

1 ejemplar
(17)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**CLASIFICACION DE QUISTES EN LA
CAVIDAD ORAL**

T E S I S PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
MEDICO CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N :

Jorge Alberto Benavides Serrano

Mauricio Raúl Ruz Avila

México, D. F.

14502

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CLASIFICACION DE QUISTES EN LA CAVIDAD ORAL.

**JORGE ALBERTO BENAVIDES SERRANO
MAURICIO RAUL RUIZ AVILA**

I N D I C E

- I CLASIFICACION
- II MANIFESTACIONES CLINICAS
- III ASPECTO RADIOLOGICO
- IV HISTOPATOLOGIA
- V TRATAMIENTO
- VI CONCLUSIONES
- VII BIBLIOGRAFIA

QUISTES DE LOS MAXILARES

Para el odontólogo los quistes tienen una gran importancia clínica, lo que es un problema es diagnosticarlos y en su mayoría son tratados en el consultorio dental. Existen aparte de los quistes odontogénicos, otras variedades vinculados tanto a los tejidos duros como a los blandos.

Por sus múltiples síntomas, subjetivos y objetivos, frecuentemente se dificulta su distinción con los verdaderos neoplasmas.

Cuando alcanzan un gran tamaño sufren complicaciones como fracturas y trastornos en la distinción.

Este grupo requiere de trato e importancia clínica especial — por la posibilidad de que los neoplasmas se desarrollen a partir de los quistes odontogénicos.

Los quistes se pueden clasificar de la forma siguiente:

- | | |
|---------------|--------------|
| | a) Radicular |
| | b) Apical |
| PERIODONTALES | c) Residual |
| | d) Lateral |

QUISTES ODONTOGENICOS

- | | |
|-----------|-----------------|
| | a) Primordial |
| | b) Dentígero |
| FOLICULAR | c) Multilocular |

- | | |
|-----------|--------------------------|
| 1.- MEDIO | a) Medio-Alveolar |
| | b) Palatino-Medio |
| | c) Quiste de la Sinfisis |

- | | |
|-----------|--------------------|
| FISURALES | 2.-Glóbulo-Maxilar |
| | 3.-Naso-Alveolar |
| | 4.-Naso-Palatino |

QUISTES NO ODONTOGENICOS

- | | |
|---------------|--------------|
| POR RETENCION | a) Mucoccele |
| | b) Ranula |

QUISTES OSEOS TRAUMATICOS

QUISTES

DISONTOGENICOS

Dermoide

Del conducto Tirogloso

De la Hendidura Branquial

Higroma Quistico

QUISTES ODONTOGENICOS

Son los más frecuentes y por lo tanto tienen gran importancia para el cirujano dentista.

En la actualidad se ha demostrado que con frecuencia se les confunde con tumores sólidos y algunas lesiones inflamatorias ya que antiguamente se pensaba que solamente era posible identificar los quistes odontogénicos por medio de un estudio radiológico.

Muy rara vez presentan síntomas cuando no se ha desarrollado bastante, aunque frecuentemente alcanzan gran tamaño antes de ser descubiertos. Presentan dolor solamente al producirse una infección secundaria.

QUISTES NO ODONTOGENICOS

Hay una diferencia de ubicación que ha dado origen a nombres especiales y a la vez nos permite una identificación más cuantitativa. Se les llama quistes no odontogénicos por no tener vinculaciones primarias con los dientes.

Con más generalidad se desarrollan en el maxilar superior por su complicada composición histológica y como excepción pueden presentarse en la sínfisis del maxilar inferior.

Son provocados por los remanentes del epitelio enclavado en los puntos de fusión de procesos embrionarios de los huesos faciales y ciertas estructuras embrionarias, que son fuente de los quistes de este grupo.

QUISTES DISONTOGENICOS

Quistes embrionarios originados en los tejidos embriológicos desplazados.

QUISTES PERIODONTALES

Son producidos por la proliferación de los restos de Malassez, y se clasifican en cuatro grupos:

RADICULAR, RESIDUAL, LATERAL Y APICAL

QUISTE RADICULAR

Incisivamente se presentan en los maxilares pues están en relación con las raíces de los dientes y tienen la capacidad de extenderse y afectar otros dientes destruyendo grandes áreas de hueso. Estos quistes solo pueden ser descubiertos por un examen radiológico.

