



92  
20/10/84

# ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

---

IZTACALA — U. N. A. M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA

QUISTES DE LOS MAXILARES

## **TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :

**CIRUJANO DENTISTA**

P R E S E N T A N :

REBECA VERONICA CRUZ PELCASTRE

MIGUEL ANGEL RODRIGUEZ RIVERA



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

|  | PAG. |
|--|------|
| INTRODUCCION   | 1    |
| CAPITULO 1: Clasificación.....   | 2    |
| CAPITULO 2: Embriología de la Cora en rela --<br>ción de los quistes de los maxila<br>res..... | 12   |
| Desarrollo de la Cora.....   | 12   |
| Desarrollo del Paladar.....  | 15   |
| Desarrollo de la Lengua.....   | 17   |
| Desarrollo de los Dientes.....   | 19   |
| Origenes posibles de los quistes-<br>fisurales.....  | 22   |
| CAPITULO 3: Histopatología.....  | 25   |
| CAPITULO 4: Radiología.....  | 34   |
| CAPITULO 5: Quistes Odontogenicos.....   | 38   |
| Quiste Primordial.....   | 39   |
| Quiste Dentigero.....  | 40   |
| Quiste Radicular.....  | 42   |
| Quiste Residual.....   | 44   |
| CAPITULO 6: Quiste no Odontogenicos y fisura-<br>les.....                                      | 45   |
| Quiste globulomaxilar.....   | 47   |
| Quiste Nasoalveolar.....   | 49   |
| Quiste Nasopalatino.....   | 50   |
| Quiste Mandibular Mediano.....   | 52   |
| Quiste Palatino Mediano.....   | 53   |
| Quiste Alveolar.....   | 54   |
| CAPITULO 7: Pseudo Quistes de los maxilares..  | 56   |
| Quiste Oseo traumático.....  | 57   |
| Quiste Oseo Aneurismático.....   | 60   |
| Quiste Oseo Estatico.....  | 62   |
| CAPITULO 8: Quistes del cuello, piso de la bo<br>ca y glándulas salivales.....                 | 64   |
| Quiste del conducto tirogloso....  | 65   |
| Quiste linfoepitelial.....   | 66   |
| Quistes Orales con Epitelio gas -<br>trico o intestinal.....                                   | 67   |

|                               |   |    |
|-------------------------------|---|----|
|                               | Quistes de las glándulas salivales.....                         | 68 |
|                               | Ranula.....   | 68 |
|                               | Mucocele.....   | 69 |
| CAPITULO                      | 9: Complicaciones posoperatorias.....                           | 71 |
|                               | Fractura mandibular.....  | 71 |
|                               | Carcinoma originado a partir de un-<br>quiste odontogénico..... | 73 |
|                               | Obliteración del seno maxilar.....                              | 75 |
|                               | Senos faciales o cervicales.....                                | 75 |
|                               | anestesia o parestesia.....                                     | 76 |
| CAPITULO                      | 10: Casos clinicos.....   | 78 |
|                               | Caso 1.....   | 78 |
|                               | Caso 2.....   | 80 |
|                               | Caso 3.....   | 83 |
|                               | Caso 4.....   | 85 |
|                               | Caso 5.....   | 87 |
| CAPITULO                      | 11: Conclusiones.....   | 89 |
| B I B L I O G R A F I A ..... |   | 91 |

## INTRODUCCION.

- Si bien esta enfermedad no es frecuente en la práctica del odontólogo, es necesario que todos estemos, tanto estudiantes como profesionistas, bien orientados a cerca de los quistes de los maxilares.

En esta tesis se ha incluido la Histopatología necesaria para una comprensión más clara de los aspectos prácticos del diagnóstico y tratamiento.

Existen procesos inflamatorios que nos obligan a decisiones rápidas en parte, se trata de hallazgos casuales en radiografías.

Existe una definición más apropiada para los quistes de los maxilares, que es una cavidad anormal en tejidos duros o blandos que contienen un fluido o semifluido o un gas que frecuentemente será encapsulado y recubierto por un epitelio.

Se ha aprovechado el material de enfermos que nos proporciona El Hospital General de la S.S.A. Este material consiste en casos clínicos del archivo del mismo.

## CLASIFICACIONES.

Las clasificaciones se realizan seleccionando ciertas características que son comunes a cierto número de condiciones y agrupándolas en base a las propiedades compartidas. Se pueden así crear variedad de clasificaciones; por ejemplo ya sean los caracteres clínicos, la apariencia histológica, la embiología o el tejido que lo origina, pueden formar las bases de la clasificación o la combinación de estas consideraciones.

Una clasificación de los quistes es útil cuando contribuye a clasificar, o mejorar los distintos tipos de quistes. Idealmente debería basarse en su etiología, pero como ésta no está perfectamente comprendida, las distintas clasificaciones de quistes de los maxilares inevitablemente reflejan los avances de los conocimientos y los nuevos conceptos, y distintos grupos, pueden por analogía, enseñarnos diferentes cosas sobre esas condiciones. Uno de los primeros estudios sobre este tema fué llevado a cabo por el comité de la Asociación Dental Británica sobre Odontomas y publicada en 1914.

La mayor parte de los quistes de la boca y de los maxilares se pueden separar en dos grandes categorías, los que tienen una localización central o intraósea y los que crecen en los tejidos periféricos o blandos.

QUISTES DE LA BOCA Y DE LOS MAXILARES.

1.- Centrales o intraóseos.

a) Quistes infeccioso (radicular, peridental, etc).

b) Quistes del desarrollo.

1) de la línea media.

2) globulomaxilares.

3) del canal incisivo.

4) nasopalatino.

c) quistes neoplásicos.

1) primordiales (foliculares)

2) dentados.

3) multiloculares.

2.- Periféricos.

a) Quistes de retención

1) ránula

2) quiste mucoso.

b) quistes del desarrollo.

1) dermoides.

2) epidermoides.

3) fisuras<sub>u</sub>branquiales

4) tirogloso.

3.- Enfermedades pseudoquísticas.

a) "quistes" óseos idiopático (hemorrágico, traumático, so  
litario, etc)

b) "quiste óseo aneurismático.

c) "quiste" óseo latente (estático, de la cavidad lingual)

Existe un sistema moderno y preciso diseñado por Robinson- - - (1945) con la cooperación de otras autoridades en el campo de la medicina y de la Odontología. Los términos antiguos fueron descartados y para su clasificación, los quistes fueron subdivididos en dos grupos específicos basados en el origen primordial del tejido epitelial.

#### QUISTES DE DESARROLLO.

##### A) del tejido odontogénico.

###### 1) quiste primordial.

a) tipo radicular o de ápice dentario.

b) tipo lateral.

c) tipo residual.

###### 2) quiste dentífero.

###### 3) quiste primordial.

##### B) de tejido no odontogénicos.

1) quiste medio (quiste medio-palatino-medio).

2) quiste de canal incisivo.

3) quiste glóbulo-maxilar.

#### Clasificación de S.N. BHASKAR.

##### QUISTES ODCNTOGENICOS.

1) Primordial.

2) Dentigero                      Quistes Foliculares.

3) Multilocular.

4) Radicular.

5) Residual.



QUISTES NO ODONTOGENICOS.

- 1) Palatino mediano.
- 2) Alveolar mediano.
- 3) Globulomaxilar.            Quistes Fisurales.
- 4) Nasoalveolar.
- 5) Mandibular mediano.
- 6) Nasopalatino.

"QUISTES" NO EPITELIALES (SEUDOQUISTES).

- 1) Traumático.
- 2) Cavidad ósea ideopática.
- 3) Hueso aneurismal.

La gran clasificación de Kruger incluye un buen número de quistes de tejidos blandos de la cavidad oral y de las estructuras- - contiguas.

Clasificación de Kruger.

- A) quistes congénitos.
- 1) Tirogloso.
  - 2) branquiogénico.
  - 3) dermoide.

B.) Quistes de desarrollo.

1.) Origen no odontogénico.

a.) Tipos fisurales.

I) Nasoalveolar.

II) Medio.

III) Canal Incisivo.

IV) Globulomaxilar.

b.) Tipos retentivos.

I) Mucocele.

II) Ránula.

2.) Origen odontogénico

a.) Periodontal.

I) Periapical.

II) Lateral.

III) Residual.

b.) Primordial.

c.) Dentigéro.

Clasificación de St. Louis, C.V. Mosby.

No odontogénos.

1) Quistes de hendiduras (incluyendo los globulomaxilares, - nasoalveolares, mandibulares medianos, linguales anteriores, dermoides, epidermoides, palatinos del recién nacido y quistes nasopalatinos).

2) Neuroquistes (quistes óseos aneurismáticos, estáticos, y - solitarios).

3) Quistes del conducto tirogloso.

- 4) Quistes linfoepiteliales (de hendidura branquial).  
Odontogénicos.
- 1) Dentíferos.
- 2) De erupción
- 3) Gingivales y periodónticos.
- 4) Radiculares (periapicales).
- 5) Tumores queratinizantes quísticos.
- 6) Queratoquistes odontogénicos.

Clasificación de Herbert Harnisch.

Clasificación de los quistes

Quistes Disgenéticos.

(Quistes por malformaciones).

A) Quistes del período de desarrollo dentario.

1) Quistes del listón dentario (sin relación con el órgano de esmalte).

2) Quistes de desarrollo odontógenos sin diente (quistes primordiales).

3) Quistes de desarrollo odontógenos con rudimentos dentarios (odontomas).

B) Quistes odontógenos.

1) Quistes de la raíz dentaria.

a) Quistes radiculares.

b) Quistes paradentales.

c) Quistes residuales.

d) Quistes de la dentición temporaria.

2) Quistes de la corona dentaria.

a) quistes foliculares típicos.



Los autores fueron particularmente impresionados por la clasificación de Gorlin y la de Lucas la que posee la ventaja doble de brevedad y simplicidad. Una variedad de quistes de los tejidos -- orales y de la región cervicofacial ha sido enumerada por Gorlin, quien arbitrariamente toma los grupos intraóseos y de tejidos -- blandos, pero solo trataremos los del primer grupo.

#### Clasificación de Lucas.

##### Quistes intraóseos.

- A) Quistes fisurales.
  - 1) mandibular medio.
  - 2) palatino medio.
  - 3) nesopalatino.
  - 4) globulo-maxilar.
  - 5) nasolabial
- B) Quistes odontogénicos.
  - 1) de desarrollo.
    - a) primordial.
    - b) dentífero.
  - 2) inflamatorio.
  - 3) radicular.
- C) quistes óseos no-epiteliales.
  - 1) óseo solitario.
  - 2) óseo aneurismático.

#### Clasificación de Gorlin.

##### Quistes Odontogénicos.

- 1) dentífero.

- 2) De erupción.
  - 3) Gingival del recién nacido.
  - 4) Periodontal lateral y quiste gingival.
  - 5) Queratinizante y quiste odontogénico calcificante. (tumor quístico queratinizante).
  - 6) Radicular (periapical)
  - 7) Queratoquistes odontogénicos.
    - a) Quiste primordial.
    - b) Queratoquiste múltiple de los maxilares, carcinomas de células basales múltiples cutáneas y anomalías esqueléticas.
- Quistes no odontogénicos y fisurales.

- 1) globulomaxilares.
- 2) Nasoalveolar (nasolabial; Quiste de Klestadt).
- 3) Nasopalatino
- 4) Mandibular medio.
- 5) Lingual anterior.
- 6) Dermoides y epidermoides.
- 7) Palatino del recién nacido.

Quistes de cuello, piso de boca y glándulas salivales.

- 1) Quistes del conducto tirogloso.
- 2) Quiste linfoepitelial. (de fisura branquial)
- 3) Quiste oral con epitelio gástrico o intestinal.
- 4) Quiste de glándula salival.
- 5) Mucocèle y ránula.

Pseudoquistes de los maxilares.

- 1) Quiste óseo aneurismático.
- 2) Quiste óseo estático (de desarrollo; latente).
- 3) quiste óseo "traumático" (hemorrágico; solitario).

Las clasificaciones precedentes se basan en la etiología su-  
puesta de cada quiste y los elementos de los cuales se supone se-  
originan. Hasta que no se esté en la certeza de su etiología, -  
ninguna clasificación de los quistes podrán sentarse sobre bases-  
realmente científicas. En ausencia de evidencia irrefutable con-  
cernientes a la etiología y origen de los quistes de los maxila-  
res.

## CAPITULO 2

### EMBRIOLOGIA DE LA CARA EN RELACION DE LOS QUISTES DE LOS MAXILARES.

#### Desarrollo de la cara.

La membrana bucofaringea, que marca el lugar alrededor del cual se desarrollará la cara, permanece inicialmente entre el cerebro anterior y el corazón envuelto en su saco pericárdico. El ectomesénquima de la cresta neural se desplaza hacia abajo dentro del epitelio y entre la membrana bucofaringea y el corazón en desarrollo. Al rededor de la 4a. semana, el ectomesénquima ha desarrollado ya bordes marcados en esta región a fin de formar los arcos mandibulares e hioides. Más tarde, elevaciones de arcos branquiales más tardíos, se van agrandando en la zona caudal. (lamina 1, fig. a). Frente a la membrana bucofaringea, una acumulación de mesénquima frontonasal se eleva en una prominencia llamada proceso frontonasal. Lateralmente, el mesénquima del primer arco (mandibular), fluye hacia adelante, subepitelialmente, para formar otras protuberancias a cada lado de la membrana bucofaringea, para así formar el proceso maxilar. Como resultado, la membrana bucofaringea, en la cual en este estadio está comenzando a perforarse, permanece al final de una fosa amplia y poco profunda, llamada estomodeo.

En cortes histológicos el epitelio lateral al mesénquima frontonasal se engrosa para formar las placas olfativas. El mesénquima frontonasal medio, por arriba y lateralmente en esas narinas, -



prolifera hasta formar una elevación en forma de pie de equino -- al rededor de cada placa. De este modo, durante la 5a. semana, -- esas placas se sumergen debajo de la superficie. Las partes me -- dias de esas elevaciones son los procesos nasales medianos, las -- partes laterales, los procesos nasales laterales. (lamina 1, fig- b y c). En este momento, los arcos mandibulares están separados -- por una hendidura media, pero como mesénquina mandibular prolifera hacia el centro, la hendidura va desapareciendo hasta que se forma un arco mandibular, entero.

