

1ej. 873

Universidad Nacional Autónoma de México
FACULTAD DE ODONTOLOGIA



QUISTES EN LA CAVIDAD ORAL

Rosario Angelica Rodriguez David

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

ROSARIO ANGELICA RODRIGUEZ DAVID

MEXICO, D. F.

MAYO 1979

15262



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TEMARIO:

- 1.- DEFINICION
- 2.- CLASIFICACION
- 3.- ETIOLOGIA, DIAGNOSTICO, CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS,
CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS Y TRATAMIENTO DE LOS --

SIGUIENTES QUISTES:

QUISTE DENTIGERO

QUISTE DE ERUPCION

QUISTE GINGIVAL EN RECIEN NACIDOS

QUISTE PERIODONTAL

QUISTE ODONTOGENICO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE

QUISTE RADICULAR

QUERATOQUISTES ODONTOGENICOS

QUISTE PRIMORDIAL

QUIRATOQUISTES MULTIPLES DE LOS MAXILARES

QUISTE GLOBULOMAXILAR

QUISTE NASOALVEOLAR

QUISTE NASOPALATINO

QUISTE MANDIBULAR MEDIANO

QUISTE LINGUAL ANTERIOR

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE

QUISTE PALATINO DE RECIEN NACIDOS

QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

QUISTE LINFOPITELIAL

QUISTES BUCALES CON EPITELIO GASTRICO O INTESTINAL

QUISTE DE LA GLANDULA SALIVAL

MUCOCELE Y RANULA

QUISTE OSEO ANEURISMATICO

QUISTE OSEO ESTATICO

QUISTE TRAUMATICO.

PROLOGO

Los quistes constituyen un problema de gran importancia - ya que existe la posibilidad de la transformación de estos en lesiones malignas.

Por tan motivo el Cirujano Dentista de hoy en día, debe conocer muy a fondo estos padecimientos, y preguntarse también que tan grande es la posibilidad de transformarse en una lesión maligna.

Aunque la incidencia de carcinomas en un quiste Odontogéno es considerada como un raro evento, existe también la posibilidad de transformarse en este.

Es por esto que el Cirujano Dentista deberá hacer un estudio histológico a fondo de los tejidos, así como un estudio minucioso de los hallazgos clínicos y radiográficos para establecer un diagnóstico correcto y evitar en lo posible que este tipo de lesiones puedan llegar a transformarse en lesiones malignas.

QUISTES EN LA CAVIDAD ORAL

DEFINICION:

Los quistes de los maxilares son masas saculares revestidas de epitelios e incluidas en cavidades patológicas de los huesos.

CLASIFICACION:

Los quistes se clasifican en odontogénos y no odontogénos también existe un tercer grupo de quistes que no lo son en sentido estricto porque no están revestidos de epitelio, estos son pseudoquistes.

QUISTES ODONTOGENICOS:

Proviene del epitelio que participa en la formación de los dientes; el epitelio odontogénico que representa los vestigios de los órganos del esmalte o lámina dental puede existir en los maxilares en forma de órganos de esmalte no desarrollados o como restos epiteliales estos quistes se clasifican en:

- 1.- Quiste dentigero
- 2.- Quiste de erupción
- 3.- Quiste gingival en recién nacidos
- 4.- Quiste periodontal y gingival laterales
- 5.- Quiste odontogénico queratizante y calcificante

6.- Quiste radicular

7.- Queratoquistes odontogénicos

A).-Quiste primordial

B).-Queratoquistes múltiples de los maxilares, carcinomas baso celulares nevoides cutáneos múltiples y anomalias ----- esqueléticas.

QUISTES NO ODONTOGENICOS:

El epitelio no odontogénico se observa únicamente en el maxilar superior y representa los restos del epitelio que cubría los procesos embrionarios que generan el maxilar, se clasifican en:

- 1.- Quiste globulomaxilar
- 2.- Quiste nasoalveolar
- 3.- Quiste nasopalatino
- 4.- Quiste mandibular mediano
- 5.- Quiste lingual anterior
- 6.- Quiste Dermoides y epidermoides
- 7.- Quiste palatino de recién nacidos.

Los quistes del cuello suelo de la boca y glándulas salivales forman un grupo heterogéneo.

- 1.- Quiste del conducto tirogloso
- 2.- Quiste linfoepitelial

3.- Quistes bucales con epitelio gástrico o intestinal

4.- Quiste de la glándula salival

5.- Mucocele y ranula.

SEUDOQUISTES:

Ninguno de estos quistes esta tapizado por epitelio se --
clasifican en:

1.- Quiste óseo aneurismático

2.- Quiste óseo estático

3.- Quiste óseo traumático.

QUISTE DENTIGERO:

Proviene del órgano del esmalte, después de la terminación parcial de la corona. El órgano del esmalte alrededor de la corona o esta adherido a ella.

DIAGNOSTICO:

Este quiste está siempre asociado con la corona de un diente retenido o no aparecido, normal o supernumerario; puede haber agrandamiento del maxilar y migración de dientes; corteza intacta.

El tercer molar inferior y el canino superior constituyen los dientes individuales afectados con mayor frecuencia.

El quiste dentigero proviene del órgano del esmalte después de la terminación parcial de la corona.

La lesión quística en tercer molar inferior retenido puede producir ahuecamiento de toda la rama ascendente hasta la apófisis coronoides y cóndilo, así como la expansión de la lámina cortical debido a la presión que ejerce. Puede haber desplazamiento del tercer molar que a veces llega a quedar comprimido contra el borde inferior de la mandíbula.

Thoma clasifico los quistes dentigeros 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 o distal del diente y se dilata apartándose del diente - envolviendolo sólo una porción de la corona.

En el tipo circunferencial, el órgano del esmalte entero alrededor del cuello del diente se hace quístico permitiendo -- muchas veces la erupción del diente a través del quiste y produciendo una imagen similar a la del quiste radical.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Se compone de una delgada pared de tejido conectivo con - una capa de escaso espesor de epitelio escamoso que tapiza la - luz.

La formación de brotes epiteliales suele faltar excepto - en los casos que hay infección secundaria. Además la superficie del epitelio suele estar cubierta de una delgada capa acanalada de paraqueratina u ortoqueratina similar a la vista en el primordial y los otros queratoquistes odontógenos.

