



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

**QUISTES DE LA REGION
MAXILO FACIAL**

Tesis Profesional

**Que para obtener el Título de
CIRUJANO DENTISTA**

p r e s e n t a

MA. CRISTINA VARGAS LAZARO

México, D. F.

Enero 1984



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

INDICE

página

INTRODUCCION

I.- DEFINICION Y CONSIDERACIONES GENERALES	1
II.- METODOS DE ESTUDIO	2
1.- Historia Clínica y Exámenes de Laboratorio	2
2.- Características Clínicas	13
3.- Características Radiográficas	23
III.- ETIOLOGIA Y PATOGENIA	24
IV.- CLASIFICACION	28
1.- Quistes Odontogénicos	28
a) Quiste Dentífero	29
b) Quiste de Erupción	31
c) Quiste Gingival	31
d) Quistes Inflamatorios: Periapical	32
Residual	
Laterales	
e) Quistes Periodontales: Apicales	33
f) Quiste Odontogénico Queratinizante y Calcificante .	34
g) Queratoquistes Odontogénicos:	34
Quiste Primordial	
Queratoquistes Múltiples de los Maxilares	
2.- Quistes No Odontogénicos y Fisulares	37
a) Quiste Glóbulo Maxilar	37
b) Quiste Nasoalveolar	38
c) Quiste Nasopalatino	38
d) Quiste Mandibular Medio	39
e) Quiste Lingual Anterior	40

	página
f) Quiste Palatino Medio Posterior	40
3.- Quistes del Cuello, Suelo Bucal y Glándulas Salivales	42
a) Quistes del Conducto Tirogloso	42
b) Quiste Linfoepitelial	42
c) Quistes Bucales con Epitelio Gástrico o Intestinal	43
d) Quiste de las Glándulas Salivales	43
e) Mucocele y Ránula	43
4.- Quistes Varios	46
a) Quistes Dermoides:	46
Simple (epidermoide)	
Compuesto (dermoide)	
b) Quiste Gastrointestinal, Heterotópico Bucal	49
c) Quiste de Implantación	49
d) Quiste de la Papila Palatina	50
5.- Seudoquistes de los Maxilares	52
a) Quiste Oseo Aneurismático	52
b) Quiste Oseo Latente (Estático)	53
c) Quiste Oseo Traumático	53
V.- TRATAMIENTO	55
CONCLUSIONES	57
BIBLIOGRAFIA	58

INTRODUCCION

La necesidad de investigación no es un problema exclusivo del investigador profesional, es un problema general que afrontan estudiantes, profesionales e investigadores. En el transcurso de una carrera la investigación es particularmente importante para una mejor formación académica y profesional.

Mediante las tareas de investigación el estudiante se familiariza, amplía y profundiza con los conocimientos y teorías relacionados con los temas investigados, contribuyendo a aumentar su madurez teórica creando en él inquietudes científicas y técnicas.

La Patología Bucal es básica en la carrera de la Odontología; -- sus principios brindan conocimientos esenciales para establecer un -- diagnóstico diferencial entre salud y enfermedad de la Región Maxilo-Facial.

Siendo tan amplio el campo de estudio de la Patología, la presente tesis se concreta al estudio de los "QUISTES DE LA REGION MAXILO - FACIAL". Trabajo que no pretende ser un tema de investigación clínica ni de laboratorio, si no más bien de recopilación de datos proporcionados por los diferentes autores que se refieren en la bibliografía.

Estudios que pongo a consideración del H. Jurado.

María Cristina Vargas Lázaro

I.- DEFINICION Y CONSIDERACIONES GENERALES

DEFINICION.

Quiste es una lesión que consiste en un saco o espacio anormal -- (ya sea, en los tejidos blandos o duros de la boca), que contienen -- una sustancia líquida o semisólida que está limitada por un epitelio, y encerrada en una cápsula de epitelio conjuntivo. Sus nombres están dados de acuerdo a la localización específica del quiste, otros se basan en la causa, otros más en su origen y algunos por el contenido -- del quiste.

Una clasificación de los quistes es útil cuando contribuye a clasificar, mejorar, comprender y diferenciar los distintos tipos de --- quistes. La mayor parte de los quistes de la boca y de los maxilares -- se pueden separar en dos grandes categorías: las que tienen una localización central o intraósea y las que crecen en los tejidos periféricos o blandos.

La forma de los quistes tiende a deformarse al dilatarse éstos, -- los quistes mandibulares tienden a abultar en dirección labiobucal, -- salvo los situados en la zona del tercer molar, que muchas veces se -- dilata en dirección lingual a causa de la placa cortical más delgada -- de dicha zona.

Los quistes de los maxilares no suelen provocar dolor, a no ser -- que se infecten. Aunque los grandes quistes del Maxilar Inferior casi -- siempre envuelven al fascículo neurovascular, cuando no hay infección -- es muy raro que haya anestesia. La vitalidad de los dientes próximos -- a un quiste no infectado no se altera incluso en gran parte, sin em-- -- bargo puede existir una pérdida temporal de la respuesta.

II.- METODOS DE ESTUDIO

1) HISTORIA CLINICA Y EXAMENES DE LABORATORIO.

Consta de Interrogatorio y Exploración.

a) FICHA DE IDENTIDAD

Nombre	Ocupación	Edo. Civil
Edad	Dirección	Origen
Sexo	Teléfono	Fecha de H.C.

b) ANTECEDENTES HEREDITARIOS FAMILIARES

Si viven sus padres. Si son sanos.

Si viven sus hermanos. Si son sanos y lugar que ocupan.

Si fallecieron, causas.

Lugar que ocupa entre hermanos.

Antecedentes:

Físicos

Diatésicos

Metabólicos

Luéticos

Alérgicos

Infecciosos

Hemorrágicos

Quirúrgicos

Oncológicos

Psiquiátricos

Transfuncionales

otros.

c) ANTECEDENTES PERSONALES

NO PATOLOGICOS

Hábitos de Higiene	Residencias anteriores
Baño- cepillado	Profesiones
Hábito de fumar	Raza
Etilismo	Edad
Casa	Sexo
Ventilación, Iluminación	Medio Ambiente
Tiene todos los servicios (W.C.)	
Nutrición	
Vacunas	
Drogas	

PATOLOGICOS

Enfermedades desde la infancia y durante el desarrollo.

Si fueron o no eruptivas (sarampión, viruela, varicela, meningitis).

Intervenciones quirúrgicas (tipo de anestesia usada).

Mutilaciones por accidentes.

Sensibilidad a alimentos o medicamentos.

Si el paciente es femenino se harán observaciones sobre:

Ciclo menstrual y cuando corresponde.

Embarazos

Partos

Abortos (provocados, espontáneos)

Lactancia Artificial (Raquitismo)

d) PADECIMIENTO ACTUAL

Si existe enfermedad en evolución.

1.- Iniciación del proceso (duración).

- 2.- Síntomas y evolución de los mismos.
- 3.- Tratamientos efectuados y acción de aquellos.
- 4.- Medicamentos que toma actualmente.

Son enfermedades en evolución cardiopatías, diabetes, infecciones crónicas, tuberculosis, sífilis, etc.

INTERROGACION POR APARATOS

APARATO DIGESTIVO

Es la deglución satisfactoria (esófago)?

Existe dolor epigástrico? Nauseas, vomito.

Existe sensación de distensión o plenitud chapoleo (estómago).

Hay o ha habido icterisia, crecimiento abdominal, sangrado anormal, -
anorexia, fatigabilidad, dolor o pesadez en cuadrante superior dere--
cho (hígado).

Es normal el tránsito intestinal.

Existe diarrea, estreñimiento, molestias rectales, dolor abdominal ba
jo, hematemesis, rectorragia, melena.

Satos sobre características si existen anomalías así como: circuns---
tancias, aparición, duración medidas que lo modifican, tipo de dolor--
(localizado, irradiado, punzante, a la presión, etc.), halitosis.

APARATO CARDIOVASCULAR

Hay disnea, de decubito o de esfuerzo?

Hay edema en extremidades inferiores o superiores?

Existe dolor precordial, apresión, palpación cianosis?

Existe cefalea, vértigo, con los cambios bruscos de posición, epista-

xis arterial (hipertensión)?

Duelen las extremidades, con el ejercicio se enfrían?

Puede realizar sus tareas diarias sin esfuerzo?

Le prohíben ciertas actividades?

Puede tenderse plano cuando se acuesta o duerme?

Ha notado a veces los latidos del corazón más rápidos o palpitaciones dolores, tipo, duración, intervalo?

Ha tenido fiebre reumática.

Se le ha notificado alguna vez si tiene un soplo o trastornos del corazón o pulmón?

Tiene frecuentes resfríos, dolores de garganta o problemas de sinusitis?

Ha sufrido sudores nocturnos y cuando?

APARATO RESPIRATORIO

Hubo o hay tos, con o sin expectoración, por accesos o tosidas, con o sin dolor torácico?

La expectoración es abundante o escasa, purulenta, sanguinolenta?

Existe disnea, de esfuerzo, cianosis?

Se acompañan estos datos de síntomas generales, fiebre, pérdida de peso?

APARATO GENITOURINARIO

Es normal la menstruación, cantidad, ritmo, duración?