Durante la 6a. semana, los procesos nasales medios se agrandan considerablemente, desarrollandose hacia abajo entre los procesos maxilares y acercándose entre ellos. (lamina 1, fig. d y e). El -- mesodermo de los dos procesos nasales medios se fusionan en la -- línea media y desaparecen así el surco que se había formado. Como resultado de su engrosamiento, protegen el resto del área fronto-nasal. Al mismo tiempo, el mesodermo maxilar incrementa considera- blemente su volumen de tal manera que la distancia entre las aberturas nasales va disminuyendo hasta quedar bastante cerca. Las -- elevaciones maxilares mantienen una relación con los procesos -- nasales medios de forma tal que avanzan medianamente hacia abajo del proceso nasal lateral y debajo de las fosas olfatorias.

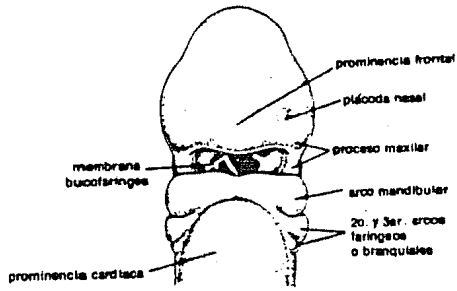
Mientras las placas olfatorias se sumergen debajo de la superficie que las rodea, a causa de la proliferación de mesénquina en forma de pie de equino alrededor de sus bordes, mantienen a la -- vez, contacto con el epitelio de la superficie a través de sus -- márgenes. El mesénquina nasal medio prolifera y el mesénquina- -- maxilar por lo tanto, no puede mezclarse, pero se desarrollan -- hacia adelante a cada lado de un surco en este lugar y, como la --

masa mesenquimática se agranda cada vez más, los dos lados del -- surco son presionadas entre ellos. Las dos superficies epitelia -- les se adhieren una a otra y como resultado parecen una hoja ver -- tical de epitelio que separa el mesénquima nasal medio y maxilar, y permanece adosado a la placa olfatoria en su extremo superior. Esa hoja epitelial se denomina aleta nasal. Los cortes muestran -- que se muestra que se forma una pequeña abertura en el centro de -- la aleta nasal, a través de la cual el mesodermo maxilar fluye, -- La abertura se agranda, tanto sea como resultado de una dilata -- ción por el mesénquima que prolifera, o por la retracción del epi -- telio hacia el nuevo nivel de superficie. Los restos de células -- epiteliales son difíciles de encontrar en este lugar, por lo que -- la destrucción gradual como se ve entre el proceso palatino, no -- se cree que sea posible.

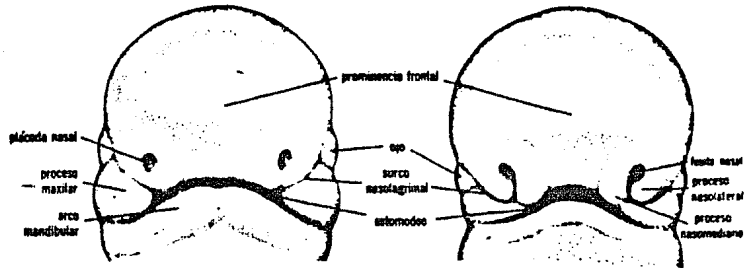
El agrandamiento de las partes adyacentes dilata el remanente -- de la aleta epitelial detrás del área de la fusión mesenquimática -- nasal media-maxilar, en dirección lateral. El epitelio en este -- estadio, es la llamada membrana buconasal, y separa una extensión -- inferior de la fosa olfatoria del estomodeo. Como este epitelio -- no es acompañado por mesodermo, rápidamente se rompe y establece -- una comunicación entre las fosas nasales y la cavidad oral. Las -- aberturas, una a cada lado del canal nasal. El tejido de debajo -- de las fosas nasales forman el paladar primario.

La zona media o componente gnatogingival dará lugar a la parte -- premaxilar del proceso alveolar superior y el componente anterior -- formará la porción media del labio superior.

LAMINA 1.

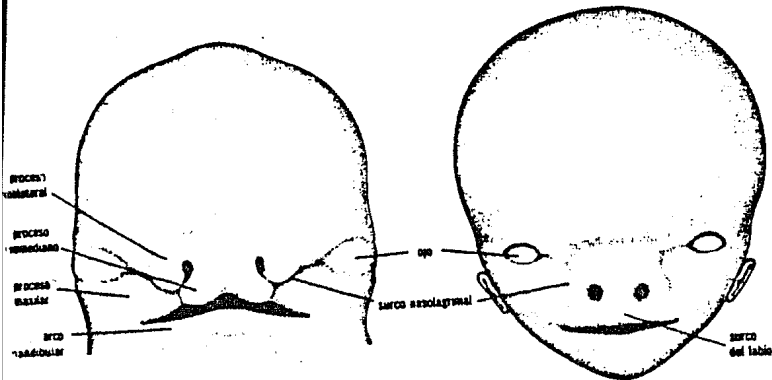


A



B

C



D

E

### Desarrollo del paladar.

Durante la 7a. semana, se desarrolla un proceso con forma de repisa o estante, a partir de los lados del estomodeo en la misma línea que el paladar primario. El cual deriva del segmento intermaxilar. (lámina 2, Fig. B). Sin embargo, la porción principal del paladar definitivo es formada por las excreciones laminares de los procesos maxilares; estas elevaciones (prolongaciones o crestas palatinas) aparecen en el embrión de seis semanas y descienden oblicuamente hacia ambos lados de la lengua (lámina 2, Fig. A). La lengua se desplaza hacia abajo y las crestas palatinas ascienden y se tornan horizontalmente por arriba de la lengua y se fusionan una con otra, formando así el paladar definitivo. (lámina 2, Fig. B, C, D, E).

Durante la 8a. semana, las prolongaciones palatinas se acercan entre sí en la línea media, se fusionan y forman el paladar definitivo (lámina 2, Fig. C y D). Hacia adelante las crestas experimentan fusión con el paladar primario triangular, y el agujero incisivo puede considerarse el detalle mediano de separación entre los paladares primarios y secundarios. Al tiempo en que se fusionan las prolongaciones, el tabique nasal crece hacia abajo y se une con la superficie cefálica del paladar neoformada (lámina 3, Fig. A y B). Debe recalcar que no todo el paladar proviene de los procesos palatinos, solamente el paladar blando y la porción central del paladar duro (tegen oris, techo bucal), se forman a partir de los procesos palatinos, las partes periféricas, en forma de herraduras (borde tectorial), se origina de los procesos maxilares (lámina 3, Fig. C).

El paladar esta separado del labio por un surco poco marcado, en cuya porción profunda se originan dos láminas epiteliales. La lámina externa es la vestibular y la interna la dental. El proceso alveolar se forma después del mesodermo situado entre esas láminas.

La papila palatina se desarrolla muy tempranamente como una prominencia redondeada en la parte anterior del paladar (lámina 4 fig. A, B, C).

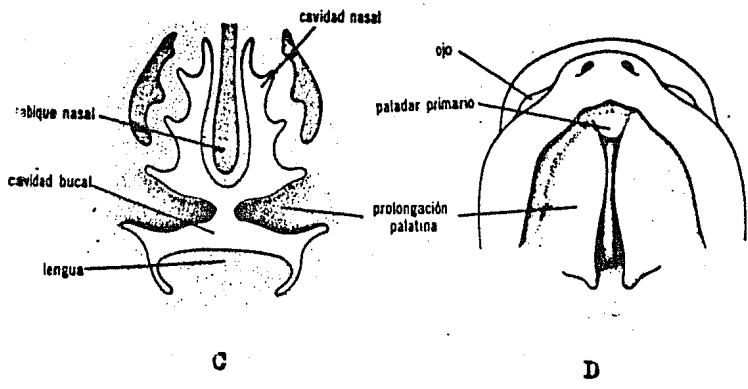
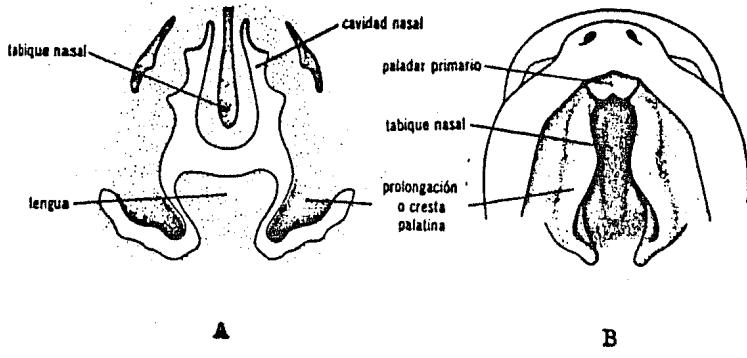
Las rugosidades palatinas cruzan la parte anterior del paladar como pliegues transversales irregulares.

En el labio superior la porción central de la pars villosa es prominente y forma el tubérculo del labio superior. Un pliegue llamado frenum tectolabial, conecta la papila con el tubérculo labial, posteriormente se separa de la papila palatina y persiste como el frenillo labial superior, conectando el borde alveolar con el labio superior (lámina 4, fig. A-B).

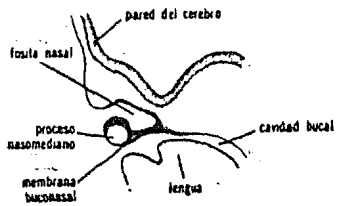
Existe una salida en la región molar que se llama borde pseudoalveolar, desaparece conforme el proceso alveolar superior crece hacia atrás.

El desarrollo del borde alveolar mandibular es simple. No hay borde pseudoalveolar previo, y el proceso alveolar crece gradualmente en la cavidad bucal, dentro de los límites del surco labial. El surco labial profundiza hasta formar el vestibulo bucal, que se extiende hacia atrás hasta las regiones limitadas por las mejillas.

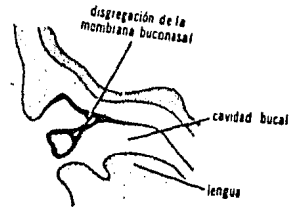
LAMINA 2.



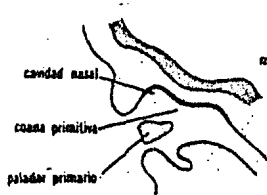
LAMINA 3 .



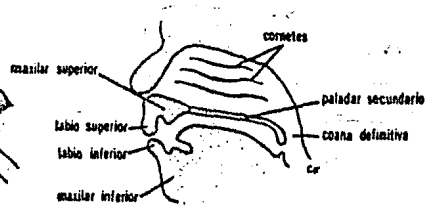
A



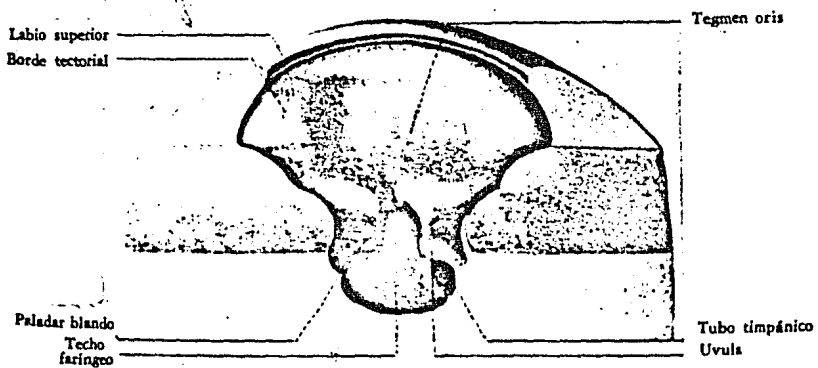
B



C

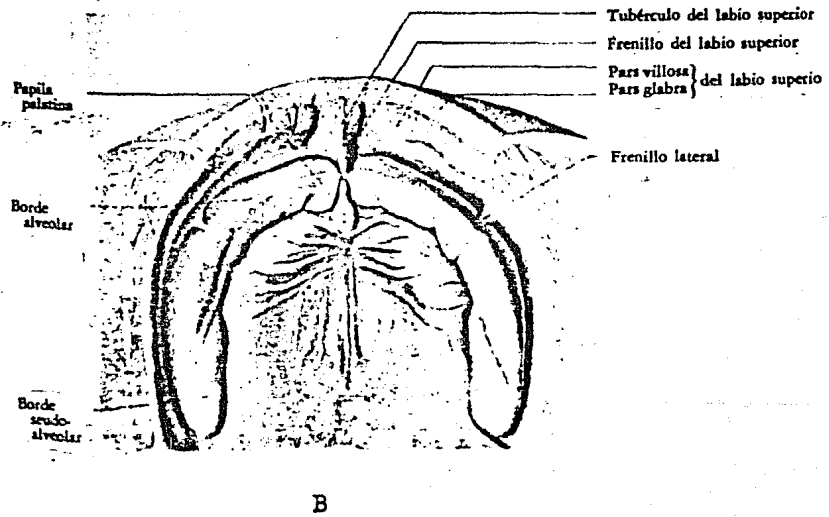
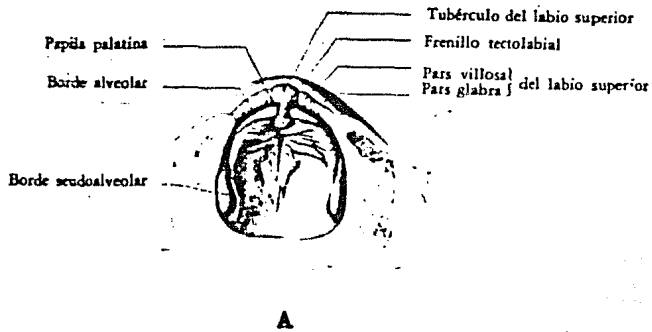


D



E

LAMINA 4 .





### Desarrollo de la lengua.

La lengua se deriva de los primeros, segundos y terceros arcos branquiales.

El cuerpo y la punta de la lengua se originan de tres prominencias de la cara interna del primer arco branquial o mandibular, -- (lamina 5 A).

Existen dos prominencias linguales laterales y una prominencia media solitaria, el tubérculo impar (lámina 5, fig. B).

A). La base de la lengua se desarrolla a partir de una prominencia formada por la unión de las bases de los segundos y terceros arcos branquiales. El tubérculo impar, que al principio es prominente, reduce pronto su tamaño relativo y después casi desaparece.

