

100

Lij



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**CLASIFICACION Y ETIOLOGIA DE QUISTES
EN CAVIDAD BUCAL**

T E S I S

Que para obtener el título de:

CIRUJANO DENTISTA

P r e s e n t a :

JOSEFINA COCA MOTA



México, D. F.

1986



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

C O N T E N I D O .

I.- GENERALIDADES.

II.- QUISTES EN ENFERMEDADES FOCALES.

III.- DURACION DEL DESARROLLO DEL QUISTE.

IV.- ASPECTOS HISTOLOGICOS Y EMBRIOLOGICOS DE UN QUISTE.

V. EVOLUCION.

VI.- DIAGNOSTICO.

VII.- CLASIFICACION DE QUISTES, CARACTERISTICAS CLINICAS,
RADIOGRAFICAS, HISTOLOGICAS Y TRATAMIENTO.

VIII. CONCLUSIONES.

IX.- BIBLIOGRAFIA.

I.- GENERALIDADES.

Por quistes se entienden formaciones uni o multicavidades patológicas en forma de saco, circundados por cápsulas que pueden encontrarse en todas partes del cuerpo, tienen un contenido líquido o pastoso y cuyas paredes son de origen epitelial o endotelial. Puede estar situado enteramente dentro de los tejidos blandos o profundamente en el hueso o localizarse sobre una superficie ósea y producir una superficie depresible.

Dentro de los maxilares, el epitelio puede tener su origen en el epitelio odontogénico (es decir, restos de la lámina dental o los órganos del esmalte). La proliferación y degeneración quística de este da lugar a quistes odontogénicos, entre los que están: Quiste dentigero, de erupción, gingival del recién nacido, periodontal y gingival laterales, odontogénico queratinizante y calcificante, radicular y los queratoquistes.

Los quistes no odontogénicos derivan de los restos epiteliales del tejido que cubre los procesos primitivos que participan en la formación embrionaria de la cara y el maxilar. el epitelio deriva de las células que quedan atrapadas entre los procesos embrionarios de los huesos en las líneas de unión. Estos así llamados quistes fisurales incluyen el quiste globulomaxilar, nasopalveolar, mandibular mediano, lingual anterior, dermoide y epidermoide y quiste palatino de recién nacido. También pueden tener su origen en los restos del conducto nasopalatino.

Los quistes se originan mayormente por retención, -- pueden ser congénitos o adquiridos

Además conocemos quistes de reabsorción (por ejemplo viejos hematomas), y quistes histolíticos (como quistes ganglionares).

En el habla clínico se incluyen también quistes o mejor dicho pseudoquistes que son: Quiste óseo aneurismático quiste óseo estático y quiste óseo solitario, ninguno está tapizado por epitelio.

El quiste óseo estático parece ser un defecto óseo congénito y el trauma se ha considerado como agente etiológico para el quiste óseo aneurismático y el quiste solitario.

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, llegando a causar movilidad dentaria. En ocasiones la presencia de un quiste se revela por una fractura patológica o porque

el paciente advierte la falta de un diente y acude a la consulta por curiosidad.

Muchos quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación. Se descubren solamente por un exámen radiológico habitual.

Cuando un quiste se dilata, ejerce una estimulación en el periostio por lo cual éste deposita hueso nuevo; esto se revela clínicamente en forma de una prominencia indolora, dura y suave.

Al continuar la dilatación, el hueso suprayacente adelgaza y se hunde por la presión del dedo, produciendo muchas veces un crujido de cáscara de huevo.

Finalmente puede desaparecer incluso esta cáscara ósea, quedando el quiste cubierto únicamente por la mucosa bucal. Puede descargar entonces su contenido dentro de la cavidad y luego aparecer una infección secundaria.

Sin embargo, solamente un pequeño porcentaje de quistes atraviesa todos estos estadios; con frecuencia se trata de quistes radiculares y dentígeros.

Así, los quistes fisurales generalmente permanecen pequeños, con la excepción de algunos casos de quiste globulomaxilar o nasopalatino.

II.- QUISTES EN ENFERMEDADES FOCALES.

En pacientes en que existe la sospecha de una infección focal, se deberá intentar un tratamiento terapéutico.

Un quiste queda eliminado como foco, si se le ha abierto o se le ha enucleado. En la mayoría de los casos en pacientes con trastornos reumáticos, en articulaciones de la rodilla o del brazo que habían tenido resistencia a la terapia, desaparecieron después de haber hecho la operación, pacientes que por casualidad se les había descubierto un quiste.

Los cirujanos especialistas en este tipo de problemas, indican que en el caso de molares que están relacionados con un quiste, se deben de extraer si hay sospecha de infección; en dientes anteriores se pensará en la apicectomía, la cual no constituye una medida curativa radical, y en el caso de enfermedades generales serías no debe contemplarse para el plan de tratamiento.

En ocasiones los pacientes con enfermedades focales con granulomas o quistes pequeños en los dientes anteriores, se ha procedido de la siguiente manera: Si el paciente desea conservar los dientes como pilares protéticos se hace la apicectomía, se enuclea el quiste y se llena retrogradamente el conducto.

Consecuentemente se procede al taponeamiento de la cavidad quística encima de la raíz. Una vez lograda la epitelización se coloca un pequeño obturador, el cual hace un pequeño espacio quístico y la raíz expuesta quedan constantemente en conexión con la cavidad bucal.

Para mantener este estado, sugieren que es conveniente cortar el hueso hasta la mucosa palatina, a no ser que el quiste se haya reabsorbido por si solo, obteniendo un defecto en forma de túnel, el cual se regenera muy lentamente. Estos defectos presentan después de la apicectomía o de la operación del quiste en la región anterio-superior una muy mala tendencia a la regeneración del hueso.

Cuando quedan defectos residuales en el hueso al paso de los años se pueden ver solo por medio de la radiografía. Este efecto en si desfavorable se emplea en pacientes con enfermedades focales, para lograr que la punta de la raíz tenga una conexión curadera con la cavidad bucal de modo que no puedan llegar sustancias nocivas desde el conducto en el organismo.

III.- DURACION DEL DESARROLLO DE UN QUISTE.

No se sabe con exactitud el tiempo del desarrollo de un quiste, en la mayoría de los casos son encontrados en forma casual y tratados inmediatamente.

Existen estudios en los que si se pueden determinar el desarrollo de los quistes, por medio del control de radiografías. Cuando se observan radiografías con intervalos de seis meses y existe una osteitis apical se verá sin duda que ya se desarrollo un pequeño quiste, y que se puede extender hacia el seno maxilar si se encuentra en los dientes superiores.

Muchas veces el quiste creciente, no tiene que vencer tanta resistencia ósea, si se origina en la mandíbula -- como si se desarrollara en el maxilar.

En general se podrá aceptar que los quistes grandes necesitan de dos a cinco años para su desarrollo. En este caso jugarán un papel importante varios factores:

- 1.- Calidad del hueso. (esponjoso o compacto).
- 2.- Edad del paciente.
- 3.- Lugar del quiste.
- 4.- Etiología del mismo
- 5.- Si existen otras enfermedades que se pueden complicar al tratar dicho quiste.

En lo que respecta a observaciones clínicas, raras son en estos casos.

IV.- ASPECTOS HISTOLOGICOS DE UN QUISTE.

En el embrión de más o menos de 1.3 a 1.4 cm. de largo aproximadamente a las 6 1/2 semanas de edad, empieza el desarrollo dental. En esta época el epitelio de la cavidad bucal crece hacia la profundidad en el tejido conjuntivo, allí - donde más tarde se formarán las apófisis alveolares. En el embrión de 2cm. de largo, se encuentra ya una delgada cinta epitelial sobre la cual se forman luego nudos, y finalmente formaciones campaniformes, correspondientes al número de -- los dientes temporales. El epitelio es conductor y organiza -- dor de la formación de los dientes, si bien la masa princi -- pal del diente proviene del tejido conjuntivo. La cinta epi -- telial en el tejido conjuntivo se llama lámina o listón -- dental.

En el embrión de 8.7 cm. de largo el listón dental cre -- ce hacia lateral en el tejido conjuntivo y forman el listón -- dental accesorio. A mediados del 3er. mes de embarazo ya es -- tán formados los órganos del esmalte, como gérmenes denta -- rios primitivos. En la formación campaniforme se puede dis -- tinguir epitelio adamantino exterior e interior y la pulpa -- adamantina entre ellos.

Simultáneamente se forma en la papila dental desde el -- tejido conjuntivo, la pulpa primitiva. Luego se transforma -- en la definitiva. Finalmente se desarrolla desde la papila -- dental la dentina y desde los ameloblastos del epitelio ada -- mantino interior, el esmalte.

La pulpa adamantina y la papila dental están envueltos -- por un conjuntivo rico en fibras. Esta envoltura del folí -- culo dental se llama saco dentario. El órgano de esmalte -- constituye la matriz formativa para el desarrollo de la co -- rona dentinaria y finalmente también para la raíz dentaria.

La formación de tejido duro (primero la dentina) em -- pieza a fines del 5 mes de embarazo.

Después de haberse formado el esmalte desaparece la -- pulpa adamantina primaria y ahora se unen el epitelio de es -- malte interno y externo. Este epitelio adamantino unido -- del período embrional más tarde formará el tapizado epitelial -- del quiste folicular.

Desde los bordes del folículo dentario, termina la for -- mación del esmalte., ese epitelio unido crece hacia la pro -- fundidad, y como vaina de Hertwig preforma la raíz. En el -- interior de este tubo epitelial se diferencian odontoblastos -- de las células conjuntivas que producen la dentina de la ra -- íz. En realidad, según W Meyer, el epitelio no crece hacia la

profundidad, sino durante el crecimiento del proceso alveolar y de la corona se forma la raíz. Los ameloblastos producen el último producto o sea la cutícula de esmalte. Al erupcionar el diente, el epitelio adamantino unido se unifica con el epitelio de la mucosa bucal, con lo cual finalmente en el diente erupcionado se origina el borde gingival definitivo.

En la superficie externa de la raíz se diferencian células conjuntivas del saco dentario, los cementoblastos, que forman el cemento de la raíz. El tejido conjuntivo del saco dentario penetrante, destruye la vaina epitelial encima de la dentina, quedando solo restos epiteliales. De los fascículos de tejido conjuntivo se forman las fibras de Sharpey, que insertan por una parte en el cemento y por otra en la lámina interna del hueso alveolar. De la vaina epitelial de Hertwing, al final quedan en el desmodonto del adulto algunos islotes epiteliales, los cuales estimulados por irritaciones, pueden ser la causa para quistes radiculares, como lo vemos a menudo.

La bolsa del quiste maxilar siempre está tapizada de epitelio. No se puede reconocer si este epitelio proviene de los restos de Malassez, o si se trata de un epitelio crecido desde la cavidad bucal.

Encontramos muy diversos tipos de epitelio en los quistes. Cuando la inflamación dentro del quiste ha desaparecido completamente se encuentra una capa densa de epitelio sin claros. Si hay todavía alteraciones inflamatorias intensas, entonces el epitelio presenta una profundidad con infiltraciones de células redondas y en la superficie ulceraciones. En estos casos, el contenido del quiste muchas veces es purulento, y solo los cristales de colesterina permiten la distinción entre absceso y quiste. Al licuarse el pus en el quiste se libera colesterina, que se deposita en forma de cristales como piedras de amolar.

Si encontramos en quistes epitelio ciliar, entonces este debe de provenir de la nariz o del seno maxilar, comprobado en algunos casos.

V.- EVOLUCION.

En la evolución clínica, por lo general todos los quistes pasan por cuatro etapas que son muy importantes para su diagnóstico. y que son:

I.- ETAPA SILENCIOSA.

Nadie sabe que se está formando un quiste, puede ser latente, solamente con una radiografía de rutina se podría diagnosticar.

II.- ETAPA DE DEFORMACION.

Se hacen ósteosensibles y pueden provocar asimetría facial, desplazamiento de piezas vecinas y elementos anatómicos cerca de él.

Puede ser asintomático y en ocasiones sintomático.

III.- ETAPA DE EXTERIORIZACION.

En esta etapa el quiste destruye la tabla ósea, por su expansión ya no cabe en el hueso, el quiste está crepitante

Esta etapa de crepitación o en posición apergaminada - lo único que detiene al quiste es la mucosa. (tejido Blando)

IV.- ETAPA DE SUPURACION.

La mucosa no puede sostener el volumen del quiste, llegando a formarse una fistula (drenado), es esta etapa el quiste puede llegar a infectarse y provocar dolor, malestar general por una infección secundaria.

Aquí los quistes dejan de crecer porque se pierde la presión osmótica, esta etapa es favorable para el tratamiento de muchos quistes (por la supuración).

VI.- DIAGNOSTICO.

Conocemos como diagnóstico, el llegar al verdadero conocimiento de algo sobre lo que estamos investigando ; - en este caso, y hablando en forma general y práctica, dentro de un consultorio dental si tenemos medios clínicos y radiográficos podemos llegar al diagnóstico de un quiste.

