

*1 ejemplar*  
*(792)*



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Odontología

# QUISTES ORALES

**T E S I S**

Que para obtener el título de:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P r e s e n t a :**

**FRANCISCO JAVIER PARTIDA MAYA**

México, D. F.

15172

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.

## I N D I C E

	Págs.
INTRODUCCION .....	1
DEFINICION .....	2
CLASIFICACION.....	3
ASPECTOS GENERALES.....	6
HISTORIA CLINICA.....	8
QUISTES ODONTOGENICOS.....	11
QUISTES FOLICULARES.....	12
1.- Primordial.....	13
2.- Dentígero.....	15
3.- Multilocular.....	17
QUISTES PERIODONTALES.....	19
1.- Radicular.....	20
2.- Residual.....	24
3.- Lateral.....	25
4.- Gingival.....	27
QUISTES NO ODONTOGENICOS.....	29
QUISTES FISURALES.....	30
1.- Mediales.....	31
2.- Globulomaxilares.....	33

3.- Nasoalveolar.....	35
4.- Nasopalatino.....	37
QUISTES OSEOS O SEUDOQUISTES.....	39
1.- Quiste óseo traumático.....	40
2.- Quiste óseo aneurismático.....	42
3.- Quiste óseo estático.....	44
QUISTES DE RETENCION.....	45
1.- Ranula.....	46
2.- Mucocoele.....	48
QUISTES DISONTOGENICOS.....	53
1.- Quiste Dermoide y Epidermoide.....	51
2.- Quiste de la hendidura braquial.....	54
3.- Higroma quístico.....	56
4.- Quiste del conducto tirogloso.....	52
FORMAS DE TRATAMIENTO.....	60
ENUCLEACION.....	62
METODO DE PARTSCH.....	63
CONCLUSIONES.....	65
BIBLIOGRAFIA.....	67

## INTRODUCCION .

Este trabajo tiene el propósito de hacer una revisión actual de las lesiones quísticas de la cavidad bucal.

Considerando la importancia que en los últimos años se le ha dado a los tumores Maxilo-Faciales es necesario que el C.D., tenga los conocimientos necesarios para identificarlos y orientar al enfermo. Se ha tratado destacar la importancia que estas lesiones tienen, y sean de consideración en tratamientos odontológicos, aunque no se dediquen a la especialidad, deben saber resolver algunos de ellos, que son frecuentes y de tratamiento sencillo, debiendo ser abordados por el odontólogo general, asimismo saber orientar el diagnóstico de algunos de solución difícil y remitir al especialista.

Se describe cada lesión en forma individual, estudiando primero en los libros de consulta y posteriormente en revistas especializadas, exponiendo en la forma mas sencilla posible y destacando sus datos etiológicos, frecuencia, manifestaciones clínicas, datos radiográficos, histopatología, Diagnóstico y tratamiento.

Agradeciendo al H. jurado por valorar, este trabajo con benevolencia, pues no está exento de errores por faltar la experiencia suficiente, pero se realizó con el mayor esfuerzo para alcanzar el primer peldaño de la odontología.

## DEFINICION

La lesión quística es una cavidad revestida por un -  
epitelio, se presenta tanto en tejidos blandos como en duros,  
en su interior encontramos líquido o sustancia semisólida.-  
Al estudio microscópico observamos: cristales de colesterol,  
plasma, seroglobulina, seroalbumina.

El epitelio puede tener origen de los restos de la -  
lámina dental o los órganos del esmalte de los dientes, dan-  
do origen a los quistes odontogénicos.

Los restos epiteliales del tejido que cubre los pro-  
cesos primitivos, partidarios en la formación embrionaria de  
cara y maxilares originan los quistes no odontogénicos.

Nunca crecen invadiendo, siempre por expansión, es -  
decir rechazan las estructuras por su contenido o líquido in-  
tra quístico, cuando se encuentran en el interior de los -  
huesos pueden alcanzar un tamaño que sea suficiente para lo-  
grar destruir las corticales.

## CLASIFICACION

No existe un criterio universal para su clasificación, los diferentes autores, las han realizado de acuerdo a su etiología, ubicación, apariencia radiográfica etc., aunque a esta fecha no exista una clasificación definida y todos los intentos por realizarla han fracasado.

La clasificación utilizada para realizar este trabajo es de acuerdo con su origen, siendo de las usuales, elaboradas por IRVING MEYER.

### I.- QUISTES ODONTOGENICOS

#### A) QUISTES FOLICULARES.

- 1.- Primordial
- 2.- Dentífero
- 3.- Multilocular

#### B) QUISTES PERIODONTALES

- 1.- Radicular (Periapical)
- 2.- Residual
- 3.- Lateral
- 4.- Gingival.

### II.- QUISTES NO ODONTOGENICOS

#### A) Quistes Fisurales

- 1.- Mediales
- 2.- Glóbulo maxilares
- 3.- Nasoalveolar
- 4.- Nasopalatino

#### C) QUISTES DE RETENCION

- 1.- Ranula
- 2.- Mucoide

#### D) QUISTES DISONTOGENICOS

- 1.- Dermoides
- 2.- Bregual (de la hendidura)

#### E) QUISTES OREOS

dura)

3.- Higroma quístico

4.- Tirogloso (del conducto)





## ASPECTOS GENERALES

Los quistes clínicamente se manifiestan por su expansión dentro del tejido que lo circunda, rara vez ocasiona movilidad dentaria, a no ser que estén muy extensos, la mayoría permanecen pequeños y se descubren por examen radiográfico habitual. Si la dilatación es continua puede llegar a producir adelgazamiento y hasta eliminación de hueso, quedando cubierto solamente por mucosa, puede descargar entonces su contenido en la cavidad bucal y posteriormente aparecer una infección, pero sólo un pequeño número de quistes sigue todo este proceso.

La localización de la tumefacción nos da un importante dato de su origen, aunque los quistes radicales y dentigeros aparecen en cualquier parte de la boca. Los quistes fibrosos se encuentran en el maxilar superior y el quiste óseo ideopático. En el maxilar inferior a nivel del tercer molar encontramos, el quiste primordial pudiendo extenderse en la rama. Los quistes de los maxilares no producen dolor a menos que estén infectados, no todos los quistes maxilares forman radio transparencias bien definidas con márgenes radiopacos nítidos pues influyen muchos factores en la imagen radiográfica; tipo de quiste, localización, la intensidad de destrucción ósea y si está o no infectado. Y no todas las radio transparencias, bien definidas son quistes pues los Ameloblastomas, fibroma ameloblastico, mixoma odontogénico, granuloma de células gigantes, hemangioma etc. dan imagen radiográfica practicamente igual, así mismo estructuras anatómicas, como el seno maxilar, agujero mentoniano y fosa incisiva.

Lo ideal es tomar dos vistas intrabucales en ángulo recto y una extra bucal oblicua lateral, algunas veces se hace necesaria otras vistas por ejemplo, craneal lateral u occipito mental o el uso de la tomografía.

Se hace indispensable, para llegar a un diagnóstico lo más certero posible la elaboración de una Historia Clínica - completa tomando en cuenta los datos que nos puedan ser proporcionados por el paciente, acompañante, por la observación-clínica cuidadosa y siempre con pruebas de laboratorio.

(5,6,8,22,23,24,30)

## HISTORIA CLINICA

.. La Historia Clínica, es el reconocimiento del paciente para saber su estado de salud. Se divide en Interrogatorio - y Exploración Física.

A continuación se expone un breve resumen de los más - indispensables para realizar el acto quirúrgico, con tranquilidad de los problemas, o complicaciones que pudieran presentarse.

### INTERROGATORIO

#### FICHA DE IDENTIFICACION

CONSTA DE: El nombre del paciente, su dirección, número telefónico, edad, sexo, raza, estado civil, ocupación. Es ta ficha nos proporciona datos como educación, clase social, - por la forma de su respuesta, el grado de cooperación.

#### PADECIMIENTO ACTUAL

Es el motivo por el cual el paciente acude a nosotros - y describe, brevemente con sus palabras, duración, síntomas - en orden cronológico relacionados con la enfermedad, dolor - o incomodidad, con que frecuencia se presenta.

#### ANTECEDENTES PATOLOGICOS

A.P. FAMILIARES Las preguntas se enfocan para la ob- - tención de datos sobre padecimientos de Hermanos, padres, - tíos, abuelos; si viven si son o no sanos, si han padecido en fermedades sistémicas como; Diabetes, Hipertención, Tuberculo - sis, enf. Nerviosas, enf. Mentales, cáncer, cardiopatas, asma, sifilis, etc., también si son alérgicos a medicamentos o - alimentos.

A.P. PERSONALES Preguntamos las enfermedades desde la infancia en orden cronológico; escarlatina, corea, reumatismo, neumonía lesiones, operaciones, transfusiones y hospitalizaciones considerables. A las mujeres interrogar también número de gestaciones y abortos, alergias e hipersensibilidad a medicamentos y anestésicos.

#### INSPECCION EXTRABUCAL

Este examen comprende la inspección, tomando en cuenta signos vitales, glándulas salivales, adenopatías, A.T.M., lesiones dermatológicas, simetría facial etc.

#### INSPECCION ENDOBUCAL

Es el examen de los tejidos blandos y duros de la cavidad oral, donde incluimos; encías, carrillos, lengua, piso de la boca, paladar blando y duro, dientes, articulación temporomandibular.

#### ESTUDIOS DE GANIVETE Y LABORATORIO

Comprenden una serie radiográfica; periapicales, oclusales, ortopantográficas (panorámicas), del cráneo, etc. Estas radiografías nos proporcionan; localización, dimensión, un probable diagnóstico, diferencial, con otras patologías, vecindad con entidades anatómicas estado odontogénico general (corono-radicular) de los dientes involucrados y periradicular.