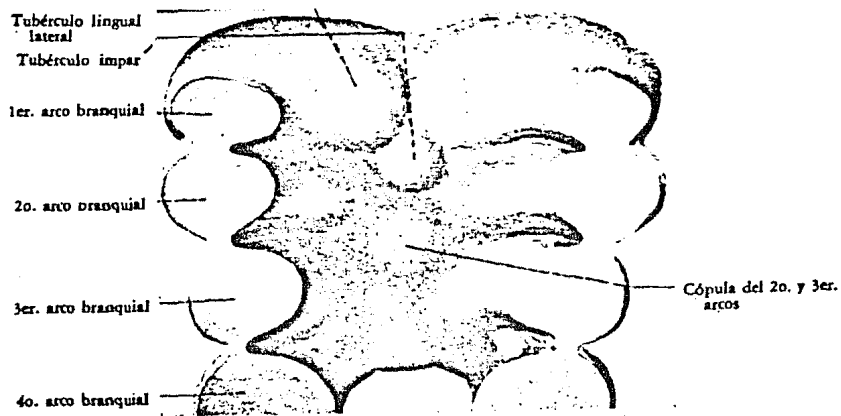
La línea media, sobre la base del primer arco y entre las estructuras derivadas de los primeros y segundos arcos branquiales, se desarrolla la glándula tiroidea por crecimiento y diferenciación progresiva hacia abajo. Un conducto transitorio, el conducto tirogloso, se origina en esta región, creciendo hacia abajo a través de la lengua en desarrollo, hasta llegar al sitio futuro de la glándula.

Su extremidad bucal está señalada en la lengua adulta por el agujero ciego (lamina 6). Los quistes del conducto tirogloso pueden desarrollarse en esta región, desde el agujero ciego hasta el ítimo de las glándulas tiroideas.

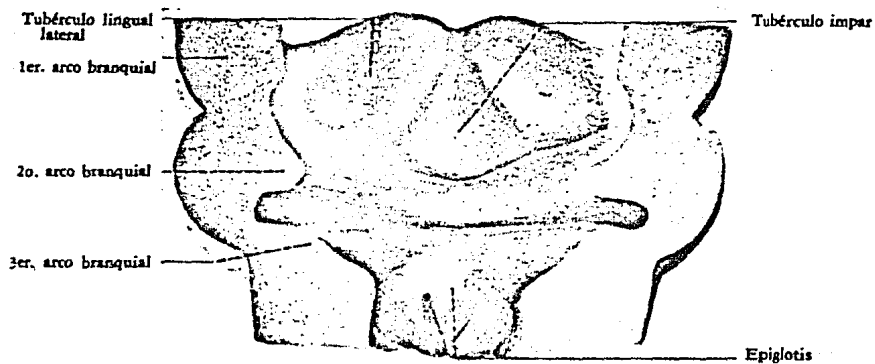
En las etapas tardías del desarrollo de la lengua crece rápidamente y en la parte anterior se diferencian varios tipos de papilas, mientras en la parte posterior de la mucosa lingual aparece -

tejido linfático. Los musculos extrínsecos en la lengua crecen en su mesodermo primitivo, y los musculos intrínsecos se diferencian a partir del mesodermo del mésenquima situado en el espesor de la lengua.

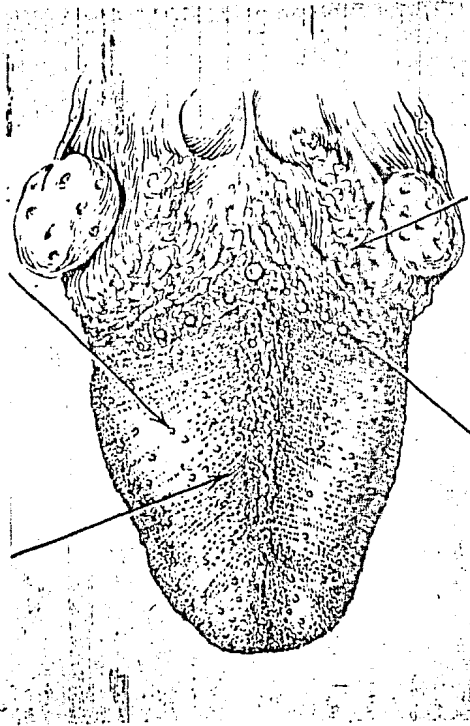
LAMINA 5.



A



B



LENGUA ADULTA.

### Desarrollo de los dientes.

Hacia la sexta semana de desarrollo, la capa basal del revestimiento epitelial de la cavidad bucal prolifera rápidamente y forma una estructura en forma de "C", a lo largo de los maxilares superior e inferior (lámina 7, fig. A). Se forman brotes que en su superficie profunda se invagina y se llega al llamado período de caperuza o casquete del desarrollo dentario. (lámina 7, fig. B). La caperuza consiste en capa externa, en el epitelio dental externo, capa interna, el epitelio dental interno, y un centro de tejido laxo, el retículo estrellado. El mesénquima situado en la cavidad limitada por el epitelio dental interno prolifera y se condensa, formándose así la papila dental (lámina 7, fig. B).

Al crecer la caperuza dental y profundizarse la escotadura, el diente adquiere aspecto de campana (período de campana) (lámina 7 fig. C). Las células de mesénquima de la papila adyacente a la capa dental interna se convierte por diferenciación en odontoblastos (predentina-dentina) por virtud del engrosamiento ininterrumpido de la capa de dentina, los odontoblastos retroceden hacia la papila dental y dejan en la dentina prolongaciones citoplásmicas finas llamadas fibras dentinarias (lámina 7, fig. D). Los odontoblastos constantemente producen predentina, la cual se transforma en dentina. Las demás células de la papila dental forman la pulpa del diente.

Mientras ocurre lo anterior, las células epiteliales de la capa dental interna se ha convertido por diferenciación en ameloblastos (deformadores de esmalte). La capa de contacto entre el esmalte y dentina se llama unión del esmalte y la dentina.

El esmalte se deposita inicialmente en el ápice del diente y desde ahí se extiende poco a poco hacia el cuello, formando de esta manera el revestimiento de esmalte de la corona de pieza.

La raíz del diente comienza a formarse poco después de brotar la corona. Las capas epiteliales dentales internas y externas, adosadas en la región del cuello del diente, se introducen más profundamente en el mesénquima subyacente y forman la vaina radicular epitelial de Hertwig (lámina 7, fig. D).

Al depositarse cada vez más dentina en el interior de la capa formada, la cavidad pulpar se estrecha y finalmente forma un conducto por el que pasan los vasos sanguíneos y los nervios de la pieza dentaria.

Las células mesenquimátosas situadas fuera del diente y en contacto con la dentina de la raíz se convierten por diferenciación en cementoblastos (lámina 7, fig. E-F), que elaboran una capa delgada de hueso especializado, el cemento, que se deposita sobre la dentina de la raíz; fuera de la capa de cemento, el mesénquima origina el ligamento paradontal (lámina 7, fig. E-F).

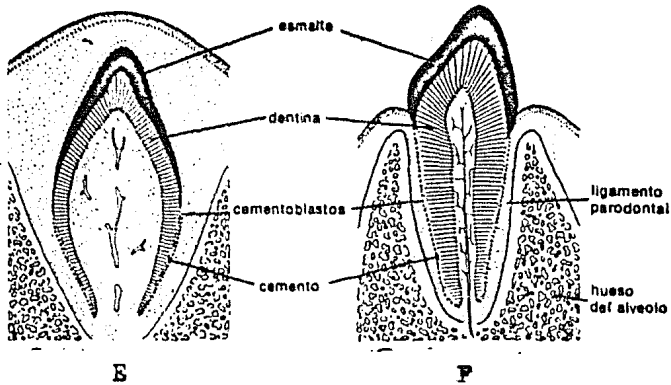
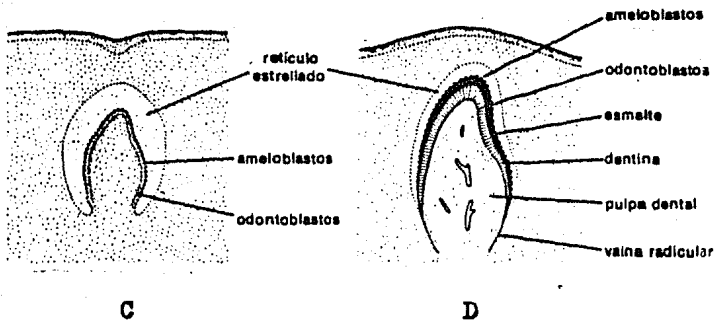
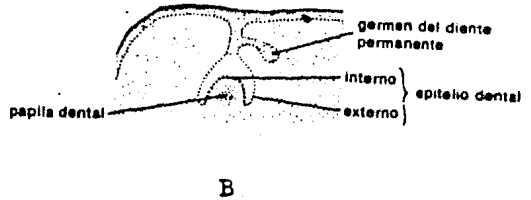
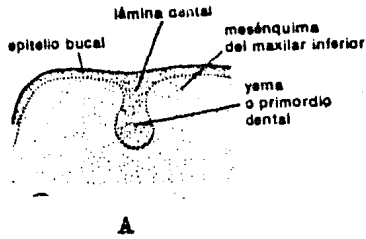
Los dientes desiduos, caducos o de leche brotan entre los 6 y los 24 meses después del nacimiento.

Los esbozos de los dientes permanentes están situados en la cara lingual de los dientes caducos y se forman durante el tercer mes de vida intrauterina. Estos primordios, cuyo desarrollo es semejante al de los dientes de leche, permanecen inactivos hasta el sexto año de vida; en esta fecha, comienzan a crecer, empujan por abajo a los dientes de leche y así contribuyen a su caída.

A veces, el neonato presenta los incisivos centrales inferiores; en estas circunstancias, suelen tener formación anormal y no

seen esmalte y carecen de raíz.

LAMINA 7.





Orígenes posibles de los quistes fisurales.

Los quistes fisurales posibles son:

Quiste Maxilar.

a) Nasopalatino.

1. Quiste del canal incisivo.

2. Quiste de la papila incisiva.

b) Quiste globulomaxilar

c) Quiste alveolar medio.

d) Quiste palatino medio

e) Quiste nasolabial.

Quiste Mandibular.

Quiste mandibular medio.

Los quistes nasopalatinos aparecen en cavidades óseas que -- están directamente relacionadas con uno o ambos canales incisivos frecuentemente reemplazan la fosa incisiva. Bastante frecuentemen te se encuentran cuerdas epiteliales, tubos, perlas y microquistes que se forman en los canales o fosas incisivas pueden muy bien de sarrollarse a partir de ese epitelio.

Un quiste mas superficial aparece en la mucosa detrás de la -- papila incisiva. Estos se ensanchan y frecuentemente se vacían -- espontáneamente, sólo para volver a crecer otra vez. Son los deno minados quistes de la papila incisiva. A pesar de que a veces se ven estructuras glandulares entre el material epitelial en los -- canales incisivos de fetos, no se encuentran generalmente glánsu las salivales mucosas dentro de la región de la fosa incisiva de-

paladares normales.

En este momento parece muy dudoso que los quistes globulomaxilares existan como entidades de origen evolucionista. Como la aleta nasal descansa en un escalón entre el mesénquima maxilar y el nasal medio, el epitelio de la aleta nasal puede ser responsable de los quistes globulomaxilares. Es más posible que los quistes globulomaxilares aparezcan del epitelio atrapado entre las repisas palatinas y el paladar primario, ya que la línea de unión está detrás del proceso alveolar.

Ahora se acepta que los quistes alveolares medios no existen como una entidad de origen evolucionista. Los quistes que alguna vez se les describió con ese nombre, ahora se les reconoce como quistes nasopalatinos, los cuales ocupan el extremo más bajo del canal incisivo y se proyecta hacia abajo en las películas peripicales. El mesénquima de los procesos nasales medios se fusionan y suaviza así la depresión existente entre ellos, quedando anulada la posibilidad de que queden atrapados restos epiteliales. Ni el modo de evolución superior sin labio fisurado medio, ni la fisura del margen alveolar superior sin labio fisurado, soportan la posible aparición de un quiste alveolar medio de desarrollo.

A causa de que las perlas de queratina y los microquistes se puedan encontrar aún en el neonato en la línea media del paladar y en la línea de unión de las repisas palatinas, la existencia de quistes palatinos medios siempre ha parecido bastante probable. La explicación sería que el fenómeno de los microquistes y perlas epiteliales en este lugar en el neonato representa una fase en la destrucción del epitelio, más que su proliferación. El epitelio que queda entre los dos estratos de tejido conectivo se rompe, y-

las perlas epiteliales y los microquistes pueden formarse antes de que se complete la destrucción.

El quiste mandibular medio como entidad de evolución a partir de epitelio no odontogénico, tampoco es muy reconocido. Los quistes se encuentran en la línea media del maxilar inferior y parecen haberse originado allí. Desplazan simétricamente las piezas dentarias de cada lado, pero los incisivos inferiores responden siempre a los tests de vitalidad. Tanto los quistes óseos como los primordiales son comunes en la región incisiva inferior y ambos pueden responder a los muchos casos. Otro tipo de quiste es el radicular residual originado a partir de un incisivo central inferior temporario.

Los quistes dermoides medios se encuentran en el piso de la boca lingualmente con respecto a la mandíbula. En un primer estadio se encuentran debajo del frenillo lingual. Quistes similares se encontraron en la línea media de la lengua y es probable que se desarrollen a partir de epitelio atrapado entre las dos protuberancias linguales que aumentan de tamaño desde atrás a partir del arco mandibular para formar los dos tercios anteriores de la lengua.

El quiste nasolabial se encuentra debajo del ala de la nariz y adyacente al labio superior. Se desarrolla en el extremo más bajo de la línea de unión del maxilar superior y las elevaciones nasales laterales. El surco naso-óptico que se encuentra entre los dos procesos forma un brote de epitelio internamente, lo que parece ser una oportunidad para el secuestro de la parte interna de este brote y por lo tanto, para el desarrollo de un quiste nasolabial.

### CAPITULO 3

#### HISTOPATOLOGIA.

La histopatología en los quistes de los maxilares es muy importante, ya que se va a referir al estudio de los tejidos, células y microorganismos, así como su patocidad por lo que podremos diferenciar el tipo de quiste que se tiene presente en un momento determinado, teniendo en cuenta sus signos y síntomas.

Se tomará a continuación referencia histopatologica de varios quistes de los maxilares.

##### Quiste dermoide.

Los quistes dermoides, se presentan en el el piso de la boca o en sus cercanías, pero también en otras partes de la cavidad bucal.- Frecuentemente se observan en la región submentoniana.

La pared del quiste está formada por tejido conjuntivo fibroso que contiene glándulas sebáceas y folículos pilosos además de queratina. El interior está revestido por epitelio escamoso células y sin que se formen clavos interpapilares (fig. 1 y 2).

