arcos segundo al sexto tienen poco te--

ritorio cútaneo, pero inervan mucosa de lengua, farínge y laringe.

BOLSAS FARINGEAS.

La primera bolsa faríngea, se dilata para formar el fondo de saco tubotimpánico, alargado y rodea a los huesillos -- del oído medio.

El fondo de saco tubotimpánico origina caja de timpano y - antro mastoideo y la comunicación con la farínge se alarga gradualmente para formar la Trompa de Eustaquio.

Segunda bolsa faríngea. Esta desaparece en su mayor parte al formarse la amígdala palatina, una porción de esta bolsa permanece como la fosa amigdalina. El endodermo de esta bolsa prolifera y forma yemas, las cuales crecen y forman las criptas amigdalinas, de la amígdala palatina. - - Aproximadamente a la veintiava semana las criptas se convierten por diferenciación en tejido linfoide, se organizan en nódulos linfoides.

Tercera bolsa faríngea. En la sexta semana el epitelio de la porción dorsal empieza a convertirse por medio de la diferenciación en una glándula paratiroides inferior.

Cuarta bolsa faríngea. Para la sexta semana cada porción dorsal se convierte en glándula paratiroides superior.

C A R A

Los cinco primordios faciales aparecen al rededor del estomodeo o boca primitiva en la etapa primaria de la cuarta semana.

- 1.- La prominencia frontonasal forma el límite superior -- del estomodeo y resulta de proliferación del mesénquima -- ventralmente al desarrollo del cerebro.
- 2.- Procesos maxilares, pareados del primer arco bran- - quial forman los límites laterales o lados del estomodeo.
- 3.- Los procesos (apófisis) mandibulares de este mismo ar- co forman el límite inferior del estomodeo.

Al final de la cuarta semana a cada lado de la prominencia frontonasal encontramos plácodas nasales, el mesénquima -- prolifera en los border de estas plácodas originando los - procesos nasomedilales y nasolaterales. Las plácodas nasa- les están situadas en esta etapa en las depresiones llama- das fositas nasales.

Los procesos maxilares pronto se desarrollan y se acercan entre sí a los procesos nasomedianos, y cada proceso naso- lateral esta separado por los procesos maxilares por medio de la hendidura o pliegue surco nasolagrimal.

Para el final de la quinta semana los ojos ocupan un sitio algo defantero en la cara y la oreja ha comenzado a desa- rrollarse.

TERMINACION DEL DESARROLLO FACIAL.

Durante la séptima semana los procesos nasomedianos se fusionan entre sí y con los procesos maxilares. Cuando se fusionan los procesos nasomedianos forman el segmento intermaxilar del maxilar.

Este segmento origina porción media o Philtrum del labio superior, porción media del maxilar superior y las encías relacionadas y el paladar primario.

Las porciones laterales del labio superior, el maxilar y el paladar secundario se forman a partir de los procesos maxilares.

Estos procesos se fusionan con la mandíbula con lo cual se disminuye el tamaño de la boca. La prominencia frontonasal forma la frente dorso y la punta de la nariz. Las alas de la nariz provienen de los procesos nasolaterales.

Los procesos mandibulares se fusionan entre sí en la cuarta semana y el surco que los separa se desaparece antes del final de la quinta semana. Los procesos mandíbula es dar origen a la mandíbula labio inferior y porción inferior de la cara.

PALADAR.

El paladar se desarrolla en dos partes: paladar primario y paladar secundario.

Paladar primario. El paladar primario se desarrolla al final de la quinta semana a partir de la porción más interna del segmento intermaxilar del maxilar superior. Este segmento formado por fusión de los procesos nasomedianos origina una masa cuneiforme de mesodermo de los procesos maxilares del maxilar en desarrollo. El segmento intermaxilar esta cubierto hacia afuera por ectodermo de la superficie.

Paladar secundario. El paladar secundario se forma a partir de dos salientes mesoférmicas horizontales de la superficie interna de los procesos maxilares. Que se llaman --prolongaciones o crestas palatinas.

Estas estructuras semejantes a repisa en etapa inicial sobresalen hacia abajo a cada lado de la lengua, pero al desarrollarse los maxilares la lengua se desplaza hacia abajo y las prolongaciones palatinas gradualmente crecen una hacia la otra y se fusionan. También se fusionan con el paladar primario y el tabique nasal.

Este último se desarrolla en forma de crecimiento hacia --abajo de los procesos nasomedianos fusionados, se extiende el hueso de los maxilares y palatinos hacia las prolongaciones palatinas y se forma el paladar duro u óseo. Las porciones posteriores de las prolongaciones palatinas no se osifican, sino exceden del tabique nasal y se fusionan para formar el paladar blando y úvula, es la última porción del paladar que se forma. El rafé palatino señala --

permanente la línea de fusión de las prolongaciones o crestas palatinas.

CAPITULO III

DEFINICION

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

CAPITULO IV
CLASIFICACION

- ODONTOGENICOS

Quiste primordial

Quiste dentífero

Quiste de erupción

Quiste gingival en recién nacidos

Quistes periodontal y gingival laterales

Quiste odontogénico queratinizante y calcificante

Quiste radicular

Queratoquistes múltiples de los maxilares

- FISURALES

Palatino mediano

Alveolar mediano

Globulomaxilar

Nasoalveolar

Mandibular mediano

Nasopalatino

- RETENCION

Ránula

Mucocele

- EMBRIONARIOS

Dermoide

Epidermoide

Tirogloso

CAPITULO V
QUISTES ODONTOGENICOS

a) QUISTE PRIMORDIAL

ETIOLOGIA

Se forma por degeneración y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte antes que se forme esmalte o dentina calcificados ya que se encuentra en lugar de un diente y no directamente asociados con él, en algunos casos puede originarse de un órgano dental supernumerario.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Varia ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión.

La lesión no es dolorosa salvo que se infecte en forma secundaria, es raro que se presenten manifestaciones clínicas obvias.

Es indudable que este quiste se forme en épocas tempranas de la vida pero puede ser descubierto mucho más tarde.

Las lesiones aparecen con mayor frecuencia en la segunda y tercera década de la vida, con igual distribución por sexo.

