

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA



QUISTES DE LOS MAXILARES

(Aspecto Clínico, Radiográfico, Histopatológico
y Terapéutico).

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A

MARIA DEL SOCORRO CORTES ZENTENO

México, D. F.

14616

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.

TEMARIO

QUISTES EN LOS MAXILARES

(Aspecto Clínico, Radiográfico, Histopatológico y Terapéutico)

INTRODUCCION

- 1.- Historia Clínica
- 2.- Generalidades.
- 3.- Clasificación
- 4.- Quistes Odontogénicos
- 5.- Quistes no Odontogénicos
- 6.- Quistes Disodontogénicos
- 7.- Conclusiones
- 8.- Bibliografía.

INTRODUCCION

El objetivo principal de este trabajo es presentar un estudio de los quistes de los maxilares, pues es interesante en virtud de que hay gran confusión con otras lesiones que presentan gran similitud con éstos.

También deseo despertar el interés entre el estudiante de Odontología y Médico Cirujano Dentista para que observen con mayor atención estas lesiones, aun cuando no se dediquen a esta especialidad, con el fin de poder resolver alguno de estos casos por ser frecuentes y de sencillo tratamiento, pudiendo ser atendidos por el odontólogo general; si llegan a presentarse algunos casos de difícil solución, previo diagnóstico, encauzarlos al especialista indicado.

HISTORIA CLINICA

La anotación de la historia clínica médica, considerada otrora como un trámite que se aplicaba al tratamiento del paciente especial, se considera ahora como un elemento indispensable en la práctica corriente. Hay cuatro razones principales por las cuales debe hacerse dicha historia.

- 1.- Para tener una seguridad de que el tratamiento dental no perjudicará el estado general del paciente ni su bienestar.
- 2.- Averiguar si la presencia de alguna enfermedad general o la toma de algunos medicamentos pueden entorpecer o comprometer el éxito del tratamiento aplicado al paciente.
- 3.- Detectar alguna enfermedad ignorada que exija un tratamiento especial.
- 4.- Conservar un documento gráfico que puede resultar útil en el caso de reclamación judicial por incompetencia profesional.

Una buena historia es sumamente útil durante la exploración clínica. Los informes acerca de la duración, síntomas y modificaciones de una lesión o de una enfermedad permiten que el dentista interprete de manera más inteligente lo que observe.

Muchas enfermedades o anomalías presentan un conjunto de características o antecedentes históricos que pueden conducir al diagnóstico por sí mismos.

Por ejemplo, un paciente puede quejarse de que se ha notado una zona áspera en la mucosa bucal frente a un diente mellado y afirmar que hace meses que la tiene, sin que al parecer se haya modificado y sin otros síntomas.

Basándose en esta información, la posibilidad diagnóstica más verosímil es que se trata de una lesión de hiperqueratosis. La información suministrada por el paciente sugiere una fuente de irritación (el diente mellado) que provoca la reacción del tejido.

La aspereza indica que el tejido ha reaccionado como proliferación y formación de queratina. Si el tejido se hubiera desintegrado o ulcerado, el paciente se hubiera quejado de dolor. En realidad la historia sola permite hacer prácticamente el diagnóstico.

La elaboración de la historia, sin embargo, implica algo más que la obtención de información acerca de la principal molestia del paciente.

Incluye la exploración de los antecedentes familiares, la historia clínica de la familia y su historia personal.

La amplitud de la información en este sentido dependerá de la situación con que tiene que enfrentarse el dentista. Obtener más información de la que en realidad se necesita no es malo; por el contrario, la información ~~superflua~~ o incompleta puede dar origen a diagnósticos innecesarios o a problemas terapéuticos.

Al hacer la historia clínica el dentista debe aprender a escuchar al paciente. Le ha de dejar en libertad de hablar, de usar sus propios términos como base para nuevas preguntas y aceptar o rechazar lo que contribuye o lo que es inútil al diagnóstico de la situación clínica.

Ciertamente, antes de iniciar el tratamiento es importante saber si el paciente padece una cardiopatía, una diátesis hemorrágica, alergias de cualquier tipo u otras complicaciones.

médicas. El conocimiento de cualquier enfermedad grave entre los miembros de la familia del paciente, especialmente los hereditarios o contagiosos, influye en las decisiones diagnósticas o terapéuticas. El modo de vivir del paciente, sus hábitos, su estado emocional, su ocupación y actitud con respecto a la salud, puede tener una relación directa con su estado o tratamiento.

A continuación se presenta un cuestionario sanitario para completar los datos necesarios para la historia clínica.

CUESTIONARIO SANITARIO

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____

Dirección _____

Teléfono _____ Ocupación _____ Estado _____

Nombre y dirección de mi médico _____

¿Cuál es su principal trastorno (en pocas palabras) _____

INSTRUCCIONES

Si su respuesta es afirmativa rodee con un círculo la palabra "SI". Si su respuesta es negativa rodee con un círculo la palabra "NO". Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco en los casos indicados.

Las respuestas a las preguntas siguientes son únicamente para nuestro archivo y se consideran como confidenciales.

- 1.- ¿Padece usted algún trastorno o alguna enfermedad?.. SI NO
 a) ¿Ha observado alguna alteración de su salud general durante el pasado año?..... SI NO

- 2.- Mi último reconocimiento físico fue en _____

- 3.- ¿Está en tratamiento médico?..... SI NO
 a) En caso afirmativo, ¿qué enfermedad padece?

- 4.- ¿Ha padecido alguna enfermedad grave? ¿Le han operado? SI NO
 a) En caso afirmativo ¿cuál fue la enfermedad? ¿De qué le operaron? _____

- 5.- ¿Ha sido hospitalizado o ha padecido alguna enfermedad grave durante los últimos cinco años? SI NO
 a) En caso afirmativo, ¿cuál fue el problema?