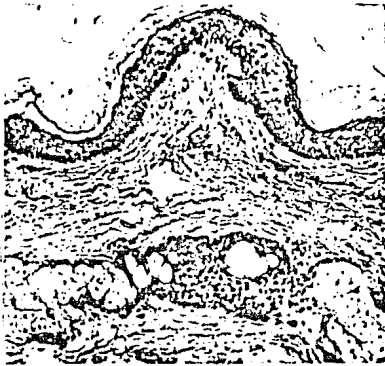


fig. 1

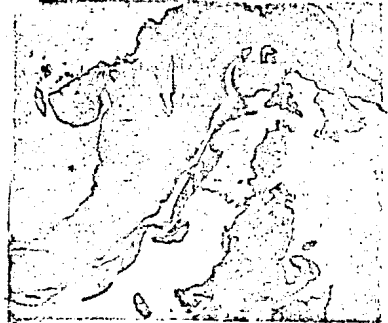


fig . 2

### Quistes radiculares (Apical, Lateral, Residual).

Su nombre lo indica, están situados en la región de las raíces de los dientes.

El quiste radic-ular consiste en una pared de tejido conjuntivo fibroso, la cual, por lo general, es moderadamente vascularizada (fig. 3 y 4). Puede estar infiltrada por elementos de inflamación crónica aguda o subaguda. En ocasiones habra cristales de colesterol, células gigantes de cuerpo extraño, corpúsculos de Russell y pigmentos sanguíneos (fig. 5 y 6). El interior suele estar revestido de epitelio escamoso estratificado, cuyo grosor varia. Existen numerosas variantes, sobre todo en relación con la membrana de revestimiento, que en ocasiones puede ser ciliada (fig. 7), cúbica y aún cilíndrica, sin que fluya la localización de la lesión, ya que sea en el maxilar o en la mandíbula. En ocasiones la pared de revestimiento provoca una producción exagerada de quere-

tina, que hace que la lesión parezca un dermoide la cual solamente se diagnostica por su localización, la presencia de queratina (fig. 8), glándulas sebáceas y folículos pilosos. No debe confundirse el epitelio hiperplásico con una alteración maligna, ni tampoco con alteración ameloblástica. A veces se observan macrófagos cargados de grasa, pero no indica necesariamente una alteración general.

fig. 3



fig. 4



fig. 5



fig. 6



fig. 7



fig. 8



Quiste residual.

La histopatología puede ser, y es con frecuencia, idéntica a la del quiste radicular. Los quistes odontogénicos se diferencian entre sí histopatológicamente cuando aparecen alteraciones ameloblásticas en el quiste folicular. Es difícil separar histológicamente o clínicamente, en una boca edéntula, un quiste residual radicular es un quiste simple folicular o se un quiste residual conjunto fibroso, que contiene elementos inflamatorios crónicos o subagudos, cristales de colesterol y pigmentos sanguíneos. Otras características son los cuerpos de Russell y células gigantes de cuerpo extraño. El interior suele estar recubierto por epitelio escamoso, aun cuando pueden encontrarse diferentes tipos de epitelio (fig. 9 y 10).

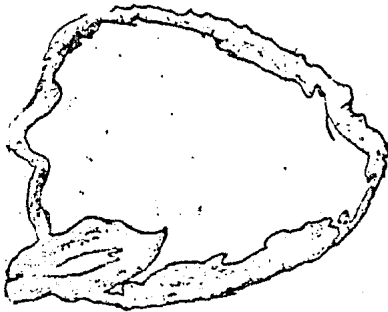
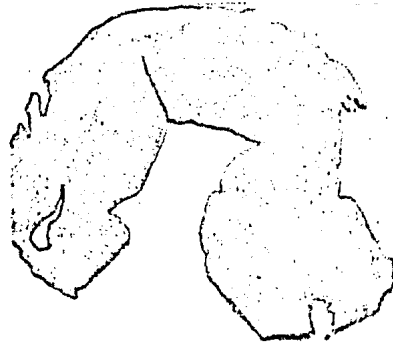


fig. 9

fig. 10



### Quistes medios.

Los quistes medios estan recubiertos de epitelios que puede ser escamoso estratificado o semejante al epitelio respiratorio (fig. 11). La pared consta de tejidos conjuntivo fibroso (algunas veces con colágena abundante) y suele estar infiltrado con elementos inflamatorios crónicos. Pueden observarse algunos caracteres de los quistes odontogénicos como células gigantes de cuerpo extraño, cristales de colesterol y corpúsculos de Russell.

fig. 11



### Quiste globulomaxilar.

La membrana de revestimiento suele ser de epitelio ciliado seu doestratificado cilíndrico, pero, a veces, se observa epitelio de la variedad escamosa. En la pared de tejido conjuntivo fibroso - a ra vez hay cristales de colesterol o células de cuerpo extraño. - Los quistes globulomaxilares son semejantes a los quistes odonto - génicos y a otros quistes suturales. Por ello se necesitan un exa - men radiográfico minucioso y una historia clínica detallada para - hacer un diagnostico defintivo.



Quistes Nasoalveolares.

Los quistes nasoalveolares están revestidos de epitelio cilíndrico, que contiene células caliciformes, además son muy semejantes a los quistes odontogénicos.

Quistes nasopalatinos.

La presencia de glándulas mucosas en las paredes del quiste del canal incisivo es un carácter de diferenciación; al revestimiento interior puede ser cilíndrico o escamoso (fig. 12 y 13). Cuando el revestimiento es cilíndrico, rara vez se aprecian estratificaciones y a veces, no se observan cilios. La pared está formada de tejido conjuntivo fibroso.

Los quistes de la papila están también formados por una pared de tejido conjuntivo fibroso, revestida por epitelio escamoso, o de tipo respiratorio; a veces se observan glándulas mucosas (fig. 14).

fig.12

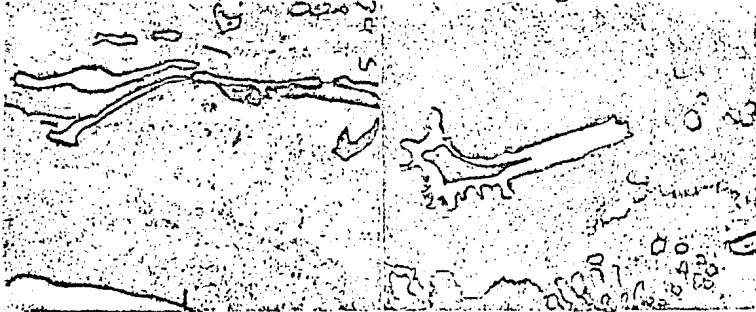


fig. 13



fig. 14

Cavidad traumática ósea (quiste simple del hueso; quiste hemorrágico o de extravasación latente).

En las primeras fases, el espacio óseo se encuentra lleno de hemorragia (fig. 15). Más adelante, el espacio puede estar casi completamente vacío, u sólo contiene unas cuantas bandas de tejido conjuntivo fibroso y sangre seca. Nunca se ha observado la formación de una pared epitelial.

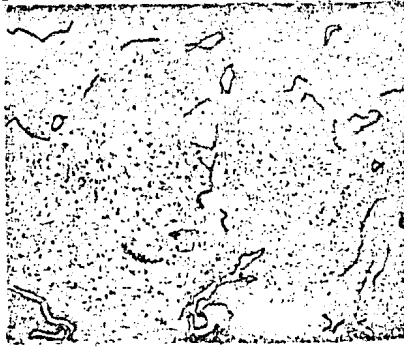


fig. 15

Quistes de retención (Ránula y Mucocelo).

Ránula.

Gran quiste de retención de las glándulas salivales principales. La ránula se observa, de modo principal, en la glándula sublingual y no implica el conducto de las submaxilares o parotidas.

Mucocelo.

Son quistes por retención de la mucosa del seno maxilar, que se desarrollan dentro del seno.

La pared del tejido conjuntivo fibrosos es delgado y su interior esta recubierto de epitelio escamoso apalado. Sin embargo, este último, a veces no se observa como resultado de la presión e

infección. En el interior hay restos celulares y mucosos. En ocasiones el contenido mucoso se infiltra en la pared del quiste o en los tejidos vecinos y provoca una respuesta inflamatoria. En el mucocèle y la rínula el epitelio metaplástico de los conductos - puede semejar tanto a un tumor mixto que el diagnóstico certero - es difícil, en especial en los casos en que no hay prueba de obstrucción.

RESUMEN.

| Quistes.                     | Histopatología.  |
|------------------------------|--|
| Quiste radicular.            | Presenta revestimiento epitelial.  |
| Quiste folicular.            | Revestimiento de epitelio.<br>Puede presentar alteraciones ameloblasticas.   |
| Quiste alveolar medio.       | Su interior esta recubierto de -- epitelio.  |
| Quiste medio palatino        | La luz recubierta por epitelio.  |
| Quiste globulomaxilar        | Su interior esta recubierto por - epitelio.  |
| Quiste nasopalveolar.        | Su interior esta recubierto por - epitelio.  |
| Quiste del canal incisivo.   | Contiene glándulas mucosas en la pared quística (carácter diferencial importante).   |
| Quiste de la papila palatina | Contiene glándulas mucosas en la pared quística.   |
| Cavidad ósea traumática.     | El espacio puede estar vacío con excepción de algunos fragmentos - de fibrina, eritrocitos y algunas bandas de tejido conjuntivo fibro<br>so<br>Puede estar lleno de sangre cuando se observa tempranamente. |

## CAPITULO 4

### RADIOLOGIA.

La apariencia radiológica clásica de un quiste común en los maxilares es una área de radiolucidez redondeada u oval, bien definida, circunscripta por una imagen radiopaca delgada. Sin embargo, existen muchas variaciones que dependen no sólo del tipo de quiste, sino que se relacionan con la ubicación y el grado de destrucción ósea y la expansión. Hay, también, sugestivas zonas radiolúcidas de una formación quística causada por otras entidades patológicas que representan peligro latente para el inexperto.

La confusión puede también provenir como resultado de un contorno similar a un quiste de las estructuras anatómicas normales. Otros accidentes anatómicos que debe ser diferenciado de una condición quística es el seno maxilar.

En el diagnóstico radiológico de quistes de los maxilares se debe tomar por lo menos dos películas a ángulos distintos. Usualmente en grandes quistes, la radiografía extraoral es esencial suplemento de las vistas intraorales convencionales.

Radiografías intraorales.- La proyección intraoral indispensable son películas periapicales, una vista oclusal convencional y una vista vista oclusal lateralizada o topográfica.

Es importante tomar radiografías periapicales cercanas a los extremos de grandes quistes para que sus extremidades se puedan visualizar. Cuando el quiste reduce el grosor de una capa externa de alguna entidad, puede ser apropiada una relación en la exposi-

ción y producir una radiografía más informativa.

Radiografía extraoral.- Demuestra la extensión completa de -- una anomalía y provee una reproducción exacta del hueso marginal normal que circunda la lesión.

#### Quistes dentigeros.

Se muestra un diente que no ha erupcionado, cuya corona está -- rodeada por una zona radiolúcida nítidamente demarcada. En quistes grandes de la zona del tercer molar mandibular, la radiolu- -- cencia puede extenderse lejos hacia el interior de la rama.

#### Quiste primordial.

Las radiografías ponen de manifiesto una zona radiolúcida bien demarcada, que no se asociacon un diente erupcionado o no erup- -- cionado.

#### Quiste radicular.

Se encuentra una radiotransparencia periapical y una distonti- -- nidad de la membrana periapical de la lámina dura, que son caracte- -- rísticas del granuloma periapical y del absceso.

#### Quiste residual.

Zona radiotransparente cuyos bordes periféricos son ayudos, -- bien definidos y curvados.

#### Quiste globulomaxilar.

El quiste se presenta muchas veces como zona radiotransparente invertida, y de forma de pera, de los caninos, dando lugar a un --

desplazamiento moderado o interno; la zona radiotransparente es homogeneamente oscura; la lamina dura de la cara distal de la raíz lateral y de la cara media de la raíz del canino suele faltar y el borde periférico del quiste no están bien delimitado como sería de esperar en los quistes anteriores.

#### Quiste nasopalatino.

Radiográficamente no se muestra ninguna alteración ósea. Sin embargo, puede aparecer una radiolucencia si el quiste produce una resorción ósea por presión desde el lado del periostio.

#### Quiste nasopalatino.

Los caracteres radiográficos son muy variables. En algunos casos, el quiste nasopalatino se presenta como una zona radiotransparente redondeada, única y unilateral, de algunos o muchos milímetros de diámetro, inmediatamente por encima o junto al ápice de un incisivo central; en otros casos, se descubren zonas radiotransparentes quísticas parecidas pero bilateralmente; y a veces, se encuentra la forma radiotransparente acorazonada que es más característica.

#### Quiste mandibular mediano.

El examen radiográfico raramente permite un diagnóstico categórico acerca de la radiotransparencia que se observa; ya que al diagnosticar grandes lesiones radiotransparentes del maxilar como quistes simplemente porque en la radiografía tienen aspecto "esférico".

Quiste óseo aneurismático.

La radiolucencia puede ser unilocular, pero por lo general -- presenta un aspecto multilocular o semejante a pompas de jabón.

Quiste óseo traumático.

Se presenta como una zona radiolúcida amplia, que puede expandir las tablas del maxilar. La radiotransparencia se extiende por entre los dientes y posee un contorno festoneado.

Quiste óseo ideopático.

Las radiografías muestran una zona radiolúcida bien demarcada, por lo general situada debajo del conducto dentario inferior y -- que no dilata la tabla cortical.



CAPITULO 5

QUISTES ODONTOGENICOS.

- 1). Quiste primordial.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 2). Quiste dentigero.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 3). Quiste radicular.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 4). Quiste residual.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.

### QUISTE PRIMORDIAL.

El quiste primordial comprende aproximadamente el 5% de todos los quistes foliculares y alrededor del 1.75% de los quistes --- odontogénicos. Proviene de un germen dentario que, en vez de formar un diente, degenera convirtiéndose en un quiste.

Clinicamente esta lesión se asocia siempre con un diente ausente (a menos que se origine a partir de un germen supernumerario). La mandíbula se ve afectada con mayor frecuencia que el maxilar y la lesión habitualmente se presenta en la segunda o tercera década de la vida. Puede producir un agrandamiento del maxilar o ser asintomático. La lesión es indolora, pero, si es grande, puede -- provocar migración de los dientes. Todos los dientes de la región poseen vitalidad.

Las radiografías ponen de manifiesto una zona radiolúcida bien demarcada, que no se asocia directamente con un diente erupcionado o no erupcionado.(fig. 16).

El tratamiento de los quistes primordiales consiste en raspaje local o escisión.



fig. 16



fig. 16

### QUISTE DENTIGERO.

El quiste dentífero rodea a la corona de un diente no salido - de la dentadura regular (aproximadamente el 95%) o supernumerario. Probablemente tiene su origen en una alteración del epitelio reducido del esmalte después de haberse formado por completo la corona. Hay acumulación de líquido entre este epitelio y la corona -- del diente. Sin embargo, este quiste puede derivar de la degeneración quística de los restos de la lámina dental.