La falta de una pieza dentaria puede indicar que el proceso -- existe y aunque estos quistes son lesiones benignas, ya que -- por el momento no se ha demostrado lo contrario, pueden recurrir al no extirpar por completo.

QUISTE RESIDUAL

Permanecen después de la extracción de un diente y son similares a los quistes foliculares simples, pues histológicamente -- ambos son iguales y la única diferencia es la presencia de alteraciones ameloblásticas. Generalmente se localizan en maxilares desdentados.

QUISTE LATERAL

Abarca la superficie lateral de la raíz del diente se forma -- cuando está implicado un canal accesorio que se abre a un lado de la raíz; o bien como una lesión en esa área produciendo inflamación. Estos quistes pueden ser semejantes a los quistes -- foliculares y a veces provoca problemas en el diagnóstico diferencial.

QUISTE APICAL

Se sitúan en el ápice de un diente, es consecuencia de una inflamación en la pulpa y puede estar inactivo durante mucho -- tiempo.

QUISTES FOLICULARES

Estos están en relación con las coronas de los dientes. Estos

quistes también son descubiertos por medio de un examen radiológico y son lesiones benignas, igual que los quistes radicales. Se ocasionan por restos epiteliales de la línea dentaria, o bien del germen dentario, algunos autores piensan que su aparición se debe a una inflamación perifolicular y se llegan a producir en ambos maxilares.

QUISTE PRIMORDIAL

Por lo regular aparecen en la región de los terceros molares y después se extienden hacia la rama ascendente y se presenta en los adultos jóvenes. Se consideran como anomalías precoces de desarrollo y son muy raros, son originados del epitelio odontogénico, antes de que se hayan diferenciado lo suficiente las células como para segregar esmalte.

QUISTE DENTIGERO

Pueden estar asociados a cualquier diente, pero los más afectados son los terceros molares y los caninos, no son tan frecuentes en el maxilar superior que en el maxilar inferior. Se originan en los sacos foliculares que rodean las coronas de los dientes en desarrollo.

QUISTE MULTILOCULAR

Estos casi siempre ocupan la zona de los terceros molares, pero pueden extenderse anteriormente hasta el cuerpo; posteriormente por la rama ascendente. Son originados de varios gemenes dentarios que desarrollan simultáneamente una degeneración quística o bien de la lámina dentaria que forma varios folículos adyacentes; cada uno de ellos se convierte en un quiste separado. Las radiografías de las lesiones grandes tienen un aspecto multilocular, algunas veces durante las intervenciones quirúrgicas, se observa que se trata de un quiste de gran tamaño, con varios quistes óseos, con aspecto de quistes múltiples separados. Un quiste multilocular se puede llegar a convertir a uno multilocular al producirse una degeneración quística de sus paredes y es cuando se llega a formar un quiste hijo o quistes murales.

QUISTES FISURALES

Estos son de origen epitelial y se forman en la línea de sutura de los maxilares y la mandíbula, de restos de células epiteliales que continúan después de la unión de los huesos fa-

ciales y de algunos procesos embrionarios; estos quistes son benignos pero pueden llegar a recidivar cuando no se ha extirpado totalmente.

QUISTES MEDIOS

Estos quistes son divididos según su situación y se dividen en: Medio-Alveolar, Platino-Medio y quiste de la Símfisis. Tienen una gran importancia el traumatismo y la inflamación en el desarrollo del quiste.

QUISTE GLOBULO-MAXILAR

Se encuentra entre el proceso globular del hueso nasal y la apófisis palatina maxilar. Se llega a formar entre el cuerpo del maxilar y cuando crece separa los dientes próximos, aunque no los involucra directamente, su forma es triangular, su base próxima al plano oclusal y su vértice hacia las fosas nasales. Esta sutura forma un ángulo desde un punto inmediatamente por detrás de los incisivos centrales superiores para emerger entre el lateral y el canino.

QUISTE NASO-ALVEOLAR

Estos provocan un abultamiento situado en la cavidad nasal. Es formado de restos de células epiteliales que permanecen en la unión de los procesos globulares, lateral nasal y maxilares.