En el laboratorio se realizan estudios de: Tiempo de sangrado, tiempo de coagulación, tiempo de protombina, concentración de protombina Biometría hemática, examen general de orina. Estos exámenes como las siguientes preguntas son indispensables antes de la intervención.

- ¿ Ha estado bajo tratamiento médico prolongado o lo es ahora?
- ¿ Ha tenido que administrarsele algún medicamento durante mucho tiempo o lo hace ahora?
- ¿ Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica?
- ¿ Ha sufrido situaciones desagradables durante la administración de algún fármaco o con uso de anestesia local?
- ¿ Presentó en alguna ocasión problemas hemorrágicos?

## QUISTES ODONTOGENICOS

Son quistes del desarrollo, se originan de los tejidos formadores del diente, al crecer destruyen hueso, pudiendo ocupar la totalidad de un segmento de la arcada, generalmente tienen paredes gruesas. (28,4) El quiste odontogénico puede degenerar y formar "un muro tumoral" se han descrito ameloblastomas y carcinomas epidermoides de origen de paredes quísticas, se han reportado también un caso de un keratoquiste odontogénico asociado a un chondroma intramandibular (21), en el cual primero se realizó el tratamiento de una lesión quística preexistente.

## QUISTES FOLICULARES

Se originan de los restos de la lámina dentaria o bien del germen dentario antes de formar esmalte o la dentina se divide en: Primordial, Dentífero, Multilocular. (30)



## QUISTE PRIMORDIAL

Por derivar del órgano del esmalte se le ha dado el término de "QUISTE PRIMORDIAL", este es el menos común de los quistes de origen dentario, se cree que procede del epitelio-primordial de un cuarto molar supernumerario abortado principalmente, se encuentra en el lugar de un diente y no está asociado con él, pudiendo ser originado por un germen suplementario y encontrar un número normal de piezas dentarias en la cavidad oral.

La degeneración del retículo estrellado es por licuefacción quística del retículo estelar del mismo siendo anterior a la formación de la dentina y del esmalte.

Es necesaria la elaboración de un buen examen para lograr un diagnóstico preciso pues es susceptible de confundirse con cualesquiera de los tumores odontogénicos, con el óseo aneurismático, residual etc., se descubre generalmente por examen radiográfico de rutina, le han aplicado otros nombres como, quiste folicular, mal utilizado puesto que no es originado del folículo dental y es derivado del epitelio y no del tejido conjuntivo, también le han llamado quiste dentífero, término reservado para el quiste asociado a un diente. (22, 23, 24)

Se presenta en adultos-jóvenes localizados principalmente en la zona del tercer molar de la mandíbula, aunque se han encontrado en el maxilar y zonas de otras piezas, no alcanza el volumen del quiste dentífero, pero hay reportes de casos en los cuales ha provocado migraciones, por la presión ejercida de su crecimiento lento. Ocasionalmente, puede estar relacionado con un diente temporal no exfoliado, por lo general no es doloroso, a menos que sufra una infección secundaria, pero manifestaciones clínicas graves no las presenta. (3)

Suele encontrarse como una zona radiotransparente única, redondeada, ovalada o elíptica sin asociación directa con la pieza dentaria (reemplazandola), rara vez alcanza un tamaño superior a 2 cm. de diámetro, limitada por una zona radio-opaca que equivale a la membrana.

Microscópicamente no es patognomónico sino más bien, - es bastante similar a los otros quistes odontogénicos, su pared esta compuesta por fibras colágenas, paralelas que varían en cuanto a su densidad, en su cara interna tapizado de epitelio escamoso estratificado, el cual varía su espesor, no presenta prolongaciones bien definidas, ni suele mostrar una tendencia notable a la proliferación de la pared circundante de tejido conectivo. Están presentes principalmente linfocitos- y plasmocitos, leucocitos polimorfonucleares, también encontramos células inflamatorias crónicas. Se ha comprobado que se trata de quistes odontogénicos, el revestimiento epitelial bastante delgado 2 mm. la mayoría.

Se hace necesario excluir lesiones como, quiste residual radicular, un quiste dentígeno residual o inclusión de un quiste no odontogénico, antes de aceptarlo como primario.

Tratamiento. Es la resección quirúrgica completa, en caso de presentarse ruptura y fragmentación de la pared del quiste hay que efectuar un raspado minucioso de la pared ósea. (30).

## QUISTE DENTIGERO

Se presenta en dientes retenidos por inclusión total, constituyendo una bolsa quística alrededor de la corona, es más frecuente en 3er molar inferior y canino superior, con frecuencia doble en la mandíbula, que en el maxilar.

Evolucionan desarrollandose hacia la tabla externa, en el maxilar superior a excepción del canino que lo hace hacia el paladar, en el maxilar inferior, se logra a expensas de las dos tablas siendo muy variable su evolución. En general el curso de evolución del diente retenido es empujado centrifugamente y desviado hacia lugares insospechados.

Producen desviaciones a los dientes vecinos a él, pudiendo haber migraciones de dientes, agrandamiento del maxilar, ésto llama la atención del paciente. Este quiste generalmente no presenta ninguna sintomatología, en algunas ocasiones pueden percibirse fenómenos dolorosos, de intensidad igual a la producida por los dientes retenidos, en algunas ocasiones puede llegar a presentar neuralgias de distintos tipos y cefaleas, al infectarse da dolor. (22,23,24).

El examen radiográfico, se aprecia como una zona radiolúcida solitaria bien definida asociada con la corona de un diente retenido, siendo mas común a nivel de terceros molares inferiores y caninos superiores, se ha considerado que es necesaria una anchura del espacio, pericoronar de 2.5 mm para el diagnóstico. (8)

Es de gran variabilidad la imagen microscópica, por lo general está compuesto de una delgada pared de tejido conjuntivo, tapizado por un epitelio escamoso estratificado que es continuo con el epitelio del esmalte, que cubre la corona, -

suele estar infectado y puede haber acantosis de las clavijas de la rete, asociado a un infiltrado de células inflamatorias la cápsula compuesta de tejido conjuntivo colágeno denso, - colesterol, cuerpos extraños. Hay casos reportados donde - se ha encontrado epitelio respiratorio dentro del quiste dentígero mandibular. (25)

Es de fácil identificación por la inclusión de la corona dental dentro del quiste, si llegan a adquirir un tamaño tal que incluyan una gran porción de los maxilares, puede resultar imposible diferenciarlos de quistes paradontales. A menudo el sospechado quiste dentígero es solo un folículo - agrandado, sin revestimiento epitelial. (el folículo tiene - potencial para formar un ameloblastoma). El síndrome de HUN/TERS se ha encontrado relacionado con quistes dentígeros. - (7,9)

Tratamiento. Consiste en la extirpación de la bolsa - quística y extracción del diente retenido. No se contraindica la marsupialización de los quistes dentígeros aunque tienen la potencialidad de convertirse en ameloblastomas. (30)

## QUISTE MULTILOCULAR

Su localización más frecuente es igual a la del quiste primordial, es una lesión pòliquística o policavitaria cada cavidad limitada o separadas por estrechos tabiques óseos suele ser de gran tamaño, de varios centímetros de diámetro - extendiéndose a menudo en el interior del cuerpo de la rama - ascendente incluso hacia delante por debajo de las raíces de los molares contiguos, desplazandolos de sus posiciones normales, es una lesión en extremo rara. (23,24)

Procede o de varios gérmenes dentarios que degeneran - simultáneamente o de la lámina dentaria, que forma folículos-adyacentes, cada uno de los cuales se convierte en un quiste-separado. Un quiste, unilocular puede cambiar a multilocular al degenerar su pared formando quistes murales (quistes hijos), en la intervención observamos que es un quiste único no muchos.

En esta lesión es común que los dientes migren, se presenta como un agrandamiento del hueso afectado presentándose - principalmente, en la zona molar mandibular, se han señalado defectos oculares y anomalías endocrinas, es propio de la - edad adulta.

Queratoquistes múltiples de los maxilares, carcinomas-vaso celulares nevoides cútaneos múltiples, anomalías esqueléticas, éstas asociaciones se conocen como un síndrome que - aparece en 1 de cada 200 individuos con carcinoma vasocelular es frecuente una prominencia frontal y temporo parietal ojobundicos, un leve prognatismo, la piel esta invadida por numerosos carcinomas vasocelulares de las cuales algunos aumentan de malignidad. (22)

Varios pacientes han tenido hermanos que murieron de meduloblastoma, en maxilares hay numerosos quistes cuyo tamaño varía entre microscópico y de varios centímetros, estos quistes tapizados de un epitelio de tipo simple, escamoso estratificado con poca queratina, aparecen a los 7 u 8 años y a los 30 años tienden a recibir, al crecer junto a dientes causan dislaceración, si están en desarrollo, 6 casos al menos han desarrollado un ameloblastoma.

Radiográficamente es una zona radiolúcida multiquística, bien delimitada y dividida por estrechos tabiques óseos dan un aspecto de pompas de jabón, son hallazgos radiográficos.

#### TRATAMIENTO

Requieren de una incisión local cuidadosa, radical y raspaje, el curetaje debe ser amplio para que la lesión no reincida. (30)

### QUISTES PERIODONTALES (Radiculares)

Surgen por la proliferación de los restos de Malassez pudiendo originarse, así mismo de la vaina epitelial de Hertwig. Por encontrarse en vecindad con las dentarias también les llaman quistes radiculares, están clasificados en cuatro grupos: Radicular, Recidual, Lateral y Gingival. (30)

## QUISTE PERIAPICAL ( Radicular)

Es el quiste que encontramos con mas frecuencia, es resultado de una infección dental, originada en los granulomas, existentes en los restos de Malassez, relacionado con el fórmamen apical. El estímulo es la inflamación para la proliferación de células epiteliales, formandose cadenas de epitelio el cual engloba, el tejido de granulación.