Hay flujo, con qué características? Menarca. la. menstruación.

Es satisfactoria la micción, que ritmo tiene la diuresis, son normales las características de la orina?

Evacua frecuentemente?

Debe levantarse por la noche para evacuar?

Ha notado sangre en la orina?

Trastornos urinarios pueden ser manifestación de insuficiencia renal.

SISTEMA ENDOCRINO

Hay datos de diabetes como poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso. Ha tenido tratamiento.

Datos de Hipertiroidismo como diarrea, temblor digital, temperamento más excitado, intolerancia al calor.

Si el corazón late más aprisa.

Hiperhidrosis (sudan mucho las manos)

Datos de hipotiroidismo, si hay edemas sin godete, mexedema, bradilalia (torpeza al hablar), bradisiquia, intolerancia al frío, datos de hipoparatiroidismo.

Hay contracciones espasmódicas, dolores por hiperexcitabilidad muscular, hiperparatiroidismo por su frecuencia y su lavilidad para las infecciones y el estress.

Ha perdido o aumentado peso últimamente. Cuándo.

Tiene buen apetito.

SISTEMA HEMATOPOYETICO

Existe anemia, astenia, palidez, palpitaciones?

Existe sangrado anormal, epistaxis, gingivorragias, sangrado prolongado de heridas. (extracción dental).

Se lastima fácilmente, experimenta pérdida de sangre por la nariz, --

tiene infecciones frecuentemente?

Le han hecho transfusión de sangre, porqué?

Ha tenido tratamiento con rayos X ó irradiación.

SISTEMA NERVIOSO

Son frecuentes los episodios de cefalea, qué regiones afectan, se --- acompañan de vómito o de otros síntomas.

Son normales la visión, el olfato, el gusto, la audición, el tacto.

Hay trastornos de la sensibilidad o motividad?

Existen disminuciones de la memoria, de la orientación, la ideación o de la coordinación.

Se considera una persona nerviosa (hay que observar los músculos mase-
teros. Si están en tensión, si aprieta los dientes.

Recordar la importancia del oído. Equilibrio.

Abarcan estos datos lesiones a nivel central y periférico.

Ha sufrido convulsiones o ataques.

Está frecuentemente aprensivo, temeroso o nervioso indebidamente.

Experimenta algún dolor, entumecimiento o escosor en algún lado?

Ha consultado alguna vez un psiquiatra. Motivos.

ESTUDIO PSICOLOGICO

Existen conflictos familiares, matrimoniales, ocupacionales, económicos o ambientales?

Sueño?

MEDIOS DE EXPLORACION FISICA

INTERROGACION

1) Directo.

Cuando se hace a una persona capacitada para contestarlo.

Indirecto.

Se interroga al acompañante o persona mayor (familiar).

INSPECCION

Medio de exploración visual:

1.- Armada o Indirecta.

Se realiza por medio de instrumentos.

2.- Simple o directa.

Es por medio de la vista únicamente.

Debe existir buena iluminación para no falsear los resultados. -

Obtendremos datos de color, forma, volúmen, superficie y movimiento.

PALPACION

Medio de exploración por tacto.

1.- Manual o directa.

Se introducen uno o dos dedos en la cavidad del organismo, se puede presionar.

2.- Instrumental o Indirecta.

En casos exclusivamente quirúrgicos.

Se obtiene consistencia, temperatura, sensibilidad, etc.

PERCUSION

Consiste en golpear para provocar un sonido o localizar puntos dolorosos (dientes).

1.- Directa o inmediata.

Se hace percutiendo directamente la región por explorar por medio de la palma de la mano.

2.- Indirecta o mediata.

Se hace anteponiendo un cuerpo entre la región percutida y el --- instrumento percutor.

Dígito-digital. Lienzo (lienzo no almidonado, ni de lana).

AUSCULTACION

Medio de exploración auditiva, puede ser a distancia o por contacto directo (a distancia por ser sonidos suficientemente fuertes para ser audibles).

1.- Directa.

Aplicando directamente al oído, también inmediata.

2.- Indirecta.

Aplicando el estetoscopio.

PUNCION EXPLORADORA

Consiste en introducir a través del tejido una aguja hueca para que por medio de aspiración se obtengan productos de secreción.

Aguja.- 6-8 cm. de largo y 6 décimas a 1 mm. de ancho, maleable y punta que no es tallada en bisel para no obstruirse.

La jeringa.- Suficientemente fuerte para producir aspiración enérgica fácilmente esterilizada.

La punción se hace estirando la piel y poniendo la aguja en forma perpendicular a la región y se espera a que la aguja no encuentre resistencia y se aspira.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

1.- Exámen Histopatológico.

2.- Citológico e Histoquímico.

3.- De laboratorio como son:

a) Química Sanguínea en general.

Biometría hemática completa.

Glóbulos rojos 4-4 1/2 000 000 (mujer) 5 000 000 (hombre) X mm³

Glóbulos blancos 7-9 000 X mm³

Hematocrito 40-45, tipo de sangre y factor RH

Tipo de sangrado 3 minutos

Tipo de coagulación 3-7 minutos

Tiempo de Protombina 70% - 90%

Los valores arriba mencionados son los normales.

b) Estudios Cerológicos

c) Estudios Microbiológicos.

4.- Biológicos de Inmunidad u Alergia.

5.- Radiológicos.

DATOS IMPORTANTES

Respiraciones por minuto	16-20
Pulsaciones por minuto	60-80 (70-90)
Tensión Arterial	120/80

Temperatura:

Oral

Axilar

Anal

EXAMEN BUCAL

- 1.- Con la boca cerrada, se examinan los labios en posición de descanso, color, textura, forma, anormalidades.
- 2.- Con suavidad se toman los labios para examinar el color, textura, contornos de superficie interna, se ve el color y textura de las encías, la posición del margen gingival en relación con los dientes, la profundidad del vestibulo, las inserciones de los frenillos, la relación de las arcadas entre sí, los dientes faltantes y la cara bucal de los que están presentes.
- 3.- Se examina la mucosa de los carillos, los orificios de los conductos de Stenon.
- 4.- Ahora con la boca abierta al máximo, se podrá ver la úlcera, el paladar duro, el color de la textura de la encía superior y la posición del margen gingival en relación con los dientes. De esto se examinan las superficies masticatorias y la palatina, también examinar la lengua en todos sus contornos, el tamaño y el tipo, si es pilosa, geográfica, escrotal, normal y si presenta habitosis.

OBJETIVO PRINCIPAL DE LA HISTORIA CLINICA

- 1.- Encontrar todas las enfermedades bucales que el dentista debe tratar.
- 2.- Encontrar manifestación en la cavidad oral de enfermedades sistémicas.
- 3.- Saber si el paciente va a hacer un riesgo quirúrgico o no.
- 4.- Saber protegernos de las enfermedades contagiosas, tanto como el operador personal auxiliar así como los demás pacientes.

- 5.- Ayudar a conocer el estado psíquico, socio-económico y cultural -
de nuestro paciente.
- 6.- Interconsulta en otras especialidades médicas para tratamiento in
tegral.
- 7.- Pronóstico de la enfermedad.

2.- CARACTERISTICAS CLINICAS

Los quistes se manifiestan clínicamente a causa de su expansión dentro del tejido circundante, pero sólo raras veces causan aflojamiento de los dientes a no ser que sean muy grandes. Raras veces se revelan por una fractura patológica o porqué el paciente advierte la falta de un diente y acude al dentista.

Muchos quistes permanecen pequeños y producen poca o ninguna dilatación. Se descubren solamente por un exámen radiológico habitual. Si un quiste se dilata ejerce estimulación en el perióstio por la cual éste deposita hueso nuevo, esto se revela clínicamente, en forma de una prominencia indolora dura y suave que al continuar la dilatación y presionar produce un tejido de cáscara de huevo.

Finalmente el quiste queda cubierto únicamente por la mucosa bucal, puede descartar su contenido dentro de la cavidad bucal y luego aparecer una infección secundaria. Sin embargo solamente un pequeño porcentaje de quistes atraviesa todos éstos estadios y con frecuencia se trata de quistes radiculares y dentígeros.

Es intuitivo pensar que los quistes epiteliales se forman por restos de epitelio sumergidos en el tejido conectivo. El epitelio en forma de cordones puede permanecer en el seno del tejido conectivo por tiempo indefinido, en una situación de equilibrio. Tal es el caso de los islotes paradentarios que permanecen incluidos en el ligamento periodontal, hasta tal extremo, que son considerados elementos normales de su anatomía.

También puede pensarse en elementos epiteliales inmersos en el tejido conectivo, de otros orígenes tales como islotes epiteliales de tumores benignos, agresivos o malignos.

Admitiendo entonces la posibilidad frecuente de presencia de --- elementos epiteliales dentro del conectivo, vemos que por causas no - siempre bien establecidas, las células epiteliales empiezan a produ-- cir un líquido que bombean hacia un polo, con lo cual queda constituí da una zona cavitaria con contenido líquido y una pared de epitelio.-

En este momento hablamos de la formación de un microquiste, hasta que este es visible macroscópicamente. La distensión del epitelio- suele, a su vez estimular en alguna medida su proliferación y el cre- cimiento del epitelio acompaña de alguna manera al tamaño del quiste, desde luego, el contenido líquido es de un volúmen considerablemente- mayor a la delgada capa de epitelio de revestimiento.

