

870122

15

24

Universidad Autónoma de Guadalajara

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA DE ODONTOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**LESIONES QUISTICAS DE ORIGEN DENTARIO CON POTENCIAL
AMELOBLASTICO.**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

FRANCISCO JESUS BRINDIS VEGA

Asesor: Dr. Mario Alberto Gómez del Río

GUADALAJARA, JALISCO. 1987



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 está 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.

" LESIONES QUISTICAS DE ORIGEN DENTARIO CON POTENCIAL -
AMELOBLASTICO. "

	INDICE.	PAG.
	Introducción.....	11
CAPITULO I	Generalidades sobre la Odontogénesis.	33
	a) Importancia del conocimiento de la Anatomía Dentaria, sus relaciones con otras ramas de la odontología.	6
	b) Presencia del diente en el sistema dentario y en el aparato masticador.....	9
	c) Estructura del diente.....	11
	d) Consideraciones generales sobre las lesiones quísticas.....	29
CAPITULO II	Clasificación, Etiología y Diagnóstico.	32
	1.- Quiste Primordial.....	34
	2.- Quiste Dentífero	35
	3.- Quiste Periodontal.....	38
	4.- Quiste Gingival.....	40
	5.- Queratoquiste Odontogéno.....	42
	6.- Quiste Odontógeno Queratinizante y Calcificante.....	45

cont... INDICE

CAPITULO III	Tratamiento.....	47
	1.- Quiste Primordial.....	47
	2.- Quiste Dentífero.....	48
	3.- Quiste Periodontal.....	49
	4.- Quiste Gingival.....	51
	5.- Quératoquiste Odontógeno.....	51
	6.- Quiste Odontógeno Queratinizante... y Calcificante.....	55
	- Técnica Quirúrgica.....	57
	- Marsupialización (Operación de- Parsch) para quistes volumino- sos.....	59
	- Complicaciones posoperatorias.....	62
	Conclusiones.....	62
	Bibliografía.....	68

INTRODUCCION.

La importancia de las lesiones quísticas de origen dental descubiertas en los maxilares, mediante los procedimientos técnicos y que colaboran vitalmente en todos los casos, ya que el paciente nos pedirá explicaciones acerca de su enfermedad, debiéndole disipar -- sus dudas tanto para su seguridad como la nuestra y que depositaremos con los fundamentos que se demuestran en el examen histopatológico para enfocar su origen de la lesión quística, su tipo de infiltración y agresividad en las estructuras anatómicas, grado de potencial amelo blástico, a un tratamiento ideal y realizable en cuanto a los límites a respetar dentro de la configuración -- ósea y vasculo-nerviosa en ambos maxilares.

Escribir una tesis, resulta una tarea difícil pero a su vez satisfactoria por lo trascendente, en este caso un libro merece ser escrito e investigado y sea así una voz permanente.

Porque vamos nosotros los cirujanos dentistas en nuestra práctica diaria, apuntando nuestro propio y autentico criterio.

Por todo esto y ante la tenaz y persistente - inspiración en mi familia, colegas y amigos, me encuentro en la obligación amistosa, pero siempre sincera de realizar esta investigación.

CAPITULO I

"GENERALIDADES SOBRE LA ODONTOGENESIS"

I. Introducción. (Sistema Dentario).

La Anatomía Dentaria enfoca como rama de la Biología, el estudio y organización del diente, como ente -- aislado y como integrante del sistema dentario y del -- aparato masticador.

Aunque la Anatomía aparenta ser una ciencia descriptiva estática; la Anatomía Dentaria frecuentemente rehuye de tal precepto, ante la necesidad de explicar -- con el conocimiento del mecanismo de los fenómenos en -- los que ellas intervienen, cual es la razón de la existencia y disposición de las estructuras del diente.

Pese al intento de ser inminentemente descriptivo -- en el estudio de la conformación de los dientes se podrá eludir muy pocas veces la referencia al trabajo que cumple cada uno de los elementos que la integran.

Para poder exponer la razón de la existencia de las entidades anatómicas dentarias, de las modificaciones que sufren y de su importancia, será necesario aclarar frecuentemente cuales son sus funciones y como las mismas actúan, si aisladamente o en conjunto para mantener la armonía del arco del sistema dentario y del aparato masticador.

El eje de todo este problema es el diente. De él deberá conocerse cómo es, para que sirve y cuales son sus características, cuantas denticiones y grupos dentarios existen, qué nomenclatura se utiliza para designar sus elementos y posiciones.

Estas nociones se reúnen bajo el título común de Generalidades.

Los dientes están formados por elementos similares que, variando en su forma, volumen y posición, dan origen a los distintos grupos. Estos elementos constitutivos fundamentales se analizan en arquitectura de las piezas dentarias.

La Histología Dentaria estudia su microestructura. La Morfología Dentaria, que comprende la configuración externa e interna, reconoce su macroestructura.

Todos los fenómenos que ocurren en los maxilares desde que aparece la primera muestra de procesos destinados a la formación de los dientes; hasta la constitución definitiva de los arcos permanentes, se estudian bajo la denominación de Dentogénesis y Fenómenos de la dentición.

A.- IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DE LA ANATOMIA DENTARIA. SUS RELACIONES CON OTRAS RAMAS DE LA ODONTOLOGIA.

El diente, los arcos dentarios y los tejidos -- parodontarios constituyen el objeto de la mayor parte de las maniobras que realiza el Odontólogo. Se justifica así la importancia del conocimiento del diente, y de sus tejidos de sostén, aisladamente y en relación con los elementos vecinos.

Pueden considerarse dos aspectos que se refieren el primero a la parte biológica y el segundo a la parte clínica de la Odontología.

1.- EN LA PARTE BIOLÓGICA.- Se destaca en primera instancia su íntima relación con la Histología Dentaria, puesto que ésta no es más que microanatomía, y con la Embriología, que explica cómo se forman las -- estructuras. Juntas, Anatomía, Histología y Embriología, constituyen el elemento básico fundamental para entender los fenómenos de la Fisiología, Patología y Clínica.

2.- YA EN EL TERRENO DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA.

la importancia del conocimiento anatómico es una necesidad directa que experimenta el operador, cuando debe formular un diagnóstico, establecer un tratamiento o realizar una maniobra quirúrgica.

Mediante ejemplos se tratará de explicar la razón de ser, de un profundo dominio de la Anatomía, haciendo referencia a distintos aspectos de la ciencia-odontológica.

En Patología Clínica: las estructuras son las -- que, alteradas en forma o función, producen la enfermedad. Esta varía en sus características de acuerdo -- con las condiciones anatómicas de la región donde se instala. Consideremos el caso de un diente, foco productor de una colección purulenta. La difusión de ésta y sus consecuencias han de ser distintas según -- que el diente sea superior o inferior, ubicando en -- el sector anterior o posterior de la cavidad bucal.

Siendo que cada región posee diferentes relaciones o planos de clivaje que dificultan o favorecen -- la progresión de los procesos inflamatorios, circunscribiéndolos o permitiendo su difusión hacia zonas -- de mayor o menor riesgo.

En Radiología: mal puede intentarse determinar el estado de las estructuras dentarias y peridentarias, mediante la observación de un registro radiográfico, cuando no se les conoce. Las nociones anatómicas no solo posibilitan el diagnóstico, sino que son de aplicación en la formulación de las distintas técnicas que se emplean, para la toma de roentgenografías, donde se utilizan puntos de reparos anatómicos por lo general óseos, que permiten adecuar las maniobras de una técnica general a las necesidades de cada caso.

En Cirugía: la extracción de una pieza dentaria o un acto de cirugía mayor o menor no podrá emprenderse sin el conocimiento de la forma dentaria, las características de las tablas óseas, la anatomía peridentaria, la inervación e irrigación. Recién entonces se estará en condiciones de decidir el tipo y técnica de anestesia, la vía de abordaje, qué estructuras deben respetarse y cuales pueden sacrificarse, y podrán reconocerse los puntos de referencia para lograr el acceso al campo quirúrgico.

Puede afirmarse que el factor fundamental que -- decide los tiempos de una técnica es el terreno anatómico donde la misma se realiza.

B.- PRESENCIA DEL DIENTE EN EL SISTEMA DENTARIO Y EN EL APARATO MASTICADOR.

El diente constituye la unidad en ambas entidades. Como de su integración participan distintos tejidos, es un órgano. Al alinearse con los dientes de su mismo maxilar constituye el arco dentario.

Los arcos de ambos maxilares integran el sistema dentario que forma parte muy importante de un gran aparato constituido en su torno, y del cual participan:

1.- Ambas mandíbulas, como portadoras de los dientes y como esqueleto de las partes blandas.

2.- Músculos, los que interviene en la formación de las paredes bucales y las que producen los movimientos mandibulares.

3.- Las Articulaciones Temporomaxilares, merced a las cuales se producen las excursiones del maxilar inferior.

4.- Los Tejidos Blandos: que forman labios, carrillos, bóveda palatina, velo del paladar, istmo de las fauces, piso de la boca, lengua, glándulas salivales.

Estos elementos actúan, no solamente como pares de la cavida bucal, también lo hacen como factores activos en la mecánica de la masticación movilizando el bolo alimenticio, y en el proceso químico de la misma mediante la secreción de la saliva.

5.- Los elementos vasculares y nerviosos.

Todo este conunto integra el aparato masticador.

II.- Los Dientes : Generalidades.