- 6.- Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?
 - a) Fiebre reumática o cardiopatía reumática..... SI NO
 - b) Lesiones cardíacas congénitas..... SI NO
 - c) Enfermedad cardiovascular (trastorno cardíaco, aorta que cardíaco, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, tensión arterial elevada, arterioesclerosis, apoplejía) SI NO
 - 1.- ¿Nota dolor en el pecho después de los esfuerzos?..... SI NO
 - 2.- ¿Le falta el aliento después de un ejercicio moderado?..... SI NO
 - 3.- ¿Se le hinchan los tobillos?..... SI NO
 - 4.- ¿Tiene dificultad para respirar cuando está echado o necesita más almohadas cuando duerme? SI NO

- d) Alergia SI NO
 e) Asma o fiebre del heno..... SI NO
 f) Urticaria o erupción cutánea..... SI NO
 g) Desvanecimientos o ataques..... SI NO
 h) Diabetes..... SI NO
 1.- ¿Tiene necesidad de orinar más de 6 veces al día?..... SI NO
 2.- ¿Tiene sensación de sed con mucha frecuencia? SI NO
 3.- ¿Nota a menudo sensación de sequedad en la boca?..... SI NO
 i) i) Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática..... SI NO
 j) Artritis..... SI NO
 k) Reumatismo inflamatorio (tumefacción dolorosa de las articulaciones)..... SI NO
 l) Úlceras gástricas..... SI NO
 m) Trastornos renales..... SI NO
 n) Tuberculosis..... SI NO
 o) ¿Tiene tos persistente? ¿Ha expectorado sangre alguna vez?..... SI NO
 p) Hipotensión..... SI NO
 q) Enfermedades venéreas..... SI NO
 r) Otras enfermedades..... SI NO
 a) Cuáles _____

- 7.- ¿Ha tenido hemorragias anormales con ocasión de extracciones anteriores, intervenciones quirúrgicas o traumatismo?..... SI NO
 a) ¿Se produce equimosis con facilidad?..... SI NO
 b) ¿Ha necesitado alguna vez una transfusión sanguínea?..... SI NO

En caso afirmativo explique en qué circunstancias _____

- 8.- ¿Padece algún trastorno de la sangre, por ejemplo, anemia? SI NO

- 9.- ¿Le han operado o le han aplicado radioterapia por un tumor, abultamiento o cualquiera otra alteración de la boca o de los labios?..... SI NO

- 10.- ¿Toma algún preparado medicamentoso?..... SI NO

En caso afirmativo diga cuál es _____

- 11.- ¿Toma alguno de los siguientes medicamentos?
 a) Antibióticos o sulfamidas?..... SI NO
 b) Anticoagulantes SI NO
 c) Medicamentos para la presión sanguínea elevada... SI NO
 d) Cortisona (esteroides)..... SI NO
 e) Tranquilizantes..... SI NO
 f) Analgésicos..... SI NO
 g) Insulina, tolbutamida o productos similares..... SI NO
 h) Digital u otros preparados cardiotónicos..... SI NO
 i) Nitroglicerina..... SI NO
 j) Otros..... SI NO

- 12.- ¿Tiene alergia o ha reaccionado desfavorablemente a?
- | | | |
|---|----|----|
| Anestésicos locales..... | SI | NO |
| Penicilina..... | SI | NO |
| Sulfamidas..... | SI | NO |
| Barbitúricos, sedantes y tabletas contra el insomnio..... | SI | NO |
| Aspirina..... | SI | NO |
| Yodo..... | SI | NO |
| Otras sustancias..... | | |
- 13.- ¿Padece alguna enfermedad o algún trastorno que no haya sido mencionado más arriba y que considera con veniente que yo lo sepa? SI NO
En caso afirmativo, explique cuál es _____
- 14.- ¿Tiene dolor en la boca?..... SI NO
- 15.- ¿Le sangran las encías?..... SI NO
- 16.- ¿Cuándo visitó al dentista por última vez? _____
- 17.- ¿Qué tratamiento le dió? _____
- 18.- ¿Ha sufrido algún trastorno importante con ocasión de algún tratamiento dental anterior?..... SI NO
En caso afirmativo diga qué ocurrió _____

M U J E R E S

- 19.- ¿Está embarazada?..... SI NO
- 20.- ¿Sufre trastornos relacionados con el período menstrual? SI NO

OBSERVACIONES

Fecha _____

Firma del paciente _____

Firma del Dentista _____

QUISTES DE LOS MAXILARES

2) GENERALIDADES.

DEFINICION: La palabra quiste tiene su origen en la raíz griega *kystis*, que significa vejiga.

QUISTE: Cavidad cerrada que contiene materia líquida o semilíquida, que puede estar compuesta por suero, flúidos, restos necróticos, colesterol, etc. El continente está formado por una membrana epitelial rodeada por tejido conectivo. Su crecimiento es por expansión. Hay condensación ósea y lámina dura. Su imagen radiográfica es radiolúcida.

3) CLASIFICACION

I.- Quistes Odontogénicos

a) Quistes Foliculares

- 1.- Quiste primordia
- 2.- Quiste Dentígero
- 3.- Quiste Multilocular

b) Quistes Periodontales

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

II.- Quistes no Odontogénicos

a) Fisurales

- 1.- Quiste Medial
- 2.- Quiste Globulo-Maxilar
- 3.- Quiste Nasoalveolar
- 4.- Quiste Nasopalatino

b) Oseos

c) Quistes per Retención

1.- Ránula

2.- Mucocele

III.- Quistes Disodontogénicos

a) Dermóide

b) Branquial

c) Higroma quístico

d) Del conducto Tirogloso.