El quiste crece por expansión produciendo una atrofia por presión del hueso subyacente que forma, hueso condensado (lámina dura) a su alrededor, casi siempre consecutiva a una involucración cariosa del diente.

El proceso inflamatorio se propaga de la pulpa, hacia tercio apical, formandose una masa de tejido inflamatorio (granuloma apical) dentro de ella habra gran proliferación de restos epiteliales de malassez, normalmente presentes en el ligamento periodontal, la proliferación es irregular y a veces ofrece un aspecto atemorizante a causa del caracter pseudo invasor de las células, progresivamente aumenta de tamaño la masa epitelial por división celular periférica, que corresponde a la capa bucal de un epitelio superficial, quedando la parte central cada vez más alejada de su fuente nutritiva que son los capilares y el líquido intercelular del tejido conjuntivo.

En el momento que no reciben dichas células sus nutrientes, degeneran, se necrosan y licuan. En estos momentos está formada una cavidad tapizada de epitelio y ocupada por líquido, (está formado el quiste apical). El líquido ocasiona una presión lo que motiva al crecimiento del quiste. En ocasiones varios grupos de células proliferan y confluyen, para formar un quiste más grande.



Se presentan a cualquier edad, sin distinción de sexo, ni de maxilares. El diente relacionado con el quiste, está desvitalizado, casi siempre presenta caries dental, algunas veces se relaciona con trauma en la región correspondiente, es raro que el diente este dolorido o sensible a la percusión.

La mayoría de los casos son asintomáticos y no dan datos clínicos de su existencia, su diámetro mayor es de 0.5 cm pocas veces alcanza tamaño excesivo.

Su proceso inflamatorio es crónico aún que algunos llegan a experimentar una expansión aguda y generar con rapidez un absceso que desemboca en celulitis o fistuliza la causa de ello se desconoce, pudiendo ser el resultado de una degeneración de la resistencia histica.

En la placa radiográfica, se observa como una radiolucencia, bien definida en dirección al ápice, suele confundirse con un granuloma, pues este da la misma imagen radiográfica, ocasionalmente, el quiste periapical presenta una fina línea radioopaca (osteitis), en torno de la periferia de la expansión, el granuloma también lo llega a presentar.

El epitelio formador de la membrana, es de tipo escamoso estratificado, excepción dada en lesiones periapicales de dientes superiores, donde podemos encontrar epitelio cilíndrico ciliado pseudo-estratificado respiratorio, este recubrimiento varía mucho su espesor, de un caso a otro, teniendo en algunos solo unas células de espesor y en otros muy grueso, en otros no es continuo y frecuentemente falta sobre las zonas de inflamación interna, esta inflamación suele infiltrarse al tejido conjuntivo adyacente.

El epitelio escamoso estratificado muchas veces es en parte acantomatoso y ulcerado, a veces queratinizado, en el interior del quiste puede contener fluidos, sueros, restos necróticos, células blancas o colesterol.

Los resultados obtenidos en un estudio de 100 quistes radiculares estudiando el grado de atrofia epitelial y otros factores histológicos en la tabla 1 están resumidos estos resultados.

La tabla 2 demuestra que la inflamación ocurre en una gran porción de estas lesiones, sin embargo en algunos de los quistes examinados se encontraron pocas células inflamatorias en el epitelio y estas lesiones incluyen todos los grados de atrofia y no atrofia, ósea que la atrofia severa y moderada ocurre en casos donde hay limitado o no hay evidencia de inflamación en el tejido conectivo.

(escala 0 al 1) ocurre atrofia donde hay considerable inflamación

(escala 2 al 3) la inflamación ocurre donde hay atrofia epitelial.

No hay evidencia de que la inflamación ocurra más frecuente y severa en casos que mostraron grados considerables de atrofia.

Tratamiento: Realizamos un tratamiento conservador consistente en apicectomía de la raíz y curataje de la lesión, o extracción de la pieza afectada y eliminación de la membrana quística. Si hay duda en su diagnóstico, podemos tratar la raíz endodónticamente, con observaciones periódicas y continúa su desarrollo se trata de quiste radicular (áreas de la lesión diferenciarlas de cementomas). (20)

**TABLE 1.** Synthesis of type of inflammatory response in the reticular coat.

Type of lesion (code)	Diagnosis	No. of cases	No. of cases with multiple organisms			
			capillary endothelium	endothelial desm.	endothelial space	Cholesterol crystal formation
---	Excessive mononuclear	1	---	---	---	---
---	Excess neutrophils	1	---	1	---	---
1-1-0	Excess neutrophils	7	---	3	5	1
2-1-0	Mixed neutrophils	26	---	8	14	6
3-1-0	Mixed neutrophils infiltrated with inflammatory cells	21	1	---	10	4
4-1-0	Neutrophils	32	1	2	15	5

**TABLE 2.** Degree of inflammation in respective layers.

Diagnosis	No. of cases	Vascular component				Inflammatory cells		
		Degree of infiltration				Degree of infiltration		
		0	1	2	3	0	1	2
Capillary	1	---	1(100)	---	---	---	1(100)	---
Endothelial	1	---	1(100)	---	---	1(100)	---	---
Endothelial space	6	---	3(50)	3(50)	---	3(50)	1(16.6)	2(33.3)
Mixed	26	---	14(54)	3(11.5)	3(11.5)	7(26.8)	17(65.5)	1(3.8)
Mixed with cholesterol crystals	21	1(4.8)	1(4.8)	3(14.3)	6(28.6)	6(28.6)	2(9.5)	2(9.5)
Neutrophils	32	3(9.4)	14(43.8)	11(34.4)	8(24.8)	---	1(3.1)	11(34.4)

Number of cases with percentage in parentheses.

## QUISTE RESIDUAL

Se aplica esta denominación al quiste periodontal que se genera después de la extracción de un diente, pudiendo desarrollarse del órgano residual del esmalte que permanece en los tejidos profundos, cuando se extirpa un diente incluido - suele ser un hallazgo accidental o causal en el curso de una exploración radiológica habitual.

El quiste residual exceptuando la falta del diente causal suele ser parecido o igual al quiste radicular, también puede localizarse en una zona completamente edéntula, donde tenemos antecedente de extracción.

En características radiográficas se aprecia como una zona radiolúcida circunscrita generalmente solitaria, ubicada en espacio edentado, examinar cuidadosamente estas lesiones - por ser factible la confusión con el quiste primordial o foliular.

Histológicamente encontramos su pared formada por tejido conjuntivo fibroso denso, moderadamente vascularizado conteniendo plasmocitos, linfocitos y células espumosas, que son elementos característicos de inflamación crónica o subaguda, también encontramos células gigantes y cristales de colesterol.

Tratamiento. Consiste en su extirpación, mandando al histopatólogo para verificar su diagnóstico, tiene un pronóstico excelente.

## QUISTE LATERAL

Se han tenido problemas para su clasificación por su etiología oscura, pues hay diversos mecanismos por los que puede formarse, debe estar localizado dentro de hueso sin comunicarse a la cavidad bucal en aposición con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales y no retenidos sin muestras de enfermedad pulpar. Muchos de estos quistes habrán pasado desapercibidos pues se comportan como absceso periodontal.

Parece surgir directamente del ligamento periodontal, lateral de un diente erupcionado. En un principio puede desarrollarse como un quiste dentífero, que se desarrolle a lo largo de la superficie lateral de la corona, si su expansión es lenta, la abulsión dental es normal, asumiendo el quiste una posición próxima a la superficie radicular, existe la suposición que este quiste se origina de restos celulares epiteliales del ligamento periodontal, pero no hay nada que nos indique su proliferación, BHASKAR (24) y KACKIN REEYE Y LECY sugieren un origen traumático. Son más frecuentes en hembras y en personas de raza negra, en las cuales contienen células pigmentadas.

Entre las manifestaciones clínicas esta que, principalmente lo encontramos en adultos en la región de la raíz de caninos y premolares de la mandíbula, aunque se ha encontrado en otras localizaciones. No presenta signos y síntomas, la mayor parte de los casos, siendo descubiertos en exámenes de rayos X de rutina, cuando el quiste es grande o su localización es bucal, podemos encontrar un bulto de color normal y superficie lisa, al infectarse da una tumefacción dolorosa formando un conducto fistuloso con un drenaje purulento.

Radiográficamente es similar al fibroma osificante, ameloblastoma y otras patologías. Se descubre como una zona-

radiolúcida adosada a la superficie radicular, pudiendo o no estar circunscrita, limitando su exterior a la zona entre las raíces de los dientes contiguos, casi no ejerce fuerza excesiva como para desplazar dientes, generalmente son pequeños.

La punción aspiradora es valiosa para el diagnóstico, está compuesto principalmente por un saco hueco siendo su pared de tejido conjuntivo, tapizado interiormente por una capa de epitelio escamoso estratificado, queratinizado o una capa doble de epitelio cuboideo bajo no queratinizado siendo delgado generalmente, mostrando pocas evidencias de proliferación algunas veces es su aspecto espectacular pues las células individuales muestran un citoplasma muy claro y pequeños núcleos de tinción intensa. Pueden existir células inflamatorias en el tejido conjuntivo.

Tratamiento: Esta fundamentado en la enucleación y efectuaremos tratamiento de conducto radicular o extracción, si hay diente desvitalizado.

## QUISTE GINGIVAL

Se localizan en la encía libre o adherido, algunos crecen a partir de la lámina dental del órgano del esmalte o de sus ramificaciones mientras otros crecen a partir de células desplazadas del epitelio gingival, lo que puede ocurrir en un traumatismo. Aparentemente de la misma entidad que el quiste lateral, está incluido dentro del tejido gingival y no afecta al hueso, probablemente se origine de una degeneración quística de restos celulares epiteliales, en el ligamento periodontal.