Con respecto al factor desencadenante de la aparición de la actividad de bombeo del líquido hacia una cavidad, no hay datos precisos- y la causa de la mayor parte de los quistes es una verdadera incógnita, a tal extremo, que su etiología muchas veces es confundida con la también desconocida y propia de los procesos tumorales, el factor --- esencial en el volúmen es la proliferación celular que lleva intrínseca el proceso.

EVOLUCION DE LOS QUISTES.

La mayor parte de los quistes epiteliales de maxilar están revestidos por epitelio de tipo malpighiano. Una vez formados, tienden a - crecer lentamente, no siendo excepcional que entren en etapas estacionarias. El crecimiento quístico puede tener lugar a diferentes velocidades.

En una situación ideal puede ser muy rápido; esto es especialmente cierto cuando los límites de tejido se dejan distender velozmente. Por ejemplo, al no encontrar una resistencia mecánica importante, los crecimientos quísticos que suceden debajo de la mucosa pueden ser ex-

tremadamente rápidos.

También es posible observar la formación de quistes por retención de glándulas salivales que se forman en pocas horas, sin embargo aquí está agregado un factor y es que el contenido quístico es el producto de una secreción de una glándula que está asociada a la formación del quiste (mucocele).

La pared quística está basada especialmente en la capa del epitelio y ésta influye sobre el tejido colectivo formando una capa de tejido fibroso, denso, diferenciado, que en alguna medida se puede formar una especie de corión y que forma cuerpo con el epitelio. De esta manera podemos decir siempre que la pared de los quistes epiteliales, está formada por una capa de tejido epitelial y la capa de tejido fibroso, la cual es ciertamente reaccional y una consecuencia de la capa epitelial no obstante desde el punto de vista macroscópico, la etapa epitelial es delgada y poco perceptible, en cambio la etapa conectiva puede estar bien diferenciada y ser la base de lo que se reconoce macroscópicamente como "membrana quística".

Cuando en una intervención quirúrgica se reseca un quiste y el cirujano detecta una membrana, ésta está formada esencialmente por tejido conectivo siendo, en la práctica, imposible observar el epitelio en alguna zona no se ha observado ésta capa de tejido conectivo y no queda definida la membrana macroscópica al querer reseca el quiste - hay un completo desgarro.

Cuando el quiste aparece dentro de tejidos resistentes, como el hueso maxilar, el crecimiento es más lento porque es necesario que el quiste produzca una actividad "expansiva" que origine un lugar en donde pueda alimentar su propio volumen.

Aunque el tejido propio del hueso maxilar sea muy resistente --- mecánicamente y no sea deformable, la presión constante aplicada sobre el tejido óseo, resulta efectiva y deja lugar con facilidad para la formación de una cavidad.

En general, la presión sobre el hueso se produce a través del tejido conectivo denso, del que hablamos más arriba. Esta presión constante desencadena un proceso de erosión lenta de la superficie del -- hueso, la cual puede ser detectada por la presencia de límites anfractuosos y, ocasionalmente, por la aparición de lagunas con células osteóclasicas, la presencia de una formación quística en el hueso implica, además de la absorción para dejarle lugar, una remodelación de -- las superficies de trabeculares que determinan muchas veces la aparición de una especie de cortical que delimita la cavidad quística que impide su crecimiento rápido.

De todas maneras el crecimiento adentro del tejido óseo es posible pero lento, y muchas veces los quistes, después de un crecimiento inicial rápido, se agotan, se detienen y se quedan estacionarios.

Otras veces por el contrario el crecimiento continúa con un cierre ritmo y el tejido óseo tiene que ir dejando espacios por el aumento de volúmen del quiste, lo que puede llegar a alternar la propia -- anatomía del hueso sus relaciones con las estructuras vecinas.

No es raro ver que el hueso maxilar sufre una deformación debido a la presencia de la masa quística y queda en cierta forma abombado -- por la presencia de la cavidad en su interior, no obstante este es un proceso lento que implica, por un lado la reabsorción de las estructururas óseas y, por otra parte, la neoformación del hueso, que siempre -- tiende a delimitar al quiste formando una pseudocortical y también re-

generando una cortical al hueso mismo, cuando es alterado en esta zona.

A veces en Radiología se habla de "cortical soplada" y en realidad no es que la cortical se desplace, sino por el contrario es el resultado de un reiterativo proceso de formación y reabsorción, lo cual termina por dar una imagen radiológica más o menos característica.

Dentro de la evolución natural del quiste y sin entrar en las -- complicaciones que serán objeto de otro párrafo, el quiste puede:

- 1.- Crecer hasta un cierto límite y entrar en una etapa estacionaria que puede no ser definitiva.
- 2.- Tener una reducción, en general si esto ocurre implica una destrucción o grave alteración del epitelio de revestimiento de la cavidad quística (por ejemplo después de infecciones).
- 3.- Mantener su crecimiento y producir graves alteraciones, tales como deformación del hueso maxilar, desplazamiento de piezas dentarias, modificaciones externas de la anatomía.
- 4.- Originar a expensas de su pared nuevos islotes epiteliales que in filtrando de alguna manera los sectores vecinos, pudiendo originar nuevos quistes (este tipo de crecimiento suele ser el común denominador de los quistes multiloculares.).

Recordemos que el crecimiento continuo y la formación de quistes múltiples suele ser la característica de algunos procesos tumorales como los ameloblastomas.

COMPLICACIONES EN LA EVOLUCION DE UN QUISTE.

En el punto anterior nos hemos referido a la evolución posible del quiste, relativa a las posibilidades del epitelio quístico mismo.

No obstante, conviene reconocer otras complicaciones en las cuales el crecimiento propio del epitelio quístico ocupa un papel secundario.

Componente Inflamatorio.

Con respecto al factor inflamatorio debemos reconocer dos condiciones extremas, claramente perceptibles en las primeras etapas de la formación de un quiste. La primera es un proceso inflamatorio inicial (por ejemplo un granuloma apical) que interacciona efectivamente con restos epiteliales y que puede postularse como el promotor de su estímulo inicial de crecimiento a partir del cual se desarrolla la cavitación y toda la evolución del quiste. Se trata entonces de los llamados "quistes inflamatorios", en donde se supone, en principio que el factor "desencadenante" es el inflamatorio y que de alguna manera, actúa sobre el epitelio.

Debe no obstante reconocerse que no hay una relación directa y - que de otra manera se observa un alto porcentaje en donde el cuadro inflamatorio se asocia con los elementos epiteliales, sin ser posible la evolución quística.

Este tipo de quistes de origen inflamatorio crecen luego a expensas del epitelio aunque el componente inflamatorio nunca es eliminado en su totalidad. No obstante, en algunos casos resulta sorprendente - ver como la mayor parte de la membrana quística no tiene casi respuesta inflamatoria. Otras veces, por el contrario, el cuadro inflamatorio está difusamente distribuido.

En el caso de los quistes "sin un claro origen" inflamatorio pueden ocurrir dos circunstancias extremas, una en la cual el quiste completa su evolución sin ninguna contaminación inflamatoria (esto es - más frecuentemente en quistes de tipo tumoral ó aquellos tomados en -

las primeras etapas de crecimiento) y entonces el estudio microscópico de toda la pared, solo evidencia la presencia de la capa epitelial y conectiva. Sin embargo, lo más frecuente es que el propio crecimiento del epitelio origine en la pared factores capaces de iniciar un cuadro inflamatorio en general crónico (a veces, también agudo) porque llega a alterar considerablemente el epitelio o bien producir su desaparición casi total.

De esta manera, a veces se habla, aunque no muy propiamente, de una ulceración de la pared quística. Muchas veces durante la evolución de un quiste hay una infección secundaria (especialmente posible en los quistes de origen inflamatorio) y aquí se puede desencadenar un proceso inflamatorio de tipo agudo que se extiende rápidamente por lo fácil propagación de microorganismos a expensas del contenido del quiste.

Cuando el proceso agudo llega a cierto desarrollo, la presencia de pus formada por la capa de membrana quística, ocupa y reemplaza parcialmente el contenido albuminoso propio del quiste y hablamos entonces de evolución "abscedosa" del quiste.

La presencia de un cuadro agudo de este tipo es similar a un verdadero absceso, con todo el cuadro clínico correspondiente. En algunos casos, el proceso busca la curación espontánea mediante la formación de fistulas que comunican la cavidad quística con algún punto de la mucosa en donde se producen el drenaje del material purulento del quiste, que en cierta medida se mantiene hasta ese momento a presión adentro de la cavidad.

En general, cuando el quiste ha sufrido este tipo de proceso y si no es tratado quirúrgicamente, tiende a repetir el proceso en cua-

dros similares, que terminan también por originar nuevas fístulas, -- que, a veces, se hacen permanentes.