La infiltración de células inflamatorias en el tejido -- conectivo es común, aunque no siempre hay una causa evidente.

El contenido de la luz es un líquido amarillo acuoso, -- poco espeso, a veces con un poco de sangre.

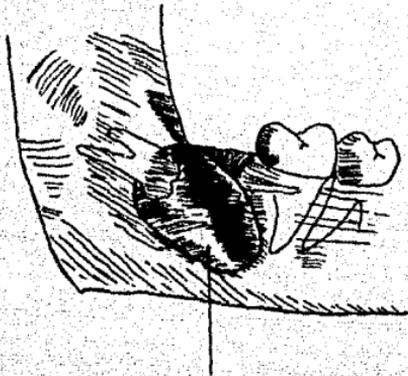
CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Zona radiolucida bien definida. En quistes grandes de la zona del tercer molar inferior la radiolucidez puede extenderse lejos hacia el interior de la rama.

Es posible que la corona dental no erupcionada o retenida por alguna razón este rodeada dimetricamente por esta radiolucidez, y hay que tener cuidado para no confundir el espacio circuncoronario o folicular normal con un quiste verdadero. En casos de quistes dentígenos evidentemente múltiples, ha de ponerse cuidado en destacar la posibilidad de que no se trate de un síndrome de quiste odontógeno, nevo basocelular y costilla bífida.

TRATAMIENTO:

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



QUISTE DENTIGERO.

QUISTES DE ERUPCION:

El quiste de erupción es un tipo poco frecuente de quiste dentigero asociado con dientes deciduos en erupción o raras veces permanentes.

Representa una acumulación de líquido hístico o sangre en un espacio folicular dilatado alrededor de la corona de un diente en erupción, puede ser unilateral o bilateral, único o múltiple y existir al nacer.

QUISTES GINGIVALES:

Los quistes gingivales, como su nombre indica, se localizan en la encía libre o adherida. Puede considerarse como un quiste del desarrollo.

Casi todos los embriones humanos después del cuarto mes de vida fetal y por lo menos el 80% de los recién nacidos tie-

nen pequeños nódulos o quistes en la unión de los paladares -- duro y blando cerca del rafe medio.

Algunos de estos quistes a partir del epitelio de la lámina dental, del órgano del esmalte o de sus ramificaciones -- mientras que otros, que pueden considerarse verdaderos quistes por inclusión, de forma parecida a los que sucede en los quistes epidermoides, crecen a partir de células desplazadas del epitelio gingival, lo que puede ocurrir en un traumatismo.

DIAGNOSTICO:

Estos quistes de la lámina dental algunas veces se agrandan lo suficiente como para apreciarse clínicamente como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, -- que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna.

Suele ser duro y no doloroso a la palpación. Aunque se -- localiza generalmente en la encía fija puede presentarse en la región gingival libre e incluso en los tejidos próximos.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Consiste en una cavidad recubierta por epitelio escamoso -- estratificado. Las células suelen ser delgadas y planas, y a veces puede haber queratina.

Es interesante que la calcificación distrófica y los -- cuerpos hialinos de Rushton comunes en los quistes dentígeros, .

seán hallazgos frecuentes en esta lesión.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Por lo general, no se manifiesta en la radiografía.

TRATAMIENTO:

No se requiere tratamiento alguno por cuanto casi invariablemente las lesiones desaparecen con la apertura en la superficie mucosa o al ser deshechas por los dientes en brote. En adultos consiste en la extirpación quirúrgica.

QUISTE PERIODONTAL LATERAL:

Suele ser encontrado en adultos sobre la raíz del canino o en premolares del maxilar inferior.

Nacen en el ligamento periodontal lateral de un diente brotado y se han sugerido varias posibilidades para explicar como se forma.

Asimismo, se ha sugerido un posible origen en los quistes gingivales. Muchos investigadores estudiaron el quiste gingival del adulto y la mayoría concluyó que esta lesión deriva de los remanentes celulares de la lámina dental.

La explicación más aceptable para el quiste periodontal es que representa simplemente un quiste es un saco hueco con una pared de tejido merario. La predilección de este quiste por

originarse en la zona de canino y premolares inferiores se --
 corresponde bien con la conocida frecuencia elevada de los dien-
 tes supernumerarios en la zona de premolares inferiores.

DIAGNOSTICO:

Ha sido registrado principalmente en adultos, para denomi-
 narse así debe estar localizado dentro del hueso, no tener nin-
 guna comunicación con la cavidad bucal, y estar en aposición --
 con la superficie dental lateral de uno o varios dientes vitales

La mayor parte de estos quistes han aparecido en la zona
 de premolares inferiores.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Es un saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido, en la superficie interna, de una capa de epitelio escamoso estratificado. Este epitelio suele ser delicado y ofrece --- pocos signos de proliferación. A veces, el epitelio tiene un aspecto peculiar, en el sentido que las células individuales - tienen citoplasma claro y núcleo pequeño, intensamente teñido.

Las invaginaciones papilares de la pared quística son comunes, como en algunos queratoquistes odontógenicos. Puede haber células inflamatorias en la pared conectiva, pero esto es una reacción secundaria.

TRATAMIENTO:

Enucleación del quiste por cirugía, sin extraer el diente afectado, si esto no fuera factible hay que sacrificarlo. No hay recidivar después de su enucleación.

QUISTE ODONTOGENICO QUERATIZANTE Y CALCIFICANTE.

Ocupa un lugar anómalo entre el de un quiste y el de una neoplasia. Gorlin y colaboradores lo reconocieron como una entidad desde entonces se han referido otros muchos ejemplos.

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

DIAGNOSTICO:

No hay predilección por edad o sexo. Aunque la mayor parte de los casos se presentan en adultos. El 70% se localizan en mandíbula, a semejanza de la predilección del ameloblastoma por ella. El 75% de los casos, el quiste es intróseo. En el resto - hay poca o ninguna lesión ósea, aunque, el quiste produce una - ligereza zona depresible.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS

El quiste está bien definido con la capa basal de células cuboideas o cilíndricas bajas en forma de empalizada y tiñendo se con más intensidad de lo normal.

Encima de la capa basal se encuentran mas irregulares de

células hinchadas, muchas de las cuales no poseen puentes intercelulares.

La capa basal se desintegra y hay crecimiento de tejido de granulación entre las células fantasma; éstas se tratan como cuerpos extraños. Las células fantasma pueden ser calcificadas.