Las localizaciones usuales son el tercer molar del maxilar inferior el canino y tercer molar del maxilar inferior, aunque también aparece en cualquier otro diente sin salir.

Existe una clasificación de los quistes dentíferos que son: tipo central, lateral y circunferencial según la posición en la -- cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental.

El quiste tipo central 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, en volviendo sólo una porción de la corona. Puede incluir el diente -- o desplazarlos hacia el lado no afectado. El tipo circunferencial, -- el órgano del diente entero alrededor del cuello del diente se ha -- ce quístico, permitiendo muchas veces y produciendo una imagen -- similar a la del quiste radicular.

Clinicamente la lesión produce agrandamiento del maxilar que, -- en algunos casos, es bastante acentuado.

Las radiografías muestran un diente que no ha erupcionado, cuya corona está rodeada por una zona radiolúcida nítidamente demarcada (fig. 17). En quistes grandes lejos hacia el interior de la rama. En términos generales, se trata de un diente cuya corona está rodeada por una bolsa quística.



fig .17

En los niños, los quistes dentígeros se desarrollan a menudo en ocasiones con dientes en erupción y, poco antes de entrar en la cavidad bucal, se presentan como abultamientos en la cresta alveolar, de color azulado, renitentes y llenos de líquido. Se habla entonces de quistes de erupción. Las lesiones se abren espontáneamente con la erupción de los dientes y, por consiguiente, como los quistes dentígeros no se requiere ningún tratamiento. Si fuera necesario, se puede hacer una incisión o marsupialización.

### QUISTE RADICULAR.

Estos quistes son consecuencia de procesos inflamatorios en los restos de la capa radicular de Hertwig de la membrana periodontal. Como su nombre lo indica están situados en la región de las raíces de los dientes.

Estos quistes merecen mencionarse por ser los más frecuentes en los maxilares y por que son capaces de extenderse y afectar otros dientes destruyendo grandes áreas de hueso. En algunos casos todo el hueso de un cuadrante puede estar reemplazado por un gran quiste.

La formación de un quiste radicular se observa mejor cuando hay diente con una caries profunda con complicaciones pulpares.

Clinicamente se observa que estos quistes se presentan con la misma frecuencia en los maxilares. Estos suelen ser sintomáticos. Sin embargo, a veces el diente afectado es sensible a la percusión. En contados casos, la lesión puede asociarse con una fístula. El diente está desvitalizado y puede presentar un proceso de necrosis pulpar o una restauración.

A menudo el paciente tiene antecedentes de dolor seguido de alivio en el diente. Los quistes radiculares habitualmente no producen una gran deformación en el maxilar afectado.

Radiológicamente el quiste radicular se presenta como áreas radiolúcidas situadas con más frecuencia en el ápice de los dientes. Suele tener bordes bien definidos y son ovales o redondos. (fig. 18).

El tratamiento de los quistes radiculares sólo varía en el tamaño de la lesión y el área afectada. El tratamiento implica la extirpación quirúrgica completa de todos los elementos epiteliales.

Esto puede lograrse ya sea por enucleación completa de la pared de tejido conjuntivo y el revestimiento epitelial o, en casos de grandes quistes, en los cuales el defecto es muy grande, para ser llenado por un proceso de reparación normal, está indicado el proceso del procedimiento de Parnsch. En este caso el revestimiento epitelial del quiste se une a la mucosa bucal de la porción vestibular del proceso. Después de extirpar el hueso que cubre el revestimiento epitelial de la cavidad quística se sutura al epitelio bucal, produciendo una gran abertura en el quiste. Después de largo período, el hueso llena la cavidad y desplaza la membrana quística hacia afuera, hasta lograr un contorno normal del proceso alveolar. En algunos casos los grandes quistes también pueden extirparse por enucleación y el defecto se repara colocando en la cavidad hueso viviente o algún otro material como Gelfoam o hueso anorgánico. Esto va seguido de cierre primario de la mucosa.

fig. 18



### QUISTE RESIDUAL.

Es un término que se usa generalmente para referirse a un quiste radicular que se ha dejado una vez, se ha eliminado el diente responsable de su formación.

Generalmente, como sucede en otros quistes de pequeño tamaño, -  
Clínicamente asintomáticos, el quiste residual es un hallazgo accidental o casual en el curso de una exploración radiográfica de la boca.

Los datos radiológicos y clínicos que presentan se asemejan a los del quiste radicular, con la excepción de que falta el diente causal o de que el quiste residual pueda localizarse en una zona en la que faltan completamente los dientes.

El tratamiento consiste en la enucleación quirúrgica.

## CAPITULO 6

### QUISTES NO DONTOGENICOS Y FISURALES.

- 1). Quiste globulomaxilar.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 2) Quiste nasoalveolar.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 3) Quiste nasopalatino.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 4). Quiste mandibular mediano.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.



5). Quiste palatino mediano.

a) etiología.

b) manifestaciones clínicas y radiológicas.

c) tratamiento.

6). Quiste alveolar mediano.

a) etiología.

b) manifestaciones clínicas y radiológicas.

c) tratamiento.

### QUISTE GLOBULOMAXILAR.

Aún cuando ~~estos~~ quistes suelen considerarse como quistes suturales, o foliculares.

El quiste proviene de los restos de células epiteliales o vestigios que permanecen como un resultado directo de inflamación o trauma.

Como su nombre lo indica, el quiste globulomaxilar se encuentra sólo en el maxilar, en la fisura que dejan el glóbulo y la apófisis maxilar entre las raíces de los incisivos laterales y de los caninos.

Este quiste suele aparecer clínicamente antes de la edad de 30 años. No existe predilección por sexo, aunque tal vez aparezca con mas frecuencia en varones que en hembras.

Su aspecto clínico es muy variable; puede pasar desapercibido, en cuyo caso se descubre sólo por medio radiográfico: por otra parte cuando son de tamaño grande o moderado, se observan como un bulbo rosado, de superficie lisa, en la corteza labial entre y por encima de las raíces de los incisivos laterales y caninos. La tumoración puede ser de consistencia ósea y asintomática, o puede apreciarse una sensación de crepitación, que haya pensar en un adelgazamiento de la corteza labial. En algunos casos, y sobre todo cuando se ha desarrollado una infección secundaria del quiste puede encontrarse dolor a la palpación o un conducto fistuloso que nos lleve a la cavidad quística. En cualquier caso ya que el quiste globulomaxilar no esta relacionado con una infección odontogénicas y queno afecta a la vitalidad de la pulpa de los dientes-

próximos, las respuestas normales de vitalidad de la pulpa tienen valor diagnóstico. A veces hay desplazamiento de las coronas de los incisivos laterales y de los caninos de sus posiciones normales, y ello contribuye también a establecer el diagnóstico de quistes fisurales.

Las características radiográficas son muchas veces patognómicas: el quiste se presenta muchas veces como una zona radiotransparente invertida, y de forma de pera, entre las raíces de los incisivos laterales y de los caninos, dando lugar a un desplazamiento moderado o intenso. La zona radiotransparente es homogéneamente oscura, la lámina dura de la cara distal de la raíz lateral y de la cara media de la raíz del canino suele faltar; y el borde periférico del quiste no está tan bien delimitado como sería de esperar en los quistes centrales. A veces el quiste globulomaxilar es de un tamaño enorme, en cuyo caso puede extenderse por encima de los ápices de los caninos y de los incisivos laterales y alcanzar el apice de los incisivos centrales o del primer premolar (fig. 19).

El diagnóstico se basa en la localización específica de la zona radiotransparente, en su sugestiva forma de pera, y en que no se relaciona con dientes muertos.

El tratamiento de estos quistes es por enucleación.

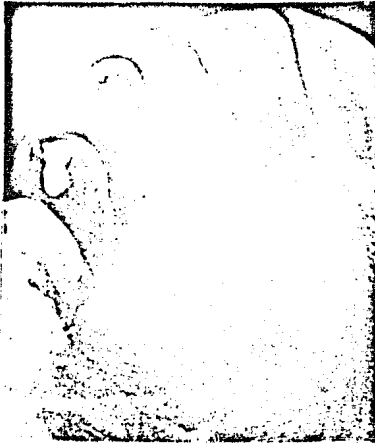


fig. 19 Quiste invertido en forma de pera que produce de forma característica divergencia de las raíces -- del incisivo lateral y cani no del maxilar superior.

### QUISTE NASOALVEOLAR (NASOLABIAL).

Los quistes nasoalveolares provienen de los restos de células epiteliales que permanecen en la unión de los procesos globulares lateralnasal y maxilares, y dan lugar a un abultamiento situado en la cavidad nasal.

Este quiste está situado en el lugar de fijación del ala de la nariz (es decir, cerca de la base de la nariz). No está localizado dentro del hueso. El quiste nasoalveolar puede ocasionar bastante hinchazón facial para obliterar el epitelio nasolabial en el lado afectado. Se han observado casos bilaterales en aproximadamente el 10% de los pacientes.

Generalmente este quiste abulta hacia el suelo del vestíbulo nasal, proyectándose debajo del extremo anterior del cornete inferior y algunas veces causa obstrucción nasal.

Ocurre principalmente (al rededor de un 75%) en mujeres.

El examen radiológico es de poco valor porque el quiste rara vez se presenta en el hueso. En cambio, produce una erosión en la porción del hueso sobre la que descansa. Sin embargo, pueden hacerse visibles en la radiografía si se inyectan con lipiodol (fig 20 A y B).

Los quistes nasoalveolares rara vez abarca el hueso y sella a ellos haciendo una incisión en el vestíbulo. Se hace la enucleación del quiste y la mucosa se cierra.



fig. 20 A.



fig. 20 B.

### QUISTE NASOPALATINO.

En el canal incisivo se originan dos quistes: los quistes del canal incisivo y los de la papila palatina.

Tanto el quiste del canal incisivo como el de la papila palatina se originan a partir de los restos epiteliales de los conductos nasopalatinos, como resultado de una inflamación o traumatismo. El primero de ellos está situado dentro del hueso, mientras que el último está limitado completamente a los tejidos blandos y se presenta en el orificio del canal.

El quiste del canal incisivo es un caso intraóseo cerrado, tapizado por epitelio. Cuando está localizado por debajo del agujero incisivo se denomina quiste de la papila.

Embriológicamente, el conducto incisivo que comunica las cavidades nasal y bucal se forma cuando los procesos palatinos maxilares se fusionan con el premaxilar, dejando dos vías de comunicación, una a cada lado del tabique nasal. Dentro de cada conducto se encuentra un ductus nasopalatino o cordón o restos celulares epiteliales. Al aproximarse estos conductos a la superficie de la cavidad bucal, se dirigen hacia delante y generalmente se unen antes de terminar como una apertura común en el hueso palatino inmediatamente por detrás de la papila palatina. Los conductos incisivos también contienen las raíces terminales de las arterias palatinas descendentes y esfenopalatinas, el nervio nasopalatino y glándulas salivales menores. Aunque los conductos nasopalatinos permanecen permeables en la mayoría de los mamíferos, generalmente no lo hacen en el hombre. Sin embargo se han observado algunas ex

cepciones.

La frecuencia de este quiste en el adulto es muy dudoso, comprenden el 54% de los quistes. No hay predilección de sexos. La mayoría de los pacientes en los cuales el quiste llega a ser clínicamente evidente se encuentran en la cuarta o sexta década de la vida.

Los quistes nasopalatinos son generalmente indoloros, excepto cuando se infectan.

Clínicamente hay muchas veces un agrandamiento de la línea media anterior del paladar. Hay tumefacción en aproximadamente una mitad de los pacientes con quistes del conducto incisivo y en todos los que tienen quistes de la papilapalatina. El drenaje o la supuración es una secuela frecuente.

El quiste se encuentra siempre en la línea media y es circular u oval. Puede quedar simulada una forma en corazón si se superpone la espina nasal en la radiografía. En las vistas oclusales, el quiste aparece por detrás de los incisivos (fig. 21, A y B).

El quiste nasopalatino su tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica completa y sutura del defecto.





fig. 22. Quiste mandibular mediano; es extremadamente raro y aparece en la línea media del maxilar inferior asociado con dientes vitales.

### QUISTE MANDIBULAR MEDIANO.

En raras ocasiones se observan quistes a nivel de la línea media mandibular, que a veces reciben el nombre de quistes mandibulares medianos. Es una entidad dudosa.

Es posible que represente un quiste de desarrollo que resulta de la inclusión de epitelio atrapado en el canal central evanescente del proceso mandibular del embión de 10 mm hasta 14 mm., -- Por otra parte puede tener su origen en una degeneración quística de un germen dental supernumerario lo cual parece bastante -- menos probable.

El quiste está localizado dentro del maxilar inferior por debajo de los ápices de los incisivos centrales. Los quistes han sido ovales, redondos, irregulares e incluso multiloculares. Los dientes adyacentes son vitales. Es raro que el quiste medio mandibular se descubra por la clínica.

Los hallazgos radiográficos suelen ser característicos y patognomónico. La lesión puede ser de forma redonda, ovalada o elíptica, mostrándose como una zona radiotransparente situada en el centro o en la línea media de la mandíbula (fig. 22)

Otras señales radiográficas son un borde bien delineados, una línea hiperostótica circundante, y una radiotransparencia uniforme, que son las características de todas variedades de quistes -- centrales.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del quiste, evitando la lesión de los dientes próximos.



fig. 21 A.

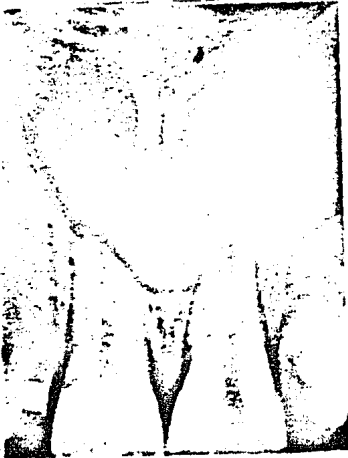


fig. 21 B.

### QUISTE PALATINO MEDIANO.

Se produce a partir de restos epiteliales que han quedado atrapados, durante el desarrollo.

El término quiste palatino mediano se aplica a una lesión que se presenta en la línea media del paladar.

Clínicamente, las lesiones se presentan como una tumefacción sólida en la línea media del paladar. La túnica mucosa puede ser pálida o blanqueada, pero está intacta. No hay ulceración. La lesión es indolora pero puede causar molestias durante la masticación y fonación.

En las radiografías se observan zonas radiolúcidas circunscritas. Los quistes palatino mediano se tratan simplemente por enucleación.

### QUISTE ALVEOLAR MEDIANO.

Esta variedad de quistes del desarrollo ocurre de forma característica en la línea media del maxilar, creciendo a partir de los residuos epiteliales que han quedado allí atrapados. También se llama quiste de la línea o quiste medio alveolar.