Contrariamente a lo que se podría pensar, graves lesiones inflamatorias, en particular agudas, suelen modificar de una manera importante la pared del quiste, provocando, por la misma acción inflamatoria una destrucción total o parcial del epitelio, con lo que el crecimiento quístico disminuye, se atenúa o incluso sufre diferentes etapas de evolución, llegando a veces a una situación paradójal en la -- cual, después de una grave inflamación el quiste puede tender a la curación, aunque generalmente parcial.

Justamente, esta situación especial se busca a veces es dos tipos de intervenciones en quistes. Una de ellas es la llamada marsupialización o abocamiento amplio, en la cual el cirujano se limita a --- abrir el quiste y dejarlo en contacto con la cavidad oral; con este - mecanismo se produce un cuadro inflamatorio inicial y luego, la falta de presión líquida de bombeo, determina que el crecimiento se detenga y como consecuencia la cavidad quística se achica paulatinamente.

Con este procedimiento se consigue habitualmente, una reducción -- que luego de un cierto período tiene que ser completada con una intervención quirúrgica menor a la que podría plantearse frente al tamaño -- inicial del quiste. Otro procedimiento que ha sido postulado como posible pero pequeños quistes (en particular, los radicales) es la - infección y destrucción provocada de la mayor parte de la pared, con -- lo que se produce un grave cuadro inflamatorio, con el que se espera -- provocar la destrucción de la mayor parte de la pared epitelial del - quiste, por lo tanto, su involución y curación en cierto modo espontánea.

Complicaciones Mecánicas.

La presencia de grandes quistes de maxilar producen alteraciones de importancia variable que dependen en gran medida de su localización. A parte de la deformación del hueso maxilar que puede tener solamente una importancia estética, ésta puede conducir una modificación, de la posición de las piezas dentarias, con todas las implicancias que acarrea, en particular para la articulación.

La presencia de una destrucción importante de la bacilar del maxilar, hace posible un debilitamiento del hueso, el cual puede fracturarse ante requerimientos casi normales y ocasionar de este modo una atípica fractura patológica, la cual debe ser tratada en forma combinada con la extirpación del quiste.

COMPLICACIONES TUMORALES.

En principio, cualquier tejido de la economía puede producir un tumor, pero en el caso de los quistes, deben ser distinguidos, dos situaciones: que el quiste sea un tumor, punto que no debe ser discutido en este capítulo dado que se trata de un tumor quístico o bien que en un momento de la evolución de un quiste aparezca una "transformación tumoral de la pared quística".

Dentro de los quistes propios del maxilar, prácticamente todos ellos tienen epitelio malpighiano en forma total o parcial y muchos de ellos están íntimamente relacionados con formaciones dentarias. De esto se desprenden posibilidades tumorales diferentes. En general podemos detectar una transformación tumoral hacia tumores odontogénicos, o bien, hacia típicos carcinomas epidermoides.

En cualquiera de los casos mencionados, el quiste pasa a una segunda etapa y el proceso sigue en su evolución como un tumor.

Aunque la transformación tumoral es poco frecuente en los quistes

no debe ser descartada y por ello es responsabilidad del cirujano bucal el envío de las membranas quísticas al laboratorio de patología - para que de su estudio sea descartada la posibilidad de focos de trasformación tumoral.

3.- CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS

No todos los quistes intraóseos forman radiotrasparencias bien definidas, redondas en ovals con márgenes radiopacos nítidos. Los factores que influyen en la imagen radiográfica son numerosos e incluyen en el quiste la localización, la intensidad de destrucción ósea y si el quiste está infectado o no.

Por otra parte no todas las radiotrasparencias bien definidas son quistes, ya que varios tumores odontogénicos y otras lesiones pueden producir imágenes radiográficas prácticamente iguales. Estructuras anatómicas normales como el seno maxilar, agujero mentoniano y fosa incisiva pueden ser confundidas con quistes, sobre todo si presentan alguna variación en cuanto a su posición o formación y son necesarias varias vistas radiográficas para un diagnóstico diferente.

Hay que tomar en cuenta un mínimo de dos vistas intrabucales formando ángulos rectos entre sí. Lo ideal es tomar también una vista extrabucal oblicua lateral. Algunas veces son necesarias otras vistas, por ejemplo una cranel o una occipitomenta; se puede emplear un medio radiopaco en caso de un quiste naseoalveolar.

Algunas veces es ventajoso el uso de la tomografía y la radiografía A.P. y Lateral panorámica.

III.- ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Las maneras en que los quistes pueden surgir son muy variadas. - La primera involucra desintegración epitelial y postula que una proliferación reactiva trae como consecuencia un aumento en el tamaño de los restos de Mallossez adyacentes al ápice. El desarrollo de islas individuales retira progresivamente a las células centrales de su nutrición, lo cual ocurre por difusión de los vasos en los tejidos circundantes.

En consecuencias éstas células de la parte más interna sufren un degeneración licuefaciente formando así un foco líquido que lleva una cavidad central dentro del epitelio circundante. Una segunda causa es por proliferación de epitelio para revestir una preexistente cavidad - de absceso. Un tercer método posible de formación de quistes es la degeneración de tejido conectivo que ha sido rodeado por epitelio.

Ocasionalmente algunos autores mencionan causas traumáticas o -- por falta de unión de los mamelones de desarrollo. Aparte de los quistes de retención en tejidos glandulares, la manera de formación parece involucrar la proliferación primaria de un conglomerado de células epiteliales y la subsiguiente degeneración hidrótica y desintegración de los ubicados centralmente que se alejan más de su fuente de nutrición.

Más raramente la formación quística puede involucrar la proliferación de epitelio para tapizar una cavidad de absceso preexistente - o bien la proliferación en asas de extensiones a manera de digitaciones desde el epitelio situado más periféricamente, seguida de degeneración licuefaciente de focos de tejido conectivo, que resultan par--

cialmente envueltos por las mismas.

No importa cuál sea la manera de formación de la estructura quística inicial, es probable que se produzca una expansión subsiguiente por el establecimiento de presión ósmótica, provocando ingreso adicional del líquido. En la mayoría de los casos la presión osmótica en el interior del quiste ha demostrado ser mayor que la de los tejidos que lo circundan probablemente como resultado de la desintegración de proteína proveniente de células epiteliales en degeneración que originan un número mayor de moléculas de aminoácidos.

La combinación de pared de tejido conectivo y epitelio de revestimiento parecen poseer propiedades similares a la de una membrana semipermeable; produciendo así un ingreso de líquido. A pesar de los diferentes orígenes de epitelio formativo, los diversos tipos de quistes hallados en la región bucal poseen muchas características histológicas en común.

Este patrón básico reseñado y las características o variaciones especiales son notadas durante la descripción de cada tipo individual de quiste. El epitelio de revestimiento en la mayoría de los quistes consiste de un epitelio escamoso estratificado con una membrana basal sin formación alguna de las crestas interpapilares.

En raras ocasiones, sin embargo puede hallarse un tipo respiratorio de epitelio, usualmente en quistes de maxilar, y esto refleja probablemente la proximidad e influencia del antro. Aún aquellos casos en que no se haya presente epitelio respiratorio totalmente desarrollado, se ha demostrado que uno de cada cinco quistes posee algún elemento de secreción mucosa positiva.

Ocasionalmente el epitelio del quiste puede estar pobremente de-

sarrollado ó puede mostrar áreas localizadas de falta de continuidad donde se encuentra totalmente ausente, y esto es especialmente común en casos en que el quiste es el resultado de una infección o esta involucrado en la misma (por ejemplo el quiste periapical).

Puede ser más que una coincidencia que en éstas áreas localizadas donde el epitelio aparece desnudo, los tejidos conectivos subyacentes suelen aparecer infiltrados por grandes concentraciones de células inflamatorias crónicas.

La pared quística que sirve de sostén al epitelio está usualmente formada por tejido conectivo fibroso maduro. En aquellos casos en que el quiste es el resultado de una infección o se haya secundaria-- mente involucrada en la misma. También puede haber evidencia de inflamación crónica, hemorragia y depósitos de hemociderina, macrófagos -- conteniendo líquidos, cristales de colesterol, y una reacción asociada a células gigantes tipo cuerpo extraño.

El cuadro histológico en los tejidos duros que rodean a los quistes infraóseos refleja la actividad corriente del quiste. Si este se está expandiendo activamente el hueso circundante puede acusar evidencia de reabsorción osteoclástica mientras que si la condición se ha formado estática habra ausencia de toda actividad gigantocelular.

En circunstancias apropiadas a la consolidación en el hueso que rodea en un quiste puede resultar finalmente en una esclerosis reactiva y la formación de una lámina dura radiográfica. La cavidad quística por lo general se llena de líquido que se torna débilmente eosinofila a causa de su contenido en proteínas.

Este líquido forma un medio favorable para desarrollo bacteriano y a veces sobreviene una infección hematógica secundaria para conver-

tir un quiste previamente ésteril en un absceso, con la consiguiente-infiltración por células inflamatorias. Un número variable de cristales de colesterol puede estar presente en la pared quística o, menos-frecuentemente en la cavidad. Su origen y manera de formación no se -conocen con certeza.

Cualquiera o todas las características mencionadas precedentemente pueden comprobarse en la mayoría de los quistes de modo que con --unas pocas excepciones, no es posible un diagnóstico histológico específico mediante el microscopio sólomente.