Más frecuente en zona del tercer molar en ausencia de este o por detrás de él.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser unilocular o multilocular. Se localiza debajo de las raíces dentales entre las raíces de piezas adyacentes o cerca de cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma congénita.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La pared se compone 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.

TRATAMIENTO

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

El índice de recidiva es elevado.

PRONOSTICO

Índice de recidiva es alto.

b) QUISTE DENTIGERO

ETIOLOGIA

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, también se origina por ~~pro~~ proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojadas en la pared de tejido conectivo del folículo dental hasta fuera de ella, y que este epitelio transformado se une después con el epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística única alrededor de la corona del diente.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El quiste dentífero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva.

La expansión de hueso con asimetría facial gran desplazamiento de los dientes, resorción intensa de la piezas adyacentes y dolor, son las secuelas posibles del agrandamiento continuo del quiste. La lesión quística de un tercer molar inferior retenido puede producir el ahuecamiento de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce.

Junto con esta relación puede haber un desplazamiento tal del tercer molar que a veces llega a quedar comprimido -- contra el borde inferior de la mandíbula.

En el caso de un quiste en un canino superior, suele haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente puede parecer una sinusitis o una celulitis.

Thoma clasificó los quistes dentíferos en tipo central lateral y circunferencial según la posición en la cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental.

El tipo central, el quiste rodea la corona en forma simétrica, moviéndose en una dirección opuesta a la de la --

fuerza normal de erupción.

El tipo lateral, el quiste se desarrolla en el lado mesial o distal del diente, envolviendo solo una porción de la corona. Se desarrolla en la parte del órgano del esmalte que persiste después de que la porción que está encima de la superficie oclusal se ha convertido en una cutícula dental, puede inclinar al diente o desplazarlo hacia el lado no afectado.

En el tipo 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 y produciendo una imagen similar a la del quiste - radicular.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Revela 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 esté rodeada simétricamente por esta radiolucidez hay que tener cuidado con no confundir el espacio circundatorio o "folicular" normal con un quiste verdadero. Normalmente se considera que es necesaria una anchura del espacio pericoronar de 2.5 mm o más como un requisito mínimo para el diagnóstico de un probable quiste dentígero.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

No hay características microscópicas típicas que puedan ser utilizadas con seguridad para distinguir el quiste dentífero de otros tipos de quistes odontógenos.

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

TRATAMIENTO

El tratamiento de este quiste está regido por el tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía en su totalidad, con pocas dificultades. Los de mayor tamaño que producen una pérdida ósea importante y adelgazan en forma peligrosa el hueso, suelen ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marzupialización.

Este procedimiento alivia la presión y contrae gradualmente el espacio quístico por aposición periférica de hueso nuevo. Es frecuente la necesidad de recurrir a este procedimiento debido al peligro potencial de la fractura al maxilar si se intentará la enucleación quirúrgica completa.

La recidiva es relativamente rara, salvo que haya habido fragmentación del revestimiento quístico y hayan quedado restos. Cuando la lesión es un queratociste la posibilidad de recidiva aumenta en forma notable.

PRONOSTICO

La recidiva es relativamente rara, salvo que haya habido fragmentación del revestimiento quístico y hayan quedado restos.

c) QUISTE DE ERUPCION

ETIOLOGIA

Este quiste por lo general es poco frecuente, lo encontramos asociado a la erupción de dientes primarios y rara vez con erupción secundaria.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Puede ser unilateral o bilateral.

Es poco frecuente.

Puede ser único o múltiple.

CARACTERISTICA HISTOLOGICAS

Este quiste esta formado por una acumulación de líquido hialino y sangre en un espacio folicular dilatado al rededor de una corona de un diente en erupción.

TRATAMIENTO.

No hay tratamiento; ya que se elimina mediante la erupción de dientes primarios.

d) QUISTE GINGIVAL DEL RECIEN NACIDO

ETIOLOGIA

Casi todos los embriones humanos después del cuarto mes de vida fetal, y en un 80% tienen pequeños nódulos o quistes. Estos son nódulos a veces solitarios o múltiples que se encuentran en el revordecimiento alveolar del recién nacido. Estos se originan en los restos de la lámina dental: También se han considerado como nódulos de Bohn y perlas de Epstein, según la descripción original de las perlas de Epstein; --son nódulos quísticos llenos de queratina que se encuentran a lo largo de la hendidura palatina.

Probablemente se relacionan con el desarrollo de conductos de glándulas salivales o de acinos, o debido a una incorporación de epitelio durante el proceso embionario de la fusión palatina.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Aparecen en un 80% de niños recién nacidos.

Son por lo general varios nódulos.

Aparecen en la unión del paladar duro con el blando, cerca del rafe medio.

Son de color blanco o blanco amarillento.

Suelen tener un diámetro de un milímetro o menos, cuando se agrandan pueden observarse clinicamente.

A veces aparecen isquémicas debido a la presión interna.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Estos son verdaderos quistes ya que poseen un delgado revestimiento epitelial y una luz ocupada por queratina descamada con células inflamatorias. También encontramos -- calcificación distrófica y cuerpos hialinos de Rushton.

TRATAMIENTO.

Estos quistes suelen romperse durante los primeros meses de vida, por lo tanto no se requiere tratamiento alguno - ya que las lesiones desaparecerán por apertura en la superficie mucosa, o al ser deshechadas por los dientes en brote.

e) QUISTE PERIODONTAL Y GINGIVAL LATERALES

ETIOLOGIA

Este es un quiste raro pero bien reconocido, este quiste nace directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente brotado. Esta lesión se origina 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. Sin embargo lo más aceptable es que el quiste lateral es un saco hueco con una pared de tejido merario; la predilección de este quiste por originarse en la región de premolares y canino inferiores, corresponde con la frecuencia elevada de dientes supernumerarios en dicha zona.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Este quiste se registra principalmente en adultos.

Los quistes de este tipo aparecen en zona de premolares.

No existen signos ni síntomas clínicos para determinar su existencia, la mayoría se descubren mediante exámenes radiográficos de rutina.

A veces cuando el quiste aparece en la zona vestibular de la raíz puede haber una pequeña masa perceptible, sin embargo la mucosa supra adyacente es normal.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Radiográficamente se revela como una zona radiolúcida en posición a la superficie lateral de una raíz dental.