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

Algunos casos se han generado en conjunción con un fibro dontoma ameloblástico. Además hay una variante rara del quiste odontógeno clasificante en la cual hay melanina dentro del epitelio odontógeno.

Se sabe que puede ocurrir transformación carcinomatosa - de esta lesión.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Como esta lesión se da a veces en asociación con un odontoma, esta puede aparecer radiográficamente como parte integrante de la totalidad del quiste.

Las lesiones intraóseas centrales aparecen como una imagen radiolúcida, por lo común bastante bien circunscrita, aunque esto no es invariable. En la imagen radiolúcida hay cantidades variables de material radiópaco calcificado disperso entre minúsculos puntos, grandes masas.

TRATAMIENTO:

Extirpación completa por cirugía. La ausencia de recidiva depende de que la enucleación sea completa.

QUISTE RADICULAR:

Su origen como secuela de la caries dental se describe en que 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.

Al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente, se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamada granuloma apical.

Dentro de esta masa proliferan extensamente restos epiteliales de malassez, normalmente presentes en el ligamento periodontal. Estas islas epiteliales se fusionan y sufren una transformación quística, dando lugar al quiste radicular.

DIAGNOSTICO

Se registran principalmente en adultos; la mayor parte de estos quistes se han aparecido en la zona de premolares inferiores.

No se presentan signos y síntomas, han sido descubiertos durante exámenes radiográficos dentales. En algunas ocasiones

cuando se localiza en la superficie vestibular de la raiz, puede haber una pequeña masa perceptible, pero la mucosa subyacente es normal. Si el quiste se infecta puede asemejarse a un absceso e incluso hay drenaje.

Se ha calculado también que el 25% al 30% de los ameloblastomas se originan en esas lesiones. El quiste radicular no suele tener un diametro mayor de 0.5cm. La superficie mural del quiste puede ser rugosa o lisa, según su estado de desarrollo. El contenido puede ser grumoso o contener gran cantidad de cristales de colesterol resplandocientes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

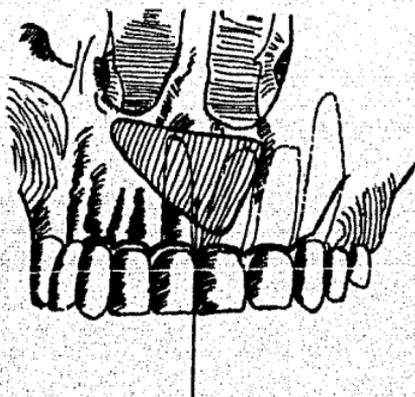
Alrededor de los cordones anastomóticos o islas de células epiteliales proliferantes en el quiste radicular joven, se observan histiocitos, linfocitos, células plasmáticas, cuerpos de russel, hendiduras de colesterol y algunas células gigantes de cuerpos extraños. Las fibras de colágeno se depositan circunferencialmente.

En los granulomas dentales y quistes radiculares puede haber fibras de oxitalano, un componente normal del ligamento periodontal.

El epitelio suele ser tipo escamoso estratificado y relativamente grueso. Muchas veces es en parte acantomatoso y ulcerado. En ocasiones está queratinizado.

TRATAMIENTO:

Enucleación quirúrgica, en lo posible sin extraer el diente afectado. No tiende a recidivar.



QUISTE RADICULAR

QUERATOQUISTES ODONTEGENICOS:

Este término fué propuesto por Philipser, se refiere a un tipo específico de alteración que puede ocurrir en los quistes folicular, residual y muy raras veces radicular y fisural.

DIAGNOSTICO

El queratoquiste odontógeno, se origina a cualquier edad, desde la infancia hasta la ancianidad. En una serie de 104 pacientes con queratoquistes odontógenos, comunicada por Browne la edad promedio de la aparición era de 35 años. También que

el 79% de los quistes estaban en mandíbula y el 21% en maxilar.

Y un 50% se localizaban en la zona del tercer molar inferior y rama ascendente. Con cierta frecuencia, se producen quistes múltiples, en particular en pacientes con síndrome de nevo basocelular y costilla bífida. Entre los rasgos más comunes se halla dolor, hinchazón del tejido blando y expansión de hueso.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

El epitelio es uniforme. La capa basal está bien demarcada por células cilíndricas o cuboides. Una capa muy delgada de ortoqueratina cubre el epitelio. Cuando posee esta capa, el quiste parece comportarse en forma diferente al quiste normal y por ello merece nuestro cuidado.

La pared quística suele ser delgada, salvo que haya habido una infección sobreagregada. Casi siempre es muy delgado raramente mayor de seis a ocho células de espesor, y pocas veces tiene brotes. También es característico hallar una superficie ondulada o acanalada. Puede haber displasia epitelial y hasta carcinoma epidermoide, pero esto es poco común.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS:

Puede aparecer como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, con frecuencia con un delgado borde esclerótico reaccional óseo. Este borde puede ser liso u ondulado.

TRATAMIENTO:

Enucleación del quiste. Sin embargo, la experiencia clínica ha enseñado que la erradicación completa del quiste es difícil porque la pared quística es muy delgada y friable y se fragmenta con facilidad. Además, la perforación del hueso cortical, en particular en lesiones que afectan la rama ascendente es común y complica la enucleación total.

Browne aplico tres técnicas básicas de tratamiento de estas lesiones:

- 1.- Marsupialización,
- 2.- Enucleación y mantenido abierto por empaquetamiento
- 3.- Enucleación y cierre primario.

Browne concluyó que la recidiva del queratoquiste se debe a la naturaleza de la lesión en si y no guarda relación técnica de tratamiento.

Como en esta lesión la recidiva puede aparecer con gran retardo, hay que controlar todos los casos mediante radiografías anuales por lo menos durante los cinco años que siguen al tratamiento.

QUISTE PRIMORDIAL:

Es un quiste derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales. La degeneración del retículo

estrellado da lugar a un espacio quístico limitado por el epitelio interior y exterior del esmalte que sufre un cambio y se convierte en epitelio de tipo escamoso estratificado.

DIAGNOSTICO:

Se forma en épocas tempranas de vida pero puede no ser descubierto hasta muchos más tarde. Clínicamente esta lesión se asocia siempre con un diente ausente.