Constituidos por tejidos perfectamente diferenciados y que reconocen distinto origen embrionario, los dientes son órganos duros, pequeños, de color amarillento, dispuestos en forma de arco en ----

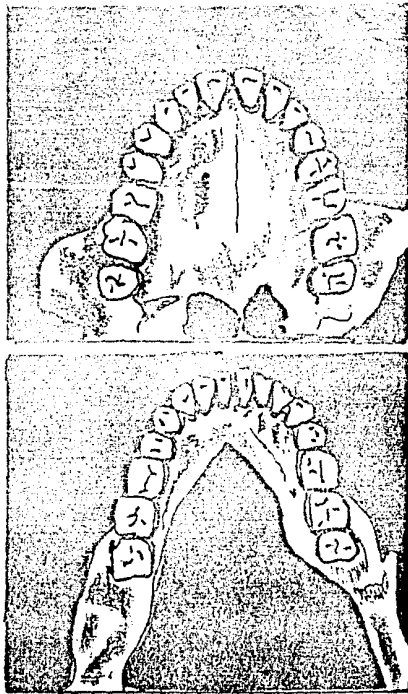


FIG. 1. ARCOS DENTARIOS. En el superior se observa la posición armónica con -- respecto al cuerpo del hueso. En - el inferior se aprecia el divorcio-- entre la dirección del arco denta-- rio y el cuerpo del hueso en la región de premolares y molares.

ambos maxilares, que componen en su conjunto el sistema dentario.

A.- ESTRUCTURA DEL DIENTE.

Existen 3 tejidos duros: esmalte, cemento y dentina, y uno blando: la pulpa dentaria. Salvo el primero, de origen ectodérmico, los restantes derivan -- del mesodermo.

Recubriendo el esmalte, pero sin que resulte --- posible observarlo a simple vista, se dispone la membrana de Nasmyth o cutícula dentis, cuya importancia-anatómica es relativa en lo referente a la morfología dentaria. Es un tejido ectodérmico.

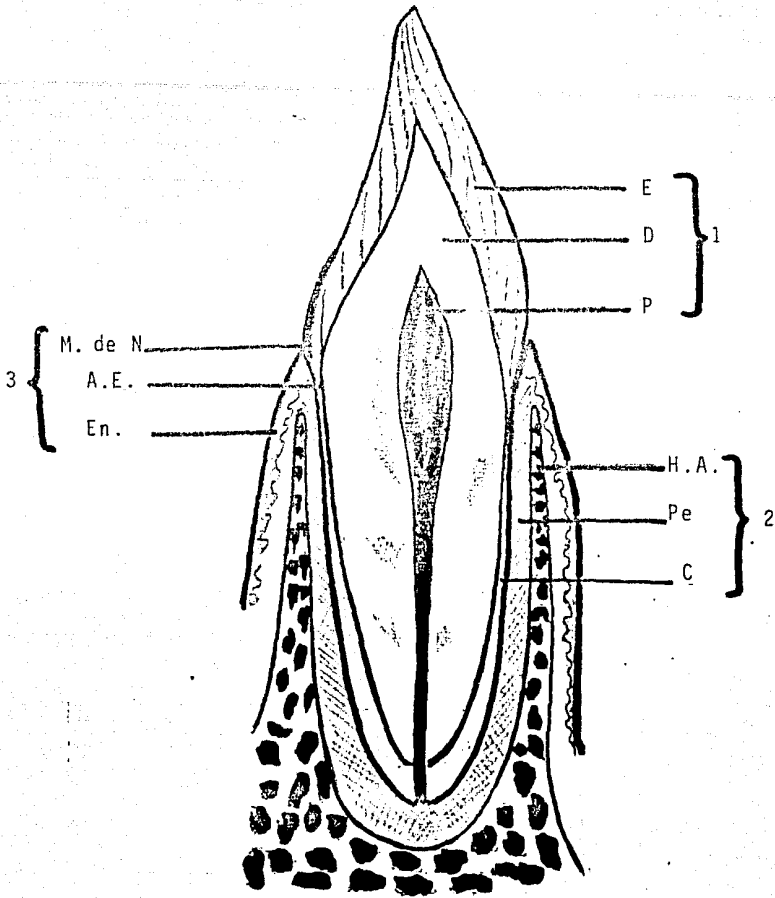


FIG. 2 Diente in situ en un corte longitudinal. 1: Organó dental, con E: esmalte, D: dentina, y P: pulpa dentaria. 2: Parodonto de inserción, con HA: hueso alveolar. Pe: periodon-
to, y C: cemento. 3: Parodonto de protec-
ción, con M de N: membrana de Nasmyth.

AE: adherencia epitelial, y En: encía.

El desarrollo dental se inicia antes y después del nacimiento. Los violentos cambios que entraña el parto en la vida del nuevo ser causan diversos trastornos de varios días de duración, que se ponen de manifiesto clínicamente por una pérdida de peso y cesación de crecimiento en general, esto produce una alteración en la odontogénesis.

El desarrollo de los dientes se ha dividido en 5 etapas: Primordial (Botón), Casquete, Campana Aposicional y Erupción. (Figura 3)

D I E N T E S .

Hacia la sexta semana de desarrollo, la capa basak dek revestimiento epitelial de la cavidad bucal prolifera rápidamente y forma una estructura en forma de C; la lámina dental, a lo largo de los maxilares superior e inferior; esta lámina ulteriormente origina varias evaginaciones que se introducen en el mesén-

quima subyacente (Fig. A) Estos brotes, en número de 10 paracada maxilar, son los primordios de los componentes ectodérmicos de los dientes, (Etapa Primordial o de Botón).

En breve la superficie profunda de los brotes se invagina y se llega al llamado Período o Etapa de Caperuza o Casquete, del desarrollo dentario (Fig. B).- La caperuza consiste en capa externo, el epitelio dental externo, capa interna, el epitelio dental interno, y un centro de tejido laxo, el retículo estrellado. - El mesénquima situado en la concavidad limitada por el epitelio dental interno prolifera y se condensa, formándose así la papila dental. (Fig. B).

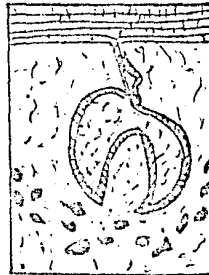
Al crecer la caperuza dental, y profundizarse -- la escotadura, el diente adquiere aspecto de campana (Período de Campana). Las células de mesénquima de la papila adyacente a la capa dental interna se convierten por diferenciación (Fig. C) en odontoblastos- estas células elaboran la predentina, que se deposita inmediatamente por debajo de la capa dental interna.- Con el tiempo, la predentina calcifica y se transforma en la dentina definitiva. Por virtud del engrosamiento ininterrumpido de la capa de dentina, los odontoblastos retroceden, hacia la papila dental y dejan -



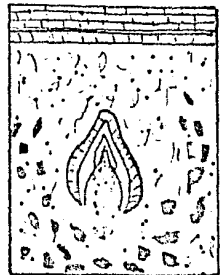
A
Primordio
dental



B
Etapa
de casquete



C
Etapa de campana
calcificación del-
hueso.



D
Aposición y
calcificación del
esmalte y dentina

CRECIMIENTO

CALCIFICACION

en la dentina prolongaciones citoplasmáticas finas -- llamadas fibras dentinarias, La capa de odontoblastos persiste durante toda la vida del diente y constantemente produce predentina. (Fig. D), la cual se transforma en dentina, Las demás células de la papila dental forman la pulpa del diente. (Fig. D).

Mientras ocurre lo anterior las células epiteliales de la capa dental interna se han convertido por diferenciación en ameloblastos (formadores de esmalte)

Estas células producen largos prismas de esmalte que se depositan sobre la dentina (Fig. 4 D). La capa de contacto entre las de 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 la pieza. Cuando por aposición de nuevas capas, el esmalte se engruesa, los ameloblastos retroceden hacia el retículo estrellado hasta alcanzar por último la capa epitelial dental externa; en este sitio experimentan regresión y dejan transitoriamente una membrana delgada (cutícula dental) sobre la superficie del esmalte; después de ---- brotar el diente, esta membrana gradualmente se desprende.

Las fibras de este ligamento están introducidas por un extremo en el cemento y por el otro en la pared ósea del alveolo. En consecuencia, el ligamento mantiene firmemente en posición a la pieza y, al propio tiempo, actúa como amortiguador de choques.

Al alargarse ulteriormente la raíz, la corona es empujada poco a poco a través de los tejidos supra yacentes hasta llegar a la cavidad bucal. (Fig. E) -- Los dientes deciduos, caducos o de leche brotan entre los seis y los 24 meses después del nacimiento.

Los esbozos de los dientes permanentes situados en la cara lingual de los dientes caducos y se forman durante el tercer mes de vida intrauterina. (Fig. B) -- Estos primordios, cuyo desarrollo es semejante al de los dientes de leche, permanecen inactivos hasta el sexto año de la vida, aproximadamente; en esta fecha comienza a crecer, empujar por abajo a los dientes de leche y así contribuyen a su caída. Al crecer el diente permanente, la raíz del diente deciduo o caduco suprayacente experimenta resorción por osteoclastos.

A veces, el neonato presenta los dos centrales inferiores; en estas circunstancias, suelen tener for

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 de Hertwig. (Fig. D)

Las células de la papila dental que están en contacto con esta vaina se convierten por diferenciación en odontoblastos, que depositan una capa de dentina--que se continúa con la de la corona. (Fig. E y F)

Al depositarse cada vez más dentina en el interior de la capa ya 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 mesenquimáticas situadas fuera del ---diente y en contacto con la dentina de la raíz se --convierten por diferenciación en cementoblastos (Fig. E). Estas células 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 parodontal (Fig. E y F)