Por lo común la lesión es pequeña raras veces mayor de un centímetro de diámetro.

Puede o no ser circunscrita, en la mayoría de los casos - los bordes son bien definidos.

A veces la encontramos rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El quiste es un saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido en la superficie interna, de una capa de epitelio escamoso o estratificado. Este epitelio suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación.

A veces en el epitelio encontramos células individuales que tienen un citoplasma claro y núcleo pequeño, intensamente teñido.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Es importante que se establezca el diagnóstico debido a -
la similitud del aspecto de este quiste con una lesión - -
más grave, por ejemplo con el ameloblastoma incipiente.

TRATAMIENTO.

El tratamiento requerido es la enucleación quirúrgica del
quiste sin la extracción del diente afectado.

PRONOSTICO.

A este tipo de quiste no se le conoce tendencia a recidi-
var después de su enucleación quirúrgica.

f) QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE

ETIOLOGIA

La lesión es rara en sentido que tiene ciertas características de un quiste, pero también posee muchas de una neoplasia sólida.

(tumor queratinizante quístico), el quiste es intraóseo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

No hay predilección evidente por edad o sexo en la aparición de esta lesión, aunque la mayor parte de los casos se presenta en adultos.

En aproximadamente el 75% de los casos, el quiste es intraóseo en el resto hay poca o ninguna lesión ósea, aunque el quiste produce una ligera zona depresible.

Alrededor de 80% se localiza en el maxilar 75% han aparecido en zonas centrales de hueso mientras que el 25% se producía en la periferia, como una proliferación gingival, sin lesión al hueso subyacente o solamente una erosión superficial.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Las lesiones intraóseas centrales aparecen como una imagen radiolúcida, por lo común bastante bien circunscrita, aunque esto no es invariable. En la imagen radiolúcidas hay cantidad variable de material radiopacocalcificado disperso, entre minúsculos puntos y grandes masas. Como esta lesión a veces se da en asociación con un odontoma, esta puede aparecer radiográficamente como parte integrante de la totalidad del quiste.

Pueden transformarse en lesiones muy grandes, de muchos centímetros de diámetro y pueden abarcar gran parte del maxilar, aunque las lesiones pequeñas son las más comunes. Puede estar involucrado con un órgano dentario retenido.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La lesión presenta un revestimiento epitelial, como todos los quistes verdaderos, compuesto de una capa bien definida de células columnares o cuboideas. Dentro de esto hay una colección irregular de células y tejidos que incluyen capas de retículo estrellado y de células eosinófilas pálidas que llegan a unirse en grandes masas de las células epiteliales "fantasmas" características que se han queratinizado y hasta calcificado. En la lesión también es posible hallar cantidades irregulares de dentina u osteodentina.

Además hay una variante rara del quiste odontógeno calcificante en la cual hay melanina dentro del epitelio odontógeno se sabe que puede ocurrir transformación carcinomatosa de esta lesión.

TRATAMIENTO

A causa de la propensión de esta lesión el crecimiento -- continuado, hay que extirparla por cirugía al ser encontrado.

La ausencia de recidiva depende de que la enucleación sea completa.

PRONOSTICO

La ausencia de recidiva depende de que la enucleación sea completa.

g) QUISTE RADICULAR

ETIOLOGIA.

Este quiste es el más común de los quistes odontógenos. - Este quiste afecta a los dientes brotados, es el resultado de una infección por vía pulpar, tiene origen inflamatorio a causa de las caries.

El revestimiento epitelial deriva de los restos epiteliales de Malassez.

Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente se va formando una masa de tejido inflamatorio crónico al cual llamamos granuloma apical. Dentro de esta masa proliferan restos epiteliales de Malassez los cuales normalmente se encuentran en el ligamento periodontal.

Estas islas se van fusionando para dar lugar al quiste radicular.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

La mayoría de los quistes periapicales son asintomáticos, no dan indicaciones de su presencia.

Es difícil y raro que el diente este doliendo o que sea sensible a la percusión.

Este quiste es raro que adquiera un tamaño tal para destruir hueso y más difícil que llegue a destruir láminas corticales.

El quiste periapical como ya se dijo es una lesión que representa un proceso inflamatorio crónico, y éste se desarrolla solo en períodos prolongados.

En ocasiones puede el quiste experimentar una exacerbación aguda del proceso inflamatorio, y transformarse rápidamente en un absceso que a su vez, este evolucionará hacia una celulitis o establece una fístula.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

El aspecto de un quiste periapical es idéntico en gran parte al del granuloma apical. Sin embargo el tamaño del granuloma puede ser mayor en razón de su mayor duración.

Es imposible saber únicamente por medio de la radiografía si se trata de un granuloma o de un quiste, solo mediante el examen histológico se podrá determinar.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Este tipo de quiste suele estar tapizado por epitelio escamoso estratificado, algunas veces el quiste puede estar tapizado de epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado, o de tipo respiratorio.

El epitelio escamoso común no suele presentar queratina.

Este tipo de epitelio de revestimiento puede variar en su grosor según los casos, puede tener pocas células de espesor, o ser muy grueso, con abundante proliferación hacia el tejido conectivo adyacente. El revestimiento epitelial puede ser discontinuo, y faltar en zonas de inflamación intensa.

Es frecuente que encontremos en el epitelio de los quistes periodontales apicales grandes cantidades de cuerpo hialino o cuerpos de Rushton. Estos cuerpos hialinos son pequeños, alargados o arqueados asociados al epitelio de revestimiento y de estructura amorfa, reacción eosinófila y naturaleza frágil puesto que se fracturan en algunos casos. Se desconoce la etiología y patogénia de estos cuerpos.

También encontramos cantidades variables de fibroblastos y pequeños vasos sanguíneos. un rasgo importante es el infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo situado muy cerca del epitelio.

Este infiltrado varía en su composición pero por lo general se componen de linfocitos, y plasmocitos con algunos leucocitos polimofonucleares, en parte dependiendo del -- grado de la infección.