QUISTES ODONTOGENICOS

Tomán su nombre por originarse en los tejidos formadores del diente; se presentan a cualquier edad a partir de la infancia. Es característica la destrucción de hueso y crecen a expensas del tejido esponjoso que es poco resistente. El hueso cortical sufre una atrofia debido a la presión externa y se adelgaza semejando cáscara de huevo, llegando a erosionarse hasta producir una franca ulceración; también puede formar paredes tumorales (ameloblastoma, carcinoma epidermoide).

El crecimiento del quiste puede llegar a ocupar la totalidad de un hueso maxilar unilateralmente, deformándolo en su crecimiento, produciendo así marcada asimetría facial.

A) Quiste Folicular

Se puede presentar en ambos maxilares originándose en la lámina dental o en el epitelio o del germen, o bien antes de la formación del esmalte y dentina. Encontraremos tres variedades:

1.- Quiste Primordial, Folicular Simple o Unilocular.

Quiste que se forma en época temprana de la odontogénesis, antes que la proliferación e histogénesis haya llegado a la formación de dentina y esmalte.

Puede originarse a partir de un diente supernumerario de la lámina dental, en cuyo caso se encuentra completo el número de dientes.

2.- Quiste Dentígero, Folicular Central o Corona-Dentario.

Este se forma a expensas de los sacos folicular-

res pericoronarios de dientes en desarrollo; los más frecuentemente asociados son los terceros molares y caninos con la incidencia preferente en mandíbula.

3.- Quiste Multilocular o Folicular Múltiple

Es una forma rara de quiste folicular; se origina a partir de varios gérmenes dentarios, siendo simultánea la de generación quística o bien procedentes de la lámina dentaria que ha formado varios folículos adyacentes.

La degeneración de las paredes de un quiste unilocular puede formar quistes murales o quistes hijos.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Para distinguir los quistes foliculares de los radiculares a causa de las peculiaridades relacionadas con su localización y su frecuente asociación con dientes mal ubicados, ha sido la "regla del pulgar" más bien general, por estar asociados a la corona y a la raíz respectivamente. En general, para realizar el diagnóstico diferencial es necesario relacionar las radiografías con la histopatología, pues en la mayoría de los casos, ninguna es satisfactoria por sí sola.

La distinción de la forma folicular de la radicular es muy importante, ya que un número sorprendente de ameloblastomas surge del quiste folicular.

1.- Quiste Folicular Simple, Primordial o Unilocular.

Es una lesión bastante rara; se observa con mayor frecuencia en región de molares inferiores y tercer molar superior. Se puede desarrollar a partir de un brote primario o permanente, siendo difícil distinguir el primer caso del quiste radicular residual; su tamaño varía hasta 5 cms. de diámetro. Cuando surge de un brote permanente se puede asociar a un diente

te temporario retenido sirviendo esta relación para un diagnóstico. Si se desarrolla en zonas donde no hay dientes temporarios, su identificación es difícil. Pasa desapercibida por ser asintomático, siendo descubierto en examen dental rutinario.

2.- Quiste Dentífero o Folicular Simple.

Es el más común de estas formas. Se origina cuando la corona casi ha terminado su desarrollo, de donde se verá -- que siempre se asocia al diente; por consiguiente, las raíces pueden no estar formadas. El tamaño varía de 2 a 4 cms. de diámetro. Es probable que los folículos residuales circundantes a las coronas de todos los dientes retenidos deben considerarse como quistes foliculares centrales, cualquiera que fuere la dilatación que demuestre, ya que su potencial para formar ameloblastos es notorio.

3.- Quiste Multilocular, Quiste Folicular Simple

Lesión rara que debe distinguirse del ameloblastoma al que se asemeja radiográficamente.

Esta lesión es más común en las zonas de los molares y a menudo involucra la rama ascendente a la tuberosidad del maxilar. Finalmente, aunque pueda parecer dividida en compartimientos, es en realidad un espacio quístico único con tabiques que se extienden a corta distancia desde la periferia. El interior semeja la cara interna de la corteza de una nuez. Esto es importante recordarlo, puesto que tiende a complicar la remoción de la pared quística, lo cual es esencial.

HISTOPATOLOGIA

Las características de este grupo de quistes no son en su mayoría diferenciales. Presentan una pared de tejido fibroso tapizado por epitelio pavimentado estratificado; puede -

ser de colágeno o laxa, observándose en muchos casos remanentes de epitelio odontógeno; con tendencia a la subsecuente formación de ameloblastoma.

Puede existir inflamación con predominio de linfocitos pequeños y plasmocitos; no se ha probado la degeneración maligna, aunque se piensa que puede ocurrir.

TRATAMIENTO

Para todas estas formas de quistes foliculares el tratamiento consiste en la enucleación total de la membrana quística, a causa de la presencia de fragmentos residuales de epitelio odontógeno. Está contraindicada la marsupialización, ya que la eliminación es seguida del desarrollo de tumores murales que crecen con rapidez, ocupando la cavidad quística. No es necesario el cauterio ni el uso de sustancias químicas después de la enucleación.

La eliminación del quiste folicular central podría permitir la erupción del diente involucrado, pero es más común su extracción por encontrarse desplazado y para evitar la formación del ameloblastoma; se recomienda en todos los casos la eliminación completa del saco folicular de los dientes retenidos.

B) Quistes Periodontales.

Se producen a expensas y por proliferación de los restos periodontales de Malassez. Son los más comunes de los maxilares; se asocian a una raíz dental variando de diámetro de 1 a 3 cms., haciéndose difícil su diferenciación de los granulomas. Se distinguen cuatro formas:

1.- Quiste Radicular o Periapical.