Generalmente la mandíbula se ve afectada con mayor frecuencia que el maxilar.

Puede producir agrandamiento del maxilar o ser asintomática migración de los dientes. La lesión es indolora si es grande puede provocar dolor.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

Los cortes microscópicos revelan una cavidad quística -- revestida de epitelio escamoso estratificado y una pared de tejido conectivo que habitualmente aunque no siempre, esta libre de células inflamatorias y que puede contener pequeños islotes de epitelio odontogénico o ameloblastico.

Además Soskolne y Shear han observado que el epitelio presenta una capa de células basales, columnares con núcleo picnóticos o vesiculares.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS:

El quiste primordial aparece como una lesión radiolúcida redonda u oval y bien delimitada, puede tener un borde esclerótico o reaccional 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 lugar de un diente ausente en forma congénita en particular de un tercer molar superior o inferior.

TRATAMIENTO:

Consiste en su enucleación quirúrgica 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.

QUERATOQUISTES MÚLTIPLES DE LOS MAXILARES CARCINOMAS BASOCELULARES NEVOIDES, CUTÁNEOS MÚLTIPLES Y ANOMALIAS ESQUELÉTICAS:

Afección hereditaria transmitida como rasgo dominante autosómico, con elevada penetración y expresividad variable.

DIAGNOSTICO:

Este síndrome aparece probablemente en uno de cada 200 individuos con carcinoma basocelular cutáneo. La transmite un gen dominante autosómico con una elevada penetrancia y una expresividad muy variable.

Es frecuente una prominencia frontal y temporoparietal -

que da al cráneo un aspecto pagetoide. Los ojos parecen estar hundidos y el puente nasal está ensanchado, exhibiendo muchos de los pacientes un leve hipertiroidismo ocular: o distopia de los cantos. La mayoría de los pacientes presentan un leve prognatismo del maxilar inferior.

Presentan anomalías neurológicas, incluidos retardo mental, calcificación dural, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia congénita y meduloblastoma con frecuencia mayor que la normal.

Anomalías sexuales, incluidos hipogonadismo en varones y tumores ováricos en mujeres. Algunos pacientes no responden a la parathormona a juzgar por la falta de diuresis de fósforo -- que junto con el acortamiento del cuarto metacarpiano en algunos pacientes, ha sugerido que habría cierta relación con el pseudohipoparatiroidismo.

TRATAMIENTO:

El índice de recidiva de queratoquistes de este síndrome es tan elevado como el de los que están asociados con éste.

El tratamiento de este es la enucleación quirúrgica y su examen histológico.

QUISTES NO ODONTOGENICOS:QUISTE GLOBULOMAXILAR:

Se origina a partir de restos epiteliales que quedarón -- en la línea de fusión de los procesos globular y maxilar del -- proceso facial embrionario.

Se observa entre el canino y el incisivo lateral del maxilar superior.

DIAGNOSTICO:

Se encuentra dentro del hueso en la unión de la porción globular de la ápofisis nasal media y ápofisis maxilar.

Raras veces da manifestaciones clínicas algunas veces se infecta y el paciente se presenta con molestias locales y dolor en la zona.

CARACTERISTICAS HITOLOGICAS:

Cavidad quística revestida de epitelio escamoso estratificado o respiratorio. La pared del quiste muestra infiltración de plasmocitos y linfocitos.

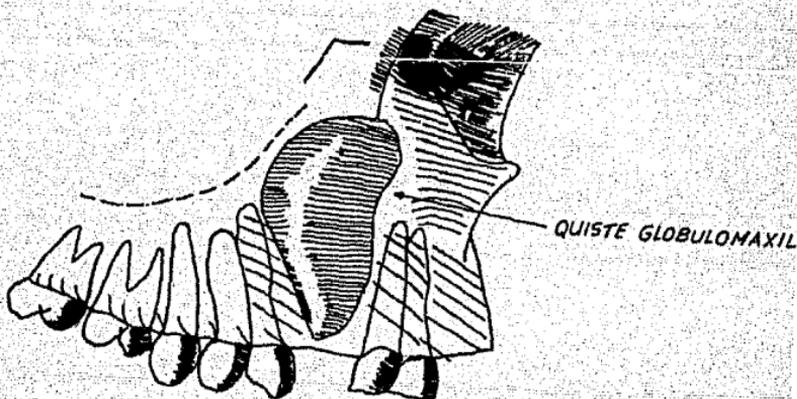
CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Zona radiolúcida piriforme entre canino y el incisivo -- lateral.

Las raíces del canino y lateral suelen estar separadas - por la imagen radiolúcida, hay que tener cuidado en no confundir esta lesión con un quiste periodontal formado como consecuencia de una lesión pulpar o traumatismo de uno de los dientes adyacentes.

TRATAMIENTO:

Enucleado quirúrgico; preservando si es posible dientes adyacentes.



QUISTE NASOALVEOLAR:

Suele observarse en la raza negra y se localiza en la base de una de las narinas.

Se penso que tenía origen en la unión de la ápofisis globular, ascendentes del maxilar y amarillo como resultado

De la proliferación del epitelio atrapado a lo largo de la línea de fusión.

DIAGNOSTICO:

Los quistes nasopalatales son capaces de producir la erosi3n superficial de la superficie externa del maxilar, no son -- primeramente lesiones centrales.

En ocasiones hay tumefacci3n que puede verse y palpase -- debajo del labio superior as3 como en el piso nasal.

Todos los dientes de la regi3n poseen vitalidad.

Roed- Petersen, en un estudio sobre esta lesi3n, not3 -- que algo poco m3s del 75% de los casos se presentaba en mujeres -- y que la edad promedio de su aparici3n estaba entre los 41 y 46 -- a3os, aunque se registraron casos en personas de 12 a 75 a3os -- de edad.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

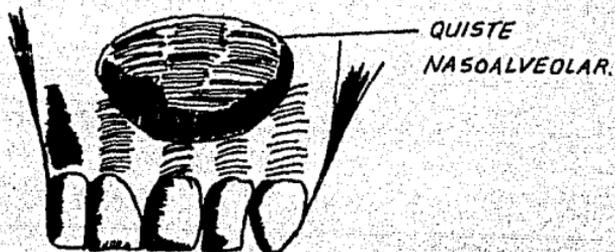
Son iguales a la de los quistes medianos y globulo maxi-- lares. El quiste nasopalatale esta tapizado de epitelio colum-- nar pseudoestratificado que a veces es ciliado frecuentemente con c3lulas calciformes, o de epitelio escamoso estratificado.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Presenta una imagen radiol3cida.