Algunas veces tomaremos la combinación de datos basados en la historia clínica del paciente, la valoración y una biopsia.

Existen tres clases de Diagnóstico dentro de un reconocimiento general, que son:

Diagnóstico Clínico. Radiográfico y Diferencial.

DIAGNOSTICO CLINICO DE LOS QUISTES.

1 Los signos clínicos principales son:

- 1.- Tumefacción visible de la cara o de los maxilares.
- 2.- Prominencias palpables en el maxilar o reborde alveolar se encuentran ocasionalmente, cuando el quiste ha crecido más hacia la superficie.
- 3.- A menudo se encuentra una inflamación indolora . Solo cuando el quiste esta infectado presenta un cuadro clínico similar a un absceso.
- 4.- A menudo se encuentra una clara delimitación de la tumefacción, lo que por lo generalmente no se encuentra en el absceso.
- 5.- La presión del quiste desplaza la raíz dentaria. La divergencia de las raices puede eventualmente ser palpada.
- 6.- El crecimiento del quiste puede ser lento e indoloro, el descubrimiento del quiste por el profesionista ocurre muchas veces como hallazgo accesorio al hacer radiografías o extracciones.

Una eminencia palpable se encuentra en la mayoría de los quistes, a no ser que hayan crecido sólo dentro de la esponjosa, por ejemplo en el cuerpo de la mandíbula o en la rama ascendente.

Respecto a estas eminencias hay tres posibilidades:

- 1.- El quiste ha abombado el hueso (siempre hay que palpar y comparar el otro lado), la tumefacción es dura y -

el hueso no se puede comprimir, ya que este ha sido reabsorbido sólo un poco.

2.- Queda una delgada capa ósea que puede hacer que el hueso tenga un típico ruido de crepitación apergamizada, que se describe en la literatura como signo frecuente en quistes. Pres-ting ha encontrado en las historias clínicas de 1322 quistes dentales, el síntoma de crepitación en 41 casos claramente perceptibles. A pesar de todo éste llamado ruido de Dupuytren no parece tener demasiada importancia en el diagnóstico de los quistes.

3.- Al hacer la palpación se siente fluctuación, el hueso ha desaparecido a tal grado, que en la cima de la tumefacción sólo se palpa la bolsa quística. En las zonas marginales de la tumefacción se encontrará bordes óseos, hueso engrosado pero también hueso depresible.

Si se trata del seno maxilar y no de un quiste, entonces se comparará los lados y no se encontrará diferencias apreciables, presentará paredes firmes, que no pueden ser comprimidas.

Si se encuentra fluctuación, hay que pensar en el diagnóstico quistes-quiste-infectado-absceso. Si llega hacer un absceso por regla general manifiesta síntomas agudos.

En los quistes no infectados, estos síntomas de inflamación (rubor, calor, dolor) no se encuentran. En caso de absceso, además el diente causante muchas veces no produce ninguna reacción a la percusión si esta desvitalizado, pues en caso contrario si presentará sensibilidad a la percusión. Igual pasa si el quiste esta infectado.

El quiste infectado no es fácil de diagnosticar, muchas veces, recién por la incisión se evacua además de pus, líquido seroso. Esto lo aclarará la radiografía. Durante la palpación, muchas veces, un examen detenido, permitirá ya hacer el diagnóstico, pues en un absceso la fluctuación se extiende sobre toda la superficie y no se encuentra espesamiento del hueso. En el quiste infectado la fluctuación se halla en la cima de la tumefacción y hacia los márgenes se podrá palpar el hueso engrosado. El diente desvitalizado que puede encontrarse en el quiste infectado y en el absceso puede presentar hallazgos diferentes al abrirlo. En caso de absceso se logra a veces dar salida al pus por la trepanación del diente. Este pus es amarillo y tiene consistencia cremosa, una gota espesa sale lentamente de la abertura. En el quiste se encuentra un líquido seroso, en el cual brillan cristales de colesterina. En el quiste infectado se encuentra pus mezclado con líquido seroso turbio.

Muchas veces el anamnesis proporciona indicaciones diagnósticas. El absceso se desarrolla dentro de pocos días, a menudo en pocas horas. Las tumefacciones ocasionadas por quistes se desarrollan durante meses, pero por la ausencia de dolores

no son detectadas con seguridad por el paciente. Si según el anamnesis se ha superpuesto una inflamación sobre una tumefacción lentamente crecida, entonces tiene mucha posibilidad de diagnosticar un quiste infectado.

En casos con el seno maxilar abierto, remitimos a la clínica; a menudo habrá de decidir si se trata de un seno maxilar o de un quiste. Porque en caso de un quiste no vamos a obtener la curación por el cierre inmediato.

Aquí muchas veces, ayuda el sondaje. En un alvéolo normal podemos penetrar con la sonda roma más o menos 1 a 1 1/2 cm. si se trata de un quiste, podemos introducir la sonda 2 1/2 cm. (tamaño medio de quistes). En caso de seno maxilar, la sonda puede penetrar 4 cm. y aún más. También el efecto de soplar aire por la nariz aclara el diagnóstico. En caso de quiste, desde luego será negativo, quiere decir que no se puede soplar desde la nariz a través de la perforación.

b).- Punción del quiste.

En casos donde falta la cubierta ósea o que es más delgada puede asegurarse el diagnóstico quiste por la punción.

La punción no causa ningún dolor y si lo causa será soportable por el paciente y no causa ningún daño, tampoco interfiere con una eventual operación a realizarse poco después, no hay que temer una infección del contenido del quiste, tampoco podría causar un daño, si pronto se hará la operación.

Como dijimos se hace la punción previa anestesia local o con tópica en la cima de la eminencia, con una aguja no demasiado fina con bisel corto. A veces puede ser ventajoso cuando hay dificultad con la aspiración, ya que introducimos otra aguja más, para que no se produzca un vacío.

Si encontramos al aspirar líquido seroso o con una papilla espesa al usar una cánula gruesa, entonces estamos ante un quiste típico. Al espacir la secreción sobre el cristal y en él, se ven los cristales de colesterina brillante.

Si se encuentra un líquido mal oliente y de color oscuro tenemos un quiste infectado. Si aspiramos sólo aire (también el hueso de la pared del seno maxilar puede ser delgado, que se puede hacer la punción) entonces la aguja a penetrado a él.

Si la punción, da aún con mayor esfuerzo sólo una secreción hemorrágica, entonces tenemos un tumor. Al llevar la aguja adelante se tendrá la impresión de penetrar a un tejido resistente.

c).- Abertura de prueba del seno maxilar.

Quistes que se desarrollan en la región de los dientes posteriores del maxilar superior, a veces ofrecen dificultades diagnósticas, porque el quiste a menudo no puede ser diferenciado nitidamente de la cavidad del seno. En casos dudosos hay signos radiológicos que ayudan para el diagnóstico.

Si el borde de la radiolúcidez en cuestión, en la película es convexa hacia arriba (quiere decir, la cúpula mira hacia la cavidad sinusal), se trata comunmente de un quiste, pues el seno maxilar generalmente presenta sólo en su piso - bordes cóncavos (la cúpula mira hacia la cavidad bucal).

Los quistes relativamente grandes, en las tomas conjuntas del seno, pueden mostrar una delimitación cupuliforme -- dentro de la cavidad sinusal, por lo cual queda claro el --- diagnóstico (indicado por primera vez por Wassmund).

Bethmann ha observado (Zib, 1961 cuad.1), que el límite entre cavidad sinusal y el reborde alveolar siempre se -- presenta como una línea clara, mientras el límite del quiste con reborde alveolar no muestra esa línea.

Si se ve clínicamente una tumefacción bucal, eventualmente con crepitación apergaminada, entonces el diagnóstico es fácil, la punción que ayuda, aún más . La representación por medio de contraste de un quiste o de la cavidad sinusal es dificultosa y no siempre da resultados positivos.

Muchas veces se nos manda pacientes con el diagnóstico de quiste, a menudo vemos la radiografía claramente que se -- trata de la cavidad del seno maxilar, pero en estos casos -- que se nos manda, debemos tener la seguridad absoluta, cuando comunicamos al colega remitente nuestro diagnóstico. No -- siempre sabemos, además cual síntoma ha inducido.

En tales casos dudosos, la abertura de prueba del seno maxilar resulta ser un medio de diagnóstico sencillo.

En los quistes dentales , en la región del seno maxilar no debemos de confiar en la radiografía.

Las condiciones anatómicas cambian muchas veces, podemos engañarnos muchas veces, y en duda, conviene hacer una -- abertura de prueba para aclarar el caso.

A continuación describiré el procedimiento de prueba:

Una vez anestesiada la mucosa o la zona en que se localiza el quiste, se hace un corte de 1.5 cm. de largo en forma horizontal encima de los apices en el surco vestibular -- de dicha región. Se desprende y se desplaza la mucosa y el -- periostio , ahora se perfora la pared ósea facial del seno ma

xilar con una fresa redonda, cuidando especialmente de no tocar la raíz dentaria. si encontramos aire en la cavidad abierta, estamos seguros de haber llegado al seno maxilar, si hay un quiste encontramos líquido o una secreción espesa. El efecto de soplar por la nariz en este caso es negativo..

Localizando el quiste podremos determinar el tamaño y -- extensión explorando cuidadosamente con una sonda delgada obtusa; esta delgada sonda puede ser fácilmente introducida en el quiste a través de la abertura por trepanación, avanzando cuidadosamente y tocando con ella las paredes para obtener el volumen del quiste.

Antes de suturar la mucosa para cerrar la pequeña herida se inyecta penicilina en el seno maxilar (400 000 UI). Este procedimiento es sencillo, rápido y puede ser realizado sin dolor y dá resultados seguros.

En casos de pequeños quistes en las raíces palatinas de los molares superiores , podría fallar esta prueba, pero estos quistes generalmente son diagnosticables por la radiografía.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO DE LOS QUISTES.

Como signos típicos de un quiste en la radiografía tenemos:

- 1.- El espacio periodontal se ensancha en el forámen periapical formando la cavidad quística.
- 2.- Se observa un desplazamiento de las raíces o de las paredes de la cavidad neumática contigua -cavidad nasal, seno maxilar -.
- 3.- Se encuentra una transparencia homogénea.
- 4.- La forma es redonda, muchas veces similar a una pompa de jabón.

Las transparencias pueden tener intensidades diferentes: entonces se habla de homogénea, no homogéneas o manchadas.

El quiste se presenta en la radiografía como formaciones huecas con una cavidad o varias. LA forma del quiste puede -- ser redonda u ovalada dependiendo de las circunstancias anatómicas, porque por regla general, el quiste crece en dirección de la menor resistencia (esponjosa-línea oblicua interna).

La delimitación es una característica en presencia de un quiste, observándose marcadas líneas de condensación. Algunos quistes muestran hacia un lado tales líneas y hacia el otro lado ninguna línea de condensación.

En quistes que se desarrollan hacia la nariz o al seno maxilar, se observa a menudo un desplazamiento de las cavidades vecinas en la radiografía. Muchas veces se encuentra también una superposición; por ejemplo: que en la línea quística y la línea del piso nasal, y el quiste y la línea del antro - se cruzan.

Los contornos dobles como delimitación de quistes se encuentran cuando han sido destruidas las compactas vestibular y bucal en los maxilares superior e inferior. Una de las líneas muestra el grado de reabsorción vestibular, mientras que la otra línea indica el límite de la bucal.

Una transparencia totalmente homogénea presenta quistes que están cubiertos y ubicados en medio del hueso maxilar, - mientras que los quistes que se han desarrollado más adentro de los tejidos muestran una transparencia no homogénea.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

La localización de la tumefacción puede dar un importante indicio sobre la naturaleza del quiste. Aunque los quistes radiculares y dentígeros aparecen en cualquier parte de la boca, los primeros se encuentran con frecuencia en los dientes anteriores, mientras que los segundos rodean más a menudo las coronas de caninos maxilares impactados y terceros molares o premolares de la mandíbula. El quiste primordial está generalmente localizado en la zona del tercer molar inferior y desde allí se extiende muchas veces dentro de la rama. Los quistes fisurales, con una excepción, están limitados al maxilar superior y los quistes óseos solitarios y óseos idiopáticos se encuentran en la mandíbula.

Los quistes de los maxilares son indoloros, a no ser que se infecten. Aunque los grandes quistes de la mandíbula casi siempre envuelven el fascículo neurovascular, si no existe infección, es raro que se logre anestesia. La vitalidad de los dientes próximos a un quiste no se altera incluso cuando es grande y el soporte óseo se haya perdido en gran parte. Sin embargo, puede existir una pérdida temporal de la respuesta vital en los dientes adyacentes a quistes infectados.

No todos los quistes maxilares forman radiotransparencia bien definida, redondas u ovaladas con márgenes radiopacos nítidos; los factores que influyen en la imagen radiográfica son numerosos e incluyen el tipo de quiste, la localización, la intensidad ósea y si está infectado o no.