Estos quistes se forman en relación con las raíces de los dientes, en contraste con el quiste folicular asociado habitualmente a la corona dental. Son los más comunes de los

maxilares, por lo que tienen gran importancia clínica. Para la distinción con otro tipo de quistes es relativamente fácil, -- pues su diámetro varía entre 1 y 1.1/2 cms. y por estar asociados con la raíz dental. Su diferenciación del granuloma dental es sumamente difícil.

ETIOLOGIA

Es de origen inflamatorio y en esencia se forma como el granuloma dental; su formación se inicia con la extensión al ápice, a un lado del diente, de una pulpitis o una periodontitis. La substancia ósea de la zona se ve reemplazada por una fibrosis productiva, produciéndose una marcada colagenización y densa infiltración por linfocitos pequeños y plasmocitos. En general, para que sea un quiste, debe tener la dimensión de 1-2 cms, necesaria la presencia de un epitelio de activa proliferación, que tapice la cavidad. La presencia de restos inactivos de epitelio en la cápsula no bastan para designarlo, pues se han encontrado también en casi todos los granulomas dentales.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Su tamaño varía desde 1 cm. o menos, hasta una extensión tal que involucra la mayor parte del maxilar superior a inferior.

No hay diferencia apreciable por sexo. Se puede presentar una distinción temporal o permanente, así como en la transición de ambos.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Baumann y Rossman (1956) en una determinación clínica, radiológica e histopatológica de 121 lesiones periapicales llegaron a la conclusión de que las observaciones clínicas y -

roentgenológicas son de un valor dudoso en la diferenciación de lesiones quísticas de las no quísticas, ya que sólo puede efectuarse con certeza por medio del estudio microscópico de los cortes histopatológicos.

Es de dudar, por lo tanto, que deba ponerse gran énfasis en las radiografías, si no es para determinar la presencia o ausencia de una radiolucidez periapical.

HISTOPATOLOGIA

Es una cavidad tapizada por tejido conjuntivo fibroso, denso y notorio, recubierto por tejido epitelial pavimentoso que puede proliferar y simular una transformación maligna, aunque no se ha visto una franca modificación de este tipo. Cuando la reacción inflamatoria es acentuada se presentan grandes acumulaciones de linfocitos y plasmocitos. Por la presencia abundante de plasmocitos no es raro encontrar grandes cantidades de macófagos cargados de grasa. A menudo se forman espículas óseas en la pared del quiste. La presencia de colessterina suscita una reacción de células gigantes por cuerpo extraño; cuando llega a ser dominante se le denomina colessterona. También podemos encontrar hemorragia y pigmento hemático liberado.

TRATAMIENTO

El tratamiento de este tipo de quiste varía de acuerdo al tamaño de la lesión y al área que involucra, pero todos tienen como finalidad la remoción completa de todos los elementos epiteliales.

Cuando la lesión es reducida (menos de 1-1.5 cms.) es imposible, como ya se ha visto, distinguirla del granuloma dental, sin examen histológico, lo cual es poco práctico. Cuando se completa la posibilidad de un tratamiento endodóntico por

la vía del conducto radicular, será necesario por lo tanto, -- arriesgar acerca de un verdadero carácter o recurrir a la eliminación quirúrgica. (Apicectomía o alguna modificación).

Este último enfoque ofrece el mejor medio de evitar caídas en posibles fracasos en el tratamiento por la vía del - conducto radicular. (El método de fistulización artificial de los quistes permite su reducción en los premolares y molares).

Las lesiones mayores quizá sean mejor tratadas por la enucleación de la membrana quística, aunque a veces se puede intentar la marsupialización, ya que estas lesiones no dan lugar a tumores odontogénicos. Hay que usar antibiótico pre y postoperatoriamente, porque estas lesiones suelen estar masivamente infectadas.

Antes de efectuar la cirugía hay que tomar las medidas necesarias como el avenamiento para el control de la infección. Cuando existe una zona de radiolucidez apical alrededor de un diente a ser extraído y su dimensión es de 1 a 1.25 cms. a menudo surge la cuestión de si eliminarla en el momento de - la extracción.

Basada sobre la frecuencia de producción de quistes radiculares contra granulomas dentales, favoreciendo a los -- primeros; de ésta se deduce el que está indicado a remoción -- consecutiva a la extracción, pero la incidencia de quistes residuales no apoya ésta.

2.- Quiste Residual.

ETIOLOGIA

Este término se usa generalmente para hacer referencia a un quiste residual que se deja una vez eliminado el diente responsable de su formación.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Las características antes mencionadas hacen pensar en otras lesiones centrales, como el mieloma múltiple, histiocitosis, neoplasias metastásicas y otros tipos de quistes.

Para su diagnóstico diferencial habrá que recordar que la radiotransparencia anormal de los maxilares más frecuentes es ocasionada por la patosis periapical (en éstos se encuentra el quiste radicular). Los datos clínicos y radiográficos son similares al de los radiculares, con la excepción de que se puede presentar en un lugar donde falta el diente causal o bien, se puede localizar en una zona en donde faltan completamente las piezas dentarias.

TRATAMIENTO

Enucleación total de la lesión.

3.- Quiste Lateral

ETIOLOGIA

Se origina por la inflamación crónica de la membrana periodontal conteniendo restos epiteliales de Malassez, -- siendo su formación similar a la de los radiculares.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Son lesiones que varían desde menos de 1 cm. a una extensión que abarque gran parte del maxilar. No hay predilección por sexo, presentándose igual en la primera o segunda dentición.