QUISTE NASO-PALATINO

En éste existen dos variedades de quistes y son llamados: - - QUISTE DEL CANAL INCISIVO Y QUISTE DE LA PAPILA PALATINA. Es formado de restos epiteliales de los conductos neopalatinos, como resultado de un traumatismo o inflamación. El del canal incisivo está dentro del hueso mientras que el de la papila palatina está limitado a los tejidos blandos y se presentan en el orificio del canal.

QUISTES POR RETENCION

Es la obstrucción de las glándulas mucosas o salivales, o en sus conductos accesorios, son frecuentes en el labio inferior y raros en el paladar donde el quiste se forma en la papila palatina, pueden presentarse en el carrillo, labio superior y cara inferior de la lengua.

MUCOCELE

Al igual que la rínula es formada de una obstrucción de las -- glándulas mucosas y el levantamiento se debe a la acumulación de mocos, que se retiene al estar ocluido el orificio del conducto excretor de una glándula mucosa que se puede llegar a deber a la mordedura u otra lesión de la lengua o del labio.

RANULA

Se localiza en la glándula sublingual y muy rara vez en el con-- ducto submaxilar o de la parótida. Se puede originar una obs-- trucción que puede ser un cálculo, un tapón mucoso o una infla-- mación. La glándula continúa secretando y el líquido se acumu-- la atrás de la obstrucción, el conducto se dilata, hasta que -- la provocación es mayor y se provoca una rotura del epitelio -- del conducto, lo que se ve en un escape del líquido a los teji-- dos vecinos; se forma una pared fibrosa. El tamaño de la ranula depende de la cantidad de secreción que produce la glándula -- afectada. El quiste puede llegar a agrandarse hasta llegar a -- contener 50 mm. o más de líquido.

Por obstrucciones de los conductos de la glándula submaxilar -- o de la parótida no llega a formarse; puesto que sus paredes -- son muy fuertes, solamente se ocasiona una dilatación del con-- ducto, que aumenta el volumen de la glándula.

QUISTES OSEO TRAUMATICOS

Son localizados en el maxilar inferior, están considerados co-- mo resultado de una hemorragia intramedular que no ha sido re-- parada correctamente. Frecuentemente los dientes están vita-- les y las lesiones son asintomáticas. Estos quistes no tienen ni pared quística ni revestimiento epitelial radiográficamente son áreas de aspecto quístico con destrucción ósea, al in-- tervenir se encuentran cantidades de suero, fibrillas atrófi-- cas delgadas y algunos pigmentos negros.

QUISTES DISONTOGENICOS

QUISTE DERMOIDE

Suelen estar presente en los recién nacidos, pero son visi-- bles hasta que el paciente es mayor y son más frecuentes en -- los órganos sexuales. Estas lesiones provienen de restos ec-- todérmicos incluidos en el mesodermo cuando se fusionan las -- figuras embrionarias.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Se localiza en la línea media del cuello, en cualquier lugar - entre el Istmo del Tiroides y el foramen ciego, aparecen después de nacer y antes de que el paciente cumpla 31 años. Es originado por restos del conducto tirogloso y el canal, que es una formación embrionaria que se extiende desde el foramen ciego en la base de la lengua hacia abajo a través del hueso - hioides en la aponeurosis profunda cerca del istmo del tiroides.

QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL

Se llega a formar en un período más tardío de vida que los del conducto tirogloso. Se origina por restos ectodérmicos o endodérmicos de los arcos o fisuras branquiales y también de restos de los senos epiteliales cervicales, debido a una inflamación o traumatismo. Se localiza en la porción lateral del cuello.

HIGROMA QUISTICO

Se presenta en el cuello y en la cabeza de los recién nacidos. Se encuentran tapizados por endotelio y llenos de un líquido - linfático. Llegan a alcanzar grandes tamaños, por tener sus paredes extraordinariamente delgadas y son muy difíciles de extraer, por lo tanto también pertenecen al cirujano general.

QUISTES ODONTOGENICOS - PERIODONTALES

QUISTE RADICULAR

Se presentan en cualquier sexo y a cualquier edad, estos se manifiestan tanto en la mandíbula como en el maxilar superior.