TRATAMIENTO:

Eliminación Quirúrgica.

QUISTE NASOPALATINO:

Se origina por proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino. Se encuentra en la región anterior del maxilar e inmediatamente detrás de los apices de los incisivos centrales, puede ser bilateral o estar en uno de los lados de la línea media, o pueden juntarse en la línea media dando lugar a un canal incisivo único; sus residuos epiteliales, de los que proceden los quistes también tendrán distintas localizaciones.

Si el quiste se forma a partir de un resto epitelial embrionario en cualquiera de los dos lados de la línea

media, se encontrará un quiste redondo nasopalatino unilateral; si el quiste se forma a partir de los residuos de ambos lados de la línea media, dará lugar a quistes nasopalatinos redondos bilaterales.

DIAGNOSTICO:

Los signos clínicos de los quistes nasopalatinos no son frecuentes, ya que suelen ser de pequeño tamaño y localizarse en zonas profundas del maxilar anterior.

Según Abrams; aparece en cualquier edad incluso en el feto. Cerca del 40% de los casos eran totalmente asintomáticos.

Pueden producir elevación en la parte anterior del paladar; la mucosa es normal y los dientes de la zona son vitales.

Estos quistes a veces se infectan por algún mecanismo desconocido y producen dolor e inflamación y se observa por una pequeña fístula en la papila palatina o cerca de ella.

Algunas veces produce hinchazón dentro de la papila palatina descrito como generado de los nidos epiteliales del agujero incisivo y no de los que se encuentran en el hueso.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Muestran un revestimiento de epitelio respiratorio o escamoso estratificado. Presencia de glandulas mucosas y nervios en la pared de tejido conectivo e infiltración de linfocitos.

y plasmocitos en dicho tejido.

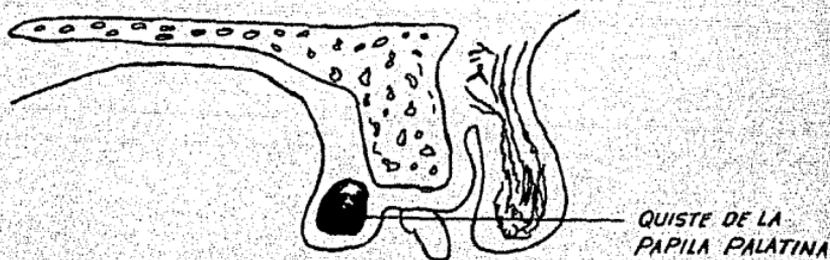
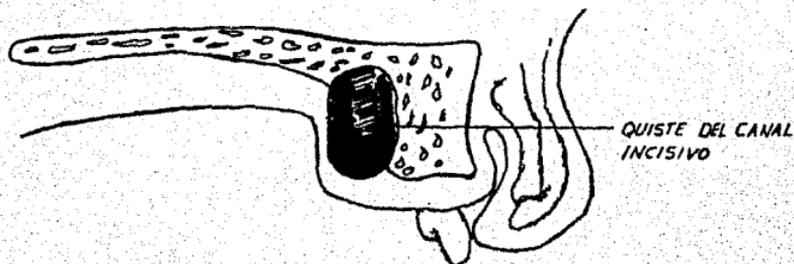
CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

En algunos casos, el quiste nasopalatino se presenta como una zona radiotransparente redondeada, única y unilateral, de algunos o muchos milímetros de diametro, inmediatamente por encima o conjunto al ápice de un incisivo central; en otros casos se descubren zonas radiotransparentes quísticas parecidas-- pero bilaterales; y a veces, se encuentra la forma radiotransparente acorazonada que es más característica.

TRATAMIENTO:

La excisión quirúrgica del quiste asintomático del conducto palatino puede no estar justificada en pacientes dentados.

En algunos pacientes desdentados, no es raro que el no enucleo un quiste antes de instalar un aparato de prótesis favorezca la infección aguda, más la perforación de la mucosa con drenaje de pus.



QUISTE MANDIBULAR MEDIANO:

Es una entidad, su aspecto clínico y características -- radiológicas son similares a las descritas anteriormente en el quiste de la línea media del maxilar.

Es posible que presente un quiste de desarrollo que resulta de la inclinación de epitelio atrapado en el canal central evanescente del proceso mandibular del embrión de 10mm.-- Hasta 14mm. También puede tener su origen en un germen dental-supernumerario.

DIAGNOSTICO:

La mayoría son asintomáticos, por lo regular se descubren en exámenes radiográficos de rutina.

Reaccionan normalmente a las pruebas de vitalidad.

Los quistes han sido ovales, redondos irregulares e incluso multiloculares. El quiste está localizado dentro del maxilar inferior por debajo de los ápices de los incisivos centrales.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Están tapizados por epitelio de este tipo cilíndrico ciliado. Presenta pliegues y proyecciones que tapiza la luz central.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

Presenta una imagen radiolúcida unilocular, bien delimitada, aunque también puede ser multilocular.

TRATAMIENTO:

Excisión quirúrgica conservando en lo posible los dientes cercanos.

QUISTE LINGUAL ANTERIOR:

Los datos acerca del origen de tales quistes en el epité-

lio atrapado entre las dos mitades de la lengua durante el desarrollo embrilógico no pueden evaluarse hasta que haya sido analizado un número suficiente de casos bien documentados.

QUISTE DERMOIDE Y EPIDERMOIDE:

El quiste dermoide es otra variedad de quiste del desarrollo, ya que se desarrolla a partir de células epiteliales -- atrapadas debajo de la superficie durante el cierre o fusión de los tejidos durante la vida fetal.

Los quistes dermoides tienen diversas localizaciones, -- como son el paladar, ángulo de la mandíbula, glándulas salivales y en los testículos y en los ovarios.

Sin embargo en la boca lo encontramos frecuentemente en la línea media del suelo.

DIAGNOSTICO:

Aproximadamente el 25% de los quistes dermoides que ocurren en la cabeza y cuello derivan del suelo de la boca. No hay predilección de sexo, los quistes dermoides son raras veces evidentes al nacer, pero suelen aparecer clínicamente entre los 12- y 25 años de edad.