En algunas lesiones en la pared de la lesión hay grupos - de espacios correspondientes al colesterol, asociados con células gigantes multinucleares, esta masa de colesterol erosiona hacia la luz del quiste. Otras veces se encuentra grupos de macrófagos de lípidos y aún con hemosiderina.

La luz del quiste contiene un líquido con baja concentración de proteínas que se tiñen palidamente con la eosina. En ocasiones la luz contiene gran cantidad de colesterol y raras veces hay cantidades limitadas de queratina.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

SE diferencia del granuloma porque presenta una cavidad - revestida de epitelio.

TRATAMIENTO:

El tratamiento es similar al del granuloma. Se extrae el diente afectado, se curetea perfectamente el tejido periapical; en algunos casos se puede realizar el tratamiento edodontico con la apicectomia de la lesión quística.

Si la enucleación quirúrgica es cuidadosa el quiste no re
cidiva.

Empero si el saco quístico estuviera muy fragmentado y se dejaran restos epiteliales, o si se hiciera la remoción - incompleta del granuloma periapical, y quedaran restos -- epiteliales, es posible que al cabo de algunos meses o - hasta años se formara en esta zona un quiste residual.

El quiste periodontal apical no tiende a la transformación ameloblastomosa como la del quiste dentífero.

Si no se trata aumenta lentamente de tamaño a expensas - del hueso circundante. El hueso se resorbe pero es raro que haya una expansión compensadora pronunciada de las -- tablas corticales como la que vemos con frecuencia en el quiste dentífero.

h) QUERATOQUISTES MÚLTIPLES DE LOS MAXILARES

ETIOLOGIA

La asociación de queratoquistes múltiples con carcinoma basocelular nevoide cutáneo múltiple y numerosas anomalías esqueléticas es un síndrome bien conocido. Lo transmite un gen dominante autosómico con una elevada penetrancia y una expresividad muy variable.

CARACTERISTICAS CLINICAS

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

El síndrome es muy completo y abarca una gran variedad de posibles anomalías.

Se pueden sintetizar de acuerdo a lo siguiente:

1) Anomalías cutáneas, incluidos carcinoma basocelular otros quistes y tumores dérmicos benignos, disqueratosis palmar y plantar y calcinosis dérmicas.

2) Anomalías dentales y óseas, que incluyen queratoquistes odontógenos (con frecuencia múltiples), prognatismo leve, anomalías de costillas (con frecuencia bífidas) y vertebrales, y branquimetacarpalismo.

3) Anormalidades oftalmológicas como el hipertelorismo con puente nasal ancho, ectopia cántica, ceguera congénita y estrabismo interno.

4) Anomalías neurológicas, incluidos retardo mental, -- calcificación dural, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia congénita y meduloblastoma con frecuencia mayor que la normal.

5) Anormalidades sexuales, incluidos hipogonadismo en varones y tumores ováricos en mujeres.

Algunos pacientes no responden a la parathormona a juzgar por falta de diuresis de fósforo que junto con el acortamiento del cuarto metacarpiano en algunos pacientes, ha -- surgido que habría cierta relación con el pseudohipoparatiroidismo.

Los maxilares hay numerosos quistes cuyo tamaño varía entre microscópico y un diámetro de varios centímetros. --

Pueden aparecer por primera vez ya a los 7 ó 8 años o más tarde hasta la década de los treinta. Tienen una ostensible tendencia a ~~re~~recidivar , posiblemente desde microquistes vecinos, a pesar de un legrado a fondo.

Muchos quistes crecen junto a los dientes y causan dilatación de las raíces si los dientes se encuentran en este estadio del desarrollo. Algunos quistes muestran germinación parecida a la de la piel embrionaria. En seis casos por lo menos se ha desarrollado un ameloblastoma en un quiste maxilar y puede haber aumentado de la tendencia al desarrollo de un fibrosarcoma alrededor de estos quistes - en los maxilares.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

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

A veces, la cercanía de las raíces de dientes adyacentes normales favorece la resorción de éstas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La pared quística suele ser delgada, salvo que haya habido una infección sobreagregada. El epitelio es de tipo escamoso estratificado, generalmente con paraqueratosis; aunque algunos casos presenta ortoqueratosis. Casi siempre es muy delgado, raramente mayor de 6 a 8 células de espesor, y pocas veces tiene brotes también es característico hallar una superficie ondulada o "acanalada". Puede haber displasia epitelial y hasta carcinoma epidermoide, pero ésto es poco común.

La pared de tejido conectivo suele mostrar pequeñas islas de epitelio similar al de revestimiento; algunas de éstas islas pueden ser quistes pequeños. Por lo menos en algunos casos, las islas de epitelio y pequeños quistes satélites son los extremos de los pliegues del epitelio de revestimiento de la cavidad quística principal que han sido cortados; es muy común que los revestimientos de estos quistes estén plegados.

La luz del queratoquiste suele estar ocupada por un líquido poco espeso de color pajizo o por un material cremoso más espeso. A veces la luz contiene gran cantidad de queratina, puede haber colesterol, así como cuerpos hialinos en zonas de inflamación.

TRATAMIENTO

Enucleación quirúrgica del quiste y su examen histológico. El queratoquiste ha de ser eliminado por cirugía. Sin embargo, la experiencia clínica ha enseñado que la erradicación completa del quiste es difícil porque la pared quística es muy delgada y friable y se fragmenta con facilidad. Además la perforación del hueso cortical en particular en las lesiones que afectan la rama ascendente, es común y -- complicada la enucleación total tiene un extraordinario índice de recidiva.

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

PRONOSTICO

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

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los quistes de los maxilares han de distinguirse de un cierto número de lesiones que presentan un aspecto radiográfico similar. Los quistes pueden desplazar los dientes por presión. Los quistes multiloculares y uniloculares se deben diferenciar del ameloblastoma que suele presentar un aspecto festoneado, o erosionado las raíces y envolviendo los dientes adyacentes.

Además, en el diagnóstico diferencial, hay que tener en cuenta los tumores centrales de células gigantes, el neurofibroma, el mixoma o mixofibroma, el aneurisma óseo el angioma central del hueso, las lesiones primarias, el mieloma múltiple las lesiones metastásicas de las arcadas.