Este quiste al aumentar de tamaño llega a cubrirse de una delgada capa de hueso cortical, puede agrandarse y afectar los dientes vecinos o el hueso adyacente. El quiste crece tan rápido que se llega a formar una fístula, a veces se llega a destruir el hueso y cuando produce la fístula llega a drenar la cavidad bucal o la piel; al presionar provoca reabsorción del hueso.

Estos podrían ser lesiones múltiples o en algunos pacientes se han encontrado hasta 4 quistes, muchas veces hay deformidad y generalmente son indolores.

QUISTE RESIDUAL

Este quiste es igual al quiste radicular, con la única diferencia que éste se presenta en pacientes adultos. Es de tamaño pequeño; solamente se observa al hacer un examen radiográfico rutinario, clínicamente es asintomático.

QUISTE LATERAL

Cuando este quiste toma gran tamaño se observa un bulto de color normal y con una superficie lisa. Casi siempre es asintomático, su diagnóstico puede observarse por medio de un examen radiográfico rutinario; la infección secundaria en la zona donde se presente tiene como resultado una tumeración dolorosa, muchas veces también se puede presentar la formación de un conducto fistuloso con drenaje purulento y se pueden presentar la combinación de estas dos.

QUISTES ODONTOGENICOS - POLICULARES

QUISTE PRIMORDIAL

Casi nunca es doloroso, pero cuando el quiste es muy grande si puede serlo, pues presiona un nervio; también es doloroso cuando se encuentra una infección secundaria. Clínicamente no alcanza el volumen de un quiste dentífero, pero han existido varios casos en que ha provocado una migración por la presión ejercida.

Existe una característica que puede ser por la causa de un diente faltante o el desplazamiento de los dientes vecinos.

QUISTE DENTIGERO

En ocasiones presenta parestesia del labio, por la magnitud del quiste que hace presión con el nervio dentario o inferior, por lo tanto impide su función normal. Hay deformidad facial y gran aumento de volumen.

QUISTE MULTILOCLAR

Se presenta en la región de los caninos y molares al igual que los quistes anteriores. Pueden aparecer a cualquier edad pero por lo regular se presentan más en las paredes jóvenes.

QUISTES NO ODONTOGENICOS - FISURALES

QUISTES MEDIOS

Su tamaño puede llegar a variar de milímetros a centímetros. - Sólo si hay infección secundaria puede haber dolor. En su comportamiento van a ser tratados como uno solo, ya que los tres tipos de quistes son casi iguales. Se observa un abultamiento en el paladar en el quiste de la sinfisis.

QUISTE GLOBULO - MAXILAR

En estas lesiones es muy difícil que exista el dolor y no se puede presentar hasta que es muy grande. Se puede ocasionar un levantamiento en la parte bucal del hueso y la mucosa cuando el quiste empieza a aumentar de tamaño.

QUISTE NASO-ALVEOLAR

Estos quistes pueden ocasionar asimetría en la cara, por lo regular se observan en la nariz que es por donde drenan. Se puede llegar a efectuar una erosión en la porción del hueso en la cual descansa, y muchas veces son fluctuantes.

QUISTE NASO-PLATINO

Los del canal incisivo ocasionan un abultamiento en la parte lingual del hueso, en la zona de los incisivos centrales superiores. Estos quistes pueden llegar a confundirse con un quis-

te alveolar medio, pero es más alto en los maxilares. En estos no existe dolor alguno y el paciente empieza a notar un liquidito que drena del canal. Muy pocas veces es grande -- pues está limitado por los tejidos adyacentes. Sin embargo los de la papila palatina son blandos, ocasionan un levantamiento -- en la zona del orificio del canal incisivo y son también fluctuantes. Estos cuando se presionan se exprime el líquido y es -- cuando viene el dolor pues se puede llegar a infectarse y romperse.

QUISTES NO ODONTOGENICOS - POR RETENCION

MUCOCELE

Esta lesión se llega a presentar como aumento de volumen redondeado u oval, es de color azuloso y traslúcido. Cuando se rompe, se cicatriza y vuelve a romperse otra vez. Es fluctuante cuando se vuelve a llenar de moco; puede encontrarse a cualquier edad, cualquier sexo y es benigno.

En la lengua, en la glándula de Blandin y Muhn, el quiste es -- formado en la parte anterior de la lengua y tienen unos orificios que se abren a la superficie inferior.