Si está localizado por encima del músculo geniohideo el quiste ocasiona una elevación y desplazamiento de la lengua, produciendo dificultad de hablar, comer e incluso respirar, debido-

a la presión ejercida sobre la epiglotis. Si el quiste es profundo puede causar un abultamiento en la región submentoniana.

Generalmente la ránula es superficial de pequeño tamaño, de 1 a 3 cm. De diametro. En estos casos es una masa blanda, redondada, de superficie lisa azulada o rojiza que hace protusión en un lado del suelo de la boca.

Tiene importancia diagnóstica el hecho de que aumente de tamaño inmediatamente antes o después de las comidas.

A veces, estos quistes se infectan y ocasionalmente se forman trayectos fistulosos que se abren a la boca o en la piel, han sido descritos como posibles de transformación maligna.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Muestran un revestimiento inferior de epitelio escamoso-estratificado, como una pared de tejido conjuntivo fibroso, denso también se han encontrado anexos cutaneos en la pared del quiste, como glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas e incluso folículos pilosos. La cavidad del quiste contiene muchas veces material sebaceo y queratina.

TRATAMIENTO:

Extirpación quirúrgica, no es común que recidive.

QUISTE EPIDERMOIDE:

Se parece al dermoide en que se forma también, a partir de las células epiteliales atrapadas al cerrarse las capas de tejidos blandos durante el desarrollo fetal.

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

Histologicamente, el quiste epidermoide se diferencia -- del dermoide, ya que consiste únicamente en un revestimiento de epitelio escamoso estratificado generalmente bien queratinizado, es lo que lo diferencia del quiste dermoide.

QUISTE PALATINO DE RECIEN NACIDO:

Su descripción es la misma del gingival, anteriormente-- descrita.

QUISTES DE LOS TEJIDOS BIANDOS;QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO;

Se presenta a lo largo del conducto tirogloso. Este es un conducto embrionario recubierto de epitelio que se extiende desde el agujero ciego de la lengua hasta la glándula tiroides.

Es un quiste del desarrollo, la causa de la formación de este quiste es desconocida, pero puede ser desencadenada por la infección del tejido linfóide en la zona de los restos del conducto tirogloso por el drenaje proveniente de una infección de los órganos respiratorios superiores.

Se estima que el 15% al 30% de los quistes del conducto tirogloso desarrollan una fístula, algunas veces se puede desarrollar un carcinoma papilar en el conducto tirogloso.

DIAGNOSTICO:

Se manifiesta como una masa cervical blanda casi siempre móvil, muchas veces sensible a la presión, situada en la línea media, cuyo diámetro varía entre 1 y 10 cm,

Suele darse en personas jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad.

La hinchazón se desarrolla con lentitud y es asimétrica - salvo que este en una ubicación alta en el conducto cerca de la

lengua. Los tejidos que hay por encima son de aspecto normal y también están libres. A veces el quiste da lugar a un conducto-fistuloso que va a parar en la región anterior del cuello, en la línea media y generalmente cerca del hueso hioides.

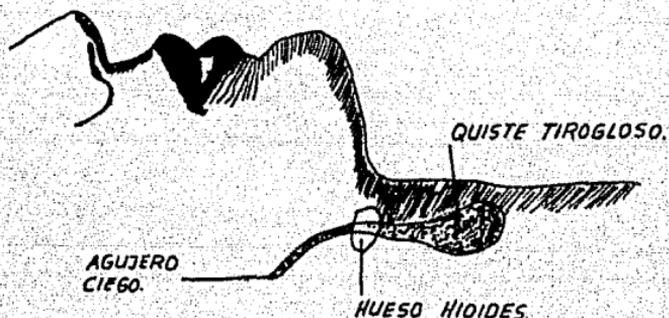
Puede apreciarse un exudado seroso, o la fístula puede quedar cubierta por unas costras de color pajiso, que son repetidamente eliminadas por el enfermo, siendo remplazadas por unas nuevas.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

El conducto o fístula tiroglosa está tapizada por epitelio escamoso estratificado cilíndrico ciliado o no ciliado y -- transicional intermedio. En las paredes del quiste pueden encontrarse tejido linfóide, glándulas mucosas e incluso tejido tiroideo

TRATAMIENTO:

Consiste en la total extirpación quirúrgica si quiere -- evitarse recidiva. Se ha señalado la posibilidad de la malignización, pero es rara.



QUISTE LINFOEPITELIAL:

Es una lesión relativamente rara que se presenta en la glándula parótida y produce un agrandamiento. Parece tener su origen en el enclavamiento de elementos, de un conducto salival en los ganglios linfáticos, algunos autores creen que este quiste tiene su origen en los restos del seno cervical, pero si esto fuera verdad, el quiste estaría por debajo de los derivados del arco hioideo.

Muy raras veces está mas profunda que la arteria carotí-
da.

También se ha observado dentro de un ganglio linfático -

intracavitarios, teniendo así un origen semejante al cistadenoma papilar linfomatoso.

El quiste linfocavitario también ocurre en el suelo de la boca o por debajo de la lengua.

HISTORICO:

La lesión se desarrolla con facilidad, es indolora y casi asintomática. La mayoría de estos quistes aparecen en adultos jóvenes cuando aparecen lesiones linfáticas evidentes en la misma zona. El curso de crecimiento es lento y puede tomar una duración de meses a varios años.

La mayoría de estos quistes se producen en el cuello pero también pueden observarse en el suelo de la mandíbula, en la zona palmar y labial e incluso en las zonas perifaríngeas y peritonsilares.

DESCRIPCIONES HISTOLÓGICAS:

Cavidad quística revestida de epitelio rodeado de tejido linfático, con centros germinalis. El quiste linfocavitario tiene un revestimiento epitelial escamoso estratificado generalmente no queratinizado.

TRATAMIENTO:

Consiste en la total extirpación quirúrgica si quiere.

evitarse la recidiva.

QUISTES BUCALES CON EPITELIO GASTRICO O INTESTINAL:

Se han encontrado pocas descripciones de quistes tapizados por mucosa gástrica o intestinal en la lengua, suelo de la boca, base de la lengua, y lengua anterior.