Por otra parte, no todas las radiografías bien definidas son quistes, ya que varios tumores odontogénicos (ameloblastoma, fibroma ameloblástico, mixoma odontogénico, etc) y otras lesiones (granuloma de células gigantes muertas, hemangioma, etc.), pueden producir imágenes radiográficas prácticamente iguales.

Las estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidas con quistes, sobre todo si se presentan con alguna variación en cuanto a su posición o formación y son necesarias varias tomas radiográficas para el diagnóstico diferencial.

Hay que tomar en cuenta un mínimo de dos vistas intrabucales oclusales y laterales, así como una vista extrabucal - oblicua lateral. En ocasiones es necesario una toma de Lateral de Cráneo o una occipitomenta; se puede usar un medio radiopaco especialmente en el caso de un quiste nasoalveolar. Algunas veces es ventajoso el uso de la tomografía.

La forma de los quistes tiende a deformarse al dilatarse éstos. Los quistes mandibulares tienden a formar una prominencia en dirección labiobucal. Salvo los situados en la zona del tercer molar, que muchas veces se dilatan en dirección lingual a causa de la placa cortical más delgada de dicha zona.

Desde el punto de vista práctico, hay pocos quistes de los maxilares que pueden ser diferenciados entre sí basándose sólo en un examen microscópico. Generalmente son necesarios los datos clínicos, radiográficos, y otras informaciones como por ejemplo: Signos observados en las pruebas de vitalidad dental para establecer un diagnóstico definitivo, sin embargo, pueden ser de utilidad las siguientes observaciones:

1.- Los dientes gingivales, periodontal, dentígero, primordial y fisural (globulomaxilar, maxilar anterior mediano, nasoalveolar, etc) están generalmente tapizados por epitelio escamoso estratificado no queratinizante situado sobre un tejido conjuntivo fibroso denso, mientras que el quiste dermoide está tapizado por un epitelio escamoso estratificado queratinizado y apéndice cutáneos.

2.- Los quistes fisurales del maxilar están no raras veces tapizados por una delgada capa de epitelio queratinizado, a menudo se observan glándulas mucosas y agrupaciones de vasos sanguíneos y nervios de la pared del tejido conjuntivo del quiste maxilar anterior mediano. Por otra parte el quiste dentígero mandibular puede estar tapizado en parte de células calciformes o poseer folículos linfoides o restos de células epiteliales de bajo del revestimiento de la pared quística. Estos restos de Malassez proliferados originan algunas veces un diagnóstico erróneo de ameloblastoma.

3.- Los quistes radicular, periodontal y fisural, presentan -

generalmente un infiltrado inflamatorio crónico secundario muy rico en células plasmáticas. Esto se observa con mucha frecuencia en los quistes dentígeros, primordial o gingival.

_____ 0 _____

VII .- CLASIFICACION.

QUISTES ODONTOGENICOS.

Quieste dentífero.

Quieste de erupción

Quieste gingival en recién nacidos.

Quieste periodontal y gingival laterales.

Quieste odontógeno queratinizante y calcificante.

(tumor quístico queratinizante).

Quieste radicular (periapical) y residual.

Queratoquistes odontógenicos.

a) Quieste primordial.

b) Quieste o queratoquistes múltiples de los maxilares
carcinomas basocelulares nevoides cutáneos multi -
ples y anomalías esqueléticas.

QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES.

Quiestes globulomaxilar (premaxilar-maxilar).

Quieste nasopalveolar (nasolabial, de Klestadt).

Quieste nasopalatino (maxilar anterior mediano).

Quieste de la línea media del maxilar o quiste medio alveo-
lar.

Quieste mandibular mediano.

Quieste lingual anterior.

Quieste Dermoide y Epidermoide.

QUISTES DEL CUELLO, SUELO BUCAL Y GLANDULAS SALIVALES.

Quiste del conducto tirogloso.

Quiste linfoepitelial (hendidura branquial.)

Quiste bucal con epitelio gástrico o intestinal.

Quiste de la glándula salival.

Mucocele y Ránula.

Higroma quístico.

SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.

Quiste óseo aneurismático.

Quiste óseo estático.

Quiste óseo traumático (hemorrágico, solitario.)

QUISTE DENTIGERO. (Quiste folicular).

El quiste rodea a la corona de un diente no salido de la dentadura regular (aproximadamente 95%) o supernumerario. Probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona. Hay acumulación de líquido entre el epitelio y la corona del diente.

Sin embargo, este quiste puede derivar de la degeneración quística de los restos de la lámina dental. Si la degeneración del retículo estrellado hubiera ocurrido antes de la formación de la corona dental, el resultado hubiera sido un quiste primordial o uno vinculado a un diente con hipoplásia adamantina y no es este el caso. Otra explicación de la patogenia del quiste dentigero se origina por proliferación y transformación quística de islas de epitelio alojadas en la pared del tejido conectivo del folículo dental, hasta afuera de ella, y que este epitelio transformado se une después con epitelio folicular de revestimiento para formar una cavidad quística única alrededor de la corona del diente. Casi siempre, este quiste afecta a la corona de un diente, en algunas ocasiones afecta también a los dientes primarios.

Es necesario distinguir el saco folicular agrandado y el quiste dentigero. Dachi y Howell mostraron que el 37% de los terceros molares inferiores retenidos y el 15% de los superiores también retenidos tenían una zona de radiotransparencia pericoronar. Sin embargo solamente el 11% eran bastante grandes para considerarlos como quistes dentigeros.

Normalmente se considera que es necesario una anchura del espacio pericoronar de 2.5mm o más como requisito mínimo para el diagnóstico de un probable quiste dentigero.

Es bastante difícil determinar la frecuencia de los quistes. Mourshed encontró que cada 500 pacientes sometidos a exámenes radiográficos bucales completos tenían uno o más quistes dentigeros. Si eran relacionados con los dientes sin salir, había 3.6 quistes por 100 pacientes que tenían por lo menos un diente sin salir. Por otra parte, 2.6% de los pacientes con dientes sin salir presentaban estos quistes.

Thoma clasificó los quistes dentigeros en : Tipo central lateral y circunferencial, según la posición en la cual se desarrolla en relación con la corona dental.

En el tipo central, el quiste rodea la corona en forma simétrica, moviéndose en una dirección opuesta a la de su fuerza normal de erupción.

En el tipo lateral, el quiste se desarrolla en el lado mesial o distal del diente y se dilata apartándose del diente, envolviéndolo solo la 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 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 (como si fuera a través de un agujero en un buñuelo) y produciendo una imagen similar a la de un quiste radicular.

Los quistes dentígeros suelen ser solitarios, sin embargo, cuando son múltiples hay que excluir cualquier posible -- asociación con el Síndrome del Carcinoma Basocelular Nevoide Múltiple. Muchas veces el quiste dentígero también puede estar en asociación con la Disostosis Cleidocraneal y un tipo raro de amelogenénesis imperfecta hipoplásica en el cual hay muchos dientes enterrados.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Este quiste está siempre asociado con la corona de un diente retenido, también es posible que el quiste encierre un odontoma compuesto complejo o se relacione con un diente supernumerario. Las localizaciones más comunes de este quiste son las zonas del tercer molar inferior y de los caninos superiores, por que estos son los dientes -- que con más frecuencia son retenidos. El quiste dentígero tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva. La expansión del hueso con la consiguiente asimetría facial, gran desplazamiento de dientes, resorción intensa de las piezas adyacentes y dolor, son las secuelas posibles del agrandamiento continuo del quiste. La lesión quística en un tercer molar inferior retenido puede producir el "ahuecamiento" de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y condilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce. Junto con esta reacción 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 de un canino superior, suele haber expansión del sector anterior del maxilar y superficialmente puede parecer una sinusitis aguda o una celulitis.

Un tipo específico de quiste debe ser clasificado como un tipo de quiste dentígero: está en asociación frecuente con dientes primarios o permanentes en erupción, en niños. Este suele ser denominado "quiste de brote" o "hematoma de brote".

En esencia, se trata de una dilatación del espacio foliular normal sobre la corona de un diente, causada por la acumulación de líquido hístico o sangre. Desde el punto de vista macroscópico, la lesión es una hinchazón circunscrita y fluctuante del reborde alveolar en la zona del diente en brote.

Quando la cavidad quística circuncoronaria contiene sangre, es de color violeta o rojo obscuro, de ahí el nombre de "hematoma del brote". No se conoce la causa de la formación de este tipo de quiste. No requiere tratamiento, puesto que por lo general, el diente brota sin retardo significativo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- El exámen radiográfico del maxilar que tiene un quiste dentífero revelará una zona radiolúcida de alguna manera vinculada con la corona de un diente -- no brotado. Es posible que la corona dental no erupcionada o retenida por alguna razón esté rodeada simétricamente por esta radiolucidez, aunque hay que tener cuidado en no confundir el espacio circuncoronario o "folicular" normal con un quiste verdadero. En otros casos, la zona radiolúcida se proyecta lateralmente desde la corona dental, en particular si el quiste es relativamente grande o si hubo desplazamiento dental. A esta situación se suele denominar "quiste dentífero lateral".

El quiste dentífero es una lesión unilocular lisa, pero a veces puede presentarse uno con aspecto multilocular. En realidad todos los comportamientos están unidos por una membrana quística continua. En ocasiones, la zona radiolúcida está rodeada de una línea esclerótica que presenta la reacción ósea. En casos de quistes dentíferos evidentemente múltiples, ha de ponerse cuidado en descartar la posibilidad de que se trate del Síndrome de quiste odontógeno nevo basocelular y costilla bífida.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- No hay características macroscópicas típicas que puedan ser utilizadas con seguridad para distinguir el quiste dentífero de otros tipos de quistes odontógenos. Se compone de una delgada capa o 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 "canalada" 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 en líquido amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre.

TRATAMIENTO.- Está regido por el tamaño de la lesión, las lesiones pequeñas pueden ser enucleadas por cirugía en su totalidad, con poca dificultad. Los de mayor tamaño que producen una pérdida ósea importante y delgazan en forma peligrosa el hueso, suelen ser tratados mediante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupializarlo. 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 fracturar el maxilar, si se intentara la enucleación quirúrgica completa.

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

COMPLICACIONES POTENCIALES.- Son varias las complicaciones potenciales relativamente serias que surgen de este quiste, además de la posibilidad de una recidiva a causa de la remoción quirúrgica incompleta.. Ellas son: 1) formación de un ameloblastoma, derivado del epitelio de revestimiento o de restos del epitelio odontógeno de la pared quística; 2) formación de un carcinoma epidermoide, con las mismas fuentes epiteliales; y 3) formación de un carcinoma mucoepidermoide, básicamente un tumor maligno de las glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento de quiste dentífero que contiene células secretorias de moco, o por lo menos células con este potencial, vista con mayor frecuencia en los quistes dentíferos vinculados con terceros molares inferiores retenidos.

Tiene gran importancia clínica que se haya comunicado muchos casos de ameloblastomas originados en la pared de quistes dentíferos, epitelio de revestimiento o asociados con restos epiteliales. Stanley y Diehl revisaron una serie de 641 ameloblastomas y encontraron que por lo menos 108 de estas neoplasias, alrededor del 17%, estaban decididamente vinculados a dientes retenidos y a un quiste foliular o dentífero. La disposición a la proliferación epitelial neoplásica con características de ameloblastoma es mucho más pronunciada en el quiste dentífero que en otros quistes. La formación de tal tumor se manifiesta como un engrosamiento nodular de la pared quística, el ameloblastoma mural, pocas veces es obvio desde el punto de vista macroscópico. Por eso es un requisito indispensable que todo el tejido de quistes dentíferos sea enviado a un patólogo bucal calificado, para que este realice un minucioso exámen macroscópico y microscópico.

El desarrollo de un carcinoma epidermoide en el epitelio de revestimiento del quiste dentífero ha sido adecuadamente documentado en la literatura; en fecha más reciente, Gardner hizo una revisión y comunico 8 casos aceptables entre 25 de carcinoma originado en quistes odontógenos de todos los tipos combinados. Se desconoce cuales son los factores predisponentes y el mecanismo de formación de esta neoplasia, pero su aparición es inequívoca.

Finalmente, la formación del carcinoma mucoepidermoide, un tipo de tumor de las glándulas salivales, está por documentada que la del carcinoma epidermoide de este origen, pero también es una posibilidad; se ha comunicado la inclusión de tejido glandular salival normal en la porción posterior del cuerpo de la mandíbula, y sin duda, algunos tumores (malignos) glandulares salivales centrales de esta localización se originan en esta fuente. Sin embargo, se comprobaron casos de carcinoma mucoepi-

dermoide central en asociación con quistes dentígeros de terceros molares inferiores retenidos, y si tenemos en cuenta la frecuencia con que se encuentran células secretorias de moco en este epitelio de revestimiento como signo de pluripotencialidad de este último, siempre ha de considerarse esta posibilidad.

QUISTES DE ERUPCION.