RANULA

Estos quistes tienen la ventaja de que muy pocas veces llegan a infectarse y no producen dolor. Son de tamaño grande y abarca -- ambos lados del piso de la boca. La ruptura de la lesión provoca la salida de un líquido pegajoso y mucoso. Muchas veces cuando llega a ser muy grande, impide la masticación y el habla.

QUISTE OSEO TRAUMATICO

Este quiste se representa en las personas jóvenes, se descubre -- por medio de un estudio radiológico rutinario y no se puede llegar a descubrir hasta no ser efectuado dicho estudio. El dolor -- es acentuado por el ejercicio y una limitación de los movimientos, si el quiste está situado cerca de la articulación. Casi -- nunca hay un aumento de volumen.

QUISTES DISONTOGENICOS

QUISTE DERMOIDE

Se caracterizan por ser masas blandas, libremente móviles y fluctuantes.

tuantes. Frecuentemente están situados lateralmente por debajo del ángulo de la mandíbula o en el paladar. Se manifiestan en el piso de la boca o cerca de él, muchas veces pueden encontrarse también en algunas zonas de la cavidad bucal pero con frecuencia se ven en la región sub-mentoniana. Algunas veces llegan a ocasionar una dificultad en la deglución o inferir en el habla. La deglución no llega a producir ningún movimiento del quiste, pero si lo puede llegar a producir en el quiste del conducto tirogloso y esto nos sirve de ayuda para el diagnóstico diferencial.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Son también una masa fluctuante, en la línea media del cuello y en la parte superior; frecuentemente se localiza debajo del hueso hioides. Algunas veces se puede formar en cualquier porción desde la lengua en el foramen ciego, hasta la horquilla del esternón, ocasionalmente llega a formar o provocar síntomas subjetivos, es móvil y no presenta dolor y si lo presenta cuando llega a infectarse. Al deglutir llega a ocasionar movimientos del quiste. Muy pocas veces se pueden formar fistulas que actúan como una válvula de escape de todo el contenido del quiste; se abre en la porción anterior del cuello.

QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL

Es caracterizado por un aumento de volumen, es de consistencia blanda fluctuante en la parte lateral superior del cuello por delante del esternocleidomastoideo y en la región de la parótida.

Estos no llegan a adherirse a la piel, son bilaterales, móviles y llegan a drenar por un canal que se abre en la superficie de la piel a lo largo del trago de la oreja. El quiste puede estar inactivo por mucho tiempo y algunas veces se llegan a encontrar en el embarazo o cuando existe una baja de defensas. Drenan algunas veces interbucalmente; estos conductos reciben el nombre de fistulas branquiales.

QUISTES ODONTOGENICOS - PERIODONTALES

QUISTE RADICULAR

Estos llegan a presentarse en las áreas radiolúcidas en la zona del ápice, tienen bordes bien definidos, son redondos u ovals.

Son de un tamaño variable pues llegan a variar desde varios mm. de diámetro hasta 1 cm. o más.

QUISTE RESIDUAL

Se observa una zona radiotransparente, radiográficamente se pueda confundir con neoplasia mastática, mieloma múltiple, histiocitosis y otras lesiones centrales; sus características son: que se puede pensar que se trate de un quiste residual.

QUISTE LATERAL

En éste también se observa una zona radiotransparente, ésta puede ser ovalada o elíptica y es por eso que varía su forma. Tiene sus bordes bien delimitados, muchas veces está redondeado de una zona esclerótica y se presenta en la zona de los premolares y caninos.

QUISTES ODONTOGENICOS - FOLICULARES

QUISTE PRIMORDIAL

Se aprecia como una zona radiolúcida muy bien definida, y no tiene ninguna asociación directa con alguna pieza dentaria.

QUISTE DENTIGERO

Este se encuentra sobre la corona del diente y se aprecia como una zona radiolúcida bien definida y tiene bordes bien limitados.

QUISTE MULTILOCULAR

Este quiste puede ser confundido muy fácilmente con un amebliogoma. También en éste se aprecia una zona radiolúcida con unos bordes bien definidos.

QUISTES NO ODONTOGENICOS - FISURALES

QUISTES MEDIOS

Se manifiestan como áreas radiolúcidas, ovales y redondas.