Es asintomático; generalmente se descubre en examen dental rutinario.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS

Está constituido por una pared de tejido conjuntivo tapizado por una tapa de epitelio pavimentoso estratificado; generalmente, éste es delgado, con poca proliferación. --

Presenta aspecto peculiar; las células individuales muestran citoplasma muy claro y núcleos pequeños de tinción intensa; como reacción secundaria pueden presentarse células inflamatorias en el tejido conjuntivo.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

La radiografía periapical presenta una zona radiolúcida al lado de una zona radicular. Generalmente es pequeña y se presenta raramente mayor de 1 cm. de diámetro, pudiendo o no estar circunscrita.

La mayoría de los casos se presenta con límites precisos y pueden estar secundados por una capa delgada del hueso esclerótico.

TRATAMIENTO

Enucleación total de la lesión.

No hay tendencia recidiva.

4.- Quiste Gingival

etiología

Considerado como un quiste de desarrollo, se localiza en encía libre o adherida; algunos crecen a partir del epitelio de la lámina dental, del órgano del esmalte o de sus ramificaciones.

Otros, considerados como quistes verdaderos por inclusión, crecen a partir de las células desplazadas del epitelio gingival; ésta puede presentarse en un traumatismo.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Presenta aspecto de una masa pequeña prominente (rara vez mayor de 1 cm.) con superficie lisa; forma una cápsula redondeada, con un color de tejido normal, de apariencia de un quiste mucoso más profundo. Es duro e indoloro a la palpación.

Su localización preferencial es la encía fija, pudiendo presentarse en la región gingival ya en los tejidos próximos.

Se conocen también estos quistes con el nombre de Perlas de Epstein o Módulos de Bohn (cuando se observan en los niños).

Se pueden presentar simples o múltiples, mostrándose como pequeñas prominencias, pálidas, duros, no dolorosos. Tienen poca importancia patológica, pues desaparecen al cabo de varios meses de su aparición.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

Es un quiste verdadero, es decir, posee una cavidad recubierta por epitelio escamoso estratificado. Sus células -- pueden ser delgadas y planas, pudiendo haber en ocasiones queratina.

TRATAMIENTO

Extirpación quirúrgica, con excepción en el niño, -- pues generalmente no necesita tratamiento.

QUISTES NO ODONTOGENICOS

Son producidos por falla de la función ósea durante el desarrollo embrionario, a partir de restos epiteliales englobados en las líneas de sutura donde la fusión y que más tarde proliferan formando quistes en las líneas de sutura.

Por no tener vinculación primaria con las piezas dentarias, se les denomina quistes no odontogénicos.

En este grupo se encuentran:

A) Quistes Fisurales

- 1.- Quiste Medio
- 2.- Quiste Globulo-Maxilar
- 3.- Quiste Nasoalveolar
- 4.- Quiste Nasopalatino

B) Quistes Oseos

C) Quistes por Retención.

- 1.- Ránula
- 2.- Mucocèle

A) Quistes Fisurales

1.- Quiste Medio

Se presentan tanto en maxilar superior, en línea media, en la sínfisis mandibular, siendo la mayor incidencia en la parte superior. Si se localiza en parte más anterior del paladar se le denomina "Quiste Alveolar Medio" y si es más posterior "Quiste Palatino Medio". La presencia de este quiste ocasiona la separación de las raíces de los incisivos centrales y laterales, además de una separación de los ángulos mesio-incisales de los caninos.

ETIOLOGIA

Están formados a partir de restos epiteliales atra-

pados en la línea de sutura de las apófisis palatinas de los maxilares.

Por la cercanía de las fosas nasales y de la cavidad bucal, el quiste puede estar tapizado por epitelio respiratorio o pavimentoso, o por los dos.

Otros agentes etiológicos que influyen en el desarrollo de este quiste son la inflamación y el traumatismo; las fuerzas estimulantes repercuten en la línea de sutura, como resultado de la presión masticatoria; esto se presenta generalmente en personas con dimensiones esqueléticas reducidas.

CARACTERISTICAS CLINICAS

El aspecto clínico de estos quistes es muy variado, pudiendo ser asintomático, presentar o no abultamiento de la mucosa palatina, asimetría de la mucosa palatina, drenando hacia la boca.

Cuando estos quistes se han infectado secundariamente presentan signos tales como la masa redonda de superficie lisa, rosada y localizada en cualquier lugar a lo largo de la línea media del paladar. A la palpación puede presentar una consistencia semisólida, a veces crepitación y en presencia de infección secundaria, hiperestesia y dolor; en algunos casos se presenta un conducto fistuloso por el que drena un líquido seroso purulento.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Lesión de forma redonda, ovalada o elíptica; se presenta como una zona radiotransparente localizada en el centro de la línea media del maxilar. Cuando se trata del quiste medio alveolar es factible confundirse con el quiste del conducto incisivo, a causa de su aspecto similar en el mismo plano.

Este quiste a menudo se presenta en forma de corazón debido a la resistencia que encuentra ante la espina nasal anterior.

HISTOPATOLOGIA

El quiste está recubierto por epitelio escamoso estratificado o por epitelio respiratorio modificado, dependiendo de que la cavidad bucal o nasal haya sido la fuente de dichos restos; este epitelio está rodeado por tejido fibroso. En presencia de infecciones secundarias se presentará un infiltrado inflamatorio.

TRATAMIENTO

Enucleación quirúrgica de la lesión.

Se tratará separando tejido mucopalatino reflejando el colgajo posteriormente, tanto como sea necesario para tener un buen campo operatorio. El anestésico local de elección será adrenalina por sus efectos hemostáticos; éste podrá usarse sólo como ayuda a la anestesia general. La inyección se pondrá en el canal incisal y en uno o dos agujeros palatinos posteriores. Después de la enucleación del quiste, se alisan y liman los bordes óseos; para ello se emplearán limas para hueso.