El quiste de erupción es un tipo poco frecuente de quistes dentígeros asociados con dientes reciduos en erupción o raras veces permanentes. Representa una acumulación de líquido hístico o sangre en un espacio foliular dilatado alrededor de la corona de un diente en erupción. Puede ser uni o bilateral único o múltiple y existir al nacer. Es raro que el quiste desplaze el diente debido a la tensión interna del quiste. Raju indicó -- que los quistes de erupción ocurren con más frecuencia en mujeres. Clark encontró 6 quistes en 2910 niños, 5 de los cuales eran de raza negra. Aún no se ha determinado la importancia de esta observación ni su relación con el Síndrome de Lowe.

QUISTE GINGIVAL EN RECIEN NACIDOS.

Casi todos los embriones humanos después del cuarto mes de la vida fetal y por lo menos el 80% de los recién nacidos tienen pequeños quistes; estos quistes son pequeños nódulos múltiples a veces solitarios, del reborde alveolar del recién nacido o criaturas pequeñas, que se originan en los restos de la lámina dental. A este quiste se le ha aplicado los epónimos "pérlas de Epstein" y "nódulos de Bohn". Según la descripción original, las perlas de Epstein son nódulos quísticos, llenos de queratina que se encuentran a lo largo de la hendidura palatina media o en la unión del paladar blando con el duro, probablemente relacionado con el desarrollo de conductos de glándulas salivales o de acinos. Los nódulos, generalmente varios y de color blanco o blanco amarillento. No está claro si la lesión descrita como nódulos de Bohn es totalmente idéntica al quiste de la lámina dental.

Framm, Cataldo y Berkman han publicado trabajos sobre estos diversos tipos de quistes del recién nacido.

Al estudiar cortes de maxilares y mandíbulas de 17 criaturas, Kreshóver consignó el hallazgo de 65 ejemplares de quistes gingivales (38 múltiples y 27 únicos). Estos estaban localizados en el córion debajo de la superficie epitelial. Los de la parte interna de los maxilares solían estar desplazados hacia lingual con respecto a incisivos y caninos temporales. Los de la parte posterior de la mandíbula se hallaban por oclusal de las coronas de los molares. Suelen tener un diámetro de 1mm. o menos, se hallaban revestidos de epitelio escamoso estratificado y muchas

veces está lleno de capas de queratina. Kreshover afirmó que en todos los casos las lesiones quísticas se originaban en células de la lámina dental. Maher y Swindle estudiaron a fondo la etiología de estos quistes.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- A veces, estos quistes de la lámina dental se agrandan lo suficiente como para aparecerse clínicamente como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna. Esas lesiones son asintomáticas y no parece producir molestias en los infantes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-Estos son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz por lo común ocupada por queratina descamada y a menudo, células inflamatorias. Es interesante que la calcificación distrófica y los cuerpos hialinos de Rushton comunes en los quistes sean hallazgos frecuentes en esta lesión.

TRATAMIENTO.- No se requiere tratamiento alguno por cuanto casi invariablemente las lesiones desaparecen por apertura en la superficie o al ser deshechas por los dientes en brote.

QUISTE PERIODONTAL LATERAL.

El quiste periodontal apical es un tipo de quistes odontogénicos, raro bien reconocido. Standish y Shafer presentaron una revisión de la literatura de quistes laterales periodontales y comunicaron que 15 casos existían. Estos nacen directamente en el ligamento periodontal lateral de un diente brotado y se ha sugerido varias posibilidades para explicar como se forma. Se pensó por ejemplo que la lesión puede generarse inicialmente como un quiste dentígero a lo largo de la superficie lateral de la corona. Si la expansión de este es lenta, el brote dental puede ser normal y finalmente el quiste adoptará una posición cercana a la superficie lateral de la raíz, así mismo se ha pensado que el quiste periodontal lateral se forma directamente en el ligamento periodontal de restos de Malassez en este caso, no hay nada que indique la causa de la proliferación.

Así mismo se ha sugerido un posible origen en los quistes gingivales. Muchos investigadores estudiaron el quiste gingival del adulto y la mayoría concluyó que esta lesión deriva de los remanentes celulares de la lámina dental. En algunos casos durante el crecimiento de los maxilares el quiste gingival llegaría a ubicarse en la superficie radicular lateral, aunque la posibilidad es bastante remota.

La explicación más aceptable es un saco hueco con una

pared de tejido merario.. para denominarse así, debe estar localizado dentro del hueso; no tener ninguna comunicación con la cavidad bucal y estar en oposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales. La predilección de este quiste por originarse en el diente o mejor dicho en la zona de canino y premolares inferiores se corresponde bien con la conocida frecuencia elevada de los dientes supernumerarios en la zona de premolares inferiores. Soškolne y Shear coinciden en lo referente a este origen del quiste periodontal apical, pero además sugieren que también surge un brote supernumerario de la lámina dental, sin que necesariamente se diferencie primero en órgano del esmalte. Además opinan que esta lesión debería ser denominada simplemente quiste primordial y reservarse el término "quiste periodontal lateral" para la lesión inflamatoria que nace en el ligamento periodontal lateral, en los restos de Malassez. Esta modificación en la terminología sería por demás conveniente. Sin embargo, el empleo de la denominación para la lesión aquí descrita está tan arraigado en la literatura que ese cambio sería muy difícil y llegaría a confuciones.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Este quiste ha sido registrado principalmente en adultos, pero se han estudiado muy pocas lesiones como para poder extraer conclusiones significativas sobre la edad específica o la predilección por sexo. La mayor parte de estos quistes han aparecido en zonas de premolares inferiores.

En la mayoría no se han presentado signos o síntomas clínicos y han sido descubiertos durante exámenes radiográficos dentales de rutina. A veces cuando el quiste se localiza en la superficie vestibular de la raíz puede haber una pequeña masa perceptible pero la mucosa suprayacente es normal. Si no tiene otra lesión el diente correspondiente tiene vitalidad. Si el quiste se infecta puede asemejarse a un absceso periodontal lateral y hasta trata de establecer el drenaje.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- La radiografía revela al quiste como una zona radiolúcida en oposición a la superficie lateral de una raíz dental. La lesión es pequeña, raras veces mayor de 1cm. de dm. y puede no ser bien circunscrita. los bordes son definidos en la mayoría de los casos y a veces está rodeada de una capa delgada de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Es un saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido, en la superficie interna de una capa de epitelio escamoso estratificado. Puede ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación. A veces el epitelio tiene un aspecto peculiar, en el sentido que las células individuales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño. Las invaginaciones papilares de la pared quística son comunes, como en algunos queratocistomas.

tes odontógenos. Puede haber células inflamatorias en la pared, conectiva pero esto es una reacción secundaria.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El quiste debe de ser enucleado por cirugía en lo posible sin extraer el diente afectado. Si esto no fuera factible, hay que sacrificarlo. Es de especial importancia que se establezca el diagnóstico debido a la similitud del aspecto de este quiste con otras lesiones más graves, como un ameloblastoma incipiente. A este tipo de quiste no se le conoce tendencia a recidivar después de su enucleación quirúrgica.

QUISTE GINGIVAL DEL ADULTO, QUISTE GINGIVAL LATERAL.

Parece ser la misma entidad que el quiste periodontal lateral, está incluido dentro del tejido gingival y no afecta al hueso. Este quiste es uno que posee tejido blando gingival, -- que aparece en la encía libre o insertada. No tiene relación con el quiste periodontal lateral y a de diferenciarse de éste.

ETIOLOGIA.- Ritchey y Orban han revisado la etiología de esta lesión y sugirieron que las posibilidades de la formación quística eran: 1).-Tejido glandular eterotópico; 2).-Alteraciones degenerativas en un brote epitelial proliferante; 3).-Restos de la lámina dental del órgano del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal; 4).-Implantación traumática del epitelio. De estas posibilidades sólo las dos últimas serían válidas y sobre esta base habría dos formas reconocidas de quiste gingival: 1.-El que se origina por degeneración quística de la lámina dental o en las "glándulas" o restos de Serres, y 2.- El que se origina por la implantación traumática de epitelio superficial - (y que por lo tanto no sería un quiste odontógeno verdadero).

CARACTERISTICAS CLINICAS.- El quiste gingival puede presentarse a cualquier edad pero es lo más común en adultos, en la relación literaria realizada por Reeve y Levy, la mayoría de los pacientes eran mayores de 40 años. Esta lesión aparece, por lo general como una hinchazón pequeña, bien circunscrita indolora de la encía y a veces muy semejante a un mucocelo superficial. Tiene el mismo color que la mucosa normal adyacente y es raro que mida más de 1 cm. de diámetro y por lo general, es mucho menor aun que este quiste se localiza en la encía libre o insertada, algunos aparecen en las papilas propiamente de la encía, como 6 casos comunicados por Ritchey y Orban.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- No se manifiestan en la Rx, ya que es una lesión de tejido blando. Si adquiere el tamaño suficiente llega a producir una erosión superficial en la lámina ósea cortical, pero aún así no suele ser visible.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Es un quiste verdadero puesto que es una cavidad tapizada de epitelio que suele contener un líquido. El epitelio de revestimiento es, por lo general escamo-

so, aplanado y muy delgado, aunque el quiste gingival por implantación su epitelio es considerablemente más grueso y más escamoso. En cualquiera de las formas quísticas gingivales puede haber cierta formación de queratina. La lesión está libre en el tejido conectivo de la encía y puede o no presentar infiltración celular inflamatoria. En el quiste gingival traumático o de implantación, en raras ocasiones hay calcificación o hasta osificación ectópica, reminiscente de la osificación observada luego de la implantación experimental de epitelio de vejiga en los tejidos subcutáneos.

TRATAMIENTO.- La extirpación quirúrgica local de la lesión es lo recomendado en adultos; la lesión no tiende a recidivar.- No se comunicó la existencia de potencial neoplásico.

QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.

(Tumor quístico queratinizante).

Esta lesión particular fué descrita por primera vez en 1962 por Gorlin y colaboradores bajo la denominación de "quiste odontógeno epitelial calcificante". La lesión es rara en el sentido que tiene ciertas características de un quiste, pero también posee muchas de una neoplásia sólida.

Antes de la separación de esta lesión como una entidad, se diagnosticaba equivocadamente como alguna forma de ameloblastoma.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- No hay predilección evidentemente por la edad o sexo en la aparición de esta lesión, aunque la mayor parte de casos se presenta en adultos. Alrededor de 70% se localizan en la mandíbula a semejanza de la predilección del ameloblastoma por ella. El 75% de casos comunicados han aparecido en zonas centrales de hueso, mientras que el 25% se producía en la periferia como una proliferación gingival, sin lesión del 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 no es invariable. En la imagen radiolúcida hay cantidades variables de material opaco calcificado disperso entre minúsculos puntos y grandes masas. Como esta lesión a veces se da en asociación con un odontoma, esta puede parecer radiográficamente como parte integrante de la totalidad del quiste. Pueden transformarse en lesiones grandes, de muchos cms. de diámetros y puede abarcar gran parte del maxilar, aunque las lesiones pequeñas son lo más comunes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- La lesión representa y presenta un revestimiento epitelial como todos los quistes verdaderos, compuestos de una capa bien definida de células columnares o cuboides. 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 y llenan la cavidad quística. La capa basal se desintegra y hay crecimiento de tejido de granulación entre células fantasmas, éstas se tratan como cuerpos extraños. En varios casos, se ha observado una sustancia colágena a tubular dentinoide adyacente a las células fantasma en la pared de tejido conjuntivo o en el epitelio mural. Las células fantasma que dan especialmente bien demostradas mediante el uso de colorantes de rodamina. La presencia de estas células sugirió originalmente a Gorlin que este "quiste" sería la contraparte bucal del epitelioma calcificante dérmico de Malherbe. En esta lesión también es posible hallar cantidades irregulares de dentina u osteodentina.

Algunos casos están asociados con un adontoma compuesto -- complejo de manera que el "quiste" puede estar mezclado con el tejido adamantino, dentinal, pulpar de la lesión.

Algunos casos se han generalizado en conjunción con un fibroodontoma ameloblástico, además hay una variante rara en el quiste odontógeno calcificante en el cual hay melanina dentro del epitelio odontógeno. Por último, se sabe que puede ocurrir transformación carcinomatosa de esta lesión.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- A causa de la propensión de esta lesión al crecimiento continuado, hay que extirparla por cirugía al ser encontrada. La ausencia de recidiva depende de que la enucleación sea completa.

QUISTE RADICULAR.

(Quiste periapical, quiste apical).

El quiste radicular suele ser asintomático, sin embargo a veces el diente afectado es sensible a la percusión. En contados casos la lesión puede asociarse con una fístula. El diente está desvitalizado y puede presentar procesos de necrosis pulpar o una restauración. El quiste radicular es sin lugar a duda la enfermedad más frecuente de los que afectan a la mandíbula y el maxilar. El quiste periodontal apical (radicular) es una secuela común, pero no evitable del granuloma periapical que se origina como consecuencia de infección bacteriana y necrosis de la pulpa casi siempre después de la formación de una caries.