QUISTE GLOBULO - MAXILAR

Se presenta como un área radiolúcida en forma de cúpula, con un ápice o punta que se extiende hacia abajo por en medio de las raíces de los dientes. Cuando los quistes aumentan de tamaño afectan todo un lado del maxilar y entonces es cuando pierden sus características de forma.

QUISTE NASO-ALVEOLAR

Este quiste no se llega a observar por qué muy pocas veces está en el hueso y sólo se puede llegar a ver inyectando lipiodol.

QUISTE NASO-PALATINO

Estos se llegan a observar en el canal incisivo y en papila palatina. Los del canal incisivo se observan como un área radiolúcida y los de la papila palatina no se llegan a observar al hacer el examen radiológico, por que no está afectando el hueso.

QUISTES NO ODONTOGENICOS POR RETENCION

RANULA

En este tipo de lesiones la placa radiográfica no revelan nada, pues casi siempre la obstrucción se debe a residuos orgánicos y no a cálculos; se deben practicar en este tipo de lesiones radiografías extraorales y oclusivas.

QUISTES ODONTOGENICOS - PERIODONTALES

QUISTE RADICULAR

En estos quistes la membrana de revestimiento es variada, algunas veces pueda ser: Ciliada, cilíndrica y cúbica. Sus componentes serán cristales de colesterol que son células gigantes de cuerpo extraño, crepúsculo de Russell y pigmentos sanguíneos, - en su interior está revestido de epitelio escamoso estratificado, que pueda variar en su grosor. Es una pared de conjuntivo fibroso y es vascular. Algunas veces la pared de revestimiento provoca una producción de queratina exagerada y hace parecer la lesión como un dermoide, sólo se diferencia en su localización por folículos pilosos y glándulas sebáceas.

QUISTE LATERAL

El saco del quiste se compone de un recubrimiento de epitelio escamoso estratificado y también se compone de una pared de tejido conjuntivo.

QUISTES ODONTOGENICOS - FOLICULARES

QUISTE PRIMORDIAL

Los cortes histológicos se caracterizan porque son una cavidad quística revestida por epitelio escamoso estratificado y también una capa de tejido conjuntivo. Algunas veces se ha llegado a encontrar células informativas entre el tejido conjuntivo y la capa epitelial.

QUISTE DENTIGERO

La pared de este quiste está constituida por tejido conjuntivo fibroso, cuyos componentes son: elementos inflamatorios crónicos y subagudos, pigmentos sanguíneos y cristales de colesterol.

QUISTE MULTILOCULAR

Es idéntico al anterior y una de sus características son: los cuerpos de Russell y células muy grandes de cuerpos extraños, a veces está recubierto por epitelio escamoso en su interior, aunque también se pueden encontrar otras especies de epitelio.

QUISTES NO ODONTOGENICOS - FISURALES

QUISTES MEDIOS

Están recubiertos por lo general de epitelio que es escamoso - estratificado o semejante al epitelio respiratorio.

Para el diagnóstico diferencial es importante la situación del quiste por medio de un estudio radiológico. La pared está constituida por el tejido conjuntivo fibroso, en ocasiones con colágena abundante; también muchas veces está infiltrado con elementos inflamatorios crónicos.

QUISTE GLOBULO-MAXILAR

Estos poseen una membrana de revestimiento que puede ser de epitelio ciliado pseudoestratificado cilíndrico; algunas veces se presenta epitelio escamoso. Son semejantes a los quistes odontogénicos y a otros quistes fisurales, se necesita hacer un examen radiológico minucioso y una historia clínica detallada para saber el diagnóstico definitivo.

QUISTE NASO-ALVEOLAR

Está revestido de epitelio cilíndrico y contiene células calciformes.

QUISTE NASO-PALATINO

La pared está formada de tejido conjuntivo fibroso y en los del canal incisivo las paredes son de carácter diferenciado, el revestimiento interior puede llegar a ser cilíndrico o escamoso y los de la papila palatina también están formados por una pared de tejido conjuntivo fibroso y está revestida de epitelio respiratorio o escamoso.

QUISTES POR RETENCION

MUCOCISTE

Es igual que la ranula, microscópicamente el quiste es fibroso y está revestido por epitelio que se forma del conducto del quiste.