En casi todos los embriones humanos después de cuatro meses de vida fetal y en 80% de recién nacidos, tienen pequeños quistes o perlas de Epstein, nódulos de Bohm debidos probablemente a una incorporación de epitelio durante el proceso embrionario de la función palatina. Estos quistes llamados de los recién nacidos se hacen superficiales suelen tener un diámetro de 1 mm o menos revestidos de epitelio. (22)

En adultos el quiste gingival, es más frecuente en hembras y personas de raza negra, mientras que el quiste gingival de los recién nacidos predomina en la raza blanca, se localizan preferentemente en paladar y en mucosa que cubre la cresta alveolar, su tamaño es de 1 mm o menos de color blanco ligeramente elevados, duros y no dolorosos.

Radiográficamente se presenta radiolucencia rara o no la presenta.

Están formados igual a los quistes radiculares, es decir consiste en una cavidad recubierta por epitelio escamoso-estratificado. Los quistes gingivales de recién nacidos, muchas veces están llenos de capas de queratina.

Tratamiento: En los recién nacidos no está indicado -- ningún tratamiento pues tienden a desaparecer por si solo al -- cabo de algunos meses, por abertura a la superficie de la m -- cosa, son de poca importancia patológica. En adultos si se -- indica tratamiento consistente en su extirpación.



**QUISTES NO ODONTOGENICOS**

## QUISTES FISURALES

Estos quistes se originan cuando no se realiza normalmente la función ósea, en la época del desarrollo embrionario, las células epiteliales quedan aprisionadas en la línea de incisión de los procesos óseos, más tarde comienzan a proliferar para dar lugar a la formación de un quiste fisural, - estos quistes son benignos pero pueden recidivar cuando no se extirpan por completo.

Se pueden clasificar en: mediales, Glóbulo maxilares, - Nasoalveolares, Nasopalatinos.

## QUISTES MEDIALES

Los quistes mediales se presentan tanto en el maxilar como en la mandíbula, en la línea media y de acuerdo a su localización en paladar o mandíbula se le aplican diferentes nombres, si se encuentra entre incisivos centrales anteriores superiores o ligeramente hacia atrás, es nombrado, quiste alveolar medio, si está localizado por detrás del canal incisivo recibe el nombre de quiste palatino medio y si lo encontramos en la sínfisis mandibular, es llamado, quiste mandibular medio.

Los quistes mediales maxilares son el resultado del englobamiento del epitelio celular. El quiste alveolar medio como ya se menciona se localiza, entre las raíces de los incisivos anteriores superiores, la presión que ejerce, a las piezas contiguas esta relacionada con su dimensión, provocando migraciones de estas hacia distal.

El quiste palatino medio localizado en la línea media del paladar duro, puede alcanzar un volumen lo suficientemente grande como para provocar un aumento palatino clínicamente visible, observándose en algunos casos una tumefacción del paladar duro que alcanza la papila palatina extendiéndose hacia el área de los molares, puede confundirse con aquellos quistes que afectan el canal incisivo y la papila palatina.

El quiste medio mandibular se encuentra al igual que el alveolar medio entre los incisivos centrales, siendo esta la lesión más o menos frecuente de los quistes medios.

En una revisión publicada en J. Oral Surgery se encontró 20 casos reportados de 1927 a 1975, de quiste mandibular-medio (19) y 1976 un caso de un hombre de 33 años de edad, desarrolló un quiste mandibular medio, que tiene un origen oscuro, de gran tamaño, que erosionó la corteza mandibular bila--

teralmente. (18)

Su desarrollo es a expensas de restos epiteliales en los lugares de fusión embrionaria de paladar duro o de la sínfisis mandibular, se ha mencionado que el traumatismo desempeña un papel importante en su desarrollo, también se dice, acaso se trate de un quiste primordial de un órgano del esmalte-supernumerario, de ser así se clasificaría dentro de los quistes odontogénicos.

Los quistes alveolar medio y mandibular se observan como una zona radiolúcida bien circunscrita, localizada entre las raíces de los incisivos centrales, hallándose estas raíces distalizadas y no incluidas en la lesión, generalmente se observa de forma redondeada o ligeramente ovoida.

El quiste palatino medio se distingue como una zona radiolúcida redondeada, comprendida en la línea media por detrás del canal incisivo bien circunscrita, llegando por enfrente de premolares, siendo siempre una sola cavidad, sin tomar la forma de corazón como lo hace el quiste nasopalatino.

En este tipo de quistes encontramos, un revestimiento de epitelio escamoso estratificado acompañado o en combinación con epitelio pseudoestratificado, ciliado y del tipo columnar. Si se trata del quiste de la sínfisis en este momento queda establecido el diagnóstico, ya que las manifestaciones clínicas y la sintomatología es muy similar a la presentada por el quiste óseo aneurismático aún en la imagen radiográfica.

Tratamiento: Consiste en la extirpación completa incluyendo la membrana epitelial del revestimiento, en casos extremos es necesario el sacrificio de los dientes.

## QUISTE GLOBULO-MAXILAR

Este quiste se desarrolla en el proceso alveolar del ma  
xilar, en la unión de los procesos globular y maxilar, no  
coincidiendo con los datos reportados por Ferenczky, pero sí  
con la mayoría de los autores, Ferenczky basado en sus hallaz  
gos embriológicos y radiográficos con los cuales nos indica  
que estos quistes se forman en la unión de la premaxila y el  
proceso maxilar esto es entre incisivo lateral y el canino  
vitales, el premaxilar o hueso incisivo tiene dos centros in  
dependientes de osificación.

Esta clasificado dentro de los quistes fisurales o de  
desarrollo por su origen a expensas de restos epiteliales,  
incluido dentro de los procesos ya mencionados, su frecuencia  
es muy poca. Thoma (21) pensó que pudiera ser hereditario pe  
ro no se ha comunicado ningún caso de ocurrencia familiar.  
Khan (1) y otros encontraron un tumor odontogénico adenomatoi  
de parecido a un quiste glóbulo maxilar.

Al iniciar carece de síntomas, suele aparecer antes de  
los 30 años, no tiene predilección por algún sexo aunque pare  
ce presentarse con mas frecuencia en varones, presentandose  
unilateral o bilateralmente. Se descubre por casualidad, a  
no ser que se infecte produciendo por esto molestias, sin em  
bargo puede dilatarse provocando un aumento de volumen en el  
maxilar superior o deformación del seno maxilar, desarrollan  
dose como una lesión no fluctuante, provocando separación ro  
toria de las raíces. Por su expansión progresiva, puede pro  
vocar un adelgazamiento de las paredes óseas y fistulizar por  
su parte vestibular o progresar al seno maxilar invadiendolo.

Radiográficamente el quiste es una radiotransparencia bien definida en forma de pera invertida entre las raíces del incisivo lateral y canino, ocasionando divergencia de las raíces. Cuando la lesión llega a extenderse envolviendo los dientes adyacentes, semejando un gran quiste radicular, la sombra producida por las piezas vecinas, se proyecta sobre la sombra del quiste sin estar realmente involucradas en el quiste.

Está tapizado por epitelio cuboideo escamoso estratificado o por epitelio cilíndrico ciliado, el resto de la pared está constituido, por tejido conjuntivo fibroso denso, variando el número de células en diferentes zonas rara vez hay cristales de colesterol o células de cuerpo extraño pero habitualmente con una infiltración celular inflamatoria (Shafer).

Tratamiento: Consiste en la eliminación quirúrgica completa de la membrana de revestimiento, si esta firmemente adherida a las piezas se extirpan para evitar posible recidiva.

## QUISTE NASOALVEOLAR

Es una lesión muy rara que se presenta en la parte -- alta del fondo del pliegue mucobucal del maxilar por encima -- de la zona comprendida entre el incisivo lateral y el canino.

Parece haber sido descrito por primera vez por Zucker-  
kandl, pero Klestadt hizo una publicación donde indica que de  
riva de restos epiteliales localizados de la unión de los pro-  
cesos globular nasolaterales y maxilares, por esto se le da--  
su nombre también. Se han observado casos bilaterales, es --  
aproximadamente el 10% de los pacientes y se han publicado --  
por lo menos 200 casos.

Existe un crecimiento más rápido de la protuberancia --  
media, que las protuberancias nasales laterales, los ángulos--  
inferiores, prominentes y redondeados, son las eminencias o --  
procesos globulares y que posteriormente van a fusionarse --  
con los procesos globulares y que posteriormente van a funcio-  
narse con los procesos maxilares esto sucede en el embrión de  
5 semanas y 9 mm de longitud. A la sexta semana las protube-  
rancias nasal media (procesos globulares) y laterales se fu-  
sionan y los restos epiteliales que resultan de estas fusio--  
nes son los que dan origen al quiste nasoalveolar.

Esta situado en el lugar de fijación del ala de la na-  
riz, cerca de su base, este quiste puede producir suficiente-  
incisión facial, obliterando el pliegue nasolabial en el lado  
afectado, provocando asimetría facial, generalmente abulta ha  
cia el piso del vestíbulo nasal, algunas veces causa obstruc-  
ción o дрена por este sitio.

Una tercera parte de los pacientes han presentado dolor  
intermitente, se han presentado principalmente en mujeres en-

un 75% aproximadamente, puede llegar a producir erosión en la porción del hueso sobre la que descansa y es frecuentemente - fluctuante y generalmente produce mínima molestia.

Por estar localizado fuera del hueso el examen radiográfico es de poco valor, a menos de ser llenado con medio de contraste (lipodol). Se ha demostrado la dirección roma del - quiste que sugiere su fijación a la mucosa nasal.

Se encuentra tapizado por epitelio respiratorio o es-- tratificado, escamoso, cilíndrico y ciliado con mayor fre- - cuencia por epitelio combinación de ambos y con infiltración- de células plasmáticas, linfocitos y macrófagos.