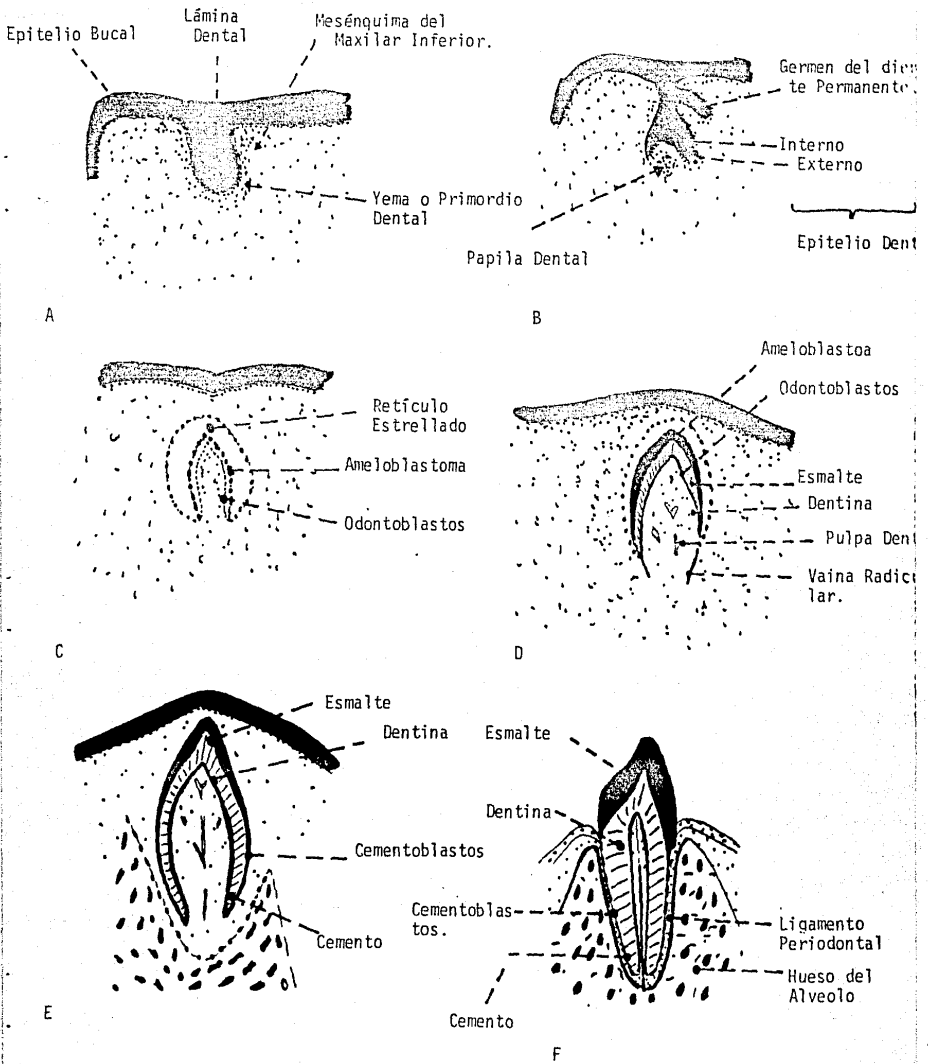


FIG 4. Esquema de la formación de un diente en varias etapas de desarrollo. A, a las ocho semanas H. A las 10 semanas. C, A los tres meses. D, A los seis meses. D, A los seis meses. E, A los ocho meses F, Después de brotar la pieza.

DESARROLLO PRECOZ DE LOS DIENTES.- Cuando el desarrollo de los dientes está casi por comenzar, la cavidad bucal está limitada por un epitelio que consiste en una capa de células bajas. En ciertas zonas --- particularmente sobre la zona potencial de situación del diente, existe una parte más superficial formada por células planas en 2 ó 3 capas de espesor. Las células basales del epitelio se encuentran sobre una lámina basal y están separadas por ella, del tejido mesodérmico subyacente de los procesos maxilares y mandibulares.

En este estado, ni el maxilar ni la mandíbula -- (Procesos maxilares y mandibulares) muestran regiones separadas de labio o encía y solo es gradualmente que esas partes comienzan a distinguirse.

Banda epitelial primaria.



Diagrama de un corte sagital de la parte anterior del maxilar inferior que muestra la formación de la banda epitelial primaria.

La separación de los labios y las mejillas de las encías, están asociadas con el desarrollo inicial de los dientes.

BANDA EPITELIAL PRIMARIA.- Esta proliferación --- pronto comienza a ser continua en la línea media y adelante de la boca conformando una estructura de forma de "pata de caballo" que se proyecta de la superficie profunda del epitelio bucal dentro del mesodermo subyacente en cada uno de los maxilares en desarrollo.

El primer indicio de que la formación dentaria -- está pronta a comenzar es una proliferación localizada del epitelio que se produce en la región lateral de -- los procesos maxilares y mandibulares en casi un estadio de 12 mm. de longitud C.R. (corona-raíz) (6 semanas de vida embriológica).

BANDA VESTIBULAR Y LAMINA DENTAL. - Durante la 7a. semana cada banda epitelial primaria comienza a dividirse en su cara profunda en 2 procesos.

Banda vestibular.

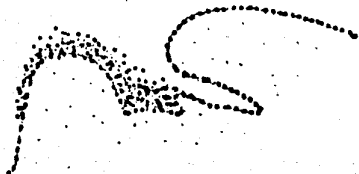


Diagrama de un corte sagital de la parte anterior de la mandíbula inferior que muestra la aparición precoz de la banda vestibular y de la lámina dental.

Lámina dental.

La más externa o más vestibular de éstas, es conocida como Banda Vestibular (banda surco-labial); ya -- que primero demarca la región de los labios y mejillas de las encías y por último produce una verdadera separación de esas partes.

Hay en este estadio, un proceso más espeso, la lámina dental; la que está íntimamente relacionada con el desarrollo de los dientes. Con el continuo crecimiento, la lámina dental penetra más profundamente en los tejidos de cada maxilar. En la parte anterior ---- de la boca, este crecimiento tiene una dirección lingual, de modo tal que la lámina dental diverge del -- proceso vestibular y forma una proyección continua de epitelio; en la parte posterior de la boca permanece -- más vertical.

EL DESARROLLO PRECOZ DE LOS GERMENES DENTARIOS.--
ORGANOS DEL ESMALTE.- Poco después de su iniciación, la lámina dental de cada maxilar muestra a intervalos pequeñas tumefacciones redondeadas que envuelven todo el espesor de la lámina y casi toda su profundidad -- desde su borde libre hasta su base, donde la lámina -- está adherida al epitelio bucal. Estas tumefacciones epiteliales de la lámina son como órganos del esmalte de los dientes temporarios.

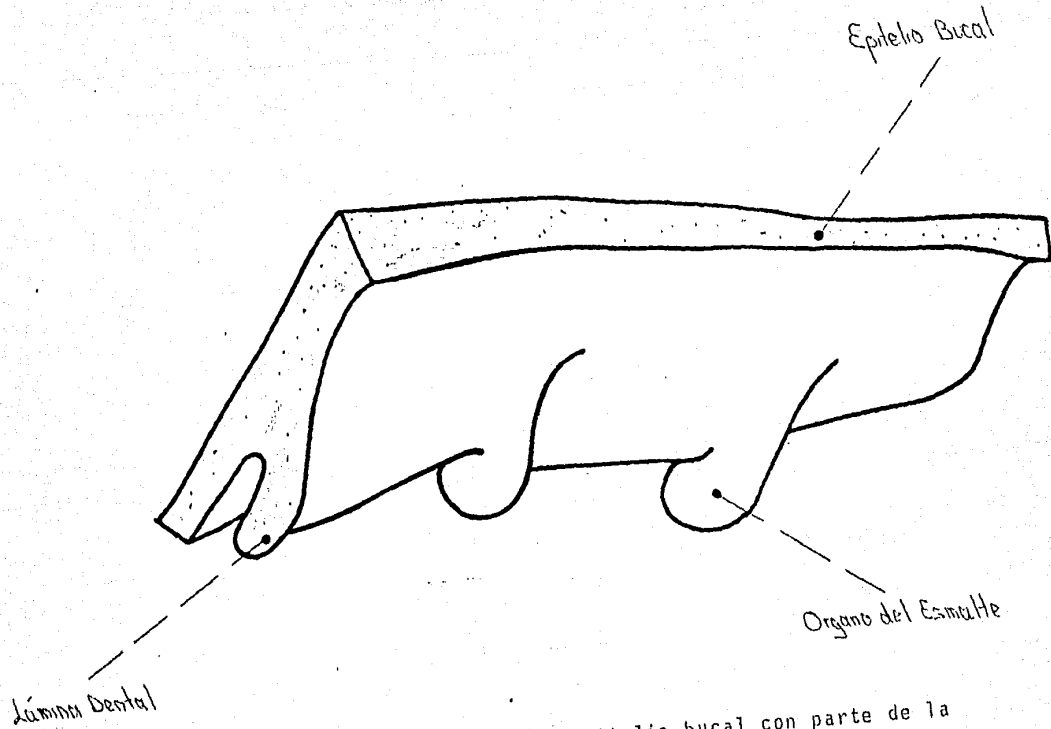


Diagrama de una porción del epitelio bucal con parte de la lámina dental inferior para mostrar la disposición de los órganos del esmalte de los dientes temporarios después de su primera aparición.

A cada lado de cada maxilar se desarrollan 4 órganos del esmalte ; para los dos incisivos temporarios - el canino temporario y para el primer molar temporario. A medida que la lámina dental crece hacia atrás detrás del nivel de apertura del conducto parótideo , los órganos del esmalte se desarrollan en este segmento posterior de una manera similar como lo hacen a lo largo del segmento anterior; el primero de éstos es para el segundo molar temporal, que está seguido por aquellos para los molares permanentes. Estos cuatro órganos del esmalte apreciados precozmente constituyen los órganos primarios del esmalte.

PAPILA DENTAL.- En relación con cada uno de los órganos del esmalte en desarrollo, el tejido mesodérmico adyacente muestra una proliferación distinta, -- la que forma una densa masa de tejido celular. De este tejido se desarrolla la papila dental (pulpa primitiva) y el saco folicular para cada uno de los gérmenes en desarrollo.

FORMACION DEL VESTIBULO.- Durante el desarrollo precoz del órgano del esmalte, tienen lugar cambios -- en la disposición de la banda vestibular y de la lámina dental.

LAMINA DENTO-GLANDULAR.- En relación con los caninos temporarios y cada uno de los molares temporarios y permanentes, aparece un pequeño proceso epitelial adicional durante el estado de copa del órgano del esmalte. Esto es observado como un pequeño brote o lámina sobre el lado vestibular del germen dentario, pero su posición exacta de origen varía con el diente.

FOLICULO DENTARIO.- Desde un estadio muy precoz aparece una condensación celular mesodérmica en contacto con la superficie externa del epitelio externo del esmalte; esto continúa con la papila dental alrededor del margen del ángulo del esmalte. El folículo dentario es responsable de la nutrición del órgano del esmalte.