En consecuencia, el diagnóstico final frecuentemente descansa en una combinación de la histología, los antecedentes, las características, clínicas y radiológicas, los hallazgos operatorios, en lugar ocupado por el quiste que se relaciona con los dientes adyacentes, y en-especial, en status vital o no vital.

IV.- CLASIFICACION

1) QUISTES ODONTOGENICOS

Son los derivados de la degeneración y la proliferación quística del epitelio odontogénico es decir, los restos de la lámina dental ó los órganos del esmalte de los dientes. Con frecuencia pero no siempre están encerrados dentro del hueso. El epitelio correspondiente a cada uno de éstos deriva de una de las siguientes fuentes:

- A) Germen Dental
- B) Epitelio Reducido del Esmalte de una Corona Dental.
- C) Restos epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertuing.
- D) Restos de la lámina dental.

Dentro de éste tipo de quistes encontramos los siguientes:

- a) Quiste Dentífero
- b) Quiste de Erupción.
- c) Quiste Gingival.
- d) Quistes Inflamatorios:
 - 1) Periapical
 - 2) Residual
- e) Quistes Periodontales:
 - 1) Laterales
 - 2) Apicales
- f) Quiste Odontogénico Queratinizante y Calcificante.
 - 1) Quiste Primordial
- g) Queratoquistes Odontogénicos.
 - 2) Queratoquistes múltiples de los Maxilares.

El diagnóstico de cualquiera de los quistes odontogénicos y su correcta identificación según su tipo, depende del examen microscópico de los hallazgos clínicos y radiográficos.

a) QUISTE DENTIGERO.

El quiste Dentigero rodea la corona de un diente incluido. Probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona. Hay acumulación de líquido en este epitelio y la corona del diente.

Sin embargo éste quiste puede derivar de la degeneración quística de los restos de la lámina dental. Es difícil determinar la frecuencia de los quistes dentigeros. Las localizaciones usuales son el -- tercer molar del maxilar superior y el segundo premolar del maxilar inferior, aunque también aparece en cualquier otro diente sin erupcionar.

La corona del diente se proyecta dentro de la luz de la cavidad quística. Puede tener cualquier tamaño desde una leve dilatación del saco pericoronar hasta ocupar todo el cuerpo y la rama del maxilar inferior ya que son más frecuentes en éste.

Aunque el quiste se desarrolla sobre un solo diente, puede incluir las coronas de varios dientes adyacentes al dilatarse. Por otra parte puede desplazar los dientes en posiciones alejadas de su localización normal especialmente en el maxilar superior.

Algunas veces no es posible determinar el diente responsable. -- Los dientes no afectados retienen sus folículos. Estos quistes dentigeros están clasificados en tipo central, lateral y circunferencial -- según la posición en la cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental.

En el tipo central el quiste rodea la corona de 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 ó distal del tiempo y se dilata apartándose del diente, envolviendo so-

lo una porción de la corona.

Puede inclinar al diente a desplazarlo hacia el lado no afectado. En el tipo circunstancial el órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente se hace quístico, permitiendo muchas veces la erupción del diente a través del quiste. Los quistes dentígeros suelen ser solitarios y pueden provocar una considerable dilatación generalmente indolora de la lámina externa.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la luz. El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso, poco espeso, a veces con un poco de sangre.

TRATAMIENTO.-

El tratamiento de este quiste está regido por el tamaño de la lesión. Las lesiones pequeñas suelen ser involucradas por cirugía en su totalidad, con poca dificultad. Los de mayor tamaño que producen una pérdida ósea importante y adelgazan en forma peligrosa al hueso, suelen ser tratados durante la inserción de un drenaje quirúrgico o marsupialización.

COMPLICACIONES POTENCIALES.-

Son varias relativamente serias que surgen de este quiste, además de una recidiva incompleta son:

- 1) Formación de un ameloblastoma, derivado del epitelio de revestimiento o de restos del epitelio odontogénico de la pared quística.
- 2) Formación de un corcinoma epidermoide con las mismas fuentes epiteliales.
- 3) Formación de un carcinoma mucoepidermoide, básicamente un tumor maligno de las glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento.

miento de quiste dentífero que contiene células secretorias de moco o por lo menos con este potencial, vistos con mayor frecuencia en los quistes dentíferos vinculados con terceros molares superiores retenidos.

b) QUISTE DE ERUPCION

El quiste de erupción es un quiste poco frecuente de quiste dentífero asociado con dientes deciduos en erupción o raras veces, permanentes. Representa una acumulación de líquido quístico o sangre en un espacio folicular dilatado alrededor de la corona de un diente en erupción único o múltiple ó existir al nacer. Ocurren con más frecuencia en hombres de raza negra.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

La lesión tiene el aspecto de una tumefacción de superficie lisa de color rosado o azulado, fluctuante localizado en el surco de un alveolo por encima de la corona de un diente. El intenso color azul que muchas veces es característico se debe a la acumulación de sangre; por ello la tumefacción puede confundirse con un hemangioma.

TRATAMIENTO GENERAL.-

No se necesita tratamiento, ya que el quiste desaparece después de la erupción completa del diente. En algunos casos debido al color ó a la hipersensibilidad asociadas es preciso hacer una incisión o incluso eliminar el tejido que hay por encima.

c) QUISTE GINGIVAL

Los quistes gingivales localizados sobre la superficie de la encía o cerca de ella tienen su origen probablemente en una formación quística dentro de los restos de la lámina dental o por la implanta--

ción traumática del epitelio superficial. Pueden ocurrir tanto en la encía libre como en la fijada ó en la papila gingival.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

El quiste gingival puede presentarse a cualquier edad, pero es más común en adultos. Esta lesión aparece por lo general, como una hinchazón pequeña, bien circunscrita e indolora en la encía. Tiene el mismo color de la mucosa normal adyacente.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Este quiste es una lesión de tejido blando, y por lo general, no se manifiesta en la radiografía.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

El epitelio de revestimiento es, por lo general, escamoso, aplomado y muy delgado, aunque en el quiste gingival por implantación el epitelio es considerablemente más grueso y más escamoso. Muchas veces están llenos de capas concéntricas de queratina.

TRATAMIENTO.-

Consiste en la extirpación quirúrgica excepto en el niño, en el que generalmente no necesita tratamiento.

d) QUISTES INFLAMATORIOS

Este tipo de quistes incluyen para su estudio en quistes: periapical y residual. El quiste Periapical es el más común de los quistes odontógenos. A diferencia de los otros tipos afecta el ápice de un diente brotado y con gran frecuencia es resultado de una infección por vía pulpar, a causa de una caries.

El "quiste residual" es un término que se aplica a un quiste periodontal que permanece después de la extracción dental o se forma ul

teriormente, aunque este mismo puede ser también aplicado a cualquier quiste de los maxilares que permanecen sin causa aparente luego de un procedimiento quirúrgico. El revestimiento epitelial del quiste periodontal deriva de restos epiteliales de Malassez del ligamento periodontal y no parece tener la tendencia a la transformación ameloblastomatosa que se produce en el quiste dentífero.

e) QUISTES PERIODONTALES

Los Quistes Periodontales incluyen para su estudio a los quistes laterales y apicales. El quiste Apical es el tipo de quiste más frecuente e importante que se da en el hueso maxilar. El quiste apical es el resultado de la evolución quística de restos epiteliales paradentarios, y el factor irratativo que se produce por la frecuencia de un granuloma apical.

Quiste Periodontal Lateral.- Estos nacen directamente en la ligamentación periodontal lateral. Su patogenia no está muy clara; algunos investigadores creen que es un quiste primordial, a partir de un brote supernumerario abortado; otros opinan que crece a partir de los residuos epiteliales de la membrana peridental, y aún otros lo atribuyen a restos de la lámina dental.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Ha sido registrado principalmente en adultos y en su mayor parte han aparecido en la zona de premolares inferiores. Muchas veces no hay signos clínicos; la mayor parte de éstos quistes clínicos se descubren en el curso de una exploración radiográfica habitual.

Si el quiste se infecta, puede asemejarse a un absceso periodontal lateral, y hasta trata de establecer drenaje.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

La radiografía periopical revela al quiste periodontal lateral-- como una zona radiolúcida en aposición de la superficie lateral de -- una raíz dental.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Histológicamente el saco del quiste se compone de un recubrimien- to de epitelio escamoso estratificado y una pared de tejido conjunti- vo.

TRATAMIENTO.-

El quiste ha de ser enucleado por cirugía en lo posible sin ex-- traer el diente afectado. Es importante un estudio histológico, ya -- que los ameloblastomas pequeños pueden presentar un cuadro parecido.

f) QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE

Este quiste ocupa un lugar anómalo entre el de un quiste y una - neoplasia. No hay predilección por edad y sexo; son más frecuentes en la mandíbula y la mayoría son intraóseos aunque produce una ligera zo- na depresible.

g) QUERATOQUISTES ODONTOGENICOS

Este término se refiere a un tipo específico de alteración que - puede ocurrir en los quistes folicular, residual y muy raras veces ra- dicular y fisular. El epitelio es uniforme, la capa basal está bien - demarcada por células cilíndricas o cuboideas.