El aspecto clínico es muy variable. Los quistes más pequeños e incluso algunos de los de tamaño moderado, pueden ser asintomáticos, no habiendo agrandamiento ni asimetría y muchas veces ni síntomas subjetivos. Estos quistes suelen descubrirse de forma accidental durante una exploración radiológica habitual.

Por otra parte, los quistes de mayor tamaño y los que se han infectado de forma secundaria y suelen descubrirse por sus signos clínicos. Pueden mostrarse como una masa redondeada, de superficie lisa, rosada. La palpación puede mostrarse una consistencia semisólida, a veces crepitación y, cuando hay una infección secundaria, hiperestesia o dolor. En algunos casos se descubre un conducto fistuloso por el que se obtiene un líquido seroso o purulento.

Puede apreciarse un desplazamiento de los incisivos centrales debido a la fuerza expansiva del quiste entre las raíces. Sin embargo, desde el punto de vista de la vitalidad del diente, el quiste de la línea media no afecta a los incisivos centrales; debido a la fuerza expansiva del quiste entre las raíces. Sin embargo, desde el punto de vista de la vitalidad del diente, el quiste de la línea media no afecta a los incisivos centrales.

Los hallazgos radiográficos suelen ser característicos y notog-  
nomínico. La lesión puede ser de forma redonda, ovalada o elípti-  
ca mostrándose como una zona radiotransparente situada en el cen-  
tro o en la línea media del maxilar. A veces, en el caso de quis-  
tes de un tamaño grande inhabitual, puede apreciarse una forma lo-  
bulada, con ramificaciones del quiste que se extiende entre varias  
o todas las raíces de los dientes anteriores.

Otras señales radiográficas del quiste de la línea media son -  
unos bordes bien delimitados, una línea hiperostática circundante  
y una radiotransparencia uniforme.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del quiste  
evitando la lesión de los dientes próximos.

CAPITULO 7

PSEUDO QUISTES DE LOS MAXILARES.

- 1). Quiste óseo traumático.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 2). Quiste óseo aneurismático.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 3). Quiste óseo estático.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.

### QUISTE ÓSEO TRAUMÁTICO.

El así llamado quiste óseo traumático no puede ser considerado como un quiste maxilar ya que no se limita a los maxilares y no está tapizado de un epitelio. Se conoce con diversos nombres: - - quiste óseo traumático, quiste por extravasación, quiste óseo solitario, quiste óseo hemorrágico, quiste óseo unilocular, quiste -- óseo simple y cavidad ósea progresiva

En los huesos largos está localizado con más frecuencia en la zona metafisiaria del húmero.

No se conoce la causa del quiste óseo traumático. Se han propuesto algunas teorías, pero ninguna de ellas es definitiva. Tal vez la explicación mejor es la de la teoría que defiende un origen traumático. Esta teoría afirma que una lesión o un golpe en el maxilar, generalmente en los primeros años de vida, da lugar a una hemorragia intramedular y la consiguiente resorción del hueso y de la cavidad.

Otras teorías de las muchas que hay, proponen los siguientes-- mecanismos etiológicos:

a) El quiste óseo traumático se debe a una neoplasia benigna - intraósea, preexistente, como sería un mixioma, o un condroma, -- que no llegó a desarrollarse, siendo resorbido y dejando una cavidad

b) La infección intraósea produce la formación del quiste.

c) El quiste óseo traumático es una anomalía de desarrollo o - hemartoma.



La gran mayoría aparece antes de los 25 años, y parece probable que en la mayoría de los casos la cavidad se llena espontáneamente.

Alrededor del 60% de los casos son varones.

La lesión suele ser descubierta durante un examen radiográfico sistemático, pero en aproximadamente el 25% al 35% de los pacientes hay una dilatación bucolabial del maxilar que indica que ha existido una presión. En el 10% hay dolor.

La localización más frecuente del quiste óseo traumático es el cuerpo del maxilar inferior entre el canino y la rama. Algunas veces aparece en la región anterior.

En la mayor parte de los casos el quiste óseo traumático no presenta algunos de expansión quística o se agrandamiento, la mandíbula se presenta simétrica y los dientes están en su posición normal. Sin embargo, en algunos casos, se aprecia ligero movimiento de los dientes y una expansión de la cortical, tanto radiográficamente como clínicamente.

La enfermedad carece de signos clínicos apreciables: no hay tumefacción, tumoración o deformación de la región; los dientes están en su posición normal, son de color normal y responden normalmente a las pruebas de vitalidad de la pulpa. Faltan los síntomas subjetivos como el dolor, la hipersensibilidad o el malestar.

Radiográficamente, si el quiste es grande hay a menudo recortamiento de la cavidad entre las raíces de los premolares y molares o en zonas más alejadas de los dientes. (fig. 23, A, B, y C).

La lesión es intraósea, radiotransparente, su forma puede ser redonda, oval o elíptica y, en algunos casos, adquiere una forma multilobulada, cuyas ramificaciones se extiende entre las raíces

de los dientes contiguos. Los bordes periféricos de la zona radio transparente suelen estar muy bien delimitadas y a veces, acentuados por una delgada línea hiperostótica.

El tratamiento puede ser por la eliminación de una parte de la corteza bucal que está por debajo de la cavidad ósea, la eliminación de los residuos orgánicos, permitiendo que el espacio se llene con sangre procedente de los tejidos contiguos y la resolución y sutura de los tejidos blandos que hay por encima produce muchas veces el relleno de la cavidad por hueso. Son embargo, en el transcurso de unos meses puede que no se observe una curación completa del proceso.



fig. 23 A.

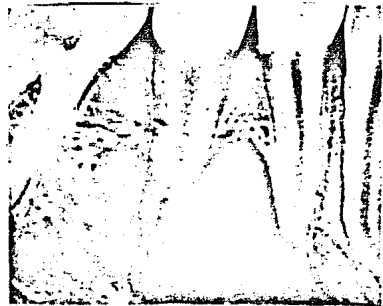


fig. 23 B

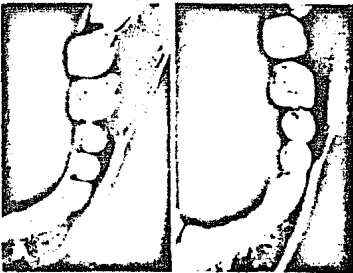


fig. 23 C.

### QUISTE OSEO ANEURISMÁTICO.

El quiste óseo aneurismático y el granuloma de reparación de células gigantes tienen un origen común en un hematoma de la médula. Si se mantiene una comunicación circulatoria con el vaso lesionado resulta un quiste óseo aneurismático y en caso contrario un granuloma de reparación de células gigantes.

Localizado en los maxilares, el quiste óseo aneurismático, se parece algunas veces al tumor granuloma de células gigantes, es una lesión central, poco frecuente en otros huesos del sistema esquelético, sobre todo en las vértebras y en los huesos largos y -- menos a menudo en las costillas, en la clavícula, en las manos, -- etc., más que en los maxilares. En ellos la localización más frecuente es la mandíbula.

Pueden no haber señales clínicas o, si las hay, ser de mínimo valor diagnóstico. En algunos casos, no hay ni tumefacción ni deformación y puede que falten los síntomas subjetivos. En estos -- casos el descubrimiento de las lesiones es puramente casual durante un estudio radiográfico dental habitual. En algunos casos -- se observa una prominencia ósea pequeña o moderada, de superficie lisa y recubierta de tejidos de color normal. La palpación -- puede ser demostrar una tumefacción asintomática, de consistencia ósea, puede sugerir una masa simisólida hipersensible o ligeramente colorosa. El diente o dientes de la región suelen no estar afectados o relacionados con la lesión y, por ello, suelen ser -- completamente normal (fig. 24,)

Los aspectos radiográficos son variables. A veces, el quiste óseo aneurismático nos proporciona una imagen que no puede diferenciarse de la de los verdaderos quistes óseo, como el quiste radicular o el quiste primordiel, es decir, una lesión radiotransparente única, redondeada o elíptica, cuyos bordes periféricos están bien delimitados y pueden estar rodeados incluso, total o parcialmente, por una zona hiperostótica. Cuando se localiza entre las raíces de los dientes, la lesión puede dar lugar a desplazamientos de estos dientes, haciendo pensar también en una entidad quística. En otros casos, la lesión se presenta como una zona radiotransparente gris brumosa, que contiene unas finas e irregulares trabéculas óseas que le dan un aspecto de burbujas de jabón o de panal de miel.

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



fig. 24

### QUISTE OSEO ESTÁTICO.

El así llamado quiste óseo estático (de desarrollo; latente -- de Stafne, etc.) 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 el hueso, o cerca del mismo. El tamaño de la cavidad varía entre 1 cm. hasta 2 cm.

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

Muchas veces es necesario la exploración quirúrgica para diferenciar la concavidad mandibular lingual de otras lesiones distintas de aspecto parecido pero anatómopatológicamente diferente, -- como la neoplasia benigna central, los quistes verdaderos e incluso el mieloma.

Cuando se encuentran los componentes de la glándula salival, puede hallarse una conexión con la glándula submaxilar principal y representa un atrapamiento del tejido glandular.

En los datos radiológicos, generalmente se encuentra una lesión radiotransparente de tamaño moderado, bien limitado, redondo o elíptica, homogéneamente oscura, que suele localizarse entre el ángulo de la mandíbula y el primer molar y casi siempre por encima o debajo del canal mandibular. En algunos casos raros, el defecto se localiza en una posición más anterior, es decir, en la región de los premolares y en otros sitios; su localización en la corteza inferior de la mandíbula da lugar a un festoneado o debor-

mación de esta estructura (fig. 25 A y B).

Ya que la lesión no tiene significado patológico, no debe realizarse ningún tratamiento, pero, como se ha dicho antes, su parecido con ciertas enfermedades óseas obliga a exploración quirúrgica por objetivos puramente diagnósticos.

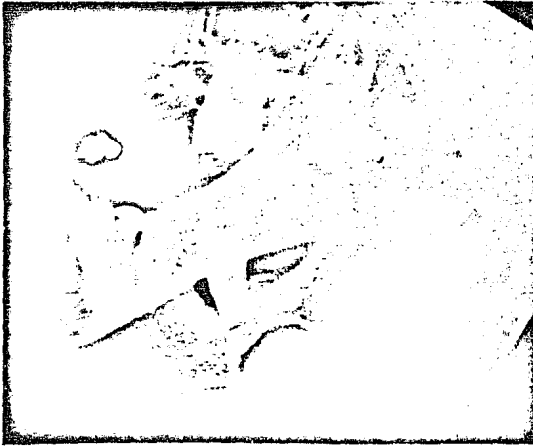


fig. 25 A.

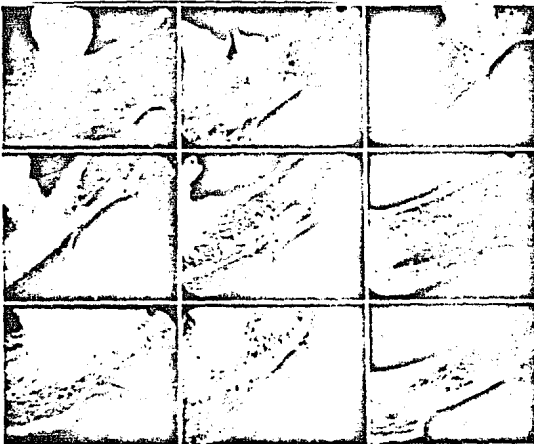


fig. 25 B.

## CAPITULO 8

### QUISTES DEL CUELLO, PISO DE LA BOCA Y GLANDULAS SALIVALES

- 1). Quiste del conducto tirogloso.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 2). Quiste linfoepitelial.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 3). Quistes orales con epitelio gástrico o intestinal.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.
  
- 4). Quistes de las glándulas salivales.
  - a) etiología.
  - b) manifestaciones clínicas y radiológicas.
  - c) tratamiento.

### QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO.

El anclaje del lóbulo medio de la glándula tiroides aparece en la base de la lengua aproximadamente al terminar la tercera semana intrauterina. Durante su descenso, sigue unido al punto de origen (señalado por el agujero ciego) 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 cartilago tiroides, para unirse a los lóbulos laterales que se hallan en desarrollo.

En condiciones normales, la conexión con la faringe se ha perdido al llegar a la sexta semana. La falta total o parcial de obliteración del tallo puede dar lugar a la formación de un quiste o fístula del conducto tirogloso.

Clinicamente, el quiste se manifiesta como una masa cervical - blanda, casi siempre movil, muchas veces sensible a la presión, - situada en la línea media, cuyo diámetro varía entre 1 cm. y 10 cm. (fig. 26 A). Suele levantarse al deglutir o al sacar la lengua. Aparece en cualquier punto desde el agujero ciego hasta la escotadura supraesternal (fig. 26, B). No hay predilección sexual.

Si el quiste está localizado dentro de la lengua o en la región suprahioidea, puede producir bastante molestia como disfagia o acceso de ligera asfixia. Hay ronquera o dificultades de la fonación en aproximadamente el 5%. El quiste es casi siempre de paredes delgadas y el contenido es acuoso o seroso, a no ser que este infectado. El tratamiento consiste en la total extirpación quirúrgica si se quiere evitar la recidiva.



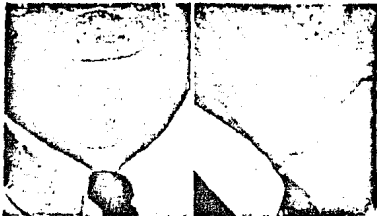


fig. 26 A.

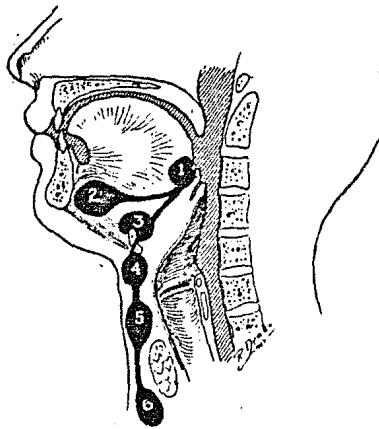


fig. 26 B. Localizaciones más frecuentes de los quistes del conducto tirogloso.

- 1.-Foramen caecum.
- 2.-Piso de la boca.
- 3.-región suprahioidea.
- 4.-región infrahioidea.
- 5.-cartilago o membrana tiroidea.
- 6.-escotadura supraesternal.