VAINA DE HERTWIG.- Los epitelios, externos e internos del esmalte no están separados por el estrato intermedio y el retículo estrellado, pero crecen como una pared de dos capas, la vaina de Hertwig. Esta delimitación de la forma de la zona radicular del diente es de la misma forma en que el órgano del esmalte lo hace con la corona del diente.

DIFERENCIACION Y FUNCION DEL GERMEN DENTARIO.

El epitelio interno del esmalte y la capa interior de la vaina de Hertwig. tienen las siguientes funciones:

1.- Determina la forma y el tamaño de la corona y las porciones radiculares del diente.

2.- Inicia la diferenciación de las células formadoras de dentina.

3.- Donde el epitelio interno del esmalte comienza a ser la capa ameloblástica totalmente diferenciada, el esmalte es encontrado sobre la superficie de la dentina. La dentina es siempre el primero de los tejidos dentarios calcificados que aparece.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS.-A través de todo el período de desarrollo de los gérmenes dentarios de ambas denticiones, pueden encontrarse variaciones del número usual de dientes, ya sea menor o mayor que el normal.

En ambos casos, la dentición permanente está mucho más comúnmente afectada que en la dentición temporaria.

Hasta pueden surgir quistes de los remanentes -
epiteliales dejados aislados en los tejidos durante la
formación de la región de la cara, y la boca, de modo-
que varios estados quísticos pueden producirse más tar-
de en la vida, cuyo origen son los remanentes de algu-
nas partes del epitelio dental formativo. Hay quistes-
de erupción, quistes dentarios y quistes dentígeros.

Básicamente los dientes provienen de ectodermo - y mesodermo, Cada una de ellas incluye una papila --- dérmica desarrollada, especialmente cubierta por material calcificado originado principalmente en el tejido conectivo, pero también en el epitelio . Los dientes incluidos en los maxilares superior e inferior -- están dispuestos en dos arcos de los que el superior es mayor que el inferior, de la que resulta que los - dientes inferiores están cubiertos un poco por los su periores.

En el hombre, se distinguen dos grupos de dien-- tes; los primarios o deciduos de la niñez, son cinco- en cada hemimaxilar (20 en total) y salen en primer - término seis a siete meses después del nacimiento, y su aparición se completa a los dos años de vida. Se - caen entre los seis , doce y trece años y son subs- tituidos por los dientes permanentes del adulto. Los- dientes permanentes son ocho en cada hemimaxilar (32- en total) y los cinco anteriores substituyen a los -- tres posteriores no están representados en la denti-- ción primaria.

Los tejidos duros del diente incluyen dentina, - que forma la masa principal del diente y que rodea---

la cavidad de la pulpa; el esmalte que cubre la dentina de la corona y el cemento, que cubre la dentina de la raíz. El borde del esmalte, por ello, se pone en contacto con el cemento en el cuello del diente.

Los tejidos blandos incluyen la pulpa que llena la cavidad pulpar, la membrana periodontal el hueso del alveolo y el cemento que cubre la raíz, y la encía. Esta última se continúa con la membrana periodontal y es la porción de la membrana mucosa bucal que rodea el diente en el cuello y parte inferior de su corona. En una persona joven la encía está unida al esmalte, pero poco a poco se separa del mismo en forma tal, que en el adulto toda la corona está descubierta.

DENTINA.- Es una substancia más dura que el hueso compacto, pero tiene composición química semejante que incluye 72% de sales inorgánicas y 28% de material inorgánico.

Los tubos de la dentina están ocupados por prolongaciones de los odontoblastos denominados fibras dentinales de Tomes.

ESMALTE.- El esmalte cubre únicamente la corona del diente, tiene origen epitelial y es la sustancia más dura en el cuerpo. Contiene aproximadamente 97% de material inorgánico, principalmente fosfato cálcico en forma de cristales de apatita alrededor de 200 mm. de largo y 50mm. de ancho.

La unidad estructural del esmalte es el prisma del esmalte y entre los prismas hay sustancia interprismática.

CEMENTO.- El cemento cubre la dentina de la raíz del diente desde el cuello hasta la punta y sirve para fijar la raíz a la membrana periodontal. Desde el punto de vista histológico, es semejante al hueso, con haces gruesos de fibras colágenas en la matriz calcificada.

El cemento, al igual que el hueso, es un tejido lábil que reacciona a los esfuerzos y en determinadas circunstancias experimenta resorción o hiperplasia.

PULPA.- La pulpa del diente ocupa la cavidad principal y los conductos radiculares y proviene del mesénquima de la papila dental embrionaria.

Por lo regular, por cada conducto o los conductos radiculares llegan una arteriola y dos vénulas a la cavidad pulpar y se distribuyen en un lecho capilar extenso en la cavidad, con capilares subyacentes a los odontoblastos y que a veces se extienden entre ellos.

MEMBRANA PERIODONTAL.- Esta membrana es periotio modificado en el hueso alveolar y es un tejido conectivo fibroso denso . En el cuello del diente sos tiene las encías. Hay haces gruesos y resistentes de fibras colágenas entre el hueso y el cemento. En las extremidades de un haz, las fibras colágenas se extienden al hueso y al cemento, respectivamente, en forma de fibras de Sharpey. No obstante, las fibras de cada haz no son rectas y tensas, tienen un curso ligeramente ondulado y están fijadas en forma más profunda a las raíces del diente que al hueso alveolar.

Por ello, el diente no está totalmente fijo en su alveolo, y puede moverse un poco en todas direcciones, dado que la membrana periodontal funciona como ligamento suspensor del mismo. Entre los haces de fibras, se encuentran algunos fibroblastos y osteoblastos.

Los vasos sanguíneos y los nervios pasan por la membrana para llegar a la cavidad de la pulpa, pero no son prominentes en la membrana.

ENCIA.- Rodea a cada diente a manera de un collar y es la membrana mucosa bucal que se extiende entre ellos y los une con el periostio del hueso alveolar en su cresta y el diente por arriba del cuello. Las papilas de tejido conectivo subyacentes al epitelio-estratificado plano de la encía son bastante altas. El tejido conectivo en sí incluye haces de entrelazamiento de fibras colágenas, con pocos fibroblastos y numerosos vasos sanguíneos que forman una red capilar --- abundante por abajo del epitelio. De la sangre de esta malla depende el color rosa de las encías.

D).- CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS
LESIONES QUISTICAS.

Aquí se tratan los problemas de diagnóstico, -- examen radiográfico, técnica quirúrgica, tratamiento pos-operatorio y complicaciones quirúrgicas.

DIAGNOSTICO.-

El diagnóstico en cada caso debe fundarse en -- una combinación de datos físicos, historia, valoración radiográfica y biopsia. El examen histológico es muchas veces esencial para establecer un diagnóstico correcto, pero también son necesarios otros estudios clínicos de laboratorio. No se debe hacer una biopsia inmediatamente para eliminar otros estudios. La biopsia debe hacerse -- cuando sus indicaciones sean bastantes claras. Los síntomas clínicos suelen faltar si el quiste no es muy grande y no causa deformidad facial. El dolor puede ser causado por la presión del quiste sobre un nervio y asimismo puede haber parestesia. Los quistes pueden ser múltiples, -- cada uno de un rudimento embrionario diferente, pero los quistes múltiples pueden indicar una enfermedad general.

Debido a que los quistes de los tejidos blandos del cuello se presentan muchas veces tensos, la diferenciación entre el quiste y los tumores sólidos puede ser --

difícil. La presencia de inflamación y la sensibilidad a la presión es un signo de quiste más que de tumor, debido a que los quistes frecuentemente se infectan secundariamente. Sin embargo, la dureza del quiste y la movilidad de los tejidos del cuello frecuentemente hacen que la fluctuación no sea un signo seguro de la presencia de líquido. La localización, movilidad, fijación, consistencia, cambios locales y enfermedades asociadas, son los factores más importantes en el diagnóstico.

En los quistes grandes de hueso que producen asimetría facial, la extensión se verifica generalmente a lo largo de la línea de menor resistencia en el hueso y en una sola dirección. El neoplasma verdadero suele crecer en el hueso y a través de él en todas direcciones. Los nervios, vasos sanguíneos, y senos paranasales generalmente son desplazados por la presión ejercida por el contenido líquido del quiste en contraste con el neoplasma que invade y rodea estos tejidos.

DATOS RADIOGRAFICOS.-

El examen radiográfico nos muestra la localización y extensión del quiste en el hueso u en los dientes. Las sombras superpuestas pueden causar confusión cuando parecen estar atacados varios dientes en la región de un

quiste. Se debe hacer un examen clínico completo, incluyendo las pruebas de vitalidad. La presión del líquido quístico dentro de la cavidad puede causar la formación de una capa compacta de hueso en el cual está contenido el saco del quiste. Esta lámina densa se ve en la radiografía como una línea blanca delgada delineando la región que contiene el quiste radiolúcido. El diagnóstico nunca se puede hacer positivamente con los datos radiográficos y a que muchas enfermedades neoplásicas y metabólicas aparecen en la radiografía como quistes. Debido a la complejidad de las lesiones patológicas que se presentan en los maxilares y en la mandíbula estos problemas son difíciles de diagnosticar.

Los quistes generalmente tienen un contorno liso, redondo y lobular y pueden ser multiloculares.

Sin embargo, cuando hay infección secundaria los bordes pueden ser irregulares.

Los quistes de los maxilares superiores son muy difíciles de ver en la radiografía debido a que se superponen las sombras de los senos paranasales. Una sustancia radiopaca, como aceite yodado (Lipiodol) puede inyectarse en la cavidad quística.

CAPITULO II

" CLASIFICACION, ETIOLOGIA Y DIAGNOSTICO. "

CLASIFICACION DE LOS QUISTES ODONTOGENOS.-

DEFINICION DE QUISTE.- El quiste se define como una cavidad patológica tapizada por epitelio y que por lo general contiene material líquido o semisólido. Todos los quistes odontógenos satisfacen este criterio, con la posible excepción del quiste odontógeno queratinizante y calcificante, y además, con frecuencia, pero no siempre, están encerrados dentro del hueso. El epitelio correspondiente a cada uno de estos deriva de una de las siguientes fuentes:

- 1).- Germen Dental.-
- 2).- Epitelio Reducido del Esmalte de una Corona Dental.
- 3).- Restos Epiteliales de Malassez, restos de la vaina de Hertwig.
- 4).- Restos de la Lámina Dental.