Estos quistes pueden ser múltiples. Los queratoquistes odontogé- nicos están caracterizados por la presencia de un material espeso, --

cremoso, caseoso que llena la cavidad y de color blanco; por lo que - suele confundirse con un proceso infeccioso.

Suelen ser mayores y con más frecuencia multiloculares que los - quistes no queratinizados. Son unas tres veces más frecuentes en el - maxilar y hay recidivancias en alrededor de mitad de los casos.

1) Quiste Primordial.- Es un quiste derivado del órgano del esmalte - antes de la formación de los tejidos dentales. Este tipo de quiste se encuentra con más frecuencia en el lugar del tercer molar de la mandí - bula. Se ha creído que tienen su origen en gérmenes dentales supernu - merarios. Pueden ser uniloculares o multiloculares.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

El quiste primordial varía ampliamente de tamaño pero posee po-- tencial para expandir hueso y desplazar los dientes adyacentes por -- presión. No es doloroso y es raro que presente manifestaciones clíni- cas obvias.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

El quiste primordial aparece como una zona radiolúcida redonda - en oval y bien delimitada que puede tener un borde esclerótico o reac - cional y que puede ser unilocular o multilocular. Se localiza debajo - de las raíces dentales, entre las raíces de piezas adyacentes o cerca - de la cresta del reborde en el lugar de un diente ausente en forma -- congénita.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

En la superficie interna que mira hacia la luz está revestido de una capa intacta o interrumpida de epitelio escamoso, estratificado,- que suele presentar paraqueratina, o a veces, ortoqueratina.

TRATAMIENTO.-

El tratamiento de este quiste consiste en su enucleación quirúr-

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

2) Queratoquistes múltiples de los maxilares.- En los maxilares hay -- numerosos quistes cuyo tamaño varía entre microscopio y un diámetro -- de varios centímetros. (Están tapizados de epitelio que puede ser sim -- ple hasta tipo escamoso estratificado levemente queratizado.)

Pueden aparecer por primera vez a los 7 u 8 años o más tarde has -- ta la década de los 30. Muchos quistes crecen junto a los dientes y -- causan dislaceración de las raíces si los dientes se encuentran en -- ese estadio del desarrollo.

Algunos de los quistes muestran germinación parecida a la piel -- embrionaria.

2) QUISTES NO ODONTOGENICOS Y FISULARES

a) QUISTE GLOBULO-MAXILAR

Es un quiste fisural localizado en el hueso maxilar superior entre el incisivo lateral y canino vitales. Se forma a partir de restos epiteliales atrapados en la región de la sutura incisiva (premaxilar y maxilar).

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Su descubrimiento suele ser casual a no ser que sea infectado. - Con relación a los quistes maxilares es poco frecuente, al dilatarse puede causar un agrandamiento del maxilar superior o una deformación del seno maxilar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Este quiste se presenta en las radiografías intrabucales, con -- forma característica de zona radiolúcida periforme invertida, entre las raíces del incisivo central y el canino, y produce la divergencia de las raíces de estos dientes. Habrá que tener cuidado de no confundirse con el quiste periodontal. En este caso los dientes son vita---les.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Está tapizado de epitelio columnar ciliado pseudoestratificado. - El resto de la pared se compone de tejido conectivo fibroso, que por lo general presenta infiltrado células inflamatorias.

TRATAMIENTO.-

Este tipo de quiste debe ser enucleado quirúrgicamente preservando si es posible los dientes adyacentes.

b) QUISTE NASOALVEOLAR

Probablemente deriva de restos epiteliales localizados en la --- unión de los procesos globular, nasolateral y maxilares. Su localización es por encima del maxilar, cerca del ala de la nariz. No es intraóseo. Generalmente este quiste abulta hacia el suelo del vestíbulo nasal, proyectándose debajo del extremo anterior del cornete inferior y algunas veces causa obstrucción nasal.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

La mayoría son asintomáticas y se descubren únicamente durante el exámen radiográfico de rutina. Los dientes asociados, salvo que -- tengan otra lesión, reaccionan normalmente a las pruebas de vitalidad pulpar.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

El aspecto radiográfico que presenta este quiste es el de una -- imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada, aunque también puede ser multilocular.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

El exámen histológico revela un epitelio escamoso estratificado, delgado con pliegues y proyecciones que tapiza una luz central.

TRATAMIENTO.-

Es aconsejable hacer excisión quirúrgica conservadora con preservación de los dientes cercanos, toda vez que ello fuera posible.

c) QUISTE NASOPALATINO

El quiste nasopalatino se encuentra en la región anterior del ma xilar e inmediatamente detrás de los ápices de los incisivos centra-- les, crece a partir de los residuos epiteliales de los vestigios del-

conducto o conductos nasopalatinos. Puede ser una lesión redonda única de tamaño moderado unilateral, localizado a la derecha o a la izquierda de la línea media, puede presentarse en forma de lesiones redondeadas bilaterales situadas en forma simétrica, o puede ser central y de forma acorazonada.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Los signos clínicos no son frecuentes, ya que suelen ser de pequeño tamaño y localizarse en zonas profundas del maxilar anterior. Es difícil describirlas.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Son muy variables, se puede presentar como una zona radiotrasparente redondeada, única y unilateral, de algunos o muchos milímetros de diámetro por encima o junto al ápice de un incisivo y central; en otros casos las zonas radiotransparentes quísticas son parecidas y bilaterales, pero la más característica es una zona radiotrasparente acorazonada.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Los quistes nasopalatinos suelen estar recubiertos por epitelio-escamoso.

d) QUISTE MANDIBULAR MEDIO

Los quistes de la línea media de la mandíbula son extremadamente raros, y su naturaleza puede ser de tres tipos, algunos consideran que son quistes fisulares, mientras que otros opinan que representan una degeneración quística primordial desarrollada en un germen dentario supernumerario y para otros se trata de un quiste periodontal lateral.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Son asintomáticos y se descubren por exámen radiográfico de rutina. Los dientes asociados reaccionan normalmente a las pruebas de vitalidad a no ser que estén infectados.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Su aspecto es el de una imagen radiolúcida unilocular o multilocular bien delimitada.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Se revela un epitelio escamoso estratificado delgado con pliegues y proyecciones, que tapiza la luz central.

TRATAMIENTO.-

Es aconsejable hacer una incisión quirúrgica conservadora con preservación de los dientes cercanos, toda vez que ello fuera posible.

e) QUISTE LINGUAL ANTERIOR

El origen de tales quistes en el epitelio atrapado en las dos mitades de la lengua durante el desarrollo embriológico no puede evaluarse hasta que haya sido analizado un número suficiente de casos bien documentados ya que éste tipo de quistes son muy raros y por lo tanto existe poca literatura acerca de ellos.

f) QUISTE PALATINO MEDIO POSTERIOR

El quiste se origina en el epitelio atrapado a lo largo de la línea de los apófisis palatinos del maxilar.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Se encuentra en la línea media del paladar duro entre los apófi-

sis palatinos laterales. Se puede agrandar en un período prolongado y producir una inflamación palatina definida visible clínicamente. La causa de la proliferación epitelial y la ulterior formación del quiste es desconocida.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

En la radiografía palatina se ve una zona radiolúcida bien circunscrita frente al sector de premolares y molares, frecuentemente -- bordeada de una capa de hueso esclerótico.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

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

TRATAMIENTO.-

Consiste en la eliminación quirúrgica y cureteado minucioso.

3) QUISTES DEL CUELLO, SUELO BUCAL Y GLANDULAS SALIVALES

a) QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Es un quiste poco común que se forma en cualquier punto a lo largo del conducto tirogloso, embrionario entre el agujero ciego y la glándula tiroides. Se origina de los remanentes no obliterados de estos conductos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Es una masa quística, firme, cuyo tamaño varía de algunos milímetros a varios centímetros, puede encontrarse en el agujero ciego, en el piso de la boca, o más abajo, cerca del cartílago cricoides o tiroides.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Está tapizado de epitelio escamoso estratificado, epitelio columnar ciliado o tipo intermedio de transición. La pared de tejido conectivo del quiste contendrá frecuentemente pequeñas zonas de tejido linfóide, tejido tiroides y glándulas mucosas.

TRATAMIENTO.-

Es la excisión quirúrgica radical.

b) QUISTE LINFOEPITELIAL

Se produce en la zona lateral del cuello y se origina en los restos de las orcas bronquiales o sacos faríngeos o por el enclavamiento de elementos de un conducto salival en los ganglios linfáticos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Aparece en su mayoría en adultos jóvenes. Son de crecimiento lento. La lesión se presenta como una masa movable asintomática y circunscrita a la zona lateral del cuello superior, por lo común cerca del -

borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Suele estar tapizado de epitelio escamoso estratificado. La pared se compone de tejido linfoide con forma típica del módulo linfático. Puede contener un líquido acuoso claro o un material mucoso gelatinoso espeso.