Es un quiste verdadero pues la lesión consta de una cavidad patológica tapizada de epitelio con frecuencia ocupada de líquido. Microscópicamente es posible observar todos los estadios desde un cambio quístico mínimo dentro del granuloma apical hasta una estructura quística bien definida y grande, libre en gran parte de exudado inflamatorio. Alrededor de los cordones anastomótico o islas de células epiteliales proliferantes en el quiste radicular joven, se observan histiocitos (células espumosas), linfocitos, células plasmáticas, cuerpos de Russel, hendiduras de colesterol y algunas células gigantes de cuerpos extraños. De fibras dentales y quistes radiculares pueden haber fibras de oxitalano, un componente normal del ligamento periodontal.

El revestimiento epitelial deriva de los restos epiteliales de Malassez, que proliferan como resultado del estímulo inflamatorio en un granuloma preexistente. El epitelio suele ser de tipo escamoso estratificado y relativamente grueso. Muchas veces es en parte acantomatoso y ulcerado. En ocasiones esta queratinizado, el epitelio proviene en algunos casos de: 1) epitelio respiratorio del seno maxilar, cuando la lesión periapical se comunica con este, 2) epitelio bucal de un trayecto fistuloso, 3) epitelio bucal que prolifera apicalmente desde una bolsa periodontal.

PATOGENIA.- Este tipo de quiste presenta una luz que invariablemente, está cubierta por epitelio escamoso estratificado, en tanto que en la pared está compuesta de tejido conectivo condensado. Si bien se sabe que el estímulo para la proliferación del epitelio del quiste es la inflamación del granuloma periapical, no se sabe la razón por la cual no todos los granulomas se transforman en quistes. Esto es particularmente curioso puesto que los restos de Malassez están siempre presentes en el ligamento periodontal de todos los dientes. Podría ser que si todos los granulomas periapicales persistieran a un período suficientemente prolongado, terminarían todos en quistes.

El modo de formación de quiste periodontal apical es un fenómeno interesante. La reacción inicial que lleva a la formación de este quiste es una proliferación de los restos epiteliales de la zona periapical que abarca el granuloma. La proliferación tiene un patrón de crecimiento irregular y a veces presenta un cuadro alarmante debido a la naturaleza pseudoinvasora y aspecto inflamatorio alterado de las células. A medida que esta proliferación prosigue y la masa epitelial aumenta de tamaño por la división celular en la periferia, que corresponde a la capa basal del epitelio superficial, las células de la porción central se van separando cada vez más de su fuente de nutrición, los capilares y el líquido tisular del tejido conectivo. Cuando estas células centrales dejan de tener los nutrimentos suficientes, degeneran, se necrosan y licuefacen. Esto crea una cavidad revestida de epitelio y llena de líquido, es decir, el quiste periodontal apical.

También es posible que el quiste se forme por proliferación del epitelio para tapizar una cavidad preexistente formada por necrosis focal y degeneración del tejido conectivo del granuloma periapical. Pero no es común hallar epitelio o proliferación de este cerca de una zona de necrosis, de manera que la formación del quiste de esta manera es, presumiblemente, poco común.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- La mayor parte de los quistes son asintomáticos y no dan indicios evidentes de su presencia. Es raro que el diente esté dolido o sensible a la percusión. Pocas veces tiene un tamaño tal que destruya hueso, y menos todavía que produzca la expansión de las láminas corticales.

Es una lesión que representa un proceso inflamatorio crónico y se desarrolla solo, en períodos prolongados. A veces son de larga duración y pueden experimentar exacerbación aguda del proceso inflamatorio y transformarse en un absceso, que a su vez e...

volucionan hacia una celulitis o establece una fístula. No se conoce la causa de esta empeoración repentina, pero podría ser la pérdida de la resistencia generalizada o local de los tejidos.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.- El aspecto radiológico es -- dentico, en gran parte de los casos al del granuloma apical, como es progresivamente crónica originada en un granuloma preexistente, puede ser de mayor tamaño, pero puede ser invariable.

Priebe y Cols, comprobaron que es imposible distinguir entre un granuloma periapical y un quiste, solo mediante la radiografía.

Relatan que el cirujano bucal y el radiólogo solo pudieron -- diagnosticar correctamente el 13% de un grupo de 55 quistes periodontales, con la radiografía como único elemento. De un grupo de 46 granulomas y abscesos periapicales, se diagnosticaron correctamente un 59%. Los diagnósticos verdaderos fueron establecidos por el examen histológico del tejido, luego de la extracción.

Ocasionalmente, el quiste periodontal apical presenta una -- línea radiopaca, e indica una reacción al hueso en la masa que se expande lentamente. El granuloma también presenta esta característica en muchas ocasiones.

Este estudio de Priebe y Cols. nos habla de la falacia del -- intento de distinguir entre granuloma y quiste, aunque tal distinción tiene derivaciones endodónticas importantes. Así las zonas -- radiolúcidas periapicales se rellenarán de hueso, en evidente reparación, después del tratamiento radicular en algunos dientes.

En otros casos aún después del tratamiento idéntico, la reparación, por supuesto no se produce, solo con tratamiento endodóntico.

La zona radiotransparente se localiza siempre en el ápice de la raíz; generalmente no puede identificarse el diente afectado o degenerado como responsable del quiste, y las características de -- la patosis periapical están presentes. En resumen, encontramos también una radiotransparencia periapical y una discontinuidad de la membrana periapical y de la lámina dura, que son características del granuloma periapical y del absceso.

Muchos tienen la forma redonda u ovalados, pero varía la forma de ellos, algunos son pequeños mientras que otros son grandes.

La forma puede ser elíptica en algunos y en otros son ovalados.

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

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El epitelio que tapiza el quiste periodontal suele ser de tipo escamoso estratificado. La única excepción a esto son las lesiones periapicales raras del diente superior (s), que afectan al seno maxilar. Algunas veces el quiste puede estar revestido de epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado o de tipo respiratorio.

El epitelio escamoso común, no suele presentar queratina.- Este epitelio de revestimiento varía notablemente de grosor según los casos. Puede tener solo unas pocas células de espesor o ser muy grueso, con abundante proliferación hacia el tejido conectivo adyacente. A veces se forman verdaderos brotes epiteliales. Muchas veces, el revestimiento epitelial puede ser discontinuo, y faltar en zonas de inflamación intensa. Pese a la presencia prolongada de inflamación, las alteraciones de células epiteliales individuales, como disqueratosis, son raras. Shear ha consignado que no hay relación aparente entre el grado de inflamación, tanto en la pared de tejido conectivo o dentro del epitelio propiamente dicho, y el espesor del revestimiento epitelio del quiste.

En raras ocasiones, se registró que se originaban carcinomas en el revestimiento epitelial de quiste odontógeno, incluido el periodontal apical. Esto fue revisado hace poco por Gardner.

Una estructura interesante y peculiar, originalmente descrita por Rushton y observada después por Molveux, Medak y Weinmann junto con Shear, es el cuerpo hialino o cuerpo de Rushton: es frecuente su presencia en grandes cantidades en el epitelio de los quistes periodontales apicales o residuales. Estos cuerpos hialinos son pequeños, alargados o arqueados, generalmente asociados con el epitelio de revestimiento y de estructura amorfa, reacción eosinofila y naturaleza frágil, puesto que se fracturan en algunos casos. Se desconoce la etiología, patogenia y significado de estas estructuras. Sin embargo Gorlin y Sedano han observado una notable similitud morfológica e histoquímica entre estos cuerpos y los eritrocitos, lo que sugeriría que provienen de trombos formados en pequeños capilares, que a su vez están compuestos por eritrocitos, es decir, un círculo vicioso.

El tejido conectivo que integra la pared del quiste periodontal apical está integrado por haces paralelos de fibras colágenas que suelen estar comprimidas. También hay cantidades variables de fibroblastos y pequeños vasos sanguíneos. Un rasgo característico es la presencia casi constante de infiltrado inflamatorio en el tejido conectivo situado muy cerca del epitelio. Este infiltrado varía en su composición, pero por lo general, se compone de linfocitos y plasmocitos con algunos leucocitos polimorfonucleares, en parte según la intensidad 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 suele erosionar el epitelio de revestimiento y extruir hacia la luz del quiste. No se sabe cual es la fuente de este colesterol, si bien hay muchas teorías, según lo revisado por Shear. La lesión local del tejido es

es un requisito previo para la acumulación del colesterol. Ocasionalmente, hay grupos de macrófagos cargados de lípidos y aún con hemosiderina..

La luz del quiste contiene un líquido con baja concentración de proteínas que se tiñe pálidamente con la eosina. En ocasiones, la luz contiene gran cantidad de colesterol, y raras veces hay cantidades limitadas de queratina. Es excepcional encontrar sangre salvo la relacionada con el procedimiento quirúrgico efectuado para enucleación del quiste. Whitten comunicó que los extendidos citológicos del aspirado de quistes y lesiones de tipo quístico de los maxilares, incluido el quiste periodontal apical, frecuentemente permite establecer un diagnóstico provisional de la naturaleza de la lesión.

El quiste periodontal apical es histológicamente idéntico al granuloma periapical, del que en realidad deriva, con excepción de la presencia de la cavidad revestida de epitelio.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- Se extrae el diente afectado y se curetea minuciosamente el tejido periapical. En ocasiones y en ciertas condiciones, se puede efectuar el tratamiento endodóntico con apicectomía de la lesión quística.

El quiste no recidiva si la enucleación quirúrgica es cuidadosa. Si el saco quístico estuviera muy fragmentado, y dejará restos epiteliales, o si se hiciera la remoción incompleta del quiste periodontal apical y quedaran restos epiteliales, es posible que en esa zona aparezca un quiste residual al cabo de algunos meses o hasta años.

El quiste periodontal apical no parece poseer una marcada propensión a la transformación ameloblastoma como la del quiste dentígero. El epitelio de revestimiento puede generar un carcinoma epidermoide, pero esto es raro.

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

QUISTE RESIDUAL.

Es un término que se usa generalmente para referirse a un quiste radicular que se ha dejado una vez eliminado el diente responsable de su aparición o formación. Generalmente, como sucede en otros quistes de pequeño tamaño, clínicamente asintomáticos, el quiste residual es un hallazgo accidental o casual en el curso de una exploración radiológica habitual de la boca, aunque los caracteres radiográficos del quiste residual hagan pensar en los de otras lesiones centrales, como la histiocitosis, el mieloma múltiple, la neoplasia metastásica y otros tipos de quistes, el médico práctico debe de ver la radiotransparen-

ña anormal de los maxilares más frecuentes, es la debida a una patosis periapical (en el cual se encuentra el quiste radicular) y por, ello, desde el punto de vista estadístico lo primero que se debe hacer es sospechar de un quiste residual.

Las características clínicas y radiológicas se parecen al del quiste radicular, con la excepción de que falta el diente causal o que el quiste residual se localiza en una zona donde faltan completamente todos los dientes.

Por ello, el diagnóstico final dependerá de la intervención quirúrgica y del resultado de la exploración biopsica.

QUISTE PRIMORDIAL.

Se forma por degeneración y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte antes de que se forme esmalte o dentina calcificados. Puede originarse también en un órgano dental supernumerario; se localiza con mayor frecuencia en la zona del tercer molar en la mandíbula o por detrás del mismo borde anterior de la rama ascendente de la misma. En pacientes a quienes se haya realizado la extracción de varias piezas, se podría ver un quiste maxilar que no se halle en relación con los dientes directamente.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Varía ampliamente de tamaño pero posee potencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por presión. A veces está asociado con un diente primario persistente, y el examen radiográfico revelará una zona radiolúcida en lugar de la pieza permanente normal adyacente, la lesión no es dolorosa salvo que este infectada en forma secundaria y no presenta manifestaciones clínicas obvias.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Aparece como una lesión oval o redonda radiolúcida bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reaccional y que puede ser uni o multilocular, se localiza debajo de las raíces, entre ellas mismas de las piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde en el lugar del diente ausente en forma congénita, en particular un tercer molar superior o inferior.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- El aspecto microscópico del quiste primordial es similar a la de algunos quistes odontogénicos. 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 queratina (paraqueratina) o algunas veces ortoqueratina.

ratina. Esta queratina tiene con frecuencia, una superficie "a canalada", el epitelio puede tener un grosor variable por lo general consta solo de cuatro a ocho células de espesor, sin brotes epiteliales bien definidos. Tampoco es frecuente que muestre una tendencia marcada por proliferar hacia la pared de tejido conectivo que lo rodea. Además Soskolne y Shear han observado que el epitelio presenta una capa de células basales columnares con núcleos picnóticos o vesiculares. La presencia de células inflamatorias crónicas, en su mayor parte linfocitos y plasmacitos, mezcladas con leucocitos polimorfonucleares en la zona subepitelial adyacente del tejido conectivo es un hallazgo variable.