Tratamiento: Es como en el aparato anterior, la enu- - cleación completa, procurando la eliminación total de la mem- brana epitelial.



## QUISTE NASOPALATINO

En estos quistes se incluyen los quistes del conducto incisivo y los de la papila palatina, dividiendolos en estos dos tipos de quistes según donde se localicen.

Los quistes nasopalatinos comprenden cerca del 54% de los no odontogénicos y no epiteliales de los maxilares.

El quiste del conducto incisivo es un saco intraóseo - cerrado, tapizado por epitelio, al estar localizado debajo del agujero incisivo se denomina quiste de la papila palatina.

El aumento de volumen es el signo más frecuente de la parte anterior del paladar duro principalmente en los quistes de la papila palatina, como factores etiológicos el más significativo ha sido el factor traumático, en forma de golpe por irritación mecánica durante la masticación, en particular tratándose de pacientes con prótesis total también es considerado el factor infección bacteriana vía bucal o nasal así como una patología periapical de los dientes vecinos. Puede presentarse el drenaje espontáneo, de aquí el sabor salado y la aparente resolución de la lesión por un tiempo indeterminado.

Su identificación radiográfica puede dificultarse y hasta ser imposible con seguridad si el diámetro es mayor de 6 mm ya que la fosa incisiva normal puede ser grande, se muestra como una zona radiolúcida circunscrita en su parte anterior del maxilar, generalmente la espina nasal se superpone a la radiolucencia, dando un contorno con forma de corazón, se sitúa por encima y detrás en relación con la localización habitual del quiste alveolar medio. El quiste de la papila palatina no produce ninguna imagen radiográfica, solo si llega a erosionar el hueso de la superficie palatina podrá observarse la zona correspondiente.

El tipo de epitelio que compone el conducto nasopalatino o sus restos depende de la localización, epitelio respiratorio cerca de la cavidad nasal y luego cuboideo y finalmente escamoso estratificado al acercarse a la cavidad bucal revestido más comúnmente por epitelio escamoso estratificado ya que la mayoría de estos quistes se originan en la parte inferior del conducto. Presentando también glándulas mucosas y nervios de la pared de tejido conectivo (que identifica la lesión) e infiltración de linfocitos y plasmocitos en dichos tejidos.

Tratamiento: Consiste en reflejar el periostio mucopalatino dejando a la vista el canal incisal y enucleando así el quiste.

## QUISTES OSEOS O SEUDOQUISTES

Nombrados pseudoquistes pues no tienen las características de un quiste como es un epitelio de recubrimiento radiográficamente dan un aspecto quístico con destrucción ósea su origen no está claro y se considera como resultado de una hemorragia intramedular con reparación inadecuada, existiendo a veces un trauma previo.

## QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO

Tiene diferentes nombres quiste óseo traumático, quiste por extravasación, óseo hemorrágico, quiste óseo solitario, quiste óseo unilocular, quiste óseo simple, cavidad ósea progresiva, quiste óseo idiopático, cavidad ósea seca.

Se le ha localizado en los huesos largos más frecuentes en la zona metafisaria del húmero.

A pesar de su denominación dentro de los quistes no es una enfermedad quística, pues esta cavidad carece de revestimiento epitelial, sin cápsula y a veces vacía.

Se han enunciado numerosas teorías sobre su etiología - y ninguna ha sido aceptada completamente. Tal vez la explicación mejor es la teoría que define un origen traumático, (3) - ésta teoría afirma que una lesión o un golpe, en el maxilar, - recibido en los primeros años de vida ocasiona una hemorragia intramedular y la consiguiente resorción del hueso y de la cavidad no es muy segura pues casi nunca ocurre en la tibia que es el hueso más expuesto a traumatismos, pero si más de una - mitad de los casos estan asociados con antecedentes de trauma. Otra teoría propone que se debe a una neoplasia benigna - intraósea, preexistente, como sería un mixioma o un controma - que se llegó a desarrollarse, siendo reabsorbido y dejando - una cavidad, la infección intraósea produce la formación del - quiste óseo ideopático, es una anomalía del desarrollo o ha - martoma.

Es una anomalía poco frecuente (25 casos en los últimos 20 años) se trata de una enfermedad de la infancia pues la ma - yor parte se descubren en pacientes de edad entre 8 y 15 años no tiene diferencias con relación al sexo, localización más - frecuente es el cuerpo del maxilar inferior, se han descubier

to la mayoría de éstas lesiones por exploración radiográfica habitual, ya que la gran mayoría no presentan alteraciones clínicas detectables, solo en un 10% se ha detectado dolor, no hay signos de expansión quística, dientes en su posición normal, sin embargo en algunos casos, se aprecia ligero movimiento de los dientes y una expansión de la cortical tanto clínicamente como radiográficamente.

Es una lesión intraósea radiotransparente, cuyo tamaño oscila entre 1 a 7 cm o más de diámetro, de forma redonda - oval, elíptica o multilobulada, cuyas ramificaciones se extienden entre las raíces adyacentes, sus bordes periféricos de la zona radiotransparente generalmente están bien delimitados y a veces acentuados por una delgada línea hiperostótica, su localización frecuente es en la mandíbula entre el canino y la rama.

Los estudios histopatológicos son muy pobres. Las paredes óseas del quiste están desnudas en el 60% o cubiertas por una delgada película de tejido conjuntivo laxo y de difícil identificación, a veces hay pequeñas cantidades de suero o algunas fibrillas atróficas delgadas y quizás algunos pigmentos negros o una cavidad vacía y seca al intervenir.

Se diagnostica principalmente por técnica diagnóstica consistente en una intervención de exploración quirúrgica.

Tratamiento: Podemos utilizar la técnica quirúrgica que empleamos para el diagnóstico como tratamiento de elección, pues la apertura en la cavidad es suficiente para producir coágulo, para formación de hueso nuevo.

## QUISTE ÓSEO ANEURISMÁTICO

Fue caracterizado por Jaffe y Liechtenstein, es más frecuente en huesos largos y en las vértebras y menor en los maxilares ésta lesión no es un quiste verdadero pues no presenta la membrana epitelial que es característica de estas entidades, localizado en los maxilares principalmente en la mandíbula, se parece algunas veces al tumor aneurismático de células gigantes, granuloma de reparación de células gigantes, ameloblastoma etc.

A esta lesión se conoce con gran variedad de nombres, tales como: Ostiomielitis hemorrágica, Hematoma ocificante, Osteítis fibrosa quística y tumor de células gigantes. El nombre que se le da actualmente es quiste hemorrágico por extravasación. Es difícil diferenciar el quiste óseo aneurismático y el quiste óseo idiopático.

Su etiología y patogenia no son bien conocidas, sin embargo la explicación más aceptada es la traumática o desencadenada por una lesión traumática, que da lugar a la rötura de un vaso sanguíneo y la consecuente hemorragia intramedular y produce la resorción de hueso que da lugar a una cavidad ósea llena de sangre.

Se encuentran en personas jóvenes y a veces se observan en personas mayores, creyéndose que éstas lesiones, estaban ahí durante muchos años. Puede no hacer señales clínicas si las hay son de mínimo valor diagnóstico tumoración, deformación y síntomas subjetivos en algunos casos no aparecen. La palpación puede mostrar una tumoración asintomática ósea, una masa semisólida ligeramente colorosa, pudiéndose descubrir en un examen radiográfico rutinario sin haberlo sospechado, por no existir ningún cambio en maxilares o por encontrarse con aumento de volumen, el cual es capaz de modificar la

oclusión, al encontrarse entre los dientes puede ocasionar - desplazamiento de ellos.

El examen de rayos X nos proporciona datos variables - en ocasiones nos aporta una imagen que no se diferencia de la imagen de los quistes reales como: Radicular, Primordial o - sea nos presenta una apariencia radiotransparente Única, redondeada o elíptica con bordes bien delimitados, o se aprecia como una zona radio transparente gris brumosa, que contiene - trabeculas óseas irregulares y finas con aspecto de jabón. - El diagnóstico definitivo se realiza por medio de la exploración quirúrgica y el estudio microscópico.

La lesión se parece a un granuloma reparativo de células gigantes, con tejido conjuntivo fibroso celular y numerosos espacios cavernosos llenos de sangre, el mayor número está cercano a la superficie de la hemorragia, llega a observarse un estroma más denso y algunas trabéculas de hueso nuevo. - Los espacios vasculares pueden estar obliterados por degeneración hialina y trombos.

Tratamiento: Consistente en la eliminación quirúrgica total del contenido de la cavidad y un legrado total y cierre con sutura, el coágulo rápidamente se organiza, para la reparación ósea y relleno de la cavidad.

## QUISTE OSEO ESTÁTICO

Esta entidad es solamente un defecto asimétrico del desarrollo, en el maxilar inferior y no un quiste, se localiza en el surco hecho por la arteria facial donde cruza al hueso o cerca del mismo, su tamaño es variable de 1 cm hasta 2 cm. de forma semicircular, con apertura inferior o algunas veces elíptica o redonda y encontrándose completamente en hueso, un poco por encima del borde inferior del maxilar inferior.

Su tamaño no varía con el tiempo por ello el nombre de estático o latente, puede ocurrir bilateralmente. Es necesario diferenciar esta cavidad de otras lesiones de aspecto parecido y de patología diferente como: Neoplasia benigna, Mieloma, Quistes verdaderos, por ello se hace necesario la exploración quirúrgica, en cuya realización encontramos el defecto como una concavidad de localización igual, recubierta por tejidos blandos, normales y puede contener tejido linfóide, musculatura estriada, tejido graso, tejido salival submaxilar.