### QUISTE LINFOEPITELIAL.

Los quistes linfoepiteliales (hendidura branquial) parecen tener su origen en el enclavamiento de elementos de un conducto salival en los ganglios linfáticos, lo mismo que se cree ocurre con el citadenoma papilar linfomatoso. Generalmente está situada superficialmente cerca del ángulo del maxilar inferior, se halla cubierto solamente por el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo y generalmente está sobre la vaina carotídea. Muy raras veces está profundo que la arteria carótida.

El quiste se suele evidenciar durante la tercera década. Parece no haber predilección de sexo. El tamaño varía entre un diámetro de 2 cm. y 10 cm.; en general hay fluctuación. El quiste no suele ser transparente, a no ser que tenga un tamaño grande. No suele estar fijado a las estructuras subyacentes o a la piel. (fig 27, A).

El quiste linfoepitelial también ocurre en el piso de la boca -- o por debajo de la lengua o faringe bucal, lo cual habla en contra de un origen branqueal. La mayoría de los casos en la boca han sido en varones. (fig 27, B).

El tratamiento del quiste linfoepitelial consiste en una enucleación.



fig. 27 A.

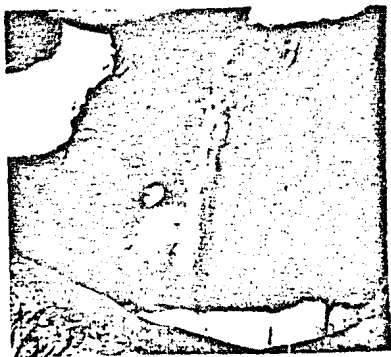


fig. 27 B.

### QUISTES ORALES CON EPITELIO GÁSTRICO O INTESTINAL.

El origen de la mucosa gástrica o intestinal heterotópica es desconocida. Tal vez derive de una situación anormal de restos embrionarios. La lengua tiene su origen en el suelo de la faringe - en la región de los tres primeros arcos branquiales. En un estudio de mucosa gástrica en el esófago, encontraron que el 7.8% de los niños estaban afectados. (fig. 28).



fig. 28. Quiste tapizado por epitelio gástrico en la línea media de la lengua.

## QUISTES DE LAS GLANDULAS SALIVALES. (RANULA Y MUCCOIDE).

### RANULA.

La r nula es un quiste verdadero, formandose a partir de la retención de líquido salival en el conducto o en el cuerpo de las glándulas submaxilares o sublinguales, y se debe probablemente a algún tipo de obstrucción causada por un cálculo salival o por una sustancia orgánica blanda.

El aspecto clínico depende muchas veces del tamaño y profundidad del quiste. Generalmente la r nula es superficial y de tamaño pequeño. En estos casos es una masa blanda, redondeada, de superficie lisa azulada o rojiza que hace protuberancia en un lado del piso de la boca. A veces es más grande, en cuyos casos desplaza a la lengua e interfiere la función bucal. (fig. 29, A y B).

Por otra parte, la r nula puede ser muy profunda, de forma que el grosor de los tejidos situados por encima enmascaran su aspecto generalmente translúcido y le proporcionan un color rosado normal (fig. 29, C).

Deben practicarse radiografías, tanto oclusales como extracrales, para saber si hay o no cálculos salivales que a veces son los responsables de la obstrucción. Sin embargo en muchos casos, la obstrucción no se debe a un cálculo sino a residuos orgánicos y entonces las radiografías no revelan nada importante.

El tratamiento es quirúrgico, mediante la extirpación completa o eliminando el lecho del quiste.

## MUCOCELE.

El quiste por retención mucosa es muy frecuente, presentándose con igual frecuencia en ambos sexos y en todas las edades.

Muchos investigadores creen que el quiste mucoso no es una verdadera entidad quística, sino solamente un acúmulo de secreción mucosa en el tejido conjuntivo, careciendo el espacio líquido de un revestimiento epitelial.

Se creía que el quiste mucoso se debía a una obstrucción del conducto de la glándula mucosa, pero las investigaciones más recientes han demostrado que la separación traumática, como podía ocurrir en la mordedura de labios o corte de los mismos, es la responsable de la colección de líquido dentro de los espacios hísticos, produciéndose así un fenómeno de retención mucosa más que un quiste.

El quiste mucoso puede localizarse en casi todos los lugares de la boca, pero la mayor parte de las veces se localiza en la mucosa labial inferior. Otras localizaciones aunque menos frecuentes son, la mucosa bucal, el paladar, la parte ventral de la lengua, el piso de la boca, y otras.

El aspecto clínico es variable, dependiendo muchas veces de la profundidad de la lesión. Las lesiones más superficiales se reconocen con facilidad, presentándose como masas prominentes, de superficie lisa de color azul o rojizo, discretas, parecidas a ampollas (fig. 30).



fig. 29 A y B

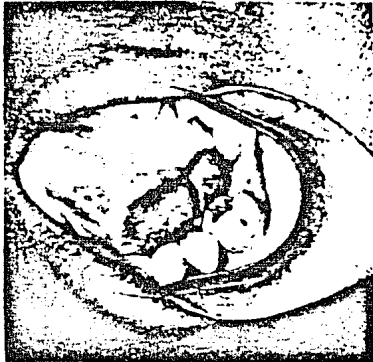


fig. 29 c

Su tamaño varía desde 1 ó 2 mm hasta 1 cm. más de diámetro. -- Generalmente, el quiste mucoso es único, pero en algunos casos -- pueden encontrarse dos o más, muy próximos uno de otro, pareciéndose a un racimo de uvas. Los quistes más superficiales pueden parecerse a un hemangioma, pero el color azul más intenso y el aspecto más firme del tumor vascular, lo distingue del quiste mucoso ampolloso y translúcido.

Los quistes mucosos más profundos no se reconocen tan fácilmente ya que, debido al engrosamiento de los tejidos que lo recubren se presenta como un tumor discreto, redondeado, 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 una fibroma. Sin embargo, el diagnóstico más definitivo de quiste mucoso puede obtenerse mediante la punsión 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, si quiere prevenirse la recidiva.



fig. 30



## CAPITULO 9

### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

#### Fractura mandibular.

La presencia de una lesión quística en el maxilar inferior debilita el hueso, pudiendo aparecer una fractura como resultado de un trauma comparativamente trivial. La causa puede ser un golpe en los maxilares, o una caída, pero a veces el maxilar inferior se rompe como resultado del intento de una extracción de alguna pieza dentaria relacionada con el quiste, o aún del lado opuesto a ella. En ciertas ocasiones, un quiste no diagnosticado puede crecer tanto que la fractura mandibular se produce durante la simple masticación. Si el quiste se infecta y el hueso subyacente está involucrado, la fractura patológica puede ser la consecuencia de una necrosis ósea. Es raro que un quiste infectado sufra cambios malignos, pero cuando sucede, la fractura es la consecuencia inevitable.

Los síntomas y signos básicos de una fractura a través de una cavidad quística con dolor, interferencia en la función, movilidad anormal, maloclusión, deformación, tumefacción, equimosis, crepitación y ausencia de movimientos transmitidos. Además de estas características, están los signos físicos del quiste mismo, los que, por supuesto, varían de acuerdo a la posición y dimensiones de la lesión.

El tratamiento de una fractura a través de una lesión quística depende del tamaño del quiste, y de si éste está o no infectado, o si está o no relacionado con una pieza dentaria, como un quiste dentífero.

Es posible enuclear un pequeño quiste mandibular y dejar suficiente hueso a cada lado de la línea de fractura para asegurar-- después de la reducción, una ancha zona de contacto entre los cabos, lo que provocará la rápida cicatrización. Sin embargo, cuando un quiste es demasiado grande, se destruye tanto hueso que es muy poco lo que se puede proveer para que se produzca la aposición ósea en la zona. Por ejemplo, una fractura a través de un-- quiste óseo solitario o de una cavidad de Stafne debe tratarse -- con inmovilización, ya que en ninguno de los 2 casos existe una -- verdadera membrana quística. Sin embargo, cuando está presente el saco quístico, y si, en el caso de un quiste dentífero, hay más -- de un diente no erupcionado en el área de la fractura, tanto la -- membrana como los dientes comprometidos, deben eliminarse para -- permitir que se produzca una lesión ósea no demasiado complicada.

### Carcinoma originado a partir de un quiste odontogénico.

Aunque es raro, existen algunas evidencias auténticas de que algunos quistes odontogénicos aparentemente benignos pueden sufrir una transformación maligna.

En un excelente análisis de casos registrados y no registrados de complicaciones malignas en quistes odontogénicos, James (1965) se refiere a una investigación conducida por Bramley, Erlich y Hardland en Plymouth y Birmingham que confirma la rareza de su incidencia -sólo un caso fue descubierto entre 1.100 pacientes revisados.

Kay y Kramer han realizado un resumen de argumentos y criterios por los que puede intuirse la malignidad en relación a la pared de un quiste odontogénico. Algunas interpretaciones alternativas posibles cuando un indudable carcinoma celular escamoso está asociado con un quiste, damos a continuación:

1) que la lesión inicial es un neoplasma epitelial, y que la cavidad quística resulta de la rotura de una parte del crecimiento

2) que el tumor maxilar es un depósito metastásico situado cerca de un quiste odontogénico simple con el crecimiento primario localizado en cualquier lugar del organismo.

3) Que el carcinoma se haya originado en un ameloblastoma quístico;

4) que el quiste no esté relacionado directamente con el tumor maligno, pero tanto el quiste como el carcinoma se originaba en áreas adyacentes del maxilar y se fusionan en algunas partes.

Luego de la transición a la neoplasia, el comportamiento del carcinoma es generalmente de bajo grado de malignidad. Luego antes de la metástasis, el tumor tenderá a crecer dentro de la cavidad quística de tal manera que las posibilidades de cura son buenas, si tanto el reconocimiento como el tratamiento son precoces.

En sus estudios, James notó una marcada preponderancia en la incidencia en mujeres, y en la quinta década (de 43 a 79 años).

Invariablymente es diagnóstico provisional hecho después de -- examinar casos de este tipo es que un quiste odontogénico inocuo, y su malignidad subyacente, permanece insospechada hasta la exposición quirúrgica y la biopsia. A veces el quiste se infecta secundariamente, y la lesión hace su primera aparición clínica como una tumefacción fluctuante. En el paciente desdentado el síntoma predominante puede ser que la prótesis no adapte como anteriormente lo hacía. La queja de parestesia o anestesia puede también hacer intuir alguna actividad neoplásica, pero tal presentación no es inusual cuando los pacientes poseen grandes quistes mandibulares infectados no complicados con enfermedades malignas. La expansión del maxilar, deformación facial, desplazamiento dentario o fractura patológica no es exclusiva de neoplasia en quistes estos signos también han sido encontrados en condiciones de quistes benignos. Los hallazgos que pueden tener mayor significación son -- la extrusión del proceso quístico a través de la mucosa, seguida por la formación de una úlcera, no cicatrización de los alveolos dentarios, pérdida de vitalidad y de dientes en contacto con el tejido lesionado y dolores suaves o agudos.

El método de tratamiento recomendado es la resección quirúrgica

ca total, y en el maxilar inferior, esto puede implicar una hemisección. Los nódulos linfáticos regionales deben extirparse y biopsiarse. Luego la continuidad del maxilar inferior se restablece con un injerto óseo.

#### Obliteración del seno maxilar.

Cuando un quiste odontogénico en expansión compromete el seno maxilar, el piso óseo antral se atenúa gradualmente. A veces el quiste invade el espacio óseo y toma contacto con el periostio. La adherencia entre la cápsula quística y la mucosa antral se mantiene—salvo que aparezca una infección— hasta que toda la cavidad del seno queda ocupada por el quiste. De vez en cuando puede existir una pequeña distorsión discernible en el contorno óseo del antro, pero la expansión o la erosión de las paredes laterales y/o medias, es común, además de la pérdida ósea de todos los márgenes que puede ser demostrada. El tratamiento del quiste no es sólo seguido por la restauración del contorno normal de la cavidad antral, sino se observará que el hueso alveolar se reforma alrededor de las raíces de las piezas dentarias comprometidas que habían sido desprovistas parcialmente de su soporte óseo.

#### Senos faciales o cervicales.

Las cavidades externas, ya sean con un drenaje activo o crónico con un orificio contracturado pueden ser la consecuencia de una supuración dentro de una lesión quística de los maxilares. Aunque una cavidad drenante en la superficie de la piel se encuentra generalmente cerca del foco infeccioso, a veces puede estar locali-

zado lejos de él. Luego de tratar el quiste, la abertura de la cavidad desaparecerá espontáneamente en la mayoría de los casos, pero quedará un hoyuelo imperceptible en dicha zona, lo que hará necesario siempre una corrección quirúrgica. El problema de la extirpación puede complicarse por el adosamiento de la depmida-cicatriz ómica del hueso subyacente.

Se recomienda realizar una incisión elíptica a fin de incorporar todo el área del tejido cicatrizal, y las líneas de incisión se diagraman coincidentes con la dirección de las relajadas líneas de tensión de la piel. Todo camino hacia el seno debe ser diseccionado utilizando, si es necesario, una sonda de plata o cualquier otro instrumento que sirva de guía. Luego de la extirpación, toda la piel circundante debe ser colocada en posición tal que los bordes de la herida se aproximen sin ninguna tensión. Los tejidos subcutáneos se cierran luego por medio de sutura con catgut.

#### Anestesia o parestesia.

De la forma que el nervio dentario inferior es desplazado gradualmente por el crecimiento de un quiste odontogénico, la anestesia o parestesia unilateral de labio es inusual. Desafortunadamente, sin embargo, la presión de pus en un gran quiste mandibular -- causa, a veces, una pérdida temporaria de sensibilidad labial unilateral. A pesar de que el paquete vasculonervioso puede estar ubicada inmediatamente debajo de la membrana quística, es posible frecuentemente diseccionar la membrana sin tocar dicho paquete, y sin ningún trastorno sensitivo postoperatorio en el área periférica de inervación.

Quando una alteración en la sensación labial sigue al efecto - temporario de presión de una formación abscedosa dentro del saco - quístico, la recuperación es bastante rápida.

La eliminación de un gran quiste del maxilar superior es raro - encontrar alguna sensación alterada en el labio superior debido a una interferencia quirúrgica con los nervios labiales superiores, así como tampoco un deterioro sensitivo en la distribución terminal de los nervios anteriores superiores que inervan la gingiva - labial. En casos de que estas complicaciones se presentaran, la - recuperación puede progresar en forma irregular, pero invariable - mente es absoluta y completa.

## CAPITULO 10

### CASOS CLINICOS.

#### Caso 1

A causa de fuertes dolores irradiantes en el ángulo mandibular derecho, el paciente E. K. de 25 años, es mandado a la clínica.

Se encuentra una tumefacción en la rama ascendente derecha con ligero trismo.