TRATAMIENTO.- Consiste en la enucleación quirúrgica con un curetado a fondo de hueso, en particular si se produce la fragmentación del revestimiento, para asegurar la eliminación completa del epitelio. El índice de recidiva es elevado.

QUERATOQUISTE ODONTOGENO.

El queratoquiste odontógeno se origina a cualquier edad - desde la infancia hasta la ancianidad. En una serie de 104 pacientes con queratoquistes, la edad promedio en que aparecen es de 35 años. En la misma serie el 79% estaban en la mandíbula y el 21% en maxilar, en tanto que 50% se localizaban en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente. Con cierta frecuencia se producen quistes múltiples, en particular en pacientes con Síndrome de neovascular y costilla bífida. También señalo el paralelismo bastante notable entre el queratoquiste y el ameloblastoma en lo que respecta a la edad promedio de la aparición, predilección de aparición y localización del mismo, hallazgos radiográficos e índice de recidiva.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Este quiste no tiene características notables que sean más importantes, pero si comunes, entre los rasgos más sobresalientes existen: Dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- La lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida unicular o multicular, con frecuencia con un delgado borde esclerótico reaccional óseo. Este borde puede ser liso u ovalado. En la serie de Browne, alrededor del 40% de quiste resultaban ser dentígeros puesto que estaban asociados con dientes retenidos o no brotados. Sin embargo, en la mayor parte de estos casos, se comprobaban durante la cirugía que los quistes estaban separados del diente por una capa de tejido fibroso.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- La pared suele ser delgada, salvo que haya habido una infección sobreagregada. El epitelio es de tipo escamoso estratificado, generalmente con paraqueratosis, aunque en algunos casos presentan ortoqueratosis, casi siem

pre es muy delgado, raramente mayor de 6 a 8 células de espesor y pocas veces tiene brotes. También es característico hallar una superficie ondulada "acanalada". Puede haber displasia epitelial y hasta carcinoma epidermoide, pero esto es poco común.

La pared de tejido conectivo suele mostrar pequeñas islas de epitelio similar al de revestimiento; algunas de estas islas pueden ser quistes pequeños, en algunas ocasiones estos son en realidad los extremos de los pliegues del epitelio de revestimiento de la cavidad quística principal que han sido cortados, es muy común que estén desplegados o 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 esta luz contiene gran cantidad de queratina, y otras, poca, puede tener colesterol, así como cuerpos hialinos en zonas de inflamación. Toller realizó mediciones electroforéticas del líquido de estos quistes y comprobó que su contenido de proteínas solubles eran muy bajo en comparación con el suero del mismo paciente.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.- El queratoquiste ha de ser eliminado por cirugía, sin embargo, la experiencia clínica ha enseñado que la erradicación completa del quiste es difícil por que la pared quística es muy delgada y friable y se fragmenta con facilidad, algunas afectan a la rama ascendente, es común y complicada la enucleación total.

Existen 3 técnicas de tratamiento para estas lesiones:

1).- marsupialización, 2).- enucleación y cierre primario, y 3).- enucleación y mantenido abierto por empaquetamiento. Además la recidiva no aparece vinculada con la presencia de quistes satélites. Sobre esto Browne concluyó que la recidiva del quiste se debe a la naturaleza de la lesión.

Posteriormente a la cirugía se tendrá que tomar radiografías anuales durante los primeros 5 años que le siguen por lo menos.

QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISURALES.

QUISTE GLOBULOMAXILAR. (premaxilar-maxilar).

Es un quiste fisural localizado en el hueso maxilar superior, entre el incisivo lateral y caninos vitales.

Este quiste suele aparecer clínicamente antes de la edad de 30 años. No parece haber predilección sexual, aunque tal vez aparezca con más frecuencia en varones que en hembras.

Ferency postuló que el quiste se forma a partir de restos epiteliales, atrapados en la región de la sutura incisiva (entre

la sutura del premaxilar y el maxilar y no entre los procesos embrionarios globular (nasal medio) y maxilares,) como lo indican casi todos los investigadores.

Thoma penso que este quiste podía ser hereditario, sin embargo no se ha comunicado alguno.

El descubrimiento de este quiste suele ser casual a no ser que sea infectado, sin embargo puede causar al dilatarse un agrandamiento del maxilar superior ó una deformación del seno maxilar.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Puede ser variable y pasar desapercibido, en cuyo caso se descubre sólo por medios radiográficos; por otra parte, cuando son de tamaño grande o moderado, se observa como un bulbo rosado, de superficie lisa con la corteza labial entre y por encima de las raíces de los incisivos laterales y los caninos. La tumoración puede ser de consistencia ósea y asintomática o puede apreciarse una sensación de crepitación que haga pensar en un adelgazamiento de la corteza labial. En algunos casos, y sobre todo cuando hay desarrollo de una infección secundaria del quiste, si se puede encontrar dolor a la palpación o un conducto fistuloso que nos lleve a la cavidad quística. En cualquier caso las respuestas normales contribuyen a un buen diagnóstico que nos lleva a establecer un quiste fisural.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Puede estar tapizado por epitelio cuboide escamoso estratificado o por epitelio cilíndrico ciliado (Thoma).

Se ve el quiste recubierto por epitelio escamoso y a veces por epitelio respiratorio. En ambos casos, el epitelio está rodeado por una cápsula de tejido fibroso. El espacio quístico suele estar libre de elementos inflamatorios, pero cuando se desarrolla una infección secundaria, la histología muestra un infiltrado inflamatorio.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.- Se presenta como una zona radiotransparente, es homogéneamente oscura, la lámina dura de la cara distal de la raíz lateral y de la cara media de la raíz del canino suele faltar y el borde periférico del quiste no está delimitado como se puede esperar. Otras veces se presenta con una zona radiotransparente invertida y de forma de pera, entre las raíces de los incisivos laterales y de los caninos, dando lugar a un desplazamiento moderado ó intenso, la lámina dura de la cara distal de la raíz lateral y de la cara media de la raíz del canino suele faltar y el borde periférico del quiste no está bien delimitado como sería de esperar en los quistes centrales. A veces este quiste es de un tamaño enorme, en cuyo caso puede extenderse por encima de los ápices de los caninos y de los incisivos laterales hasta alcanzar el ápice del incisivo central ó del primer premolar.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.- Se basa en la localización-

especifica de la zona radiotransparente en su sugerencia de forma de pera y en que nó se relaciona con dientes muertos.

TRATAMIENTO.- Por medio de la extirpación quirúrgica del quiste, evitando la lesión de los dientes próximales.

QUISTE NASOALVEOLAR. (Nasolabial; de Klestadt).

El quiste crece a partir de los reciduos del epitelio de la unión de la apófisis globular, nasal lateral y maxilar. Por ello, su localización característica es por encima del maxilar, --cerca del ala de la nariz. Esta situado en el lugar de fijación de la misma, es decir cerca de la base de ella. Puede ocasionar bastante hinchazón facial, para obliterar el pliege nasolabial del lado afectado -. Se ha observado casos bilaterales.

Puede descubrirse como una tumefacción localizada, de pequeño tamaño ó puede apreciarse como una tumoración en el suelo de la nariz, en ocasiones se presenta como una hipertrofia de los tejidos mucobucuales por encima de los ápices de los dientes incisivos laterales o caninos. Aunque se localiza en tejidos blandos más que en el hueso, puede dar lugar a erosión del hueso que esta por debajo. Pocas veces se observa radiográficamente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Esta tapizado por epitelio respiratorio o escamoso estratificado, con más frecuencia, por epitelio cilíndrico pseudoestratificado o por una combinación de estos epitelios.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Se presenta como una tumefacción o una protuberancia en el suelo de la nariz, cerca del ala. En algunos casos su localización es por debajo del ala o de la misma, produciendo una asimetría de la nariz o de la cara. Esta prominencia es de superficie lisa, dura y generalmente bien limitada. La sintomatología es variable, pero a veces presenta hipersensibilidad o incluso dolor.

TRATAMIENTO.- Por medio de enucleación quirúrgica, seguida de un estudio histológico, que muestra un saco quístico recubierto por epitelio escamoso o columnar.

QUISTE EPIDERMÓIDE.

Presenta semejanza con el dermoide, se forma a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blandos durante el desarrollo fetal. Su localización, patogenia y aspecto clínico se parece y no se puede diferenciar de los quistes dermoides, excepto que el quiste epidermoide es más superficial. Histologicamente, el epidermoide se diferencia del dermoide, en un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, bien queratinizado, y una pared de tejido fibroso, faltando los nexos cutáneos. Puede considerarse también como -

un quiste de inclusión, estos pueden localizarse en diversas zonas de los repliegues bucales, en las mejillas, en el suelo de la boca, etc. (tejidos blandos); raras veces dentro de los maxilares, se cree que se deben a epitelio gingival desplazado o incluso a una causa odontogénica. La diferencia entre los dos es su localización, el quiste epidermoide se localiza en líneas de sutura del desarrollo.

QUISTE NASOPALATINO.
(Maxilares anteriores medianos.)

Incluyen los quistes del conducto incisivo y los de la papila palatina (Thoma). Se encuentra en la región anterior del maxilar e inmediatamente detrás de los ápices de los incisivos centrales, crece a partir de los residuos epiteliales de los vestigios del conducto o conductos nasopalatinos (Zagarelli).

El quiste del conducto incisivo es un saco intraóseo cerrado tapizado por epitelio. Cuando está localizado por debajo del agujero incisivo se denomina quiste de la papila palatina.

Embriológicamente, el conducto incisivo que comunica las cavidades nasal y bucal se forma cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar, dejando vías de comunicación, una a cada lado del tabique nasal. Dentro de cada conducto se encuentran conductos palatinos, cordón o restos celulares epiteliales. Al aproximarse estos conductos a la superficie de la cavidad bucal, se dirigen hacia adelante y generalmente se unen antes de terminar como una apertura común con el hueso palatino inmediatamente por detrás de la papila palatina. Los conductos incisivos también contienen las raíces terminales de las arterias palatinas descendentes y esfenopalatina, el nervio nasopalatino y glándulas salivales menores. El tipo de epitelio se compone de acuerdo a su localización; encontramos desde el epitelio respiratorio, cuboideo y finalmente estratificado al acercarse a la cavidad bucal. Pueden ser asintomáticos, no habiendo agrandamiento ni asimetría y muchas veces ni síntomas subjetivos.

Muchas veces los quistes infectados se pueden descubrir con los signos clínicos propios, pueden mostrarse como una masa redonda, de superficie lisa, rosada, situada en cualquier parte a lo largo de la línea media del paladar. La palpación puede mostrar una consistencia semisólida, a veces con crepitación y cuando hay una infección secundaria, hiperestesia o dolor.

Hay tumefacciones en una mitad de los pacientes con quistes del conducto incisivo y en todos los que tienen quistes de la papila palatina. El drenaje o supuración es una secuela frecuente.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.- El diagnóstico puede ser difícil y no es posible hacerlo con seguridad, si el diámetro es menor de 0.6cm. ya que la fosa incisal normal puede ser grande inme-

diatamente por encima o junto al ápice de un incisivo central, el quiste se encuentra siempre en la línea media y es circular u oval. Puede quedar simulada una forma en corazón si se superpone la espina nasal en la radiografía en las vistas oclusales, el quiste aparece por detrás de los incisivos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- Pueden ser tapizados por completo o parcialmente por epitelio escamoso estratificado, transicional, cilindrico ciliado pseudoestratificado, cuboideo, el revestimiento más común es el escamoso estratificado, algunas veces se encuentran células caliciformes pero solo en asociación con el epitelio.

La formación de colesterol es muy rara, aunque se ha dicho que los quistes nasopalatinos tienen con frecuencia elementos glándulares mucosos.

Se puede observar formación de cartilago junto a los quistes del conducto incisivo muy raras veces, pero si en los de la papila palatina, se observan incluso algunos fragmentos musculares.

QUISTE DEL CANAL INCISIVO.

Se forma en la parte anterior del maxilar, entre los ápices de los incisivos centrales. Crece a partir de los residuos inferiores y de la línea media del conducto palatino, en sí es una variante del quiste nasopalatino.

Por lo general no da manifestaciones clínicas descubriéndose únicamente por medios radiológicos.

Se presenta como una zona radiotransparente redonda bien definida y delimitada, no hay relación con la vitalidad pulpar de los dientes involucrados.

Algunas veces es de forma ovalada, por la presencia de las raíces de los incisivos.

QUISTE DE LA LINEA MEDIA DEL MAXILAR.

Ocurre en forma característica en la línea media del maxilar, creciendo a partir de los residuos epiteliales que han quedado allí atrapados. También se llama quiste de la línea media o quiste medio alveolar cuando se localiza en la parte lingual del incisivo medial y quiste palatino medio cuando es más posterior a la línea media.