Habrã que practicar una biopsia para determinar la naturaleza de la lesión quística; esto ocurre, sobre todo en los quistes multiloculares o múltiples. Debe tenerse especial cuidado, cuando se sospeche la existencia de lesiones vasculares.

En los casos de duda, es preferible practicar una biopsia y esperar el resultado antes de efectuar la intervención quirúrgica. Con las técnicas histopatológicas actuales se puede obtener un diagnóstico bastante aproximado.

Los tumores centrales benignos de los maxilares tienen tendencia a erosionar o destruir las raíces dentales. Los --

quistes normalmente no hacen ésto sino que propenden a des-
plazar o a causar alguna resorción en las estructuras den-
tarias.

CAPITULO VI
QUISTES FISURALES

a) QUISTE PALATINO MEDIANO

ETIOLOGIA

Se origina en el epitelio atrapado a lo largo de la línea de las apófisis palatinas del maxilar. La causa de la proliferación del quiste es desconocida.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Este quiste lo encontramos en la línea media del paladar - duro entre las apofisis palatinas laterales.

Se puede agrandar en el periodo prolongados y producir una hinchazón palatina, definida, visible clínicamente.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

A través de la radiografía palatina se observa una zona radiolúcida bien circunscrita frente a la zona de premolares y molares frecuentemente bordeada de una capa de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El revestimiento de este quiste suele ser de epitelio escamoso estratificado, que cubre un tejido conectivo fibroso denso que puede tener infiltrado celular inflamatorio crónico.

TRATAMIENTO.

El tratamiento consiste en la eliminación quirúrgica y cureteado minucioso de la lesión.

Pronóstico - Favorable. No tiene recidiva

b) QUISTE ALVEOLAR MEDIANO

ETIOLOGIA.

Se originan a partir de las células epiteliales que quedan aprisionadas durante el desarrollo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una lesión que se encuentra cerca del proceso alveolar, inmediatamente por detrás de los incisivos centrales.

Clinicamente la lesión se presenta como una tumefacción sólida en la línea media del paladar. La túnica mucosa puede ser pálida o blanquecina, pero siempre está intacta. No hay ulceración. Las lesiones son indoloras pero pueden -- causar molestias durante la masticación y fonación.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se observan zonas radiolúcidas circunscritas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Hay un revestimiento de epitelio columnar ciliado escamoso estratificado o pseudoestratificado. En algunos casos pueden observarse ambos tipos de epitelio. La cavidad quística contiene restos celulares, líquido, o queratina.

El tejido conectivo periepitelial puede mostrar una leve - infiltración linfocítica y plasmocítica.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se distingue por su situación más baja y anterior que el -
nasopalatino.

TRATAMIENTO

Eliminación quirúrgica (enucleación).

c) QUISTE GLOBULOMAXILAR

ETIOLOGIA.

Este quiste lo encontramos dentro del hueso, en la unión de la porción globular de la apófisis maxilar, y apófisis - nasal media la fisura globulomaxilar, entre el incisivo central y el canino superiores.

También este quiste puede originarse en la sutura ósea entre el premaxilar y el maxilar (sutura incisiva).

La causa de la proliferación del epitelio atrapado a lo largo de esta línea de fusión aún es desconocida.

CARACTERÍSTICAS CLINICAS

Raras veces el quiste globulomaxilar da manifestaciones clinicas. Estos quistes se descubren mediante radiografías de rutina.

En algunas ocasiones el quiste puede llegar a infectarse y entonces producirá dolor, y molestias locales en la zona.

Existen casos en los que encontramos quistes globulomaxilar en forma bilateral.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRAFICAS

El quiste globulomaxilar lo observamos en radiografías in--trabucales, sus características son:

Zona radiolúcida periforme invertida entre las raíces del -incisivo central y el canino, produciendo la divergencia de

las raíces de estos dientes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.

Su epitelio de este quiste está tapizado de epitelio escamoso estratificado o columnar cilíndrico.

El resto de la pared se compone de tejido conectivo fibroso que por lo general presenta infiltrado celular inflamatorio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Este quiste no se debe de confundir con el quiste periodontal formado como consecuencia de una lesión pulpar o traumatismo de alguno de los dientes adyacentes.

Los dientes que se encuentran cercanos a este tipo de quiste son vitales, salvo que se infecten coincidentalmente.

TRATAMIENTO.

Enucleación quirúrgica preservando si es posible los dientes adyacentes.

d) QUISTE NASOALVEOLAR

ETIOLOGIA

Se origina en la unión de las apófisis globular ascendente del maxilar como resultado de la proliferación del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión.

CARACTERISTICAS CLINICAS

(Quiste nasolabial; quiste de Klestadt)

No está localizado dentro del hueso.

Puede ocasionar bastante hinchazón facial para obliterar el pliegue nasolabial en el lado afectado.

Generalmente este quiste abulta hacia el suelo del vestíbulo nasal, proyectándose debajo del extremo anterior del -- cornete inferior y algunas veces causa obstrucción nasal. -- Una tercera parte de los pacientes han experimentado dolor intermitente.

La disección roma del quiste ha sugerido que está fijado a la mucosa nasal. Suele observarse en la raza negra y se localiza en la base de una de las narinas. Ocasiona una tumefacción que puede verse y palpase debajo del labio superior, así como el piso nasal.

Todos los dientes de la región poseen vitalidad.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.

Las radiografías no muestran ninguna alteración ósea. Sin embargo puede aparecer una radiolucencia si el quiste presenta una resorción ósea por presión desde el lado del periostio.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Está tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado que a veces es ciliado. Frecuentemente con células caliciformes o de epitelio escamoso estratificado.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Produce una tumefacción en la inserción del ala de la nariz e invade la cavidad nasal.

TRATAMIENTO

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

e) QUISTE MANDIBULAR MEDIANO

ETIOLOGIA

Es una lesión rara que se produce en la línea media de la mandíbula; su origen aún es discutido, se le considera -- como una anomalía del desarrollo, que se origina por la -- proliferación de los restos epiteliales atrapados en la fi sura mandibular media, durante la fusión de los arcos mandibulares bilaterales.

CARACTERISTICAS CLINICAS

La mayoría de los quistes medios mandibulares son asintomá ticos.