No presenta signos o síntomas clínicos detectables, es posible palpar la depresión este dato con características radiográficas y ausencia de manifestaciones locales suele ser suficiente para su diagnóstico. La información radiográfica es patognomónica no tiene significado patológico, no debe realizarse ningún tratamiento únicamente, por el aspecto parecido a enfermedades óseas se realiza una exploración quirúrgica solo para su diagnóstico.



## QUISTES DE RETENCION

Estas entidades se forman a consecuencia de la lesión de cualesquiera de los conductos que abundan en el seno de los labios o carrillos dando como resultado un fenómeno de retención, conteniendo material mucoso, que al acumularse ocasiona degeneración de la estructura glandular.

## RANULA

Es un verdadero quiste por retención que se forma en el piso de la boca asociado a las glándulas submaxilar o sublingual, es generalmente unilocular pero puede ocasionalmente debido al estiramiento de la mucosa, adquirir aspecto multilocular. Diferenciar cual de las glándulas está relacionada con la lesión es difícil, la ranula es glándula accesoria, no alcanza un tamaño mayor al de un chicharo y la involucrada con la sublingual es de tamaño de una nuez y aspecto azuloso-translúcido.

Se desarrolla asociado a los conductos excretores de las glándulas submaxilar o sublingual, generalmente por una obstrucción causada por un cálculo salival o por una sustancia orgánica blanda alcanza un tamaño mayor al mucocelo, formandose poco a poco en el piso de la boca, generalmente a un lado pero de manera gradual puede ocupar todo el espacio interior de la mandíbula.

Generalmente es indoloro, de tejido suave, presentandose a cualquier edad, como una tumoración, redondeada movable, fluctuante, de uno a tres centímetros de superficie lisa azulada o rojiza a veces más grande y ocasiona desplazamiento de la lengua e interfiere las funciones bucales (el habla, la masticación, deglución, etc.) la rotura de la lesión es frecuente, saliendo un líquido pegajoso y al cicatrizar nuevamente se acumula la substancia.

Su pared de tejido conjuntivo fibroso es delgada, cubierto su interior por epitelio escamoso aplanado, este último puede observarse como el resultado de una infección en su interior encontramos restos celulares y mucosos. (linfocitos, células plasmáticas y macrofagos).

Tratamiento: Tiene diferentes formas de tratamiento, -  
pero la más correcta es la marsupialización o método de -  
Partsch, en caso de recisiva, se procede a la extirpación com  
pleta del quiste y de la glándula.

## MUCOCELE

Esta lesión puede localizarse en casi todos los lugares de la boca, en general donde existen glándulas mucosas, pero la mayor parte de las veces se encuentra en la mucosa labial inferior.

Se creía que se debía a una obstrucción del conducto de la mucosa, pero las investigaciones más recientes han demostrado que la separación traumática, como podía ocurrir en la mordedura o corte de los labios, es la responsable de la colección de líquido dentro de los espaciosísticos.

Se presenta en ambos sexos y en todas las edades, toma el aspecto de una pequeña vesícula elevada, color azulado translúcido, cuando la lesión es superficial y su tamaño varía desde 1 o 2 mm hasta 1 cm. generalmente es único, pero podemos encontrar 2 o más muy próximos parecidos a un racimo de uvas, puede tomar el aspecto de un hemangioma pero azul más intenso, la lesión superficial suele abrirse descargando una substancia viscosa pegajosa, posteriormente se colapsan y recidivan.

Las lesiones más profundas se dificulta su existencia, debido al engrosamiento del tejido que lo recubre, se presenta como un tumor discreto redondo de superficie lisa y de color rosado normal, la palpación nos muestra una masa dura, muy móvil y por ello puede confundirse con una neoplasia benigna, como un fibroma.

Es una cavidad delimitada por tejido de granulación, que rodea la submucosa, contiene un depósito de moco localizado generalmente, en el tejido conectivo, rara vez se observan restos epiteliales en la pared, que probablemente repre-

sentan, una porción de varios conductos excretores. La luz-- de la cavidad quistiforme está llena de un coágulo eosinofi-- lico, que contiene un abundante número de macrofagos.

El diagnóstico más definitivo para el quiste mucoso, - puede obtenerse mediante la punción aspirativa de la lesión - y la obtención de un líquido espeso de color pajizo.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica - del quiste y de la glándula asociada a él para prevenir la re- cidiva.

## QUISTES DISONTOGENICOS

Son quistes embrionarios originados en tejidos embriológicos desplazados.

Existen cuatro tipos: El Dermoide, El de la Hendidura-braquial, El Higroma quístico y El quiste del conducto Tirogloso.

## QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE

Son quistes del desarrollo, similares a los fisurales, se forman a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blandos durante el desarrollo fetal en la 3er y 4a semanas, es posible que se originen después de una operación (11) Su localización, patogenia y aspecto clínico se parece y no se puede diferenciar el dermoide del epidermoide, excepto cuando el epidermoide es más superficial carece de la característica pastosa del dermoide. Histológicamente el quiste epidermoide se diferencia del dermoide, pues únicamente consiste de un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, queratinizado y una pared de tejido fibroso faltándole los anexos cutaneos que si contiene el dermoide y son glándulas sebaceas, folículos pilosos, glándulas sudoríparas.

Los quistes dermoides son más frecuentes en el piso de la boca, su origen probable es por encima del musculo milohioideo, pudiendo penetrarlo a través de un meato de desarrollo.

El atrapamiento de epitelio en la línea media ocurre probablemente por la fusión de los arcos braquiales, primero (maxilar) y segundo (hioideo), por la fusión de los procesos laterales a cada extremo del arco maxilar con el tuberculo impar, para formar la lengua anterior y el piso de la boca. También puede, ocurrir un atrapamiento lateral, entonces el quiste, es sellado entre la cara lateral de los músculos genianos y el milohioideo. Fapanayotou (12) y otros reportaron un caso, de un quiste epidermoide, localizado en el labio inferior, siendo ésta localización aun más rara que el quiste epidermoide.

Su localización principal es en la línea media, su aspecto clínico depende de su profundidad, al estar encima del músculo geniohioideo, es una masa o tumoración de tamaño variable 2 o más cm. redonda de superficie bien delimitada, de color rosado, en la línea media, de superficie lisa, inmediatamente debajo del mentón. A veces se infecta por lo cual nos dará los signos clínicos de la infección superpuestos al cuadro y a veces apreciamos un conducto fistuloso que se abre en la boca en la piel.

Encontramos una capa de epitelio escamoso estratificado y presencia de queratina en la luz del quiste y según el caso de que sea dermoide, encontramos glándulas sebáceas, folículos pilosos y glándulas sudoríparas. Los histocitos de un quiste dermoide contenían melanina reportado por Adeyeye.-  
(24)

Tratamiento: Dependiendo de su relación con el músculo milohioideo el quiste se eliminará por vía intraoral o extraoral, los que están por encima del músculo se abordan por una incisión media vertical, que comenzará arriba por la cara ventral de la lengua y se dirigirá hacia abajo entre las carunculas de los conductos de warton hasta la cara lingual de la mandíbula, con cuidado y mediante disectores romos, tijeras curvas de mayo y hemostatos separamos la membrana mucosa de la pared del quiste a ambos lados de la incisión para separar el quiste, se emplean los rollos de esponja y los dedos índices recubiertos por guantes. Muchos quistes dermoides supra-milohioideos están insertados o unidos a los tuberculos genianos estos anclajes deberán ser cortados y ligados liberándose entonces el quiste a través de la boca, a veces en grandes quistes debemos aspirar eliminar parte del contenido antes de su extracción. El cierre se hará por ceras para eliminar los espacios muertos, empleando catgut plano de 3-0 para capas y la seda 3-0 para la membrana mucosa.



Los quistes Dermoides Extraorales se extraen a través de una incisión horizontal en la mitad de distancia entre la sínfisis y el hioides penetrando, a través de la piel, tejido graso subcutáneo, masa muscular y facial hasta alcanzar la pared del quiste, una disección cuidadosa, es preciso para su extirpación en bloque, el cierre por capas. (30)

## QUISTE DE LA HENDIDURA BRAQUIAL

Las investigaciones más recientes indican que estos quistes, proceden de epitelio atrapado en los conductos salivales de los ganglios linfáticos de la región de los arcos braquiales lo mismo que se cree, ocurre con el cistadenoma pilar linfomatoso, (23) berniaer y no deriva de los residuos epiteliales de los arcos branquiales embrionarios, creencia de gran mayoría de investigadores, que se origine en los restos del seno cervical, pero si esto fuera verdad el quiste tendría una ubicación por debajo de los derivados del arco hioideo, y su localización general es superficialmente cerca del ángulo mandibular.

Su existencia suele evidenciarse durante la tercera década de vida, no tiene predilección sexual, se presenta como una masa prominente, de crecimiento lento, no dolorosas, en la región superior y lateral del cuello, delante del músculo externo cleidomastoideo, variando su tamaño, según tiempo de evolución y la existencia o no de infección secundaria, generalmente es blanda a la palpación y fluctante, de superficie lisa bordes curvados bien limitados y está recubierta de una piel no adherente, de aspecto normal, se han encontrado en otras regiones como ángulo de la mandíbula y la región parotídea, suelo de boca, debajo de la lengua o faringe bucal, la mayoría de los casos en boca son de varones. Esta lesión está asociada con fístulas braquiales, por las que drena el material, contenido, de no ser así habrá un aumento de líquido, pudiendo encontrar cristales de colesterol, en algunos casos, la comunica delante del tragus, no dificulta la deglución.

El revestimiento está formado por epitelio escamoso estratificado o columnar con un número variable de células, generalmente no queratinizado, rodeado por tejido linfóide

con centros germinales, este tejido linfoide tiene todas las características de un ganglio linfático, pero si la lesión es grande puede comprimir la estructura linfática observandose como una zona de células densas y apretadas. En un 89% de las piezas examinadas por Bhaskar(24) y Barnier, se demostró la presencia de sinusoides subcapsulares o medulares. (este quiste es producido experimentalmente en hamsters por Vickers y Vonder Muhll).