CARACTERISTICAS CLINICAS.- Pueden ser asintomáticos no habiendo agrandamiento ni síntomas subjetivos, se descubren accidentalmente. Los quistes de mayor tamaño y los que se han infectado se descubren por sus signos clínicos ya que muestran una masa redonda, de superficie lisa, rosada situada en cualquier lugar a lo largo de la línea media del paladar. La palpación puede mostrar una consistencia semisólida, a veces crepitación y cuando existe infección hiperestesia o dolor. En algunos casos se descubre un conducto fístuloso por el que se obtienen líquidos ya sea -- serosos o purulentos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.- La lesión puede ser de forma redonda u ovalada, . Está recubierta por epitelio y esté a su vez por una cápsula de tejido fibroso, el espacio quístico suele estar libre de elementos inflamatorios, pero cuando se desarrolla una infección la histología muestra un infiltrado inflamatorio.

CARACTERISTICAS RADIOLOGICAS.- Es de forma redonda, ovalada o elíptica, mostrándose como una zona radiotransparente situada al centro o en la línea media del maxilar. Cuando la localización es más anterior (quiste medio alveolar) puede extenderse entre las raíces de los incisivos centrales e incluso desplazarlos de su posición normal, sin afectar la vitalidad del diente.

El quiste palatino medio, de localización más posterior, suele ser de forma redonda u ovalada y pocas veces afecta la posición de los dientes del maxilar.

TRATAMIENTO.- Consiste en la excisión quirúrgica del quiste, evitando la lesión de los dientes próximos.

QUISTE MEDIO MANDIBULAR.

Es de entidad dudosa, ya que no se sabe a ciencia cierta que lo origina, se localiza en la mandíbula por debajo de los ápices de los incisivos centrales (es decir, en una posición inferior a la de un quiste dental en la región de la sínfisis). Pueden ser redondos, ovalados, irregulares e incluso multiloculares. Los dientes adyacentes son vitales.

ASPECTO HISTOLOGICO.- Están tapizados por epitelio es camoso estratificado o una combinación de epitelio de tipo cilíndrico ciliado y el epitelio escamoso estratificado.

Su patogenia, aspecto clínico y características radiológicas son similares a las descritas anteriormente.

QUISTE LINGUAL ANTERIOR.

Se ha mencionado varios quistes linguales anteriores a la línea media, pero en algunos casos se ha demostrado que se trata de quistes epidermoides de inclusión. Fusaria y Fink, describieron la presencia de epitelio de revestimiento cilíndrico cillado pseudoestratificado. Quinn encontró epitelio escamoso estratificado.

Sobre el origen de tales quistes en el epitelio atrapado entre las dos mitades de la lengua durante el desarrollo embriológico no pueden reevaluarse hasta haber analizado varios casos, sin embargo, parece ser una hipótesis razonable.

QUISTE DERMOIDE.

Es un quiste del desarrollo tapizado por epidermis y ápices cutáneos. Probablemente es debido al enclavamiento de ectodermo durante el cierre de las fisuras embrionarias que ocurren en la tercera y cuarta semana in utero.

Tiene su origen por encima del músculo milohioideo, aunque pueden penetrarlo a través de un hiato de desarrollo. Se encuentran dos tipos: quiste dermoide medial (línea media) y quiste lateral.

En el quiste medial, el atrapamiento de epitelio en la línea media ocurre en la fusión de los arcos branquiales primero (maxilar) y segundo (hioideo), es decir, por la fusión de los procesos laterales a cada lado del arco maxilar en el tubérculo impar, para formar la lengua anterior y el suelo de la boca.

El quiste lateral es hallado entre la cara lateral de los músculos genianos y el milohioideo.

El quiste dermoide contiene siempre tejidos y estructuras de origen no epitelial, tiene diversas localizaciones, como son el paladar, ángulo de la mandíbula, glándulas salivales y en los testículos y en los ovarios. Sin embargo, en la región de la boca la localización es más frecuente en la línea media del suelo de la boca.

ASPECTO CLINICO.- Cuando está por encima del músculo geniohioideo (quiste dermoide sublingual o geniogloso), el quiste es una masa o tumoración de tamaño variable 2 o más cm. de diámetro, redonda, de superficie lisa bien delimitada, de color rosado, situada en la línea media del suelo de la boca. La palpación muestra muchas veces que la masa es semisólida, pero su consistencia depende del contenido variable del quiste. Cuando es demasiado grande el quiste ocasiona desplazamiento de la lengua produciendo dificultad para hablar, comer, e incluso respirar, debido a la presión que ejerce sobre la epiglottis.

Si es más profundo puede causar abultamiento en la región submentoniana, se observa por una hinchazón lenta e indolora - en la misma región que se extiende desde el maxilar inferior - hasta el hueso hioides, dando el aspecto de mentón doble. Si llegará a aumentar de tamaño provocaría un empuje de la laringe - hacia abajo y su crecimiento hacia arriba provocaría un abombamiento en el suelo de la boca, es de tamaño variable, pero - puede llegar a medir varios cms. Generalmente da la impresión pastosa a la palpación, pero también puede ser fluctuante, según su contenido.

ASPECTO HISTOLOGICO.- El revestimiento es de epitelio escamoso estratificado queratinizante. Hay uno o varios apéndices cutáneos, como folículos pilosos, glándulas sudoríparas o glándulas sebáceas. Su cavidad está llena de queratina y material sebáceo. Solo se encuentran pelos en raras ocasiones.

TRATAMIENTO.- Es siempre por medio de la extirpación quirúrgica, auxiliado por un estudio histológico.

QUISTES DEL CUELLO, SUELO DE LA BOCA Y GLANDULAS SALIVALES.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

El quiste tirogloso parece formarse a partir de los residuos epiteliales del conducto, pueden presentarse en la base de la lengua, pero con mayor frecuencia en la parte anterior del cuello debajo del mentón y por encima de la glándula tiroideas.

Algunas veces se puede desarrollar un carcinoma papilar en el conducto tirogloso.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

El quiste se manifiesta como una masa cervical blanda,-- sensible a la presión, cuyo diámetro varía entre 1 y 10 cm.

No hay predilección sexual. El quiste está localizado dentro de la lengua o en la región suprahioidea, puede producir disfagia o accesos de ligera asfixia. Hay ronquera o dificultad de la fonación un 5%, es de paredes delgadas y de contenido acuoso o seroso, a no ser que este infectado.

Suele levantarse al deglutir o sacar la lengua. Aparece en cualquier punto, durante el trayecto del descenso del anclaje tiroideo (es decir, desde el agujero ciego hasta la escotadura supraesternal) Más del 70% ocurre a nivel del hueso hioideo o del istmo del tiroideas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Está tapizada por epitelio escamoso estratificado, cilíndrico ciliado o no ciliado y transicional intermedio. En las paredes se encuentra tejido linfóideo (se puede encontrar), glándulas mucosas y incluso tejido tiroideo aberrante. Los quistes que tienen su origen cerca de la boca tienen probabilidades de estar más revestidos por epitelio escamoso estratificado.

TRATAMIENTO.-

Es por medio de la excisión quirúrgica radical; si se sigue este procedimiento que es radical podemos evitar la recidiva. Raras veces se han registrado casos de carcinoma derivado de restos epiteliales del conducto tirogloso.

QUISTE LINFOEPITELIAL CERVICAL BENIGNO.

(Quiste de la hendidura branquial, Quiste cervical lateral nódulo linfático quístico benigno.)

Parece tener su origen en el enclavamiento de elementos de un conducto salival en los ganglios linfáticos. Está situado superficialmente cerca del ángulo de la mandíbula cubierto por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y sobre la vaina carotídea, rara vez está más profundo que la arteria carotídea.

No hay predilección sexual, el tamaño varía de 2 a 10cm no suele ser transparente, a excepto que sea demasiado grande no suele estar fijado a la estructura subyacente de la piel.

El quiste linfoepitelial también lo encontramos en el suelo de la boca o por debajo de la lengua o faringe bucal, lo cual contradice de un origen branquial.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

La mayoría se presenta en adultos jóvenes, aunque se puede presentar en la niñez temprana; son de crecimiento lento y pueden tener una duración de semana a años..

Esta lesión se presenta como una masa móvil, asintomática y circunscrita en la zona lateral del cuello superior, muchos quistes han sido observados en la zona submaxilar, en las zonas periauricular y parotídea.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Presenta un revestimiento epitelial escamoso estratificado no queratinizado rodeado por tejido linfoide con centros germinales.

En más del 80% de los casos examinados por Baskar y Bernier se pudo demostrar la presencia de sinusoides subcapsulares.

TRATAMIENTO.-

Remoción quirúrgica minuciosa. Hay recidiva si se dejan restos o simplemente se aspira o se drena la lesión.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-

Incluye el higroma quístico, linfadenitis, linfoma, y tumor del cuerpo carotídeo; casos raros cervicales de quiste tímico y paratiroideo; lesiones piógenas, tuberculosas, actinomicóticas; quistes y tumores de las glándulas submandibulares y parotídea; neoplasias primarias o metastásicas de cualquiera de los tejidos que se encuentran en la región de la cara lateral del cuello.

QUISTES ORALES CON EPITELIO GASTRICO O INTESTINAL.

Se han encontrado islas heterotópicas de mucosa gástrica en el esófago, intestino delgado, quistes torácicos, quistes onfalomesentéricos, páncreas, vesícula biliar y divertículo de Meckel. Además, por lo menos 14 quistes tapizados de mucosa gástrica o intestinal que se produjeron en la cavidad oral, en la lengua o en el piso de la boca probablemente de restos embrionarios traspuestos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Este quiste coristomático se presenta a cualquier edad, aunque la mayoría de los pacientes han sido bebés o niños, presenta ligera tendencia por los varones.

El quiste es un pequeño nódulo que está enteramente dentro de la lengua, adelante o atrás, o en el piso de la boca, en el cuello o cerca de la glándula submaxilar. Puede ser asintomático o puede causar dificultades en la alimentación y la fonación. Algunos quistes se comunican en la superficie mucosa por la estructura tubular o semejante a un conducto.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Suele estar revestido parcialmente de epitelio escamoso - estratificado y parcialmente de mucosa gástrica similar a la del cuerpo y fondo de estomago, tanto con células parietales como principales. A veces se observa epitelio intestinal, con células de Paneth, caliciformes y argentófilas. Puede estar presente una mucosa muscular.

TRATAMIENTO.-

Como es imposible diagnosticar clínicamente esta lesión y raras veces se sospecha su presencia la excisión quirúrgica es el tratamiento adecuado.

QUISTES DE LAS GLANDULAS SALIVALES.

Los verdaderos quistes de las glándulas salivales son raros si se eliminan los quistes branquiogénicos. Todos los casos comunicados han aparecido en la glándula parótida.

Los quistes están generalmente tapizados por un epitelio escamoso estratificado, pero un quiste registrado por Moore es taba tapizado de epitelio cilíndrico ciliado. Swinton y Warren sugirieron que ocurrían con mayor frecuencia en el lado izquierdo y que probablemente eran más frecuentes en las hembras. Parece ser que los quistes parotídeos representan aproximadamente el 1% de las masas quirúrgicas de glándulas salivales. (Marshall y Miles.)

MUCOCELE.

Es un quiste de retención de una de las múltiples y pequeñas glándulas salivales de la cavidad bucal producida por el bloqueo de su conducto excretor, estos quistes suelen aparecer en la cara interna de los labios, más es frecuente en labio inferior pero también aparece en el paladar, carrillo, lengua (incluidas las glándulas de Blandin-Nuhn) y piso de boca. No hay predilección alguna por grupo cronológico, y las lesiones se dividían por igual en todas las décadas, desde el nacimiento hasta la novena década, así mismo no hay predilección por sexo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

La lesión se localiza a bastante profundidad en el tejido o puede ser superficial y según su localización puede ser variable su aspecto clínico que presente. Generalmente el quiste mucoso es único, pero en algunos casos puede presentarse por agrupamiento y tener forma de racimo de uvas. Los quistes más superficiales, pueden aparecer como un hemangioma, pero de color más azul intenso y el aspecto más firme del tumor vascular lo distingue del quiste mucoso ampolloso y translúcido.

La palpación nos muestra una masa dura, muy móvil y por ello puede confundirse el quiste con una neoplasia benigna como un fibroma, sin embargo el diagnóstico más definitivo se puede obtener mediante la punción aspirativa de la lesión y la obtención de un líquido espeso de color pajizo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Consiste en una cavidad circunscrita en tejido conectivo y submucosa, que produce una elevación de la mucosa con adelgazamiento del epitelio como si estuviera estirado. Su pared se compone de un revestimiento de tejido conectivo como ya dijimos pero además tiene tejido fibroso comprimido y fibroblastos. A veces estas células son tomadas por células aplanadas. No es raro que la pared del tejido conectivo sea esencialmente tejido de granulación pero como quiera que sea presenta infiltración de cantidades abundantes de leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y plasmacitos.

TRATAMIENTO.-

Es por excisión del quiste, si la lesión incide su contenido saldrá pero rápidamente volverá a llenarse en cuanto la incisión cicatrice.