TRATAMIENTO.-

Debe hacerse una renovación quirúrgica minuciosa.

c) QUISTES BUCALES CON EPITELIO GASTRICO O INTESTINAL

Puede estar completamente incluido dentro del cuerpo de la lengua o en el suelo de la boca ó comunicar con la superficie. Su pared puede estar compuesta por epitelio escamoso estratificado y, en parte por mucosa gástrica del tipo visto en el fondo de la mucosa gástrica y cuerpo del estómago. El origen de la mucosa gástrica es desconocido.

d) QUISTE DE LAS GLANDULAS SALIVALES

Son raros, se presentan más en la glándula parótida. Están generalmente tapizadas por epitelio escamoso, estratificado pueden ser -- más frecuentes en el lado izquierdo y en hembras.

e) MUCOCELE Y RANULA

El mucocele se debe a una retención de mucosa y es muy frecuente que se presente con igual frecuencia en ambos sexos y en todas las -- edades. El mucocele puede localizarse en casi todos los lugares de la boca pero la mayor parte de las veces se localiza en la mucosa labial

inferior.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

El aspecto clínico es variable, dependiendo muchas veces de la profundidad de la lesión. Las lesiones más superficiales se presentan como masas prominentes de superficie lisa de color azul o rojizo, discretas parecidas a ampollas. Generalmente el quiste mucoso es único pero en algunos casos puede encontrarse dos o más próximos parecidos a un racimo de uva.

Los quistes mucocèle se pueden confundir con una hemangioma, pero éste tiene color azulado más intenso. Para el diagnóstico definitivo del mucocèle puede obtenerse mediante la punción aspirativa de la lesión y la obtención de un líquido espeso de color pajizo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Son variables, algunas están recubiertas por un epitelio plano - mientras que otros están recubiertos por tejido fibroso comprimido.

TRATAMIENTO.-

Consiste en la extirpación quirúrgica del quiste y de la glándula asociada, para prevenir la recidiva.

Ránula es un quiste que se debe generalmente a una obstrucción - causada por un cálculo salival o por una sustancia orgánica blanda.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

El aspecto clínico depende de su tamaño y profundidad. Se desarrolla asociado a los conductos secretores de las glándulas submaxilares o sublingual. Lo más frecuente es que se presenten unas tumores redondas, de superficie lisa y de consistencia semisólida.

Tiene importancia el hecho de que durante las comidas aumente de tamaño y después baje.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Deben practicarse radiografías, tanto oclusales como extraorales para saber si hay o no cálculos salivales que a veces son los responsables de la obstrucción.

TRATAMIENTO.-

Es quirúrgico, mediante la extirpación completa o eliminando el lecho del quiste.

4) QUISTES VARIOS

a) QUISTES DERMOIDES

Simple (Epidermoide).-

El quiste de desarrollo epidermoide se parece al dermoide en que se forma también, a partir de células epiteliales atrapadas al correrse las capas de tejidos blandos durante el desarrollo total.

Su localización, patogenia y aspecto clínico se parece y no se puede diferenciar de los quistes dermoide, excepto en que cuando el quiste epidermoide es más superficial carece de carácter "pastoso" del dermoide.

Sin embargo, histológicamente, existe epidermoide se diferencia del dermoide, ya que consiste únicamente en un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, generalmente bien queratinizado, y una pared de tejido fibroso; faltan los anexos cutáneos (glándulas sebáceas, folículos pilosos, glándulas sudoríparas), que es lo que le diferencia del quiste dermoide.

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

Los quistes epidermoides de inclusión pueden localizarse en diversos tejidos blandos, por ejemplo, en el suelo de la boca, en las zonas de los repliegues mucobucuales, en las mejillas, etc. y, raras -

veces, dentro de los maxilares, donde se cree que se deban a epitelio gingival desplazado ó incluso a una causa odontogénica.

En la variedad por inclusión los datos histológicos son los mismos que los del quiste de desarrollo, la diferencia entre los dos se basa sobre todo en la localización, el quiste epidermoide del desarrollo se localiza en líneas de sutura del desarrollo.

Compuesto (Dermoide).

El quiste dermoide es otra variedad de quiste del desarrollo, ya que se desarrolla a partir de las células epiteliales atrapadas debajo de la superficie durante el cierre o fusión de los tejidos blandos durante la vida fetal. Ya que estos atrapamientos pueden abarcar también células de otras capas germinales y ya que los componentes no -- epiteliales pueden participar también en el proceso de desarrollo, el quiste dermoide contiene siempre tejidos y estructuras de origen no - epitelial.

Los quistes dermoides tienen diversas localizaciones, como son - el paladar, ángulo de mandíbula, glándulas salivales y en los testículos y ovarios. Sin embargo, en la región de la boca la localización - más frecuente es en la línea media del suelo.

El aspecto clínico de un quiste dermoide en esta región depende de su profundidad. Cuando está por encima del músculo genihioides 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 a menudo del contenido variable del quiste con frecuencia la lesión es de tamaño suficientemente grande como pa-

ra desplazar la lengua e interferir la función bucal.

Cuando el quiste dermoide se localiza por debajo de los músculos genihioloideos se ve fuera de la boca, como una tumoración de la línea-media, de superficie lisa, inmediatamente debajo del mentón. A veces, el quiste dermoide se infecta secundariamente, en cuyo caso, los signos clínicos habituales de la infección se superponen al cuadro y a veces se aprecia un conducto fistuloso que se abre en la boca o en la piel.

El tratamiento es siempre la extirpación quirúrgica. El estudio-histológico de la muestra quirúrgica revela un revestimiento inferior de epitelio escamoso estratificado, con una pared de tejido conjuntivo fibroso, denso. De gran interés diagnóstico es el hallazgo de anexos cutáneos en la pared del quiste como glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas e incluso folículos pilosos. La cavidad del quiste con tiene muchas veces material sebáceo y queratina.

Debe tenerse en cuenta que el quiste dermoide que se presenta en el sistema genital, sobre todo en los ovarios y más rara vez en los testículos, deberían llamarse "teratoma quístico benigno" ya que se desarrollan a partir de las células genitales primordiales que son aún indiferenciadas. Por ello, además de los componentes del quiste dermoide oral descritos más arriba, el teratoma quístico benigno puede contener otros tejidos como el óseo, dentario, muscular, cerebral, y nervios periféricos.

b) QUISTE GASTROINTESTINAL HETEROTOPICO BUCAL

Están tapizados de mucosa gástrica ó intestinal que se produjeron en la cavidad bucal, en la lengua ó en el quiste de la boca probablemente derivados de restos embrionarios traspuestos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Este quiste coristomático se presenta acualquier edad, aunque la mayoría de los pacientes han sido bebés o niños pequeños. Puede ser significativo que la lesión aparezca en proporción abrumadora en 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 causar dificultades en la alimentación y la formación. Algunos quistes se comunican con la superficie mucosa por ser una estructura tubular o semejante a un conducto.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Este quiste suele estar revestido parcialmente de epitelio escamoso estratificado y parcialmente de mucosa gástrica similar a la del cuerpo y fondo del estómago, tanto con células parietales como principales. Puede estar presente o no 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.

c) QUISTE DE IMPLANTACION

Los quistes de implantación se desarrollan a causa de una herida

penetrante de piel o mucosa que implanta el epitelio productor del quiste dentro de los tejidos colectivos subyacentes. Como sería de esperarse, estos quistes de implantación ocurren con mayor frecuencia en las manos que son las más expuestas a traumatismos por objetos o instrumentos agudos.

Teóricamente, en la región de la boca se podría desarrollar una condición equivalente a causas de heridas penetrantes de la mucosa y encías. El cuadro histológico del quiste sigue el patrón común ya descrito, y la lesión tiene el aspecto de un quiste simple superficial, identificable únicamente en virtud de antecedentes de una lesión penetrante en el sitio afectado.

d) QUISTE DE LA PAPILA PALATINA

Este quiste ocurre en el tejido blando de la papila palatina, en la línea media, inmediatamente por detrás de los dientes incisivos centrales. Es un quiste del desarrollo poco frecuente, al que se le considera un origen parecido al de los quistes nasopalatinos y del canal incisivo, es decir, desarrollándose a partir de residuos epiteliales embrionarios.

Sin embargo, su localización exclusiva en el tejido blando (muy pocas veces afecta al hueso que hay debajo por erosión) nos obliga a su inclusión entre los quistes de desarrollo de los tejidos blandos.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Se muestra como una prominencia ovoide, muy dura de color normal, en la línea media, inmediatamente por detrás de los incisivos centrales superiores. A veces y debido a una infección secundaria, la tumoración se inflama y se hace dolorosa y, en algunos casos, ---

puede llegar a formar un conducto fistuloso por el que el enfermo drena un líquido seroso, o a veces purulento.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Se ve que la masa consiste en un espacio recubierto por epitelio escamoso o columnar, con una delgada pared de tejido fibroso.

TRATAMIENTO.-

Consiste en la extirpación quirúrgica.

5) SEUDOQUISTES DE LOS MAXILARES

a) QUISTE OSEO ANEURISMATICO

Localizado en los maxilares, se parece algunas veces al tumor --aneurismático de células gigantes, es una lesión central, poco frecuente y única de los maxilares. Se compone de una cavidad ósea llena de un tejido fibroso muy vascularizado, conjuntivo fibroso que contiene vasos cavernosos o sinuosidades, que son espacios llenos de sangre.