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

QUISTES ODONTOGENOS Y SU CLASIFICACION.-

Estos quistes derivan del epitelio asociado con la formación del aparato dental. Como pueden producirse diversos tipos de estos, según la fase de la odontogénesis durante la cual se originan, varios investigadores -- han intentado idear una clasificación y un sistema de nomenclatura de las lesiones. Algunas de éstas no han sido del todo satisfactorias porque suelen no especificar como se originan y desarrollan los quistes, y no unifican los puntos de vista del cirujano bucal, radiólogo y patólogo.

Lo que sigue es una clasificación simple, pero-práctica:

- 1.- Quiste Primordial,
- 2.- Quiste Dentífero
 - a) Quiste del Brote
- 3.- Quiste Periodontal
 - a) Quiste Apical
 - b) Quiste Lateral
- 4.- Quiste Gingival
 - a) Del Recien Nacido (Quiste de la Lámina Dental)
 - b) Del Adulto
- 5.- Queratoquiste Odontógeno
 - a) Síndrome de Nevo Basocelular
- 6.- Quiste Odontógeno Queratinizante y Calcificante.

1.- QUISTE PRIMORDIAL.-

El término de " quiste primordial " se ha utilizado para designar un quiste derivado del órgano del esmalte antes de la formación de los tejidos dentales. La degeneración del retículo estrellado da lugar a un espacioquistico limitado por el epitelio inferior y exterior del esmalte que sufre un cambio y se convierte en epitelio de tipo escamoso estratificado.

Este tipo de quiste se encuentra con más frecuencia en el lugar del tercer molar del maxilar inferior o por detrás del mismo en el borde anterior de la rama ascendente del maxilar inferior.

Se ha creído que tiene su origen en gérmenes dentales supernumerarios. Por definición, los quiste no deben estar en contacto con una corona o ápice radicular de un diente. Se ha demostrado microscopocamente que se trata de queratoquistes odontogénicos. Pueden ser uniloculares o multiloculares.

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL QUISTE PRIMORDIAL.-

Varía ampliamente de tamaño, pero posee potencial para expandir hueso y desplazar dientes adyacentes -- por presión. A veces, está asociado con un diente primario persistente.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

El aspecto microscópico del quiste primordial -- es similar al de algunos otros quistes odontógenos. Se ha observado que su epitelio presenta una capa de células basales columnares con núcleos picnóticos o vesiculares.

2.- QUISTE DENTIGERO.- El quiste dentigero rodea a la corona de un diente no salido de la dentadura regular (aproximadamente el 95%) o supernumeraria. 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.

La corona del diente se proyecta dentro de la -- luz de la cavidad quística. El quiste puede tener cualquier tamaño, desde una leve dilatación del saco pericoronar hasta ocupar todo el cuerpo y rama de una mitad del maxilar inferior.

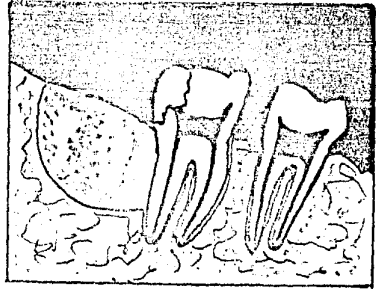
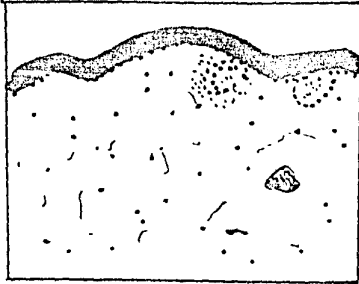
Los quistes mayores se encuentran en el maxilar inferior, posiblemente a causa de la anatomía de los maxilares superior e inferior. Aunque el quiste se desarrolla sobre un solo diente, puede incluir las coronas de varios dientes adyacentes al dilatarse. Por otra parte, puede desplazar los dientes en posiciones alejadas de sus localizaciones normales, especialmente en el maxilar superior.

Los quistes dentígeros suelen ser solitarios. Sin embargo, cuando son múltiples hay que excluir cualquier posible asociación con el síndrome del carcinoma basocelular nevoide múltiple. Muchas veces el quiste dentígero también puede estar asociado con la disostosis cleidocraneal y un tipo raro de amelogénesis imperfecta hipoplásica en el cual hay muchos dientes enterrados.

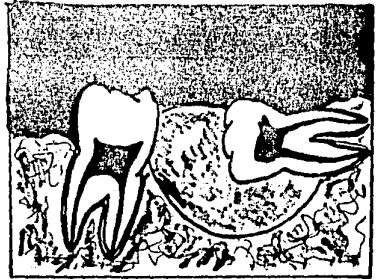
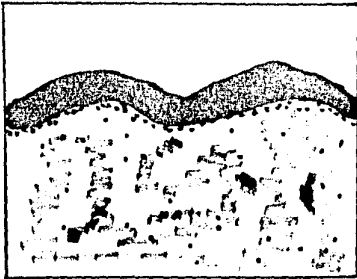
En general, el quiste está compuesto por una delgada pared de tejido conjuntivo tapizado por un epitelio escamoso que es continuo con el epitelio reducido del esmalte que cubre la corona.

El quiste dentígero también es un ameloblastoma potencial. La mayoría de los investigadores han definido un origen infrafolicular, es decir, el crecimiento direc-

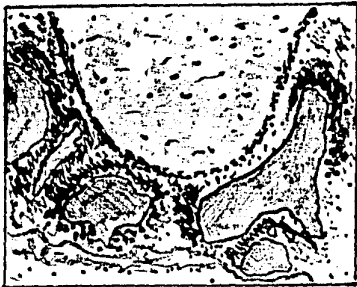
QUISTE PRIMORDIAL



QUISTE DENTIGERO



QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.



to del folículo que envuelve la corona del diente.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Está siempre asociado, tiene la capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva acompañada - de asimetría facial y desplazamiento dental.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

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

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

El examen radiográfico del maxilar que tiene un quiste dentígero revelará una zona radiolúcida de alguna- manera vinculada con la corona de un diente no erupciona- do.

2(a).- QUISTE DE ERUPCION O QUISTE DEL BROTE.-

El quiste de erupción es un tipo frecuente de - quiste dentígero asociado con dientes deciduos en erup- -

ción o, raras veces, permanentes. Representa una acumulación de líquido hístico o sangre en un espacio folicular-dilatado alrededor de la corona de un diente en erupción.

3.- QUISTE PERIODONTAL.-

a) Quiсте apical.

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL QUISTE APICAL.- El más frecuente de los quistes bucales, el quiste periodontal periapical radicular, tiene un origen inflamatorio. - Su origen como secuela de la caries dental, al propagarse el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente, se forma una masa de tejido inflamatorio crónico llamado granuloma apical. Dentro de esta masa proliferan extensamente restos epiteliales de Malassez, normalmente presentes en el ligamento periodontal.

Estas islas epiteliales se fusionan y sufren -- una transformación quística.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

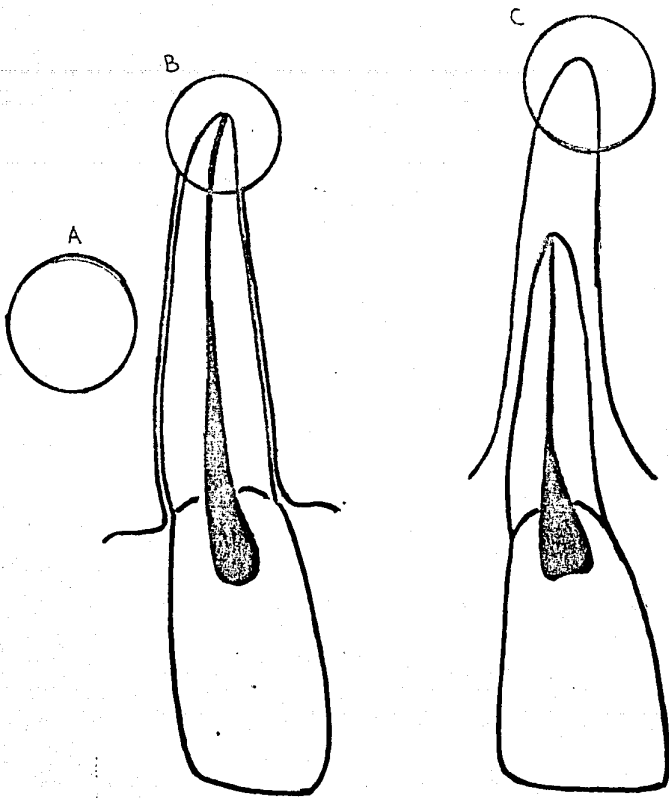
Alrededor de las islas epiteliales proliferan-- tes en el quiste apical joven, se observan histiocitos, - linfocitos, células plasmáticas, cuerpos de Russel, hendi

duras de colesterol y algunas células gigantes de cuerpos extraños. Las fibras de colágeno se depositan circunferencialmente. En los granulomas dentales y quistes radiculares puede haber fibras de oxitalano, un componente normal del ligamento periodontal. El epitelio suele ser de tipo escamoso estratificado y relativamente grueso. muchas veces en parte acantomatoso y ulcerado. En ocasiones está queratinizado.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

El quiste es muchas veces asintomático y se diagnostica en radiografías dentales sistemáticas. El diente asociado con el quiste no es vital y casi siempre presenta caries dental, Sin embargo, en algunos casos hay una anamnesis de trauma en la región correspondiente. El quiste radicular suele quedar pequeño y no produce dilatación maxilar. No se puede diferenciar radiográficamente un granuloma apical de un quiste radicular. El quiste que sigue en su lugar después de la extracción del diente responsable se denomina quiste residual.