RANULA

La pared del tejido conjuntivo fibroso es delgada y en su inte-

rior está cubierta de epitelio escamoso aplanado, también existen algunos restos mucosos y celulares.

QUISTE OSEO TRAUMATICO

Este quiste es una cavidad que está formada por tejido esponjoso, flojo y que a la presión sangra muy fácilmente y su color es rojizo oscuro. Al observarse por el microscopio se observan múltiples espacios hemorrágicos con células muy grandes multinucleadas. Se encuentra algunas veces también un estroma denso con algunas trabeculas de hueso nuevo.

QUISTES DISCOTOGENICOS

QUISTE DERMOIDE

El interior del quiste está revestido por epitelio escamoso estratificado que tiene solamente el grosor de unas cuantas células y no se le forman clavos interpapilares. La pared del quiste está formada por tejido conjuntivo fibroso, éste contiene glándulas sebáceas, folículos pilosos y queratina.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Muchas veces este quiste contiene alveolos muy pequeños y están llenos de una substancia coloide semejante al tejido tiroideo y están papizados con epitelio ciliado y cuando se forman de la porción inferior del conducto este quiste puede estar cubierto por epitelio escamoso y no existen alveolos.

QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL

Algunas veces puede estar cubierto de epitelio escamoso o epitelio respiratorio. En la pared del tejido conjuntivo fibroso se presenta el contenido linfoides y está relacionado con el revestimiento interno.

QUISTES ODONTOGENICOS - PERIODONTALES

QUISTE RADICULAR

El revestimiento epitelial del quiste se une a la mucosa bucal de la porción vestibular del proceso. Ya después de haber extirpado el hueso, el revestimiento epitelial de la cavidad quística se sutura el epitelio bucal que provoca una abertura en el quiste. Extirpación completa de todos los elementos epiteliales. Se puede llegar a lograr a base de enucleación completa de la pared del tejido conjuntivo y el revestimiento epitelial o bien el procedimiento de Partsch, que es usado cuando el quiste es muy grande. Cuando ha pasado algún tiempo el hueso llena la cavidad y -- desplaza la membrana quística hacia afuera, hasta que logra un contorno normal del proceso alveolar. En algunas ocasiones hay casos en que los grandes quistes pueden extirparse por enucleación y el defecto se repara colocando un material de hueso orgánico como Gelfoam.

QUISTE RESIDUAL

Para obtener mejores resultados de dicha intervención se debe hacer una exploración biopsica y la extirpación quirúrgica es total.

QUISTE LATERAL

También es de extirpación total del quiste, la cual es seguida de un estudio histológico, porque los ameloblastomas pueden presentar un cuadro similar.

QUISTES ODONTOGENICOS - POLICULARES

QUISTE PRIMORDIAL

Tiene una extirpación total, en caso de provocarse una fractura y fragmentación de la pared del quiste, se tiene que realizar un raspado minucioso de la pared ósea.

QUISTE DENTIGERO

La terapia será en base a la conservación de la pieza afectada. Si se conserva y se permite su erupción; el procedimiento de Partsch se efectúa sin afectar la unión del diente con el hueso vecino. Si existe desplazamiento del diente y no es conveniente mantenerlo, se debe extirpar completamente con el quiste si se --

llegan a dejar restos epiteliales se puede provocar la recidiva y producirse un ameloblastoma.

QUISTE MULTILOCULAR

Existe una extirpación total del quiste, se abre una cavidad quística entre la cavidad bucal y el quiste; cuando el quiste es demasiado grande y hay destrucción de gran parte del hueso, se saca el diente y se rellena la cavidad quística con algunas substancias como gasa yodo formada; esta gasa se debe cambiar continuamente con el objeto que la pared y la cavidad quística se convierta en una porción de la cavidad bucal.

QUISTES NO ODONTOGENICOS - FISULARES

QUISTES MEDIOS

Este quiste es igual a los radiculares; se hace la extirpación completa del quiste, ya sea por enucleación o resección. Igual que los quistes fisulares existe una superficie no recubierta por hueso, pueden ser enucleados y de esta manera se hace la superficie menos profunda suprimiendo los bordes salientes del hueso, permitiendo que la mucosa cubra el defecto que ha quedado sencillamente cóncavo y sin paredes laterales.

QUISTE GLOBULO-MAXILAR

Existe una extirpación completa del quiste, ya sea por resección o enucleación.