La etiología y patogenia no están muy claras, no se conocen del todo bien. La explicación más aceptada es que el quiste aneurismático se desencadena por una lesión traumática que da lugar a la rotura de un vaso sanguíneo, y produce la resorción de hueso que da lugar a una cavidad ósea llena de sangre.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Puede no haber señales clínicas ó si las hay ser de un mínimo valor diagnóstico. El diente o dientes de la región suelen ser afectados o relacionados con la lesión y, por ello, suelen ser completamente normales.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Son variables, a veces nos proporcionan una imagen que no puede diferenciarse de la de los verdaderos quistes óseos, como el quiste radicular ó el quiste primordial, es decir, una lesión radiotransparente única, redondeada o elíptica, cuyos bordes periféricos están bien delimitadas y pueden estar redondeados incluso, totalmente por una zona hiperostótica.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

La lesión se parece a un granuloma reparativo de células gigan--

tes, con tejido conjuntivo fibroso celular y numerosos espacios cavernosos o sinuosidades llenas de sangre.

TRATAMIENTO.-

Consiste en la extirpación quirúrgica completa y un legrado total. Invariablemente hay reparación ósea y relleno de la cavidad.

b) QUISTE OSEO LATENTE

Generalmente se cree que se trata de un defecto congénito o del desarrollo, una depresión de la superficie lingual de la mandíbula de suficiente profundidad como para dar una imagen radiotransparente bien limitada.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

No hay signos o síntomas clínicos detectables. A veces es posible, por exploración digital a lo largo de la superficie lingual de la mandíbula palpar una muestra o depresión que corresponde con la localización de la zona radiotransparente.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Generalmente se encuentra una lesión radiotransparente de tamaño moderado bien limitada, redonda o elíptica, homogéneamente oscura, -- que suele localizarse en el ángulo de la mandíbula y el primer molar, casi siempre por encima ó debajo del canal mandibular.

TRATAMIENTO.-

No tiene significado patológico, por su parecido obliga a una exploración quirúrgica por objetivos únicamente diagnósticos.

c) QUISTE OSEO TRAUMATICO

Su origen se debe a una lesión ó golpe generalmente en los primos

ros años de vida que da lugar a una hemorragia intramedular y la consiguiente resorción del hueso y de la cavidad. Es poco frecuente, y se descubren casualmente por medio de una exploración radiográfica habitual, ya que la gran mayoría no presentan alteraciones clínicas detectables.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Los datos clínicos son negativos, es decir, la enfermedad carece de signos clínicos apreciables, no hay tumefacción o deformación de la región, los dientes están en su posición normal, su color es normal y responden a las pruebas de vitalidad.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

La lesión intraósea es radiotransparente. Su forma puede ser redonda, oval ó elíptica y, en algunos casos, adquiere una forma multilobulada. Los bordes periféricos de la zona radiotransparente suelen estar muy bien delimitados.

V.- TRATAMIENTO

Es deseable eliminar no sólo todo el revestimiento epitelial de un quiste a fin de evitar una residiva sino también alguna situación patológica tal como una infección o impactación apical que originariamente contribuyeron a la formación del quiste. Siempre que sea posible un quiste debe ser enucleado en su totalidad y los tejidos que lo recubren deben ser saturados de nuevo a fin de fomentar curación por primera intención.

La enucleación del quiste posee la ventaja adicional de permitir un completo exámen histológico de todo el tejido anormal permitiendo así confirmar la naturaleza simple, no neoplásica del quiste. Ocasionalmente un quiste puede ser ó demasiado grande para enuclear o bien la eliminación completa puede ser demasiada contraindicada por dificultades técnicas tales como el peligro de la fractura patológica de un hueso evidentemente debilitado, o bien la invasión de importantes estructuras adyacentes.

Para evitarlo, Partsch ideó un método alternativo de tratamiento que lleva su nombre. Se procede a "marsupializar" el quiste y a su -- descomposición permanente mediante la eliminación de una porción circular de la pared del quiste en la parte más cercana a la superficie de la mucosa bucal.

La epitelización subsiguiente al derredor de los bordes de este defecto circular trae como resultado la continuidad entre el epitelio que tapiza al quiste y la que cubre la superficie de la mucosa por lo tanto el resultado final es la conversión del quiste en una bolsa con una apertura permanente de cuello ancho que conecta libremente a la -

cavidad quística original con la superficie.

En tales circunstancias no puede crearse presión positiva de líquido y la expansión no solo resulta detenida sino activamente invertida de modo que con el trascurso del tiempo resulta progresivamente reparado el defecto óseo.

Empero, este procedimiento figura un segundo término en elección después de la enucleación total, por cuanto la supervisión postoperatoria es más prolongada y un estancamiento potencial en la depresión a manera de bolsa exige que sea limpiada artificialmente.

La depresión en el hueso se llena finalmente pero la reparación resultante es raramente completa, y frecuentemente queda una deformidad residual menor bajo el aspecto de una presión poco profunda en la superficie ósea.

Lo que es más importante sin embargo, es que sólo una pequeña -- porción de la pared quística es extraída por exámen histológico y a veces esto puede conducir a una falsa sensación de seguridad. Cada caso en particular ya fué tratado en su oportunidad.

CONCLUSIONES

Dentro del tema que a lo largo de este trabajo se ha expuesto es muy importante que se conozca perfectamente la definición de Quiste.- Por tal motivo dentro del método de estudio se incluyó la historia -- clínica, exámenes de laboratorio, características clínicas y radiográficas que nos proporcionaron datos de gran utilidad.

Por medio de éstos podemos saber las condiciones de salud o enfermedad, los antecedentes patológicos familiares y personales, la localización del problema y causas, del paciente; de esta manera sabremos el tipo de tratamiento a seguir.

Son variadas las formas en que los quistes pueden surgir por lo que hemos analizado en un subtema su etiología y patogenia. Una clasificación del tema ha sido pertinente para facilitar la comprensión de éste, por lo que se dividieron en cinco grandes grupos según su localización y origen, los cuales a su vez tienen enlistados los diferentes quistes que pertenecen a cada grupo.

A cada uno de ellos le fueron analizadas sus características clíficas, radiográficas, histológicas y tratamiento, ya que siendo diferentes sus presentaciones no se pueden analizar en conjunto.

Finalmente la bibliografía que a continuación se presenta, es la consultada para la elaboración de la presente tesis.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. WILLIAMG SHAFER, Dr. BARNET M. LEVY, Dr. MAYNARD KHINE,
TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL, Editorial Interamericana, pp. 67-77.
- 2.- BORGHELLI RICARDO FRANCISCO,
TEMAS DE PATOLOGIA BUCAL CLINICA, Editorial Mundi S.A.I.C. y F.
Buenos Aires, Argentina, pp. 561-572. Tomo 2.
- 3.- EDWARD V. ZEGARELLI, AUSTIN H. KUTSCHER, GEORGE A. HYMAN,
DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL, Editorial Salvat, pp. 204-210.
- 4.- ROBERT J. GORLIN, D.D.S., M.S. HENRY M. GOLDMAN, D.MD. THOMA,
PATOLOGIA ORAL, Salvat Editores, pp. 487-517.
- 5.- J.D. SPOUGE,
PATOLOGIA BUCAL, Editorial Mundi, pp. 305-323.
- 6.- S.N. BHASKAR B.D.S., M.S., Ph.O.,
PATOLOGIA BUCAL, 2a. edición, Buenos Aires, Argentina, Editorial-
"El Ateneo", pp. 298-306.
- 7.- ROMULO LUIS CABRINI,
ANATOMIA PATOLOGICA BUCAL, Buenos Aires, Argentina, Editorial Mun
di, S.A.I.C. y F. pp. 228-244.
- 8.- ARCHER WILLIAM HARRY
CIRUGIA BUCAL: ATLAS PASO POR PASO DE TECNICAS QUIRURGICAS, 2a. -
edición. Editorial Buenos Aires: Mundi 1968.

- 9.- COSTICH, EMMETT R.
CIRUGIA BUCAL. por Emmett R. Costich y Raymond P. White, dr.
México, Interamericana, 1924.
- 10.- RIES CENTENO, GUILLERMO A.
CIRUGIA BUCAL: CON PATOLOGIA CLINICA Y TERAPEUTICA.
1901. 7a. ed. Buenos Aires; México, El Ateneo, c 1978.
- 11.- WISE, ROBERT A.
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO, Robert D. Wise y Harvey W. Baker, 3a.
ed. México: Interamericana, México, 1973.
- 12.- GUSTAVE GINESTET, JEAN PONS, MARCEL PALFER SOLLIER.
ATLAS DE TECNICA OPERATORIA; CIRUGIA ESTOMATOLOGICA Y MAXILO FACIAL, Buenos Aires, Mundi 1967.
- 13.- ARCHER, HARRY
ORAL AND MAXILO FACIAL SURGERY. Philadelphia, W.B. Saunders 1975
5a. edición.
- 14.- GURALNICK, WALTER C.
TRATADO DE CIRUGIA ORAL, Barcelona Salvat, 1971.
- 15.- Dr. PALACIO GOMEZ ALBERTO
TECNICAS QUIRURGICAS DE CABEZA Y CUELLO, editorial Interamericana
S.A.