Se procede a la colocación de los tejidos blandos en posición; acto seguido, se sutura. El paciente deberá permanecer con analgésico pre y postoperatoriamente y se podrá emplear a criterio del cirujano, férula palatina para evitar desgarramiento y desplazamientos del colgajo.

Cuando se trate de lesiones de tipo alveolar medio, habrá alguna ocasión en que sea necesario el sacrificio de dientes; si fuera más posterior se tendrá más cuidado en no perforar las fosas nasales o senomaxilar. Esto podría ocurrir en caso de que la lesión fuera demasiado grande, lo que no es común.

2.- Quiste Globulo-Maxilar

Este quiste es producido por el englobamiento del epitelio durante la fusión de los procesos maxilares y la porción globular del proceso nasal medio, localizándose exactamente entre el proceso globular de hueso nasal y la apófisis palatina maxilar, formándose con dicha sutura un ángulo por detrás de los incisivos centrales superiores y emergiendo entre el lateral y el canino; su crecimiento es a expensas del cuerpo del maxilar y cuando es grande distorsiona la posición de los dientes adyacentes, no involucra la vitalidad de las piezas, siendo cuando alcanza proporciones apreciables (caso externo) pudiendo llegar hasta el incisivo central o al primer premolar.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Presenta un aspecto clínico muy variable pasando en ocasiones desapercibido, siendo su hallazgo por medio radiológico. Cuando los dientes no presentan caries ni alguna otra alteración aparente y en prueba su vitalidad es normal, esto será otro dato importante para hacer un diagnóstico diferencial. Cuando el quiste crece muy grande o moderado, podrá presentar un abultamiento en el paladar o a veces en la cara anterior del maxilar, observándose como un bulbo rosado de superficie lisa, localizándose en la corteza labial entre y por encima de las raíces del lateral y el canino; la consistencia puede ser ósea y asintomática o apreciarse una sensación de crepitación, haciendo pensar en un adelgazamiento de la corteza labial; cuando se ha infectado puede presentar dolor o un conducto fistuloso.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

En varias ocasiones dichas características son patognomónicas, pues se presenta el quiste como una zona radiotranspa-

rente, con forma de pera invertida entre las raíces del lateral y el canino, ocasionando un desplazamiento intenso o moderado; la zona radiotransparente en obscuro homogéneo; la cara distal del lateral y la cara media de la raíz mesial del canino suele faltar; el borde periférico del quiste no está bien delimitado.

HISTOPATOLOGIA

Generalmente está recubierta con epitelio de la mucosa nasal o de la oral, por ello su carácter pseudoestratificado cilíndrico o ciliado o con alguna modificación; su pared es una gruesa bolsa con linfocitos y plasmocitos esparcidos por toda ella, concentrándose en la superficie interior; en la mayoría de las lesiones hay presencia de colágeno, sugiriendo esto un proceso de cierto tiempo.

TRATAMIENTO

Indicada la eliminación quirúrgica; cuando haya presencia de muerte pulpar se procederá a realizar el tratamiento de conductos o bien a la extracción de dichos dientes, dependiendo del criterio del cirujano.

3.- Quiste Nasoalveolar

Quiste raro que se localiza en el fondo del pliegue mucoso bucal sobre el maxilar, cerca del ala de la nariz; crece a expensas de los restos del epitelio en la unión de la apófisis globular nasal, lateral y maxilar.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Se presenta como una tumoración pequeña localizada en el suelo de la nariz o sobre la cara por debajo del ala de la nariz, mostrándose como una hipertrofia de los tejidos mucosales a la altura del incisivo lateral o canino.

Este quiste se localiza generalmente en tejidos blandos, pudiendo llegar a erosionar el hueso que está por debajo; debido a ésto, en muy raras ocasiones se pueden observar radiológicamente; por ello se hace necesaria la ayuda de lipiodol.

Las alteraciones histológicas son las mismas del quiste glo-bulo-maxilar.

TRATAMIENTO.

Es por el enfoque quirúrgico.

4.- Quiste Nasopalatino

Los quistes del conducto incisivo y de la papila palatina se conocen generalmente como quistes nasopalatinos.

Se originan por los restos epiteliales de los conductos nasopalatinos.

ETIOLOGIA

Un factor primario en el origen de este quiste es la infección; ésta estimula el desarrollo de los restos epiteliales, ocasionando la osteolisis y la cavidad se cubre con epitelio.

La infección causante puede tener su origen en fosas nasales, por la inflamación de la encía y traumas quirúrgicos o por protésis.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Hay presencia mínima de indicios clínicos; generalmente cuando se presenta un abultamiento palatino y se extiende a la papila ésta se puede abrir hacia la cavidad bucal, infectándose y originando dolor.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Las características son muy variadas; a veces se presentan en forma redondeada única, de varios milímetros de diámetro

metro, localizándose por arriba o junto al ápice de un incisivo central. Cuando pequeño su forma es regular, pero al crecer se torna irregular, presentando así un aspecto bilobulado, debido a alguna interferencia, (espina nasal) en la unión de las líneas de sutura globulomaxilares y la palatina.

La expansión de este quiste hacia arriba ocasiona una muesca en la lesión, originando éste una forma acorazonada; con frecuencia la expansión no es constante en ambos lados, por ello se podrá presentar también una forma de lágrima; generalmente no distorsiona la posición de los centrales ni alcanzan grandes proporciones, debido quizás a la oposición de su desarrollo de las estructuras contiguas; no se relaciona con dientes sin vitalidad. Cuando hay anodoncia, esta lesión varía de tamaño y forma, haciendo imposible su clasificación exacta.