Todos estos pacientes que presentan este tipo de quiste generalmente se ha visto que se presenta en varones. El quiste coriostomático puede estar completamente incluido dentro del cuerpo de la lengua o en el suelo de la boca o después comunicarla con la superficie.

La pared quística puede estar compuesta en parte por epitelio escamoso estratificado y en parte por mucosa gástrica del tipo visto en el cuerpo y fondo del estómago.

El origen de la mucosa gástrica o intestinal heterotópica es desconocida. Tal vez derive de una situación anormal de restos embrionarios.

QUISTE DE LAS GLANDULAS SALIVALES:

Estos quistes son raros si se eliminan los quistes branquiogénicos; Todos los casos comunicados han aparecido en la glándula parotida. Solamente se ha visto un caso. Otros los comunicaron Mintzman, Kini y More.

Estos quistes generalmente están tapizados por epitelio-

escamoso estratificado pero un quiste por Moore estaba tapizado de epitelio cilindrico ciliado.

Swinton y Warren sugirieron que generalmente afectan más a hembras. Los quistes parotídeos representan aproximadamente el 1% de las masas quirúrgicas de glándulas salivales.

MUCOCELE:

Fenómeno de retención mucosa al que se le atribuye origen traumático es una lesión que afecta glándulas y conductos salivales.

Según las investigaciones de Bhaskar y Col. revelan que la sección traumática de un conducto salival, como el producido por el mordisqueo de labios y carrillos o por pellizcamiento de labios con pinzas para extracciones puede ser la causa que pre-sede a la formación del quiste de retención.

DIACNOSTICO:

Aparece en las regiones de las glándulas salivales de la mucosa bucal y comprende el 2.8% de las biopsias orales.

La lesión se localiza a bastante profundidad en el tejido, o puede excepcionalmente ser superficial y según la localización presentará un aspecto clinico variable.

La lesión superficial es una vesícula elevada y circunscrita, de varios milímetros a un centímetro o más de diámetro, -

con un tono azulado translúcido.

La lesión más profunda se manifiesta también como una -- hinchazón, pero debida al espesor del tejido que lo cubre, color y aspecto superficial son las de una mocos normal.

Casi siempre se encuentra en el labio inferior, se forma en pocos días, apenas parecen haber curado recidivan.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Consiste en una cavidad quística llena de un material -- homogéneo levemente basófilo, que es mucus. Dispersas por esta sustancia pueden observarse células redondas, tumefactas, al parecer en degeneración.

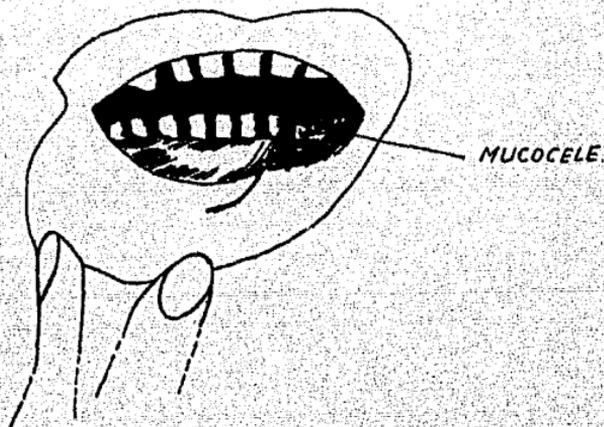
El revestimiento del quiste generalmente está formado -- por tejido de granulación y, en circunstancias extremadamente raras por epitelio.

La glándula salival, así como el tejido conectivo en la -- vecindad del mucocelo, muestran infiltración de neutrófilos, -- linfocitos y plasmocitos.

TRATAMIENTO:

Es la excisión, si simplemente se incide la lesión su -- contenido saldrá, pero rápidamente volverá a llenarse en cuanto la incisión cicatriza, después de enuclearlo hay algunas recidivas pero esto es menos factible sin también se eliminan los --

acinos glandulares salivales correspondientes.



RANULA:

Es la misma etiología del quiste de retención si bien en algunos autores opinan que se origina por obstrucción del conducto o por formación de un aneurisma en el conducto.

DIAGNOSTICO:

Es una tumoración grande en el piso de la boca, de consistencia blanda y llena de mucus, se presenta como una masa indolora tiene color azulado.

También se describe un tipo suprahióideo sumergido que -

que hace una hernia a través del músculo milohioideo.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Su aspecto microscopico similar al del quiste retención-
excepto que hay a veces un definido revestimiento epitelial.

TRATAMIENTO:

Algunas veces el tratamiento consiste en la escisión del
quiste y la glándula.

Sin embargo es mejor recurrir aun procedimiento que esta-
blece una conexión con la superficie para el conducto afectado-
(marsupialización).

SEUDOQUISTES:QUISTE OSEO ANEUROSMATICO:

El quiste aneurismático es una lesión ósea solitaria interesante que fué separada como entidad independiente en 1942 - por Jaffe y Lichtenstein.

Desde su descubrimiento se comunicaron muchos casos en la literatura si bien los primeros casos de los maxilares no se observaron hasta 1958.

El quiste aneurismático constituye el 15% de los quistes odontogénicos y no epiteliales de los maxilares.

Suele haber antecedentes de traumatismo, Lichtenstein -- propuso que el quiste aneurismático se origina como consecuencia de una persistente alteración local de la hemodinámica que conduce al aumento de la presión viscosa y al ulterior desarrollo de un techo vascular dilatado y estratificado en la zona ósea transformada.

DIAGNOSTICO:

Se presenta en personas menores de 20 años, las lesiones tienen una duración de uno a seis meses y por lo general se desarrollan en la mandíbula.

En el lado afectado se encuentra agrandamiento sólido e insensible puede haber maloclusión.

Las lesiones son sensibles o duelen en particular durante el movimiento y esta sensibilidad llega a limitar el movimiento del hueso afectado. Es común la hinchazón de la zona ósea afectada.

Durante la exploración se encuentra un cavidad ósea llena de un tejido pardo-rojizo similar al tejido hepático plétórico de sangre.

El raspaje ocasiona una profusa hemorragia no demasiado difísil de controlar.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Numerosos remansos de sangre están revestidos de células fusiformes de tejido conectivo y el tejido, entre estos remansos está compuesto de fibroblastos, numerosas células gigantes focos de hemosideina y pequeños vasos sanguíneos,

Hay cavidades variables de osteoide y hueso.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

El hueso está expandido, aparece quístico con aspecto de panal o pompas de jabón y la imagen radiolúcida es excéntrica.