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

RANULA.-

Es un quiste de retención mucosa del suelo de la boca relativamente frecuente, relacionados con conductos de glándulas submaxilares y sublinguales. La etiología y patógena son las mismas que en la anterior, pues afectan dichas glándulas. Si bien algunos autores opinan que pueden originarse por obstrucción del conducto o por formación de una aneurisma en el mismo.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Se presenta como una masa indolora de agrandamiento lento a un lado de la boca, como suele estar situada en profundidad, la mucosa que la cubre es de aspecto normal. Si es superficial la mucosa tiene un color azul translúcido.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

El aspecto microscópico es similar al de quistes de retención más pequeños, debido a esto, casi todos los investigadores consideran que la ránula es un verdadero quiste de retención -- que se produce probablemente como un fenómeno de obstrucción -- parcial aunque no siempre es factible comprobar la presencia de un cálculo en el conducto salival.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.-

Son los mismos excepto que algunos cirujanos prefieren eliminar nada más el techo de la lesión y no enuclearla en su totalidad. Algunas veces la lesión es recidiva.

HIGROMA QUISTICO (LINFANGIOMA).

El linfangioma, tumor benigno de los vasos linfáticos, es la contraparte menos común del hemangioma, y han surgido discusiones sobre la verdadera naturaleza de esta lesión (neoplasia contra hematoma) similares a las originadas en torno al hemangioma. Watso y McCarthy propusieron una clasificación de los -- linfangiomas: 1).- Linfangioma simple, 2).- Cavernoso, 3).- Celular o hipertrófico, 4).- Sistemático difuso, 5).- Quístico o higroma.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Es más común en la lengua, pero también se observa en el paladar, mucosa vestibular, encías y labios. Las lesiones superficiales se manifiestan como lesiones papilares del mismo color de la mucosa adyacente o de un tono leve más rojo. Las depresiones más profundas se presentan como nódulos o masas sin alteraciones significativas de la textura superficial o el color.

En algunos casos, están atacadas zonas de tejido relativamente grandes. Si esta afecta la lengua, se produce un apreciable crecimiento, y esta característica clínica se aplica el nombre de "macroglosia". Litzow y Lash estudiaron 46 casos de linfangioma de lengua; señalaron que la parte dorsal anterior era la zona lingual afectada con mayor frecuencia. La presencia de nódulos irregulares en la superficie de la lengua, con proyecciones grises y rosadas, es el signo más común de la enfermedad y cuando está asociada con macroglosia es patognomónico de linfangioma.

La lesión del labio y su correspondiente deformación se denomina macroquilia. El higroma quístico es una entidad común y definida que no se manifiesta en la cavidad bucal sino que aparece en el cuello como una hinchazón grande, profunda y difusa.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

El más común es el cavernoso, se compone de numerosos linfáticos dilatados, tapizados de células endoteliales y que contienen linfa. Algunos conductos están llenos de sangre.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.-

Probablemente la extirpación quirúrgica sea la más conveniente, puesto que el linfangioma es más radioresistente e insensible a los agentes esclerosantes, como el morruato de sodio que el hemangioma. Aunque estas lesiones tienden a recidivar.

SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES.

QUISTE OSEO ESTATICO.-

Esta considerado como una lesión de defecto de desarrollo más que una lesión patológica y una vez diagnóstica no necesita tratamiento. Puede ser diferenciada y debe de ser ya que éste se localiza sobre el conducto dental inferior en la radiografía periapical intrabucal (del quiste óseo traumático o hemorrágico) mientras que la depresión por la glándula salival se encuentra debajo del conducto.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Por lo general es asintomática y se descubre solo por examen de rutina, aparece como una imagen radiolúcida situada entre el conducto dental inferior y el borde de la mandíbula, inmediatamente delante del ángulo. A veces es bilateral, ya que Boerger, Coles, Harvey y Noble han señalado que el defecto radiolúcido puede ser el enclavamiento de tejido de glándulas salivales en la -

mandíbula durante el desarrollo embrionario, o más frecuentemente, ..

Se observó que puede haber una depresión o inclusión de la glándula salival sublingual en la superficie lingual del segmento anterior de la mandíbula, está lesión fué estudiada por Miller, es asintomática y por lo común es una imagen radiolúcida bastante mal circunscrita, entre la zona del incisivo central y la zona del primer premolar.

QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO.

Es una lesión ósea solitaria que fué separada por Jaffer y Lichtenstein en 1942 como una identidad independiente, localizada en los maxilares, el "quiste" óseo aneurismático, se parece algunas veces al tumor aneurismático de células gigantes, es una lesión central, poco frecuente y única de los maxilares.

No es un verdadero quiste, ya que no esta revestido por epitelio.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Presenta hinchazón en la zona afectada, dolor, son demasiado sensibles en particular durante un ligero movimiento y esta sensibilidad llega a limitar el movimiento del hueso afectado.

Se localizan con mayor frecuencia en la mandíbula, aunque se pueden localizar por casi todos los sectores del esqueleto, sobre todo en huesos largos y columna vertebral. Sin olvidar que se pueden encontrar en el maxilar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

El cuadro radiográfico de la lesión es distintivo. El hueso está expandido, aparece quístico con aspecto de panal o de pompas de jabón y la imagen radiolúcida es excéntrica. La cortical ósea puede estar destruida y es evidente la reacción perióstica.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

El quiste óseo aneurismático se compone de un estroma de tejido conectivo fibroso que contiene muchos espacios cavernosos o sinusoidales ocupados por sangre. Los fibroblastos jóvenes son abundantes en el estroma conectivo así como las células gigantes multinucleares con una distribución similar a la de granuloma de células gigantes. Pero en la última lesión no se encuentran espacios cavernosos. Hay cantidades variables de osteoide y hueso.

PATOGENESIS.-

La naturaleza de esta lesión sigue siendo controvertida -

Lichtenstein propuso que el quiste se origina como consecuencia de una persistente alteración local de la hemodinámica que conduce el aumento de la presión venosa y al ulterior desarrollo de un lecho vascular dilatado y estancado en la zona ósea transformada. Entonces se produce la resorción ósea con la cual se relacionan las células gigantes, y el hueso es reemplazado por tejido conectivo, osteoide y hueso neoformado.

La otra explicación es que constituye la lesión un intento exuberante por reparar una hematoma ósea, similar al granuloma central de células gigantes. Pero en el caso del quiste se sostiene que el hematoma conserva una conexión circulatoria con el vaso dañado.

Así pues; la única diferencia real entre este quiste aneurismático y el granuloma de células gigantes reside en que los vasos dañados de esta última no conservan conexión circulatoria con la lesión.

Biesecker y Cols han propuesto una nueva hipótesis para la etiología y patogénesis de esta lesión; a saber, que la lesión ósea primaria inicia una fistula ósea arteriovenosa y crea así por intermedio de sus fuerzas hemodinámicas, la lesión ósea secundaria reaccional: El quiste aneurismático.

TRATAMIENTO Y PRONOSTICO.-

El cureteado o la extirpación quirúrgica es lo más adecuado, aunque puede también ser por irradiación. Pero la posibilidad del Sarcoma por irradiación es una amenaza permanente.

La recidiva en estos casos es de 21% a 59% ya que varía según sea el sitio en que se encuentra este quiste, refiriéndose a huesos largo ya que en casos de lesión maxilar no se ha reportado casos de recidiva.

QUISTE OSEO TRAUMATICO.-

No se considera como quiste maxilar ya que no se limita a los maxilares y no esta tapizado de epitelio. Se conoce con diversos nombres: quiste óseo traumático; quiste óseo solitario; quiste por extravasación; quiste óseo hemorrágico. En los huesos largos está localizado con más frecuencia en la zona metafisaria del húmero.

ETIOLOGIA.-

Existen numerosas teorías sobre ella, pero ninguna ha -

ganado aceptación general.

Entre ellas tenemos: 1).² origen en tumores óseos que han experimentado degeneración, 2).- resultado de un metabolismo cálcico anormal como el inducido por una enfermedad paratiroidea, 3).- origen de la necrosis de la médula grasa a causa de la isquemia, 4).- resultado final de una infección crónica de bajo grado, y por último 5).- resultado de la osteoclasia originada en un trastorno circulatorio a causa de un traumatismo que genera un desequilibrio entre osteoclasia y reparación ósea.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Es más frecuente en jóvenes un promedio de 18 años, el 75% ocurre en la segunda etapa o década de la vida.

Se ha afirmado que la porción de la mandíbula es más afectada que la anterior, entre el canino y la rama ascendente, se han registrado casos en la región de incisivos, puesto que las personas jóvenes tienen esta zona contenida de médula hemapoyética. Se ha observado el agrandamiento en la mandíbula a simple vista pero para su localización es necesario tomar radiografías del paciente., las pulpas de dientes afectados tienen vitalidad, se tomará en cuenta este dato ya que no se sacrificarán dientes con vitalidad pulpar. Cuando se hace la incisión quirúrgica de la cavidad, se comprueba que contiene una pequeña cantidad de líquido de color pajizo, restos de coágulo sanguíneo necrótico o nada..

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Revela una zona radiolúcida suavemente contorneada de tamaño variable, a veces con un delgado borde esclerótico, según sea la antigüedad de la lesión. Algunos quistes solo miden 1cm dm., en tanto que otros son tan grandes que abarcan la mayor parte de la zona molar del cuerpo mandibular, así como la parte de la rama ascendente. Cuando la radiolúcida engloba las raíces de los dientes la cavidad puede tener un aspecto lobulado o festoneado por la extensión de las raíces. Los dientes no se desplazan y la lámina dura está intacta.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Puesto que no es posible establecer el diagnóstico de quiste óseo solitario sin la exploración quirúrgica, el odontólogo penetra en la cavidad, trata de enuclear el revestimiento, y durante la maniobra restablece la salida de sangre hacia la lesión. Si entonces cierra la cavidad, se comprueba que la reparación y relleno del espacio con hueso ocurre entre 6 y 12 meses. Si el espacio es grande se puede usar viruta ósea para ayudar a el buen resultado del relleno.

CONCLUSIONES.

El odontólogo en su práctica diaria, debe de considerar la posibilidad de un quiste en todo paciente portador de una tumefacción ósea en la cavidad bucal.

Para poder llegar a un buen diagnóstico será necesario tomar en cuenta lo siguiente:

1.- Conocer los quistes más comunes en la cavidad bucal, - siendo estos una gran variedad, presentando una clasificación con mayor valor práctico que científico, ya que puede existir confusiones por su semejanza clínica; basados en esto, los diferenciamos por:

a).- Su localización con el previo conocimiento de la zona en la cual se presenta la patología.

b).- Por su etiología, tomando en cuenta la diferenciación existente durante el proceso embrionario (atrapamientos epiteliales) o adquiridos (trauma o proceso inflamatorio)

2.- Saber las características clínicas, radiológicas e histológicas de cada uno, para poder llevar a cabo un buen diagnóstico Clínico y Diferencial nos basaremos en:

a).- La presencia de un proceso inflamatorio en ocasiones infeccioso, con presencia tumoral en algunos casos, parestesias parciales cuando se haya involucrado algún tronco nervioso, asimetrías faciales (según sea la zona en que localizemos al quiste) y, en general una buena anamnesis dental.

b).- Por su radiolúcidez bien delimitada, que es característica de los quistes, tomaremos en cuenta las referencias de las zonas anatómicas radiológicas para evitar alguna equivocación en el diagnóstico; por ejemplo podemos confundir el agujero mentoniano con un quiste a nivel del primer y segundo premolar inferior.

c).- Por medio de un estudio histológico, comprobamos el contenido quístico, para ver de que tipo de quiste es el que nos referimos; debido a que la mayoría presenta epitelio escamoso estratificado con anexos de queratina, tejido conjuntivo o células de otro tipo como cebáceas y glándulas, etc.

3.- El tratamiento se lleva a cabo con una buena excisión quirúrgica, con todos los riesgos que esta impone, buscando un pronóstico favorable.

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

BHASKAR S.N. Patología Bucal
Libreria el "Ateneo" Editorial
Buenos Aires. 1977
Supervisión de la obra Guillermo A. Ries Centeno.

GORLÍN ROBERT J. Patología Oral
1973 Salvat Editores S.A. Barcelona (España)
Reimpresión 1980
Traducido al Español por: Dr. Joaquín Felipe Llinás.

HARNISCH HERBERT. Clínica y terapéutica de los
Quistes Maxilares.
Editorial Quinta Escencia 1973
Traducido al Español por: Dr. Bernardo Schwarcz

KRUGER GUSTV O. Tratado de Cirugía Bucal
Editorial Interamericana
4a. Edición 1978
Traducido al Español por: Dra. Georgina Guerrero

SHAFFER WILLIAM G. Tratado de Patología Bucal
Editorial Interamericana
3a. Edición 1977
Traducido al Español por: Dra. Marina G. de Grandi

ZEGARELLI EDWARD V. Diagnóstico en Patología Oral
1972 Salvat Editores S.A. Barcelona (España)
Reimpresión 1979
Versión española publicada por Lea & Febiger de
Filadelfia.