HISTOPATOLOGIA

Los hallazgos histopatológicos son importantes para un diagnóstico. El quiste está formado por una cápsula conjuntiva fibrosa de espesor variable y por epitelio pavimentoso estratificado o respiratorio o ambos. En el quiste del conducto incisivo presenta ambos tipos de epitelio, modificándose con respecto a su aspecto en cavidad bucal o nasal. La presencia de glándulas mucosas en la pared del tejido conjuntivo fibroso hace posible la identificación de los quistes, pues son restos vestigiales del contenido de los conductos nasopalatinos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es la enucleación total quirúrgica de la lesión.

Consiste en reflejar el periostio mucopalatino hasta descubrir el canal incisal y enuclear el quiste. En ocasiones

se tendrá que ligar o cortar el paquete neurovascular en el -- apex; si esto fuese necesario, se empleará catgut para no produ- cir hemorragia. Después de la eliminación de la lesión se proce- de a la colocación del colgajo y sutura del mismo con puntos -- aislados interdentes.

Quando haya presencia de infección secundaria en la - lesión se indicará la terapéutica pre y postoperatoria.

B) Quistes Oseos

Son generalmente atribuidos a traumatismos, por lo -- que se denominan también:

Quiste óseo simple

Quiste traumático

Quiste hemorrágico

Quiste por extravasación

Cavidad ósea ideopática

Se presenta también la duda de que esta sea la causa, pues no está en proporción la cantidad de traumatismo con la ba ja incidencia de esta lesión, además de haber otros fenómenos - que producen esta lesión.

ETIOLOGIA

Según la teoría presentada por Jaffe (1953), la cual - sugiere que hay una similitud entre esta lesión y el quiste - - óseo unicameral del esqueleto extracraneal. Además, sustenta - - que estas lesiones son una "aberración" en el desarrollo y el - crecimiento del tejido óseo local.

Johnson (1954) sostiene esta teoría si se basa en que hay presencia de microhemorragia respecto a su aspecto en cavi- dad bucal o nasal.

La presencia de glándulas mucosas en la pared de teji

do conjuntivo fibroso hace posible la identificación de los quistes, pues son resto del contenido de los conductos nasopalatinos.

Cuando se produce el quiste generalmente en procesos jóvenes, sugiere que la actividad potencial de crecimiento es un factor preponderante cuando se asocia a un trauma que origina la hemorragia inicial, dándonos como resultado la disminución del crecimiento en las zonas lesionadas, presentándose como consecuencia una baja en la formación de hueso. Después se presenta la disolución del hueso periférico, originando así el encapsulamiento de la lesión; si se siguiera la secuencia de estos acontecimientos, se presentaría un granuloma reparativo de células gigantes y después terminaría en quiste.

Otra de las causas que pueden originar este quiste son: hemangioma, infarto de la médula ósea, así como del hueso esponjoso; esto se presenta generalmente en el cuello del fémur. Estos quistes pueden contener un líquido graso o acuoso, dependiendo esto de la reabsorción que se haya presentado.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Generalmente el traumatismo parece estar en relación con estos quistes, pero es difícil establecer una relación directa de causa a efecto.

Se presenta generalmente en adolescentes y jóvenes, mostrándose como una tumefacción. Su localización preferencial es la mandíbula en la región de premolares, pues una zona recobrada de ocasional debilidad evolutiva y zona de canino.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

Se presenta como una zona radiolúcida circular u ovoide de dos o varios centímetros de diámetro; el dolor no es no

rio pero si la expansión continúa se puede suscitar; sus límites son esfumados pero bastante circunscritos. Generalmente no interfiere con la erupción dentaria, aunque se puede dar el caso de que ello sucediera.

El continente del quiste puede ser un líquido -- pardo rojizo oscuro o bien se encuentra totalmente vacío; de haberse infectado se presentará pus.

Se considera a la extravasación latente como fase terminal de la reacción, presentándose ésta en personas de edad, estando esto en relación al factor tiempo involucrado.

HISTOPATOLOGIA

Será necesario el avonamiento de la zona y el -- cuidado de una infección secundaria. La eliminación se aconseja por raspado con cureta de la cavidad capsular comprendida. La curación es por granulación; para ello es aconsejable el uso de "gelfoam" o espuma de fibrina, pues ayudará al proceso de curación, proporcionando un coágulo provisional de protección.

C) Quistes por Retención

Se forma por obturación de glándulas salivales -- menores. Se clasifican de acuerdo al sitio de aparición. Así tenemos:

- 1.- Ránula
- 2.- Mucocèle.

1.- Ránula.

Quiste que se forma en el piso de la boca, generalmente de una glándula sublingual.

CARACTERISTICAS CLINICAS

Cuando llega a ser de tamaño grande, la mucosa -- se adelgaza y el quiste presenta un color azulado. Es una lesión no dolorosa, pero la lengua puede ser levantada, lo que di

ficulta la fonación y la masticación.

El tamaño de ésta no puede calcularse por su aspecto dentro de la boca. Está tensa y fluctuante, pero se deprime a la presión; pocas veces causa una tumefacción externa y rara vez se infecta. Es indoloro y contiene un líquido mucoso.

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

TRATAMIENTO.

Marsupialización.

2.- Mucocelo.

Estos quistes resultan de la obstrucción de un conducto glandular y generalmente aparece en labio, carrillo y piso de la boca. Puede también encontrarse en la porción anterior inferior de la lengua.

CARACTERISTICAS CLINICAS.

Son tumefacciones pequeñas redondeadas o translúcidas ovales, generalmente tiene color azulado y puede confundirse con hemangioma.

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

Algunas veces puede perforarse accidentalmente o romperse espontáneamente, pero se forma de nuevo.

TRATAMIENTO.

Es la incisión completa. Si su remoción es incompleta, tiende a reaparecer, pero no se conocen casos de malignidad.