QUISTE NASO-ALVEOLAR

Muy pocas veces este quiste abarca el hueso y para llegar al hueso es necesario hacer una incisión en el vestibulo; se hace la enucleación del quiste y la mucosa se cierra.

QUISTE NASO-PALATINO

Hay una sutura del defecto y extirpación total.

QUISTES POR RETENCION

MUCOCELE

Existe una extirpación completa del quiste y de la glándula afectada en un mismo tiempo. Se llega a formar un nuevo mucocelo si se lesionan las glándulas; se puede llegar a ocasionar -

un neuroma.

Si se llegan a formar los nervios y se provoca un dolor muy intenso o se llega a sentir una sensación de quemadura.

RANULA

Exista extirpación total del quiste y de la glándula afectada. Se tienen que tomar algunas medidas durante la intervención, tales como proteger el conducto de la glándula submaxilar, pues si se llega a lesionar se produce una adenitis crónica de dicha glándula. Casi siempre resulta imposible practicar la enucleación total de la ranula y es cuando se prefiere el procedimiento de marsupialización que se trata de la extirpación de la pared anterior posterior del quiste y la sutura del borde resultante de la cápsula con la membrana mucosa del piso de la boca. Esta intervención se llega a realizar bajo la anestesia del nervio lingual; ya que se logra ésta se hace una pequeña incisión a través de la mucosa y la cápsula quística en el centro de la saliente que forma la tumoración. Por succión se remueve todo el contenido del quiste y la cavidad resultante se llena con gasa, hasta que sus paredes quedan totalmente distendidas. Se da una pequeña puntada en el centro de la incisión que sirve de sostén a la gasa y las paredes del quiste. Después con las tijeras se corta la cápsula y la mucosa alrededor de la cavidad quística y tan bajo como lo permita la reflexión de la mucosa. A través de todo este procedimiento se llega a obtener una perfecta epitelización de la pérdida de sustancia que dejaría una ablación total del quiste.

QUISTE OSEO TRAIMARICO

Se utiliza el curetaje local rellenando la cavidad con gasa, aunque algunos autores recomiendan el relleno con Gel-foam.

QUISTE DISONTOGENICOS

QUISTE DERMOLDE

Existe una extirpación quirúrgica total. Este procedimiento consta de la situación y extensión del quiste.

Un quiste dermoide del piso de la boca se puede extirpar por vía extrabucal o intrabucal y la contaminación se evita disminuyendo el riesgo de infección post-operatorio.

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Hay una extirpación quirúrgica completa para evitar las recidivas, es muy importante extirpar totalmente.

QUISTE DE LA HENDIDURA BRANQUIAL

En éste también hay extirpación quirúrgica completa. Algunas -- ocasiones se trata como infección local pero si los síntomas -- son repetidos se procede a la extirpación y las fistulas se tra-- tan exactamente igual que el quiste.

Ahora como ya nos hemos dado cuenta, cada quiste es diferente, - son diferentes por varias razones, como por ejemplo, la histopatología, aspecto radiológico o por su manera de manifestarse -- clínicamente y es por eso que cada quiste se trata de manera especial, todos estos quistes que hemos mencionado son lesiones -- benignas y a veces son confundidas con neoplasias o tumores malignos. Algunos tienen tendencia a recurrir, si no se les llega a extirpar por completo.

La mayoría de ellos se presentan en personas jóvenes, son indolores y también se pueden presentar a cualquier edad.

Se debe de hacer una historia clínica precedida de un estudio radiológico minucioso para poder manifestar un diagnóstico bien -- definido.

Estos quistes se pueden llegar a encontrar en diferentes zonas -- de los maxilares.

Se llega a diagnosticar casi siempre por hallazgos radiográficos y su terapéutica siempre es quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

GURALNICK, WALTER

TRATADO DE CIRUGIA ORAL

BERNIER, JOSEPH L.

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES
ORALES

TIECKE, STUTEVILLE,
CALANDRA

FISIOPATOLOGIA BUCAL

ZEGARELLI, EDWARD V.

DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL

KUTSCHER AUSTIN H.

HYMAN, GEORGE A.

PALACIOS GOMEZ, ALBERTO

TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA
Y CUELLO