Se descubren mediante radiografías de rutina.

Pocas veces producen expansión perceptible de las láminas óseas corticales.

Los dientes asociados salvo que tengan otra lesión, reac- cionan normalmente a las pruebas de vitalidad pulpar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Radiográficamente se representa una zona radiolúcida unilo cular bien delimitada, aunque también puede ser multilocu- lar.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Este quiste presenta un epitelio escamoso estratificado -- delgado, con pliegues y proyecciones, que tapizan la luz - central.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se diferencia con el quiste periodontal lateral.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.

Se han encontrado pocos casos en la literatura por lo tanto el pronóstico del quiste es reservado.

Su tratamiento es la excisión quirúrgica conservadora con la preservación de los dientes cercanos, siempre y cuando ésto sea posible.

f) QUISTE NASOPALATINO

ETIOLOGIA

Se origina por la proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino, estructura embriológica que se compone de un conducto o cordón de células epiteliales que se halla dentro del conducto incisivo este comunica las cavidades nasal y bucal y se forma cuando los procesos palatinos se fusionan con el premaxilar dejando un pasaje a cada lado del tabique nasal. Cuando estos conductos pares y -- los canales se acercan a la cavidad bucal, se fusionan y -- salen a través de una abertura común en el hueso palatino, inmediatamente detrás de la papila palatina.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se dividen en dos tipos: el quiste del conducto incisivo y el quiste de la papila palatina.

Pueden ser asintomáticos o producir una elevación en la -- parte anterior del paladar. La túnica mucosa es normal, y los dientes en la zona son vitales.

El quiste se sitúa por encima y detrás en relación con la localización habitual del quiste alveolar mediano.

Aparecen en cualquier edad. A veces, se infectan por al--gun mecanismo desconocido, y producen dolor e inflamación y se abren por una pequeña fístula en la papila palatina - o cerca de ella.

No hay predilección sexual. Muchos casos pasan inadverti--dos hasta que se diagnostican en radiografías habituales.- Sin embargo en la mayoría de los pacientes en los cuales - el quiste llega a ser clínicamente evidente se encuentra - en la cuarta y sexta década de la vida.

Clínicamente hay muchas veces un agrandamiento de la línea media anterior del paladar. Hay tumefacción en aproximada--mente una mitad de los pacientes con quistes del conducto incisivo y en todos los que tienen quistes de la papila -- palatina. El drenaje y la supuración es una secuela fre--cuente.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Las radiografías muestran una zona radiolúcida circunscrita en la parte anterior del maxilar. Por lo general la --sombra de la espina nasal se superpone a la radiolucencia comunicando a ésta un contorno en forma de corazón. El --quiste se sitúa por encima y detrás en relación con la localización habitual del quiste alveolar mediano.

El quiste de la papila palatina no produce, por lo común --ninguna imagen radiolúcida. Sin embargo si erosiona el --hueso desde la superficie palatina, podrá verse la zona ra--diolúcida correspondiente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Muestran un revestimiento de epitelio respiratorio y/o es--camoso estratificado, presencia de glándulas mucosas y ner--vios en la pared de tejido conectivo (lo cual distingue --esta lesión de otros quistes) e infiltración de linfocitos y plasmocitos en dicho tejido.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se diferencia de un quiste óseo de tipo fisural por medio de la radiografía y por examen histopatológico.

TRATAMIENTO

La excisión quirúrgica del quiste asintomático del conducto palatino puede no estar justificada en pacientes dentados.

En algunos pacientes desdentados, no es raro que el no enuclear un quiste antes de instalar un aparato de prótesis favorezca la infección aguda, más la perforación de la mucosa con drenaje de pus.

CAPITULO VII
QUISTES DE RETENCION

a) RANULA

ETIOLOGIA

Este tipo de quiste aparece en piso de boca; esta relacionado con conductos de la glándula submaxilares y sublinguales.

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

CARACTERISTICAS CLINICAS

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

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

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

En ocasiones tiene un definido revestimiento epitelial y su cavidad circunscrita en tejido conectivo fibroso, comprimido, y fibroblastos, presenta infiltración de cantidades abundantes de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmocitos.

TRATAMIENTO

Marsupialización.

b) MUCOCELE (QUISTE DE RETENCION MUCOSA)

ETIOLOGIA

Tipo de extravasación mucosa, es una cavidad delimitada por tejido de granulación. Su luz contiene un material hialino eosinófilo y un número variable de macrófagos es producido por un traumatismo que da lugar a que se vierta el moco en la lámina propia y el tejido submucoso.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El fenómeno de retención que afecta a las glándulas salivales accesorias es más frecuente en el labio inferior, pero también aparece en el paladar, carrillos, lengua (incluidas las glándulas de Blandin - Nuhn) y piso de la boca.

La lesión se localiza a bastante profundidad en el tejido o puede ser superficial, y según la localización presentará un aspecto clínico variable. La lesión superficial es una vesícula elevada y circunscrita, de varios milímetros a un centímetro o más de diámetro, con un tono azulado translúcido. La lesión más profunda se manifiesta también como una hinchazón, pero debido al espesor del tejido que lo cubre, color y aspecto superficial son los de una mucosa normal.

El quiste de retención se forma en unos pocos días, alcanza cierto tamaño y puede persistir durante meses a menos -

que se trate. Si se deja salir el contenido del quiste, - se verá que es un material de espeso mucinoso.

Algunas lesiones remiten y se agrandan periódicamente y -- pueden desaparecer después de un traumatismo que produce - su evacuación. Invariablemente recidivan.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

La lesión plenamente desarrollada consiste en una cavidad llena de un material homogéneo levemente basófilo, que es mucus. Dispersas por esta sustancia pueden observarse células redondas tumefactas, al parecer en degeneración. El revestimiento del quiste habitualmente está formado únicamente por tejido de granulación y, en circunstancias extremadamente raras, por epitelio. La glándula salival, -- así como el tejido conectivo en la vecindad del mucocele, muestra infiltración de neutrófilos, linfocitos y plasmocitos. En un estado temprano de mucocele, como en uno que se ha abierto y descargado, no resulta posible reconocer ninguna cavidad quística nítidamente delimitada y la lesión consiste en una infiltración difusa de la zona afectada como mucus.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El mucocele es movable y suele encontrarse inmediatamente debajo de la mucosa.