Radiografía: El molar de juicio está desplazado encima del ángulo mandibular hacia el borde posterior de la rama ascendente. (fig. 31).

Recurso: Se interna el paciente y en anestesia local se hace una incisión externamente en el ángulo mandibular. Desprendido el músculo masetero, se expone en la pared externa de la rama ascendente el diente mediante una fresa quirúrgica. La exposición resulta relativamente difícil. Después de la luxación del diente, se enuclea un quiste folicular del tamaño de una pequeña cereza. Se coloca un drenaje - Redon y se sutura la herida.

NOTA: Casos clínicos obtenidos del Libro "Clínica y Terapéutica de los maxilares" de Herbert Farnisch.



Resumen: Un tercer molar desplazado en el borde posterior de la rama ascendente, con un quiste folicular, es removido quirúrgicamente desde afuera. Por una operación intraoral no hubiera sido posible alcanzar el diente. La curación era normal.



fig. 31. Tercer molar sobre el ángulo mandibular, desplazado hacia el borde posterior de la rama ascendente: encima de la corona dentaria hay un quiste folicular.

Caso 2.

El paciente E. M. de 43 años es mandado a la clínica por una hinchazón de la mejilla.

Se encuentra una tumefacción poco dolorosa de la mejilla derecha. Intra bucal la rama ascendente está engrosada. No hay signos de inflamación.

Radiografía: Se ve un gran quiste folicular en la rama ascendente, la apófisis mascular está hinchada. En el borde posterior de la mandíbula se encuentra un molar de juicio (fig. 32 A).

Decurso: El día 2 de abril de 1964 se hace la fenestración intraoral del quiste en anestesia local. En una pequeña zona del quiste ha perforado el hueso y la pequeña abertura es ensanchada con una fresa, ante todo hacia lingual.

Taponamiento.

14 días después se prepara un obturador.

21 de junio de 1964: la abertura intraoral del quiste es difícil de conservar en su tamaño. El obturador se desliza dentro de la cavidad quística.

Radiografía: Muestra la pequeña asa de alambre del obturador de material plástico dentro de la cavidad quística (fig. 32 B).

El 26 de junio de 1964: Operación en narcosis por intubación desde extraoral. Incisión en el ángulo mandibular. Se desprende el músculo masetero. Desde la pared exterior de la rama ascendente y el obturador. Al mismo tiempo se ensancha la abertura interna, desde intraoral. Sutura externa. Taponamiento desde intraoral.

El 3 de febrero de 1965, la radiografía muestra la incipiente regeneración del hueso. Diente y obturador se han removido (fig.-

32 C).

El 31 de agosto de 1965: la radiografía muestra una amplia regeneración del hueso. Empiezan a neoformarse los contornos de la - -  
ápofisis muscular (fig . 32 D). La paciente no se presenta más al -  
tratamiento.

Resumen: Se hace la fenestración de un gran quiste folicular de -  
la rama ascendente con molar de juicio desplazando en el borde pos- -  
terior de la rama ascendente, para esperar la fortificación del - -  
hueso muy debilitado. Tres meses después, el obturador preparado, -  
cae dentro de la cavidad quística. En una operación extraoral se - -  
remueven el diente y el obturador. Se ensancha la abertura intra- -  
bucal. Sutura externa, taponamiento intrabucal. La regeneración del  
hueso transcurre favorablemente.

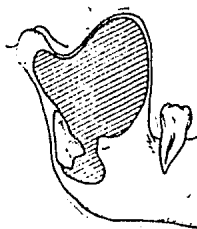


fig. 32 A.



fig. 32 B. El obturador se introdujo en la cavidad quística.

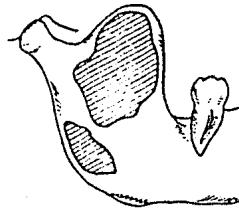
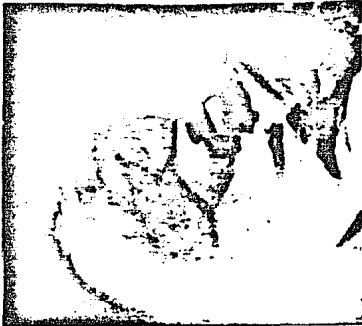


fig. 32 C.

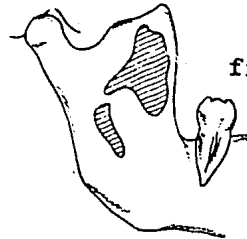
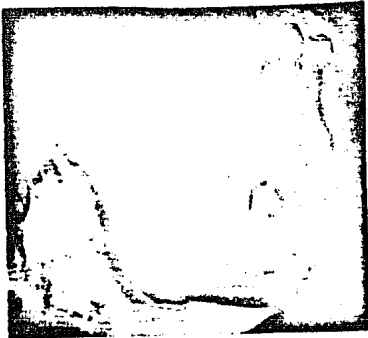


fig. 32 D. Buena regeneración

Caso 3.

El paciente H. W. de 32 años, tiene desde hace 4 semanas dolores en el maxilar inferior izquierdo y por eso es mandado a la clínica.

Se encuentra una hinchazón externa y una tumefacción intraoral de la rama ascendente a la izquierda, algo dolorosas.

Radiografía: muestra una formación multicameral en la rama horizontal y ascendente, que hace sospechar de un adamantinoma (fig. 33 A).

Decurso: El 18 de febrero de 1963, con anestesia local, se hace una fenestración amplia desde intraoral en la rama ascendente, al mismo tiempo se saca algo de la bolsa para el examen histológico.

Taponamiento.

Histología: muestra de bolsa quística.

El 8 de mayo de 1963: incipiente regeneración del hueso.

La radiografía muestra claramente el abombamiento en la incisión han quedado dos pequeños quistes residuales. (fig. 33 B).

El 28 de abril de 1965: operación en narcosis por intubación, desde fuera. Incisión en el ángulo mandibular; desprendimiento del músculo masetero, quedando expuesta la pared externa de la rama ascendente. Con la sonda puntiaguda pueden localizarse los dos quistes. Enucleación de los quistes. Sutura de la herida en el ángulo mandibular.

El 26 de abril de 1967: la radiografía muestra una amplia curación de los defectos óseos (fig. 33 C).

Resumen: Un gran quiste (adamantinoma) de la rama horizontal y ascendente es fenestrado. Después de dos años se encuentran todavía dos quistes residuales en la rama ascendente, que se enuclean

por una operación desde extraoral. Curación.

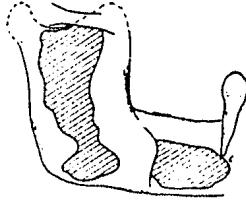
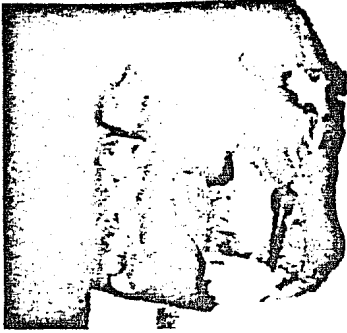


fig. 33 A.

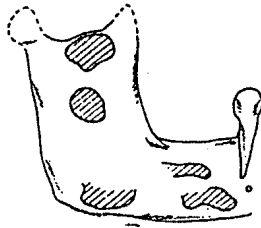
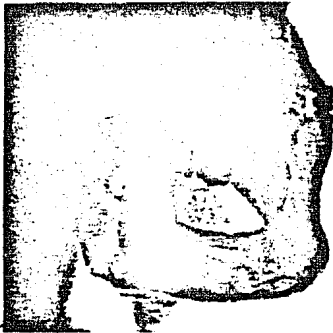


fig. 33 B.



fig. 33 C.

#### Caso 4.

El paciente H. Sch. de 62 años, desde hace 4 semanas tiene ligeros dolores y una considerable hinchazón del maxilar inferior derecho, y por eso su dentista lo manda a la clínica.

Presenta una considerable tumefacción externa de la rama ascendente. Distal del 47 se palpa una regular hinchazón dolorosa.

Radiografía: Muestra una transparencia poliquística desde el 46 hasta la incisura. El cuadro habla en pro de un adamantinoma (fig. 34 A).

Decurso: Con anestesia local se abre el tumor en el borde anterior de la rama ascendente. Su contenido es una papilla espesa marrón. Se toma tejido para el examen histológico. Extracción del 47.

Taponamiento.

Histología: presenta estructuras tilulares de un adamantinoma.

Radiografías: Varios controles radiográficos en el transcurso de los años, muestran buena regeneración del hueso.

Cuatro años después de la operación se ha establecido la curación ósea, menos un quiste residual del tamaño de una avellana, en la ápofisis muscular (fig. 34 B).

En anestesia local se hace la enucleación del quiste residual-intraoralmente. Curación.

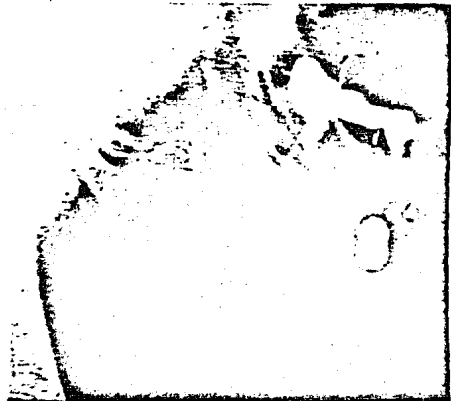
Resumen: Tumor poliquístico en el maxilar inferior derecho, - después de la fenestración de el diagnóstico adamantinoma. Los controles radiográficos muestran buena regeneración ósea. Un quiste residual en la ápofisis muscular después de 4 años, es extirpado quirúrgicamente. Curación.

Si en tales adamantinomas no se produce un achicamiento después de la fenestración y no se observa regeneración ósea, debe hacerse eventualmente una resección parcial del maxilar, como lo hemos mostrado en otros casos.



fig. 34 A.

fig. 34 B.





Caso 5.

El paciente J. L. de 65 años viene a la clínica por una hinchazón en la mejilla.

Clinicamente se encuentra una ligera tumefacción de la mejilla. Intraoral se palpa en la región del 38 una prominencia blanda indolora.

Radiografía: Muestra un tumor quístico, que se extiende ampliamente en la rama ascendente, con fractura espontánea (fig. 34 A).

Decurso: En anestesia local, operación amplia abertura del quiste. Se coloca una férula de alambre para el maxilar inferior. En el maxilar superior hay una dentición con espacios desdentados, tratada con una prótesis parcial. La prótesis superior se fija con una ligadura cigomática y consecutiva atadura intermaxilar.

Radiografías: Muestra la ligadura cigomática. De la rama ascendente quedó solo un resto angosto (fig. 35 B).

Radiografía: Cinco meses después de la operación la fractura está curada, parcial regeneración ósea de la cavidad quística. La fractura es clínicamente firme (fig. 35 C).

Resumen: Un gran quiste del maxilar inferior conduce a la fractura espontánea de la rama ascendente. Después de la operación es necesario una ligadura cigomática, para hacer una atadura intermaxilar. En el maxilar superior dentición defectuosa con prótesis parcial. Curación.



fig. 35 A.

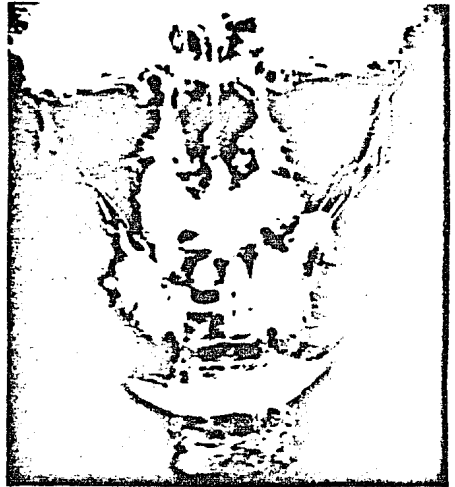


fig. 35 B.



fig. 35 C.

## CAPITULO 11

### CONCLUSIONES.

Después de haber realizado una investigación detenida se ha --  
llegado a varias conclusiones que son las que a continuación men-  
cionaremos.

Los periodos entre 21 y 60 años, producen un alto nivel en la  
aparición de quistes periodontales, presumible a causa del riesgo  
de muerte pulpar. Después de los 60 años de edad -excepto en el -  
tipo de quiste residual- existe una marcada disminución en el nú-  
mero de quistes diagnosticados y su incidencia después de los 70-  
años, es casi nula.

Existe una mayor incidencia de quistes de los maxilares en hom-  
bres que en mujeres, lo que concuerda con hallazgos de Bradley- -  
(lesiones quísticas de los maxilares, su diagnóstico y tratamien-  
to). Esto refleja probablemente una tendencia de las mujeres a ser  
odontológicamente más consistentes que los varones.

De los quistes periodontales apicales, casi el 80% se desarro-  
llan posteriormente al canino. Los quistes óseos solitarios se lo-  
calizan generalmente en el maxilar inferior mientras que no se en-  
contraron quistes fisurales menos frecuentes.

Con la excepción de los quistes óseos, los quistes de los maxi  
lares son tratados ya sea con la enucleación o el taponamiento.

## BIBLIOGRAFIA.

- I.- Baskar, S. N.  
Patología Bucal.  
2a. edición, Editorial Ateneo. 1974
- II.- Finn E. Sidney.  
Odontología Pediátrica.  
4a. edición, Editorial Interamericana. 1981
- III.- Fisiopatología Bucal.  
5a. edición, Editorial Interamericana. 1973
- IV.- Harnish Helbert.  
Clínica y Terapéutica de los Quistes Maxilares.  
Editorial, Quinta Esencia. 1973
- V.- Killey, H. C., Kay, L. W., Sward, G. R.  
Lesiones Quísticas Benignas de los maxilares  
su Diagnóstico y Tratamiento.  
1a. edición, Editorial Mundi. 1979
- VI.- Lagman, Jan.  
Embriología Médica.  
3a. edición, Editorial Interamericana. 1976
- VII.- Lynch, A. Malcolm.  
Medicina Bucal de Burker, Diagnóstico y Tratamiento.  
7a. edición, Editorial Interamericana. 1980
- VIII.- Ries Centeno, G. A.  
Cirugía Bucal.  
8a. edición, Editorial Ateneo. 1979
- IX.- Robert, J. Gor-lin, Henry, M. Golman.  
Thoma Patología Oral.  
Reimpresión, Editorial Salvat. 1980
- X.- W. Harry Archer.  
Cirugía Bucal.  
2a. edición, Editorial Mundi Tomo I y II 1975
- XI.- Zegarelli, Eu, Kutscher, A. H. Hyman, G. A.  
Diagnóstico en Patología Oral.  
Reimpresión, Editorial Salvat. 1976