El quiste apical no suele tener un diámetro mayor de 0.5 cm. La superficie mural del quiste puede ser rugosa o lisa, según su estadio de desarrollo. El contenido puede ser grumoso o contener gran cantidad de



QUISTES PERIODONTALES.

A.- Lateral

B.- Apical

C.- Residual

cristales de colesterol resplandecientes.

b) Quiste lateral.

CARACTERISTICAS CLINICAS DEL QUISTE PERIODONTAL LATERAL.-

El quiste periodontal lateral ha sido registrado principalmente en adultos, la mayor parte de estos -- quistes han aparecido en la zona de premolares inferiores.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

El quiste es un saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido, en la superficie interna, de -- una capa de epitelio escamoso estratificado.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Aparece como una zona radiolúcida; la lesión -- es pequeña, raras veces mayor de 1 cm. de diámetro, y puede de o no ser bien circunscrita.

4.- QUISTE GINGIVAL.-

a) Quiste del recién nacido (quiste de la -

lámina dental; perlas de Epstein; nódulos de Bohn).

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Se aprecian clínicamente como pequeñas tumefacciones circunscritas blancas del reborde alveolar, que en ocasiones aparecen isquémicas por la presión interna. Son estas lesiones asintomáticas y no parecen producir molestias a los infantes.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Son verdaderos quistes con un delgado revestimiento epitelial y una luz por lo común ocupada por queratina escamada y a menudo, células inflamatorias.

b) Quiste gingival del adulto.-

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Se presenta a cualquier edad, pero más común -- en adultos de 40 años, esta lesión aparece, por lo general, como una hinchazón pequeña, bien circunscrita e indolora de la encía, a veces muy semejante a un mucocele superficial.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Si adquiere el tamaño suficiente produce una lesión superficial de la lámina ósea cortical, pero aún así no suele ser visible en la radiografía.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

Esta afección es un quiste verdadero. El epitelio de revestimiento es, por lo general, escamoso, aplanado y muy delgado. La lesión está libre en el tejido co-nectivo de la encía y puede o no presentar infiltración -celular inflamatoria.

5.- QUERATOQUISTE ODONTOGENO.-

Se refiere en su término a un tipo específico -de alteración que puede ocurrir en los quistes folicular, residual y, muy raras veces radicular y fisural,

Una capa muy delgada de queratina o paraqueratina cubre el epitelio.

Además, estos quistes pueden ser múltiples y -asociados con el Síndrome de Carcinoma Basocelular Nevoí de Múltiple.

Estos quistes han recibido numerosas denominaciones: quistes epidermoides, colesteatomas y disembrioplasias epidérmicas.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Se origina a cualquier edad, desde la infancia hasta la ancianidad. No hay manifestaciones clínicas características del queratoquiste. Entre los rasgos más comunes se halla dolor, hinchazón del tejido blando y expansión del hueso.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

La lesión puede aparecer como una imagen radiolúcida unilocular o multilocular.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

La pared de tejido conectivo suele mostrar pequeñas islas de epitelio similar al de revestimiento; algunas de estas islas pueden ser quistes pequeños. La luz del queratoquiste suele estar ocupado por un líquido poco espeso de color pajizo o por un material cremoso más espeso.

a) Síndrome del Nevo Basocelular.-

Afección hereditaria, transmitida como rasgo -- dominante autosómico, con una relevada penetración y expresividad variable.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

Anomalías cutáneas, incluidos carcinoma basocelular, otros quistes y tumores dérmicos benignos, disqueratosis palmar y plantar y carcinosis dérmicas; Anomalías dentales y óseas, que incluyen queratoquistes odontógenos (con frecuencia múltiples), prognatismo mandibular leve, Anomalías de costillas (con frecuencia bifidas) y vertebrales y braquimetacarpalisino; Anormalidades oftalmológicas como el hipertelorismo con puente nasal ancho, -- ectopia cántica, ceguera congénita y estrabismo interno; - Anomalías Neurológicas, incluidos retardo mental, calcificación dural, agenesia del cuerpo calloso, hidrocefalia congénita y meduloblastoma con frecuencia mayor que de lo normal; Anormalidades sexuales, incluidas hipogonadismo en varones y tumores ováricos en mujeres,

MANIFESTACIONES BUCALES.-

Debido a que suelen en épocas tempranas de la vida, pueden presentarse deformación y desplazamiento de dientes en desarrollo.

6.- QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.-

(Quiste Odontógeno Epitelial Calcificante;-
Quiste de Gorlin; Tumor Queratinizante Quístico).-

La lesión es rara en el sentido que tiene características de un quiste, pero también posee muchas de una neoplasia sólida. Antes de la separación de esta lesión como una entidad, se diagnosticaba equivocadamente como una forma de ameloblastoma.

CARACTERISTICAS CLINICAS.-

No hay predilección por edad o sexo, aunque la mayor parte se presenta en adultos. Alrededor del 70% -- en mandíbula, el 75% de casos comunicados han aparecido en zonas centrales del hueso, el 25% en la periferia como una proliferación gingival, sin lesión del hueso subyacente o solamente una erosión superficial.

CARACTERISTICAS RADIOGRAFICAS.-

Las lesiones intraóseas centrales aparecen como una imagen radiolúcida bastante bien circunscrita. En la imagen radiolúcida hay cantidades variables de material radiopaco calcificado disperso, entre minúsculos puntos -

grandes masas.

CARACTERISTICAS HISTOLOGICAS.-

La lesión presenta un revestimiento epitelial, como todos los quistes verdaderos, compuestos de una capa bien definida de células columnares o cuboideas.

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

CAPITULO III

" T R A T A M I E N T O . "

1.- QUISTE PRIMORDIAL.-

El tratamiento de este quiste consiste en una enucleación quirúrgica con un curetaje a fondo del hueso dependiendo si la lesión es pequeña, en particular si se produce la fragmentación del revestimiento, para asegurar la eliminación completa del epitelio. El índice de recidiva es elevado y se explica con mayores pormenores en la sección correspondiente al Queratoquiste Odontógeno.

Quiste Primordial.- Es conveniente adoptar un criterio quirúrgico conservador eliminando la totalidad de la membrana quística con sumo cuidado de no dejar restos de la pared adherida al tejido óseo adyacente.

Además, tomar en cuenta y efectuar el control de la superficie ósea al separar la mucosa bucal que recubre el hueso, ya que se han descrito deshiscencias a través de las cuales los cordones epiteliales, mencionados anteriormente, pueden infiltrar a aquella de modo que, cuando la mucosa se vuelve a suturar sobre el lecho quirúrgico, puede condicionar recidivas si existen

microquistes en la pared del quiste madre.

PRONOSTICO Y EVOLUCION.-

La entidad debe ser considerada benigna, por lo tanto es de buen pronóstico, excepto lo reiterado en párrafos anteriores tal como la capacidad de recidiva.

Desde el punto de vista evolutivo, aún no se ha detectado experimentalmente cambios evolutivos neoplásicos, pero no descartar alguna posibilidad de evolución hacia carcinoma espinocelular.

2.- QUISTE DENTIGERO (QUISTE FOLICULAR).-

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

COMPLICACIONES POTENCIALES.-

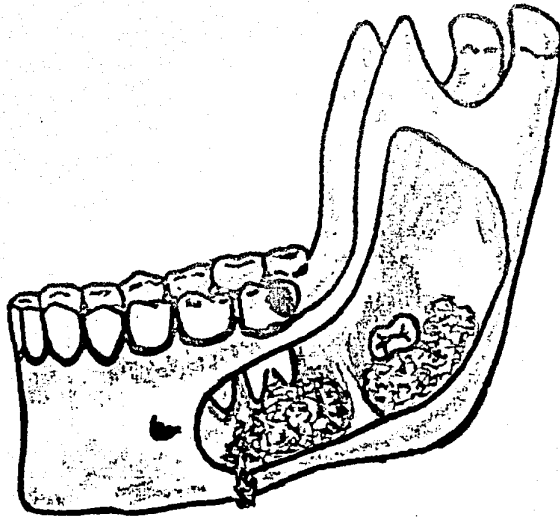
a) Formación de un ameloblastoma, derivado del epitelio de revestimiento odontógeno de la pared quísti-

ca.

b) Formación de un carcinoma epidermoide, con las mismas fuentes epiteliales.

c) Formación de un carcinoma mucoepidermoide, básicamente un tumor maligno de las glándulas salivales, a partir del epitelio de revestimiento de quiste dentígero que contiene células secretorias de moco, o por lo menos células con este potencial, vistas con mayor frecuencia en los quistes dentígeros vinculados con terceros molares inferiores retenidos.

Quiste Dentígero.- Es aconsejable, frente al primer diagnóstico de quiste dentígero, asegurar por medio de un estudio biópsico (punción biopsia), las características del contenido para establecer, en primera instancia, si se trata de un queratoquiste o de alguna otra entidad (tumor odontogénico adenomatoide). En segundo lugar, es recomendable la eliminación quirúrgica de la membrana quística y su posterior estudio anatomopatológico, para descartar cualquier eventualidad que pueda presentarse en la pieza quirúrgica (evolución ameloblastomosa) que condicione, parte del odontólogo, cuidados posteriores o nuevas intervenciones quirúrgicas complementarias.



Extenso Quiste Dentigero Bilocular con un tercer molar incluido.

No es conveniente, frente a esta variedad de quiste (bajo un enfoque de seguridad extrema), emplear técnicas dilatorias que faciliten, con tratamientos prolongados, un probable incremento del foco tumoral durante ese lapso, impidiendo que se realice el diagnóstico de certeza hasta que la totalidad de la pieza sea estudiada en el laboratorio de anatomía patológica.

Quiste del Brote.- Estas lesiones se tratan -- eliminando quirúrgicamente la parte superficial para permitir la erupción normal de la pieza dentaria.

3.- QUISTE PERIODONTAL.-

A) Quiste Apical (Quiste Radicular, Quiste - - Periodontario Apical).- El quiste apical se trata por enucleación quirúrgica, combinado con tratamiento de conductos radiculares de la pieza dental afectada. Si no es posible el tratamiento endodóntico, debe procederse a la extracción. La mayoría de los quistes salen adheridos a la raíz de la pieza asociada, sobre todo los pequeños, pero ocasionalmente pueden quedarse incluidos en el hueso, manteniendo su estructura quística y aún crecer a mayores dimensiones. Cuando se presenta esta situación, se le conoce con el nombre del quiste residual o quiste-apical residual.