La cortical ósea puede estar destruida y es evidente la reacción perióstica.

TRATAMIENTO:

El cureteado o la extirpación quirúrgica es el tratamiento

to adecuado, también se hace aplicación de dosis bajas de irradiaciones aunque esto último ha sido discutido ya que existe la posibilidad del sarcoma por irradiación.

QUISTE OSEO ESTÁTICO:

No es un verdadero quiste, sino un defecto asimétrico -- del desarrollo en el maxilar inferior en el surco hecho por la arteria facial donde cruza al hueso, o cerca del mismo.

DIAGNÓSTICO:

Algunas veces, es elíptico o redondeado y completamente incluido dentro del hueso un poco por encima del borde inferior del maxilar inferior. El tamaño de la cavidad varía entre 1 cm. hasta 2 cm.

Como el tamaño de este quiste no varía con el tiempo, ha sido denominado estático o latente.

Suele tener un borde nítido y denso. Puede ocurrir bilateralmente.

CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS:

En la mayoría de los casos, la cavidad ha contenido tejido glandular. En otros casos no se ha encontrado nada en la cavidad, planteándose el interrogante de si el tejido ha sido desplazado durante la operación quirúrgica o si no había existido.

nunca algo dentro de la cavidad.

TRATAMIENTO:

Extirpación quirúrgica.

QUISTE OSEO TRAUMÁTICO:

Se conoce con diversos nombres:

QUISTE OSEO TRAUMÁTICO

QUISTE POR EXTRAVACION

QUISTE OSEO SOLITARIO

QUISTE OSEO HEMORRÁGICO

QUISTE OSEO UNILOCLAR

QUISTE OSEO SIMPLE

CAVIDAD OSEA PROGRESIVA.

Su etiología es desconocida, aunque hay varias teorías, -- una que ha tenido mayor aceptación es que es el resultado de un traumático, el quiste puede aparecer al mes o veinte años después.

Whinery dice que puede ser origen de tumores óseos que -- han experimentado degeneración quística.

- 2.- Puede ser también el resultado de un metabolismo cálcico anormal como el inducido por una enfermedad parotiroidea.

- 3.- Origen en la necrosis de la médula, grasa a causa de la isquemia.
- 4.- Resultado final de una infección crónica debajo grado.
- 5.- Resultado de la osteóclasia.

DIAGNOSTICO:

Suele observarse en personas menores de veinte años la zona afectada se encuentra entre el canino inferior y la rama.

Los dientes de la región son vitales el quiste puede persistir por mucho tiempo.

Lesión pocas veces dolorosa, en la exploración el cirujano encuentra que la lesión esta vacia o que contiene escasa cantidad de líquido claro o sanguinolento.

En ocasiones se observa que el nervio alveolar inferior y vasos sanguíneos yacen libremente en la cavidad.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS:

Delgada membrana de tejido conectivo que tapiza la cavidad y además una amplia reacción osteofítica en la superficie de la lámina cortical.

Alteraciones en la resorción y aposición de hueso y necrosis isquemica de la médula.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS:

El estudio radiográfico revela una zona radiolúcida suavemente contorneada de tamaño variable a veces con un delgado borde esclerótico según sea la antigüedad de la lesión.

Cuando la radiolúcea engloba las raíces de los dientes, la cavidad puede tener aspecto lobular o festoneado dado por la extensión entre las raíces.

Lamina dura intacta.

TRATAMIENTO:

Consiste en abrir la lesión raspaje del hueso y cierre con sutura. El coágulo sanguíneo resultante pronto se organiza y el efecto óseo cura rápidamente.

CONCLUSIONES:

Los quistes de los maxilares son masas saculares revestidas de epitelio e incluidas en cavidades patológicas de los huesos.

El diagnóstico de cualquiera de los quistes odontogénos y su correcta identificación según su tipo depende del examen microscópico del tejido junto con el estudio minucioso de los hallazgos clínicos y radiográficos.

El tratamiento de estos quistes consiste en la extirpación quirúrgica que puede ser por medio de las técnicas de marsupialización o Partsch y enucleación.

Es de suma importancia después de una intervención seguir viendo a nuestro paciente periódicamente para evitar una posible recurrencia.

Aunque no es muy frecuente la recidiva de los quistes, cuando se ha hecho una adecuada intervención.

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

- 1.- THOMA.- ROBERT J. GORLÍN.- HENRYM. GOLDMAN .- "PATOLOGIA -- ORAL" .- 1a. EDICION .- SALVAT EDITORES S.A - 1975.
- 2.- EDWAR V. SEGARELLI. - AUSTIN H. KUTSCHER .- GEORGE A. HYMAN .- "DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA ORAL" .- SALVAT EDITORES S.A - 1972.
- 3.- BASKAR .- "PATOLOGIA BUCAL" .- EDITORIAL EL ATENEO 1973.
- 4.- THIECKE .- STUTEVILLE.- CALANDRA.- "FISIOPATOLOGIA" EDITO - RIAL INTERAMERICANA .- 1960.
- 5.- THOMA KURT .- "PATOLOGIA BUCAL" .- EDITORIAL UNION TIPOGRA - FICA .- 2a. EDICION .- TOMO II.
- 6.- WILLIAM G. SHAFER.- MAYNARD K. HINE. - BARNET M. LEVY "TRATA DO DE PATOLOGIA BUCAL" .- 3a. EDICION.- EDITORIAL INTERAME - RICANA S.A.
- 7.- QUIROZ GUTIERREZ .- "PATOLOGIA BUCAL" .- 2a. EDICION EDITO - RIAL PORRUA S.A. - 1959.
- 8.- STANLEY L. ROBBINS.- "TRATADO DE PATOLOGIA".- 3a. EDICION.- EDITORIAL INTERAMERICANA .- 1968.

Ha transcurrido mucho tiempo desde el primer día, la presente es la conclusión de momentos de gozos y fatigas, de claudicaciones y de triunfos. Hoy, mi reconocimiento y mi cariño a mis padres.

Al Dr. Heriberto Chavira, mi gratitud por su valiosa ayuda en la elaboración de esta tesis.

Para no ser injusto en la memoria, a todos los -- que en alguna medida hicieron posible este momento.