La presencia de cristales de colesterol, nos indica que se trata de una lesión quística y debemos establecer con mucho cuidado, por la posibilidad de confusión con otras lesiones, como el quiste dermoideo, por extravasación, linfadenitis, linfoma y tumor del cuerpo carotideo, diferenciando así también los casos raros cervicales de quistes típico y paratiroideo, un dato importante puede ser la presencia de la fístula a nivel del tragus de la oreja.

Tratamiento: Eucleación completa realizando una disección profunda de cuello, pues tiene posibilidad de recurrir al eliminarse en forma parcial. En quistes muy extensos, en algunas ocasiones el intento de tratamiento alterno, inyectando un líquido irritante destruyendo la capa de revestimiento, se ha señalado la malignización, siendo ésta muy rara.

## HIGROMA QUISTICO

El primero que describió, el Higroma quístico probablemente es Redenbacher, consiste en el desarrollo de una anormalidad del sistema linfático que casi siempre aparece al nacer o durante el período neonatal, su posición corresponde a la de los sacos linfáticos primitivos, se cree que los quistes proceden de secuestraciones de tejido linfático embrionario, no establecen aún si el Higroma se forma a causa de drenaje insuficiente debido a la falta de comunicación de los quistes con canales linfáticos centrales, venas o a causa de un crecimiento local excesivo del tejido linfático con secreción excesiva por las células vivas. Esta lesión está relacionada con el linfangioma congénito de la lengua (magroglocia congénita) estando asociados frecuentemente.

Aparecen al nacer en una frecuencia de más de la mitad de los casos y el resto durante los primeros años en el período de crecimiento linfático activo, más del 90% han aparecido antes de los 2 años de edad. El agrandamiento y prolongación dentro del suelo bucal o del torax puede ser lentamente progresivo o intermitente, dando lugar a una dificultad en la respiración o en la deglución o ambas cosas en el 25%, la enfermedad respiratoria superior, acompañada por fiebre se asocia con frecuencia con toxemia y agrandamiento de la masa quística cervical, esta enfermedad era a menudo mortal antes del uso de los antibióticos.

Se puede notar una ligera preferencia por los varones y por el lado derecho, un 15% de las lesiones se prolongan dentro del mediastino y un 15% estan asociados con invasión linfangiomatosa de la lengua. La prolongación dentro del mediastino se limita a las masas del lado derecho. En el 30% se presenta la infección cervical, en 10% se a registrado -

la hemorragia espontánea, de rápido aumento en el volumen de la masa. En un 15% existe una resolución espontánea lenta y progresiva.

Consta de numerosos espacios quísticos, endoteliales - de tamaño variable, sus paredes son de espesor y estructura - también variable, estos quistes pueden comunicarse, las paredes están compuestas de tejido conjuntivo fibroso colágeno, - músculo liso y raras veces, de músculo estriado, grandes vasos y nervios linfáticos, son frecuentes los focos hemorrágicos - antiguos así también suelen encontrarse, en las paredes del - quiste trombos nuevos y antiguos.

Tratamiento: Esta lesión tiene un pronóstico desfavorable, siempre es tratada por un cirujano de cabeza y cuello - que realizará la exicición. (30)

## QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

Es un quiste del desarrollo poco frecuente se presenta a lo largo del conducto. El anclaje del lóbulo medio de la glándula tiroides aparece en la base de la lengua al terminar la tercera semana intrauterina, durante su descenso, si— que unido al punto de origen mediante un tallo epitelial conocido como conducto tirogloso, este tallo desciende en situación ventral a la zona ocupada por el hueso hioides, por delante del cartílago trioides, para unirse a los lóbulos laterales que se hallan en desarrollo. (15)

La conexión con la faringe se pierde al llegar la sexta semana, si no llega a obliterarse parcial o totalmente puede formarse un quiste o fístula, la presencia de restos epiteliales del conducto o tallo tirogloso también ocasiona formación del quiste.

Las fístulas del conducto tirogloso parecen formarse — después de la rotura del quiste, el 5% aparentemente son congénitas, del 15% al 35% de los quistes desarrollan fístula.

Algunas veces se puede desarrollar un carcinoma papilar en el conducto tirogloso. Mathisen Wanglowski menciona — que es erróneo creer en la existencia de un lúmen en el epitelio del tiroides en su fase inicial, que el conducto tiroideo no existe, al estímulo inicial como en otros quistes es atribuido a un proceso infeccioso.

Su aspecto clínico es variable dependiendo esto de su localización específica y la presencia o no de infección secundaria. Al estar en la base de la lengua o en su musculatura encontramos el quiste como una masa en la línea media, que produce gran malestar, sobre todo disfagia. En la región anterior del cuello, lo encontramos como una masa de superficie

lisa, que hace protusión, dura o blanda, de varios milímetros a varios centímetros de diámetro. Suele ser muy móvil lo que indica que se trata de una masa muy bien circunscrita o encapsulada, los tejidos que hay por encima son de aspecto normal y también están libres. En ocasiones da lugar a un conducto fistuloso que aparece en la región anterior del cuello, en la línea media, generalmente cerca del hueso hioides, apreciándose un exudado seroso, o la fístula puede estar cubierta por costra color pajizo.

No hay ninguna predilección sexual, la masa suele levantarse al deglutir o al sacar la lengua.

El conducto o fístula tiroglosa está tapizado por epitelio escamoso estratificado, cilíndrico, ciliado, columnar no ciliado o transicional intermedio. Los quistes pueden estar conectados al agujero ciego por conductos únicos o múltiples o carecer de comunicación, puede haber glándulas mucosas dentro de la luz entre más cerca estén los quistes de la boca tendrán más probabilidad de tener un revestimiento de epitelio escamoso estratificado, pueden existir focos de tejido tiroideo aberrante dentro del tejido conjuntivo fibroso, o también tejido linfocitario y glándulas mucosas.

Tratamiento: Estos quistes los suele tratar el cirujano general a través de una incisión externa, generalmente es necesario sujetar una sección de la parte media del hioides, mientras el extremo inferior del quiste se une a él, su extensión tiene un pronóstico bueno. (30)

## FORMAS DE TRATAMIENTO

La anestesia es un gran auxiliar para los tratamientos de la cirugía oral. La elección del agente anestésico no debe involucrar ningún peligro para el paciente, también el dentista puede escoger el agente anestésico por comodidad pues es una hora u hora y media de trabajo, el paciente se torna incómodo, molesto y nervioso, por esto no coopera, en estas circunstancias para protección del profesional y del paciente podemos usar anestesia general (siempre puesta por especialista en medio hospitalario), pero la utilización del tipo de anestesia (local o general), queda a elección del cirujano si no tiene problemas con el paciente.

El método más divulgado de anestesia local es el circular, que puede ser extra oral o intraoral, este método de anestesia regional, se llama anestesia circular, porque se inyecta formando un círculo alrededor del campo operatorio, bloqueando todas las ramas nerviosas sensitivas que parten de dicha área. La solución debe inyectarse cuando menos a una distancia de 2 a 3 cm. del campo operatorio para que la mayoría de los casos no presentan proceso inflamatorio a ésta distancia y también evitamos dolor al introducir una aguja grande por debajo del campo operatorio para el bloqueo de nervios profundos, son utilizadas también las técnicas regionales. -  
(18)

Para realizar correctamente un tratamiento debemos seguir ciertos lineamientos y principios quirúrgicos; pasos operatorios, colgajo mucoperiostico, conservar los dientes siempre que no se comprometa con ello la erradicación de la enfermedad, enucleación de la lesión, cierre de la herida y cuidados posoperatorios.



Elegida la vía de abordaje del quiste practicar un colgajo mucoperiostico, tratando de producir un obstáculo mínimo en el aporte sanguíneo, tomando en cuenta que si es posible, haremos la incisión en el pliegue mucobucal, como continuación de la incisión oclusal (o gingival). Es preferible a las incisiones que se extienden desde cada extremo del corte horizontal, produciendo así un grave obstáculo en el aporte de sangre. La incisión debe ser siempre aguda, para evitar el desgarro de los tejidos, pues una incisión limpia y bien definida cura mucho más rápido que las sinuosas. El colgajo se deberá separar del hueso con un periostotomo, se realizará a modo que una vez finalizada la intervención la sutura quede sobre hueso sólido al no realizarlo así queda sobre zona sin-hueso, el colgajo se puede colapsar, dentro de esta área, pudiendo originar con ello desgarros, infecciones y escarificaciones de parte de todos los tejidos blandos, por otro lado es entrada para la contaminación directa, de la cavidad dentro de hueso. Se prefiere suturar con seda del número 3-0, o las suturas de algodón, que se eliminan a los 5 o 6 días, aunque algunos cirujanos usan el catgut, podemos emplear instrumentos que anudan automáticamente. En ocasiones es útil pasar ligaduras alrededor de los cuellos de los dientes, para mantener el colgajo en posición.

La aguja de sutura atravieza primero el colgajo y después penetra en el mucoperiostio insertado en el hueso. En ocasiones resulta también beneficioso separar el mucoperiostio adherido, con un periostotomo en el espacio de 2 cm para producir una sutura más fácil.

El cierre primario, es el procedimiento a elección una vez extraído el quiste, sobre todo al no existir infección, el coágulo sanguíneo oblitera por sí mismo el espacio o mediante la introducción de gelfoam u oxycel en el interior de la cavidad.

Los injertos intraorales combinado con antibioticoterapia han tenido mucho éxito, el procedimiento que proporciona más seguridad, es permitir que la cavidad cure y cicatrice sin la adición de ningún relleno.