Si el diente puede salvarse, el tratamiento endodóntico conservador es tan satisfactorio para el quiste apical como para el granuloma. El clínico puede elegir hacer una endodoncia quirúrgica en la mayor parte de los casos con enucleación de todo el tejido blando y mandar el espécimen a un estudio microscópico. El estudio radiográfico posterior es indicativo en ambas técnicas.

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO.-

El procedimiento que se realiza con más frecuencia es la enucleación. El diente no vital que está relacionado con el quiste debe tratarse a través del canal radicular y procedimientos de apicectomía; y si no es conveniente la retención, se extirpa. Deben cortarse los tractos sinuosos externos, la marsupialización está indicada cuando hay posibilidad de penetración traumática del seno maxilar y las cavidades nasales o que puede involucrarse alguna otra estructura tal como el nervio alveolar inferior. La eliminación completa del revestimiento epitelial y la eliminación de la causa irán seguidas por depósito de hueso y resolución del defecto.

B) Quiste Lateral (Tratamiento y Pronóstico).-

El procedimiento de elección es la enucleación-

con la preservación del diente adyacente. El quiste periodontal lateral se rige por el mismo procedimiento quirúrgico del quiste apical.

4.- QUISTE GINGIVAL.-

Se conoce con este nombre a una lesión extraósea que ocurre en la región gingival, afectando la encía libre, la encía adherida o la papila interdientaria.

A) Quiste del Recien Nacido (Quiste de la Lámina Dental; Perlas de Epstein; Nódulos de Bohn).- Las lesiones ocurren aisladamente o en grupos pequeños, algunas veces muy numerosos, y desaparecen espontáneamente en pocos meses, probablemente por un proceso de exfoliación.

B) Quiste del Adulto.- La extirpación quirúrgica local de la lesión es lo recomendado en adultos, la lesión no tiende a recidivar. Nunca se ha sabido la existencia de potencial neoplásico.

5.- QUERATOQUISTE ODONTOGENO.-

El queratoquiste ha de ser eliminado por cirugía

gía. Sin embargo, la experiencia clínica ha enseñado --- que la erradicación completa del quiste es difícil porque la pared quística es muy delgada y friable y se fragmenta con facilidad. Además, la perforación del hueso cortical en particular en lesiones que afectan la rama ascendente es común y complica la enucleación total. El rasgo más importante del queratoquiste es su extraordinario índice de recidiva.

A) Síndrome de Quiste y Nevo Basocelular del -- Maxilar y Costilla Bífida (Síndrome de Nevo Basocelular: Polioncosis Cutaneomandibular Hereditaria; Síndrome de -- Gorlin y Goltz).- El índice de recidiva de queratoquis--
 15 tes de este síndrome es tan elevado como el de los que no están asociados con el.

Siempre que el odontólogo reciba un diagnóstico de queratoquiste odontógeno, ha de asegurarse de des-- cartar la presencia de este síndrome en razón de los muchos problemas asociados que estos pacientes deberán --
 16 afrontar.

Queratoquiste Odontógeno.- La intervención qui--
 16 rúrgica consiste bajo la aplicación de anestesia general nasotraqueal, realizándose por vía extraoral a través de

de una incisión submandibular de unos 8 cm. desde la región del canino hasta ángulo mandibular, procediéndose la disección por planos respetando los elementos anatómicos-- hasta descubrir la cortical externa que se encuentre expandida, se retira parte de ésta y tejidos blandos aspirando el contenido quístico de consistencia caseosa amarillenta. Se envía todo este material a estudio transoperatorio histopatológico, siendo que si se reporta quiste folicular queratinizado o queratoquiste por lo que se decidirá a efectuar la hemirresección.

Procedimiento de la Osteotomía: se efectúa con fresa quirúrgica # 8 a nivel de primer premolar del lado afectado, posteriormente se logra y se desinsertan los tejidos blandos de la rama y cuerpo mandibular y se procede a retirar la pieza quirúrgica.

En caso que, durante la maniobra se presente -- fractura condilar se extrae el mismo por separado; todo lo removido se envía a estudio histopatológico para su estudio postoperatorio.

Una vez obtenido un lecho quirúrgico limpio y -- sin sangrado se procede a confeccionar con un clavo de -- Kuschner una prótesis semejante y conformadamente parecida a la de la mandíbula cuyos dos extremos proximales se-

introducen a presión en el hueso esponjoso por debajo de los ápices dentales.

Junto con los ameloblastomas constituyen lesiones histológicamente benignas, pero agresivas desde el punto de vista clínico por lo que su terapéutica debe ser quirúrgica y en extremo cuidadosa por la gran tendencia a recidivar.

Quiste Queratoquiste Odontogénico (Quiste Laminar) (Tratamiento y Pronóstico).- Es de interés quirúrgico el hecho de que los queratoquistes parecen tener una tendencia acentuada por recurrir. Las recurrencias pueden ser arriba del 50% en algunos casos y puede haber recurrencias repetidas. Las recurrencias pueden deberse a la formación de un quiste, hijo de la pared quística o a la proliferación del epitelio quístico hacia el tejido conectivo que se ha dejado después de la enucleación de la delicada membrana del quiste. El tratamiento es por enucleación completa del quiste y un cuidado aún mayor al remover el revestimiento quístico en los queratoquistes que en los quistes no queratinizados.

La aspiración de los contenidos del quiste puede ser una ayuda diagnóstica importante del queratoquiste odontogénico. El líquido extraído muestra una reducción --

marcada del contenido de proteína soluble en comparación con el suero del paciente. Por lo tanto, la electroforesis de los contenidos del quiste parece ser un método preoperatorio para distinguir el queratoquiste odontogénico de otros.

6.- QUISTE ODONTOGENO QUERATINIZANTE Y CALCIFICANTE.

(Quiste Odontogéno Epitelial Calcificante: - - Quiste de Gorlin; Tumor Queratinizante Quístico).- A causa de la propensión de esta lesión al crecimiento continuado, hay que extirparla por cirugía al ser encontrada.

La ausencia de recidiva depende de que la enucleación sea completa.

- Quiste Odontógeno Queratinizante y Calcificado (Quiste de Gorlin).- Tratamiento: El tratamiento del Quiste de Gorlin es la enucleación y por lo general no hay recidiva. Se deberá tener mayor cuidado en el acto quirúrgico si el quiste se encuentra asociado a cualquier otro tumor odontogénico. De esto se desprende que el examen histopatológico debe ser bien interpretado. La lesión tiene las características de un queratoquiste en la mayoría de los casos.

Después de aspirar el contenido del quiste. Se utiliza una aguja grande de calibre 19 ó 20 en una jeringa de Luer de tres a cinco centímetros cúbicos. Después que se ha aspirado el líquido en la jeringa, se quita la aguja que se deja en su lugar y entonces se inserta otra jeringa Luer con Lipiodol. La abertura que se ha hecho en la cavidad debe obturarse inmediatamente con un hemostático o torunda y la radiografía debe hacerse tan pronto como sea posible para evitar la salida del líquido. - Esta técnica también puede utilizarse para visualizar -- quistes de tejido blando y conductos venosos que de otra manera no podrían verse en la radiografía. Los quistes-dermoides pueden contener material radiopaco.

Algunas veces se confunde una región radiolúcida pequeña e irregular con la recurrencia de un quiste. - Esta apariencia radiográfica puede deberse a que ambas - paredes corticales del hueso están atacadas por el quiste, o que se han quitado durante la escisión quirúrgica de la lesión. La regeneración completa de estas paredes corticales es difícil y el defecto siempre aparecerá - - en la placa radiográfica. Aquí la historia es importante y es bueno informar al paciente de este dato para que lo de a conocer cuando sea examinado por otro dentista, - evitando así operaciones innecesarias en estas regiones.

TECNICA QUIRURGICA.-

Sin tomar en cuenta la etiología, naturaleza o localización del quiste, existen dos métodos generales de tratamiento.

- 1.- Enucleación de todo el quiste.
- 2.- La operación de Parisch o marsupialización, por la cual el quiste se descubre quitando la bveda y haciendo la cubierta quística continua con la cavidad bucal o las regiones adyacentes.

En todo caso, el procedimiento quirúrgico debe basarse en sólidos principios fundamentales. Estos principios incluyen la preservación del aporte sanguíneo a la región, evitar el trauma excesivo a las fibras y troncos nerviosos de la región, control de la hemorragia, -- técnica antiséptica, manejo atraumático de los tejidos blandos, colgajo adecuado para obtener relajación suficiente que brinde un buen acceso a la región del quiste, evitar llegar a inserciones musculares y grandes vasos, suturas correctas y readaptación de los tejidos blandos. La incisión nítida, de manera que los tejidos blandos -- sean readptados sobre una base ósea, siempre sana mejor y con menos dolor posoperatorio que cuando el tejido es--

desgarrado, lacerado o suturado directamente sobre un defecto del hueso.

La técnica quirúrgica que estudiaremos comprende el tratamiento de quistes de hueso y de tejidos blandos.

MARSUPIALIZACION (OPERACION DE PARTSCH)
 PARA QUISTES VOLUMINOSOS.

Son muchas las razones esgrimadas para desalentar el tratamiento conservador (marsupialización) de estos grandes quistes dentales, pocas de las cuales reúnen suficiente mérito como para reemplazar el método. El inconveniente que representa para el paciente una gran apertura en el alveolo bucal o labial ha sido igualmente esgrimido como razón para no preconizar el método conservador.

En el caso de quistes dentíferos, se ha hablado sobre la posibilidad de que se desarrolle un ameloblastoma en la membrana quística, como argumento contrario a la marsupialización.

Otro argumento adelantado por algunos en favor de la enucleación es el de que pueden realizarse exámenes histológicos seriados de la membrana quística para descartar la existencia de un ameloblastoma.