QUISTES DISODONTOGENICOS

1.- Quiste Dermoide

Quistes raros en la cavidad bucal, como puede presentarse en el paladar duro y blando y en el dorso de la lengua, puede presentarse más comúnmente en el piso de la boca.

Causan una tumefacción en el mismo sitio que los quistes sublinguales de retención y deben ser diferenciados de ellos. El quiste dermoide puede estar localizado arriba o abajo del músculo geniohioideo. Ocurra generalmente en la línea media, pero pueden ser desplazados lateralmente durante el desarrollo y como tales pueden ser diferenciados de los quistes de origen branquial.

Estos quistes no son fáciles de descubrir si no existe una tumefacción debajo del mentón o en el piso de la boca.

A la palpación de estos quistes hay sensación similar a la del caucho. Generalmente contienen una secreción amarilla parecida al queso.

El color ayuda a diferenciar los quistes dermoides de la rínula, que tiene color azulado.

Radiográficamente puede ayudarse a distinguir un quiste dermoide de otras lesiones similares debido a su contenido, frecuentemente con sustancias radiopacas.

TRATAMIENTO

Remoción quirúrgica del tumor.

2.- Quiste Branquial.

Nace de la persistencia de la segunda hendidura branquial.

Se localiza característicamente a lo largo del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en cualquier parte del-

cuello.

Puede haber un conducto fistuloso que se extiende hasta el músculo digástrico terminando en la fosa amigdalina.

Estos quistes están cubiertos por epitelio escamoso estratificado y ciliado y contiene un líquido mucoso. Puede haber una fístula externa.

TRATAMIENTO

Incisión quirúrgica completa.

3.- Higroma Quístico

Quiste linfangioma, difuso se manifiesta como masa de tejido blando poco definido en el cuello.

Existe en el momento de nacer. Comúnmente se localiza por detrás del músculo esternocleidomastoideo; puede extenderse hasta hombro o mediastino.

En el microscopio se ven grandes espacios linfáticos -- tapizados por un endotelio dispuestos en un estroma de tejido conjuntivo laxo.

4.- Quiste Tirogloso

Estos quistes pueden aparecer en cualquier porción del conducto tirogloso; por lo tanto están en la línea media y son de color obscuro. También pueden estar vascularizados que se parecen al hemangioma.

Un síntoma importante y frecuente es la hemorragia en la boca por ruptura de las venas sobreyacentes.

El conducto tirogloso está en la línea media que une la glándula tiroidea al borde de la lengua. El quiste o fístula que nacen de este conducto se localizan en la línea media en cualquier punto entre el esternocleidomastoideo o de la glándula tiroidea y la base de la lengua.

La fístula generalmente se inserta o está en relación íntima con el hueso hioides. El quiste puede ser sintomático o puede causar síntomas como resultado de la presión sobre otras partes.

La deglución hace que el quiste se mueva hacia arriba. Debido al conducto tirogloso el quiste puede infectarse.

En tal caso puede drenar espontáneamente, pero también puede hacerse la incisión. Debe quitarse antes de que ocurra la infección o después que los síntomas agudos hayan disminuido.

La incisión completa del trayecto fistuloso hasta la base de la lengua, frecuentemente incluyendo una porción del hueso hioides es indispensable para la curación.

C O N C L U S I O N E S

Una vez realizado el estudio acerca de los quistes, haremos una recapitulación de los aspectos más importantes sobre este estudio.

En esta malformación el crecimiento es por expansión, en la lámina dura y ósea hay condensación.

Radiográficamente su imagen es radiolúcida.

Para su estudio existe una clasificación y subdivisiones en la misma, muchos de éstos toman el nombre de acuerdo con el lugar o tejido que involucran. El tratamiento depende del tamaño de la lesión y del área que afecta; casi siempre se efectúa la remoción de los elementos epiteliales.

Los tratamientos utilizados dependiendo de cada caso son: - la enucleación de la membrana quística, la marsupialización, la extirpación quirúrgica, con excepción de algunos casos en niños - pues no es necesario el tratamiento.

En general se le da el nombre de quiste a la cavidad o vejiga que en su interior contiene materia líquida o semilíquida que puede estar compuesta por suero, flúidos, restos necróticos, colesterol, macrófagos, etc.; está rodeado por tejido epitelial conectivo.

Para diagnosticar estas afecciones es necesario el estudio histopatológico y radiológico, además de efectuar un estudio microscópico.

En cualquiera de estos casos el Cirujano Dentista deberá conocer las diversas manifestaciones de esta malformación y estar preparado para efectuar un diagnóstico diferencial adecuado y llevar al cabo el tratamiento necesario en cada caso para beneficio del paciente y para satisfacción del odontólogo.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alcaya Oscar, Yolazábal R. Alberto Patología, Anatomía y Fisiología Patología Bucodental.- Editorial El Ateneo, 4a. Edición - 1960
- 2.- Alvin L. Morris, Harry M. Bohannan Las Especialidades Odontológicas en la Práctica General. Editorial labor, 2a. Edición. 1976
- 3.- Burket Medicina Bucal Diagnóstico y Tratamiento. Editorial Interamericana. 1954
- 4.- Guralnick Walter C. Tratado de Cirugía Oral. Salvat Editores. 1971
- 5.- Kruger G.Q. Tratado de Cirugía Bucal. Editorial Interamericana.
- 6.- Ostria G. Jaime Apuntes de Cirugía Bucal. Curso 1977
- 7.- Ries Centeno Guillermo Cirugía Bucal con Patología Clínica y Terapéutica.- Buenos Aires.- Ateneo. 1945 - 1957
- 8.- Velázquez Tomás. Patología Bucal y Dental. 1966
- 9.- Quiroz Gutiérrez Fdo. Patología Bucal. 2a. Edición. 1967.
- 10.- La Prensa Médica Mexicana 1966.