Cuando la cavidad esta infectada, se puede tratar colocando un drenaje de gasa simple o gasa yodoformica en la cavidad, antes de suturar el colgajo, el drenaje se puede ir eliminando gradualmente durante los días siguientes hasta quitarlo por completo en algunos casos de quistes sin grandes infecciones, se puede reemplazar los drenajes durante varias semanas.

#### Enucleación

La enucleación total de los quistes es el mejor tratamiento, aunque hay veces que es necesario modificar este criterio para acomodar el tratamiento a la situación particular, tal como las que producen las lesiones extensas, en que la eliminación y enucleación podría ser causa de una fractura de arcadas. (30)

Teniendo el colgajo mucoperiostico, reflejado, se practica una ventana en la cortical ósea, en muchas ocasiones, esta abertura esta presente y solo es agrandada, es realizada con fresa de hueso, una serie de perforaciones alrededor sobre la zona de lesión quística determinada por la radiografía, después se unen las perforaciones por medio de fresa de fisura. (para prevenir necrosis de hueso por el uso de fresas - irrigamos siempre, y aseo con suero fisiológico o solución salina). Para eliminar el hueso se puede emplear unas pinzas - gubias o sacabocados. La ventana deberá ser cómoda para permitir un facil acceso a la cavidad quística.

Ya realizada la ventana procedemos a la separación completa del quiste de las paredes óseas por medio de curetas o periosteotomos pequeños. En la mandíbula muchas veces está comprometido el canal mandibular, por ello tendremos especial cuidado al separar el quiste a lo largo del canal. En el maxilar, el cirujano debe tener una precaución parecida, si el quiste ha penetrado en el andro maxilar, o si la atrofia producida por la lesión ha creado una delgadísima capa de separación entre la pared quística y el andro.

En enucleación del quiste dentífero, conviene eliminar el diente, en que se desarrolla el quiste, si es de gran importancia para la arcada dentaria, se elimina el quiste y todo el folículo del diente pero reimplantándose posteriormente el diente, en un canal labrado en el hueso para su erupción posterior.

Los quistes periapicales, sobretudo en la parte anterior, se pueden conservar combinando tratamientos conservadores con la cirugía apical, la técnica se practica en una intervención con relleno de los canales radiculares, apicectomía y quistectomía.

#### Método de Partsch

Este método se ha indicado en aquellos quistes de gran tamaño o de tamaño mediano, en los cuales la enucleación de la bolsa traería aparejados trastornos por parte del hueso (hemorragias, fracturas, aperturas de seno maxilar) y por parte de los dientes lesiones de la pulpa de los dientes vecinos.

Este método es de gran sencillez de ejecución, buena visualización de la cavidad, la superficie ósea queda cubierta en toda su extensión, por epitelio, se evita la infección.

ósea y lesión de los dientes vecinos porque se conserva la -  
bolsa quística. Aunque el epitelio quístico es un elemento -  
patológico que debe ser eliminado porque sufre transformacio-  
nes adamantinas, tumorales, recidivar bajo la forma de un nue-  
vo quiste, por otra parte, la integridad histológica de la -  
membrana quística no es siempre absoluta. En muchos casos, -  
el quiste esta infectado y la membrana degenerada, siendo -  
así, su conservación es problemática.

La cavidad artificial creada, permite la acumulación -  
de alimentos y líquido bucales y su putrefacción, a pesar de-  
estas contraindicaciones, sobre todo en el maxilar superior, -  
en los quistes vecinos al antro o nariz, tiene sus formales -  
indicaciones. La conservación de la bolsa, puede ser de gran  
utilidad para reforzar el piso de las fosas nasales, debili-  
tando o desaparecido por un proceso quístico.

## CONCLUSIONES

Se hace necesaria una nomenclatura y clasificación universal de quistes, pues no se ha logrado un acuerdo para su realización.

En el sentido más amplio de la palabra, los quistes  pueden ser considerados tumores.

Son lesiones que se encuentran con cierta frecuencia  y los más frecuentes son los radiculares y dentigeras, por esto son los más conocidos.

Algunos autores consideran al granuloma como patología prequistica.

Cualquier lesión quística que no este comunicada con  el exterior es estéril.

Estas patologías no se acompañan de síntomas, solo  que se infecte o alcancen un tamaño considerable y en la cavidad bucal pueden interferir en la masticación y el habla ocasionando asimetría facial, por esto deben ser atendidos a la mayor brevedad.

Los llamados quistes retenidos así como los osteotraumáticos no son considerados completamente como lesiones quísticas por carecer de un recubrimiento epitelial.

El Dentista de practica general, debe estar capacitado para diagnosticar los diferentes tipos de quistes.

El tratamiento de estas lesiones, es quirúrgico (Marsupialización o Enucleación total), se ha abusado de la apicectomia en quistes radiculares.

El pronóstico es favorable, si no aparecen complicaciones, o no habido cambios malignos. Los quistes no recidiven si la membrana es totalmente removida.

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

- 1.- ADENOMATOID ODONTOGENIC TUMOR RESEMBLING A GLOBULO MAXILARY CYST: Light and electron microscopic studies.  
M. Yusuf Khan, H. Kwee, L. C. Schneider, and I. Saber  
J. Oral Surgery sep. 1977.
- 2.- ATRAS DE ENFERMEDADES DE LA MUCOSA ORAL  
J. J. Pindborg
- 3.- BILATERAL SOLITARY BOONE CYSTS.  
M.A. Pogrel, St. Asaph, North Wales.  
J. Oral Surgery january 1978.
- 4.- CALCIFYING ODONTOGENIC CYST: Report of three cases.  
William H. Petri III, and Thomas E. Stump.  
J. Oral Surgery December 1976.
- 5.- CIRUGIA BUCAL  
Guillermo A. Ries Centeno.
- 6.- CIRUGIA BUCAL  
Archer W. Harry.
- 7.- DENTIGEROUS CYSTS AND RADIOLUCENT LESIONS OF THE JAW - ASSOCIATED WITH HUNTER'S SYNDROME.  
J. Lustmann, E. Ejmstein, and. S Yatziv.  
J. Oral Surgery september 1975.
- 8.- DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL.  
Edward V. Zegarelli.
- 9.- DISPLACED TRIFID MOLAR WITH DENTIGERUS CYST. an unusual case. Slonar Szerlip.  
J. ORAL Surgery July 1978.

- 10.- ENFERMEDADES DE LA BOCA  
David Grispan.
- 11.- EPIDERMOD (IMPLANTATION) CYST AFTER TEMPOROMANDIBULAR  
JOINT SURGERY.  
Mace B. Abrams, Joseph E. Andrews, and Daniel M. Laskin.  
J. Oral Surgery July 1977.
- 12.- EPIDERMOID IMPLANTATION CYST OF THE LOWER LIP: Repot of  
case.  
P. H. Papanayotou, and J. G. Kayavis.  
J. Oral Surgery July 1977.
- 13.- FISILOGIA EUCAL  
Tecke R. W. Stuteville O. -.  
Calandra J. C.
- 14.- HISTOLOGIA  
Ham Artur W.  
Interamericana. 5a. edición
- 15.- HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCCODENTAL  
Orban  
Labor S. A. 1969
- 16.- INCIDENCE OF EPITHELIAL ATYPIA IN RADICULAR CYST: a --  
preliminary investigation  
L. C. Schneider Newark  
J. Oral Surgery May 1977.
- 17.- INTRAORAL PAPILLARY CYSTADENOMA LYMPHOMATOSUM.  
Ernest Baden, Maskell Pierce, Abel J. Selman,  
Theophilus W. Roberts, and John L. Doyle.  
J. Oral Surgery June 1976.



- 18.- LA ANESTESIA EN CIRUGIA DENTAL  
Maed Sterling V.
- 19.- MEDIAM MANDIBULAR CYST: REPORT OF CASE  
Luis Lacourt, and Marcos A. Dones.  
J. Oral Surgery August 1976.
- 20.- MEDIAM MANDIBULAR CYST: Review of the literature and  
report of two cases.  
Dean K. White, Robert M. Lucas and Arthur S. Miller.  
J. Oral Surgery May 1975.
- 21.- ODONTOGENIC KERATOCYST ASSOCIATED WITH AN INTRAMANDIBU  
LAR CHONDROMA.  
Tore Arwill and Karl Erik Kahnberg.  
J. Oral Surgery January 1977.
- 22.- PATOLOGIA BUCAL  
K. H. THOMA, Gorlin Robert J.
- 23.- PATOLOGIA BUCAL  
Shafer W. G. Hine M.K. levy B. M.
- 24.- PATOLOGIA BUCAL  
S. N. Bhaskar.
- 25.- PIGMENTED DERMOID CYST OF THE FLOOR OF THE MOUTH:  
A comparison of two cases.  
E. O. Adekeye and R. I. Shamia.  
J. Oral Surgery.
- 26.- RESPIRATORY EPITHELIUM WITHIN A MANDIBULAR DENTIGEROUS  
CYST.  
Arthur H. Friedlander, Ralph Thorn and Martin Mehr.  
J. Oral Surgery december 1978.

- 27.- STAFNE'S BONE CYST OF THE MANDIBLE AND CONCURRENT PULMONARY COCCIDIOIDOMYCOSIS.  
Von A. Mitton, L. R. Eversole, H. S. Kramer, and Martin Stern.  
J. Oral Surgery    Juny and August    1976.
- 28.- THE CALCIFYING ODONTOGENIC CYST: REPORT OF CASE.  
Joachim E. Seeliger and Johan P. Reyneke.  
J. Oral Surgery    June    1978.
- 29.- THE PLUNGING RANULA  
Rene A. Khafif, Allan Schwartz, and Eugene Friedman.  
J. Oral Surgery    July    1975.
- 30.- TRATADO DE CIRUGIA ORAL  
Guralnick
- 31.- TRATADO DE PATOLOGIA.  
Robbis Stanley L.