Tumefacciones pequeñas, redondas translúcidas generalmente tiene un color azulado, fibroma, hemangioma, papiloma.

TRATAMIENTO

El tratamiento de este quiste es la excisión. Si simplemente se incide la lesión, su contenido saldrá, pero rápidamente volverá a llenarse en cuanto la incisión cicatriza. Después de enuclearlo hay algunas recidivas, pero esto es menos factible si también se eliminan los acinos glandulares salivales correspondientes.

PRONOSTICO

Después de enuclearlo hay algunas recidivas pero esto es menos factible si también se eliminan los acinos glandulares salivales correspondientes.

CAPITULO VIII
QUISTES EMBRIOLÓGICOS

a) QUISTE EPIDERMOIDE Y DERMOIDE

ETIOLOGIA

El quiste dermoide es una forma de teratoma quístico, derivado principalmente del epitelio germinal embrionario.

Pero en algunos casos también contiene estructuras de -- otras capas germinativas.

Se ha observado que en el piso de la boca y las zonas submaxilares y sublinguales son los sitios de aparición más - frecuente.

Estos quistes derivan del enclavamiento de restos epiteliales de la línea media durante el cierre de los arcos branquiales hioideo y mandibular.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Los quistes dermoides que aparecen en el piso de boca rara vez se presentan desde el momento del nacimiento.

Se producen abultamientos en el piso de la boca que causa la elevación de la lengua y por lo tanto dificultad para - la alimentación y fonación, ya que el quiste se encuentra sobre el músculo geniohioideo, entre éste y la mucosa bucal.

Sin embargo si el quiste está a mayor profundidad entre -- los músculos geniohioideo y milohioideo aumentará la zona submentoneana. Este quiste puede encontrarse debajo del - músculo milohioideo. Esta lesión alcanza varios centíme--

tros de diámetro. El quiste común se percibe como masillo so a la palpación pero puede ser más fluctuante, según el contenido del quiste.

También este quiste se puede infectar provocando la formación de trayectos fistulosos que se abren en la boca o en piel, también estos quistes pueden ser posibles a la transformación maligna.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS. (EPIDERMOIDE)

Su aspecto histológico deriva de su complejidad de la lesión algunos quistes se componen de una pared conectiva tapizada en la superficie interna, por una delgada capa de epitelio escamoso, estratificado, que por lo general esta queratinizado y la luz de este quiste puede estar ocupada por queratina y material sebáceo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS (DERMOIDE)

El quiste muestra un revestimiento de epitelio escamoso estratificado y queratinizado, y su cavidad contiene queratina. En la pared de tejido conectivo del quiste es posible encontrar glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y folículos pilosos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. (EPIDERMOIDE Y DERMOIDE)

Correspondientemente se encuentran en los quistes epidermoides epitelio plano queratinizado y en los quistes dermoides, epidermis (con uñas, cabellos).

Contienen una secreción amarilla y el color ayuda a diferenciar los quistes dermoides de la ránula, que tiene color azuloso. El examen radiográfico puede ayudar a distinguir un quiste dermoide de otras lesiones similares debido a su contenido, frecuentemente con sustancias radiopacas.

TRATAMIENTO

El quiste epidermoide debe ser enucleado quirúrgicamente - no en la común que recidive.

b) QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

ETIOLOGIA

El quiste del conducto tirogloso es un quiste de desarrollo, poco común que se forma en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso embrionario entre un agujero ciego y la glándula tiroideas. Se origina en los remanentes no - obliterados de este conducto.

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

CARACTERISTICAS CLINICAS

Es una masa quística, firme de la línea media, cuyo tamaño varía de algunos milímetros a varios centímetros está en la línea media. La hinchazón se desarrolla con lentitud y es asimétrica, salvo que este en una ubicación alta en el conducto, cerca de la lengua. En esos casos puede haber disfagia.

El quiste puede encontrarse en agujero ciego, en el piso de la boca, o más abajo, cerca del cartilago cricoides o tiroideas. A veces se forma una fistula que nace en el quiste y se abre en la superficie cutánea o mucosa.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Está tapizado de epitelio escamoso estratificado epitelio columnar ciliado o tipo intermedio de transición ya que deriva de las células que se originan del piso faríngeo embrionario. Al aumentar la presión intraquística las células se aplanan. La pared de tejido conectivo del quiste contendrá frecuentemente pequeñas zonas de tejido linfoide tejido tiroideo y glándulas mucosas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Un síntoma importante y frecuente es la hemorragia en la boca por ruptura de las venas subyacentes, fistulas extraorales en cuello D.D. Quiste dermoides o epidermoides adenomas. Y fistulas extraorales en cuello, también se diferencia de los quistes dermoide y epidermoide y adenomas.

TRATAMIENTO

El tratamiento para el quiste en la excisión quirúrgica radical eliminando el asta mayor del hueso hioides.

TECNICA QUIRURGICA

En 1920 Sistrunk descubre un procedimiento que incluye remover la cubierta del conducto tirogloso, la porción central del hueso hioides y el corazón del tejido a través de la base de la lengua para incluir el foramen cecum.

En 1928 él modificó este procedimiento para recomendar que la cavidad oral no ha sido abierta.

Esto fue realizado por transección de los tejidos de la -- lengua en un plano submucoso bajo el foramen del cecum.

PRONOSTICO

Si se desea evitar la recidiva se debe realizar la exci- - sión quirúrgica radical, con eliminación del asta mayor -- del hueso hioides.

Aunque raras veces, se han registrado casos de carcinoma.

CASO CLINICO

Paciente masculino 22 años C.G.

Se presenta paciente en la clínica de Mila Alta con las -- siguientes características:

Asimetría facial, presentando dolor en la región inferior izquierda de la mandíbula, se realiza una revisión clínica mente se encuentra al tercer molar parcialmente erupciona- do seguido de un proceso inflamatorio infectado.

Se elabora una historia clínica, se realiza un estudio radiológico (ORTOPANTOGRAFIA).