Toda cavidad quística u ósea debe ser vigilada periódicamente por medio de exámenes radiográficos, para establecer si ha recidivado.

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

Los beneficios de la marsupialización de los grandes quistes dentales pueden resumirse así:

A) Se conserva prácticamente intacto el contorno de los tejidos bucales.

B) Dientes que, radiográficamente, parecen estar comprendidos en el proceso quístico por lo general tienen vitalidad y jamás son extraídos. Si las pruebas clínicas, así como su examen en el acto operativo, indican que se hallan verdaderamente comprometidos, puede recurrirse solamente al tratamiento radical o de resección en el momento de practicarse la marsupialización.

C) Queda eliminada la anestesia resultante del trauma quirúrgico o el seccionamiento de uno de los grandes nervios.

D) La hemorragia es rara, pues no es probable afectar los grandes vasos sanguíneos con el manipuleo.

E) La conservación del contorno de tejidos duros y blandos, así como de los dientes, elimina los problemas inherentes a dispositivos protéticos.

F) Se evita el peligro potencial de la fractura quirúrgica de la mandíbula en el caso de quistes extraordinariamente voluminosos, porque se elimina un manipuleo que tiende a lesionar aún más un hueso ya debilitado.

G) Por cuanto la membrana quística se convierte en parte de la membrana de la mucosa bucal, es prácticamente imposible que se produzca una recidiva, a no ser que esterno, tratando un lóculo de un quiste multilocular.

H) No puede alegarse que el elemento tiempo -- constituya problema serio en la curación de la herida, -- puesto que el paciente ignora totalmente los medios de -- que se vale la naturaleza para la regeneración ósea, aparte de no poder ejercer control alguno sobre ellos.

I) La enucleación de la membrana quística elimina la posibilidad de engendrar fistulas que lleguen -- al seno maxilar o a la cavidad nasal.

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.-

Las posibles complicaciones de enucleación o maesupialización de quistes congénitos y embriológicos incluyen tumefacción, infección formación de hematomas, traumatismo de nervios motores y sensitivos, hemorragia primaria o secundaria, fistula bucal, fractura de huesos y obstrucción de vías respiratorias. El traumatismo de nervios motores y la obstrucción de vías respiratorias ocurren principalmente al extirpar lesiones que exigen disección en cuello y región submandibular.

La mejor manera de evitar complicaciones es prevenirlas por un diagnóstico completo, un buen juicio quirúrgico y una técnica quirúrgica correcta. Sin embargo, las complicaciones ocurren y conviene conocerlas para tratarlas cuando se presentan.

El edema es normal y fisiológico, después de procedimientos quirúrgicos en maxilares y mandíbula. La mayor parte de estas operaciones son traumáticas y la retracción prolongada de los tejidos contribuye a obstaculizar el drenaje linfático normal de la región. Esto, aunado con la reacción inflamatoria, produce edema y tumefacción. Debe advertirse esto al paciente, y que espe

re el máximo de hinchazón alrededor del segundo día postoperatorio; desaparecerá gradualmente si no hay infección secundaria ni formación de hematomas. La aplicación inmediata de frío es de poco beneficio, pero puede utilizarse en las primeras ocho a diez horas que siguen a la operación. Los agentes antiinflamatorios como fármacos corticosteroides y enzimas de plantas y animales pueden, en ciertos casos, ser útiles para controlar el edema postoperatorio.

Estos agentes deben administrarse con un conocimiento completo de sus posibles efectos secundarios y sus contraindicaciones.

La posibilidad de infección puede ser mínima usando antibióticos y una buena técnica quirúrgica, y siguiendo estrictamente las reglas de asepsia. Cualquier infección aguda que se presente en estas lesiones debe dominarse perfectamente antes de hacer cualquier intervención quirúrgica. Deben elegirse cuidadosamente los antibióticos y se administrarán en dosis terapéuticas, ya sea empíricamente o por pruebas de sensibilidad.

El hematoma puede evitarse cohibiendo la hemorragia inicial y por el uso adicional de apósitos y presión.

Los colgajos de tejido blando deben suturarse bien y se aplicará presión externa adecuada en la herida durante las primeras horas del posoperatorio.

Cuando se descubre un nervio sensitivo en una cavidad, suele ocurrir parestesia. La duración del trastorno no puede predecirse porque la velocidad de regeneración del nervio varía considerablemente. Sin embargo los troncos nerviosos grandes generalmente no se cortan durante procedimientos quirúrgicos cuidadosos, y suele recuperarse la sensibilidad.

Debe advertirse al paciente de esta complicación, y entonces puede aceptar de mejor manera la pérdida de la sensación. Debe explicarse cuidadosamente que un traumatismo posible del quinto par afecta solamente la sensibilidad,

El hueso se debilita por la presencia de un quiste; la magnitud del debilitamiento depende del tamaño y la extensión de la lesión. La posibilidad de fractura durante la cirugía suele ser remota, a menos que se produzca traumatismo excesivo sobre el hueso o que ambas tablas corticales sean muy delgadas. El traumatismo al hacer un movimiento de torsión es más capaz de fractu-

rar el hueso que la presión directa. Por la naturaleza del quiste, que se expande primariamente en una sola dirección, es probable que esté intacta una tabla cortical que preserva la continuidad del hueso. La profilaxia es la mejor terapéutica; debe utilizarse una técnica quirúrgica cuidadosa, particularmente en los quistes que contienen dientes que no han hecho erupción, y que son difíciles de extraer. Si ocurre fractura, debe continuarse la enucleación del quiste, y después se empaca bien la cavidad con apósitos de gasa o partículas de hueso, para mantener la posición de los fragmentos y evitar su desplazamiento .

Quando hay quistes maxilares voluminosos, debe aconsejarse al paciente que evite los traumatismos, tanto antes de la operación como después de ella, ya que un golpe puede causar más fácilmente fractura en un hueso debilitado que en uno normal.

La obstrucción posoperatoria de vías aéreas -- puede ser consecuencia de intervenciones quirúrgicas en maxilares, lengua y cuello. Los factores contribuyentes son edema masivo, formación de hematoma e infección. La asistencia posoperatoria adecuada es tan importante para el bienestar del paciente como el diagnóstico y el traumatismo quirúrgico.

CONCLUSIONES.

Aunque difícil es dar una conclusión al finalizar este tema, después de lo expuesto en el mismo. En estas páginas fueron señalados muy diversos aspectos de la boca en el ser humano como núcleo esencial y de vital importancia en las especialidades médicas afines a la cirugía oral en la Odontología. Cuando se comienza a vivir las primeras experiencias en la práctica odontológica general y nos encontramos ante un caso clínico, y no se recurre a los medios necesarios para su solución, nos puede conducir con facilidad al error.

En resumen el tratamiento ideal de las lesiones quísticas, es la enucleación, ya que es la única manera de descartar un queratociste o un quiste dentígero con potencial ameloblástico.

Sin embargo nosotros como médicos tratantes podemos usar la marsupialización como un recurso para -

disminuir la extensión de la cavidad.

Con esto respetar estructuras vecinas importantes como lo son seno maxilar, gérmenes dentarios, - - etc.

Una vez disminuida la cavidad se procede a la enucleación, al estudio histopatológico del espécimen -- para cumplir con el objeto anterior.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- FIGUN, MARIO EDUARDO.
Anatomía Odontológica Funcional y Aplicada.
2da. Edición.,
Buenos Aires, Argentina.
Editorial "El Ateneo"., 1980
P.P. 186

- 2.- LANGMAN, JAN DR.
Embriología Médica.
3ra. Edición.
México, D.F.
Editorial Interamericana., 1976
P.P. 370-371

- 3.- SCOTT, SYMONS.
Introducción a la Anatomía Dentaria.
1ra. Edición.
Buenos Aires, Argentina.
Editorial Mundi, S.A.I.C. y F., 1980
P.P. 64

- 4.- LESSON, T.G.
Histología.
4ta. Edición.
México, D.F.
Editorial Interamericana., 1984
P.P. 333

- 5.- SHAFER, WILLIAM G.,
Tratado de Patología Bucal.
3ra. Edición., México, D.F.
Editorial Interamericana., 1982
P.P. 238

- 6.- GORLIN, ROBERT J., THOMA.
Patología Oral.
1ra. Edición.
Barcelona, España
Editorial Salvat.
P.P. 499-500
- 7.- WAITE, DANIEL E.
Tratado de Patología Bucal Práctica.
2da. Edición.
México, D.F.
Editorial Continental., 1984
P.P. 328
- 8.- RIES CENTENO; GUILLERMO A.
Cirugía Bucal en Patología Clínica y Terapéutica
7ma. Edición.
Buenos Aires, Argentina.
Editorial "El Ateneo"
P.P. 721-722
- 9.- KRUGER, GUSTAV O.
Tratado de Cirugía Bucal
4ta. Edición.
México, D.F.
Editorial Interamericana., 1984
P.P. 201-202
- 10.- BORGHELLO, RICARDO F.
Temas de Patología Bucal Clínica.
Tomo II, Buenos Aires, Argentina
Editorial Mundi., 1979
P.P. 570-571

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

11.- LOPEZ ACEVEDO, CESAR.

Manual de Patología Oral
Vol. XVI., Guatemala
Editorial Universitaria
Colección Aula., 1975
P.P. 320

12.- BASCONES, MARTINEZ, ANTONIO.

Clínicas Odontológicas de Norteamérica.
Vol. IV., México, D.F..
Editorial Interamericana., 1984
P.P. 725

13.- JOSE LUIS, MOLINA MOGUEL, DR.

Asociación Dental Mexicana.
NO. XXXVII., Enero - Febrero
1980
P.P. 28-29

14.- ARCHER, W. HARRY

Cirugía Bucal
Atlas paso por paso de Técnicas Quirúrgicas
1ra. Edición. Tomo I
Buenos Aires, Argentina
Editorial Mundi
P.P. 451

15.- HARNISCH, HERBERT.

Clínica y Terapéutica de los Quistes Maxilares
Quinta Escencia / Berlín, Alemania/ 1973
P.P. 5 - 229