El examen radiográfico revela una zona radiolúcida abarcando 3/4 partes del tercer molar (raíz y corona) continuando se la imagen en el ángulo de la mandíbula la imagen es unilocular ovoide y presenta una línea esclerótica alrededor de la zona radiolúcida. Se diagnostica un quiste.

El paciente es remitido a la clínica de Cirugía Maxilo Facial en Xochimilco lugar en donde es intervenido quirúrgicamente con previos estudios de laboratorio y valoración anestésica ya que la intervención se realizará bajo anestesia general.

Nombre: C.G. Edad: 22 años Sexo: masculino

Anestesia: orotraqueal inhalatoria(general)

Tratamiento: Quistectomía

Se presenta paciente en la clínica para su internamiento.

NOTA OPERATORIA.

Encontrándose el paciente bajo anestesia general con intubación orotraqueal, previa asepsia y antisepsia de la región y colocación de campos estériles, se procede a realizar una incisión tipo Magnus en la región inferior izquierda retromolar, apreciándose el tercer molar retenido se observó comunicación ósea de la tabla externa mandibular por el quiste se apreció una gran descarga de material purulento de color blanquecino maloliente, con elevador recto se avulsionó el órgano dentario retenido y se precedió a curetear la región hasta dejarla perfectamente limpia de epitelio quístico se lavó con solución salina estéril y se suturó con dexón 000 dando por terminada la cirugía sin -- accidentes y con sangrado mínimo.

DIAGNOSTICO

Pre-Post operatorio

Quiste odontogénico de origen a determinar histológicamente.

PRONOSTICO

Favorable para la vida y la función.

1.- RADIOGRAFIA PREQUIRURGICA



RESULTADOS HISTOLOGICOS

El tejido examinado reveló la presencia de un órgano dental morfológicamente correspondiente a un molar con necrosis pulpar, en el espacio interradicular se observó tejido conectivo laxo con abundante infiltrado inflamatorio crónico, linfoplasmocitario, edema macrofagos vasos sanguíneos y hemorragia reciente.

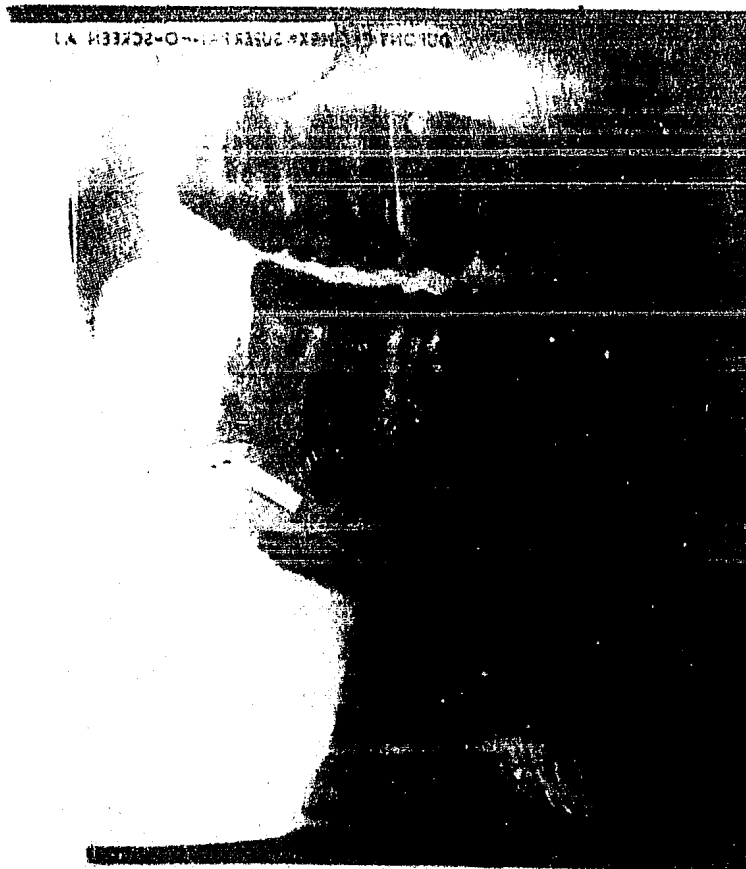
DIAGNOSTICO

Tercer molar y cápsula fibrosa de quiste dentífero infectado (resultados: estudio histológico)

+ Thoma clasificó los quistes dentíferos en tipo central - lateral y circunferencial según la posición en la cual - se desarrolla el quiste en relación con la corona dental. El caso que se presentó es el tipo CIRCUNFERENCIAL.

El tipo circunferencial, el órgano del esmalte entero al rededor del cuello del diente se hace quístico, permitiendo muchas veces la erupción del diente a través del quiste y produciendo una imagen similar a la de un quiste radicular.

2.- RADIOGRAFIA POSTQUIRURGICA



CONCLUSIONES

Al concluir el desarrollo del presente trabajo debemos:

Juzgar la importancia que tienen los quistes en la cavidad bucal.

Estimar porque es necesario llegar a un diagnóstico y en algunos casos remitir a un especialista.

Valorar la importancia que tiene llegar a un tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFIA

- TRATADO DE CIRUGIA BUCAL
Gustavo O. Kruger
Ed. Interamericana
- TRATADO DE CIRUGIA ORAL
Guaralnick, Walter C.
Ed. Barcelona Salvat, 1971
- PATOLOGIA ORAL
Thoma, Robert J. Gorlyn y Henry M. Goldman
Barcelona, España 1973.
- TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL
William G. Shafer
Maynard K. Hine
Barnet M. Levy
Ed. Interamericana
3a. edición.
- PATOLOGIA BUCAL
Bhaskar S.N.
Ed. El Ateneo 1974
2a. edición. México.
- ATLAS DE ANATOMIA HUMANA
Tomo I
RD. Sinelnikov Editorial Mir
2da. Edición Pág. 85-92.

- ATLAS DE ANATOMIA HUMANA
Tomo II
RD. Sinelnikov Editorial Mir
2da. Edición Pág. 12-38.

- ATLAS DE ANATOMIA HUMANA
Tomo III
RD. Sinelnikov Editorial Mir
2da. Edición Pág. 131-145.

- ATLAS ARCH
Otolaryngol
Vol. 109.
Jan 1983.